



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA/SP**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

# **Plano Municipal de Saúde**

## **2022 a 2025**

**ORINDIÚVA/SP– SP 2021**

MIRELI CRISTINA LEITE RUVIERI MARTINS  
PREFEITA MUNICIPAL

FÁBIO HENRIQUE COELHO  
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

## APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde será o instrumento referencial básico, que irá a partir deste diagnóstico, estabelecer uma visão mais (igualitária) avançada e ampla em relação às ações de saúde que serão desenvolvidas pela equipe municipal de saúde, nesses quatro anos, visto que o **SUS** há que ser entendido em seus objetivos finais de dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde - para que assim, busquemos os meios - processos, estruturas e métodos – capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia este plano foi elaborado com base em dados oficiais fornecidos pela Prefeitura Municipal de ORINDIÚVA/SP, Secretaria Municipal da Educação, Vigilância Epidemiológica e Sanitária do mesmo, DRS XV, DATASUS, SES/SP e IBGE, Ministério da Saúde, buscando maior veracidade e transparência dos dados Municipais fornecidos.

A função do Plano Municipal de Saúde é ser usado como parâmetro das necessidades. O gestor municipal tem como uma de suas prioridades a saúde de nosso município, assim apoiando e motivando os colaboradores da saúde a desenvolver um bom trabalho com respeito e dedicação a todos, e com isso vem o empenho para a elaboração deste plano municipal de saúde garantindo à população um atendimento humanizado e de qualidade.

# 1 ANÁLISE SITUACIONAL

## 1.1 Condições de Saúde da População

### 1.1.1 Panorama Demográfico

O município de ORINDIÚVA/SP Pertence à RRAS 12, DRS XV de São José do Rio Preto, Região de Saúde (CIR) de São José do Rio Preto composta por 20 municípios, localiza-se na região noroeste do estado de São Paulo, distando 550 km, da capital do estado.

Possui uma área territorial de 248,30 km<sup>2</sup> e uma população de 7.194 habitantes (IBGE 2020) e a densidade populacional é de 29 hab/km<sup>2</sup>.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população.

O Município tem uma população flutuante importante no período de janeiro a novembro devido as contratações para o trabalho na usina de cana de açúcar instalada no município. As contratações envolvem empresas terceirizadas e os trabalhadores ficam em repúblicas ou alojamentos que se espalham pelo município. O aumento de trabalhadores sempre impacta no número de atendimento nos serviços de saúde, principalmente em situações de surtos, epidemias e pandemias.

Analisando abaixo as tabelas de 01 e 02, observa-se que a faixa etária de 20 a 59 anos representam 60,0% da população, ou seja, uma população produtiva muito significativa para as ações a serem desenvolvidas quanto a organização dos serviços e ações de prevenção e promoção da saúde. Os registros de nascidos vivos apontam que se 2016 a 2017 houve um aumento de 37,0%, sendo mantido os valores sem alterações significativas nos anos subsequentes. As doenças dos capítulos do CID-10 apresentados na tabela 4, apontam que doenças do aparelho circulatório são as mais frequentes, com 15,0% (N=53) das internações em 2020, seguido de internações por gravidez, parto e puerpério com 12,0% (N=40).

Considerando as observações relacionadas com a faixa etária e nascidos vivos, ações de acompanhamento para a saúde do trabalhador, idosos com morbidades e gestantes devem ser consideradas como essenciais para elaboração do plano e execução do serviço de saúde.

Para assistir essa população, no setor saúde definiu-se a atenção básica como ordenadora da rede de atenção a saúde do cidadão de ORINDIÚVA/SP. A população é em sua maioria usuária do Sistema Único de Saúde, por isso como município de pequeno porte, ORINDIÚVA/SP qualificou 03 Equipes de Saúde da Família e 15 Agentes Comunitários de Saúde, distribuídas na zona rural e urbana, atualmente com **100,00** % da cobertura populacional.

Tabela 1- População estimada por sexo e faixa etária, 2020

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
0 a 4 anos	285	272	557	7,74
5 a 9 anos	271	263	534	7,42
10 a 14 anos	258	238	496	6,89
15 a 19 anos	285	276	561	7,80
20 a 29 anos	643	635	1278	17,76
30 a 39 anos	667	597	1264	17,57
40 a 49 anos	518	536	1054	14,65
50 a 59 anos	361	341	702	9,76
60 a 69 anos	221	216	437	6,07
70 a 79 anos	96	108	204	2,84
80 anos e mais	52	55	107	1,49
<b>Total</b>	<b>3657</b>	<b>3537</b>	<b>7194</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet) - Data da consulta: 10/03/2021.

Tabela 2- Número de nascidos vivos por residência da mãe.

<b>Ano</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Nº	59	81	81	82

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

Data da consulta: 10/03/2021.

### 1.1.2 Mortalidade Geral

No período de 2016 a 2019, ORINDIÚVA/SP apresentou os seguintes dados referentes à morbidade e mortalidade:

Tabela 3 – Número de Mortalidade por grupos de causas capítulo CID-10

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	-	1	2
II. Neoplasias (tumores)	5	9	8	7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	1	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	3	1	2
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	2	1	2

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	1	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	6	3	5
X. Doenças do aparelho respiratório	6	4	4	1
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	1	2	4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	-	2	2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	1	-	-
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	1	-	-
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	1	-	-
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	3	2	6
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
XXII.Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>32</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET)  
Data da consulta: 10/03/2021

Destacamos que com a pandemia da COVID-19, o município teve que se adaptar a um atendimento não previsto, cujas orientações para as ações de enfrentamento mudavam até em semanas com cada descoberta nova a nível mundial, mas que impactaram todos os lugares do planeta.

### **1.1.3 Doenças Transmissíveis**

O Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) é a metodologia recomendada pelo Ministério da Saúde para a determinação do Índice de Infestação Predial (IIP) do mosquito vetor da dengue (*Aedes aegypti*).

Através da amostragem de imóveis do município, pode-se realizar um rápido diagnóstico da situação da presença de larvas do mosquito vetor na cidade.

Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) realizaram visitas, durante todo o ano e em todos os bairros, coordenados pela Coordenação de Endemias do município. Por suas características demográficas apresenta elevado risco de transmissão de dengue em ORINDIÚVA/SP.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de mobilizar a população para o efetivo controle dos depósitos nos imóveis residenciais e comerciais, assim como do poder público, nas áreas sob sua responsabilidade. Além disso, os serviços de saúde do município devem estar preparados para diagnosticar e notificar os casos de dengue propiciando uma rápida intervenção ambiental. Somente com esses cuidados será possível minimizar as condições de transmissão da dengue nos próximos anos.

#### **1.1.4 Doenças e Agravos não Transmissíveis**

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011a). No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, sendo responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT et al, 2011), correspondendo a 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA et al, 2006).

Os indicadores de mortalidade pelas Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) têm no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) a principal fonte de dados. O documento que alimenta o SIM é a Declaração de Óbito (DO) preenchida pelo médico ao constatar um óbito.

Não há, atualmente um sistema unificado de informação sobre morbidade por DANT na SMS. Entretanto, é possível conjugar vários sistemas de informação para elaboração de indicadores de morbidade. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) constitui o principal sistema de informação de morbidade, através do qual é possível obter um conjunto de variáveis a cerca de 80% das internações hospitalares, como a causa da internação, os dias de permanência, a evolução da situação de saúde que levou a internação, custos diretos, etc. Todas as informações obtidas podem ser desagregadas até o nível municipal.

#### **Infecção respiratória aguda (IRA)**

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) foram incluídas entre os três principais problemas de saúde pública da infância ainda no final da década de 60, junto com as doenças diarreicas e a desnutrição (Benício, 2000). Estes três problemas de saúde são considerados responsáveis pela maioria das mortes antes dos cinco anos de idade, e são a causa mais frequente pela qual uma criança perde sua saúde durante seus primeiros anos de vida.

Contudo, apesar do caráter global da distribuição da IRA, seu impacto sobre as taxas de hospitalização e os óbitos entre crianças sofre diferenciações significativas, relacionadas às desigualdades existentes no desenvolvimento econômico dos diversos países e regiões. Estima-se que aproximadamente 70.000 crianças com menos de cinco anos morram anualmente no continente americano em consequência de infecções respiratórias agudas, aproximadamente, 15% de todas as mortes que ocorrem anualmente de nesta faixa etária.

As internações por IRA apresentam clara associação sazonal, com cerca de 70% delas ocorrendo no período do inverno, entre os meses de dezembro a março. É neste período que devemos concentrar os esforços de organização da rede para atendimento desta grande e importante demanda.

A probabilidade de doenças respiratórias aumenta em crianças que convivem na mesma residência com pessoas que fumam. O tabagismo passivo aumenta o número de crises de asma, bronquite, rinite alérgica, sinusite, otites e pneumonias bacterianas entre as crianças, especialmente abaixo dos 5 anos de idade, sendo importante a abordagem sobre o tabagismo com pais/responsáveis. A alta morbimortalidade por IRA nesta faixa etária, com elevado custo humano e social, justifica os esforços da rede pública de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e curativas eficazes para estas patologias.

### **1.1.5 Saúde Bucal**

Crianças e adolescente terão prioridade nas ações em saúde bucal pelas equipes de Atenção Básica para os anos de 2022 a 2025. As ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal para fase da criança e adolescentes no município devem priorizar as crianças que estão iniciando o ensino fundamental (5 a 7 anos de idade) e os adolescentes que estão concluindo o ensino fundamental (15 a 19 anos).

## **1.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE**

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov,1996).

Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas regiões mais vulneráveis da cidade. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (determinantes sociais de saúde).

### **1.2.1 Aspectos socioeconômicos**

O objetivo dessa subseção é apresentar um prisma de indicadores socioeconômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB), o IDH, a educação, trabalho e renda.

#### **Índice de Desenvolvimento Humano**

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para oferecer um contraponto ao PIB, tendo em vista que este somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento. É uma medida simplificada do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano, são eles: renda, Produto Interno Bruto (PIB) é o valor de mercado de todos os bens e serviços finais produzidos em um país durante certo período de tempo. (MANKIWI, N. Gregory. Introdução à Economia. O IDH do Brasil é 0,718, que ficou em 84º lugar no IDH Global de 2011. O IDH do Município é 0,776.

## **1.3 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **1.3.1 INTRODUÇÃO**

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, cuja reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população.

Entre os desafios novos ou persistentes para o Sistema Único de Saúde - SUS destaca-se o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade, que se traduz na equidade a este acesso, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas.

A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado.

São inegáveis os avanços alcançados pelo SUS, os quais repercutiram de forma muito importante sobre a saúde da população. A expansão da atenção básica, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população, a redução da mortalidade infantil são exemplos que atestam as conquistas já registradas. Há, todavia, enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

Da mesma forma, ORINDIÚVA/SP apresentou grandes conquistas para a saúde pública nos últimos anos, das quais pode-se destacar, entre outras, a expansão da atenção básica e investimentos em tecnologia da informação, assim como a implantação do programa Saúde na Hora no município qualificando ainda mais os atendimentos da Atenção Básica e ampla rede especializada, com destaque para serviços relacionados a Saúde Mental, como Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, Residência Terapêutica e a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - EMAESM.

Contudo, como em outras regiões do Brasil, enormes desafios se impõem para a gestão da saúde pública de em ORINDIÚVA/SP, devido à transição demográfica, com o acentuado envelhecimento da população, e a atual situação epidemiológica, havendo a necessidade de um novo modelo de atenção e a reorganização das suas redes de saúde.

Em países ou regiões que fizeram a transição epidemiológica clássica onde existe uma situação de acumulação epidemiológica ou de dupla carga das doenças com predomínio relativo das

condições crônicas, o mais grave problema dos sistemas de saúde está na incoerência entre a situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde hegemônico, que se caracteriza pela fragmentação do cuidado e pelo foco nas condições agudas.

Ao longo do tempo o modelo vigente se organizou mais pelo modelo econômico do que as necessidades em saúde, onde a lógica é tratar a doença e não cuidar da saúde. Daí um sistema que funciona com base nos sintomas, médico-centrado, hospitalocêntrico. A razão é muito mais um modelo econômico do que uma proposição "técnica" do campo da saúde para atender majoritariamente às condições agudas ou agudizadas de saúde em serviços de alta densidade tecnológica. Isto fica evidente ao analisarmos a insuficiência de acesso a atenção básica, a situação de sobrecarga nas portas de urgência, a dificuldade de acesso a consultas e procedimentos eletivos em algumas especialidades e o elevado número de internações de urgência.

Estes dados demonstram fragilidade na formação de vínculo dos usuários na atenção básica, uma fragmentação da rede com a atenção isolada nos seus componentes sem a visão sistêmica e uma fragilidade das estratégias que regem a transição do cuidado no sistema de saúde municipal.

Neste contexto, o plano de Estruturação e Articulação da Rede de Atenção à Saúde em ORINDIÚVA/SP visa à organização do sistema dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde do usuário e da população atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, incluindo também a reabilitação e cuidados paliativos, através de uma rede integrada de ações e serviços, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

### **1.3.2 MODELO DE ATENÇÃO**

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo, em determinada sociedade. (Mendes, 1993)

É preciso cuidar das pessoas para que não adoeçam, para o controle das condições crônicas e não apenas cuidar da agudização das doenças. A integralidade é o princípio mais desafiador para o SUS, levando-se em conta as características singulares das condições agudas e das condições

crônicas.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser definidas como conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ações cooperativas e interdependentes, coordenadas pela atenção básica, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, de acordo com as necessidades dos usuários.

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

### **1.3.3 TERRITORIALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO**

Para fins de compreensão deste documento, território é entendido como sinônimo de espaço geográfico, pode ser definido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos) (Santos, 1996).

No setor saúde, os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania (Monken, ENSP,2012). Inclui, portanto, tanto a estruturação física e espacial dos serviços como também os fluxos e relações entre serviços, profissionais e estes e os usuários dos serviços.

Na saúde, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (Monken e Barcellos, 2005, p. 898).

Em ORINDIÚVA/SP, o território e a sua população de 7.194 habitantes, são atendidos por 01 Centro de Saúde /Unidade Básica com 03 Equipes de Saúde da Família (Saúde na Hora), 01 Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, 01 Residência Terapêutica, 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - EMAESM., 01 Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência (SAMU), 01 Centro de Especialidade, 01 Equipe de Serviço de Atendimento Domiciliar (Melhor em Casa), LRPD ( Laboratório Regional de Prótese Dentária).

Para cada Estratégia de Saúde da Família estão definidos os limites geográficos e sua população, com vistas ao estabelecimento do conjunto de serviços a serem ofertados. Para a AB, esta oferta já está definida, sendo necessário qualificá-la para as demais esferas de atenção (Média e Alta Complexidade) e para a vigilância em saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB limita as áreas de atuação de uma ESF até 4000 pessoas.

Com o exposto, os desafios da territorialização e da regionalização para o quadriênio serão:

- ✓ Consolidação da territorialização e da regionalização no planejamento da SMS;
- ✓ Continuidade da regionalização para todos os serviços especializados não citados;
- ✓ Implantação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde;
- ✓ Modernização e informatização das Estratégias de Saúde da Família.

## **i. REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE**

A atuação de forma territorializada e regionalizada visam aos estabelecimentos das redes de atenção à saúde que, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Como estrutura administrativa e gerencial da SMS, são compostas por Unidades de Saúde da Atenção básica sob a coordenação do gerente da Atenção Básica e Secretário da Saúde.

Para o quadriênio 2022-2025, os desafios da SMS nas redes de atenção estão na integração entre as esferas de atenção, com o fortalecimento da regulação dos serviços e na revisão dos processos de trabalho de forma integral, não se restringindo aos processos dos equipamentos de saúde de forma isolada, mas garantindo a transição do cuidado e fortalecendo a coordenação da AB.

### **1. Atenção Básica**

A Atenção Básica (AB) no município tem se colocado como ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde. O acesso aos serviços de saúde independente de sua complexidade deve ser assegurado, assim como respeitadas as equidades e as reais necessidades da população. Deve se

garantir serviços na AB a toda à população, com capacidade diagnóstica e resolutiva assim como a existência de redes de apoio integradas e disponíveis.

É considerada a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável pela longitudinalidade do cuidado em saúde. Fundamenta-se pela otimização das ações em saúde agindo sobre as causas das doenças mais prevalentes que ocorrem na população, manejando as doenças e maximizando a saúde. As Unidades de Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde constituem-se como os serviços protagonistas da AB.

Por ser reconhecida como as principais portas de entrada do sistema tanto para situações agudas de menor complexidade, como para demandas programadas, com o papel ordenador do cuidado transversal na Rede de Atenção à Saúde, devem ser dispersos em quantidade e efetividade suficientes no território local, de acordo com os seus atributos:

- Proximidade com o usuário;
- Longitudinalidade (vínculo);
- Integralidade;
- Foco no usuário, na família e na comunidade.

Além disso, os atributos devem cumprir três funções essenciais:

- Função resolutiva - de dar respostas efetivas a, pelo menos, 80% dos problemas mais comuns de saúde;
- Função de coordenação - de ordenar os fluxos e contra-fluxos dos usuários por todos os níveis da rede de atenção à saúde;
- Função de responsabilização - de responsabilizar-se pela saúde da população independentemente do ponto de atenção à saúde em que esteja.

Atualmente ORINDIÚVA/SP possui 01 Unidades Básicas de Saúde com 03 equipes de Saúde da Família distribuídas nos bairros e comunidades do município, sendo responsáveis pelo atendimento de populações que variam de 2.000 a 3.000 pessoas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade.

Evidências científicas mundiais e nacionais mostram que, dentre as orientações de modelo assistencial para a AB, a ESF é a que mais contempla seus atributos essenciais e derivados. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (Starfield, 2003). Desta forma consegue aplicar maior número dos princípios do SUS, com destaque para a integralidade, a equidade, a coordenação do cuidado, a preservação da autonomia e a participação e controle social (Lei 8080/90).

Baseado nessas constatações e seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o município de ORINDIÚVA/SP opta pela ESF como modelo prioritário na organização da Atenção Básica. Reafirma, que as novas unidades de saúde da AB seguirão o modelo da ESF, corroborando com a deliberação do CMS. Neste sentido, ORINDIÚVA/SP possui 03 Equipes de Saúde da Família, na modalidade Saúde na Hora.

Integrados a AB, o Serviço de Atendimento Domiciliar (Melhor em Casa), potencializam as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família. Assim aumentam a resolutividade, considerando que regionalmente a composição de suas equipes, observa o perfil epidemiológico e social de cada localidade. Não se constituem como unidades físicas independentes ou especiais, e não se caracterizam pelo livre acesso ao atendimento individual ou coletivo, uma vez que o acesso deve ser regulado pelas equipes da atenção básica.

## **2. Atenção Especializada Ambulatorial**

Atenção Especializada Ambulatorial caracteriza-se pelo papel complementar a AB, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência especializada e, quando necessário através do apoio matricial, ajudar na resolutividade da AB.

Os componentes da atenção especializada são serviços de média complexidade, ambulatórios e serviços especializados e que constituem as redes de atenção. Para os casos agudos, serve como porta de entrada os serviços de Urgência e Emergência, e, na demanda programada, como serviços de apoio especializado ambulatorial referenciados.

No município a distribuição destes serviços ocorre desta forma regulada. Também, encontram-se, outros serviços especializados ambulatoriais que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da prestação serviços de forma contratualizada e/ ou conveniada, e devendo estar inserido no contexto das redes de atendimento preconizado e estabelecido pelo Gestor Municipal, isto é, a Secretaria Municipal de Saúde de ORINDIÚVA/SP.

### **3. Serviços Especializados de Atenção à Saúde**

Os usuários são referenciados pelas unidades de saúde através de regulação, estabelecendo integralidade necessária aos tratamentos que são fundamentais para garantia de um atendimento qualificado. Além disso, a realização de pequenos procedimentos e o acesso aos exames complementares de média complexidade, possibilitam a resolutividade do profissional com o caso que se apresenta, permitindo a realização de um diagnóstico seguro, e conseqüentemente de um tratamento mais adequado.

Cabe a Coordenação da Central de Regulação através da sua avaliação de perfil epidemiológico e indicadores de vulnerabilidade, identificar as especialidades necessárias e a capacidade de resolutiva destes serviços. Regulando as especialidades que necessitam maior complexidade para a responsabilidade dos ambulatórios especializados hospitalares.

#### **ii. Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica teve como tema: “Efetivando o Acesso, Qualidade e Humanização da AF com Controle Social”. Uma das propostas desta conferência foi o acesso a medicamentos seguros, eficazes, produzidos com qualidade, de acordo com as necessidades, com regularidade e orientação para o uso correto. Desta conferência surgiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS 338/2004.

Para uma melhor assistência aos usuários faz-se necessário:

- ✓ Ampliar e melhorar o acesso à Assistência Farmacêutica;
- ✓ Melhorar o acesso aos medicamentos especiais, facilitando a entrega;
- ✓ Implementar o acesso a medicamentos através das farmácias básicas;
- ✓ Informatizar todos os insumos necessários à execução dos serviços

A AF no município de ORINDIÚVA/SP tem como objetivo propiciar um novo modelo de atendimento, não restrito à mera aquisição e distribuição de medicamento, e sim buscando a humanização das atividades inerentes ao ciclo de Assistência Farmacêutica, incluindo todos os serviços necessários para a integralidade das ações, com atenção voltada ao usuário do Sistema Único de Saúde.

O município de ORINDIÚVA/SP atualmente conta com Assistência Farmacêutica na rede básica tem como referência a Farmácia Básica e alguns medicamentos e alguns de demandas judiciais.

A seguir foram identificados alguns problemas relacionados ao acesso de medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

- ✓ Necessidade de atividades de Educação Permanente, vinculada às competências, atribuições e processos de trabalho, para os profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica;
- ✓ Estabelecer fluxo, protocolos para rotina de autorizados.

### **1.3.8 ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS**

De acordo com a Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, são considerados componentes e interface da Rede de Atenção às Urgências, todos os serviços e ações que buscam garantir a integralidade do cuidado.

A Rede de Atenção às Urgências foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deva ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior ou menor complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em

redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

O Modelo de Atenção às Urgências deve ser centrado no usuário, garantido a universalidade, equidade e integralidade do cuidado, ampliando o acesso com acolhimento e classificação de risco, integrando os componentes da Rede de Atenção à Saúde por meio da regulação.

A portaria 1600 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria normatiza a estruturação da rede de saúde para o atendimento aos usuários com quadros agudos. Ainda, destaca que a organização em rede visa atender aos problemas de saúde dos usuários na área de urgência. Sendo assim, é fundamental considerar o perfil epidemiológico no Brasil.

Compondo a reformulação da rede de atenção às urgências necessitamos considerar as necessidades regionais e planejar a re-estruturação da rede e dos pontos de atenção com base nas características regionais. O Decreto 7508, de 27 de julho de 2011, regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde – SUS dentro da lógica de regionalização da rede de saúde.

A Atenção Básica (ESF e UBS), são portas de entrada aos usuários do SUS, com garantia de atendimento às demandas agudas ou agudizadas, com funcionamento 12 horas, de segundas-feiras a sextas-feiras, devendo ter garantia de referenciamento, sempre que necessário, a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.

### **3.9.9. VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

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

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município e também definidas pelo Ministério da Saúde (Programação de Ações de Vigilância à Saúde – PAVS) e pela Agência Nacional

de Vigilância Sanitária – ANVISA.

O Departamento de Promoção e Proteção à Saúde atualmente se encontra dividido em Equipes nas seguintes áreas:

- ✓ Epidemiológica – Eventos Vitais;
- ✓ Prevenção e Controle de Doenças e Agravos – Doenças Transmissíveis, Vigilância de Doenças Crônicas, Vigilância de Doenças Agudas;
- ✓ Sanitária – Vigilância de Alimentos, Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, subdividida em Produtos, Serviços e Engenharia;
- ✓ Ambiental – Controle de Vetores

#### **1.4 GESTÃO EM SAÚDE**

Por gestão em saúde entende-se a criação e a utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política (Paim e Teixeira, 2006). Para fins de compreensão, os mesmos autores pontuaram política de saúde como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Política), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde.

A gestão em saúde no Brasil, desta forma, acompanhou as orientações legais e dos gestores ao longo da história, sendo que a incorporação do Sistema Único de Saúde no país remeteu a uma reorientação das políticas de saúde até então vigentes. Em ORINDIÚVA/SP, a qualificação da gestão do SUS apresenta desafios anteriores a sua constituição, onde se destaca a não formalização de elementos básicos norteadores da ação gestora e a dificuldade de formação e remuneração específicos para atuação neste campo.

A partir do diagnóstico realizado em 2021 para planejamento e elaboração deste plano, as equipes dos setores da gestão vêm atuando de forma a organizar as suas ações de forma articulada com os demais atores envolvidos.

Essa forma de agir em saúde aponta para uma “gestão em redes”, compreendendo-se que a transversalidade dos planos de trabalho da saúde é o que potencializará a capacidade gestora para as mudanças necessárias com vistas à qualificação da rede de serviços públicos e do SUS como um todo.

Com esse enfoque, os Fundamentos Estratégicos da SMS são imprescindíveis ao alinhamento estratégico almejado pela gestão municipal. São eles: Promover o bem-estar em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, por meio de gestão única que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com controle social e respeitando as pactuações interfederativas. Com o enfoque proposto, o Planejamento, o Financiamento, a Gestão do Trabalho e Educação Permanente, a Humanização, a Ouvidoria, a Comunicação, a Infraestrutura de Apoio e Logística, Participação e Controle Social são apresentadas a seguir.

#### **1.4.1 Planejamento**

O Planejamento é um processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinados objetivos (Paim e Teixeira, 2006, p. 76). Nesse sentido, para a SMS consiste principalmente na elaboração de planos e programas governamentais para dar conta das necessidades populacionais em saúde diagnosticadas pela gestão do SUS.

Em uma perspectiva nacional estratégica, “define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (Caderno 2, PlanejaSUS, 2006). Da mesma forma, o planejamento do SUS em ORINDIÚVA/SP também está sendo organizado para atuar de forma sistêmica, sendo que, para isso, tem ocorrido mudanças significativas na estrutura de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Até junho de 2021, o setor responsável por assessorar o planejamento do SUS em ORINDIÚVA/SP estava voltado principalmente para o acompanhamento temático das áreas técnicas (Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, DST/AIDS, Tuberculose, Saúde Nutricional e outras). Outras responsabilidades estavam atreladas ao cumprimento de instrumentos normativos de planejamento, em especial o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão, sem o destaque necessário.

Para concretizar o trabalho apresentado, a mudança estrutural da Assessoria de Planejamento e Programação ocorreu em agosto de 2021, sendo composta uma equipe centrada nas estratégias de planejamento já descritas. Além disso, mudanças na legislação relacionada ao planejamento do SUS, em especial o decreto 7508/11 e a Lei Complementar 141/12, suscitaram a necessidade de o setor de planejamento integrar com setor responsável pelo orçamento, até então com responsabilidade estrita do setor financeiro da SMS.

Para a continuidade do projeto atual, de fortalecimento do planejamento do SUS em ORINDIÚVA/SP, destaca-se que ele está orientado por três características preconizadas pela gestão da SMS. São elas a co-responsabilização (setores desenvolvem seu plano e metas de trabalho, diagnosticando seus processos críticos e propondo estratégias, metas e respectivas ações, ao encontro do diagnóstico e dos planos estratégicos da SMS), a gestão compartilhada ou co-gestão (com o planejamento da SMS monitorado e avaliado por gestores, usuários, trabalhadores e prestadores do SUS); e espaços permanentes de gestão colaborativa (canais permanentes para a participação no planejamento e na avaliação do SUS em ORINDIÚVA/SP).

Pode-se afirmar que essas características serão consideradas diretrizes para o planejamento municipal do SUS em ORINDIÚVA/SP. Com o exposto, considerando o diagnóstico do planejamento e as três diretrizes para a sua institucionalização na SMS, as dificuldades encontradas até o momento foram:

- ✓ Participação incipiente do Controle Social na agenda de planejamento da SMS, considerando ser atividade recente a ser priorizada na agenda dos conselheiros;
- ✓ Interesse e disposição para o planejamento, acentuado pela existência de diferentes estágios do conhecimento sobre o tema entre os setores da gestão centralizada e entre os integrantes das equipes de monitoramento regional. Da mesma forma, tem-se a realidade de diferentes estágios de utilização dos seus dados epidemiológicos, de vigilância sanitária e de reuniões de equipe para o planejamento das ações de saúde no seu território;
- ✓ Sistematização, padronização e disponibilidade dos dados, pela quantidade de dados em contraposição à limitação das tecnologias para auxiliar na alimentação e compilação deles. Nos últimos anos, essa dificuldade gerou uma densidade de sobre trabalho para as equipes de toda a SMS, ao exigir conhecimento e disponibilidade para o manuseio das bases de dados, o que por vezes não é uma realidade entre os servidores;

- ✓ Planejamento intersetorial incipiente, considerando que o método de trabalho por meio dos seus programas intersetoriais vem recebendo maior destaque na SMS a partir de 2021.

#### **1.4.2 Financiamento**

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências ‘fundo a fundo’, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Apesar da edição das novas regras para a prestação de contas de recursos da saúde (Lei Complementar 141/2012 e Resolução CNS 459/2012), a SES mantém o entendimento de fiscalização de uso de recursos por vínculo orçamentário. O resultado são as dificuldades para a correta aplicação dos recursos de transferências federais e estaduais.

Já sobre os recursos destinados aos projetos prioritários do MS, destaca-se a principal característica de incentivos que, por vezes, podem gerar armadilhas para a SMS. O risco está na adesão de programas incentivados pelo MS sem observar que os recursos podem ser insuficientes para a prestação de serviços com a qualidade e a temporalidade necessárias (serviços com perfil de campanha ou permanentes). Ou seja, ao incentivar determinados programas sem considerar as necessidades locais, o financiamento será pouco resolutivo e, conseqüentemente, pouco desejado pelo gestor municipal.

As regras de financiamento das três esferas de gestão têm como contexto maior a Lei

Complementar 141/2012, que regula a EC 29. Neste sentido, União, Estado e Município devem adequar seus sistemas de financiamento para garantir a articulação PPA e PMS e, por conseguinte, viabilizar o alinhamento entre a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) com a PAS.

O histórico da Prefeitura de ORINDIÚVA/SP e da SMS é de elaboração e condução do PPA e do PMS de forma completamente separadas, diferenciadas. Essas distorções resultam em dificuldade da SMS em incluir o seu plano estratégico na Agenda Política Municipal, junto à base de governo e à sociedade.

Outras dificuldades relacionadas à condução do orçamento e do planejamento das ações em separado são:

1) Compreensão e de atuação das áreas técnicas, áreas meio (apoio técnico- administrativo) e da gestão descentralizada da SMS (gerências distritais), de forma a contribuir na execução financeira conforme as regras vigentes (exposto acima) e os limites orçamentários;

2) Transparência para a sociedade e para o controle social no SUS, onde os meios de divulgações podem auxiliar na compreensão da sociedade sobre o planejamento integrado de ações e financiamento.

Diante do exposto, a elaboração do PMS 2022-2025 está sendo direcionada para convergir com a elaboração do PPA do Município. Assim, definidas as prioridades dentro destes instrumentos de planejamento, serão identificados os recursos necessários para viabilizá-las e suas fontes de financiamento, que podem ter origem Municipal, Estadual e Federal, bem como atuaremos com vistas a cumprir o disposto na Lei Complementar 141/12.

Por fim, os desafios do financiamento do SUS municipal para o quadriênio 2022-2025 envolvem o alcance de maior eficácia na aplicação dos recursos disponíveis, com estratégias que visam a disseminar o conhecimento sobre essa área do SUS para toda a SMS e sua relação com o planejamento das ações em saúde. Para isso, há a necessidade de qualificar a área de captação de recursos e de elaboração de projetos para o recebimento de recursos, de forma integrada às áreas técnicas e setores com necessidades comuns, bem como de fortalecer a estrutura da equipe de financiamento e orçamento para tais atribuições e demandas.

De forma a cumprir com estes desafios, os objetivos estratégicos relacionados à sustentabilidade do SUS municipal são:

- 1) Promover o equilíbrio da receita e das despesas atendendo às necessidades da população;
- 2) Implementar modelo de gestão que contribua para a sustentabilidade econômico-financeira e;
- 3) Estruturar o sistema de custos.

### **1.4.3 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Para a SMS, a Gestão do Trabalho e Educação Permanente no SUS são consideradas partes integrantes da política de qualificação da força de trabalho do SUS em ORINDIÚVA/SP. Estão integradas na Diretoria Geral Administrativa e têm interface em todas as coordenadorias e equipes da Secretaria.

#### **1.4.3.1 Gestão do Trabalho**

Para a realização das suas atividades envolvendo áreas meio e áreas fim, a SMS apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos, cargos em comissão e servidores com contrato temporário.

Com os vínculos apontados, o SUS em ORINDIÚVA/SP conta com uma força de trabalho de trabalhadores envolvidos com a saúde pública no Município, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Há de ser considerada a possibilidade de subnotificação ou supernotificação dos cadastros de profissionais atuantes no SUS e na iniciativa privada, a depender da sistemática de alimentação e pela compreensão de uso do banco de dados em questão. Essa afirmação suscita para a necessidade de qualificação nas formas de registro e monitoramento do CNES, para que reflita um panorama real da força de trabalho em saúde em ORINDIÚVA/SP.

Essa parceria com as instituições de saúde é necessária, tendo em vista as condições impostas pela legislação vigente, que acabam por moldar a composição do SUS em todo o país, ao considerar a Lei de Filantropia e a atuação de instituições estaduais e federais em serviços de governabilidade municipal – “direção única em cada esfera do governo” (LOS 8080/90). Desta forma, cabe a SMS a administração e fiscalização dos contratos com os prestadores de serviços privados, como hospitais, clínicas, empresas de diagnóstico por imagem, exames hematológicos, dentre outros serviços,

incluindo a gestão do trabalho definida pela SMS para o SUS em toda a cidade.

Neste ponto, as necessidades diferenciadas apresentadas pelos prestadores modelam as suas relações com os trabalhadores, o que nem sempre é positivo para a uniformização da gestão do trabalho do SUS conforme os objetivos do município. Este é um desafio para a SMS, tendo em vista as diferenças salariais, as dinâmicas de trabalho impostas pelos empregadores parceiros aos trabalhadores, as diferenças regionais em saúde e a priorização da AB como ordenadora da rede de cuidados.

### **Dimensionamento de pessoal**

A gestão do trabalho, nos últimos anos, apresentou dificuldades no dimensionamento de pessoal específico para as áreas de atuação do SUS em ORINDIÚVA/SP, com algumas exceções, como a ESF. Entre as áreas de atuação do SUS em ORINDIÚVA/SP, destaca-se também a área administrativa ou 'áreas meio', que não tem destaque na regulação do trabalho e de seus processos, com consequente ausência de dimensionamento de pessoal.

Outro problema de monitoramento e qualificação da gestão do trabalho, como apontado, é a qualidade dos registros, o que inclui os registros locais e na base de dados nacional – CNES.

### **Absenteísmo**

Entre os principais desafios para a gestão do trabalho no SUS está também o absenteísmo, que é um termo utilizado para designar todas as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho devido a algum motivo interveniente. As ausências aos processos de trabalho acarretam vazios em postos de trabalho, além de custo financeiro à instituição. Por este motivo, o absenteísmo e suas causas (licenças de saúde, por exemplo) devem ser investigados e estudados, a fim de serem definidas ações voltadas ao seu enfrentamento.

Para tanto, é necessário que seja avaliada a elaboração de relatório contendo o código da “Classificação Internacional de Doenças (CID)”, de forma a não identificar os servidores nominalmente, mas suas formas de adoecimento na atuação junto aos serviços e áreas do SUS.

A atuação para a prevenção do absenteísmo também merece destaque para o quadriênio. O acompanhamento do trabalhador, evitando problemas diagnosticados entre os motivos de absenteísmo não teve foco nos últimos anos na SMS.

Com o exposto, destaca-se também a necessidade de estabelecimento da Política de Gestão do Trabalho no SUS em ORINDIÚVA/SP, que estruture a gestão do trabalho (objetivo estratégico) e que seja reguladora da ampliação e da realocação de pessoal na SMS. Precisa incluir, ainda, a definição dos métodos para a realização do dimensionamento de pessoal que atenda à demanda dos diferentes serviços, baseado em critérios técnicos e epidemiológicos, bem como a definição do incentivo à qualidade na prestação dos serviços e das estratégias de humanização e de saúde do trabalhador.

#### **1.4.4 HUMANIZAÇÃO**

Por Humanização, compreende-se a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão e a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão e da atenção, prevendo aumento do grau de corresponsabilização na produção de saúde e de sujeitos.

Para a gestão estratégica da humanização da saúde em ORINDIÚVA/SP, destaca-se a necessidade de qualificar as ações já mapeadas nos relatórios de gestão, de monitorar as ações de humanização também na gestão centralizada, de ampliar e qualificar o acolhimento em todas as portas de entrada (AB, urgências).

#### **1.4.5 COMUNICAÇÃO**

De acordo com Dewey (1859-1952, apud Rosemberg, 2012), “comunicação é o processo de repartir a experiência para que ela se torne patrimônio comum e que modifica a disposição mental das partes interessadas”. Esta definição remete à afirmação de que o uso de tecnologias em comunicação é estratégico para a formação da identidade em torno da marca “SUS” e, em ORINDIÚVA/SP, essa compreensão vem tomando espaço na atuação da SMS e suas coordenações, apoiadas pela Assessoria de Comunicação.

A Assessoria de Comunicação desenvolve um trabalho de planejamento de comunicação efetivo em relação às metas pactuadas na Programação Anual de Saúde. Com isso, oferece aos

setores da SMS acompanhamento e assessoramento, também atuando em vários momentos como executora das ações propostas.

Nas notícias publicadas na mídia, percebe-se que as pautas positivas vêm ganhando espaço gradativamente maior e mais frequente. Pode-se dizer que isso se deve ao trabalho desenvolvido pelo gestor para implantação de melhorias e, conseqüentemente, à credibilidade conquistada pela Assessoria de Comunicação junto aos veículos de comunicação.

#### **1.4.6 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

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

Alguns desafios para o quadriênio, entre eles adequação da rede de controle social no município, necessidades de melhorias na estrutura, onde destaca-se que:

- ✓ Sede das reuniões com estrutura adequada
- ✓ Capacitação dos conselheiros
- ✓ Eleição

# DIGISUS

## REFERÊNCIAS

Benicio MHD'A, Cardoso MRAB, Gouveia NC, Monteiro CA. **Tendência secular da doença respiratória na infância cidade de São Paulo (1984-1996)**. Rev Saúde Pública 2000; 34(6 Supl):91-101.

**Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos:**  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_05.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_05.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011**, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**, que organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BRASIL. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Site da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno 1 PlanejaSUS, 2006**. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Glossário Temático: **Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação – Modelo de Referência de Plano Diretor de Tecnologia da Informação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: 2008.

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_entendendo\\_o\\_sus\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf)

IBGE. Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE. Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Mendes EV. **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.

Paim JS, Teixeira CF. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev Saúde Pública, 2006; 40 (N Esp): 73-8.

Rosemberg B. **Comunicação e Participação em Saúde**. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Campos GWS, BomfimJRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). 2ª ed. Ver. Aum. – São Paulo: Hucitec, 2012. p. 795-8.