

Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

**PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE
2018 a 2021**

ITANHAÉM-SP

2017

PREFEITO

MARCO AURÉLIO GOMES DOS SANTOS

SECRETÁRIO DE SAÚDE

FÁBIO CRIVELLARI MIRANDA

SECRETÁRIO DE SAÚDE ADJUNTO

MARCELO GONÇALVES JESUS

Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento

Guacira Nóbrega Barbi

Diretoria Atenção Básica

Heidi Dominiscki Luz

Diretoria Especializada

Ana Meri Possan Paganatto

Diretoria de Vigilância em Saúde

Maria Aparecida da Silva

Diretoria de Urgência e Emergência

Valéria Gonçalves Riva

Diretoria Orçamentária e Financeira

Ivone Silva Santos

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento

Guacira Nóbrega Barbi

Equipe da Diretoria Orçamentária e Financeira

Ivone Silva Santos

Yuri Andrade Rosendo

COLABORAÇÃO

Trabalhadores, Gestores e Conselheiros Municipais de Saúde participantes das oficinas de elaboração deste Plano

Conteúdo

APRESENTAÇÃO.....	7
PARTE I. PRIORIDADES DA GESTÃO	8
PARTE II. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO	9
1. IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL	9
a. DEMOGRAFIA	11
b. EDUCAÇÃO	14
c. RENDA	14
d. CONDIÇÕES DE VIDA	16
e. POPULAÇÃO EXCLUSIVAMENTE USUÁRIA SUS	19
2. ANÁLISE EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DE SAÚDE	21
a. NASCIDOS VIVOS	21
b. MORTALIDADE GERAL	29
c. MORTALIDADE INFANTIL.....	35
d. MORTALIDADE MATERNA	38
e. MORBIDADE HOSPITALAR	39
f. INFORMAÇÕES E AGRAVOS NOTIFICÁVEIS	44
g. PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO	46
3. CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE.....	47
a. REDE DE ATENÇÃO BÁSICA.....	47
b. REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	49
c. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	55
d. REDE HOSPITALAR	56
e. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	58
f. VIGILÂNCIA A SAÚDE.....	59
4. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE.....	61
a. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO CONTROLE SOCIAL	64
b. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO PLANEJAMENTO.....	64
c. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO	65
d. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	67
e. PERCEPÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE	68
PARTE III. COMPROMISSOS DA GESTÃO	79
1. ATENÇÃO BÁSICA:	79
2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA:	86
3. ATENÇÃO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:.....	92
4. SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA:	94
5. SAÚDE MENTAL:	104
6. ATENÇÃO AO IDOSO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMITÍVEIS:	106
7. SAÚDE DO HOMEM:	108
8. VIGILÂNCIA A SAÚDE:	109
9. GESTÃO E CONTROLE SOCIAL:	116
10. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE:	118

11. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:	120
PARTE IV – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	121
PARTE V – ARTICULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE COM O PLANO PLURIANUAL 2018-2021 ..	123

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Itanhaém tem como missão “construir um município saudável, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade, buscando a excelência nas ações de prevenção, promoção e proteção de saúde com responsabilidade e humanização, atuando de forma intersetorial e interinstitucional” em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde.

Para o Planejamento em Saúde, além da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica do SUS nº 8.080, a Lei 8.142/1990, a Lei Complementar 141/2012 e a Portaria nº 2.135/2013, o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a Lei nº 8.080 sobre temas fundamentais da organização do Sistema Único de Saúde. Define as Redes Regionais de Atenção à Saúde como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde além de aprofundar ou clarear conceitos essenciais ao sistema como exemplo: regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre os entes públicos e comissões intergestores. No caso da Baixada Santista, resultou numa Rede Regional de Atenção à saúde que inclui os nove municípios da RMBS e a região de saúde do Vale do Ribeira, denominada RRAS 7. O decreto também ratifica a obrigação do gestor público na elaboração e apresentação dos instrumentos de planejamento do SUS.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio de 2018 -2021 prioriza as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Itanhaém, considerando a ocorrência de variações no quadro epidemiológico, na estrutura, na quantidade e no perfil dos serviços. O Plano de Saúde é um importante instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem expressar políticas, compromissos e prioridades de saúde de uma determinada gestão. Também é importante para a definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas a serem empreendidas e no processo de monitoramento e avaliação da gestão.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Itanhaém representa a declaração de intenções da Secretaria Municipal de Saúde em construir sua atuação com fundamento na atenção integral à saúde, atuando nos campos da promoção, proteção e recuperação da saúde.

É imprescindível que, em seu processo de elaboração, o Plano seja participativo, com representação dos segmentos sociais e dos agentes políticos do SUS (gestores, gerentes, trabalhadores e usuários), considerando, em especial, a efetiva participação do Conselho Municipal de Saúde.

Neste sentido a Secretaria de Saúde realizou quatro oficinas com a participação da equipe gestora, trabalhadores de saúde de todas as unidades de saúde do município e Conselho Municipal de Saúde, onde em uma reflexão conjunta, através de uma análise situacional, foram identificados e explicitados os problemas prioritários do estado de saúde da população e do sistema municipal de saúde e propostas ações para seu enfrentamento, ações estas inseridas no presente Plano. Também foram resgatadas as deliberações da última conferência municipal de saúde, realizada em maio de 2015, para referendar os compromissos apresentados neste documento.

A estrutura do PMS está assim definida em quatro partes distintas no corpo deste documento:

1. Análise Situacional do município de Itanhaém;
2. Compromissos da Gestão - sistematizado em eixos, linhas prioritárias, objetivos, diretrizes e metas;
3. Monitoramento e avaliação.
4. Articulação do Plano Municipal de Saúde com o Plano Plurianual de Saúde

Em síntese, a Secretaria Municipal de Saúde de Itanhaém disponibiliza aqui seu cabedal para planificação do Sistema de Saúde, compondo um instrumento de consulta obrigatória, dos que fazem a Gestão e também no âmbito da Direção e do Controle Social da Política Sanitária do Município, considerando sua relevância no cenário da cristalização e fortalecimento dos objetivos do SUS.

Por fim, cabe informar que o Plano é dinâmico, sendo revisto a cada ano em conformidade com as necessidades indicadas no monitoramento e avaliação.

PARTE I. PRIORIDADES DA GESTÃO

O Plano Municipal de Saúde implica no compromisso inequívoco com a re-politização do SUS, rompendo os limites setoriais, de modo que a sociedade organizada participe e se comprometa com as decisões, conjugando esforços na consolidação do SUS.

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde constitui elemento fundamental para esse novo pacto, revelando a partir do diagnóstico situacional - parte integrante deste documento - aquilo o que é o principal propósito para iniciativas prioritárias, sendo elas:

- Garantir a atenção integral à saúde do indivíduo por meio do modelo de atenção básica centrada na Estratégia da Saúde da Família e na articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade do SUS.
- Promover a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção do sistema mediante aprimoramento da política de atenção especializada.
- Aperfeiçoar a urgência e emergência e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde do município de Itanhaém.
- Promoção da atenção integral da saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
- Fortalecimento da Rede de Saúde Mental.
- Garantia da atenção integral ao idoso e aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.
- Consolidação e qualificação do sistema de Vigilância à Saúde.
- Garantia da Assistência Farmacêutica.
- Aprimoramento da gestão do SUS, da gestão participativa e controle social.
- Aprimoramento da gestão do trabalho e educação permanente.
- Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal.

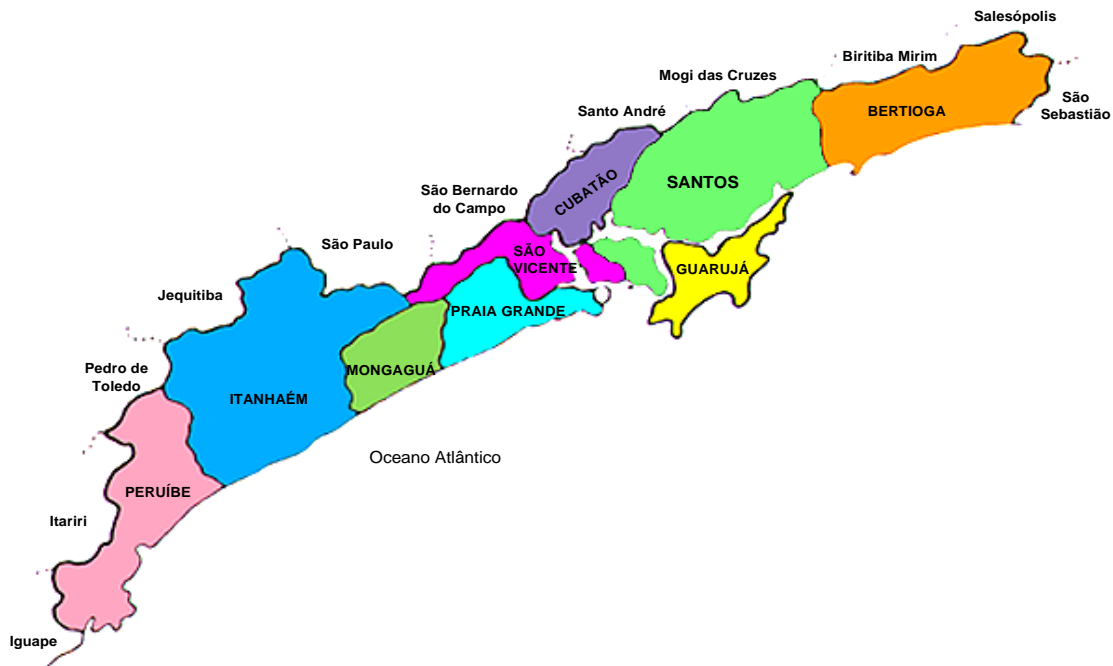
Estas prioridades, validadas pelo Conselho Municipal de Saúde e que guardam coerência com as diretrizes e prioridades nacionais, servirão como referência para todo o processo de planejamento no desempenho de ações e estratégias e na definição de recursos.

PARTE II. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

1. IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

Fundado em 22 de abril de 1532 e elevado a sede de município em 1700, a Estância Balneária de Itanhaém só obteve sua denominação atual em 6 de novembro de 1906 e conta segundo estimativas do IBGE para o ano de 2016 com uma população de 97.439 habitantes.

O Município possui uma área de 601,85 km² (Seade, 2016), localiza-se no litoral do Estado de São Paulo na Região Metropolitana da Baixada Santista, fazendo divisas com os Municípios de São Paulo e São Vicente a nordeste, Juquitiba a noroeste, Pedro de Toledo a oeste, Peruíbe a sudoeste, Mongaguá a leste e Oceano Atlântico ao sul. A constituição geológica é de baixada, caracterizada por depósitos quaternários, formada por mangues, jundus e pequenas florestas.



A latitude é de 24 O 11' 08" sul e longitude 46 O 47' 15" oeste, coordenadas geodésicas norte 7324043,622 e sul 318410,391. O relevo é constituído por uma baixada aproximadamente 3 metros acima do nível do mar, com pequenos morros na faixa litorânea, como os de Sapucaitava ou Itanquanduva, Piraguayra, Itaguaçu, Pulpito de Anchieta e o Paranambuco, e com afloramento da Serra do Mar no interior do Município.

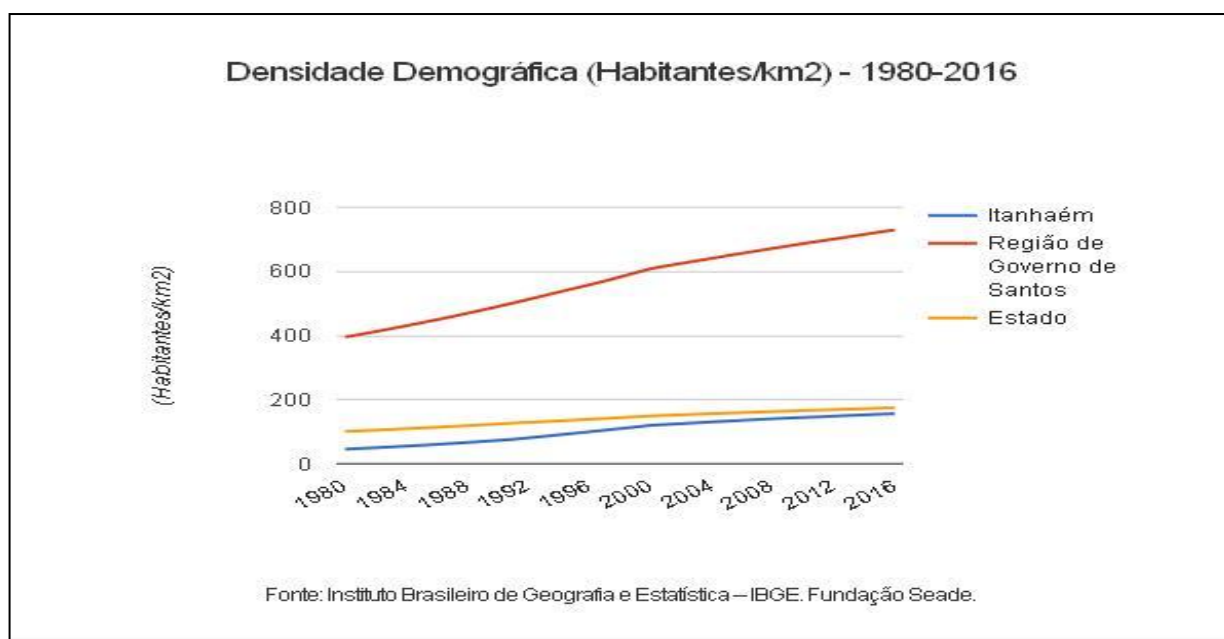
O Oceano Atlântico banha 26 quilômetros de praias, baías, pequenas enseadas e costões rochosos. Destacam-se as ilhas fluviais como Ilha da Volta Deixada e Ilha do Bairro do Rio Acima, bem como as marítimas como Ilha das Cabras, Pedra Meia Praia, Pedra do Carioca e mais ao longo do oceano as ilhas Queimada Grande e Queimada Pequena, além das Lajes Pedro II e da Conceição. A rede fluvial é extensa e o rio Itanhaém é formado por uma grande quantidade de afluentes, onde destacam-se os rios Branco da Conceição, Preto e Aguapeú.

O clima é tropical marítimo com precipitação pluviométrica anual de 2.000 a 2.500mm. A população atual fixa é de 89.332 habitantes, de acordo com estimativas do IBGE em 2012. É uma cidade turística, onde as pessoas são atraídas pelas praias e o clima agradável.

a. DEMOGRAFIA

A população estimada para o ano de 2016 é de 97.439 habitantes (Estimativa – IBGE 2016) e população flutuante estimada de 03 a 04 vezes maior nos finais de semanas e feriados, na alta temporada e nos períodos de verão de dezembro a março e férias de julho.

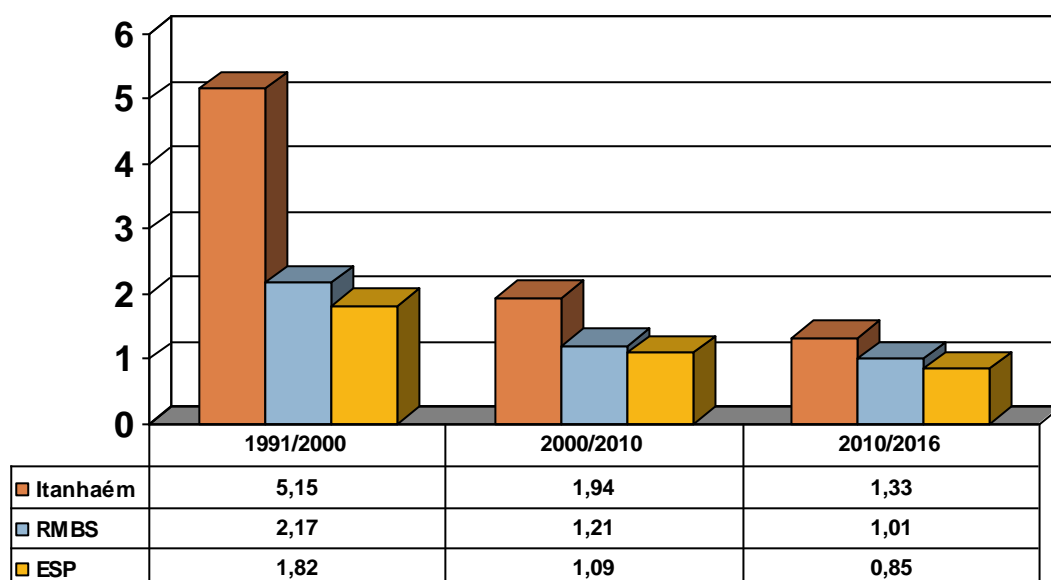
O município apresenta alto grau de urbanização 99,18% e devido ao amplo território de 601,85 Km², baixa densidade demográfica de 156,33 habitantes /km². Tal situação se constitui num grande desafio para a gestão no que se refere a capilarização dos serviços de saúde especialmente com relação à Atenção Básica.



O Município de Itanhaém apresentou, na última década, uma desaceleração no crescimento populacional, com redução na Taxa Geométrica de Crescimento Anual, que passou de 5,15 % no período de 1991-2000, para 1,33% no período de 2010-2016, porém é ainda alta quando comparada com a da região metropolitana que foi de 1,01% a.a. e do Estado de São Paulo de 0,85% a.a. (SEADE 2016).

A redução na TGCA está relacionada com a redução das taxas de natalidade, de fecundidade e de fluxos migratórios, observados no decorrer dos últimos anos, acompanhando a tendência observada no Brasil, no Estado de São Paulo e nos demais Municípios da Região.

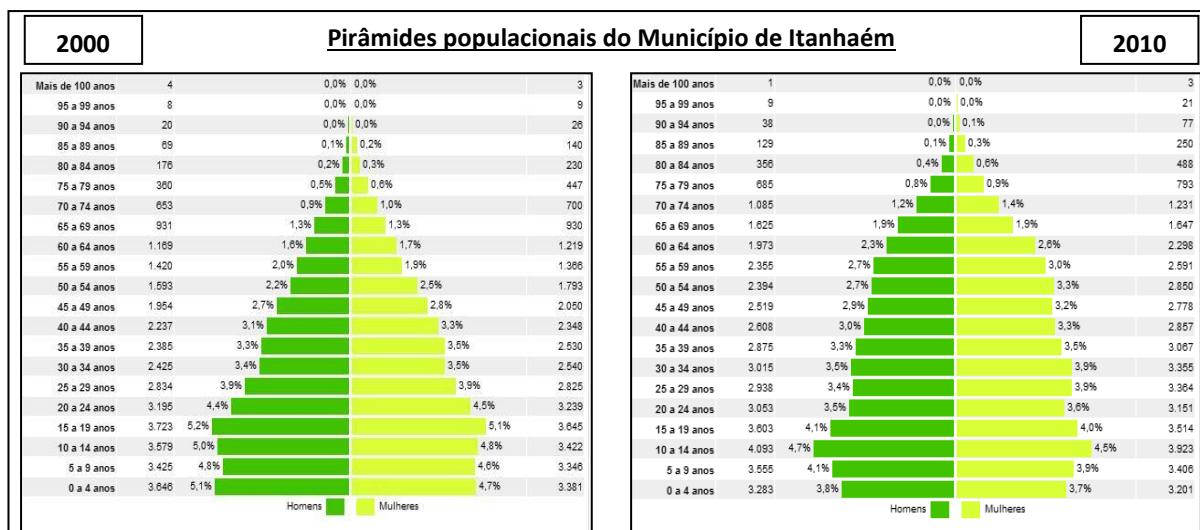
Tx.Geométrica de Crescimento Anual da População (Em% a.a.), Itanhaém, 1991 a 2016



Fonte : SEADE

A maioria da população, 52,96% concentra-se na faixa etária entre 20 a 59 anos o que sugere ser uma população de adultos jovens, indicando uma porcentagem maior de mulheres em idade fértil e uma população economicamente ativa maior. Em segundo lugar está a população de 0 a 19 anos e em terceiro a população acima de 60 anos, compondo 30,67% e 16,37% do total da população respectivamente (SEADE 2016).

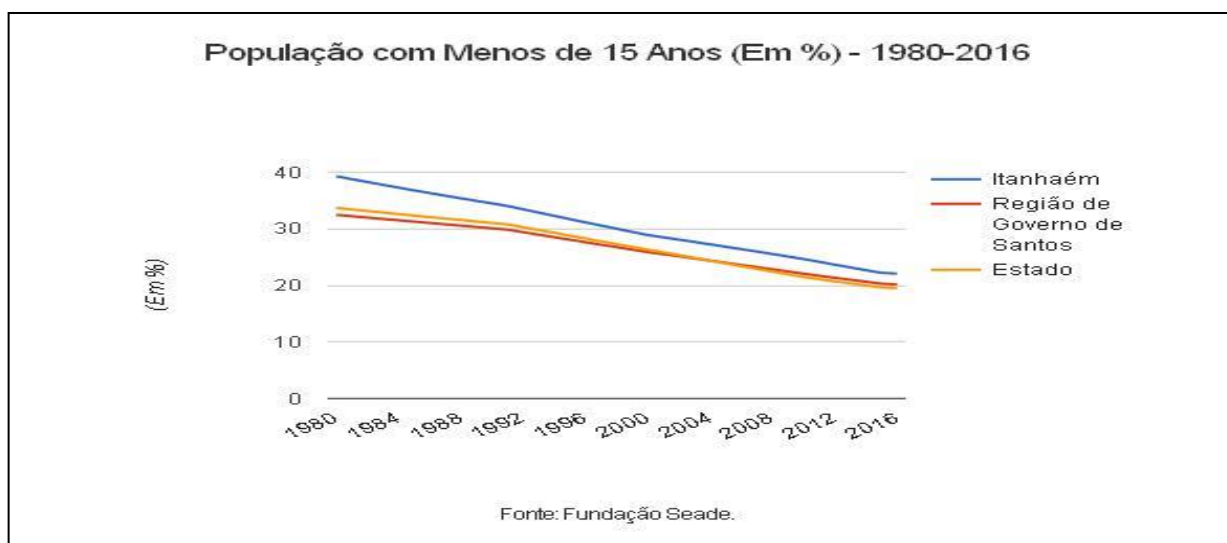
As pirâmides populacionais representadas abaixo permitem a visualização da proporção da população por faixa etária e sexo no Município de Itanhaém, nos anos de 2000 e 2010.

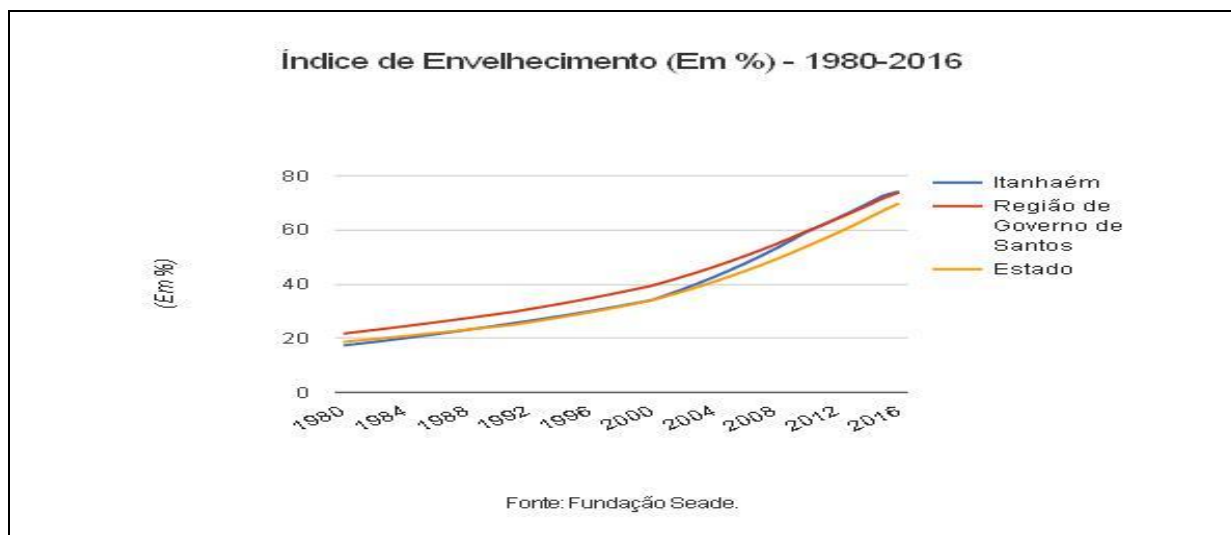
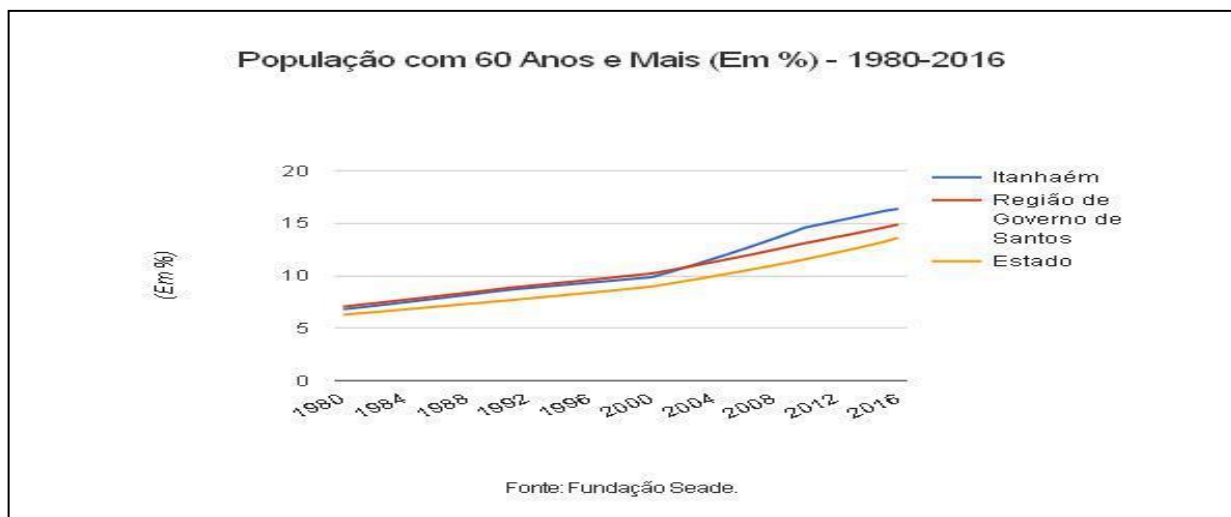


Fonte : IBGE

Itanhaém vem passando pelo processo de transição demográfica particularmente em função das quedas das taxas de fecundidade e natalidade e aumento da expectativa de vida. A taxa de fecundidade em 2015 foi de 57,75 /1.000 mulheres entre 15 e 49 anos e a taxa de natalidade foi de 15,01/1.000 habitantes. Por outro lado a proporção de idosos vem aumentando nos últimos anos ampliando de 11,25% em 2007 para 16,37% em 2016 sendo atualmente maior que a região metropolitana, 14,88% e ESP 13,60% respectivamente (SEADE 2016). O índice de envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem. É expresso em número de residentes com 60 anos e mais por cem residentes com menos de 15 anos. Valores elevados desse índice indicam avanço na transição demográfica. Neste sentido Itanhaém apresenta um índice superior ao da Região Metropolitana da Baixada Santista e Estado de São Paulo, com índices de 74,23%, 73,83 % e 69,78 % respectivamente o que também pode ser explicada pela migração da população idosa dos grandes centros urbanos para o nosso município. (SEADE 2016).A população apresenta um pequeno predomínio da população feminina com uma relação de 93,23 homens para cada 100 mulheres.

Quanto ao quesito cor a maioria da população, 62,34% se declarou branca (Censo IBGE 2010).





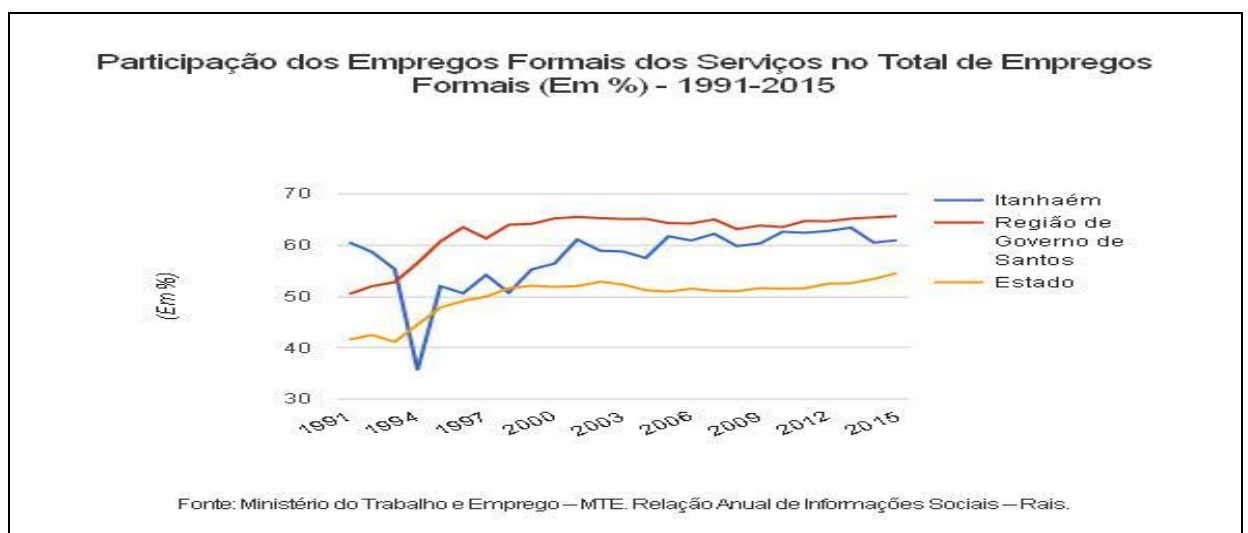
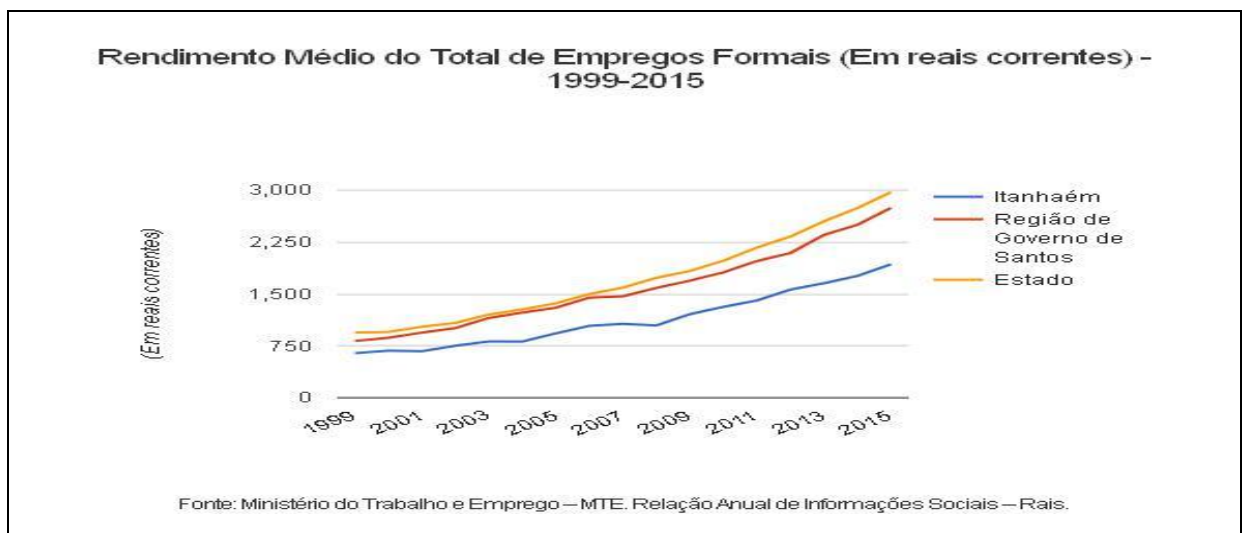
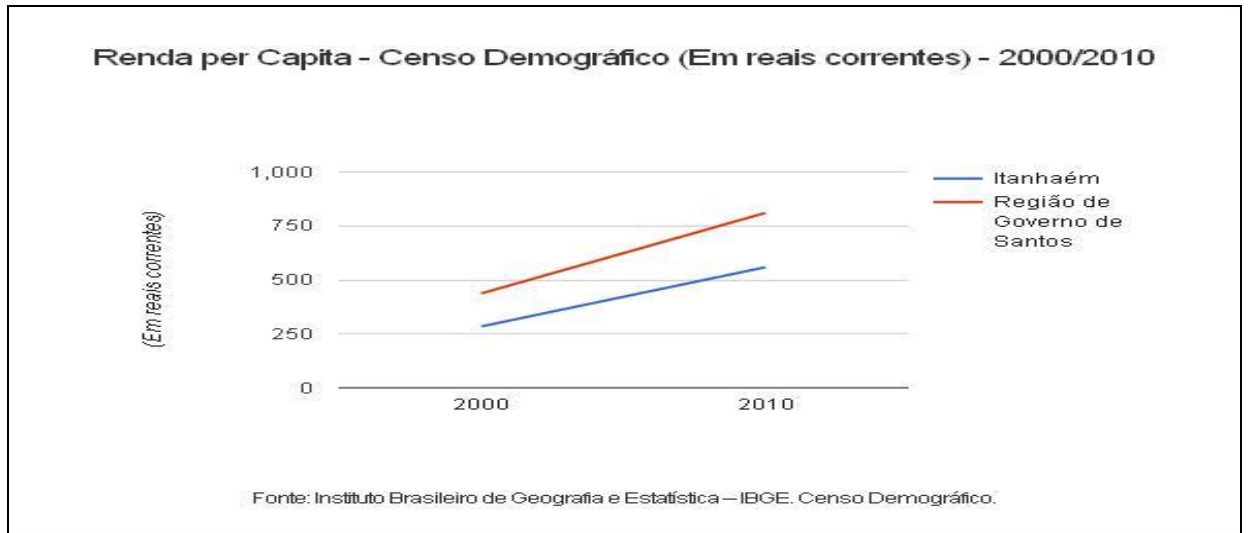
b. EDUCAÇÃO

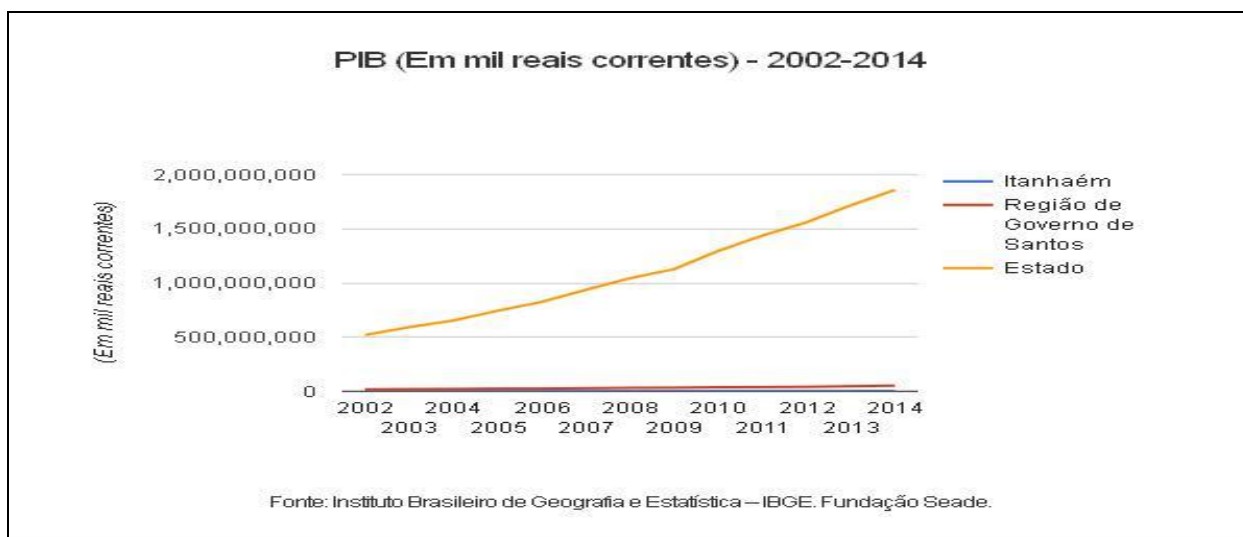
O analfabetismo pode ser considerado um importante fator condicionante de vulnerabilidade. Conforme dados do SEADE em 2.010 a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais foi de 5,85% no município enquanto que na RMBS foi de 4,09% e ESP 4,33%. A população de 18 a 24 anos com ensino médio completo foi de 53,68% no município enquanto que no ESP foi de 57,89%.

c. RENDA

Em 2010 a renda per capita em reais correntes era de R\$ 557,63 no município enquanto que na Região Metropolitana e Estado de São Paulo foi de R\$ 809,49 e R\$ 853,75 respectivamente. Também em 2010 o número de domicílios com Renda Per Capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo era 12,01 % e 28,23 % com renda per capita até $\frac{1}{2}$ salário mínimo enquanto que na RMBS era de 8,14% e 19,93% respectivamente. Já em 2.015 o rendimento médio no total de empregos formais foi de R\$ 1.928,05, bem abaixo do rendimento de empregos formais percebido na

RMBS de R\$ 2.743,94 e no ESP de R\$ 2.970,72. O setor de serviços é o de maior participação no total de empregos formais, com participação de 60,94 %. Em 2.014 o PIB per Capita foi R\$ 15.640,68 e a participação do município de Itanhaém no PIB do Estado de São Paulo de 0,077199%.



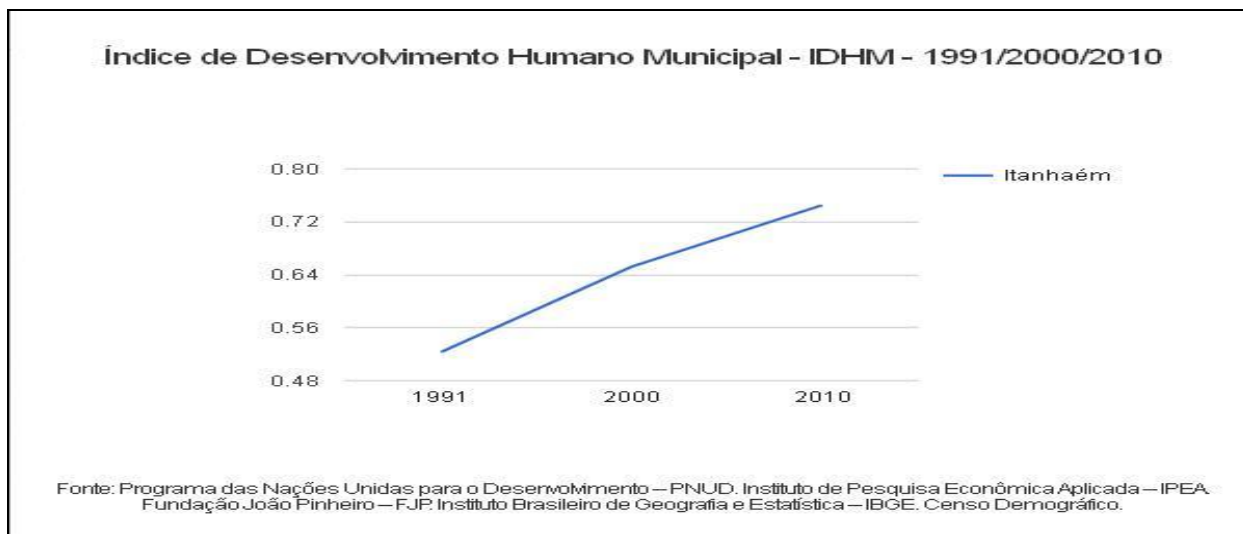


d. CONDIÇÕES DE VIDA

O **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)** é um indicador que sintetiza três aspectos do desenvolvimento humano: vida longa e saudável, acesso a conhecimento e padrão de vida, traduzidos nas dimensões de longevidade, educação e renda. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano no município. O IDH-M foi elaborado pela PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), em 2013, a partir dos dados obtidos no Censo 2010.

O IDH-M de Itanhaém cresceu 42,45% entre 1991 e 2010, quando registrou valores de 0,523 e 0,745 respectivamente, passando da classificação de “baixo” para “alto” desenvolvimento humano. Este aumento ficou abaixo da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da

média de crescimento estadual (35,47%). O Município ocupa, atualmente, a 265ª posição no Estado de São Paulo.



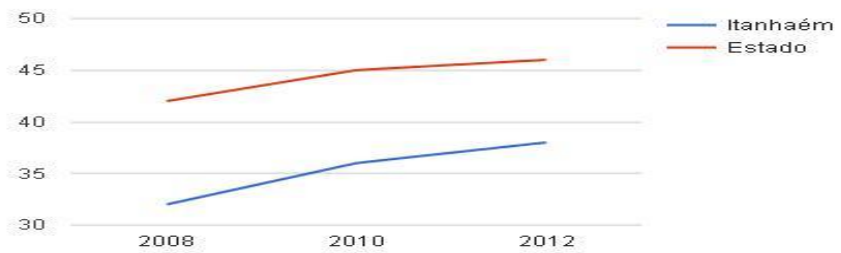
O **Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)** é composto por indicadores que sintetizam a situação de cada município no que diz respeito a riqueza, escolaridade e longevidade, e quando combinados geram uma tipologia que classifica os municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos, conforme a relação de riqueza e níveis dos indicadores sociais.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS de Itanhaém em 2012 pertence ao grupo 4, municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e nível intermediário de longevidade e/ou escolaridade e apresentou como resultados :

- Dimensão Riqueza – 38 – baixa (ESP- 46- alta)
- Dimensão longevidade – 62- baixa (ESP- 70- alta)
- Dimensão Escolaridade – 54- média (ESP- 52 baixa)

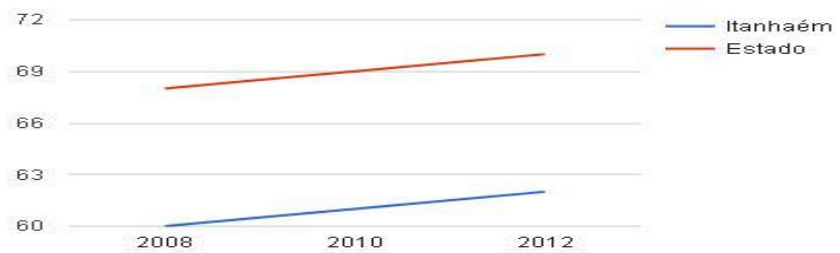
Quando comparamos os resultados do município e Estado de São Paulo entre os anos de 2008 e 2012 observamos que a dimensão escolaridade é a única que se mantém acima da do ESP :

Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza - 2008/2010/2012



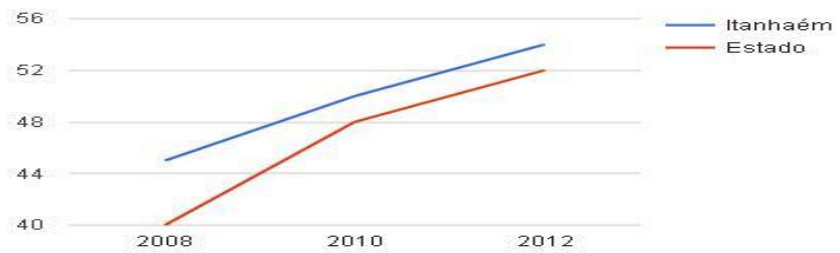
Fonte: Fundação Seade. Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade - 2008/2010/2012



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

Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade - 2008/2010/2012



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

e. POPULAÇÃO EXCLUSIVAMENTE USUÁRIA SUS

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS) o número de beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar no Município de Itanhaém, em dezembro de 2016, era de 15.361 pessoas com cobertura médica de planos de saúde. As maiores taxas de cobertura foram registradas na população adulta seguida por crianças e adolescentes e as menores em idosos. Estes valores se referem ao número de beneficiários e não ao número de indivíduos, uma vez que o mesmo indivíduo pode estar cadastrado em mais de um plano de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que mesmo beneficiários de planos e seguros de saúde são usuários SUS, principalmente para procedimentos de alta tecnologia, urgência/emergência, vigilância epidemiológica e sanitária, imunização, assistência farmacêutica entre outros.

Faixa etária	Assistência Médica Suplementar
Até 1 ano	172
1 a 4 anos	877
5 a 9 anos	1052
10 a 14 anos	935
15 a 19 anos	890
20 a 29 anos	1.869
30 a 39 anos	2.892
40 a 49 anos	2.187
50 a 59 anos	1.769
60 a 69 anos	1.473
70 a 79 anos	879
80 anos ou mais	366
Inconsistente	1
Total	15.361

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016

Com relação aos municípios que compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista, observamos uma grande variação no percentual da população com assistência médica suplementar sendo o de Itanhaém o segundo menor.

Município	2012	2013	2014	2015	2016
RMBS	40,86	41,71	41,97	41,00	39,31
Bertioga	18,28	18,58	18,73	21,14	23,13
Cubatão	40,41	45,19	44,98	41,27	35,80
Guarujá	37,85	39,14	39,55	38,52	37,60
Itanhaém	15,05	15,55	15,58	16,39	16,36
Mongaguá	13,38	13,94	14,38	15,26	15,32

Peruíbe	15,53	15,50	15,80	17,17	17,18
Praia Grande	31,39	31,97	32,20	32,74	31,60
Santos	65,20	65,18	66,00	64,56	62,67
São Vicente	39,69	40,82	40,95	39,09	36,58

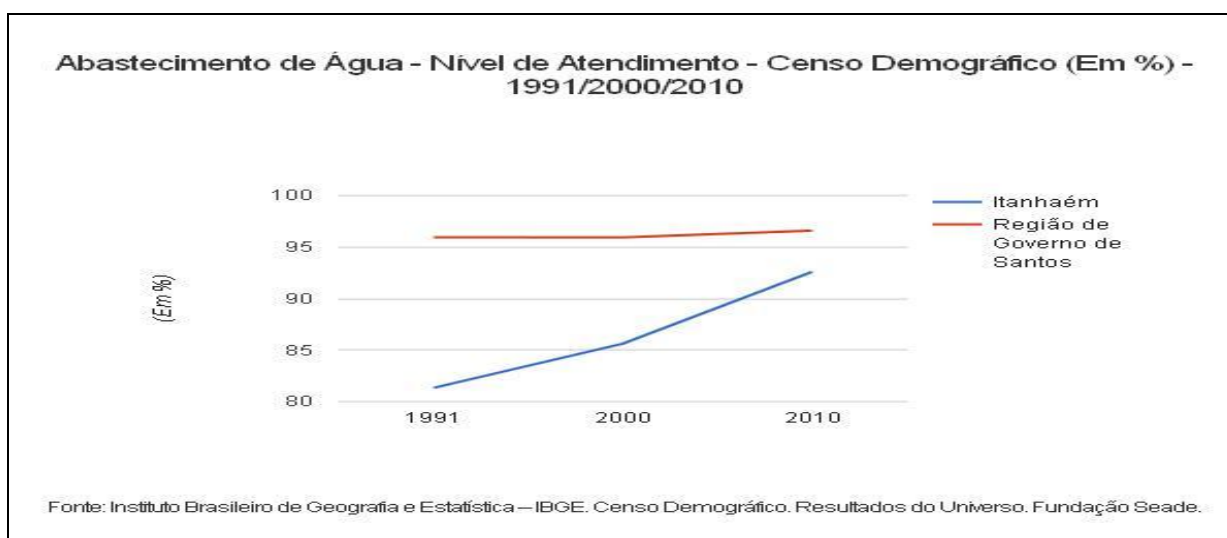
Fonte: DATASUS/ANS/MS (dezembro de cada ano).

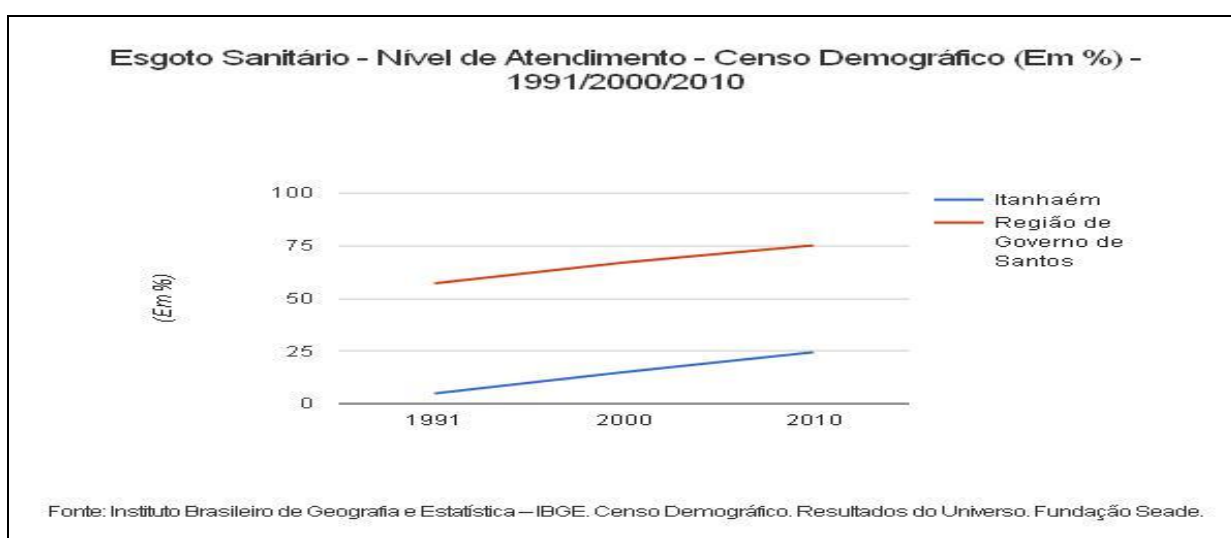
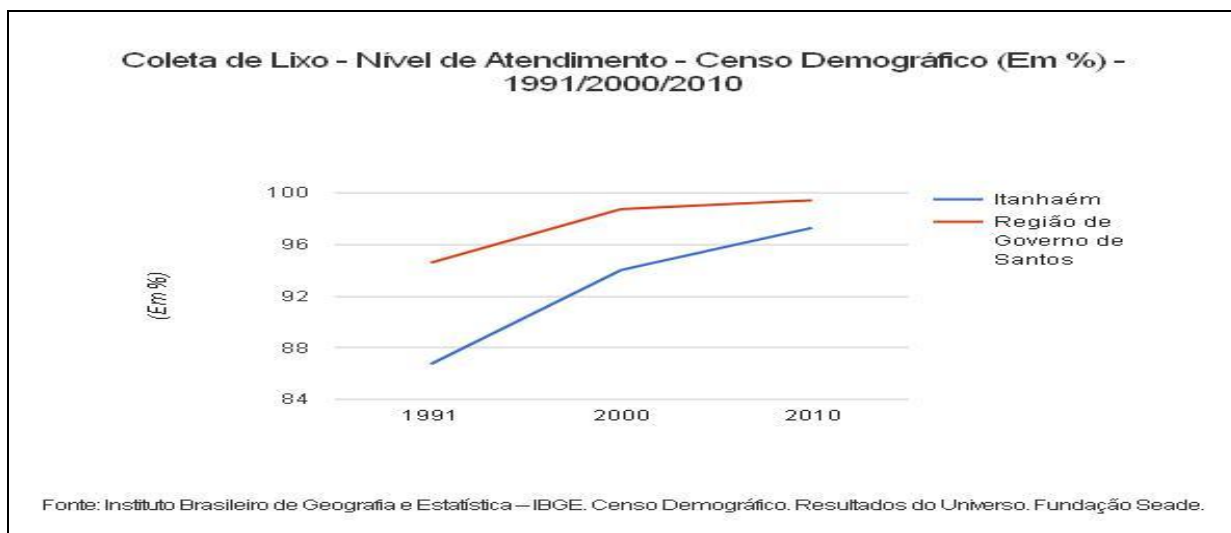
f. QUADRO SANITÁRIO

O município de Itanhaém é atendido por sistema público de abastecimento de água captada. Em 2010 a rede geral de abastecimento cobria 92,59 % dos domicílios, os outros utilizavam outras fontes de abastecimento como poços e bicas.

Quanto aos resíduos sólidos, 97,28 % dos domicílios era atendido por coleta pública em 2010, com frequência de uma a três vezes por semana. Do percentual coletado a grande maioria tem como destinação final, a disposição em aterro sanitário terceirizado em outro município.

Com relação ao esgotamento sanitário não verificamos a mesma ampliação, apenas 24,40 % dos domicílios era servido por rede coletora de esgotos em 2010, enquanto que os demais utilizavam o sistema fossa/sumidouro. Saliente-se que, o perfil acima descrito denota que o destino dos dejetos e água servida, quer coletado pela rede pública ou carreado para fossa, não apresentavam qualquer tipo de tratamento, representando uma potencial fonte de contaminação. Desde 2007 se realizam obras para a ampliação da rede de esgotos do município com o acesso gradual da população.





2. ANÁLISE EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DE SAÚDE

a. NASCIDOS VIVOS

No ano de 2015, nasceram 2.425 crianças em Itanhaém, sendo 50,84% (1.233) de mães residentes no município e 49,15% (1.192) de mães residentes em outros municípios. Dos partos ocorridos no município, 99,22% foram em estabelecimento público estadual (HRI), 0,41% em outros equipamentos municipais (SAMU, UPA) e 0,37% no domicílio. Nenhum parto ocorreu em estabelecimentos privados uma vez que não dispomos de hospitais privados no município. A grande maioria das gestantes de outros municípios (99,50%) deu à luz no Hospital Regional de Itanhaém identificando neste hospital sob gestão estadual, um polo de

atração para gestantes de outros municípios principalmente devido ao fechamento de duas maternidade municipais da região. Além dos 1.233 partos de mães residentes no município ocorridos em Itanhaém, outros 190 ocorreram em outros municípios principalmente da Baixada Santista com 150 partos e apenas 40 partos fora da Região Metropolitana da Baixada Santista.

➤ **Nascidos vivos (NV) com partos ocorridos em Itanhaém, segundo local de ocorrência e município de residência da mãe, 2015.**

Local de ocorrência	NV mães residentes em Itanhaém	%	NV mães residentes outros municípios	%	Total	%
Hospital Regional	1.220	98,94	1.186	99,50	2.406	99,22
Domicílio	9	0,73	0	0	9	0,37
Outro	4	0,33	6	0,50	10	0,41
Total de NV ocorridos	1.233	50,84	1.192	49,15	2.425	100

Fonte: SESSP/CCD - Base Unificada de Nascidos Vivos
A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nos últimos anos, houve um crescimento na proporção de nascidos vivos em Itanhaém de mães residentes em outros municípios, passando de 26,30% em 2011 para 49,15% em 2015. Neste mesmo ano, o principal município de origem destas mães foi Peruíbe com 822 partos ocorridos no HRI.

➤ **Proporção de Nascidos vivos (NV) de mães residentes em outros municípios ocorridos em Itanhaém, 2011 - 2015.**

ANO	NV mães residentes de outros municípios	
	N	%
2011	415	26,30
2012	567	31,19
2013	738	37,71
2014	955	43,84
2015	1.192	49,15

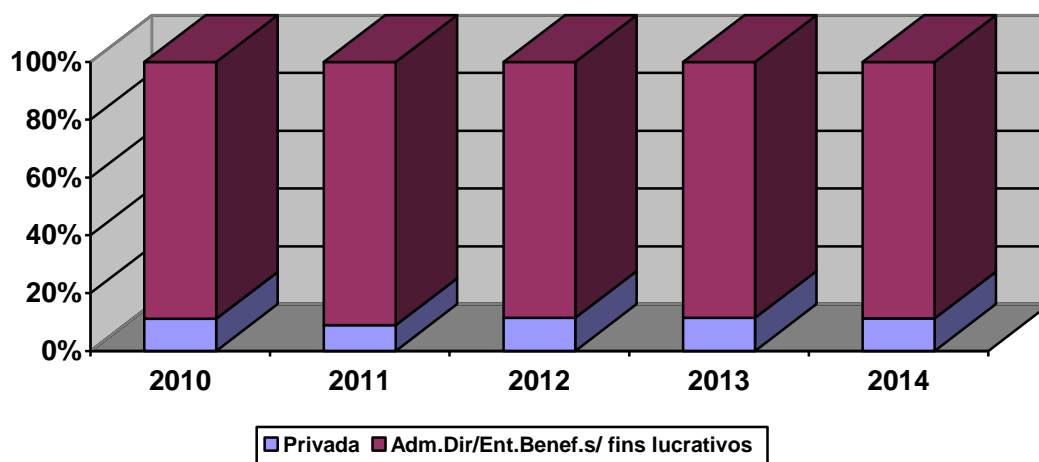
➤ **Distribuição proporcional de partos de mães residentes em Itanhaém, segundo DRS e município de ocorrência, 2011 – 2015.**

DRS/Município de Ocorrência	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
Itanhaém	1.161	86,00	1.251	84,69	1.219	84,60	1.223	85,28	1.233	86,65
Outros municípios da DRS IV	167	12,37	193	13,00	191	13,25	181	12,63	150	10,54
DRS Grande São Paulo	21	1,53	28	1,89	25	1,73	28	1,95	36	2,53
Outras DRS	0	0	5	0,33	6	0,42	2	0,14	4	0,28
Total de NV ocorridos	1.349	100	1.477	100	1.441	100	1.434	100	1.423	100

Fonte: SESSP/CCD - Base Unificada de Nascidos Vivos
A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Quando se analisam os nascidos vivos de mães residentes em Itanhaém , por natureza de estabelecimento de ocorrência do parto, é possível identificar um predomínio de nascimentos na rede pública , em torno de 89%, em relação à rede privada – 11% . Este dado é compatível com a baixa cobertura de saúde suplementar no Município .

➤ **Distribuição proporcional de partos de mães residentes em Itanhaém, segundo natureza do estabelecimento, 2010 – 2014.**



Fonte: Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

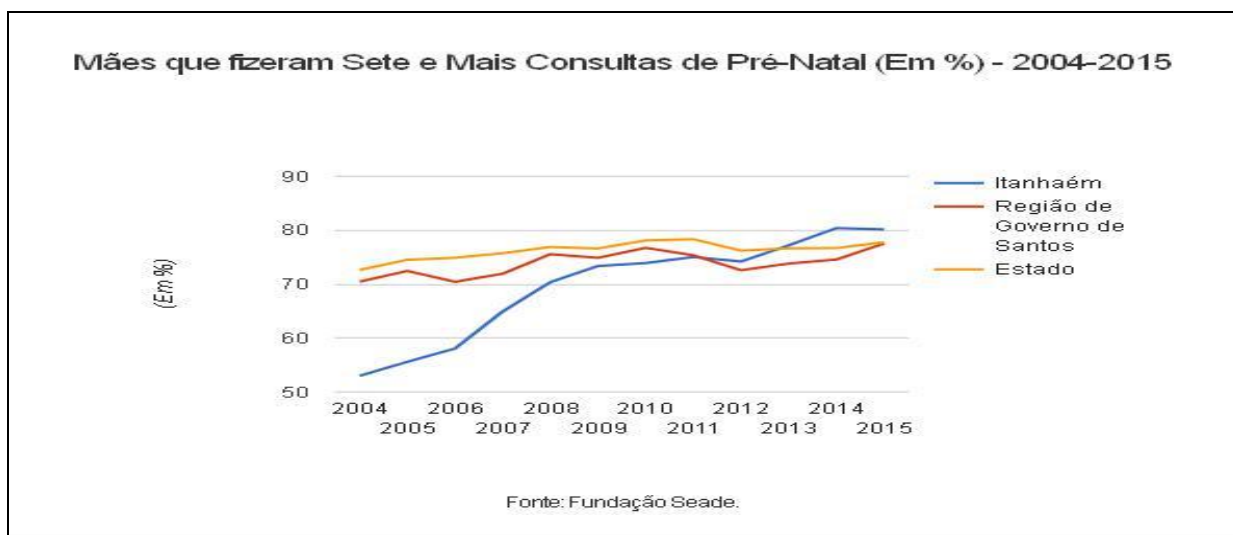
As condições de nascimento de residentes no município têm apresentado modificações nos últimos anos. Quanto ao acesso ao pré natal podemos observar uma boa cobertura de 7 consultas ou mais das gestantes residentes em Itanhaém no período de 2010 a 2015 refletindo a ampliação do acesso ao pré-natal verificada no município, como resultado dos investimentos na rede básica e na Estratégia de Saúde da Família ao longo dos anos .

➤ **Número de nascidos vivos e % de gestantes de Itanhaém com mais de 7 consultas no pré-natal**

Ano	PN > 7 consultas		Total NV
	Nº	%	
2011	1.003	74,35%	1.349
2012	1.074	72,66%	1.478
2013	1.094	75,87%	1.442
2014	1.149	80,12%	1.434
2015	1.133	79,62%	1.423

Fonte: SESSP/CCD - Base Unificada de Nascidos Vivos

A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC



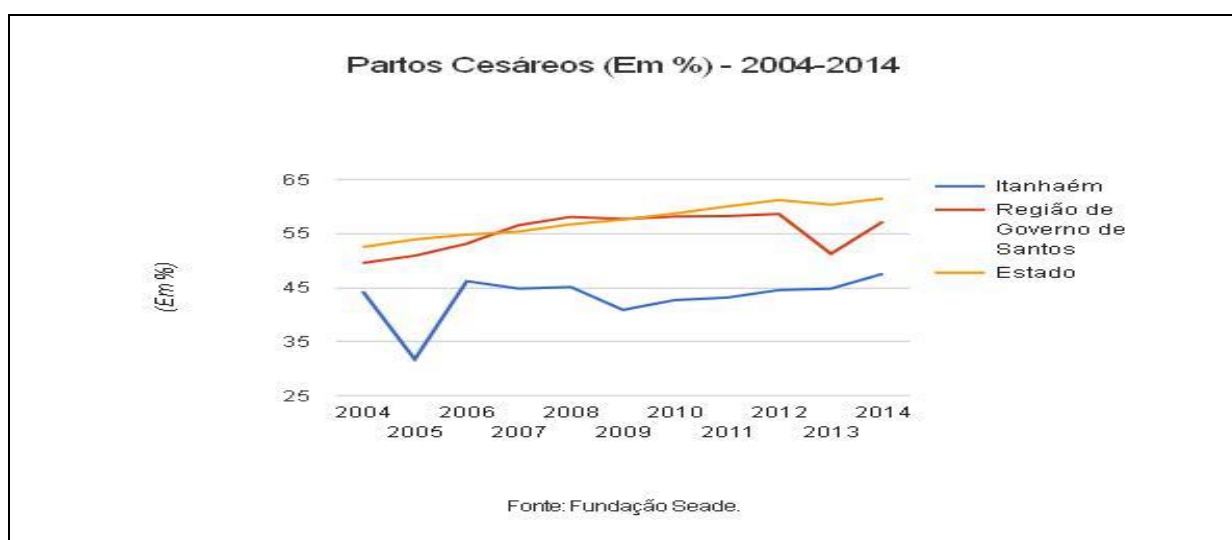
Em relação ao tipo de parto ainda há infelizmente uma alta porcentagem de partos cesáreos de mães residentes em Itanhaém atingindo 46,66 % em 2015, porém abaixo das proporções observadas na RMBS e no Estado de SP. A taxa de cesárea no município assim como na Região, tem registrado valores muito acima do recomendado pela OMS (15%). Este fenômeno resulta de vários fatores que envolvem tanto os profissionais e serviços de saúde, como questões culturais relacionadas às gestantes. Desde o ano de 2009 temos observado uma tendência constante de aumento da proporção de partos cesáreos sendo o aumento de 14,73% no período de 2009 a 2015.

➤ **Tipo de parto por total de nascidos vivos de Itanhaém; 2009- 2015**

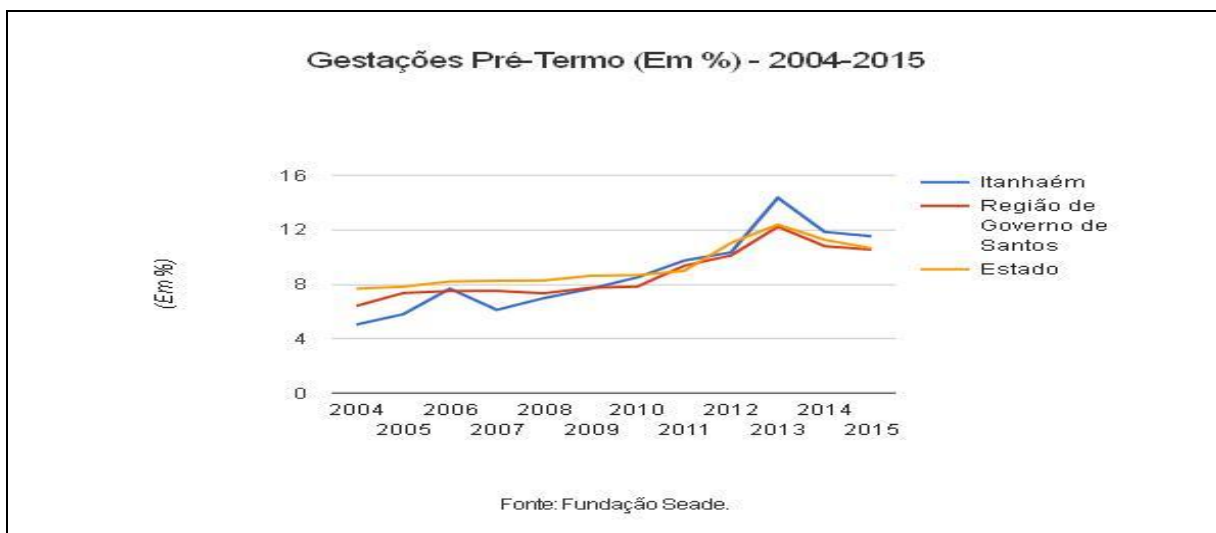
Ano	Vaginal		Cesáreo		Não informado		Total NV
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2009	758	59,26	520	40,66	1	0,08	1.279
2010	810	57,69	594	42,31	0	0	1.404
2011	771	57,15	578	42,85	0	0	1.349
2012	821	55,55	657	44,45	0	0	1.478
2013	795	55,13	647	44,87	0	0	1.442
2014	752	52,44	681	47,49	1	0,07	1.434
2015	758	53,27	664	46,66	1	0,07	1.423

Fonte: SESSP/CCD - Base Unificada de Nascidos Vivos
A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

➤ **Proporção de Partos cesáreos de Nascidos Vivos em relação ao total de Nascidos Vivos de mães residentes em Itanhaém; 2004-2014**



Houve crescimento no percentual de NV prematuros (< 37 semanas de gestação), paralelamente ao aumento na proporção de partos cesárea, que podem estar contribuindo para estes nascimentos assim como fatores relacionados à qualidade do pré-natal e assistência ao parto.

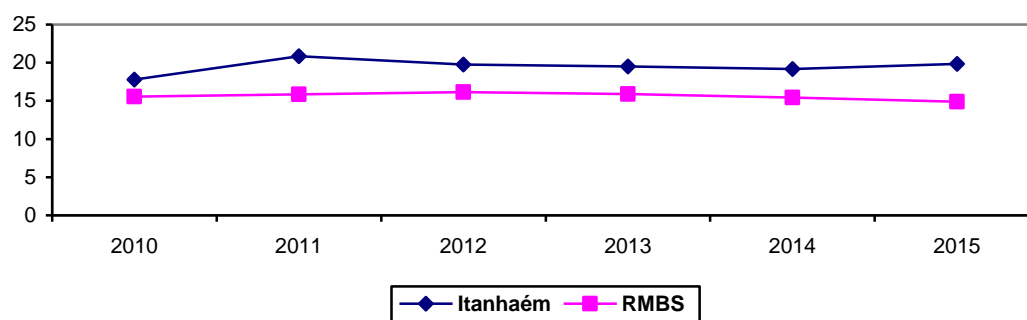


Observou-se, ainda, grande oscilação no percentual de NV com baixo peso (<2.500g), e manutenção no percentual de nascidos vivos filhos de mães adolescentes (< 20 anos) em torno de 20%. Decréscimos neste último indicador se constitui em grande desafio para o município.

Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %) - 2004-2015



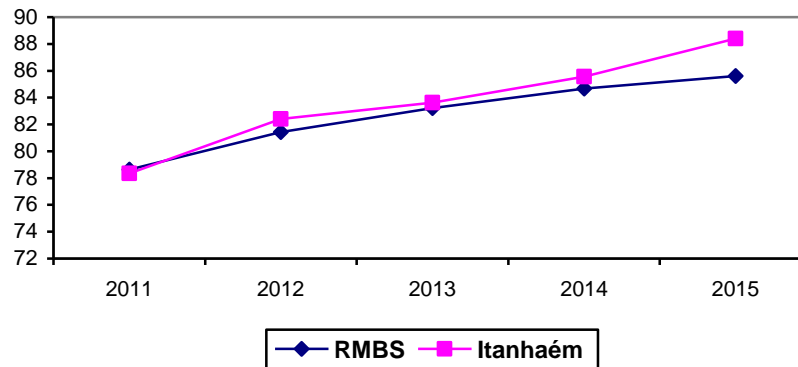
➤ **Percentual de NV de mães adolescentes entre as faixas de 10 a 19 anos, Itanhaém, 2010 – 2015.**



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

O grau de instrução das mães aumentou significativamente nos últimos anos, sendo que a proporção de mães residentes com 8 ou mais anos de estudo subiu 12,83 %, entre 2011 e 2015 mantendo-se ligeiramente acima da proporção observada na RMBS. Este é um indicador que influencia diretamente a mortalidade infantil, na medida em que, historicamente, o número de óbitos infantis é menor, quanto maior o grau de escolaridade materna.

➤ **Percentual de NV de mães com 8 ou mais anos de estudo, Itanhaém , 2011 – 2015.**

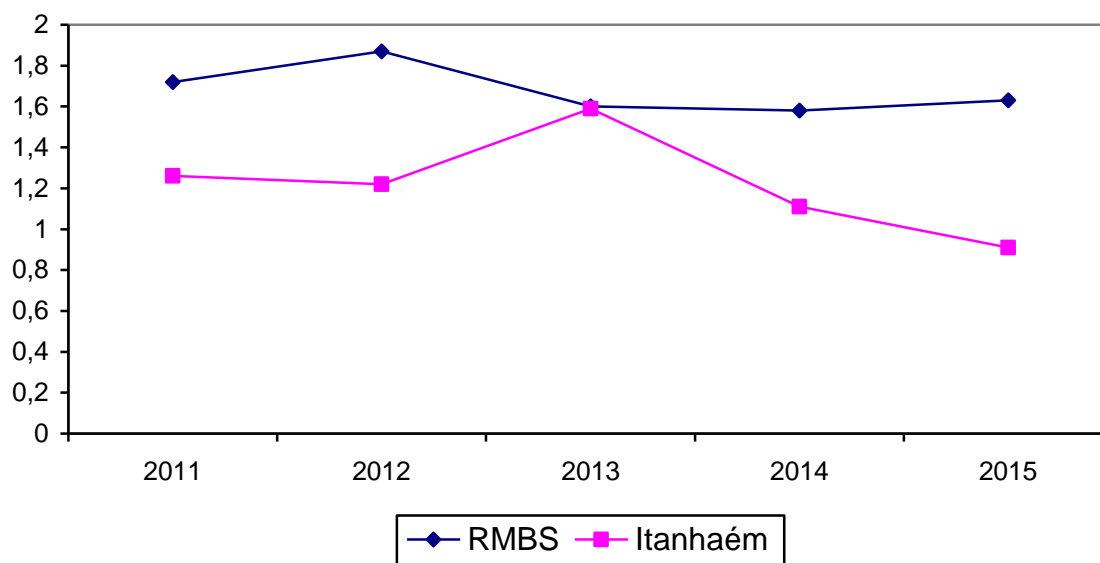


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A asfixia perinatal representa uma das principais causas de mortalidade neonatal e encontra-se diretamente relacionada à qualidade de atenção ao pré-natal e ao parto. O escore de Apgar, de forma combinada com outros critérios, é utilizado como forma de medida de asfixia neonatal. A pontuação no 1º minuto tem especial importância no prognóstico da mortalidade e quando se encontra entre 0 e 3, determina diretamente a necessidade de manobras de reanimação do RN. A pontuação de 7 ou menos no 5º minuto se relaciona com a gravidade da asfixia e com o prognóstico neurológico do RN.

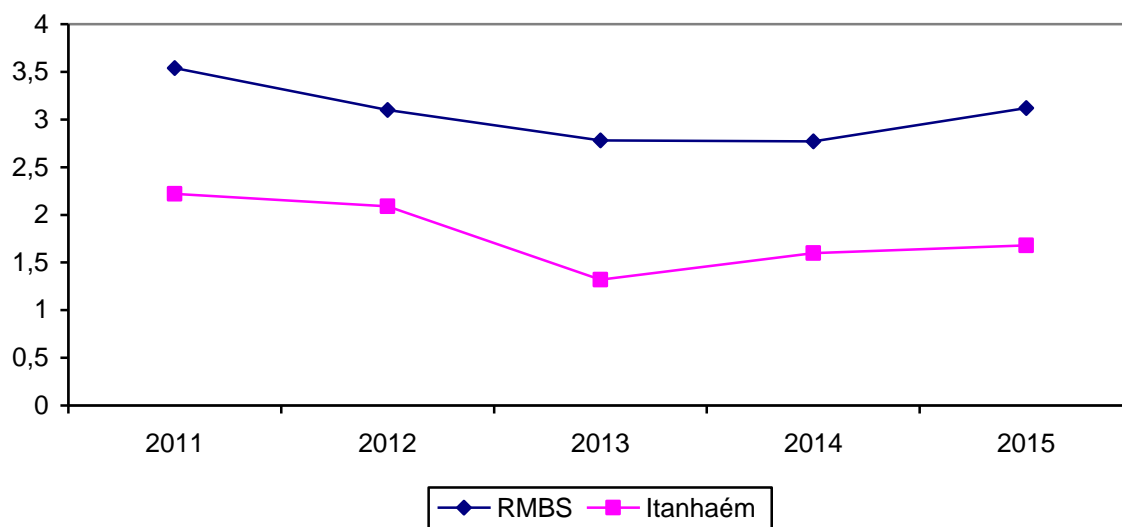
Nos últimos três anos, houve queda importante no percentual de nascidos vivos asfixiados no 1º minuto de vida (Apgar entre 0-3), refletindo a melhora na assistência ao pré-natal e ao parto para as gestantes residentes Itanhaém. Houve ainda, redução significativa de 24,32% durante o período analisado, no percentual de NV com Apgar de 5º minuto < 7 , indicando maior efetividade da reanimação neonatal e recuperação do Apgar de 5º minuto. Estes resultados contribuem para a prevenção primária de deficiências por meio da redução nas possibilidades de seqüelas neurológicas nestas crianças e auxiliam a reduzir a mortalidade infantil.

➤ **Percentual de NV com Apgar de 1º minuto entre 0-3, Itanhaém e RMBS, 2011 – 2015.**



Fonte: SESSP/CCD - Base Unificada de Nascidos Vivos
A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

➤ **Percentual de NV com Apgar de 5º minuto ≤ 7, Itanhaém e RMBS, 2011 – 2015.**

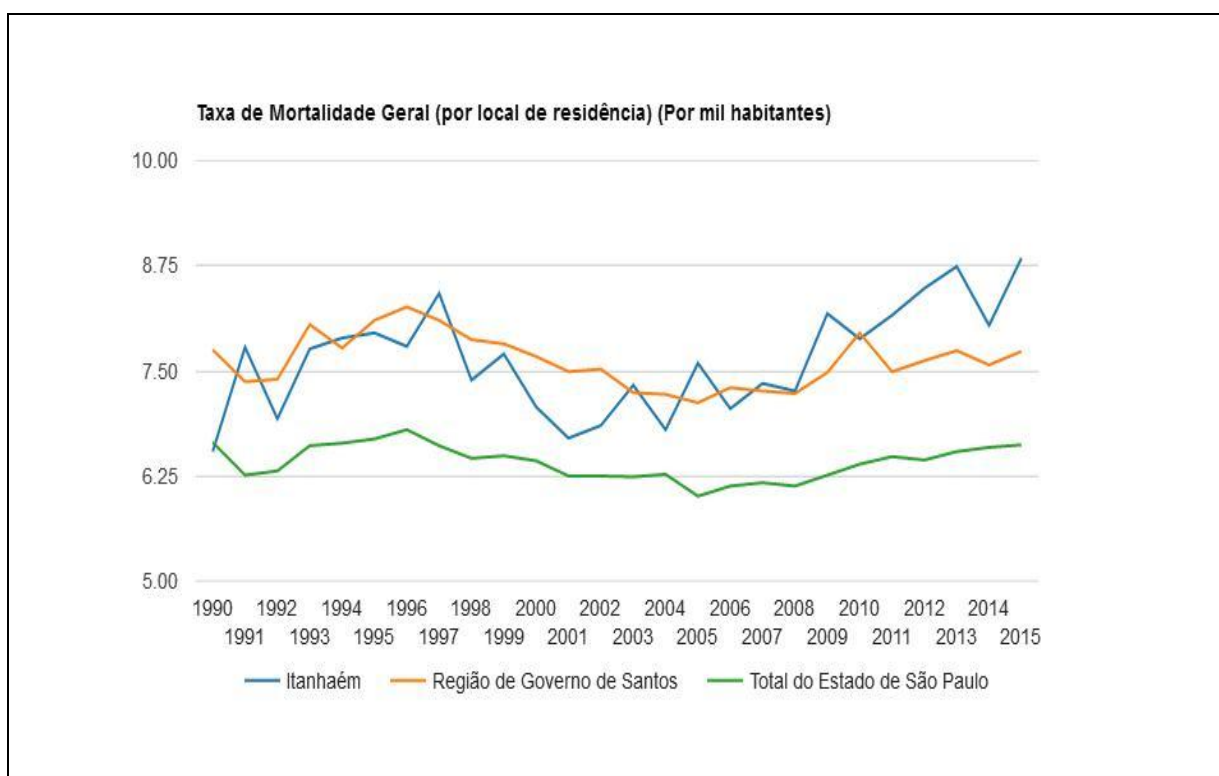


Fonte: SESSP/CCD - Base Unificada de Nascidos Vivos
A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

As informações apresentadas permitem concluir que houve melhora em vários indicadores de atenção à saúde materno-infantil em Itanhaém, permanecendo como principais desafios o desenvolvimento de ações de intervenção em afecções maternas que possam contribuir para a diminuição do nascimento de prematuros, a redução da taxa de cesárea e a prevenção da gravidez na adolescência.

b. MORTALIDADE GERAL

Nos últimos 25 anos houve um aumento da taxa de mortalidade geral tanto no município de Itanhaém quanto na RMBS e no ESP. Este incremento foi mais importante no município que para o Estado de São Paulo e para a Região Metropolitana da Baixada Santista. É importante salientar que, com a participação crescente de idosos na população total do município, a tendência será de crescimento da mortalidade geral.



Fonte: Fundação Seade

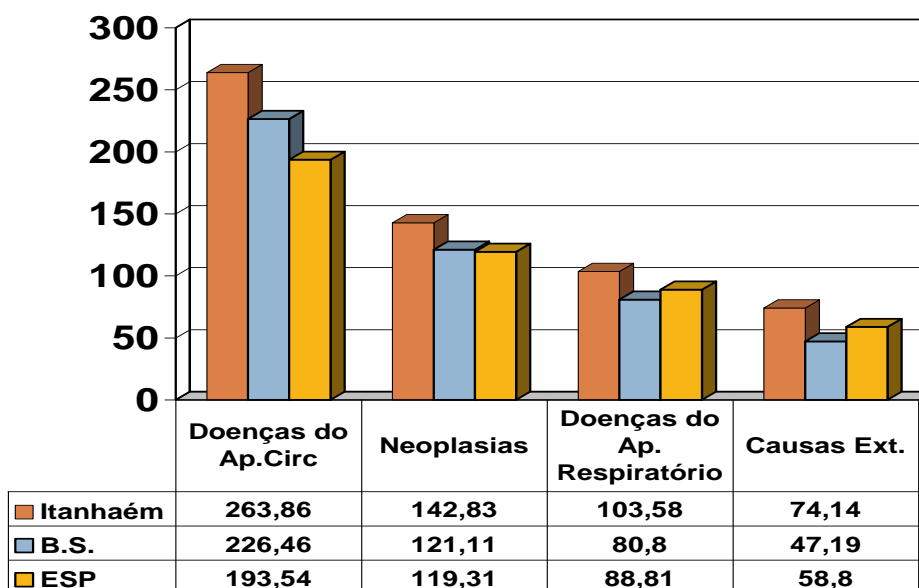
O quadro de mortalidade geral por causa de morte por 100.000 habitantes, entre os anos de 2012 e 2015, apresentou pequenas variações e é possível verificar que, dentre os grandes grupos de causas de morte, os 5 primeiros permanecem inalterados.

➤ **Mortalidade proporcional (%) por Capítulo de Causa CID 10, óbitos de residentes em Itanhaém, 2012 a 2015.**

Capítulo CID-10	2012	2013	2014	2015
IX.Doenças do aparelho circulatório	32,67	34,30	32,83	34,23
II.Neoplasias (tumores)	15,67	12,78	17,77	16,62
X.Doenças do aparelho respiratório	13,01	13,67	12,90	11,00
XX.Causas externas de morbidade e mortalidade	9,83	9,87	9,23	6,97
IV.Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,70	6,07	7,05	6,60

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

Quando comparamos as taxa de mortalidade pelas principais causas de óbitos pelo **Capítulo de Causa CID 10** (óbitos /100.000 hab.) em 2014 entre o município de Itanhaém, Região da Baixada Santista e Estado de São Paulo temos o seguinte gráfico que demonstra o resultado direto do envelhecimento populacional do município.



Fonte: SESSP/CCD-SIM

A maior causa de óbito no município corresponde às doenças do aparelho circulatório que responderam por 34,23% das causas de morte em 2015 e 32,67% das causas de morte em 2.012. Destacam-se nesse grupo o infarto agudo do miocárdio e as doenças cerebrovasculares, por serem as mais freqüentes como podemos observar na tabela abaixo:

Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório

ANO	Óbitos por doenças do Ap. Circulatório		Infarto agudo do miocárdio		Doenças Cerebrovasculares		Doenças Hipertensivas		Outras doenças cardíacas	
	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA
2012	247	276,50	63	70,52	65	72,76	30	34,70	55	61,57
2013	271	299,47	88	97,25	58	64,09	28	30,94	58	64,09
2014	242	263,86	63	68,69	59	64,33	34	37,07	51	55,60
2015	280	301,22	79	84,99	71	76,38	35	37,65	56	60,24

Fonte: SIM

As neoplasias também mantiveram, ao longo dos últimos anos, a segunda posição como causa de óbito, respondendo por 16,62 % das mortes de residentes em 2015. Este grupo de causas vem registrando tendência de aumento, principalmente para o câncer colorretal, de próstata, de mama e colo, suscitando o desenvolvimento de ações que permitam o diagnóstico precoce destes agravos e tratamento oportuno, para que apresentem possibilidade de cura. O quadro abaixo não apresenta o total de óbitos por neoplasia, listando apenas alguns grupos mais significativos:

Óbitos por Neoplasias

ANO	Óbitos para Neoplasia		Neoplasia de brônquios e pulmão		Neoplasia de mama		Neoplasia de colo de útero		Neoplasia de próstata		Neoplasia do cólon, reto e ânus	
	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA
2012	118	132,16	22	24,64	9	19,53	1	2,17	9	20,83	12	13,44
2013	101	111,61	16	17,68	9	19,26	4	8,56	5	11,43	9	9,94
2014	131	142,83	19	20,72	16	33,75	1	2,11	15	34,63	13	14,17
2015	136	146,30	22	23,67	8	16,87	5	10,55	11	24,51	18	19,36

Fonte: SIM

Em terceiro lugar aparecem as doenças do aparelho respiratório com 11,00 % dos óbitos em 2.015. Esta tendência de aumento na proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório se deve especialmente às pneumonias em idosos.

A atenção às causas externas é uma das prioridades da área da saúde e foi responsável, entre outros fatores pela implantação, no município do SAMU Regional. Pelos dados apresentados, é possível verificar que as causas externas sofreram importante redução, na ordem de 24,67% quando comparamos a taxa de mortalidade por este agravo entre os anos de 2012 e 2015, particularmente em decorrência da queda no número de mortes por acidentes de trânsito. Dentre as causas externas de mortalidade, atualmente, os homicídios ultrapassam os acidentes de transporte.

Óbitos por Causas Externas

Ano	Óbitos por causas externas		Óbitos por agressões-homicídios		Óbitos por acidentes de trânsito (transp.)		Óbitos por suicídio	
	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA	Nº Óbitos	TAXA
2012	74	82,84	18	20,15	21	23,51	6	6,72
2013	72	79,57	19	21,00	26	28,73	7	7,74
2014	68	74,14	14	15,26	17	18,54	6	6,54
2015	58	62,4	16	17,21	12	12,91	2	2,15

Fonte: SIM

Observa-se ainda que com relação às três primeiras causas de mortalidade em 2014, morreram mais homens do que mulheres: em relação às doenças do aparelho circulatório do total de 242 óbitos ocorridos, 131 foram homens. Com relação às neoplasias do total de 131 óbitos, 76 foram homens e quanto às causas externas do total de 68 óbitos, 56 foram homens. Entre as neoplasias, a principal causa feminina foi a neoplasia de mama com 15 casos de um total de 55 enquanto que a masculina foi a neoplasia maligna de próstata com 15 casos de um total de 76, seguida de neoplasia da traquéia, brônquios e pulmões com 12 casos e lábio, cav oral e faringe com 11 casos. Com relação às ações de prevenção ao câncer de mama e colo de útero, tivemos diminuição na razão de mamografias/ano para mulheres de 40-69 anos de 0,27/ mulher em 2016 quando comparamos com 2015 que havia sido de 0,35. Avançamos nas ações de prevenção de câncer de colo de útero: a razão de exames citopatológicos do

colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a pop. na mesma faixa etária em 2016 foi de 0,46 exame/ mulher enquanto que em 2015 havia sido 0,31 exame / mulher .Deveremos reforçar junto aos ACS a busca ativa para a realização destes exames.

Mortalidade por sexo e causa – 2014, Itanhaém

Causa (Cap CID10)	Masc.	Coef.	Fem.	Coef.	Total	Coef.
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15	33,85	13	27,42	28	30,53
II. Neoplasias (tumores)	76	171,52	55	116,02	131	142,83
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	2,25	3	6,33	4	4,36
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	31	69,96	21	44,3	52	56,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	9,03	2	4,22	6	6,54
VI. Doenças do sistema nervoso	9	20,31	13	27,42	22	23,99
IX. Doenças do aparelho circulatório	131	295,64	111	234,15	242	263,86
X. Doenças do aparelho respiratório	49	110,58	46	97,03	95	103,58
XI. Doenças do aparelho digestivo	22	49,65	9	18,98	31	33,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	2,11	1	1,09
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	2,25	1	2,11	2	2,18
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11	24,82	8	16,87	19	20,72
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	2	4,22	2	2,18
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	8	18,05	5	10,55	13	14,17
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	4,51	1	2,11	3	3,27
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	13	29,34	5	10,55	18	19,62
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	56	126,38	12	25,31	68	74,14
Total	429	968,18	308	649,7	737	803,56

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

O estudo da mortalidade em adolescentes e adultos jovens (15 a 39 anos) revela que a maior causa de óbito se refere às causas externas com 37,76% do total de óbitos nesta faixa etária e estratificando por sexo, verifica-se que elas ocorreram na razão de 4,67 óbitos masculinos para 1 feminino.

As principais causas de óbito entre os idosos com 60 anos ou mais em 2014 foram as doenças do aparelho circulatório (195 casos), as neoplasias (96 casos) e as doenças do aparelho respiratório (com 77 casos), por ordem de classificação.

Mortalidade por faixa etária - 2014 Itanhaém

Faixa Etária (anos)											
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Tot.
1ª	Afec. Per.	Ap. Dige	-	Ap.Dig.	Causas Ext.	Causas Ext.	Causas Ext.	DAC	DAC	DAC	DAC
	13	1	0	1	6	12	14	19	24	19	242
2ª	Caus. Exte.	Sist. Nerv	0	Neopl.	Malf Congê	Sist.e sinais anorm.	DAR /Ap.Dig.	C.Ext. / Neop	Neop	Neop	Neop.
	3	1	0	1	2	3	4/4	8/8	22	96	131
3ª	DAR	DIP		Sist. Nerv	Outros	Sist.Ner	DAC/ Neopl.	DIP/Ap. Dig.	D.Endóc	DAR	DAR
	2	1	0	1	4	2	3/3	5/5	10	77	95

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

DAC-Doenças do Aparelho Circulatório

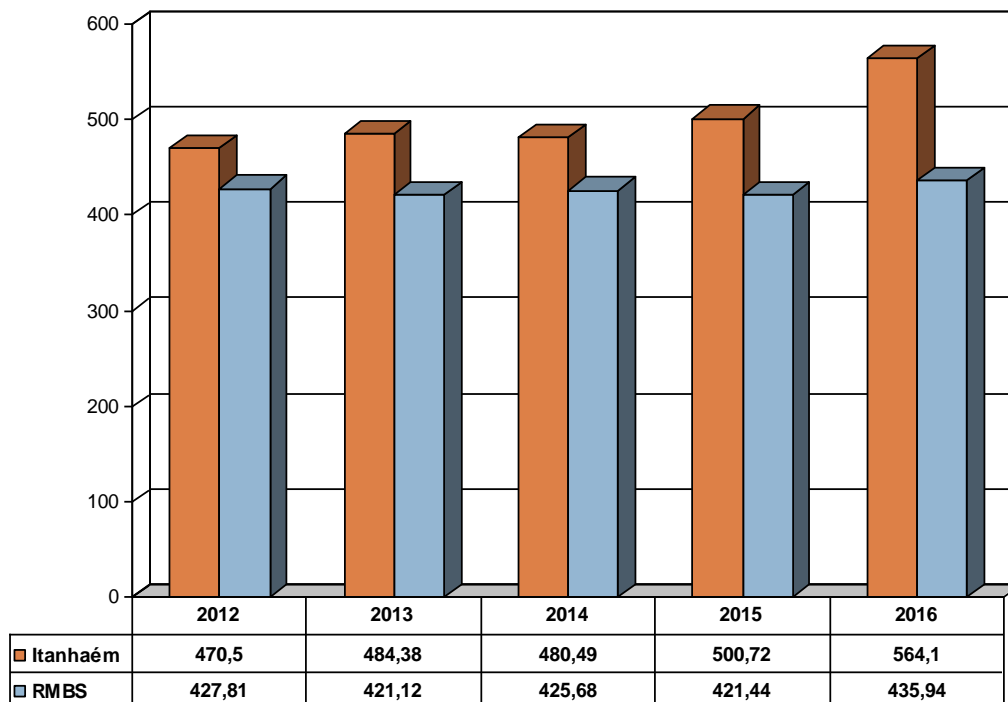
DAR-Doenças do Aparelho Respiratório

DIP-Doenças Infecciosas e Parasitárias

Considerando o envelhecimento populacional registrado nos últimos anos, que naturalmente eleva as taxas brutas de mortalidade pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DNCT- doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), torna-se necessária a análise da evolução da mortalidade precoce por estas causas, entre indivíduos de 30 a 69 anos, como forma de avaliação e monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco principalmente no que se refere ao controle da hipertensão arterial (HA) e do diabetes mellitus (DM) que no caso do nosso município devem ser implementadas. A taxa de mortalidade precoce reflete o risco de óbito de pessoas entre 30 e 69 anos pelas causas

selecionadas por 100.000 hab desta faixa etária e apresentaram os resultados conforme gráfico abaixo:

Taxa de Mortalidade de pessoas entre 30 e 69 anos - Itanhaém e RMBS; 2012-2016

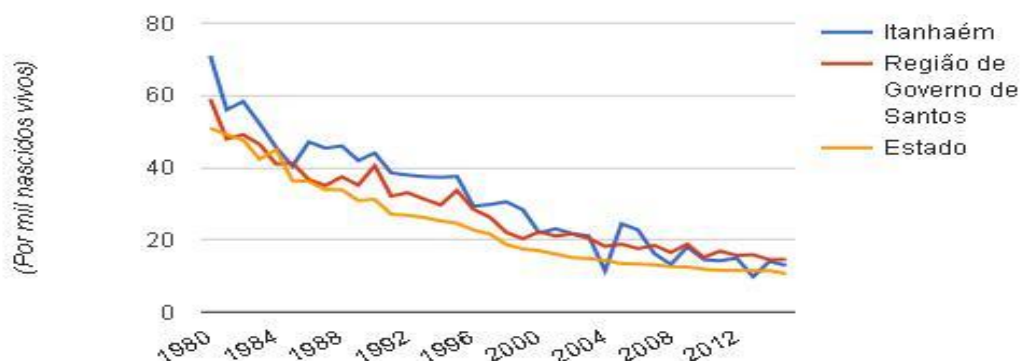


Fonte: SIM/DATASUS

c. MORTALIDADE INFANTIL

A queda da Mortalidade infantil é uma tendência nacional e no município de Itanhaém no período de 2000 a 2015, observou-se um decréscimo de 41,15% , passando de 21,92/1000 nascidos vivos em 2000 para 12,9/1.000 nascidos vivos em 2015. Importante ressaltar que desde o ano de 2007 a taxa de mortalidade infantil do município apresenta este indicador abaixo da Região Metropolitana da Baixada Santista.

Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 1980-2015



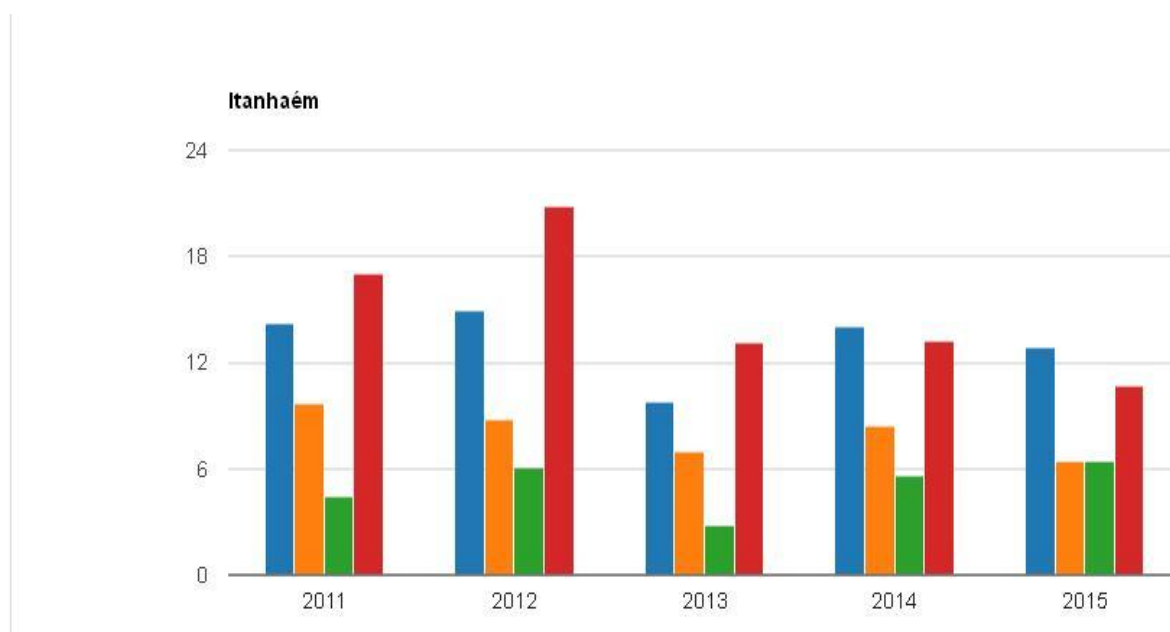
Fonte: Fundação Seade.

Local	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Itanh.	21,92	23,05	21,72	21,07	11,43	24,43	22,74	16,19	13,16	18,04	14,51	14,18	14,94	9,78	14,04	12,9
RMBS	22,19	21,05	21,61	20,43	18,17	18,8	17,58	18,43	16,5	18,8	15,15	16,87	15,65	15,89	14,48	14,87
ESP	16,97	16,07	15,04	14,85	14,25	13,44	13,28	13,07	12,56	12,48	11,86	11,55	11,48	11,47	11,43	10,66

Fonte: Fundação Seade

Embora tenha havido diminuição no período em análise, a mortalidade neonatal tem sido o componente que mais contribuiu na mortalidade infantil sendo a principal causa devido a afecções do período perinatal o que sugere problemas na atenção ao pré-natal e parto. Quanto aos óbitos pós neonatais persistem ainda afecções do período perinatal e óbitos relacionados às condições de vida da população. O coeficiente de mortalidade infantil tem sido considerado um dos mais sensíveis indicadores de avaliação das condições de vida de uma população. Através do conhecimento do seu perfil é possível reconhecê-lo também como um indicador social relevante por estar associado, numa dimensão mais ampla, às condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos e da comunidade a que pertencem o que pode em parte explicar os altos índices deste indicador em nossa região.

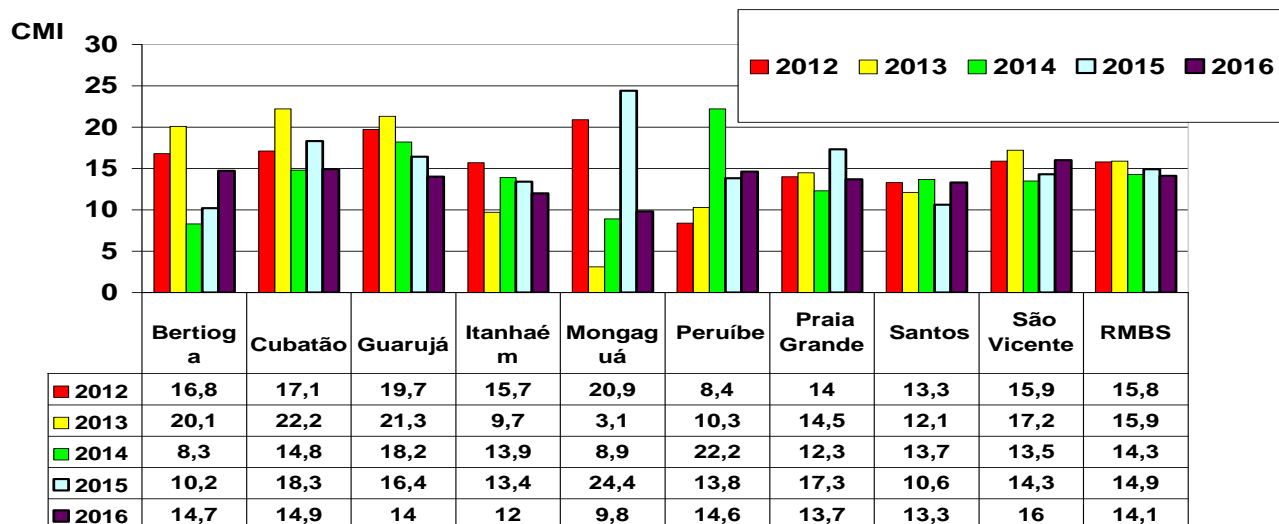
Taxa de mortalidade infantil e seus componentes, Itanhaém; 2011-2015



	2011	2012	2013	2014	2015
Tx. MORTALIDADE INFANTIL	14,18	14,94	9,78	14,04	12,9
Tx. MORTALIDADE NEONATAL	9,7	8,83	6,98	8,42	6,45
Tx. MORTAL. PÓS NEONATAL	4,48	6,11	2,79	5,62	6,45
Tx. MORTAL. PERINATAL	17,01	20,79	13,17	13,24	10,68

Fonte: Fundação Seade

Abaixo tabela demonstrando coeficientes de mortalidade infantil do município e da Região Metropolitana da Baixada Santista no período de 2012 a 2016. Observamos variação dos valores apresentados com relação a tabela acima devido a diferença de fonte(SIM/SINASC).



Fonte:SIM/SINASC

d. MORTALIDADE MATERNA

A taxa de mortalidade materna é considerada como um excelente indicador de saúde das mulheres em idade reprodutiva. Entre os anos de 2011 a 2015 totalizou-se 6 casos. No entanto, deve-se ter bastante cautela ao se analisar esse indicador visto que é comum a morte materna não ser declarada no atestado de óbito, conseqüentemente, não se conhece a real magnitude. Para melhorar a qualidade da informação o Município investiga através da Vigilância Epidemiológica todos os óbitos em mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos.

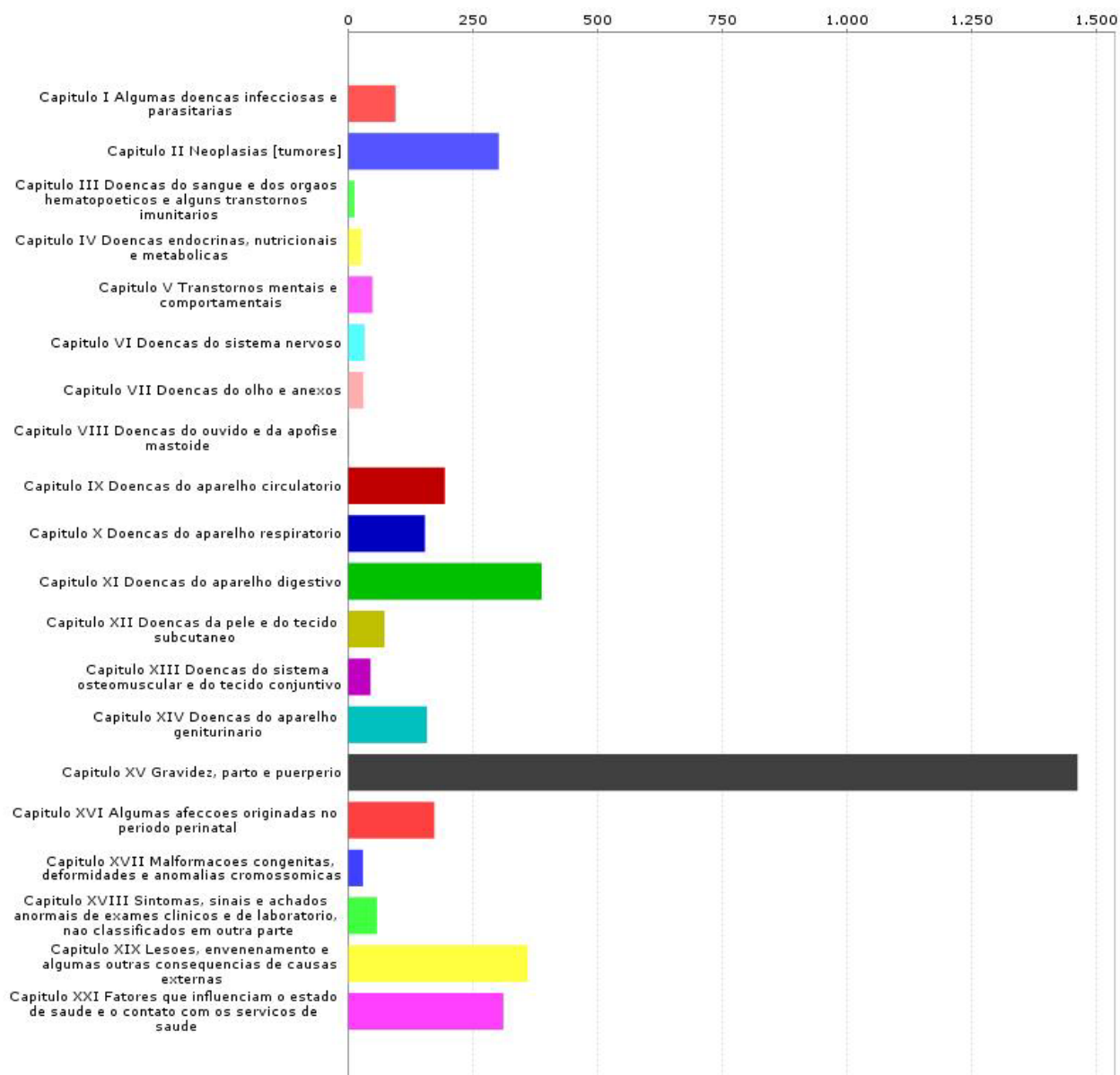
Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária Itanhaém, 2011 a 2015

Idade da mãe	2011	2012	2013	2014	2015
20 a 24 anos	1	0	0	1	0
25 a 29 anos	0	0	2	0	0
30 a 34 anos	0	1	0	0	0
35 a 39 anos	0	0	0	1	0
TOTAL	1	1	2	2	0

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

e. MORBIDADE HOSPITALAR

O padrão de morbidade hospitalar tem se mantido o mesmo ao longo dos anos: o principal motivo de internação em Itanhaém em 2016 foi devido às causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (36,25%), seguidas pelas doenças do aparelho digestivo (9,66%). Com relação ao ano anterior, a mudança ocorreu quanto ao terceiro motivo de internações que em 2015 havia sido pelas neoplasias e em 2016 foi devido às lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (8,94% do total das internações) ficando as neoplasias (7,50%) em quarto lugar. Mais uma vez é relevante observarmos as causas externas como a principal causa de morbidade principalmente em jovens e adultos jovens. Em menores de um ano a principal causa de internação foi devida às afecções originadas no período perinatal e em crianças entre 1 ano e 9 anos foi devido às doenças do aparelho digestivo (56 internações) seguida pelas do aparelho respiratório (27 internações). A maior causa de internação em idosos foi devida às neoplasias (111 internações) e às doenças do aparelho digestivo(105 internações) seguida pelas internações devido a doenças do aparelho circulatório (104 internações) e causas externas (77 internações), podendo esta situação ser devida a dificuldade de acesso a internações hospitalares para os demais agravos e principalmente às de alta complexidade.Tivemos retração na taxa de internações com relação a 2015, de 464 internações / 10.000 hab para 413 internações / 10.000 hab. em 2016.



Fonte: SIH - Jan a Dez - 2016

Quando comparamos os dados de morbidade hospitalar entre os anos de 2011 e 2016, a causa mais frequente de internação de residentes nos dois períodos considerados é o capítulo da CID 10 referente à gravidez, porém com redução de 3,57% em 2016, como reflexo da redução da fecundidade e da natalidade em anos recentes. A segunda causa mais frequente de internação no mesmo ano foram as doenças do aparelho digestivo, que no entanto apresentaram uma diminuição de 10,78% no mesmo período devido a retração observada nas taxas de internações de residentes de Itanhaém. Um capítulo que apresentou redução significativa no número de internações são as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, que sofreram queda de 72,55% no período, passando da 10ª posição como causa de internação em 2011 para a 18ª posição em 2016 e as doenças do aparelho respiratório com

queda de 61,92 % passando da 4ª para a 9ª posição. Este dado pode refletir os investimentos realizados na atenção básica com qualificação do cuidado do diabetes assim como, principalmente no que se refere à queda de internações pelas doenças do aparelho respiratório, à dificuldade de acesso a rede hospitalar na região com a permanência destes pacientes por longos períodos na UPA. Entre 2011 e 2016 houve um decréscimo de 18% na taxa de internação caindo de 504 / 10.000 hab para 413 / 10.000 hab principalmente devido à diminuição de internações na clínica médica.

Nº de internações de residentes e percentuais, segundo Capítulo do CID 10, Itanhaém, 2011-2016.

<i>CID_10_Capitulos</i>	2011			2016		
	Nº	%	classificação	Nº	%	classificação
XV.Gravidez parto e puerpério	1.514	33,00	1	1.460	36,25	1
XI. Doenças do aparelho digestivo	436	9,50	3	389	9,66	2
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	451	9,83	2	360	8,93	3
XXI. Fatores que infl. estado de saúde e o contato com serviços de saúde	236	5,14	7	311	7,71	4
II.Neoplasias (tumores)	303	6,60	6	302	7,50	5
IX.Doenças do aparelho circulatório	352	7,67	5	197	4,89	6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	79	1,72	13	174	4,31	7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	185	4,03	8	159	3,95	8
X. Doenças do aparelho respiratório	407	8,87	4	155	3,84	9
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias	117	2,55	9	124	3,08	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	54	1,18	14	76	1,89	11
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	89	1,94	11	73	1,81	12
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín	47	1,02	16	59	1,46	13

e laborat						
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	59	1,28	12	46	1,14	14
VI. Doenças do sistema nervoso	40	0,87	17	34	0,84	15
VII. Doenças do olho e anexos	28	0,61	19	32	0,79	16
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	35	0,76	18	31	0,77	17
IV.Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	102	2,22	10	28	0,69	18
III.Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	48	1,04	15	14	0,35	19
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6	0,13	20	3	0,74	20
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0,02	21	0	0	21
TOTAL	4.589	100,00		4.027	100,00	

Fonte: SIH

A maior parte das internações de residentes do município ocorre no Hospital Regional de Itanhaém como observamos nas tabelas abaixo:

INTERNAÇÕES REALIZADAS EM ITANHAÉM POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA-2016

CLINICA	ITANHAÉM	PERUÍBE	MONGAGUÁ	OUTROS	TOTAL
CLINICA CIRURGICA	899	482	306	227	1.914
CLÍNICA MÉDICA	325	185	45	44	599
CLÍNICA OBSTÉTRICA	1.443	932	154	368	2.897
PEDIATRIA	188	154	21	50	413
TOTAL	2.855	1.753	526	689	5.823

Fonte:SIH/DATASUS

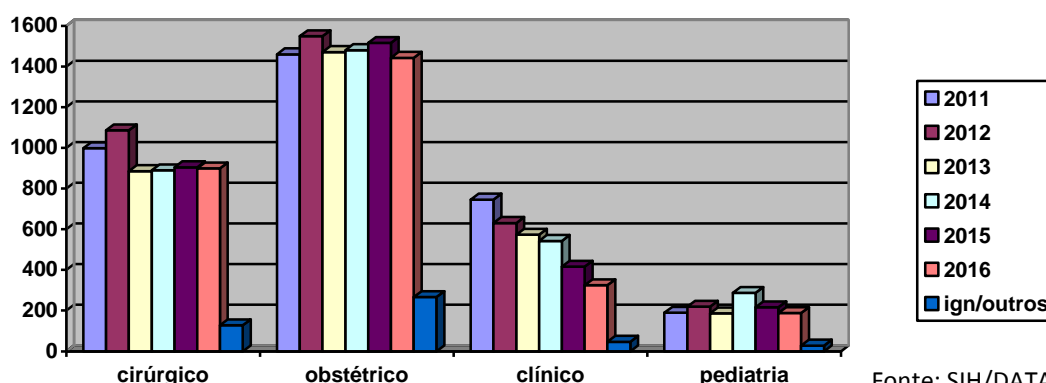
INTERNAÇÕES DE RESIDENTES DE INTANHAÉM POR MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA- 2016

CLINICA	ITANHAÉM	SANTOS	SÃO PAULO	PRAIA GRANDE	GUARUJÁ	MONGAGUÁ	OUTROS	TOTAL
CIRURGICA	899	269	196	11	6	0	34	1.415
CLÍNICA MÉDICA	325	154	141	5	32	0	20	677
OBSTETRICA	1.443	39	2	7	0	0	2	1.493
PEDIATRIA	188	57	24	3	0	0	4	276
PSIQUIATRIA	0	36	1	0	0	0	33	69
PNEUMO SANIT	0	0	0	0	20	0	26	46
LEITO Dia/Cir	0	0	43	0	0	0	3	46
CRÔNICOS	0	0	4	0	0	0	1	5
TOTAL	2.855	555	410	26	58	0	123	4.027

Fonte:SIH/DATASUS

Ao analisar as internações ocorridas de residentes de Itanhaém no próprio município segundo especialidade do leito no período 2011-2016 , é possível verificar que houve grande diminuição nas internações em leitos clínicos, diretamente relacionadas a demanda reprimida observada na UPA.Quanto aos hospitais porta de entrada da rede de urgência na região (H.Irmã Dulce, H. Santa Casa e H.Santo Amaro) também é notória as dificuldades de acesso.

Internações em Itanhaém, segundo especialidade do leito, Itanhaém , 2011 – 2016.



Fonte: SIH/DATASUS

f. INFORMAÇÕES E AGRAVOS NOTIFICÁVEIS

Destaque-se que a **Dengue** constitui-se ainda hoje, como o desafio entre os agravos de notificação do município. O município passou por uma epidemia em 2007 e outra em 2015 e muitos esforços estão sendo realizados no combate ao vetor, mesmo assim verifica-se que ele ainda está presente e de forma contínua no município, tornando-se endêmico em Itanhaém. Em 2014 tivemos 256 casos notificados com 124 confirmados ; em 2015 4.577 casos notificados com 4.363 confirmados e em 2016 137 casos notificados com 31 confirmados. Em 2017 até o momento (Junho de 2017) tivemos apenas 4 casos confirmados. Quanto aos casos de chikungunya tivemos em 2016 2 casos confirmados de 7 casos notificados e até junho de 2017 nenhum e casos autóctones de zika vírus, um caso confirmado em 2016 e em 2017 nenhum até o presente momento.

Em 2016 as ações foram desenvolvidas utilizando-se a estratégia de bloqueios em áreas de maior transmissão, controle casa a casa e de potenciais criadouros e várias ações educativas com a população em geral, além de treinamentos realizados para a equipe de controle de vetores e participação em reuniões técnicas para definir estratégias (salas de situação a nível regional e municipal) .

A **Varicela**, mesmo não fazendo parte da lista nacional de doenças de notificação obrigatória, se constitui um agravo de interesse local, tendo em vista a grande incidência, a característica de sazonalidade e de regularidade nas notificações principalmente em creches e crianças em idade escolar.

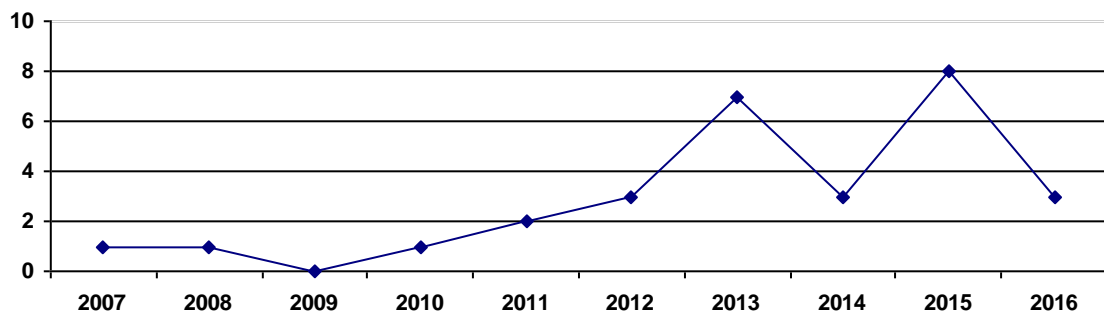
No período entre os anos de 2013 e 2016 não tivemos nenhum casos de **sarampo** e **rubéola** confirmados (um caso de sarampo notificado em 2015 e um caso em 2014 e outro em 2013 notificados de rubéola). É importante notar que o município não tem de casos de sarampo e rubéola em consequência das ações do Plano Nacional de eliminação de sarampo/rubéola, e as ações de imunização.

A **Hepatite** **apresentou** uma diminuição do número de notificações e confirmações nos últimos anos: 104 casos notificados e 103 confirmados em 2013, 85 casos notificados e 78 confirmados em 2014, 73 casos notificados e 70 confirmados em 2015 e 74 casos notificados e 71 confirmados em 2016. (Banco de dados Municipal – SINANNET)

A **meningite** apresenta-se como um importante agravo de notificação, e o número de notificações e confirmações nos últimos anos foi: em 2.013, 08 caos notificados e 06 casos confirmados; em 2.014, 08 casos notificados e 04 casos confirmados e em 2.015 e 2.016 não tivemos casos notificados ou confirmados . (Banco de dados Municipal – SINANNET)

No caso da **sífilis congênita**, o Ministério da Saúde, baseado na recomendação da OPAS, preconiza para controle a incidência de até 1 caso por 1.000 nascidos vivos. Em Itanhaém , assim como em toda a Baixada Santista, esse agravo é um motivo de preocupação devido ao aumento do número de casos observado nos últimos anos. O município vem realizando ações para estimular a notificação dos casos, pois a subnotificação também é um problema assim como descentralizou a realização de testes rápidos para diagnóstico e tratamento de sífilis para gestantes e parceiros em todas as Unidades de Saúde da Família.

Nº de casos por ano de diagnóstico, Itanhaém, 2007-2016



Fonte: SINANNET - VE-PEDST/AIDS-SP

Dados até 30/06/16

Uma das doenças de preocupação mundial, principalmente pelo seu poder de disseminação é a **AIDS**. No Brasil a incidência desse agravo no ano de 2011 chegou a 20,02 casos/100.000 hab., segundo Boletim epidemiológico AIDS DST. Em Itanhaém em 2013 tivemos 21 casos diagnosticados, em 2014 foram 17 casos notificados, em 2015 foram 9 casos notificados e em 2016 , 2 casos (dados SINAN).

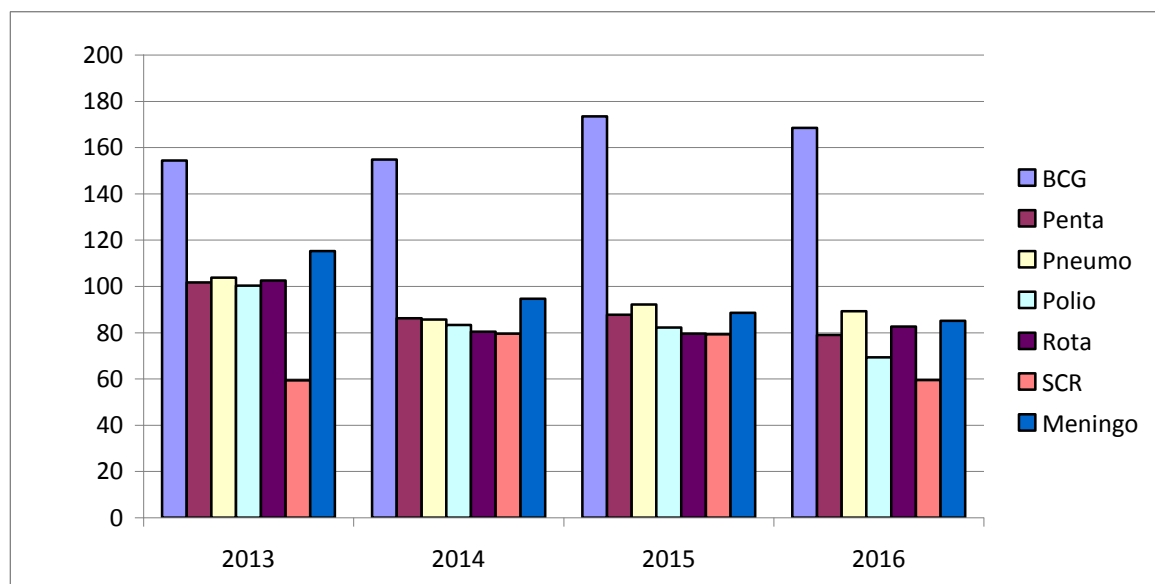
A **Tuberculose** tem se mostrado persistente nesse município e vem se mantendo desde 2.000. Os últimos números são: 2.013 – 81 casos; 2.014 – 108 casos; 2.015 – 106 casos; Fonte TB Web

Nota-se que a prevalência de **Hanseníase** vem caindo em razão das medidas de controle e dos novos esquemas terapêuticos estabelecidos, em função do plano de eliminação dessa doença. A meta recomendada pelo ministério da saúde é de menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes e Itanhaém apresentou: 2013 – 8 casos; 2014 – 8 casos; 2015 – 1 casos e 2016 – 1 caso (dados DATASUS).

g. PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO

Com relação às ações de vigilância em saúde, temos tido muita dificuldade em alcançar coberturas vacinais adequadas do calendário básico da criança. O município não tem conseguido manter coberturas adequadas de vacinação preconizadas em 95%, para a maioria das vacinas, com exceção da BCG .

COBERTURAS VACINAIS-CALENDÁRIO BÁSICO EM MENORES DE 1 ANO , Itanhaém , 2013- 2016



Fonte: API/PNI

A cobertura em campanhas de vacinação contra a gripe também tem alcançado bons resultados, porém contra a poliomielite vem caindo conforme quadro abaixo.

Campanha de Vacinação contra Influenza e Pólio , Itanhaém , 2013-2016.

ANO/DOSE		2013		2014		2015		2016	
		DOSES	%	DOSE	%	DOSES	%	DOSE	%
INFLUENZA	IDOSOS	13.892	106,52	13.335	102,25	12.346	94,66	14.779	113,3
	GESTANTES	1.060	104,43	860	77,69	975	90,11	828	76,95
	PUÉRPERAS	253	151,5	241	132,42	216	121,35	250	141,2

	PROFISSIONAIS DE SAÚDE	1.802	117,24	2.121	107,01	1906	96,17	3.026	152,7
	COMORBIDADES	3.980	nsa	4.061	nsa	4.554	nsa	7.105	nsa
TOTAL INFLUENZA		19.263	107,08	22.860	101,05	20.432	90,89	24.854	110,4
POLIO		7.137	117,06	5.838	95,42	6.067	87,85		
ATUALIZAÇÃO		2.026	nsa						

Fonte: API/PNI IMUNIZAÇÃO

3. CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE

a. REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

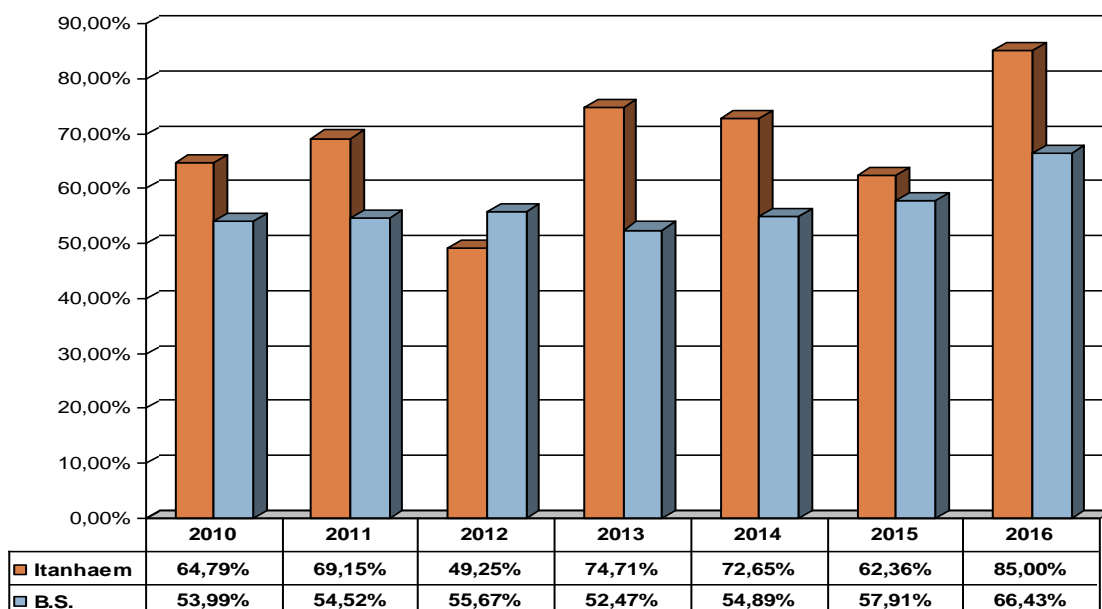
As primeiras equipes da Estratégia de Saúde da Família começaram a ser implantadas em 2000 no município e desde então a Secretaria Municipal de Saúde de Itanhaém vem intensificando esforços no ajuste organizacional para o aprimoramento da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde na Rede de Atenção Básica.

O propósito é manter a cobertura populacional em 85% e qualificar a Estratégia de Saúde da Família - ESF como estruturante da Atenção Básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, não restringindo este nível de atenção à oferta de elenco de procedimentos, mas a um conjunto de ações que contemple a integralidade da atenção, resultando na qualidade de vida e propiciando melhora nas condições de saúde da comunidade. Atualmente não dispomos de modelo misto neste nível de atenção.

A Rede Básica municipal é composta atualmente por 10 unidades de Saúde da Família. O principal desafio em Itanhaém foi sair de uma situação em 2004 em que contávamos com cobertura de 25% da população em atenção básica com 8 equipes de Saúde da Família para aproximadamente 85% de cobertura em 2016 com um total de 24 equipes de ESF implantadas. A ampliação da cobertura da assistência foi a principal meta para melhoria do sistema de saúde, pois historicamente o município de Itanhaém tinha um sistema de saúde centrado no atendimento hospitalar. O desafio que enfrentamos foi a dificuldade de se manter todas as equipes completas, principalmente devido a dificuldade de contratação e fixação do profissional médico. Para superar esta situação o município aderiu ao “Programa Mais Médicos” do Ministério da Saúde em 2014 contando atualmente com 6 médicos do programa. Outra política estratégica é a reorientação das práticas de Saúde Bucal, visando a ampliação do acesso e a integralidade da atenção, intensificando o cuidado curativo individual e fomentando ações de promoção e prevenção de natureza coletiva com ênfase na

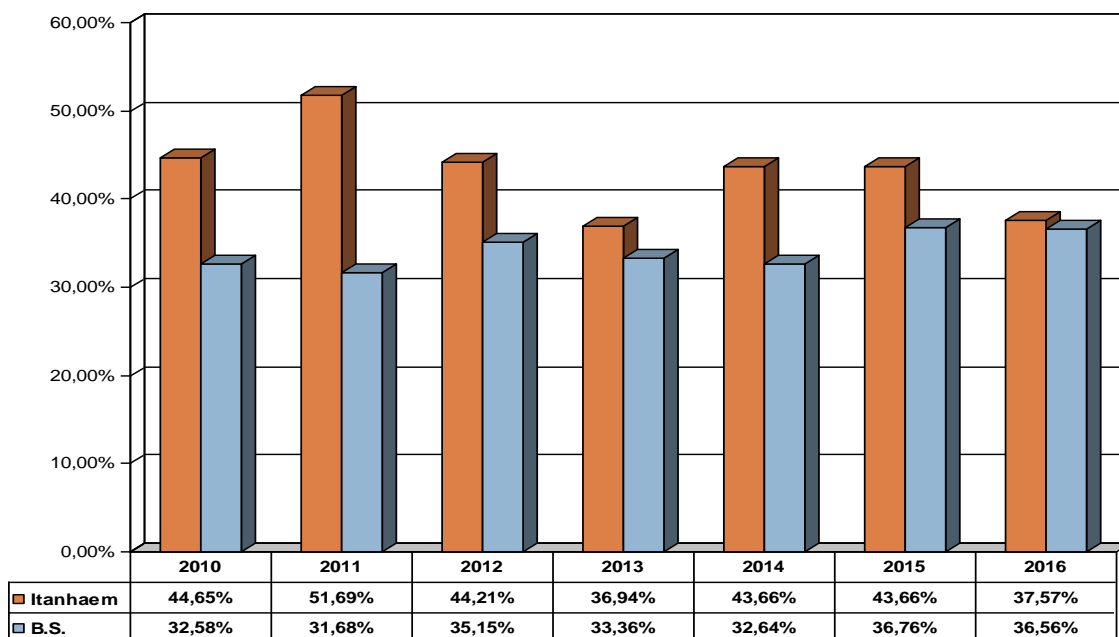
intersectorialidade O desafio da ampliação da cobertura em saúde bucal permanece um desafio sendo esta cobertura de 37,57% na competência de dezembro de 2016.

Cobertura populacional Atenção Básica; Itanhaém, 2010-2016



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Cobertura populacional Saúde Bucal; Itanhaém, 2010-2016



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

As Unidades de Saúde da Família se constituem como ponto privilegiado para o primeiro contato do acolhimento e a formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo também o local prioritário para que o exercício da clínica do cuidado aconteça. Cumpre ainda a função essencial de coordenar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos serviços na rede de atenção.

Reitera-se no Plano Municipal de Saúde 2018/2021, o compromisso com a continuidade e qualificação dessa estratégia que melhor traduz a organização da atenção básica.

Abaixo Estabelecimentos de Saúde sob gestão municipal:

ATENÇÃO BÁSICA

1- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GAIVOTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUAS EQUIPES DE ESF (GAIVOTA, RIO PRETO) ▪ DUAS EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
2-UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA Jd. GRANDESP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUAS EQUIPES DE ESF (BOPIRANGA E GRANDESP)
3- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SUARÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUAS EQUIPES DE ESF (SUARÃO E SION) ▪ DUAS EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
4- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM OÁSIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUAS EQUIPES DE ESF (OÁSIS I E OÁSIS II) ▪ DUAS EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
5- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SAVOY	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CINCO EQUIPES DE ESF (SAVOY I SAVOY II, MAMBÚ/AGUAPEÚ, LARANJEIRAS) ▪ DUAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
6- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GUAPIRANGA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TRÊS EQUIPES DE PSF (GUAPIRANGA, UMUARAMA E SABAÚNA) ▪ DUAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
7- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BELAS ARTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TRÊS EQUIPES DE ESF (BELAS ARTES, PRAIA DO SONHO E CORUMBÁ) ▪ UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
8- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM CORONEL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UMA EQUIPE DE ESF (JD. CORONEL) ▪ UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
9- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LOTY	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UMA EQUIPE DE ESF (LOTY/RAMINHO) ▪ UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
10- UNIDADE DA FAMÍLIA CENTRO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DUAS EQUIPES DE ESF (CENTRO E IVOTY) ▪ UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
11- SAD-EMAD (SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UMA EMAD TIPO 1 E UMA EMAP
12- POLO ACADEMIA DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UM EDUCADOR FÍSICO

b. REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Atenção Integral à Saúde significa oferecer ao usuário acesso a todas as dimensões do processo saúde-doença; significa oferecer disponibilidade de todos os serviços indispensáveis ao atendimento.

Os serviços e ações definidas como Atenção Especializada definem-se como um dos projetos essenciais à gestão municipal. Este nível de atenção encontra-se estruturado com média complexidade e alta complexidade ambulatorial .

Na Média Complexidade Ambulatorial está incluído a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, ressaltando-se o seu caráter complementar e suplementar da atenção básica, respaldando assim a redução da demanda para a alta complexidade. Este nível de atenção vem sendo estruturado no município de acordo com a disponibilidade tecnológica e de recursos humanos. Atualmente se encontra em reforma o antigo prédio do Pronto Socorro Municipal para a implantação do Centro de Especialidades Médicas de Itanhaém ,Serviço de Fisioterapia e o Centro Municipal de Reabilitação que permitirá a ampliação e qualificação das ações a serem realizadas nestes equipamentos. Também se encontra em reforma prédio localizado no Paço II para a implantação do Centro de Infectologia de Itanhaém em espaço próprio.

Pode-se dizer que em Itanhaém à medida que os serviços básicos de Saúde se expandem, cresce a demanda por atenção especializada de forma progressiva e proporcional. Outro fato relevante é a incorporação de procedimentos mais complexos, antes realizados com internação hospitalar e que hoje pode ser desenvolvidos na rede ambulatorial assim como o envelhecimento populacional com conseqüente aumento das doenças crônicas. Além da rede própria a SMS mantém contrato com quatro estabelecimentos de saúde privados, que realizam atendimentos de gastroenterologia, tomografia, ultra-som obstétrico, comunidade terapêutica , transporte sanitário e anatomia patológica e citopatologia.

O município vem estruturando a Central de Regulação de vagas eletivas. A informatização ainda insuficiente da rede com a finalização da implantação de um módulo de Regulação, a necessidade de processo detalhado de planejamento e investimento, associada a demora que algumas unidades levam para se adequar ao perfil previamente traçado para rede, faz com que os resultados da regulação ainda não sejam os esperados. Para isso várias iniciativas deverão ser tomadas como renegociação com prestadores e outros gestores, capacitação de profissionais e a organização do fluxo de referência intra e intermunicipal. Enfim, a meta é através da regulação articular uma série de ações meio que contribuam para viabilização do acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar à complexidade de seus

problemas, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana oportuna, ordenada, eficiente e eficaz.

Dando continuidade a reestruturação do modelo de Saúde Mental, temos implantado no município o matriciamento para integração dos serviços da atenção básica com os CAPS II , CAPS AD e CAPS i. Tem-se buscado a criação de uma rede progressiva de atenção em Saúde Mental, com expansão dos cuidados, sendo a atenção básica o primeiro nível do sistema.

Desde 2013 temos implantado um Centro de Especialidades Odontológicas(CEO), se iniciando a organização da rede de assistência em Saúde Bucal na média complexidade, ação primordial na integralidade do cuidado.

Em relação aos serviços de diagnóstico e terapia, englobando o diagnóstico laboratorial clínico, de anatomia patológica e os de imagem, aparentemente tidos como homogêneos, na rede, cada um desses serviços estão inseridos de forma distinta no processo de cuidado. Existe uma deficiência grande em serviço de apoio diagnóstico de imagem, principalmente USG, ecografia (ecocardio e ecodopler), tomografia e ressonância que deve ser enfrentada nos próximos anos melhorando a resolutividade. Para os serviços laboratoriais de análises clínicas, a proposta de organização municipal é de terceirização dos exames ofertados para Atenção Básica e Especializada mantendo-se sob administração direta apenas o laboratório de análises clínicas implantado na Unidade de Pronto Atendimento em outubro de 2015. As unidades de Saúde manterão os postos de coletas descentralizados nas unidades de origem do paciente, dispensando o seu deslocamento.

Existe a necessidade de um projeto de conectividade que preveja a interligação e informatização da rede de saúde de assistência e diagnóstico. Apesar de termos contrato com serviço de informática e acesso à internet em todas as unidades de saúde, ainda não foi implantado um módulo laboratorial que integre o laboratório municipal com as unidades de saúde possibilitando que os resultados de exames laboratoriais sejam acessados por qualquer unidade solicitante e que sejam bloqueadas solicitações incompatíveis com a hipótese diagnóstica ou em período inferior ao preconizado pelos protocolos clínicos.

As questões ligadas à prevenção e a atenção às pessoas submetidas à situações de violência, constitui também prioridade da gestão, principalmente, os casos de violência contra a mulher, intrafamiliar, doméstica e institucional, maus tratos, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, homicídios e suicídios, acidentes de trânsito, transporte e trabalho. Esta

prioridade tem sido enfrentada com a implantação do Programa Cuidar e que aborda estas questões com enfoque intersetorial, com investimentos das secretarias de saúde, educação e assistência social. Integra esta abordagem também o enfrentamento de transtornos por abuso de substâncias, integrando toda esta problemática.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

<p>1- AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ELETROENCEFALOGRAFIA ▪ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ▪ ELETROCARDIOGRAFIA ▪ ECO-CARDIOGRAFIA ▪ RADIOLOGIA CLÍNICA ▪ ULTRA-SONOGRAFIA ▪ DERMATOLOGIA ▪ NEUROLOGIA ADULTO ▪ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ▪ GASTROENTEROLOGIA ▪ OTORRINOLARINGOLOGIA ▪ PNEUMOLOGIA ▪ UROLOGIA ▪ FONOAUDIOLOGIA ▪ ACUPUNTURA ▪ CARDIOLOGIA ▪ REUMATOLOGIA ▪ DERMATOLOGIA ▪ NEUROLOGIA INFANTIL ▪ PEQUENAS CIRURGIAS EM DERMATOLOGIA
<p>2-CENTRAL REGULADORA DE VAGAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CENTRAL DE AGENDAMENTOS INTERNOS (CONTROLE DO FLUXO DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALIDADES E EXAMES NO MUNICÍPIO) ▪ CENTRAL DE AGENDAMENTOS EXTERNOS (CONTROLE DO FLUXO DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALIDADES E EXAMES FORA DO MUNICÍPIO) ▪ CENTRAL DE TRANSPORTES (CONTROLE DE TRANSPORTES PARA TFD)
<p>3-CENTRO DE APOIO PSICO SOCIAL II</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PSIQUIATRIA ▪ PSICOLOGIA ▪ SERVIÇO SOCIAL ▪ TERAPIA OCUPACIONAL ▪ PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ▪ OFICINAS TERAPÊUTICAS ▪ TERAPIA COMUNITÁRIA ▪ HOSPITAL DIA

4-CENTRO DE APOIO PSICO SOCIAL INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PSIQUIATRIA INFANTIL ▪ PSICOLOGIA INFANTIL ▪ SERVIÇO SOCIAL ▪ PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ▪ OFICINAS TERAPÊUTICAS ▪ HOSPITAL DIA ▪ NEUROLOGIA INFANTIL
5-CENTRO DE APOIO PSICO SOCIAL ALCOOL DROGAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PSIQUIATRIA ▪ PSICOLOGIA ▪ SERVIÇO SOCIAL ▪ TERAPIA OCUPACIONAL ▪ PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ▪ OFICINAS TERAPÊUTICAS ▪ TERAPIA COMUNITÁRIA ▪ HOSPITAL DIA
6-CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FONOAUDIOLOGIA ▪ FISIOTERAPIA ▪ TERAPIA OCUPACIONAL ▪ PEDIATRIA ▪ PSICOLOGIA ▪ SERVIÇO SOCIAL ▪ OFICINAS TERAPÊUTICAS ▪ NEUROLOGIA ▪ TERAPIA COMUNITÁRIA ▪ PROGRAMA DE PREVENÇÃO ÀS DEFICIÊNCIAS
7-CENTRO DE INFECTOLOGIA DE ITANHAÉM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFECTOLOGIA ▪ PEDIATRIA ▪ GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA ▪ SERVIÇO SOCIAL ▪ PSICOLOGIA ▪ TISIOLOGIA ▪ ENFERMAGEM ▪ POSTO DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS ▪ HOSPITAL DIA ▪ DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS (DST/AIDS, TB E HANSEN) ▪ PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO AS DST/AIDS ▪ PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ▪ PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS HEPATITES ▪ PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE ▪ TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS

8-CENTRO DE FISIOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FISIOTERAPIA ▪ REABILITAÇÃO
9-LABORATÓRIO MUNICIPAL DE ANÁLISES CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EXAMES DE BIOQUIMICA ▪ EXAMES DE HEMATOLOGIA ▪ EXAMES DE CULTURA DE URINA E ESCARRO ▪ HEMOCULTURA ▪ BACTERIOSCOPIA DIRETA (TUBERCULOSE E MENINGITE) ▪ QUIMIOCITOLÓGICO PARA MENINGITE ▪ PROTOPARASITOLÓGICO ▪ URIANÁLISE ▪ TIG ▪ SOROLOGIA PARA HIV COM IMUNOFLUORESCENCIA (CONFIRMATÓRIO) ▪ SOROLOGIAS (HEPATITES, TOXO, SÍFILIS)
10- CESCIM - CENTRO ESPECIALIZADO NA SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER PAULA VEGAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REFERÊNCIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL DE RISCO ▪ PEDIATRIA (MATRICIAMENTO COM ESF) E PEDIATRIA DO PROGRAMA DE RECÉM NASCIDO DE RISCO ▪ REFERÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA (MATRICIAMENTO COM ESF) ▪ REFERENCIA PARA COLPOSCOPIA PARA ESF ▪ POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO ▪ PSICOLOGIA ▪ REFERÊNCIA PARA TERCEIRA FASE DO BEBÊ CANGURÚ ▪ PROGRAMA DE COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS ▪ PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR ▪ REFERENCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA DIU E AVALIAÇÃO DE MÉTODOS DEFINITIVOS
CEDI - CENTRO ESPECIALIZADO EM DIABETES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENDOCRINOLOGIA ▪ EDUCAÇÃO EM DIABETES ▪ ENFERMAGEM ▪ DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E INSUMOS PARA DIABETES
CEO – CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PERIODONTIA ▪ CIRURGIA BUCO-MAXILO – FACIAL ▪ ENDODONTIA ▪ PACIENTES ESPECIAIS ▪ SEMIOLOGIA

c. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Unidade de Pronto Atendimento de Itanhaém foi inaugurada em 23/04/2014 atuando desde sua inauguração com estrutura e processo de trabalho compatível com UPA III. É um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências. Deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento. A UPA 24h de Itanhaém foi habilitada em 24 de outubro de 2016 pela PT nº 2.129 e atualmente aguardamos o processo de qualificação. Para tanto é necessário investir trabalhando o quadro de recursos humanos com educação permanente, de forma interdisciplinar na lógica do trabalho em equipe, realizando o acolhimento com classificação de risco e a intervenção no estado clínico apresentado, atendendo pacientes enquanto emergência e favorecendo a continuidade do acompanhamento, seja na rede básica, na rede especializada ou para internações hospitalares.

O município de Itanhaém implantou, desde 2007, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU Regional Litoral Sul 192. Conta atualmente com uma Central de Regulação Médica das Urgências regulando os municípios de Itanhaém, Peruíbe, Mongaguá, Praia Grande e Pedro de Toledo, uma Unidade Móvel de Suporte Avançado, três Unidades Móveis de Suporte Básico e três motolâncias. Em 2013 o SAMU Regional Litoral Sul foi qualificado pelo Ministério da Saúde mantendo esta qualificação até o presente momento.

Junto à organização da rede de emergência, vem sendo vislumbrado o processo de produção do cuidado diferenciado por linha de cuidado, ressaltando a necessidade de melhoria no atendimento a emergências cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológica conforme pactuação do Plano Regional de Urgência e Emergência.

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	<ul style="list-style-type: none">▪ SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA▪ ENFERMAGEM▪ RADIOLOGIA▪ LABORATÓRIO DE URGÊNCIA▪ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA▪ PEDIATRIA▪ CLINICA MÉDICA
SAMU REGIONAL LITORAL SUL- 192	<ul style="list-style-type: none">▪ ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR▪ (1 USA, 3 USB, 3 MOTOLÂNCIAS)▪ REGULAÇÃO MÉDICA▪ ENFERMAGEM▪ MÉDICOS PLANTONISTA▪ TARMs

d. REDE HOSPITALAR

A rede hospitalar é hoje composta pelo Hospital Regional de Itanhaém sob gestão estadual e os outros hospitais da região da Baixada Santista .Os leitos do HRI e parte dos leitos do Hospital Irmã Dulce são regulados pela Central de Regulação de leitos da DRS IV (sistema CROSS) .Os demais leitos estão sob as respectivas regulações municipais.

Quanto ao componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência aprovada em nossa região desde 2011, nossa avaliação, ratificada pelo Grupo Conductor Regional ,é a de que os investimentos financeiros recebidos para a região em sua totalidade para a implantação da referida rede não estão alcançando os objetivos pretendidos uma vez que o acesso aos leitos de retaguarda ou UTI ainda estão restritos aos municípios onde a unidade hospitalar está sediada sendo que nos demais municípios os pacientes estão represados nas UPAs. Não há um consenso na nossa região quanto ao conceito de porta de entrada hospitalar. A implantação de uma Regulação Regional com co- gestão das regulações municipais permanece um desafio dificultando o acesso aos leitos .Exemplo desta dificuldade é observada na implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio na Baixada Santista: a taxa de mortalidade por IAM no Estado de São Paulo em 2014 foi de 49,60 / 100 mil habitantes enquanto que na Baixada Santista foi de 72,68 / 100 mil habitantes , ou seja, 46,53 % maior. Dos óbitos por IAM em 2014 na região, 73,75 % ocorreram fora do ambiente hospitalar, em sua maioria em outros

estabelecimentos de saúde e no domicílio. Em Itanhaém a taxa de mortalidade por este agravo foi de 93,92 e 66,33 em 2013 e 2014 respectivamente. A proporção de óbitos nas internações por IAM também têm aumentado, de 20% em 2015 para 27,78% em 2016 demonstrando a demora para as internações por este agravo.

Em adição à estas dificuldades temos um déficit de leitos na nossa região principalmente no que se refere à clínica médica e UTI agravado pelo fechamento do Hospital Municipal de Peruíbe e pela Maternidade de Mongaguá que esperamos que se resolva com a ampliação do Hospital Regional de Itanhaém e inauguração do Hospital dos Estivadores em Santos previstos para o ano de 2017. Estes fatos também têm prejudicado a implantação da Rede Cegonha no seu componente de assistência ao parto, uma vez que, com o fechamento das duas maternidade, de Mongaguá e Peruíbe, pactuadas para atendimento de gestantes de baixo risco, estas gestantes estão sendo referenciadas para o HRI e Hospital Irmã Dulce sobrecarregando e prejudicando o atendimento nestes hospitais.

Em se tratando da Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, o Município depende muito da gestão estadual e de municípios de maior porte como Santos. Independente da vontade política dos gestores, a efetiva implantação da política de alta complexidade ainda não ocorreu. A falta de estruturas regionais com capacidade tecnológica e humana faz com que municípios de porte pequeno como Itanhaém sofram com a dificuldade na resolutividade de alguns casos.

A baixa oferta da rede pública em serviços de maior complexidade tecnológica faz com que o setor filantrópico e privado detenha boa parte desses serviços.

Os hospitais da região habilitados para alta complexidade (Santa Casa de Santos, Guilherme Álvaro, Irmã Dulce e Santo Amaro) tem apresentado a maior parte de sua produção em baixa complexidade o que tem dificultado ainda mais o acesso à este nível de atenção.

Permanece, portanto, o desafio de uma regulação regional efetiva, migração de recursos financeiros e arquitetura legal que garanta às regiões de saúde instrumentos de gestão dos recursos administrativos. Não foi implantado o COAP na nossa região e a PPI de 2008 não foi revista gerando graves distorções de oferta regionais.

A fragilidade nos processos de pactuação intergestores, o baixo financiamento, o insuficiente processo regulatório e as diversidades operativas são problemas estritamente vinculados que ocupam a agenda dos gestores como desafios a serem enfrentados na nossa região.

SERVIÇO DE SAÚDE SOB GESTÃO ESTADUAL - HOSPITAL REGIONAL DE ITANHAÉM

LEITOS	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
ESPEC - CIRURGICO	25	25
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	12	12
CIRURGIA GERAL	13	13
ESPEC - CLINICO	10	10
CLINICA GERAL	10	10
COMPLEMENTAR	18	0
UTI ADULTO - TIPO II	8	0
UTI NEONATAL - TIPO II	10	0
ESPEC-OBSTETRICO	35	35
OBSTETRICIA CLÍNICA	21	21
OBSTETRICIA CIRURGICA	14	14
ESPEC-PEDIATRICO	6	6
PEDIATRIA CLINICA	6	6
TOTAL GERAL MENOS COMPL.	76	76

Fonte: CNES/ abril 2017

e. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A reorientação da política de Assistência Farmacêutica propõe uma mudança na estruturação no modelo de organização e na forma de gerenciamento, sendo este um grande desafio para a gestão. É necessária a mudança da lógica de atuação limitada à aquisição e distribuição de medicamentos. A implementação da informatização da rede é imprescindível para que possamos atingir os resultados programados.

Atualmente, a rede dispõe de 12 dispensários de medicamentos, sendo estas estruturadas nas Unidades de Saúde da Família, no CINI e no CAPS II, CAPS AD e UPA e uma Farmácia de Alto

Custo. A relação de medicamentos da farmácia básica do município (REMUME), está sendo atualizada conforme a Portaria nº 1.555/13 e os aspectos epidemiológicos presentes. É perspectiva do Município a organização dessa atenção, com inserção do profissional farmacêutico no processo, implantando uma ampla política de comunicação, esclarecendo e divulgando aos usuários e aos profissionais de saúde a respeito do funcionamento, como também os esclarecimentos indispensáveis ao acesso e ao uso racional dos medicamentos.

É necessária também a modernização dos serviços de assistência farmacêutica na rede, incluindo a estruturação física dos estabelecimentos para o abastecimento, dispensação, estocagem, armazenamento, conservação, controle da qualidade dos medicamentos e profissionais qualificados para a dispensação.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- ALMOXARIFADO CENTRAL
- 14 PONTOS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS (ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA, UPA)
- FARMÁCIA DE ALTO CUSTO

f. VIGILÂNCIA A SAÚDE

Quanto à Vigilância em Saúde serão consideradas para análise as linhas prioritárias da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de Zoonoses e Vigilância Ambiental. A SMS desde a sua criação, no contexto da Reforma Sanitária, e com base no conceito ampliado de saúde como bem estar físico e social, estabeleceu que as ações voltadas para prevenção e promoção em saúde deveriam ter um destaque especial frente às demais áreas de atuação do sistema de saúde. Para tanto, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica foram implantadas no final na década de 90.

No campo da Vigilância Sanitária se têm como diretriz a inserção desta como ação básica de saúde, essencial para todo o cidadão e para a coletividade, sendo assim deverá ser enfatizado o trabalho descentralizado voltado para a formação de uma consciência sanitária que propicie ao cidadão a identificação de riscos potenciais aos quais ele é submetido no consumo e uso de bens, serviços e produtos e na convivência no seu ambiente de trabalho e de vida. O serviço municipal de vigilância sanitária deve ser reforçado de forma a atender as demandas geradas

pelo crescimento do município frente ao processo de globalização no uso e consumo de bens e serviços.

No campo da Vigilância Epidemiológica a maior diretriz é a ampliação desta área de atuação, incorporando a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, superando o processo inicial de trabalho restrito às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória. Para tanto, se faz necessário investimento na manutenção e estruturação da vigilância incorporando novos profissionais.

Outra importante diretriz desta área é a investir na estrutura para implantação de uma unidade de resposta imediata às emergências epidemiológicas, no intuito do município estar preparado para enfrentar as doenças e agravos emergentes e reemergentes, que se configuram a partir do contexto mundial, onde Itanhaém, por ser uma cidade de forte apelo turístico e grande extensão territorial principalmente de mata atlântica, está sujeita a reintrodução de doenças já erradicadas.

Destacamos ainda o Comitê de Vigilância de Óbitos Materno, Fetal e Infantil, que atua de forma articulada a todos os Departamentos da Secretaria da Saúde e ao Hospital Regional de Itanhaém. A investigação dos óbitos ocorridos tem sido de forma oportuna e a análise tem propiciado a elaboração de planos de intervenção com vistas à redução da mortalidade materna, fetal e infantil.

A área de Controle de Zoonoses deverá ser estruturada. O Centro de Controle de Zoonoses é um projeto alimentado pela SMS nos últimos anos que ainda não implantado por falta de recursos, por isso é necessário buscar parcerias para viabilizar este projeto. As ações nesta área assumem grande relevância frente às condições sócio-ambientais adversas ainda encontradas em algumas regiões do município onde doenças e agravos transmissíveis dos animais para os seres humanos devem ser priorizados. É importante destacar que as ações de controle de zoonoses devem ter caráter eminentemente preventivo. As zoonoses de maior relevância epidemiológica no Município são a Dengue, Leptospirose, Hidrofobia, Esquistossomose e Tunga Penetrans e Acidente Rábico as quais devem ser mantidas sob rígido controle e vigilância. Foi implantado também no início de 2013 o serviço de castração permanente de cães e gatos.

A área de Vigilância Ambiental é a mais recente área de trabalho da vigilância em saúde e inicialmente tem seu foco de ação na vigilância da qualidade da água de abastecimento. É de

grande importância nos próximos anos a ampliação de suas ações, uma vez que estão pactuadas ações com o nível federal para que sejam implantadas ações de vigilância de solos contaminados e de desastres naturais. Neste objetivo a SMS deverá envidar esforços para ampliação organizacional desta área de atuação, consolidando este trabalho no Município.

VIGILÂNCIA À SAÚDE

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROLE DE VETORES (DENGUE) ▪ MEDICINA SANITÁRIA ▪ ENFERMAGEM ▪ BIOLOGIA ▪ CONTROLE DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ▪ VIGILÂNCIA DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA ▪ CONTROLE DE SURTOS E EPIDEMIAS ▪ ZOONOSES ▪ CONTROLE DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE ▪ NUCLEO DE INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA ▪ NAVI (NÚCLEO DE APOIO A VIOLÊNCIAS)
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FISCALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE, COMÉRCIO DE MANIPULAÇÃO E FABRICAÇÃO DE ALIMENTOS, PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE, COMÉRCIO AMBULANTE, ENTRE OUTROS. ▪ PRÓ-ÁGUA ▪ VIGILÂNCIA AMBIENTAL

4. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

Para garantir a conquista dos princípios básicos do SUS e a melhoria da qualidade de atenção à saúde para a população, é necessário que o gestor planeje, execute e monitore as ações de forma sistematizada e compartilhada, levando em consideração as necessidades da população, os recursos financeiros, os equipamentos de saúde e o capital humano existentes num determinado território adscrito, os indicadores epidemiológicos e seus determinantes sociais.

As ações de gestão devem ser desenvolvidas de forma transversal, intersetorial, interdisciplinar e com mecanismos de co-gestão, de forma que possa fortalecer, aperfeiçoar e qualificar a gestão da saúde no município, resultando numa maior efetividade, eficácia e relação de custo-efetividade.

As áreas de planejamento, informação para a gestão, regulação, avaliação e controle, auditoria, saúde suplementar, ouvidoria, assistência farmacêutica, educação em saúde, humanização e gestão participativa, desenvolvem ações específicas de gestão que permeiam toda a Secretaria de Saúde, apontando para a necessidade e o grande desafio de romper com a fragmentação e a compartimentalização dos vários setores.

Além destes fatores, é importante destacar a regionalização que se constitui num dos eixos estruturantes do SUS na busca da garantia da integralidade do cuidado. A constituição de uma região de saúde deve levar em consideração aspectos como: identidade sócio-econômico-cultural entre os municípios, infra-estrutura de transportes e comunicação, contigüidade entre os municípios, fluxos assistenciais, suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, existência de parâmetros de incorporação tecnológica, entre outros.

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, propõe a construção de um mapa de saúde para orientar o planejamento das ações de saúde. O mapa de saúde deverá identificar as necessidades de saúde, capacidade instalada e orientar o **planejamento integrado** contribuindo para o estabelecimento de metas. A estratégia deste planejamento será a implantação das redes prioritárias e a política da atenção básica como dispositivo para **integração das políticas**, com foco na Rede de Atenção à Saúde. Esta Rede de Atenção à Saúde seria o conjunto de ações e serviços de saúde articulados entre si com a finalidade de garantir a **integralidade** da atenção à saúde. Na nossa região resultou numa Rede de Atenção à Saúde que inclui os nove municípios da Região da Baixada Santista, inclusive Itanhaém e a Região do Vale do Ribeira, denominada RRAS 7. Nos encontramos portanto em um momento de transição deste processo de planejamento regional que se dará não mais pelo Pacto entre os membros interfederativos mas por meio de um Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde- COAP, que estabelecerá compromissos de cada ente federado em relação à Saúde num instrumento com valor jurídico.

A gestão regional é um processo de planejamento e pactuação entre gestores municipais e o gestor estadual com o objetivo de garantir a integralidade das ações de saúde, no âmbito regional. Para que este processo fosse viabilizado foram criados os Colegiados de Gestão

Regionais (CGR). As reuniões do Colegiado de Gestão Regional (CGR) ou mais recentemente Comissão Intergestores Regional (CIR) ocorrem mensalmente, com a participação dos gestores das Secretarias Municipais da Saúde da região e com representantes da Diretoria Regional de Saúde – DRS IV, SUCEM e Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde. Esse fórum foi criado de acordo com as disposições estabelecidas no Pacto pela Saúde (Portaria 399/06) e ratificadas pelo decreto nº 7508 e se constitui de um espaço de pactuação técnica e política entre os atores envolvidos e tem como objetivo constituir uma rede de atenção à saúde capaz de atender às necessidades da população, no âmbito individual e coletivo, de forma equânime, integral e com resolubilidade. Este grupo reúne-se mensalmente e teve um papel importante para a discussão e aprovação das redes de atenção à saúde prioritárias para o Ministério da Saúde: de Urgência e Emergência, Cegonha, Pessoa com Deficiência e Psicossocial. O planejamento regional dispõe de uma série de instrumentos para a sua execução que devem ser atualizados, monitorados e modificados conforme a necessidade da região. Entre estas se destacam a Programação Pactuada Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Além das programações específicas, todas as questões relacionadas ao campo da gestão regional devem ser discutidas e pactuadas de forma solidária e cooperativa na CIR, tais como: regulação, educação permanente, gestão do trabalho, assistência farmacêutica, vigilâncias em saúde, política regional de urgência e emergência, financiamento, entre outros.

Além destas atribuições, a CIR tem a função de levar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as principais questões que estejam sendo discutidas e sejam pertinentes ao SUS no âmbito regional, estadual ou nacional.

Além da participação efetiva nas reuniões, o município assume o compromisso de cumprir o que foi pactuado por consenso pelo conjunto dos gestores de forma que se garanta o fortalecimento do SUS como uma política de estado e possa ser construída de forma solidária e cooperativa.

A estruturação da Programação Pactuada Integrada – PPI em 2008 com a participação efetiva do município foi uma tentativa de se avançar no processo contínuo de planejamento, indicando os rearranjos em torno dos parâmetros inicialmente traçados, porém se encontra atualmente desatualizada e totalmente desconectada da realidade quanto a oferta e referências dos prestadores e necessidade de saúde da região. A implantação das Redes de

Atenção a Saúde na nossa região também está enfrentando muitas dificuldades principalmente devido ao financiamento e regulação da mesma forma como ocorreu com a PPI anteriormente.

α. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO CONTROLE SOCIAL

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS é órgão de atividade fim, integrante da Administração Pública Municipal Direta. A sua proposta de atuação se consolida como resultado das reivindicações do movimento sanitário local. A municipalização das ações e serviços é assumida como princípio para caracterização do novo modelo de assistência, fortalecida com a criação do Conselho Municipal de Saúde pela lei nº 1.754 de 03 de julho de 1991. Compreendendo o Controle Social como elemento preponderante para efetivação do SUS, reestruturou-se o Conselho Municipal de Saúde, tornando-o permanente e deliberativo, com participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços com realização de reuniões mensais. O município também tem se pautado pelo que preconiza a Lei nº 8.142/1990, no tocante à realização dos fóruns ampliados de discussão tipificados nas Conferências de Saúde, ressalte-se que em maio de 2015 foi realizada a X Conferência Municipal de Saúde, cujas diretrizes se encontram delineadas no corpo deste documento.

O gestor do SUS municipal também tem elaborado o Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior com sua apresentação até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa conforme o preconizado pela Lei Complementar nº 141 /2012 .

Outro canal importante de comunicação entre a gestão e a sociedade diz respeito à instalação do Sistema Municipal de Ouvidoria no ano de 2007, oportunizando a população interagir com a direção municipal, fortalecendo os vínculos e favorecendo mudanças.

b. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO PLANEJAMENTO

Em se tratando da sistematização do processo de planejamento, tem-se no Plano Municipal de Saúde a base programática das atividades que serão desenvolvidas no âmbito do Município, definindo períodos, estratégias, prioridades e metas, e suas respectivas propostas

orçamentárias. Sua importância está fortalecida na Lei Orgânica da Saúde, que estabelece em seu artigo 15 que a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é a base para programação orçamentária do SUS. A mesma lei, no seu art. 9º estabelece que a direção do SUS deva ser exercida no âmbito municipal por uma Secretaria Municipal de Saúde, responsável por definir as atribuições e objetivos, bem como as estruturas organizacionais e de cargos. Mais recentemente a Portaria nº 2.135/2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece que O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS).

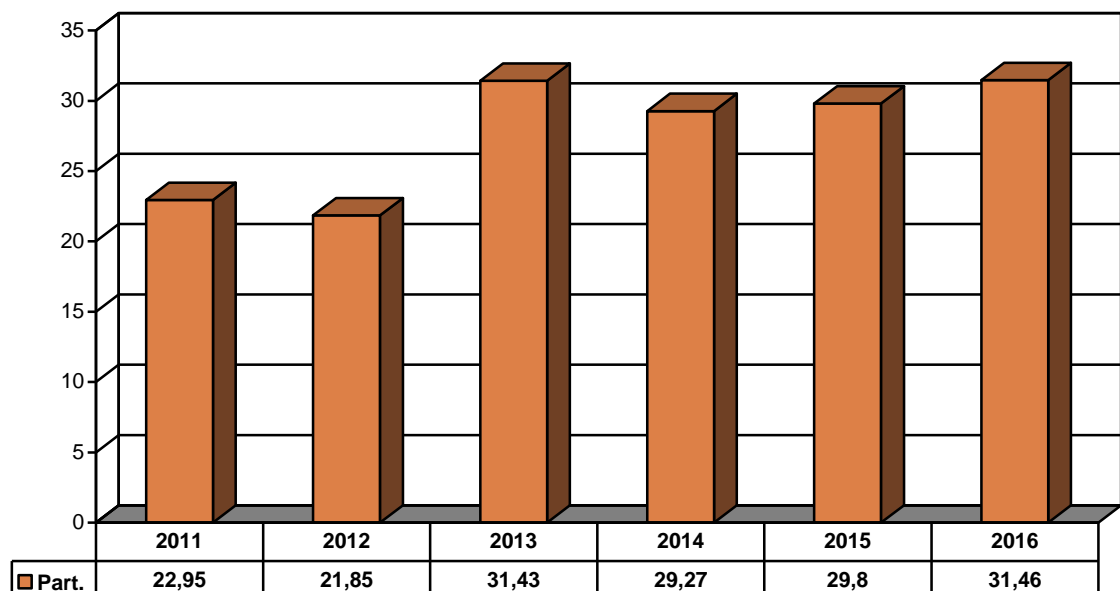
A SMS deverá assumir processo de planejamento como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento da Política de Saúde. O eixo de condução é a realidade local, o envolvimento dos profissionais e usuários, a missão e a direcionalidade do sistema municipal de saúde coerente com os objetivos da Política Nacional e Estadual de Saúde. O decreto nº 7.508 vem ratificar este conceito no seu art.15, “O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros”. Para isto é importante criar o Departamento de Planejamento da SMS. Constitui responsabilidade da gestão municipal a alimentação contínua dos seus bancos de dados e disseminação das informações junto às instâncias competentes para garantias de financiamento do Sistema e também como recurso de avaliação das condições de saúde e da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo Município. A avaliação dos indicadores de saúde representa um importante recurso para programação de ações que tenham por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida da população, examinando criteriosamente os indicadores pactuados, bem como o sucesso das políticas delineadas no Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão.

c. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO

Considerando o custeio das ações do Sistema Municipal de Saúde, a origem dos recursos pode ser: federal (transferências regulares e automáticas entre o Fundo Nacional e o Fundo Municipal de Saúde sob a forma de incentivos ou remuneração de serviços produzidos e recursos de Convênios), estadual (transferências para cumprimento da Política de Assistência

Farmacêutica Básica, Piso de Atenção Básica Estadual dentre outras previstas em atos normativos do MS e Convênios) e recursos próprios, advindos do Tesouro Municipal. O Fundo Municipal de Saúde criado em 03 de julho de 1991 pela lei nº 1.753 em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo a promoção de melhores condições gerenciais dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde. A Lei Complementar nº 141 em 13 de janeiro de 2012, preconiza a aplicação mínima de 15% de recursos oriundos de receita tributária municipal na área da Saúde, situação esta, acompanhada pelo monitoramento contínuo (caráter bimestral) do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Em 2016 o município de Itanhaém disponibilizou cerca de 31,46% com vistas a atender a programação orçamentário-financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcadas nos compromissos decorrentes do preceito constitucional e da Missão Institucional.

Participação da receita própria em Saúde LC 141/2012



Fonte: SIOPS

É preciso que o processo de elaboração dos orçamentos anuais passe a procurar compatibilizar as programações pactuadas em todos os níveis da estrutura da SMS, permitindo uma participação dos atores sócio-políticos, aliando as necessidades das ações e

serviços com a disponibilização orçamentária, buscando equilíbrio entre responsabilidades e viabilidades técnico operacionais, à luz dos instrumentos normativos pertinentes.

Apresentam-se como fatores dificultadores a estreita vinculação de receitas para ações específicas, a limitação dos seus tetos e valores, a dissociação entre a instância decisória da atribuição dos montantes e aquela que executa a Política de Saúde e a baixa arrecadação municipal aliada à falta de compensação das esferas federais e estaduais das diferenças de investimento *per capita* saúde que isso representa. No financiamento per capita também não são considerados fatores demográficos, sócio- econômicos e epidemiológicos que afetam diretamente o custeio dos serviços de saúde.

A dificuldade de financiamento reduz as possibilidades de incremento de ações e serviços em consonância com as aspirações e necessidades locais, caracterizando uma distinta separação entre o planejamento e programação da atenção à saúde e a programação orçamentária e financeira para efetivação das atividades, uma vez que a definição do quantum de recursos é estabelecida por organismos fora do âmbito do Setor Saúde em todas as esferas administrativas, como o Ministério do Planejamento e Orçamento e a Secretarias Municipais envolvidas com Planejamento, Orçamento e Finanças.

d. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A gestão de Recurso Humanos , no caso específico do setor saúde, possui um alto grau de complexidade, decorrente da descentralização das políticas públicas que transferiu para os níveis mais periféricos as decisões e as ações, contribuindo para a construção de um novo papel para as organizações e seus gestores, passando o nível municipal a assumir funções inovadoras, para as quais ainda não possui experiência acumulada, o que transformou algumas atividades em desafios.

É preciso transformar a divisão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde em uma divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, composto de dois setores: Gestão do Trabalho e Gestão da Educação na Saúde. A divisão de gestão do trabalho e educação na saúde já deverá nascer com missões desafiadoras para a operacionalização da política de gestão de pessoas e de processos, como a construção de um sistema de informação da força de trabalho e de uma rede informatizada com vistas à conectividade; a realização do estudo de dimensionamento de pessoal na rede progressiva de cuidados em saúde; a incorporação de

tecnologias e equipamentos que facilitem o trabalho coletivo; implantação do plano de cargos, carreira e salários e a implantação de um programa de Educação Permanente para todos os níveis de gestão e atenção, além da desprecarização das condições de trabalho dos profissionais. Em 2015 tivemos a implantação do Plano de Cargos Carreiras e Salários do município porém não houve a atualização do organograma da Secretaria da Saúde uma vez que este não atende mais suas necessidades .A gestão dos recursos humanos da Secretaria de Saúde permanece centralizada no Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal o que vem dificultando muito a gestão do trabalho e educação em saúde.

Ante as novas perspectivas, faz-se necessário adequar a estrutura organizacional da SMS para adaptar o processo de trabalho ao novo perfil adotado, derivado das contínuas transformações vivenciadas com a descentralização do SUS.

e. PERCEPÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Em oficinas realizadas para levantamento de problemas de saúde com representantes dos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, Profissionais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde foi possível a identificação dos problemas classificados em dois eixos: Problemas de Estado de Saúde da População e Problemas do Sistema e dos Serviços de Saúde abaixo descritos:

I. Problemas de Estado de Saúde da População

➤ Elevada Taxa em diagnóstico mental e medicalização

Causas

- Diagnóstico e tratamento inadequado devido ao despreparo técnico (falta de capacitação);
- Dificuldades de oferta de outras opções terapêuticas não medicamentosas com o envolvimento de outros profissionais (ex: terapia comunitária , grupo de artesanato, etc);
- Vulnerabilidade social;

Conseqüências

- Aumento da auto-madicação e uso de medicamentos psicotrópicos;

- Cronificação do sofrimento mental;
- Aumento de tentativas de suicídios.

➤ **Uso abusivo de álcool e drogas**

Causas

- Vulnerabilidade social- desemprego
- Aumento das comunidades terapêuticas (Falta de Ações mais efetivas da vigilância sanitária)
- Falta de segurança pública
- Fácil acesso a drogas lícitas
- Falta de projetos de inclusão social (esporte ,lazer, cultura principalmente para os jovens)
- Fomento da mídia ao consumo
- Falta de estratégias mais resolutivas – redução de danos

Conseqüências

- Aumento das comunidades terapêuticas
- Aumento do índice de violência e mortes por causas externas
- Aumento de uso de drogas ilícitas
- Aumento das tentativas de suicídio
- Aumento de DST e gravidez precoce e indesejada

➤ **Aumento da prevalência das doenças crônicas especialmente entre os idosos**

Causas

- Falta de planejamento em todas as instâncias interfederativas para atender a demanda de envelhecimento da população idosa com destaque para o financiamento;
- Ausência de fomento de ações de promoção de envelhecimento saudável- atividade física, espaços de convivência;
- Sedentarismo;
- Dificuldade de acesso a medicação e tratamento dos doentes crônicos.

- Falta de implantação de protocolo na rede municipal que garanta o acompanhamento longitudinal da DIA/H.A ;
- Baixa adesão dos pacientes ao tratamento das doenças crônicas;
- Consumo nutricional inadequado.

Conseqüências

- Aumento da mortalidade e incapacitação de idosos e doentes crônicos - doenças renais , neoplasias;
- Aumento das deficiências.
- Aumento dos gastos em saúde (assistência farmacêutica, internações hospitalares , consultas...);

➤ Morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares

Causas

- Sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, etilismo, dislipidemia, diabetes, hipertensão, histórico familiar, stress, drogadição;
- Envelhecimento da população; abandono e negligência familiar
- Dificuldades no acesso a serviços secundários (cirurgia cardíaca e vascular) e exames de apoio;
- Falta de diagnóstico precoce, valorização do acompanhamento em saúde e adesão ao tratamento (tanto medicamentoso como de mudanças de hábitos de vida).

Conseqüências

- Aumento de óbitos por doenças cardiovasculares, diminuição da expectativa de vida, prejuízo na qualidade de vida e risco para seqüelas;
- Diminuição da autonomia do indivíduo, com consquente dependência de terceiros e risco de negligência e abandono;
- Sobrecarga do serviço de saúde.

➤ Aumento da obesidade

Causas

- Erro alimentar;
- Falta de estratégia dos serviços de saúde para melhorar as ações de orientação educativa e demais ações de prevenção;
- Falta de projetos voltados a prática de atividade física;

Conseqüências

- Aumento das doenças crônicas DIA/HA;
- Aumento da necessidade de profissionais especialistas ;
- Aumento do consumo de medicamentos e exames especializados.

➤ **Aumento de gravidez não planejada, principalmente em adolescentes e população vulnerável**

Causas

- Falta de educação sexual /ausência de incentivo à paternidade responsável principalmente em grupos de maior vulnerabilidade;
- Baixa cobertura da consulta puerperal no município e dificuldades das equipes na implantação do planejamento familiar;
- Falta de perspectiva de vida; influência cultural e da mídia incentivando a sexualidade precoce (adolescentes);
- Violência doméstica;
- Uso de drogas/álcool;
- Descontinuidade do acesso e/ou adesão aos métodos anticoncepcionais;
- Uso errado de anticoncepcional oral;
- Descontinuidade do acesso a métodos definitivos, dificuldade de acesso a laqueadura e vasectomia no HRI;
- Exploração Sexual

Conseqüências

- Aumento de DST/Aids, dificuldade na adesão ao pré natal, evasão escolar. Dificuldades na inserção no mercado de trabalho, aumento do número de abortos, partos prematuros, natimorto e óbitos infantis e maternos;
- Aumento do risco de abandono e negligência do menor e transgeracionalidade da violência. Fragilidade dos vínculos familiares;
- Custo das complicações (UTI neo e adulto) e custo social;

➤ **Alta mortalidade de câncer de mama**

Causas

- Dificuldade das equipes em realizar busca ativa do público alvo (mamografia), diagnóstico tardio e dificuldades para encaminhamento de elucidação (biópsia), falta de acesso a USG mama;
- Descontinuidade na oferta de serviços de oncologia, quimioterapia e radioterapia;
- Dúvidas técnicas sobre o protocolo de rastreamento (incompatibilidade entre orientação do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Gineco-obstetrícia (idade, cobertura).

Conseqüência

- Aumento de óbitos e seqüelas;
- Gera dúvidas nos técnicos e conseqüentemente na população quanto à rotina de exames.

➤ **Alta mortalidade de Câncer de Colo Uterino**

Causas:

- Dificuldades de estrutura (RH e estrutura física) e técnicas na organização dos serviços de saúde;
- Baixa taxa de captação precoce das mulheres em idade de risco devido a não realização do exame preventivo;

- Falta de acesso à vacinação para HPV na população em geral e baixa cobertura vacinal em adolescentes;
- Demora e descontinuidade da qualidade do resultado dos exames;
- Dificuldades de conscientização da população para a importância da coleta de rotina de exames preventivos;
- Múltiplos parceiros e não adesão a métodos de prevenção às DST/AIDS;
- Falta de acesso e/ou demora nos exames de USG transvaginal;
- Dificuldades de acesso e demora para realização de procedimentos cirúrgicos.

Conseqüências

- Aumento de óbitos por câncer de colo e seqüelas.
- Aumento da complexidade dos casos e da demanda por atendimento de alta - complexidade

➤ Aumento na morbidade e mortalidade em DST/AIDS

Causas

- Falta de adesão à relação sexual protegida, baixo uso de preservativos e gel;
- Falta de ações de prevenção combinadas
- Persistência de transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites principalmente em populações mais vulneráveis;
- Violência;
- Transtornos por abuso de substâncias;
- Falta de adesão ao tratamento ou tratamento inadequado;
- Co infecção de HIV com tuberculose;
- Ausência do medo da contaminação pela oferta de tratamento que tem diminuído os óbitos
- Poucas ações de prevenção no nível primário para população LGBT

Conseqüências

- Aumento da transmissão vertical e de óbitos por DST/AIDS e tuberculose. Aumento do número de casos de DST/AIDS. Aumento na morbidade e mortalidade em dst/aids

➤ **Alta incidência de sífilis congênita**

Causas

- Início do pré-natal tardio;
- Baixa adesão ao pré-natal e tratamento;
- Dificuldade de tratamento do parceiro
- Gravidez não planejada e baixa escolaridade

Conseqüências

- Vulnerabilidade e seqüelas na criança ;
- Óbito infantil e fetal;
- Má formação fetal;

➤ **Altas taxas de mortalidade infantil**

Causas

- Problemas na qualidade do pré natal. Não valorização do protocolo de pré-natal pelas equipes de saúde e falta de capacitação adequada ;
- Dificuldades das Unidades de Saúde: estrutura, recursos humano, insumos, exames laboratoriais, medicamentos e processo de trabalho – acolhimento ;
- Dificuldade de comunicação entre os serviços (pré-natal de risco e puericultura – busca ativa) AB/CESCRIM;
- Falta de cobertura de ACS
- Baixa cobertura vacinal
- Omissão da gestão (regulação) em divulgar para a rede de saúde os serviços disponíveis e suas referências rotineiramente no CTA geral;

- Dificuldade na qualidade dos exames laboratoriais do pré natal e na coleta e monitoramento na realização destes pelas equipes assim como em realizar a busca ativa dos exames alterados;
- Diagnóstico tardio das doenças na infância com aumento da prevalência das pessoas com deficiência;
- Dificuldade de adesão ao pré natal em grupos vulneráveis;
- Dificuldades na interação da assistência ao pré-natal municipal e da assistência ao parto de gestão estadual. Problemas na qualidade da assistência ao parto ;
- Mudança constante de endereços das gestantes com falta de atualização cadastral dos usuários;
- Interrupção do Programa de Aleitamento Materno - ainda número elevado de mulheres que não conseguem garantir o aleitamento materno e alimentação complementar;
- Violência/negligência;
- Doenças respiratórias na infância.

Conseqüências

- Aumento da mortalidade infantil;
- Sobrecarga na UPA
- Maior risco de transtornos de comportamento e aprendizagem e de deficiências.

➤ Alta infestação larvária pelo Aedes Aegypti

Causas

- Falta de intensificação dos trabalhos casa/casa.
- Acúmulo de materiais(possíveis criadouros)
- Insuficiência de ações de coleta (cata-trecos)
- Falta de envolvimento da comunidade- Fatores culturais da população para eliminar os focos

Conseqüência

- Surtos epidêmicos
- Aumento de atendimentos nas USF e UPA

- Aumento do índice de dengue , zyka e chikungunia.
- Aumento de gastos de insumos e nos serviços de saúde

II. Problemas do Sistema e dos Serviços de Saúde

➤ Estrutura inapropriada/ insuficiente dos serviços de saúde

Causas

- Falta de manutenção preventiva e inadequação do espaço físico dos Serviços de Saúde;
- Equipamentos de Fisioterapia inadequados e falta de manutenção;
- USF do Belas Artes e outras unidades locadas em espaço impróprio com falta de infraestrutura para profissionais e pacientes
- Falta de equipamentos e insumos e manutenção preventiva e corretiva de equipamentos;
- Falta de RH e agilidade na reposição;
- Falta de treinamento do funcionário novo
- Falta de planejamento urbano – ausência da USF do Guapurá ;
- Falta de carro para atenção domiciliar, dificuldade na manutenção preventiva e corretiva dos carros ;
- Falta de planejamento integrado entre as diversas Secretarias da Prefeitura (Social, Habitação, Obras) para discutir a implantação de mais moradias no município (conjuntos habitacionais)
- Necessidade de se aumentar a frota de transporte sanitário e implantação de fluxo;
- Necessidade de manutenção das equipes da ESF já existentes;
- Falta de referência para aquisição de órteses, próteses e meios de locomoção - Desabastecimento pelo Estado com o fechamento das portas da Rede Lucy Montoro para os casos de não elegibilidade definidos de forma unilateral;
- Dificuldade de referências para algumas especialidades e exames no município e região.
- Alto índice de absenteísmo nas consultas e exames das especialidades.

- Falta de autonomia no Departamento de Compras e RH;
- Deficiência nos processos de referência e contra referência e regulação na média e alta complexidade - excesso de encaminhamentos errados para especialistas e exames; falta de atualização e monitoramento dos protocolos de acesso.
- Organograma desatualizado da SMS;
- Falta de apoio institucional;
- Regularização da contratação de agentes comunitários de saúde;
- Metodologia da educação permanente; perfil do apoiador matricial.
- Dificuldade de implantação do Serviço de Zoonose;
- Desabastecimento de alguns medicamentos;
- Baixa cobertura das equipes de saúde bucal;
- Sede própria para o CINI e CTA;
- Dificuldades na contratação de nutricionista, educador físico, farmacêutico e técnico em farmácia para dispensar os medicamentos, psicólogo, assistente social;
- Má gestão em logística, informatização, digitalização de prontuários e implantação dos módulos informatizados.
- Regularização/formalização da contratação da equipe técnica e administrativa do programa DST/AIDS e do CTA.

Consequências

- Qualidade das ações e acesso aos serviços de saúde, falta de desempenho e motivação da equipe, baixa credibilidade e legitimidade dos serviços de saúde junto à população;
- Dificuldade de planejamento local e gestão.
- Má qualidade e resolutividade do cuidado prestado
- Dificuldades de acesso
- Cancelamento de VDs
- Dificuldade de busca ativa
- Desmotivação dos profissionais
- Risco a saúde dos profissionais(pombos ,chuva)1
- Dificuldade na oferta de serviços à população
- Demora para a recuperação de equipamentos
- Aumento dos agravos de saúde

- Aumento da sobrecarga de trabalho da equipe
- Aumento dos gastos em saúde
- Referência e contra-referência ineficaz
- Aumento das contraturas e deformidades nas pessoas com deficiência
- Aumento da judicialização
- Demora para fechar diagnóstico. Aumento de outras comorbidades (falta de referências)

➤ **Processo de Trabalho deficiente**

Causas

- Má qualidade da assistência ao parto pelo Hospital de Referência.
- Baixa qualidade e resolutividade da assistência às urgências e emergências na Unidade de Pronto Atendimento. Dificuldades na implantação do acolhimento humanizado com classificação de risco; Falta de integração e contra-referência com a rede de saúde. Deficiência na gestão da UPA.
- Desinteresse dos profissionais em discutir e integrar ações em saúde.
- Dificuldade de se conciliar ações programáticas demanda espontânea e ações de prevenção e promoção de saúde na Atenção Básica;
- Dificuldade no atendimento programático do hipertenso e diabético na Atenção Básica.
- Falta de acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica.
- Falta de articulação da rede (referência- contra-referência, responsabilização pelo paciente).
- Falta atualização de fluxos organizacionais e protocolos - revisão semestral

Consequências

- Aumento de óbitos infantis e maternos;
- Agutização das doenças crônicas e aumento da mortalidade por doenças do aparelho circulatório;

- Dificuldade de acesso e prejuízo da qualidade de atendimento;
- Falta de legitimidade dos serviços junto à população;
- Sistema de saúde fragmentado com usuário perdido no sistema;
- Consultas e solicitações de exames desnecessários.

Na última oficina realizada após a identificação e explicação dos problemas acima relacionados, foram feitas propostas de diretrizes expressas em ações estratégicas e metas para se alcançar os resultados esperados que após compatibilização com as propostas da última Conferência Municipal de Saúde, análise dos compromissos negociados no âmbito da microrregião tais como a Rede Cegonha , Urgência e Emergência, Psicossocial, RCPD e crônicos e análise da viabilidade política, técnico-operacional e financeira foram elencados as intenções e compromissos da gestão a serem buscados nos próximos quatro anos.

PARTE III. COMPROMISSOS DA GESTÃO

Objetivo, diretrizes e metas para o ano de 2018/2021

1. ATENÇÃO BÁSICA:

DIRETRIZ – Garantir a atenção integral à saúde do indivíduo por meio do modelo de atenção básica centrada na saúde da família e na articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade do SUS.

OBJETIVO - Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, consolidando o modelo de Saúde da Família.

ÍTE M	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
1.1	Realizar estudo de territorialização em 100% das áreas das Unidades de Saúde da Família.	100% das microáreas redefinidas Meta : 223 ACS	% de microáreas redefinidas Nº de ACS	Micro áreas atual:154 ACS Meta : 223

	<p>Redefinição do mapa de atuação das Equipes de Saúde da família em 223 microáreas de atuação dos ACS conforme atualização dos Sistemas de informação (e-SUS).Adequação do nº de ACS e piso salarial conforme Lei 12.994/14 e Decreto que venha regulamentá-la. Para realizar esta ação será necessária a revogação de liminar do MP.</p>			ACS em
1.2	<p>Manutenção das 24 equipes de ESF já implantadas no Município (duas ESF serão deslocadas da USF Savoy para a USF Guapurá quando da conclusão de sua construção)</p>	<p>Manter a cobertura populacional de atendimento primário conforme meta anual do SISPACTO (parâmetro DAB: 3.450 hab. / equipe)</p>	<p>% populacional com cobertura da estratégia da família</p>	<p>2018 - 2021 - 24 ESF (85% de cobertura populacional)</p>
1.3	<p>Realizar a adesão e manter no período a contratualização das equipes de SF , SB e CEO ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB). Estimular processo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolvam a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica. Prever apoio institucional</p>	<p>100% das ESF, SB e CEO</p>	<p>% de ESF, SB e CEO que fizeram adesão ao PMAQ-AB</p>	<p>2018-2021</p>

1.4	Buscar a agilização dos processos de contratação para que estes se adaptem às necessidades da secretaria de saúde. Processos seletivos e concursos públicos ágeis e adesão ao Programa Federal “Mais Médicos” a fim de garantir a cobertura proposta para a Atenção Básica.	Cobertura de AB anual SISPACTO	% de cobertura de Atenção Básica	2018-2021
1.5	Buscar a agilização dos processos de contratação para que estes se adaptem às necessidades da secretaria de saúde. Processos seletivos e concursos públicos ágeis a fim de garantir a cobertura proposta para a Saúde Bucal.	Cobertura de SB anual do SISPACTO	% de cobertura de Saúde Bucal	2018-2021
1.6	Manutenção da estrutura física das Unidades de Saúde da Família já existentes no município. Necessidade de organizar equipe de manutenção predial preventiva e corretiva na secretaria de saúde.	Manutenção da estrutura física das Unidades de Saúde já existentes no Município	% de Unidades de Saúde da Família com realização de manutenção de estrutura física	2018-2021
1.7	Manutenção das 14 Equipes de Saúde Bucal e ampliação de 4 equipes - BA, Grandesp, e Centro e Guapurá	Cobertura anual SISPACTO	% cobertura populacional em saúde Bucal	Atual – 14 ESB 2021 - 18 ESB
1.8	Contratação de 4 Equipes de Saúde Bucal	Cobertura anual SISPACTO	% cobertura populacional em saúde Bucal	2018-03 2020-01
1.9	Implantação de 4 consultórios odontológicos para as ESB das USF BA, Grandesp e Centro e Guapurá. Aquisição de ar	Ampliação de 4 consultórios odontológicos.	Nº de consultórios implantados.	2018 – 03 2020- 01

	condicionado, armários e instrumentais .			
1.10	Prover equipamentos adequados às Unidades de Saúde da Família a fim de se desenvolver com qualidade as ações básicas de saúde.	Elaboração e encaminhamento de projetos para a aquisição de equipamentos para Grandesp, Belas Artes e demais USF.	Unidades de saúde da Família equipadas adequadamente	2018/2019
1.11	Qualificar os processos de trabalho das equipes de Atenção Básica. Rediscussão dos protocolos implantados(diabetes, hipertensão,saúde da criança, saúde da mulher , saúde mental, acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade) e manutenção do matriciamento nas áreas de Saúde da Mulher,Criança , Mental , Hipertensão , Diabetes e Infecto. Desenvolvimento e implementação do Plano de Educação Permanente.	Revisão de 5 protocolos	Nº de protocolos clínicos revidados	2018 - 2021
1.12	Implantação e capacitação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco na AB. Normatizar o acolhimento nas USF com implantação de plantão de equipe de acolhimento fazendo rodízio de profissionais nas ações ou com adoção de outra estratégia, valorizando perfil, potencial, conhecimento e iniciativa de cada profissional a partir da	Acolhimento com classificação de risco implantado em 100% das USF	% de USF com acolhimento com classificação de risco implantado	2018

	estratificação de risco mapeado no território e definição de prioridades a partir do conhecimento de cobertura e epidemiologia da região.			
1.13	Implantação do atendimento programático ao Hipertenso e Diabético em todas USF conforme protocolos municipais e ministeriais e classificação de risco	Implantação do atendimento programático ao Hipertenso e Diabético em 100% das USF	% de USF com atendimento programático do H.A./DIA	2018
1.14	Manter o desenvolvimento de Ações Coletivas em Saúde Bucal a fim de promover ações de prevenção e promoção de saúde aos estudantes das escolas e creches municipais	Realização de palestras educativas, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor conforme risco em todas as escolas e creches municipais beneficiando 20.000 alunos com duas distribuições anuais de creme e escova dentais	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	2018 - 2021
1.15	Viabilizar a aquisição de insumos , materiais e medicamentos padronizados evitando o desabastecimento.	Garantia da qualidade do atendimento à população com custeio, serviços e suprimento de insumos e medicamentos necessários.	% de medicamentos e insumos padronizados com previsão de compras anual.	2018- 2021
1.16	Integrar a descentralização do e- SUS com a implantação do Prontuário eletrônico e o sistema de informação próprio do município.	Viabilizar a referência e contra referência dos clientes do sistema 100% das Unidades de Saúde com prontuário eletrônico implantado.	% de Unidades de Saúde informatizadas e em rede. % de Unidades de Saúde com Sistema de prontuário eletrônico implantado.	2018
1.17	Manter licitação de empresa para manutenção corretiva e preventiva de	Ampliar e qualificar o atendimento. Melhorar o	Nº de licitações realizadas	2018- 2021

	equipamentos (balanças, otoscópios, sonares e outros) com reposição de peças a fim de reduzir o tempo de ociosidade.	aproveitamento dos equipamentos reduzindo o tempo de ociosidade devido a quebras. Garantir a manutenção dos equipamentos e renovar a rede criando reserva técnica.		
1.18	<p>Programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial conforme necessidade da população organizando o fluxo de referência e contra referência a outros pontos de atenção. Registro dos encaminhamentos para as referências de atendimento especializado e de exames diagnóstico em outros instrumentos além do prontuário médico permitindo o monitoramento do fluxo. Levantamento da situação da referência e contra referência no sistema. Definição de necessidades por risco. Capacitação em serviço de profissionais da recepção e administração do sistema de informação integrado à Central Reguladora de Vagas. Módulo de Regulação implantado</p>	<p>Sistema informatizado implantado</p> <p>100% dos coordenadores técnicos e administrativos e recepcionistas responsáveis pelo agendamento para especialidades médicas e exames capacitados</p> <p>Realização de reuniões mensais das ESF para monitoramento do fluxo : casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades(contra-referência)</p>	<p>Nº de sistema de informação implantados(módulo regulação)</p> <p>Nº de profissionais capacitados</p> <p>Nº de reuniões realizadas.</p>	2018
1.19	Manutenção da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de uma Equipe Multidisciplinar de apoio (EMAP) .Disponibilização de	<p>Uma EMAD cadastrada no CNES</p> <p>Uma EMAP cadastrada no CNES</p> <p>Meta 2018-2021</p>	Nº de EMAD e EMAP cadastradas no CNES	2018 - 2021

	veículo para transporte da equipe de forma a atender a necessidade dos usuários prevista nos projetos terapêuticos.			
1.20	Realizar o acompanhamento das condicionalidades do Programa do Bolsa Família (PBF) .Formação de comissão de acompanhamento com a participação do gestor do sistema , Secretaria de Saúde e de Assistência Social.Utilizar informações exportadas para o SISVAN para vigilância alimentar junto às ESF.	Meta anual SISPACTO	% de pessoas beneficiárias	2018 - 2021
1.21	Adequação da USF Belas Artes em espaço anteriormente ocupado pelo CEMI que deverá ser transferido para espaço reformado.	USF Belas Artes implantado em novo local	Nº de USF implantadas	2018/2019
1.22	Manter técnicos qualificados nas USF para o tratamento das DST através da abordagem sindrômica bem como o estoque de medicamentos necessários.	Manter tratamento das DST descentralizado em 100% das USF	% das USF com tratamento de DST implantado	2018-2021
1.23	Orientar as coordenações para garantia do direito do tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis	Assegurar o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis conforme decreto 55.588 de 17/03/2010	% das coordenações de serviços de saúde orientadas	2018-2021
1.24	Construção da USF Guapurá	Uma USF construída no Guapurá	Nº de Unidades de Saúde Da Família construídas	2020/2021

1.25	Aquisição de equipamentos para a USF do Guapurá	USF com equipamentos adequados ao seu funcionamento	Nº de ESF equipadas adequadamente	2020
1.26	Garantir que os veículos do Programa de Saúde da Família fiquem em período integral a disposição das Unidades de Saúde da Família.	5 veículos disponíveis	Nº de veículos disponibilizados.	2018 - 2021
1.27	Reforma da USF Guapiranga	USF Guapiranga reformada	Nº de USF reformadas	Término 2018
1.28	Contratualizar equipes de Atenção no Programa Saúde nas escolas	Pelo menos 50% das Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE em 2019 100% das ESF contratualizadas		2019 - 50 % 2020 -100%
1.29	Realizar ações de promoção e prevenção integrando equipes das unidades para aproveitar melhor capacidades. Enfatizar o trabalho em grupo.	Grupos de promoção e prevenção implantados em 100% das USF	% de USF com grupos de prevenção e promoção em saúde	2018
1.30	Apresentar pleito quando disponível pelo Ministério da Saúde de novas academias da saúde	Apresentar pleito de 5 academias da saúde (financiamento MS)	Nº de Academias da Saúde	2018 -20121
1.31	Capacitação em serviço de profissionais da recepção e administração em sistema de informação.	Capacitação em serviço de 100% dos profissionais da recepção em 2018 e nos demais anos os profissionais novos	% de profissionais capacitados	2018 -20121
1.32	Reforma da USF Savoy	USF Savoy reformada	Nº de USF reformadas	2017/2018

2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

DIRETRIZ – Promover a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção do sistema mediante aprimoramento da política de atenção especializada.

OBJETIVO – Garantir o acesso a serviços de saúde secundários e estruturar a referência e contra referência no sistema.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
2.1	Implantação do Ambulatório de Especialidades no local atualmente em reforma (antigo P.S.). Aquisição e reposição de equipamentos das unidades de saúde de serviço especializado (emendas federais e estaduais).	Ambulatório de Especialidades implantado em novo local. Aquisição e reposição de equipamentos as unidades de saúde de serviço especializado.	Quantitativo de equipamentos adquiridos e repostos.	2018 - 2019
2.2	Implantar Serviço de pequenas cirurgias no ambulatório de especialidades quando da transferência do Ambulatório de Especialidades para novo local com o término da reforma.	Implantar Serviço de pequenas cirurgias no ambulatório de Especialidades	Nº de serviços de pequenas cirurgias implantados	2018-2019
2.3	Implantar ambulatório de ortopedia com aparelho de RX no ambulatório de especialidades quando da transferência do Ambulatório de Especialidades para novo local com o término da reforma.	Implantar Serviço de ortopedia e RX no ambulatório de Especialidades	Nº de serviços de ortopedia e RX implantados	2018-2019
2.4	Implantar serviço de oftalmologia no ambulatório de especialidades quando da transferência do Ambulatório de Especialidades para novo local com o término da reforma. Implantar consultório oftalmológico no ambulatório de Especialidades. (Emenda Federal)	Implantar oftalmologia no ambulatório de Especialidades	Nº de serviços de oftalmologia implantados	2018-2019
2.5	Contratação de um oftalmologista	Contratação de um oftalmologista	Nº de oftalmologistas contratados	2018-2019
2.6	Aprimorar a infra-estrutura do Serviço Municipal de	Serviço de Fisioterapia e	Nº de serviços	2018-2019

	Fisioterapia e Centro Municipal de Reabilitação após reforma do antigo prédio do P.S. Aquisição de equipamentos adequados para o serviço de fisioterapia e CMR (emendas federais)	CMR implantados em novo endereço	implantado em novo local	
2.7	Garantir o funcionamento do CINI em sede própria após reforma de espaço no Paço II. (Termo Aditivo 02/14 SES – R\$ 500.000,00). Estruturar o centro de testagem e aconselhamento com garantia de RH . Garantir equipe técnica para manutenção do ADT e atividades de prevenção e extra-muro e também busca ativa de doenças infecto contagiosas	CINI implantado em sede própria com CTA estruturado.	Nº de Serviços Implantados.	2017 / 2018
2.8	Garantir o atendimento de portadores de HIV/AIDS cadastrados no CINI com serviço qualificado e garantia de insumos, RH e exames de laboratório	Garantir o atendimento de 100% portadores de HIV/AIDS cadastrados no CINI com serviço qualificado e garantia de insumos, RH e exames de laboratório.	% de portadores de HIV/AIDS cadastrados no CINI com garantia de acompanhamento. Taxa de mortalidade por HIV/AIDS	2018-2021
2.9	Garantir o atendimento dos portadores de Hepatites com serviço qualificado e garantia de insumos e exames laboratoriais. Garantir imunoglobulina para todos RN expostos a Hep B Garantir 2 exames de ultrassom anualmente para os portadores de Hepatites Virais	Garantir o atendimento de 100% portadores de Hepatites com serviço qualificado e garantia de insumos e exames laboratoriais.	% de portadores de Hepatites virais diagnosticados e em tratamento, Taxa de mortalidade por Hepatites virais	2018-2021
2.10	Propor construção de sede	Construção da sede do	Nº de CAPS II com	Proposta

	própria do CAPS II, mediante captação de recursos externos (estaduais/federais)	CAPS II de Itanhaém	sede própria	aguarda parecer do MS
2.11	Aprimoramento do abastecimento de insumos e do apoio logístico dos serviços de atenção especializada. Manutenção do abastecimento, levantamento das necessidades e acompanhamento da utilização de medicamentos, insumos, serviços, e custeio, incluindo a pauta de informatização para os serviços de atenção especializada	100% da rede informatizada.	% da rede informatizada Com controle de insumos	2018-2021
2.12	Manter serviço de Tratamento para fora do domicílio (TFD) e despesas de refeição para usuários que dependem de serviços que não existem em Itanhaém. Transporte sanitário prevendo também veículos adaptados para pessoas com deficiência.	Garantir o tratamento para fora do domicílio (TFD), transporte e alimentação para 100% dos clientes encaminhados para serviços especializados pela Central reguladora	% de clientes com TFD garantido	2018-2021
2.13	Realizar a contratação de médico reumatologista	Realizar a contratação de um médico reumatologista	Nº de médicos reumatologistas contratados	2018
2.14	Manter contrato de tomografia computadorizada	Manter contratação de serviço de tomografia evitando a descontinuidade,	Nº. de contratos realizados	2018-2021
2.15	Manter serviço de gastroenterologia, endoscopia, colanoscopia e broncoscopia	Manter contratação de serviço evitando a descontinuidade. Garantia de acesso.	Nº. de contratos realizados	2018-2021
2.16	Manter contrato para ultrassom gestacional	100% das gestantes de risco habitual com 01 USG realizado e 100% das gestantes de alto risco com 2 USG realizados	Proporção de gestantes que realizaram os exames preconizados	2018-2021
2.17	Realizar/manter contrato de	Manter contratação de serviço evitando a	Nº de contratos	2018-2021

	concentradores de oxigênio para portadores de DPOC	descontinuidade. Garantia de acesso	realizados	
2.18	Manter formação, educação permanente e supervisão de recursos humanos para os serviços de atenção secundária. Organização de prontuários e protocolos de atenção. Matriciamento com rede de saúde nas áreas de Saúde da Mulher, Criança, Mental, Diabetes e Hipertensão.	Manter formação, educação permanente e supervisão de recursos humanos para este serviço. Organização de prontuários e protocolos de atenção. Matriciamento com rede de saúde	% de trabalhadores dos serviços de atenção secundária capacitados. % de USF com apoio matricial nas linhas de cuidado prioritárias.	2018-2021
2.19	Avaliar a adequação do acesso à atenção de média complexidade, segundo às necessidades da população atendida a fim de planejar, realizar a gestão e avaliar as políticas públicas pactuadas na região voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade. Qualificar os processos de trabalho da Central Reguladora de Vagas. Implantar/ implementar módulo de regulação informatizado a fim de diminuir as perdas primárias e secundárias. Elaborar e disponibilizar os protocolos de regulação e realizar treinamento dos médicos da rede municipal.	Módulo de Regulação implantado. 7 protocolos de regulação implantados	Nº de módulos de regulação implantados. Nº de protocolos de regulação implantados	2018-2021
2.20	Manutenção do serviço de atendimento à vítimas de violência e agressores junto ao projeto cuidar (CAPS AD e CAPS I)	Ampliar notificações por violência	Nº de notificações por violência	2018-2021
2.21	Garantir espaço adequado e	CMR / Fisioterapia implantados em espaço	Serviços	2018/2019

	equipamentos para CMR / Fisioterapia. Realizar propostas de captação externa de recursos de investimento para aquisição de equipamentos.	adequado e equipamentos	Implantados Equipamentos adquiridos	
2.22	Adequação dos recursos humanos do Centro Municipal de Reabilitação com a contratação de um fonoaudiologista, Assistente Social e fisioterapeuta	Reposição de 4 profissionais do CMR	Nº de profissionais repostos	2018
2.23	Implantar Grupo Condutor Municipal da Rede da pessoa com deficiência . Definir referência regional de oficina ortopédica.	Grupo condutor implantado	Grupos Condutores implantados	2018-2021
2.24	Adequar as Unidades de Saúde do Município em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:1994)	Adequar as Unidades de saúde do Município em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos/ capacitação libras ESF	% de unidades de saúde adequadas	2018-2021
2.25	Garantia de insumos no Laboratório de Análise Clínicas da UPA e contratação de laboratório para a realização exames laboratoriais para a Rede Básica e Especializada. Realizar o monitoramento do prestador baseado em contrato .	Garantia de 100% dos insumos para o laboratório da UPA. Garantir a qualidade e agilidade na entrega dos exames complementares para a AB/AE	Quantitativo de exames realizados.	2018
2.26	Implantação de serviço de prótese odontológica. Realizar licitação para contratação de Laboratório de Prótese	Realização de 20 a 50 próteses /Mês	Quantitativo de próteses realizadas	2018
2.27	Contratação de cirurgião dentista generalista para substituição de protesista	Contratação de um cirurgião dentista generalista	Nº de cirurgião dentista	2018

	locado atualmente na USF Oásis		generalista contratados	
2.28	Realizar mutirões de consultas especializadas, cirurgias e exames	Percentual de mutirões realizados	Nº de mutirões realizados	2018-2021

3. ATENÇÃO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:

DIRETRIZ – Aperfeiçoar a urgência e emergência e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde do município de Itanhaém.

OBJETIVOS – Estruturar e Qualificar a Atenção as Urgências e Emergências no Atendimento do Pronto Socorro e SAMU.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
3.1	Qualificação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) de acordo com a Portaria nº 10/2017 (opção VIII) com aumento do repasse federal para custeio. Realizar capacitação e implantação do sistema de classificação de risco protocolos clínicos e administrativos. Prever na revisão do organograma da Secretaria de Saúde o Departamento de Urgência e Emergência com as Divisões de Unidade de Pronto Atendimento e SAMU Regional.	Unidade de Pronto Atendimento qualificada com protocolo de atendimento com classificação de risco implantado	Nº de UPA qualificadas	2018
3.2	Apresentar proposta de captação de recursos externos para aquisição de 2 ambulância para transporte inter-hospitalar .	Aquisição de duas ambulâncias	Nº de ambulâncias adquiridas.	2018
3.3	Manutenção do abastecimento, levantamento das necessidades e acompanhamento da utilização de medicamentos,	Garantia de manutenção e qualificação do atendimento	% de medicamentos e insumos padronizados com previsão de	2018 - 2021

	insumos, serviços e custeio, incluindo na pauta de informatização para os serviços de Pronto Atendimento e SAMU.		compras anual.	
3.4	Garantia de abastecimento de alimentação para usuários da observação do Pronto Atendimento e HD do CINI e CAPS e para funcionários da Unidade de Pronto Atendimento e SAMU que cumpram jornadas de 12 horas ou superiores.	Garantia de abastecimento de alimentação para usuários da observação do Pronto Socorro e HD do CINI e CAPS e para funcionários do Pronto Socorro e SAMU Meta 2014-2017	% de usuários e funcionários do Pronto Atendimento e HD do CINI e CAPS e com garantia de alimentação	2018 - 2021
3.5	Realização de licitação de empresa que realize manutenção preventiva e corretiva dos veículos da SMS a fim de melhorar o sistema de manutenção de veículos incluindo os de atendimento de urgência, ESF e administrativos.	Licitação de empresa que realize manutenção preventiva e corretiva dos veículos da SMS realizada	Nº de licitações realizadas.	2018 - 2021
3.6	Realizar licitação de empresa que realize serviço de lavanderia. Estudar possibilidade de parceria com Estado ou consórcio intermunicipal para este fim.	Realizar licitação de empresa que realize serviço de lavanderia	Nº de licitações realizadas	2018 - 2021
3.7	Monitoramento dos usuários do Pronto Atendimento para contra-referência a Rede de Serviços de Atenção Básica, CAPS, e outros. (hipertensos, diabéticos e saúde mental).Prever no sistema de informação aviso por estes agravos .	Integrar a rede de saúde e melhorar a referencia e contra referencia do usuário no sistema	% de usuários do Pronto Atendimento com intercorrências de diabetes, hipertensão e doenças psiquiátricas com contra-referência para a Atenção Básica e CAPS	2018 - 2021
3.8	Garantir o abastecimento dos veículos de Urgência, PSF, Vigilância e administrativos (combustível)	Garantir o transporte e abastecimento em todos os níveis da Secretaria de Saúde para viabilizar a agilidade e o andamento	% de dias com abastecimento de veículos garantido	2018 - 2021

		dos serviços		
3.9	Manter despesas de Transporte de Pacientes acamados para fora do município mediante regulação técnica. Adiantamento para despesas gerais da frota.	Manter as viagens e suprir os gastos com diárias de refeições, pedágios e combustível fora do município em viagens longas	% de pacientes acamados com garantia de transporte e alimentação para fora do município conforme regulação	2018 - 2021
3.10	Manter a qualificação do SAMU Regional Litoral Sul com co-financiamento de seu custeio (Estado e municípios de referência)	SAMU Regional implantado e qualificado com os pré-requisitos da portaria federal para qualificação do serviço.	Nº de SAMU Regional implantado e qualificado	2018 - 2021
3.11	Realizar cronograma anual e desenvolver ações de educação permanente pelo Núcleo de Educação Permanente do SAMU	Cumprimento de 100% das ações de EP conforme cronograma	% de ações de EP realizadas conforme cronograma	2018 - 2021
3.12	Manter técnicos qualificados para o tratamento das DST através da abordagem sindrômica bem como o estoque de medicamentos necessários.	Manter tratamento das DST descentralizado na UPA e demais unidades de saúde	Serviço Descentralizado	2018 - 2021
3.13	Manutenção do serviço de segurança e controlador de fluxo na UPA	Serviço de segurança implantado	Nº de serviços implantados	2018 - 2021

4. SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA:

DIRETRIZ – Promoção da atenção integral da saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

4.1. OBJETIVO – Expansão e qualificação da assistência materno-infantil.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
------	------	------	-----------	---------

4.1.1	<p>Redução da mortalidade infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar recomendações do Comitê de Mortalidade Infantil e discutir os casos junto às equipes de referência. • Criar fluxo interno nas Unidades para busca ativa de exames de pré-natal alterados. • Emissão de alerta de exames alterados pelo Laboratório via sistema. • Providenciar banners ou quadro avisos orientando população usuários do serviço para atualizar endereço • Melhorar o preenchimento das contra-referências pelo CESCIM (sugestão :livro de controle tanto para cescrim qto para as USF) • Atualizar informações no CNES e divulgar para rede de saúde qual serviços existem e suas referencias rotineiramente(Regulação)- CTA • Matriciamento dos CAPSs para dar apoio às USF no que se refere à assistência materno-infantil dos grupos vulneráveis. • Mudança de modelo do matriciamento da saúde da mulher em loco com 	<p>Meta anual do SISPACTO Coeficiente de mortalidade infantil abaixo da região da Baixada Santista</p>	<p>Taxa de Mortalidade Infantil</p>	<p>2018 - 2021</p>
-------	---	--	-------------------------------------	--------------------

	<p>consulta compartilhada, discussão dos casos e visitas domiciliares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunião de equipes para discussão dos casos mais complexos e óbitos infantis nas USF e CESCIM. 			
4.1.2	Redução da mortalidade materna (monitoramento dos protocolos de PN e Assistência ao parto e RN)	Meta anual SISPACTO	Nº absoluto de óbitos maternos	2018 - 2021
4.1.3	Pré-natal com no mínimo 7 consultas de pré-natal.	75% das gestantes com Pré-natal com no mínimo 7 consultas de pré-natal	% de gestantes com no mínimo 7 consultas de pré-natal	2018 - 2021
4.1.4	Manutenção de programa de educação continuada, protocolo e matriciamento de pré-natal in loco	100% das USF com apoio matricial em pré-natal	Lista de frequência e avaliações	2018 - 2021
4.1.5	Garantir a todas às gestantes acesso à 1ª consulta odontológica	100% das gestantes com acesso à 1ª consulta odontológica programática	% de gestantes com acesso à 1ª consulta odontológica	2018 - 2021
4.1.6	Realização dos exames laboratoriais de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno conforme protocolo municipal.	80% das gestantes acompanhadas com realização dos exames preconizados e acesso em tempo oportuno	Proporção de gestantes que realizaram os exames preconizados e receberam os resultados em tempo oportuno	2018 - 2021
4.1.7	Realização de ultrassonografia obstétrica para as gestantes de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno inclusive nos municípios de referência.	80% das gestantes de risco habitual com 01 USG realizado e 100% das gestantes de alto risco com 2 USG realizados	Proporção de gestantes que realizaram os exames preconizados	2018 - 2021
4.1.8	Acesso a USG morfológico	80% das gestantes de	Proporção de	2018 - 2021

	quando indicado em protocolo. Manutenção de referência regional no AME PG.	risco conforme protocolo	gestantes que realizaram os exames preconizados	
4.1.9	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do diagnóstico tardio HIV , sífilis e hepatite B para gestantes - Manutenção da implantação do teste rápido de HIV e sífilis e hepatite B em gestantes usuárias do SUS municipal nas Unidades de Saúde da Família - Realizar 03 TR de Sífilis durante a gestação <ul style="list-style-type: none"> 1ª consulta de pré-natal 28ª semana 34ª semana - Gestante com maior vulnerabilidade e/ou usuária de drogas ampliar a oferta de TR durante o Pré-Natal (médicos e enfermeiros). - TIG positivo: Abrir SIS Pré e realizar sorologias no mesmo dia - TIG negativo: Dar orientação sobre prevenção às DST, gestação não planejada e oferta de sorologias. - Atualizar protocolo de Pré-Natal - Ampliar oferta de Sorologias para usuários do CAPSAD e CAPSi (incluir esta ação no protocolo no Programa Cuidar) • Diagnóstico e Tratamento do Parceiro - Médicos e enfermeiros deverão realizar acolhimento por livre demanda dos parceiros - Ofertar TR para os parceiros - Parceiro de gestante com Sífilis deve ser convocado imediatamente para realização de sorologia - Realizar tratamento 	<p>100% das USF com implantação do teste rápido de HIV , sífilis e hepatite B para gestantes.</p> <p>Reduzir a taxa de incidência da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita</p>	<p>% de USF com a realização de teste rápido de HIV e sífilis implantado.</p> <p>Nº de casos novos de sífilis congênita</p> <p>Nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.</p>	2018 - 2021

<p>concomitante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso o parceiro não compareça na USF até a aplicação da segunda dose medicação realizar busca ativa e informar o CINI <ul style="list-style-type: none"> • Notificação tardia/ Subnotificação <ul style="list-style-type: none"> - notificar os casos no mesmo dia e encaminhar as fichas para VE no dia seguinte ao diagnóstico. <ul style="list-style-type: none"> • SIS Pré-Natal <ul style="list-style-type: none"> - Descentralizar SIS Pré-Natal para 100% das USF de forma escalonada <ul style="list-style-type: none"> • Diminuir falha no monitoramento dos casos <ul style="list-style-type: none"> - VDRL reagente disponível no sistema em 48h com ALERTA - Médicos e enfermeiros das USF deverão fazer busca ativa semanal de gestantes e parceiros não aderentes ao serviço e ao tratamento, concomitante a isto informar o caso para equipe técnica do CINI - Matriciamento Infecto (discussões de caso no CINI – 1ª terça-feira do mês às 10h) <ul style="list-style-type: none"> • Falha na implementação do Planejamento Familiar <ul style="list-style-type: none"> - Médicos e enfermeiros deverão inserir obrigatoriamente no planejamento familiar toda mulher e/ou gestante usuária de drogas e/ou com maior risco social e/ou portadora de HIV e Sífilis. - Ampliar oferta do DIU - Capacitar médicos e enfermeiros das USF para colocação do DIU - Descentralizar insumo para rede de saúde 			
--	--	--	--

	<p>- Disponibilizar contraceptivo de emergência VO para as USF de forma escalonada</p> <p>- Manter aquisição de Implante subdérmico (etonogestrel 68mg – Implanon)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de referência no município para realizar Teste de Sensibilidade à penicilina <p>- Capacitar médicos e enfermeiros</p> <p>- Ter uma unidade de referência no município devidamente equipada para realizar os procedimentos</p> <p>- Presença de um médico na unidade no momento dos procedimentos</p> <p>-Realizar rodízio dos profissionais capacitados para realização do procedimento na unidade de referência.</p>			
4.1.10	Garantir tratamento da sífilis nas USF e CINI	100% das USF com oferta de tratamento para sífilis	% de unidades de saúde com oferta de tratamento para sífilis	2018 - 2021
4.1.11	Articular com Maternidade sobre padronização dos protocolos (mulher e RN) do Ministério da Saúde. Apresentar serviços, fluxos e protocolos do município	Reuniões envolvendo as coordenações municipais da saúde da mulher e da criança, AB ,AE, HRJR e DRS IV	Nº de reuniões realizadas/ano	2018 - 2021
4.1.12	Garantir a realização e o acesso aos Grupos de Gestante e Aleitamento materno em todas USF	100%das USF que realizam Grupos de Gestantes no período	% de USF que realizam Grupos de Gestante	2018 - 2021
4.1.13	Acompanhamento de 80% menores de 2 anos (cobertura vacinal, aleitamento materno,crescimento e desenvolvimento, prevenção e acompanhamento de doenças diarréicas e respiratórias na	Acompanhamento de 80% menores de 2 anos Meta Rede Cegonha	% de menores de 2 anos acompanhados	2018 - 2021

	infância). Manutenção de programa de educação continuada, protocolo e matriciamento. Realizar aconselhamento e ofertar anualmente anti-HIV para todas as mulheres que amamentam.			
4.1.14	Educação permanente em aleitamento, crescimento e desenvolvimento, prevenção e acompanhamento de doenças diarreicas e respiratórias na infância.	100% das USF com apoio matricial em Saúde da Criança	Nº de USF com apoio matricial	2018 - 2021
4.1.15	<p>Ampliar o acesso ao Planejamento familiar no município, em especial dos adolescentes e das população mais vulnerável ,com a qualificação dos profissionais e garantia da distribuição contínua de métodos contraceptivos.</p> <p>Realizar ações de planejamento familiar para adolescentes em parceria com o projeto municipal “ Pares Positivos” e com a Secretaria de Educação</p> <p>Ampliar as ações de prevenção a gravidez indesejada nas USF e comunidades. Articular e realizar ações intersetorias (social e educação) relacionadas à prevenção</p>	Realizar uma capacitação em Planejamento Familiar e apoio matricial para todas USF, CINI e CAPS. Desencadear ações de prevenção para as populações mais vulneráveis e divulgação de informações para prevenção.	% de Unidades de Saúde com grupo de planejamento familiar inseridos e apoio matricial	2018 - 2021
4.1.16	Manutenção de centro de referência para a implantação de DIU e contraceptivo de emergência no CESCIRM.	Referência estabelecida	Nº de referências	2018 - 2021

4.1.17	Monitoramento da referência ao HRI para realização de laqueaduras e vasectomias.	Ampliação dos procedimentos de laqueadura e vasectomias realizados pelo HRI.	Nº de procedimentos de laqueadura e vasectomias realizados pelo HRI.	2018 - 2021
4.1.18	Investigar os óbitos infantis e fetais e divulgar recomendações dirigidas à redução da mortalidade infantil junto às equipes de saúde e gestão.	Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais.	% de óbitos investigados	2018 - 2021
4.1.19	Oficializar o Comitê de investigação de transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B e C junto ao CMI ,conforme protocolo do ministério da saúde.	100% dos casos de transmissão vertical HIV e Sífilis investigados	% dos casos de transmissão vertical HIV e Sífilis investigados	2018 - 2021
4.1.20	Investigar 100% dos óbitos maternos	Investigar 100% dos óbitos maternos	% de óbitos investigados	2018 - 2021
4.1.21	Investigar os óbitos de mulheres em idade fértil	Meta SISPACTO anual	% de óbitos investigados	2018 - 2021
4.1.22	Adquirir e distribuir a fórmula láctea para RN exposto ao HIV até os seis meses de vida. Ofertar e distribuir cabergolina 0,5mg para todas as gestantes portadoras de HIV que realizam pré-natal no CINI	Garantir, durante todo o ano de 2018, fórmula láctea para 100% das crianças de 0 a 6 meses expostas ao HIV do município de Itanhaém. Porcentagem de crianças de 0 a 6 meses expostas ao HIV do município de Itanhaém que receberam fórmula láctea	% de crianças de 0 a 6 meses expostas ao HIV do município de Itanhaém que recebem fórmula láctea. % de gestantes portadoras de HIV que recebem cabergolina	2018 - 2021
4.1.23	Consulta puerperal e planejamento familiar na primeira semana do RN priorizando a estratégia de visita domiciliar	25% (100% no período 2018/21)	% cobertura de consulta puerperal	2018 - 2021
4.1.24	Reativar o Programa Municipal de aleitamento materno • Reposição de enfermeiro do posto de coleta de	Programa de Aleitamento Materno implantado	Nº de Programas implantados	2018 - 2021

	<p>leite humano no CESRIM</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitação em manejo do aleitamento materno e oficinas da Rede Amamenta Brasil para as equipes das Unidades de Saúde. Implementar a Semana Mundial da Amamentação no município. 			
4.1.25	<p>Redução do indicador de gestantes de 10 a 19 anos que no município está acima da região e do estado.</p> <p>Ampliar informação sobre planejamento familiar e prevenção de DST/AIDS para adolescentes.</p> <p>Criar estratégia intersecretariais para prevenção da Gestação não planejada na adolescência (Programa Cuidar)</p>	<p>Ampliar informação sobre planejamento familiar e prevenção de DST/AIDS para adolescentes nas unidades de saúde, escolas comunidade em geral.</p> <p>Estratégia intersecretarias para prevenção da Gestação não planejada na adolescência implantada no Programa Cuidar</p> <p>Meta anual SISPACTO</p>	<p>Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos</p>	2018 - 2021
4.1.26	<p>Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais.</p>	<p>Meta anual SISPACTO</p>	<p>Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar</p>	2018 - 2021

4.2. OBJETIVO – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e de Colo de Útero.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
4.2.1	<p>Ampliar a cobertura de coleta de preventivo do câncer de colo uterino.</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacitar os ACS sobre 	<p>Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em</p>	<p>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em</p>	2018 - 2021

	<p>rastreamento para público alvo do câncer de mama e câncer de colo para realizar busca ativa no aniversário da mulher. (ampliar a visão dos agentes comunitários durante as busca ativas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar mutirões a cada 2 meses; • Reuniões de equipe (clínica ampliada); • O atendimento de preventivo não será agendado com a realização de 13 coletas por período; • Campanha anual nas escolas, incluindo as escolas particulares (vacina HPV). Elaboração de folder informativo (importância da vacina HPV); • Montar informes aos pacientes que passem na televisão da sala de espera 	<p>mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária.</p> <p>Meta anual do SISPACTO</p>	<p>mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária.</p>	
4.2.2	<p>Garantir insumos para coleta de preventivo o ano todo, acesso ao laboratório de patologia com resultados em tempo hábil e prioridade na entrega e condução de resultados</p>	<p>Condução de 100% dos casos diagnosticados e cadastrados no SISCAN e monitoramento.</p> <p>Meta 2018-21</p>	<p>% dos casos diagnosticados e monitorados</p>	2018 - 2021
4.2.3	<p>Realizar busca ativa para exames de preventivo alterados.</p>	<p>Realizar busca ativa para exames.</p>	<p>% de USF com realização de busca ativa para exames alterados</p>	2018 - 2021
4.2.4	<p>Garantir acesso a exame de mamografia de rastreamento realizada em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária</p> <p>Capacitar os ACS sobre rastreamento para público alvo do câncer de mama e câncer de colo para realizar busca ativa no</p>	<p>Meta : SISPACTO anual</p>	<p>Razão de exames de mamografia de rastreamento realizada em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária</p>	2018 - 2021

	aniversário da mulher. (ampliar a visão dos agentes comunitários durante as busca ativas)			
4.2.5	Garantir acesso a USG de mama conforme protocolo e pactuação regional.	Garantir acesso a USG de mama conforme protocolo e pactuação regional.	Nº de USG de mama realizadas	2018 - 2021

5. SAÚDE MENTAL:

DIRETRIZ – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

OBJETIVO – Qualificação de ações e serviços organizados em rede de atenção psicossocial, em articulação com outros pontos intersetoriais

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
5.1	Promover ações da cultura da paz. Manutenção do Projeto “Pares Positivos” com realização de palestras em escolas sobre temas relacionados à cultura da paz, prevenção da drogadição, DST e gravidez na adolescência	Realização de 12 ações/ano	Nº de ações realizadas	2018 - 2021
5.2	Realizar acompanhamento de referência, com elaboração de Projeto Terapêutico aos pacientes portadores de transtorno mental e doenças crônicas, físicas e neurológicas em atendimento dia no CAPS II assim como pacientes portadores de agravos de maior complexidade do CAPS I e AD	Minimizar o número de internação psiquiátricas no PAI e outras referências.	Nº de internações psiquiátricas no PAI e outras referências	2018 - 2021
5.3	Matriciamento e ações nas USFs com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento, evitando recaídas, crises e surtos e excesso	12 apoios matriciais anuais por CAPS habilitados (CAPS II, CAPS AD e CAPS I	Nº de Ações de matriciamento realizadas por CAPS habilitado	2018 - 2021

	de medicalização.		com as equipes de atenção básica	
5.4	Encaminhar proposta ao MS de construção de sede própria e/ou alugar casa adequada para o CAPS II.	Aumentar número de atendimento de usuários e melhorar a qualidade do atendimento.	Sede própria construída	2018-2021
5.5	Melhorar o acesso ao primeiro atendimento no CAPS II Implantar plantões de acolhimento com classificação de risco	Plantões de acolhimentos diários no CAPS II	Nº de serviços implantados	2018
5.6	Garantir método contraceptivo injetável e intradérmico para as usuárias do CAPS AD que tem pelo menos um filho em situação de abrigo ou exposto às violências e negligência em decorrência do uso de álcool e outras drogas	Ampliar ações e insumos para realização planejamento familiar voltada para população específica	Nº de usuárias beneficiadas pelo método contraceptivo injetável conforme protocolo Nº de usuárias beneficiadas pelo método contraceptivo intradérmico conforme protocolo	2018 - 2021
5.7	Disponibilizar carro para CAPS II, CAPS AD e CAPS i conforme necessidade do serviço	Manutenção de contrato do carro	Nº de contratos vigentes	2018 - 2021
5.8	Organização e implantação de protocolos de Saúde Mental. Revisão do protocolo clínico e de acesso do CAPS II e CAPS i	Protocolos de Saúde Mental implantados e revisados	Nº de protocolos implantados e revisados	2018
5.9	Manutenção do serviço de atendimento à vítimas de violência e agressores junto ao projeto cuidar	Manutenção do serviço de atendimento à vítimas de violência e agressores junto	Nº de serviços implantados	2018 - 2021

		ao projeto cuidar .		
5.10	Garantir com o Estado de que, pelo menos, vinte leitos do Hospital Regional de Itanhaém sejam disponibilizados para Psiquiatria.(transtornos mentais e necessidades decorrentes de álcool e outras drogas);	Implantar 20 leitos em psiquiatria no HRI	Nº de leitos de psiquiatria no HRI	2018
5.11	Oferecer alternativas terapêuticas a medicalização do sofrimento mental. Implantar terapia comunitária em todas as USF	25% das USF com terapia comunitária (100% no período de 2018/21	% de USF com terapia comunitária implantada	2018- 25% 2019- 50% 2020- 75% 2021- 100%
5.12	Desenvolver projeto de reabilitação psico-social em parceria com Universidades para enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas.	Projeto implantado	Nº de projetos implantados	2018 - 2021

6. ATENÇÃO AO IDOSO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMITÍVEIS:

DIRETRIZ – Expansão e qualificação da assistência à pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

OBJETIVO - Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção. Redução da Morbi-Mortalidade de Agravos Prioritários e mortalidade prematura

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
6.1	Estruturar rede de atenção com mapeamento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos segundo protocolo de atenção e implantação do Plano Terapêutico Individualizado para os casos de maior complexidade. Melhorar o agendamento de consultas nas Unidades de	Manutenção de serviço piloto de hipertensão e diabetes da USF Guapiranga com extensão do projeto para as outras unidades de saúde. Prevista a implantação em mais um serviço.	% de hipertensos e diabéticos acompanhados conforme projeto nas unidades implantadas % de USF com proposta implantada	2018 - 2021

	Saúde da Família com retornos garantidos conforme protocolo;			
6.2	Desenvolver Ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal	Realização de Campanha de Prevenção de Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal durante vacinação de idosos para influenza em 100% das Unidades de Saúde da Família	% de Unidades de Saúde da Família com Campanha de Prevenção de Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal realizada	2018 - 2021
6.3	Implantação de ações envolvendo também outras esferas da gestão (Esporte, Cultura, Assistência Social, Educação) para viabilizar ações de incentivo a mudança de hábitos da população de Itanhaém reduzindo o sedentarismo (estimulando atividade física), tabagismo, alcoolismo e melhorando os hábitos alimentares e envelhecimento saudável. Necessário projeto intersecretarias para promoção de hábitos saudáveis (alimentação e atividade física), envolvendo também sociedade civil em geral. Criar estratégias de comunicação e estímulo – Projeto Cidade saudável.	Manutenção e ampliação do Programa de atenção ao tabagista em 70% das USF Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde. Monitoramento do SISVAN , PBF, e-SUS (vigilância alimentar)	Programa de atenção ao tabagista implantado Nº de ações desenvolvidas.	2018 - 2021
6.4	Organizar serviço de matriciamento em diabetes e hipertensão entre rede básica e Promedi e cardiologia com protocolos de atendimento, monitoramento e supervisão em serviço. Manter educação continuada para diabetes e hipertensão.	100% das USF com apoio matricial	% de USF com apoio matricial em diabetes e hipertensão.	2018 - 2021
6.5	Garantia de insumos, medicamentos e exames de	Redução de óbitos prematuros por doenças	Nº de óbitos prematuros por	2018 - 2021

	laboratoriais para acompanhamento dos diabéticos e hipertensos conforme protocolo Realizar impacto financeiro de insumos para insulino dependentes .	do aparelho circulatório e diabetes	doenças do aparelho circulatório e diabetes	
6.6	Realizar nas USF caminhadas e exercícios físicos resistidos para a população diabética, hipertensa, portadora de doenças crônicas, síndrome metabólica, etc.com a participação de técnicos e ACS sob supervisão do educador físico da Academia da Saúde	100% das Unidades com grupos implantados.	% das Unidades com grupos implantados	2018 - 2021
6.7	Definir estratégia com estudo técnico para prevenção de pé diabético e organização da referência regional para intervenção e acompanhamento de casos	Definição de estratégia com estudo técnico para prevenção de pé diabético e referência regional pactuada.	Estratégia definida.	2018 - 2021
6.8	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Meta anual SISPACTO	Nº de óbitos 30 a 69 anos por DCNT	2018 - 2021

7. SAÚDE DO HOMEM:

DIRETRIZ – Expansão e qualificação da assistência à saúde do homem

OBJETIVO - Melhoria das condições de saúde do homem e tratamento oportuno do câncer de próstata.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
7.1	Manter e ampliar o Pré-natal do Homem ofertando aos parceiros das gestantes 01 teste anti-HIV, 01 VDRL, 01 Hepatite B e 01 Hepatite C.	Garantir a realização de exames anti-HIV, 01 VDRL, 01 Hepatite B e 01 Hepatite C aos parceiros das gestantes.	% de parceiros de gestantes que aderiram ao pré-natal do homem	2018 - 2021

	Oferecer tratamento da Sífilis aos parceiros das gestantes.			
7.2	Ampliar acesso de informação para prevenção de câncer de próstata em todas as consultas com a população masculina (hetero, homo, bi, travestis e transexuais) e realização de campanha municipal.	Realização de campanha municipal sobre prevenção de câncer de próstata, DST/Aids/Hepatites Virais e uso abusivo de substâncias.	Nº de campanhas realizadas	2018 - 2021
7.3	Monitoramento do encaminhamento de casos diagnosticados de câncer de próstata.	Monitoramento do encaminhamento de casos diagnosticados	% de Unidades de Saúde que realizam monitoramento dos casos diagnosticados	2018 - 2021

8. VIGILÂNCIA A SAÚDE:

DIRETRIZ – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

OBJETIVO – Fortalecer e promoção das ações de Vigilância em Saúde.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
8.1	Aprimorar Serviço de vigilância e apoio às vítimas de violência junto ao Projeto Cuidar e estimular junto à rede as notificações por violência doméstica, sexual e outras violências.	Ampliar nº de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências .	Nº de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.	2018-2021
8.2	Manter e aprimorar o acompanhamento e vigilância de doenças de notificação compulsória com encerramento em até 60 dias	Garantir o cumprimento das metas pactuadas anualmente no SISPACTO	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrados oportunamente após notificação	2018 - 2021
8.3	Garantir as metas de qualificação da Vigilância Epidemiológica	Garantir as metas de qualificação da Vigilância Epidemiológica	% de metas de qualificação da Vigilância Epidemiológica	2018 - 2021
8.4	Manter e aprimorar os trabalhos	Pelo menos 4 ciclos de	Proporção de	2018 - 2021

	de vigilância e controle de vetores com ênfase a Dengue Realizar visitas domiciliares para controle da dengue pelos ACE em articulação com os ACS. Incentivar a população a usar e divulgar os pontos de coletas(cata-trecos) já existentes. Reunião com líderes comunitários nos bairros de abrangência ACE e ACS sobre a importância de eliminação de focos.	visitas domiciliares em 80% dos domicílios do município a cada ciclo.	imóveis visitados em pelo 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	
8.5	Implantação do serviço de zoonose. Construção Centro de Zoonose (R\$ 200.000 recurso estadual mais contrapartida municipal) Terceirizar a captação de animais de pequeno e grande porte	Serviço de zoonose municipal implantado .	Serviço de zoonose implantado.	2018
8.6	Sensibilizar e incentivar a população através de campanhas educativas sobre a importância da posse responsável de animais e adoção de animais abandonados	Uma campanha anual	Número de campanhas educativas realizadas	2018 - 2021
8.7	Manter busca ativa de Tracoma em Escolares. - Realizar busca ativa tracoma nas escolas municipais conforme diretrizes do MS (ministério da Saúde) e SES(secretaria de estado da saúde). - Realizar exames de acuidade visual em escolares	Diagnóstico precoce da doença, e garantir cumprimento das metas pactuadas . Realizar atividades com frequência anual (março)	% de escolares examinados	2018 - 2021
8.8	Desencadear ações de prevenção combinadas das DST/AIDS e diminuir o diagnóstico tardio das DST/AIDS com ampliação das ações de prevenção e testagem para as populações mais vulneráveis e divulgação de informações para prevenção.Incentivar campanhas	100% das metas pactuadas no PAM	Indicadores no PAM	2018 - 2021

	para uso de preservativos(mídia falada e escrita).Implantar tratamento supervisionado nos moldes da TB.Divulgar campanhas nas mídias para prevenção do consumo álcool e drogas.			
8.9	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.	Aumentar o número de testes sorológicos anti-HCV realizados no município	Nº de testes sorológicos anti-HCV	2018 - 2021
8.10	Realizar campanha de vacinação antirrábica canina. Contratação de equipe com 02 Veterinários para realização de campanha de castração animal anual (outubro 2017, 2018, 2019, 2020,2021) e aquisição de insumos , anestésicos e medicamentos.	Cobertura vacinal de 85% Controle da população de cães e gatos em pelo menos 300 animais/ano	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina Quantitativo de animais castrados.	2018 - 2021
8.11	Manter e aprimorar o serviço para prevenção de DST/AIDS em adolescentes Integrar o Programa DST/AIDS com o Programa de Saúde de Mulher, da Criança e Saúde Mental. Integrando o Programa Cuidar no Programa de prevenção da gestação não planejada e DST/AIDS na adolescência com participação das secretarias de educação e assistência municipais e estaduais, Conselho Tutelar e CMDCA.	Organizar serviço para prevenção de DST/AIDS em adolescentes	Serviço estruturado	2018 - 2021
8.12	Monitorar as gestantes de Itanhaém a fim de reduzir a transmissão vertical de HIV e sífilis - Monitorar Planilha de parto ocorrido no Hospital Regional Itanhaém dos resultados de testes HIV/AIDS e Sífilis. - Notificar e investigar todos os casos de sífilis congênita e AIDS em crianças menores de 1 ano	Manter o monitoramento das gestantes cadastradas nas unidades de PSF e SAE do município de Itanhaém tendo em vista a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis.	Nº de casos de sífilis congênita Nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	2018 - 2021

8.13	Adquirir 20 unidades de Implanon (implante contraceptivo intradérmico) por ano para ofertar às portadoras de HIV/Aids que façam uso de drogas e/ou que sofram de transtornos mentais e que já tenham pelo menos um filho em situação de abrigamento e não usam preservativo e outro método contraceptivo e que não desejam engravidar assim como a prevenção da gravidez não desejada na adolescência.	Aquisição de 20 unidades de implanon	Quantitativo de implanon adquiridos	2018 - 2021
8.14	Garantir na Unidade de Pronto Atendimento PEP (profilaxia pós exposição sexual e material biológico para vítimas de violência sexual , HSH, Profissional do Sexo, casais soro discordantes) e atividades de biossegurança com o objetivo de se reduzir acidentes com perfuro-cortante.Garantir insumos de prevenção e ARV (antiretroviral) .	Garantir PEP no CINI e UPA	Nº de unidades de saúde com garantia de insumos de PEP	2018 - 2021
8.15	Ampliar cobertura de vacinas do calendário básico de vacinas da criança menor de 2 anos Capacitação quanto às vacinas: reais contra indicações de vacinas, Fixar e fiscalizar o cumprimento de horários de atendimento das salas de vacina; Melhor controle de espelhos das vacinas e efetiva busca ativa de faltosos pelas USF's Anotar na carteira de vacinação em final de semana para atualização das vacinas atrasadas	85% de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal	2018 - 2021

	(caso a cobertura esteja baixa) Atualizar equipes ACS sobre calendário vacinal		preconizada.	
8.16	-Monitorar e realizar intensificação de vacinação de HPV em meninos e meninas em idade escolar conforme protocolo do Ministério da saúde Campanha anual nas escolas, incluindo as escolas particulares (vacina HPV) em parceria AB/VE. Elaboração de folder informativo (importância da vacina HPV e reais contraindicações);	Ampliar cobertura de vacina para HPV em meninos e meninas em idade escolar conforme protocolo do Ministério da Saúde	Cobertura vacinal para HPV em meninas e meninos conforme protocolo ministerial	2018 - 2021
8.17	Manter o índice de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em 85% e desencadear ações para diagnóstico precoce Realizar campanha de busca ativa de sintomáticos respiratórios para diagnóstico Tuberculose pulmonar.Realizar capacitação anual para profissionais de saúde.	Manter o índice de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em 85% e desencadear ações para diagnóstico precoce.	% de índice de cura de casos novos	2018 - 2021
8.18	Intensificar busca ativa de faltosos portadores de tuberculose .	Intensificar busca ativa de faltosos portadores de tuberculose .	Quantitativo de buscas ativas realizadas	2018 - 2021
8.19	Monitorar casos de tuberculose com acompanhamento da evolução até a cura. Alimentar sistema de TB Web . Ofertar na primeira consulta TRD HIV para todos pacientes com TB.	Meta anual SISPACTO proporção de exames anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose	Proporção de exames anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose	2018 - 2021
8.20	Agilizar exames de baciloscopia no laboratório	Agilizar exames de baciloscopia no laboratório	Nº de exames de baciloscopia realizados	2018 - 2021
8.21	Realizar campanha de busca ativa hanseníase .Capacitar equipes para buscar o diagnóstico precoce de Hanseníase.	Campanha Anual - mês março Capacitar equipes para buscar o diagnóstico precoce de Hanseníase.	Nº de campanhas realizadas % de profissionais capacitados em Hanseníase.	2018 - 2021

8.22	Garantir o atendimento e monitoramento dos portadores de hanseníase com serviço qualificado e garantia de insumos e exames laboratoriais. Acompanhar todos os casos notificados de MH, realizar exames e tratamento conforme Protocolo MS ,convocar faltosos	100% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes	% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes	2018 - 2021
8.23	Garantir que pelo menos 85% dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase sejam examinados	85% dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	% dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	2018 - 2021
8.24	Manter protocolo de atenção à Dengue em toda a rede de serviços para o diagnóstico precoce e tratamento conforme protocolo de atenção e fluxos.	Manter protocolo de atenção à Dengue em toda a rede de serviços para o diagnóstico precoce e tratamento conforme protocolo de atenção e fluxos	% de serviços de saúde com protocolo de atenção á dengue	2018 - 2021
8.25	Educação continuada para diagnóstico precoce e abordagem clínica do paciente com dengue.	% de profissionais capacitados	% de profissionais capacitados para diagnóstico precoce e abordagem clínica do paciente com dengue.	2018 - 2021
8.26	Incentivar e monitorar notificação de casos suspeitos de dengue.	Incentivar e monitorar notificação de casos suspeitos de dengue.	Quantitativo de notificações de dengue	2018 - 2021
8.27	Organizar rede de acordo com plano de contenção em dengue para cada estágio previsto conforme evolução do número de casos. Manter de sobreaviso o almoxarifado para garantia de insumos em caso de risco epidêmico	Organizar rede de acordo com plano de contenção em dengue para cada estágio previsto conforme evolução do número de casos. Manter de sobreaviso o almoxarifado para garantia de insumos em caso de risco epidêmico	Nº absoluto de óbitos por dengue	

8.28	Adequação do nº de ACE e piso salarial conforme Lei 12.994/14 e Decreto que venha regulamentá-la.	Contratar uma ACE	Nº de ACE contratados	2018
8.29	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção da dengue. Ampliar o conjunto de imóveis visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.	Pelo menos 4 ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue a cada ano.	Nº de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue a cada ano.	2018 - 2021
8.30	Identificar as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho a fim de definir ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência de forma mais adequada.	2017 - 80% do campo "ocupação" preenchido nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	2018 - 2021
8.31	Garantir a proporção de registro de óbitos com causa básica definida no município pactuada	Garantir o cumprimento das metas pactuadas anualmente no SISPACTO	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida no município.	2018 - 2021
8.32	Realizar 100% das ações de vigilância sanitária consideradas necessárias	Garantir o cumprimento de 100% das ações consideradas necessárias	Proporção de metas atingidas	2018 - 2021
8.33	Realizar Campanha vacinação Gripe e alimentar Sistema de informação SISPNI	- Anual de acordo diretrizes do MS e SES. -85% cobertura vacinal.	% cobertura vacinal	2018 - 2021
8.34	Realizara coleta de amostras de água para serem examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez.	Garantir Meta anual do SISPACTO	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual	2018 - 2021

			livre e turbidez	
8.35	Realizar ações educativas junto à população e, ao setor relacionado à produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde visando prevenir riscos e agravos à saúde. (ações de vigilância sanitária)	100% das ações pactuadas no SISPACTO	Número de ações educativas realizadas	2018-2021
8.36	Aquisições 02 veículos tipo lotação transporte equipe para controle de vetores em substituição as Kombi atuais que estão velhas Aquisição de 01 veículo tipo caminhonete cabine dupla transporte maquinas e insumos para nebulização	01 veículo 2018 e 01 veículo 2019 01 ano 2018	Nº de veículos adquiridos	2018-2019
8.37	Programa paulista de alimento (coleta de amostras de alimento de acordo com diretrizes Vigilância Estadual) – Realizar monitoramento e Avaliação da qualidade dos alimentos comercializados no Estado de São Paulo.	Primeiro Semestre de cada ano de acordo com as Diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.	Nº de monitoramentos anuais	2018-2019

9. GESTÃO E CONTROLE SOCIAL:

DIRETRIZ – Aperfeiçoar os mecanismos de gestão, regulação e auditoria do SUS Municipal. Fortalecer o Planejamento Municipal.

OBJETIVO – Aperfeiçoar e efetivar os mecanismos de gestão, regulação e planejamento do SUS Municipal.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
9.1	Elaborar e aprovar pelo CMS o Plano Municipal de Saúde e as Programações Anuais de Saúde e realizar avaliação e	Elaboração participativa da PMS em tempo oportuno	Nº PAS aprovadas pelo CMS	2018 - 2021

	monitoramento do cumprimento de metas, observando e corrigindo desvios de rota.			
9.2	Realizar capacitação dos profissionais da Central de Agendamento . Monitorar resolutividade dos casos. Integrar negociação de vagas regional com as pactuações regionais vigentes. Implantar serviço de Auditoria integrado à Central de Regulação.Qualificar o setor de faturamento. Implantar módulo de regulação.	Estruturar a referência e contra referência do sistema com regulação de vagas Qualificar Central de Regulação e Auditoria e Informatizar o sistema de regulação.	Nº de módulos de regulação implantados.	2018 - 2021
9.3	Elaboração e acompanhamento do pacto de metas em saúde (SISFACTO)	Acompanhamento anual do cumprimento das metas e discussão com as equipes de referência.	Quantitativo de reuniões com as equipes de referência	2018 - 2021
9.4	Elaboração de relatório de gestão anual e aprovação pelo CMS em tempo oportuno.	Elaboração de Relatório anual de gestão	RAG aprovado no SARGSUS em tempo oportuno	2018 - 2021
9.5	Garantir a manutenção da Ouvidoria em Saúde	Garantir a manutenção da Ouvidoria em Saúde	Nº de ouvidorias realizadas e encaminhadas	2018 - 2021
9.6	Manter Audiências Públicas quadrimestrais	Manter Audiências públicas quadrimestrais	Nº de Audiência públicas realizadas/ano	2018 - 2021
9.7	Manter espaço apropriado para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	Implantar espaço apropriado do Conselho Municipal de Saúde	Espaço implantado	2018 - 2021
9.8	Garantir efetivo funcionamento do Conselho Municipal de Saúde com reuniões mensais ordinárias.	Garantir efetivo funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	Nº de reuniões ordinárias realizadas no ano	2018 - 2021
9.9	Garantir a realização a cada 02 anos da eleição para o Conselho Municipal de Saúde, com ampla divulgação das etapas do processo	Eleições realizadas bianualmente	Nº de reuniões realizadas	2019 e 2021
9.10	Implantar o Departamento de Planejamento e Projetos em Saúde e Núcleo de Informações	Implantar o departamento e organizar planejamento e monitoramento Meta 2018/21	Departamento de Planejamento implantado.	2018 - 2021
9.11	Realizar a XI Conferência	Realizar Conferência	Nº de	2019

	Municipal de Saúde até 2019	Municipal de saúde em 2019	conferências realizadas	
9.12	Realizar regionalmente junto a DRS IV a revisão da PPI com elaboração da nova Programação Geral de Ação e Serviços de Saúde- PGASS com monitoramento contínuo. Participação do gestor municipal nas reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR)	12 reuniões anuais	Nº de participações do gestor na CIR	2018 - 2021

10. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE:

DIRETRIZ – Aperfeiçoar os mecanismos de educação, para qualificar os profissionais e aprimorar a gestão do trabalho para valorizar os recursos humanos do SUS – Itanhaém

OBJETIVO – Efetivação da qualificação do trabalhador e da gestão do trabalho do SUS municipal.

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
10.1	Definição de plano de educação continuada e permanente para toda a rede de serviços atendendo as prioridades definidas em plano municipal de saúde de 2018-2021. Manter e ampliar o Plano de educação permanente com parcerias com universidades, organização de processo de formação com monitoramento e avaliação de resultados. Apoio matricial “ in loco” como estratégia de EP	Desenvolver capacitações pertinentes às prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde	Quantitativos de capacitações realizadas.	2018 - 2021
10.2	Garantir curso introdutório para todos os profissionais que ingressarem na estratégia da Saúde da Família. Manter turmas de curso introdutório e monitorar a participação de todos os profissionais que ingressarem no serviço Organizar também, um encontro onde cada USF	Garantir curso introdutório para todos os profissionais que ingressarem na estratégia da Saúde da Família.	% de profissionais com curso introdutório concluído	2018 - 2021

	exponha seus projetos que obtiveram sucesso Realizar dinâmicas nas equipes para melhorar o relacionamento interpessoal;			
10.3	Realizar estudo junto a administração municipal sobre a viabilidade da descentralização de ações de gestão de RH Implementar e qualificar a Administração de Recursos Humanos. Se viável, manter serviço de administração de recursos humanos na secretaria de saúde com estruturação de espaço físico, equipamentos, mobiliário e recursos humanos. Qualificação de equipe para gestão de recursos humanos	Implementar e qualificar a Administração de Recursos Humanos. Manter serviço de administração de recursos humanos na secretaria de saúde com estruturação de espaço físico, equipamentos, mobiliário e recursos humanos. Qualificação de equipe para gestão de recursos humanos Negociar junto a administração municipal a descentralização de ações de gestão de RH.	Descentralização da gestão de RH.	2018 - 2021
10.4	Garantir o número suficiente de recepcionistas efetivos de acordo com o numero de equipes de saúde da família e para os demais serviços de saúde.	Garantir o número suficiente de recepcionistas efetivos para qualificar o atendimento da recepção	Nº de recepcionistas contratados/remaneja dos	2018 - 2021
10.5	Buscar a agilização dos processos de contratação de profissionais para que estes se adaptem às necessidades da secretaria. Processos seletivos ágeis e concursos públicos buscando a fixação dos profissionais de saúde por meio de vínculos empregatícios protegidos.Prever redimensionamento das equipes de enfermagem que garanta o índice de segurança técnica.	90% de trabalhadores que atendem ao SUS municipal com vínculos protegidos	% de trabalhadores que atendem ao SUS municipal com vínculos protegidos	2018 - 2021
10.6	Elaborar proposta de novo organograma para a secretaria de saúde. Encaminhar proposta com aprovação do executivo	Organograma implantado	Nº de organogramas implantados	2018

	para a criação das novas estruturas para aprovação da Câmara dos Vereadores			
10.7	Ofertar capacitações aos conselheiros de saúde no município e/ou em parceria com a DRS 4	100% de conselheiros de saúde capacitados.	% de conselheiros de saúde capacitados.	2018 - 2021
10.8	Realizar capacitação para ajudantes de serviços gerais específica para estabelecimentos de saúde levando em conta os princípios de biossegurança	Capacitação de 100% dos profissionais	% de profissionais capacitados.	2018 - 2021

11. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

DIRETRIZ – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal

OBJETIVO - Aprimorar e qualificar a assistência farmacêutica do município

ÍTEM	AÇÃO	META	INDICADOR	PERÍODO
11.1	<p>Manter adesão ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS);</p> <p>Aprimorar e qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica no SUS municipal. Disponibilizar farmacêutico responsável pela coordenação da assistência farmacêutica.</p> <p>Realizar atualização periódicas da REMUME com divulgação junto aos profissionais prescritores.</p> <p>Realizar a interoperacionalidade do sistema municipal Soft Park e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS e o envio de dados para a base Nacional de Dados.</p>	Envio mensal do conjunto de dados do Componente Básico de Assistência Farmacêutica para a Base Nacional de Dados e Ações de Assistência Farmacêutica (uso Sistema próprio); Softapark em interoperacionalidade com o Horus	Nº de envios do conjunto de dados do componente Básico da assistência farmacêutica	2018 - 2021

11.2	Realizar planejamento anual da Assistência Farmacêutica básica para que não haja desabastecimento de medicamentos	100% medicamentos da REMUME sem desabastecimento	% de medicamentos sem desabastecimento	2018 - 2021
11.3	Garantir a todos os diabéticos insulínodépendentes insumos para o auto monitoramento do diabetes (tiras reagentes, glicosímetro e lancetas)	100% dos diabéticos insulínodépendentes insumos para o auto monitoramento do diabetes	% dos diabéticos insulínodépendentes com insumos para o auto monitoramento do diabetes	2018- 2021
11.4	Manutenção da Farmácia de Alto Custo	Manutenção de uma Farmácia de Alto Custo	Nº de Farmácias de Alto Custo implantadas	2018 - 2021
11.5	Manutenção da Farmácia Solidária	Manutenção de uma Farmácia Solidária	Nº de Farmácias Solidárias Implantadas	2018 - 2021

PARTE IV – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação do Plano Municipal de Saúde se dará com um amplo processo de mobilização de profissionais, gestores e usuários do SUS, angariando o reconhecimento das esferas políticas e da sociedade em geral.

Na Secretaria Municipal de Saúde, do ponto de vista organizacional, a gestão do Plano será exercida pelo Departamento de Planejamento e Informação em Saúde que será criado neste período, o qual cuidará dos aspectos tático-operacionais inerentes à implementação. As metas serão traduzidas em programas e projetos, nos quais são definidas ações e atividades que darão a direcionalidade do trabalho no dia-a-dia. De acordo com as prioridades serão identificados os seus nós críticos, em função dos quais serão selecionados um conjunto básico de indicadores a serem monitorados e avaliados, não perdendo de vista o compromisso assumido com o processo de pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO), as Pactuações Programadas Integradas, o Pacto pela Saúde e outros compromissos sanitários.

Cada indicador estará devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, método de cálculo e categorias de análise, contribuindo dessa forma para compreensão de todos.

Dada à dinamicidade do Plano este será revisto a cada ano, mediante as necessidades apontadas no monitoramento e avaliação, sendo feitas avaliações quadrimestrais e apresentado seus resultados à sociedade, através de seus representantes legítimos.

Quanto à avaliação, embora seja citada constantemente no arcabouço legal do SUS e seja falada por todos que trabalham no sistema, ainda está longe de se constituir enquanto uma prática sistemática e contínua. Talvez pela cultura das instituições, por não primar pelo uso do planejamento dos bancos de dados nem sempre disponíveis pela falta do acompanhamento e aferição de metas. Hoje as dificuldades metodológicas da avaliação são de ordem qualitativa, dada pela ausência de uma linguagem única dos sistemas de informação, que, de forma desarticulada, possuem desenhos, bases de dados e finalidades distintas.

Embora reconhecendo o grande desafio de implantar a prática de avaliar enquanto inserção no ato de planejar, a SMS não abrirá mão dessa ferramenta que subsidiará a intervenção cujo objetivo será modificar a ação problema.

Nesse Plano a avaliação terá três momentos distintos: a avaliação como parte integrante do planejamento, a avaliação de implementação da intervenção e avaliação dos resultados (efeitos e impactos). Estes momentos por sua vez serão focalizados, na estrutura, no processo e no resultado, conforme os tipos de problemas identificados.

Na avaliação de estrutura serão focalizadas as alterações na estrutura física, nos equipamentos, nos recursos humanos e na estrutura organizacional dos serviços de saúde e nas redes.

Na avaliação de processo serão analisados, entre outros aspectos, os produtos do cuidado como: acolhimento, vínculo e responsabilização no caso dos profissionais de saúde, aceitabilidade e adesão ao tratamento pelo usuário.

Na avaliação de resultados serão analisados em que medida os efeitos e impactos observados correspondem aos esperados, seja no atendimento individual ou coletivo.

Para coleta dos dados serão privilegiadas as fontes já disponíveis ou dados de fácil captação, para facilitar o processo de avaliação e integrar a gestão, contribuindo para uma melhoria contínua dos serviços.

A estruturação do Departamento de Planejamento da SMS, com seu núcleo de informações em saúde, auditoria, faturamento e planejamento estratégico é o ponto de partida para a organização da mudança dos processos de trabalho com monitoramento e avaliação.

PARTE V – ARTICULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE COM O PLANO PLURIANUAL 2018-2021
PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

GABINETE DO SECRETÁRIO							
Descrição	Rec.	Ficha Atual	2018	2019	2020	2021	
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	1	218	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	1	205	R\$ 4.500.000,00	R\$ 4.770.000,00	R\$ 5.008.500,00	R\$ 5.258.925,00	
OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1	206					
OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVI	1	207					
INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS	1	208					
OBRIGAÇÕES PATRONAIS - INTRA-RÇAMENTÁRI	1	209					
MATERIAL DE CONSUMO	1	210	R\$ 500.000,00	R\$ 550.000,00	R\$ 600.000,00	R\$ 650.000,00	
PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOÇÃO	1	211					
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	1	212	R\$ 950.000,00	R\$ 980.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.050.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	1	213	R\$ 1.200.000,00	R\$ 1.250.000,00	R\$ 1.280.000,00	R\$ 1.300.000,00	
AUXILIO ALIMENTAÇÃO	1	214	R\$ 200.000,00	R\$ 210.000,00	R\$ 225.000,00	R\$ 230.000,00	
AUXÍLIO TRANSPORTE	1	215	R\$ 200.000,00	R\$ 210.000,00	R\$ 225.000,00	R\$ 230.000,00	
OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOA FÍS	1	216	R\$ 300.000,00	R\$ 310.000,00	R\$ 320.000,00	R\$ 330.000,00	
INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	1	217	R\$ 300.000,00	R\$ 310.000,00	R\$ 320.000,00	R\$ 330.000,00	
RECURSO PRÓPRIO			R\$ 8.165.000,00	R\$ 8.605.000,00	R\$ 8.993.500,00	R\$ 9.393.925,00	

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE						
Descrição	Rec.	Ficha Atual	2018	2019	2020	2021
OBRAS E INSTALAÇÕES	1	219	R\$ 30.000,00	R\$ -	R\$ 200.000,00	R\$ -
OBRAS E INSTALAÇÕES	2	220	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
OBRAS E INSTALAÇÕES	5	221	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 800.000,00	R\$ -
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	1	222	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	2	223	R\$ 15.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	5	224	R\$ 900.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 200.000,00
CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	1	225	R\$ 1.100.000,00	R\$ 1.166.000,00	R\$ 1.166.000,00	R\$ 1.166.000,00
CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	5	226	R\$ 2.050.000,00	R\$ 2.050.000,00	R\$ 2.636.400,00	R\$ 2.636.400,00
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	1	227	R\$ 10.900.000,00	R\$ 11.554.000,00	R\$ 12.731.700,00	R\$ 12.317.000,00
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	5	228	R\$ 2.600.000,00	R\$ 2.600.000,00	R\$ 2.650.000,00	R\$ 2.900.000,00
OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1	229	R\$ 550.000,00	R\$ 560.000,00	R\$ 565.000,00	R\$ 570.000,00
OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVI	1	230	R\$ 522.000,00	R\$ 525.000,00	R\$ 530.000,00	R\$ 535.000,00
OBRIGAÇÕES PATRONAIS - INTRA-RÇAMENTÁRI	1	231	R\$ 600.000,00	R\$ 610.000,00	R\$ 615.000,00	R\$ 620.000,00
MATERIAL DE CONSUMO	1	232	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
MATERIAL DE CONSUMO	2	233	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00
MATERIAL DE CONSUMO	5	234	R\$ 1.700.000,00	R\$ 1.750.000,00	R\$ 1.800.000,00	R\$ 1.900.000,00
MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇ	1	235	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	2	236	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	5	237	R\$ 150.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	1	238	R\$ 160.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 185.000,00	R\$ 190.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	2	239	R\$ 100.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	5	240	R\$ 940.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00
RECURSO PRÓPRIO			R\$ 13.323.000,00	R\$ 14.656.000,00	R\$ 16.053.700,00	R\$ 15.459.000,00
RECURSO ESTADUAL			R\$ 616.000,00	R\$ 521.000,00	R\$ 521.000,00	R\$ 521.000,00
RECURSO FEDERAL			R\$ 8.390.000,00	R\$ 7.910.000,00	R\$ 9.196.400,00	R\$ 8.796.400,00
TOTAL			R\$ 22.329.000,00	R\$ 23.087.000,00	R\$ 25.771.100,00	R\$ 24.776.400,00

DEPART. DE ATENÇÃO-URGÊNCIA E EMERGÊNCIA							
Descrição	Rec.	Ficha Atual	Valor	2019	2020	2021	
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	1	241	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	2	242	R\$ 100.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	5	243	R\$ 20.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	
OBRAS E INSTALAÇÕES	1	244	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	
OBRAS E INSTALAÇÕES	5	245	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	
CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	1	246	R\$ 1.890.000,00	R\$ 2.003.400,00	R\$ 2.013.570,00	R\$ 2.208.748,50	
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	1	247	R\$ 13.471.500,00	R\$ 14.279.790,00	R\$ 14.993.779,50	R\$ 15.749.468,47	
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	5	248	R\$ 4.851.000,00	R\$ 4.851.000,00	R\$ 4.900.000,00	R\$ 4.900.000,00	
OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1	249	R\$ 500.000,00	R\$ 510.000,00	R\$ 515.000,00	R\$ 520.000,00	
OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVI	1	250	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.050.000,00	R\$ 1.080.000,00	R\$ 1.120.000,00	
OBRIGAÇÕES PATRONAIS - INTRA-ORÇAMENTÁRI	1	251	R\$ 800.000,00	R\$ 820.000,00	R\$ 828.000,00	R\$ 850.000,00	
MATERIAL DE CONSUMO	1	252	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	
MATERIAL DE CONSUMO	2	253	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	
MATERIAL DE CONSUMO	5	254	R\$ 2.200.000,00	R\$ 2.400.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.650.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	1	255	R\$ 4.800.000,00	R\$ 4.800.000,00	R\$ 4.800.000,00	R\$ 4.800.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	5	256	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	1	257	R\$ 580.120,00	R\$ 650.000,00	R\$ 700.000,00	R\$ 750.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	2	258	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	5	259	R\$ 2.150.000,00	R\$ 2.200.000,00	R\$ 2.250.000,00	R\$ 2.250.000,00	
RECURSO PRÓPRIO			R\$ 23.341.620,00	R\$ 24.413.190,00	R\$ 25.230.349,50	R\$ 26.298.216,97	
RECURSO ESTADUAL			R\$ 401.000,00	R\$ 311.000,00	R\$ 311.000,00	R\$ 311.000,00	
RECURSO FEDERAL			R\$ 9.222.000,00	R\$ 9.462.000,00	R\$ 9.661.000,00	R\$ 9.811.000,00	
TOTAL			R\$ 32.964.620,00	R\$ 34.186.190,00	R\$ 35.202.349,50	R\$ 36.420.216,97	

DEPART. DE ASSIST. DE REDE ESPECIALIZADA						
Descrição	Rec.	Ficha Atual	2018	2019	2020	2021
OBRAS E INSTALAÇÕES	1	260	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
OBRAS E INSTALAÇÕES	2	261	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	1	262	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	2	263	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	5	264	R\$ 650.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00
CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	1	265	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	1	266	R\$ 18.145.260,00	R\$ 19.233.975,60	R\$ 20.195.674,38	R\$ 21.205.458,09
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	5	267	R\$ 124.740,00	R\$ 124.740,00	R\$ 124.740,00	R\$ 124.740,00
OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1	268	R\$ 350.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 365.000,00	R\$ 370.000,00
OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVI	1	269	R\$ 150.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 165.000,00	R\$ 170.000,00
OBRIGAÇÕES PATRONAIS - INTRA-ORÇAMENTÁRI	1	270	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00
MATERIAL DE CONSUMO	1	271	R\$ 650.000,00	R\$ 700.000,00	R\$ 750.000,00	R\$ 800.000,00
MATERIAL DE CONSUMO	2	272	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
MATERIAL DE CONSUMO	5	273	R\$ 1.200.000,00	R\$ 1.350.000,00	R\$ 1.400.000,00	R\$ 1.500.000,00
PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOÇÃO	1	274	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	5	275	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	1	276	R\$ 3.547.000,00	R\$ 3.350.000,00	R\$ 3.400.000,00	R\$ 3.450.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	2	277	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	5	278	R\$ 2.200.000,00	R\$ 2.250.000,00	R\$ 2.300.000,00	R\$ 2.350.000,00
RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO PÚ	1	279	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00
RECURSO PRÓPRIO			R\$ 23.989.260,00	R\$ 24.850.975,60	R\$ 25.922.674,38	R\$ 27.042.458,09
RECURSO ESTADUAL			R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00
RECURSO FEDERAL			R\$ 4.474.740,00	R\$ 4.124.740,00	R\$ 4.224.740,00	R\$ 4.374.740,00
TOTAL			R\$ 28.504.000,00	R\$ 29.015.715,60	R\$ 30.187.414,38	R\$ 31.457.198,09

DEPART. DE ASSIST. FARMACÊUTICA							
Descrição	Rec.	Ficha Atual	2018	2019	2020	2021	
MATERIAL DE CONSUMO	1	280	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	
MATERIAL DE CONSUMO	2	281	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	
MATERIAL DE CONSUMO	5	282	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	5	283	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	
RECURSO PRÓPRIO			R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	
RECURSO ESTADUAL			R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	
RECURSO FEDERAL			R\$ 315.000,00	R\$ 315.000,00	R\$ 315.000,00	R\$ 315.000,00	
TOTAL			R\$ 615.000,00	R\$ 615.000,00	R\$ 615.000,00	R\$ 615.000,00	

DEPART. VIGIL. EPIDEMIOLÓGICA SANITÁRIA							
Descrição	Rec.	Ficha Atual	2018	2019	2020	2021	
OBRAS E INSTALAÇÕES	1		R\$ 250.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	
OBRAS E INSTALAÇÕES	2		R\$ 200.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	
CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	5	284	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	
CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	2		R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	1	285	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.650.000,00	R\$ 2.782.500,00	R\$ 2.921.625,00	
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	2		R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	
VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL	5	286	R\$ 300.000,00	R\$ 318.000,00	R\$ 333.900,00	R\$ 350.595,00	
OBRIGAÇÕES PATRONAIS	1	287	R\$ 50.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 65.000,00	
OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVI	1	288	R\$ 80.000,00	R\$ 81.000,00	R\$ 82.000,00	R\$ 85.000,00	
OBRIGAÇÕES PATRONAIS - INTRA-ORÇAMENTÁRI	1	289	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 170.000,00	
SUBVENÇÕES SOCIAIS	1	290	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	
MATERIAL DE CONSUMO	1	291	R\$ 80.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	
MATERIAL DE CONSUMO	5	292	R\$ 200.000,00	R\$ 225.000,00	R\$ 230.000,00	R\$ 235.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	1	293	R\$ 25.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	5	294	R\$ 300.000,00	R\$ 310.000,00	R\$ 320.000,00	R\$ 325.000,00	
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍ	2		R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	1	295	R\$ 150.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 180.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	2	296	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA J	5	297	R\$ 380.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 450.000,00	R\$ 450.000,00
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	2	298	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	5	299	R\$ 350.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00
RECURSO PRÓPRIO			R\$ 3.245.000,00	R\$ 3.324.000,00	R\$ 3.484.500,00	R\$ 3.651.625,00
RECURSO ESTADUAL			R\$ 271.000,00	R\$ 82.000,00	R\$ 82.000,00	R\$ 82.000,00
RECURSO FEDERAL			R\$ 1.540.000,00	R\$ 1.513.000,00	R\$ 1.593.900,00	R\$ 1.620.595,00
TOTAL			R\$ 5.056.000,00	R\$ 4.919.000,00	R\$ 5.160.400,00	R\$ 5.354.220,00

Fonte de Rec.	2018	2019	2020	2021
RECURSO PRÓPRIO	R\$ 72.313.880,00	R\$ 76.099.165,60	R\$ 79.934.723,88	R\$ 82.095.225,06
RECURSO ESTADUAL	R\$ 1.378.000,00	R\$ 1.004.000,00	R\$ 1.004.000,00	R\$ 1.004.000,00
RECURSO FEDERAL	R\$ 23.941.740,00	R\$ 23.324.740,00	R\$ 24.991.040,00	R\$ 24.917.735,00
TOTAL	R\$ 97.633.620,00	R\$ 100.427.905,60	R\$ 105.929.763,88	R\$ 108.016.960,06

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS 2003.

_____. Ministério da Saúde. ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Brasil: PNUD, 2000. Base de dados. Disponível em: www.undp.org.br.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica: Instruções técnicas para sua organização/ Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Especializada – Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasil – Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Especializada – Política Nacional de Atenção ao Portador de Doenças Renal – Série B. Textos Básicos.

_____. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH/SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 3 ed. Ver. Atual – (Série cadernos técnicos – CNS).

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº. 210 de 15 de junho de 2004: Definição de Redes.

_____. Ministério da Saúde, Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002 – D. O. U.

_____. Ministério da Saúde – Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde 2ª ed. Ampl. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde – Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PanejaSUS) – Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica da Assistência Farmacêutica.

Planos Municipais de Saúde de Itanhaém 2010/2013; Natal/RN e Amparo/SP

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - Serie Pactos pela Saúde, pela Vida e em defesa do SUS

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; PEIXOTO, Maria Passos Barcelar. Metodologia para análise funcionais da gestão de Sistema e redes de serviços de saúde no Brasil. Brasília: Organização.