

Plano Municipal de Saúde 2022-2025



Secretaria da Saúde
São Vicente/SP

Kayo Amado
Prefeito Municipal

Dra Michelle Luis Santos
Secretária Municipal da Saúde



Mensagem da Secretária Municipal da Saúde de São Vicente!

O tema de saúde de São Vicente tem vários desafios a serem enfrentados, operacionais, estruturais e de gestão para garantir a proteção de todos, diminuir as iniquidades, qualificar o acesso e diminuir os óbitos por causas evitáveis.

Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que não adoeçam e não apenas cuidar das doenças.

Há que se operar mudanças na gestão do sistema para a tomada de decisão fundamentada em evidências e não com base em opiniões, e para isso os sistemas de saúde precisam operar de acordo com diretrizes clínicas e protocolos, parâmetros epidemiológicos, e incorporar os conceitos do campo da economia na saúde para qualidade no planejamento de serviços de saúde necessários e de qualidade. Essas mudanças requerem gestores capacitados e equipes proativas. Não obstante todas as dificuldades da gestão do sistema de saúde e do subfinanciamento em saúde, soma-se ainda o desafio dos recursos humanos suficientes e preparados para atender essa nova realidade, trabalhar com diferentes profissionais, de forma integrada atuando durante todo o ciclo de uma condição ou doença.

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde e tornar as equipes coordenadoras do cuidado do cidadão, incorporar indicadores de vulnerabilidade das áreas de abrangência das Unidades de Saúde, e implantar um sistema de monitoramento e avaliação são elementos fundamentais para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde em São Vicente. O Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 contempla as ações com vistas a essa mudança no modelo de atenção, um dos grandes desafios que temos a enfrentar nos anos futuros, para responder adequadamente as necessidades de saúde da população de São Vicente, melhorar a qualidade e os resultados do sistema.

Dra Michelle Luis Santos
Secretária Municipal de Saúde de São Vicente

“ Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

Mahatma Gandhi

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Dra Michelle Luis Santos – Secretária de Saúde

Dra Marion Sanches Lino Botteon – Chefe de Gabinete

Enfª Elenice Cristina de Souza – Diretora de Planejamento

gabinete@saudesaovicente.sp.gov.br

COLABORADORES

Equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde

Gestores da Secretaria Municipal da Saúde

Departamento Regional de Saúde – DRS IV Baixada Santista

Prestadores e Usuários do SUS – São Vicente / SP

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão dos municípios da Baixada Santista e do município de São Vicente	p. 15
Figura 2. Acessos para o município de São Vicente	p. 17
Figura 3. Principais rios do município de São Vicente	p. 18
Figura 4. Divisão territorial do município de São Vicente	p. 19
Figura 5. Faixa de Desenvolvimento Humano Municipal	p. 30
Figura 6. Região Metropolitana da Baixada Santista	p. 32
Figura 7. Rede de Atenção Primária à Saúde	p. 73
Figura 8. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	p. 94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Bairros do município de São Vicente – Área Continental	p. 19
Tabela 2. Bairros do município de São Vicente – Área Insular	p. 20
Tabela 3. Perfil Avançado	p. 20
Tabela 4. Número de domicílios recenseados	p. 22
Tabela 5. Número de famílias residentes em domicílios	p. 22
Tabela 6. Distribuição de domicílio segundo tipo	p. 23
Tabela 7. Número de domicílios particulares permanentes	p. 24
Tabela 8. População por faixa etária e sexo	p. 24
Tabela 9. População por faixa etária e percentual de variação de crescimento	p. 25
Tabela 10. Esperança de vida ao nascer	p. 26
Tabela 11. População total de idosos e percentual de crescimento	p. 26
Tabela 12. População indígena, segundo faixa etária e sexo	p. 27
Tabela 13. Produto Interno Bruto	p. 28
Tabela 14. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	p. 30
Tabela 15. Índice de Desenvolvimento Humano - Baixada Santista	p. 31
Tabela 16. Distribuição por grupos	p. 33
Tabela 17. Saúde Suplementar	p. 34
Tabela 18. Percentual de Saúde Suplementar	p. 34
Tabela 19. Indicadores de Mortalidade Infantil	p. 38
Tabela 20. Letalidade – agravos mais frequentes de notificação compulsória	p. 42
Tabela 21. Série Histórica de Arboviroses	p. 42
Tabela 22. Série Histórica de Leptospirose	p. 43
Tabela 23. Série Histórica de Meningites	p. 44
Tabela 24. Série Histórica de Influenza	p. 45
Tabela 25. Série Histórica de COVID-19 com evolução de óbito	p. 45
Tabela 26. Total de Sífilis a gestação e Sífilis Congênita	p. 47
Tabela 27. Casos novos de Tuberculose e proporção de cura	p. 50
Tabela 28. Casos notificados de violência contra crianças	p. 53
Tabela 29. Casos notificados de violência contra adolescentes	p. 53
Tabela 30. Casos notificados de violência contra mulheres	p. 55

Tabela 31. Casos notificados de violência sexual	p. 57
Tabela 32. Casos notificados de lesões autoprovocadas	p. 58
Tabela 33. Cobertura vacinal de crianças menores de 2 anos	p. 60
Tabela 34. Cronograma Anual de Atividades – Departamento de Controle Vetorial	p. 68
Tabela 35. Equipamentos Departamento de Controle às Zoonoses	p. 68
Tabela 36. Equipamentos Departamento de Vigilância Epidemiológica	p. 70
Tabela 37. Equipamentos Coordenação de IST's, HIV, Aids e Hepatites Virais	p. 70
Tabela 38. Equipes - Atenção Primária à Saúde	p. 71
Tabela 39. Equipamentos – Atenção Primária à Saúde	p. 73
Tabela 40. Hospital Municipal de São Vicente e leitos por especialidade	p. 82
Tabela 41. Maternidade Municipal de São Vicente e leitos por especialidade	p. 83
Tabela 42. Hospital Dr Olavo Horneaux de Moura e leitos por especialidade	p. 83
Tabela 43. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	p. 84
Tabela 44. Unidades de Pronto Atendimento e quantidade de leitos de observação	p. 84
Tabela 45. Equipamentos – Atenção Especializada	p. 85
Tabela 46. Pontos de Atenção em Saúde Mental	p. 87
Tabela 47. Equipamentos – Saúde Mental	p. 89
Tabela 48. População por tipo de deficiência permanente	p. 92
Tabela 49. Equipamentos – Coordenação de Reabilitação	p. 93
Tabela 50. Normas e Legislações Específicas em Planejamento no SUS	p. 151

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. População por bairros – Área Continental	p. 21
Gráfico 2. População por bairros – Área Insular	p. 21
Gráfico 3. Situação Familiar/ Domicílios	p. 23
Gráfico 4. Distribuição da população autodeclarada por raça/cor	p. 27
Gráfico 5. Número de domicílios particulares permanentes	p. 28
Gráfico 6. Número de matrículas segundo níveis de ensino	p. 29
Gráfico 7. Nascidos Vivos residentes	p. 35
Gráfico 8. Coeficiente de Natalidade	p. 36
Gráfico 9. Taxa de Fecundidade Geral	p. 37
Gráfico 10. Razão de Mortalidade Materna	p. 39
Gráfico 11. Taxa de Mortalidade Prematura	p. 41
Gráfico 12. Série Histórica de incidência de Dengue e Chikungunya	p. 43
Gráfico 13. Série Histórica de incidência de Meningites	p. 44
Gráfico 14. Número de Casos de Hepatites Virais	p. 48
Gráfico 15. Frequência de notificações de violência contra crianças e adolescentes	p. 54
Gráfico 16. Frequência de notificações de violência por gênero	p. 56
Gráfico 17. Frequência de notificações de violência contra o idoso	p. 59

SUMÁRIO

1.	Missão, Visão e Valores	p. 13
2.	Características gerais do município de São Vicente	p. 14
3.	Aspectos Demográficos	p. 24
4.	Região Metropolitana da Baixada Santista	p. 31
5.	Condições de Saúde	p. 35
6.	Vigilância em Saúde	p. 60
7.	Atenção Primária à Saúde	p. 71
8.	Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência	p. 82
9.	Atenção Especializada e Ambulatorial	p. 85
10.	Saúde Bucal	p. 94
11.	Assistência Farmacêutica	p. 96
12.	Educação Permanente em Saúde	p. 99
13.	Financiamento em Saúde	p. 101
14.	Controle Social	p. 102
15.	Diretrizes da Programação Anual de Saúde	p. 107
16.	Planejamento em Saúde	p. 151
17.	Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Saúde	p. 153
18.	Referências	p. 154

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde, Gestão 2022-2025, norteia os rumos da política pública de saúde a ser implementada e monitorada pela Secretaria Municipal da Saúde de São Vicente (SESAU) nos próximos anos. Além de ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e ser uma exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde(SUS), por meio dele busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela SESAU para alcançar sua missão.

Para o processo de planejamento destaca-se importantes documentos pertencentes a legislação do SUS:

- A Lei Nº8080/1990, no Capítulo III , trata especificamente do planejamento, estabelecendo que o processo deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (Art. 36).
- A Lei Nº.8.142/1990, no Art.4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão, que permitam o controle da aplicação dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde.
- Portaria Nº 2.135/ 2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- O Decreto Federal 7.508/2011 e a Lei Complementar 141/2012 colocam o planejamento da Saúde como questão obrigatória e central na agendados gestores, em um movimento ascendente e integrado.

O planejamento efetivo permite qualificar o desempenho das ações em saúde e, conseqüentemente, ampliar o acesso aos serviços e melhorar o perfil de saúde da população. Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde (PMS) configura-se como eixo central de uma gestão voltada para resultados e com participação popular. O monitoramento e a avaliação da execução do plano, com estímulo ao uso da informação, tendo por base os resultados alcançados pelos indicadores pactuados são, também, estratégias utilizadas para o aprimoramento das atividades do planejamento.

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foi organizado de forma a permitir uma orientação clara para a gestão, para os trabalhadores da saúde e para os cidadãos de São Vicente acerca do caminho que o setor saúde percorrerá neste período. Sendo assim, o Plano sintetiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS, num trabalho conjunto de profissionais da saúde sob o olhar atento e comprometido do controle social.

Foi realizado com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário e em instrumentos de gestão, tais como: Plano de Governo Municipal, Plano Plurianual (PPA), Planejamento Estratégico da SMS, Indicadores de Saúde estabelecidos na Pactuação Interfederativa e nas propostas aprovadas na 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Vicente realizada nos dias 22 e 29 de maio de 2021.

Foi construído de forma ascendente, visando contemplar todos os anseios da comunidade e dos trabalhadores da saúde. Para isso, foram utilizadas as informações e as propostas produzidas nas oficinas de discussão e Conferência Municipal de Saúde realizadas pela Secretaria da Saúde.

1. MISSÃO, VISÃO E VALORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- **Missão**

Desenvolver e executar ações de saúde, garantindo o acesso da população vicentina, de forma oportuna com qualidade, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

- **Visão**

Ser reconhecida por excelência na gestão e prestação de serviços em saúde pública.

- **Valores**

- ▷ Humanização
- ▷ Gestão participativa e transparência nas ações
- ▷ Valorização dos Recursos Humanos
- ▷ Ética
- ▷ Respeito
- ▷ Compromisso

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE

2.1 Histórico

Martim Afonso de Sousa não veio diretamente para São Vicente. Em janeiro de 1531, ele chegou a Pernambuco e, dali, mandou um mensageiro voltar a Portugal levando notícias ao Rei, enquanto seguia para o Sul. Aportou na Bahia, onde se encontrou com o famoso Caramuru. De acordo com os registros, em 30 de abril de 1531 ele chegava à Baía da Guanabara, onde mandou construir uma casa forte e instalar uma pequena ferraria para reparo das naus. Em 1º de agosto, a expedição continuou seu caminho, chegando em 12 de agosto à Baía de Cananéia, onde o navegador português encontrou portugueses e espanhóis.

Nessa viagem pela costa brasileira, durante quase um ano, Martim Afonso de Sousa enfrentou tempestades, assistiu ao naufrágio da nau capitânia e participou de um combate a navios franceses que faziam contrabando de pau-brasil.

Em 20 de janeiro de 1532, a esquadra vê surgir a Ilha de São Vicente. Porém, o mau tempo impediu a entrada dos navios na barra e a descida à terra firme só aconteceu no dia 22 de janeiro.

Coincidentemente, nesse mesmo dia, 30 anos antes, a expedição do também navegador português, Gaspar Lemos, havia chegado aqui e batizado o local como São Vicente, em homenagem a São Vicente Mártir. Martim Afonso de Sousa, católico fervoroso, ratificou o nome. Isso porque, logo após a sua chegada, ele adotou as medidas recomendadas pelo Rei de Portugal e organizou um sistema político-administrativo nas novas terras. Assim, após batizar o local oficialmente como Vila de São Vicente, Martim Afonso de Sousa instalou aqui a Câmara, o Pelourinho, a Cadeia e a Igreja, símbolos da colonização e bases da administração portuguesa.

Para São Vicente, o título de Vila representava mais benefícios para o povo, já que esse era o termo utilizado pelos portugueses para designar uma cidade organizada. É desse fato que deriva o título vicentino de *Cellula Mater da Nacionalidade*, ou Primeira Cidade do Brasil.

Pela importância estratégica do local, Martim Afonso de Sousa coordenou, em 22 de agosto de 1532, as primeiras eleições populares das Três Américas, instalando a

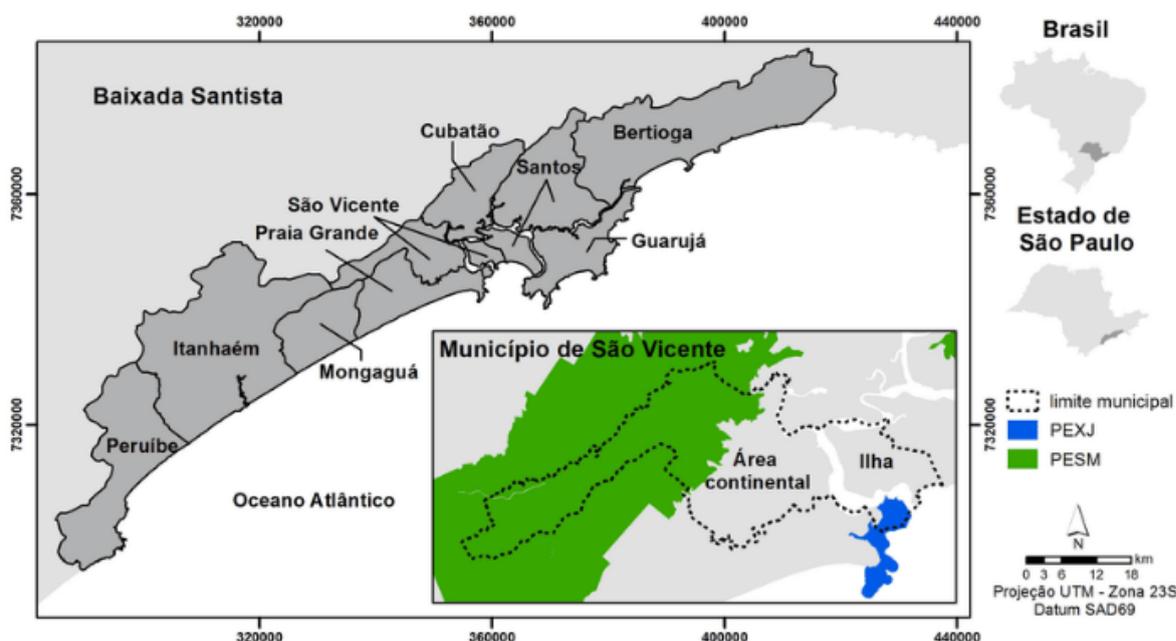
primeira Câmara de Vereadores do continente. Por esse motivo, São Vicente é considerado como o berço da democracia americana.

O navegador português também foi o primeiro a implantar a reforma agrária no Brasil, quatro séculos antes desse tema movimentar a classe política e a sociedade. Ao mesmo tempo, plantou a semente da industrialização e do desenvolvimento agrícola que fez com que, por volta do ano de 1600, São Vicente fosse conhecido como "o celeiro" do País.

2.2 Localização e Clima

O município de São Vicente localiza-se no litoral do Estado de São Paulo, na Região Metropolitana da Baixada Santista, sob as coordenadas geográficas 23º57'46" S e 46º23'31" W, posicionado a uma altitude de 6m do nível do mar.

Figura 1. Divisão dos municípios da Baixada Santista e do município de São Vicente



Fonte: https://www.researchgate.net/publication/268505679_Dinamica_da_expansao_urbana_na_zona_costeira_brasileira_o_caso_do_municipio_de_Sao_Vicente_Sao_Paulo_Brasil/citation/download

O Território do Município de São Vicente integra a complexa planície sedimentar da Baixada Santista, formada pelas planícies de Praia Grande e Bertioga. Estas planícies apresentam morros isolados na ilha de São Vicente (Santos/São Vicente) e de Santo Amaro (Guarujá), sendo delimitada pela linha de costa, e em sua porção interior, pelas

cristas da escarpa da Serra do Mar.

Entre os acidentes físicos hidrográficos destacam-se no município: a Baía de São Vicente; a Baía de Santos; o Mar Pequeno; os rios: Bugres, Piassubuçu, Branco, Cacheta, Emídio, Cruz, Cobras, Cubatão, Cubatão de Baixo, Cubatão de Cima, Pilões, Branco de Cima, Acarau de Baixo, Acarau de Cima, Tapuá, Santana, Guaramar e Pompeba; os córregos: Divisa e Mãe Maria, o Ribeirão Cagecas, a Cachoeira de Itu e o Canal Barreiros.

Uma das características da região é a alta taxa de umidade relativa durante todo o ano, sempre superior a oitenta por cento. Essa taxa tão elevada resulta de intensa evaporação e das constantes inversões de massa de ar de origem polar associado ao relevo escarpado. As temperaturas médias durante o verão são em torno de 24 graus centígrados; no inverno, em torno dos dezessete graus centígrados.

2.3 Vias de acesso a São Vicente

As cidades limítrofes são: na parte Norte e Nordeste, Santos, na parte Norte e Noroeste, Cubatão, São Bernardo do Campo e São Paulo, na parte Sul e Sudoeste, Praia Grande, Mongaguá e Itanhaém, sendo banhada pelo Oceano Atlântico no Sul e Sudeste.

A Região Metropolitana da Baixada Santista é ligada à Região Metropolitana de São Paulo por rodovias do Sistema Anchieta-Imigrantes. A Rodovia dos Imigrantes atinge o município, cruzando a área da ilha urbana e seguindo em direção à Praia Grande, pela transposição do Canal dos Barreiros, através da Ponte do Mar Pequeno.

Em direção ao litoral Sul, partindo da Rodovia dos Imigrantes, tem-se a rodovia Padre Manoel da Nóbrega (antiga Pedro Taques) que corta toda a porção Continental do município, entre a Serra do Mar e a planície do Samaritá. O município é cortado de leste a oeste, na ilha e na parte continental, pelas linhas da Ferrovia Paulista (FEPASA). Na direção oeste, as linhas ligam São Vicente a Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe. Na direção leste liga-se com Santos e em direção ao norte, chega ao planalto paulistano, ao sul da Grande São Paulo, no município de Embu Guaçu.

Figura 2. Acessos para o município de São Vicente



Fonte: PMSV, 2014b

2.4 Hidrografia e influências

Entendendo o direito do acesso à água e consecutivamente de abastecimento, saneamento e de esgotamento como direitos inerentes à dignidade humana, é interessante compreendermos como o Poder Público e a hidrografia regional interferem para o bem-estar da população.

É a partir deste acesso que qualquer cidadão terá condições satisfatórias de saúde e qualidade de vida, afetando também na potencialização de suas habilidades, de aprendizagem e, consecutivamente, de senso crítico tanto para o fazer artístico, quanto para formação de públicos.

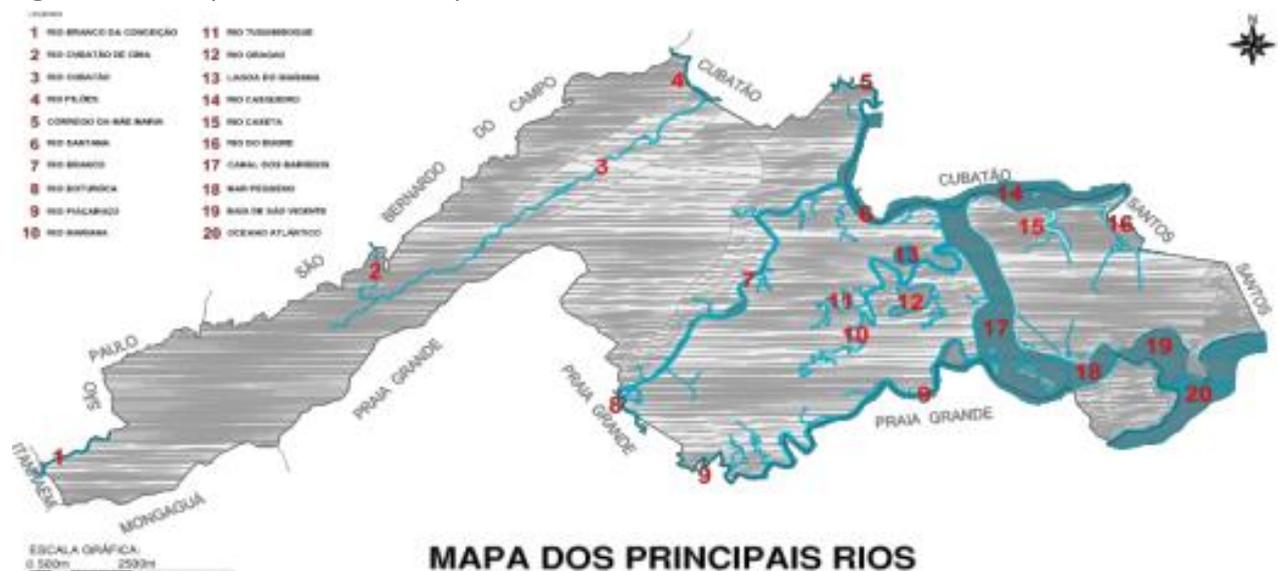
Tendo em vista este direito básico que percebemos que a rede hidrográfica da Baixada Santista está dividida em 21 sub-bacias e os principais cursos d'água são: rios Cubatão, Mogi e Quilombo ao centro; rios Itapanhaú, Itatinga e Guaratuba ao norte; e, rios Branco, Preto e Itanhaém, ao sul. A rede hidrográfica da Baixada Santista é constituída por rios pouco extensos que nascem na Serra do Mar e na Planície Litorânea (ou Costeira) e deságuam no oceano em complexos estuarinos. A amplitude máxima pode chegar a 1.175

km, da serra ao nível do mar. Os estuários são áreas especiais influenciadas simultaneamente pelos rios e águas costeiras.

O município de São Vicente, especificamente, tem suas águas macrodrenadas por meio de um intenso sistema meândrico fluvio-estuarino típico da Zona Costeira.

Destaca-se no território vicentino, como principais contribuintes do Estuário de São Vicente, os rios Branco e Piaçabuçu, entre os quais se conforma a planície do Samaritá, que apresenta em seu meio o curso do rio Mariana, área dominada pela influência das marés. A figura a seguir apresenta a localização dos principais rios e cursos d'água no território de São Vicente.

Figura 3. Principais rios do município de São Vicente



Fonte: Secretaria de Obras e Meio Ambiente de São Vicente, apud PMSV, 2014a.

Com o foco nos serviços públicos de garantia de acesso à água para a população vicentina, de acordo com a Secretaria de Saneamento e Energia do Governo Estadual desde o ano de 2010, o sistema de abastecimento de água da parte insular de São Vicente tem sua fonte de produção integrada com os municípios de Cubatão e Santos, que ainda supre uma parte da vazão consumida em Praia Grande e Guarujá. A parte continental de São Vicente, esta tem, ainda, uma fonte de produção própria, o sistema Itu, além de receber água exportada do sistema Melvi que é parte integrante do sistema produtor da região Centro. Em áreas regulares do município, o Governo já estabelece o acesso total de

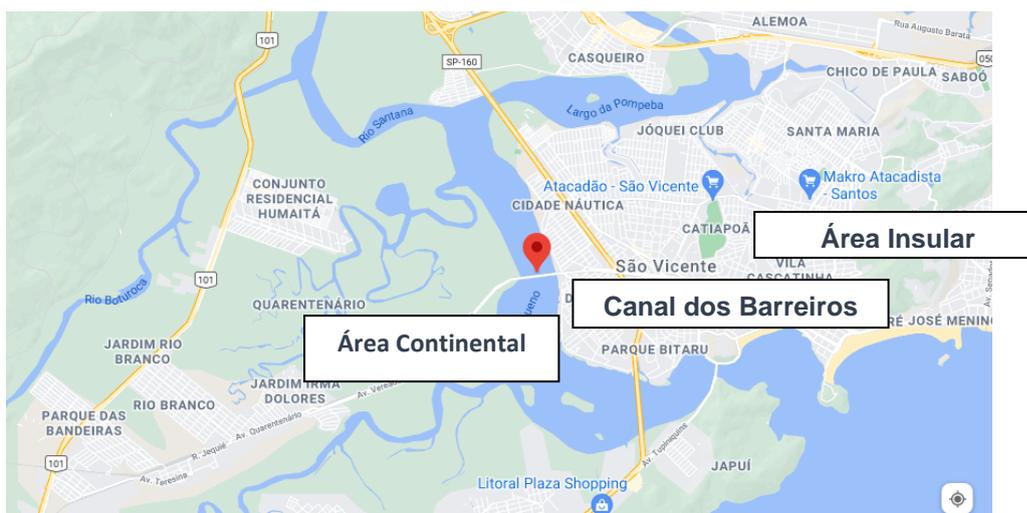
água aos cidadãos.

Quanto ao esgotamento sanitário, o sistema da área insular tem integração com o sistema da vizinha Santos, cujos esgotos são conduzidos em comum à Estação de Pré-Condicionamento para posterior disposição oceânica via emissário submarino. Já a parte continental tem seus esgotos conduzidos para duas unidades de tratamento.

2.5 Divisão Territorial São Vicente

A área da unidade territorial (2020) do município é de 148.100 KM² e encontra-se fisicamente dividida em Área Insular e Área Continental, separadas pelo Canal dos Barreiros, onde a primeira, junto com os rios, representa somente 20% do território, e a segunda os restantes 80%.

Figura 4. Divisão territorial do município de São Vicente: Área Insular e Área Continental



Fonte: Google Maps- acesso em 06/07/2021.

Tabela 1. Bairros do Município de São Vicente – Área Continental

Nº	Bairro
01	Humaitá
02	Jardim Irmã Dolores
03	Jardim Rio Branco
04	Nova São Vicente
05	Parque Continental
06	Parque das Bandeiras
07	Samaritá
08	Vila Ema
09	Vila Nova Mariana

Fonte: IBGE – Censo 2010.

Tabela 2. Bairros do Município de São Vicente – Área Insular

Nº	Bairro
01	Beira Mar
02	Boa Vista
03	Catiapoã
04	Centro
05	Cidade Náutica
06	Esplanada dos Barreiros
07	Gonzaguinha
08	Itararé
09	Japuí
10	Jardim Guassú
11	Jardim Independência
12	Jockey Club
13	Parque Bitarú
14	Parque São Vicente
15	Vila Margarida
16	Vila Melo
17	Vila Fátima
18	Vila São Jorge
19	Vila Valença
20	Vila Voturuá

Fonte: IBGE – Censo 2010.

A população estimada de São Vicente é de 368.355 habitantes (IBGE, 2020) e ocupa a 19ª posição entre os 645 municípios de São Paulo no Estado de São Paulo.

Na tabela 03 apresentamos o perfil do município de São Vicente em relação a área territorial.

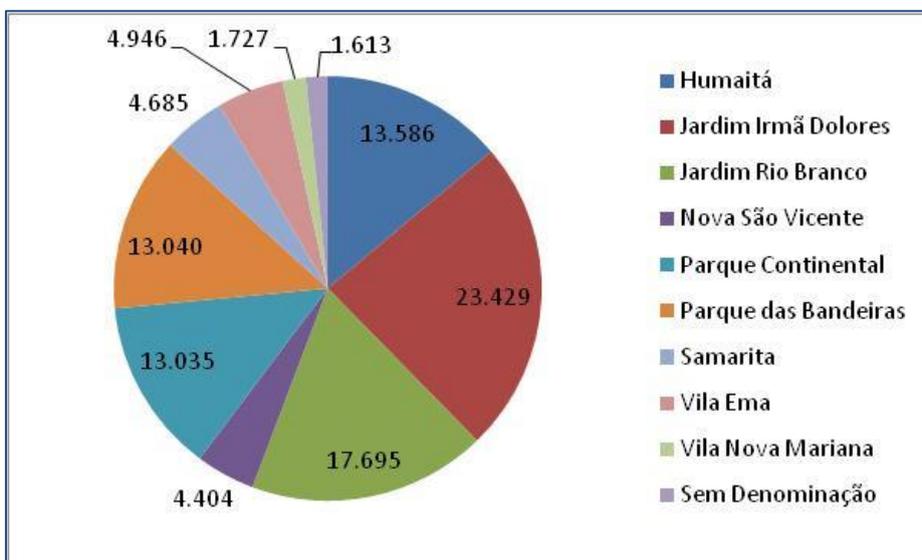
Tabela 3. Perfil Avançado do município de São Vicente – 2021

Área Territorial e Demográfica	Fonte	Ano	Município
Área Territorial (km ²)	IBGE	2020	148,100 km ²
Densidade Demográfica (habitantes / km ²)	IBGE	2010	2.247,88 hab/km ²
Urbanização das vias públicas (%)	IBGE	2010	77,2
População Estimada (habitantes)	IBGE	2020	368.355 habitantes
População Censitária (habitantes)	IBGE	2010	332.445 habitantes
Crescimento Geométrico (%)	SEADE	2021	0,74

Fonte: IBGE – Censo 2010.

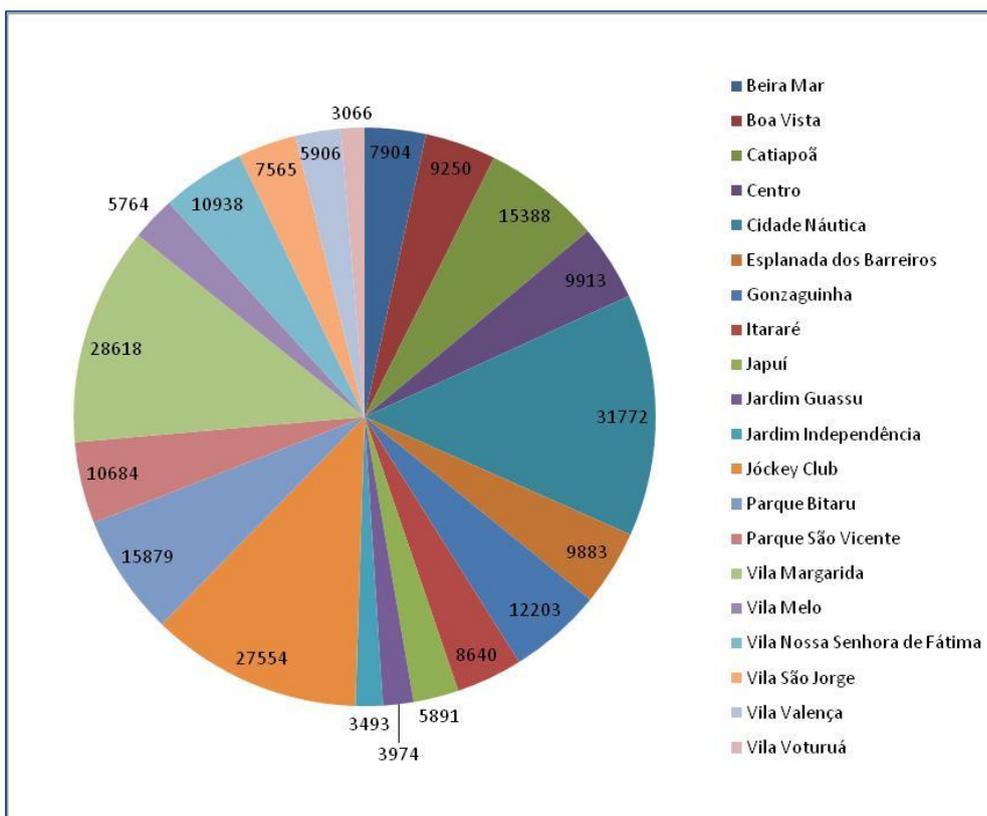
Segundo o Censo de 2010, o bairro da Cidade Náutica se mantém como o mais denso na Área Insular e o Jardim Dolores na Área Continental, conforme gráficos 1 e 2.

Gráfico 1. População por bairros – Área Continental



Fonte: IBGE – Censo 2010.

Gráfico 2. População por bairros – Área Insular



Fonte: IBGE – Censo 2010.

2.6 Domicílios

Segundo o IBGE (Censo 2010), o número de domicílios recenseados em São Vicente é de 123.165 domicílios. Destes, 101.761 domicílios estão ocupados e 20.630 não ocupados (tabela 4).

Tabela 4. Número de domicílios recenseados, segundo tipo e uso - 2010

Tipo de domicílio	Número
Particular	122.391
Ocupado	101.761
Não ocupado	20.630
Coletivo	774
Total	123.165
Média de moradores por domicílios ocupados	3,25

Fonte: IBGE – Censo 2010.

A tabela 5 demonstra a composição das famílias por domicílio no município, sendo que 33% dos domicílios possui até 2 pessoas, 31,5% com 3 pessoas, 21,5% com 4 pessoas, 9% com 5 pessoas e 5% com 6 ou mais pessoas.

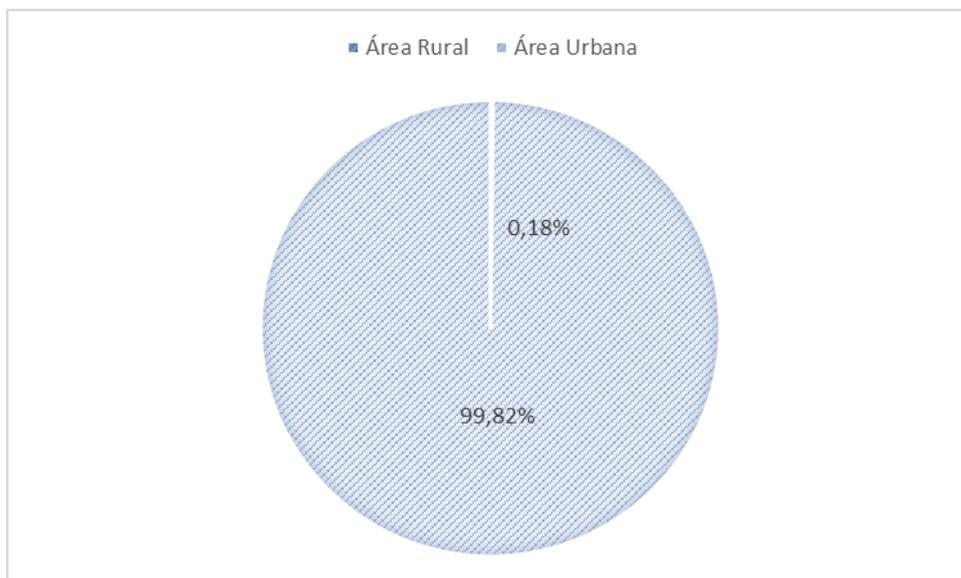
Tabela 5. Número de famílias residentes em domicílios particulares permanentes, segundo a composição. São Vicente, 2010.

Composição das famílias	Número de famílias
Com até 2 pessoas	32.107
Com 3 pessoas	30.310
Com 4 pessoas	20.872
Com 5 pessoas	8.989
Com 6 pessoas ou mais	4.835
Total	97.113

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.

O gráfico 3 demonstra a situação familiar por domicílios, sendo dividida entre área rural e área urbana.

Gráfico 3. Situação Familiar / domicílios



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

Tabela 6. Distribuição de domicílio segundo tipo. São Vicente, 2010.

Tipo	Número
Apartamento	21.988
Casa	77.903
Casa de vila ou em condomínio	1.096
Habitação em casa de cômodo, cortiço ou cabeça de porco	710
Total	101.697

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

2.7 Água e Esgoto

Dos municípios particulares permanentes com abastecimento de água, 99,2% estão ligados à rede geral de distribuição da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), órgão da gestão estadual.

Tabela 7. Número de domicílios particulares permanentes, segundo algumas características. São Vicente, 2010.

Características	Número de domicílios	%
Abastecimento de água (rede geral)	100.861	99,2%
Esgotamento Sanitário (banheiro ou sanitário)	101.612	99,9%
Destino do lixo (coletado)	101.353	99,7%

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

2.8 Áreas verdes e urbanização

O município apresenta 82.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 77.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

3.1 População total

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada em São Vicente, em 2020, é de, 368.355 habitantes ¹. Contudo, a população censitária (Censo 2010), era de 332.445 habitantes, o que corresponde a 0,81% da população do Estado de São Paulo (41.262.199 habitantes). As mulheres são 52% do total e os homens 48% (Tabela 8).

Tabela 8. População por faixa etária e sexo de São Vicente.

	Homens	Mulheres	Total
0 a 4 anos	11.659	11.350	23.009
5 a 9 anos	12.557	11.800	24.357
10 a 14 anos	14.042	13.934	27.976
15 a 19 anos	13.825	13.543	27.368
20 a 24 anos	14.178	13.984	28.162
25 a 29 anos	14.801	15.427	30.228
30 a 39 anos	25.850	27.647	53.497
40 a 49 anos	21.311	23.713	45.024
50 a 59 anos	16.322	19.536	35.858
60 a 69 anos	8.871	12.098	20.969
70 anos ou mais	6.248	9.749	15.997
TOTAL	159.664	172.781	332.445

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.

¹ IBGE NOTA: Dados divulgados pela fonte, em 23 de agosto de 2021, dados somente de população total, sem faixa etária.

A tabela 9 demonstra a população por faixa etária em São Vicente e o percentual de variação de crescimento populacional, comparando o Censo Demográfico do ano de 2010 a 2020.

Tabela 9. População por faixa etária, e percentual de variação de crescimento populacional São Vicente.

Grupo de Idade	2010	2020	Variação (%)
0 a 4 anos	23.009	25.909	12,60
5 a 9 anos	24.357	25.690	5,47
10 a 14 anos	27.976	24.566	-12,19
15 a 19 anos	27.368	25.620	-6,39
20 a 24 anos	28.162	56.275	99,83
25 a 29 anos	30.228	58.933	94,96
30 a 39 anos	53.497	52.219	-2,39
40 a 49 anos	45.024	42.600	-5,38
50 a 59 anos	35.858	32.127	-10,40
60 a 69 anos	20.969	16.456	-21,52
70 ou mais	15.997	7.960	-50,24
Total	332.445	368.355	

Fonte IBGE, 2010.

A esperança de vida ao nascer, ou expectativa de vida ao nascer, representa uma estimativa calculada a partir da quantidade óbitos de uma região, de quantos anos em média uma pessoa nascida hoje deve viver, caso as estatísticas de mortalidade não se alterem no decorrer da sua vida. Fatores como saúde, educação, situação socioeconômica, criminalidade, e poluição, entre outros, são determinantes para uma maior expectativa de vida.

Nesse sentido, o aumento da expectativa de vida da população está associado à melhoria das condições de vida dessa população. Políticas públicas e avanços tecnológicos promovem essas melhorias, tais como:

- Os cuidados com gestantes (acompanhamento pré-natal), bem como o acompanhamento do recém-nascido e o aleitamento materno diminuem as taxas de mortalidade infantil;
- Escolarização;
- Campanhas de vacinação;
- Saneamento básico;
- Avanços na medicina.

O brasileiro perdeu quase dois anos de expectativa de vida em 2020 por causa da pandemia de COVID-19. Em média, bebês nascidos no Brasil em 2020 viverão 1,94 ano a menos do que se esperaria sem o quadro sanitário atual no país, ou seja, 74,8 anos em vez dos 76,7 anos de vida anteriormente projetados. O estado de São Paulo a expectativa de vida ao nascer diminuiu um ano em 2020 e agora é estimada em 75,4 anos.

Tabela 10. Esperança de vida ao nascer

Brasil	76,7 anos	Fonte DATASUS 2010
Estado de São Paulo	76,4 anos	SEADE 2010
São Vicente	76,39 anos	SEADE 2010

Tabela 11. População total, de idosos e percentual de crescimento – São Vicente, 2010 a 2020.

Ano	População Total	População idosa (60 anos +)	% de idosos na população
2010	332.445	36.966	11,1%
2020	368.355	53.994	14,7%

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.

A análise da evolução da estrutura etária revela um processo de transformações, com declínio da natalidade, resultando no aumento da expectativa de vida no município, com consequente incremento nas parcelas mais idosas da população.

São Vicente possui a Aldeia Paranapuã, onde reside um núcleo pequeno de índios e estão localizados na Ilha de São Vicente, especificamente no bairro do Japuú. Essa aldeia fica localizada no Parque Estadual Xixová-Japuú.

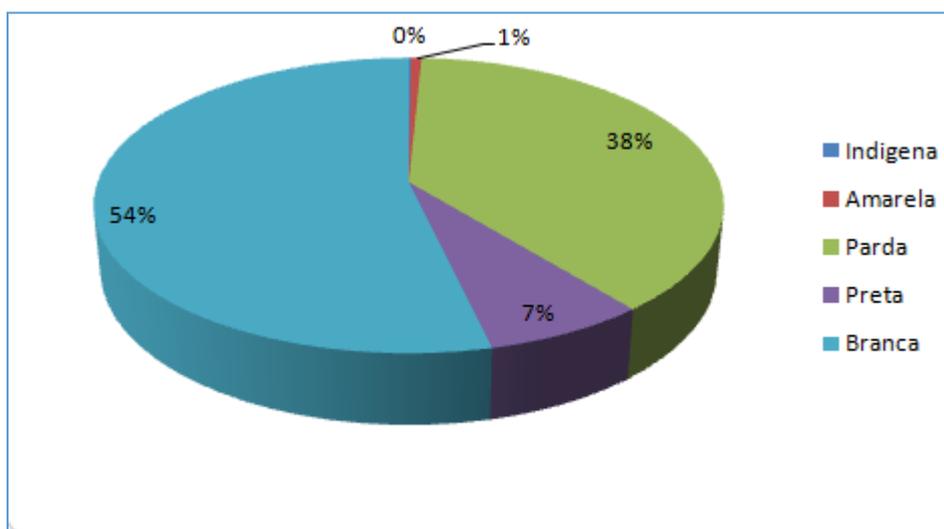
Tabela 12. População indígena, segundo faixa etária e sexo de São Vicente.

	Homens	Mulheres	Total
0 a 4 anos	03	09	12
5 a 9 anos	01	07	08
10 a 14 anos	07	08	15
15 a 19 anos	06	07	13
20 a 24 anos	06	05	11
25 a 29 anos	02	01	03
30 a 39 anos	02	05	07
40 a 49 anos	05	06	11
50 a 59 anos	-	01	01
60 a 69 anos	01	01	02
70 anos ou mais	-	01	01
TOTAL	33	51	84

Fonte: Censo Demográfico 2021 (dados maio/2021) - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) – Pólo Mongaguá.

Em relação à raça, pessoas com 10 anos ou mais, 135.003 (40,6%) habitantes se auto declara preta, amarela, parda ou indígena e, 156.190 (59,4%) se declara branca, segundo resultados do Censo 2010 (Gráfico 4). Já no Brasil, 52,27% da população se auto declara indígena, amarela, preta e parda e, 47,73% se declaram branca.

Gráfico 4. Distribuição da população autodeclarada (acima de 10 anos de idade) por raça/cor. São Vicente. 2010



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.

3.2 Economia e renda

São Vicente, segundo estudo sobre o Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios brasileiros (IBGE, 2018) apresenta PIB no valor de R\$ 15.006,76.

Tabela 13. Produto Interno Bruto, segundo comparação a outros municípios .

	Total de Municípios	Posição
Brasil	5570	3159º
Estado de São Paulo	645	579º
Região Geográfica Imediata	11	10º

Fonte: IBGE – 2018.

O PIB per capita indica a riqueza produzida em um país ou localidade, dividida pela sua população. Ao dividir a produção total para cada habitante, mostra até que ponto a produção total do município pode ser compartilhada por sua população. O indicador, contudo, não é suficiente para mostrar o grau de bem estar dos habitantes. Deve, portanto, ser analisado em conjunto com outros indicadores.

O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo é de 33,6% (IBGE 2010).

O gráfico 5 demonstra a distribuição de rendimento mensal por número de domicílios particulares permanentes, observa-se a predominância na faixa de 1 a 2 salários mínimos com 32.022 domicílios.

Gráfico 5. Número de domicílios particulares permanentes com classes de rendimento nominal mensal domiciliar. São Vicente, 2010.



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.

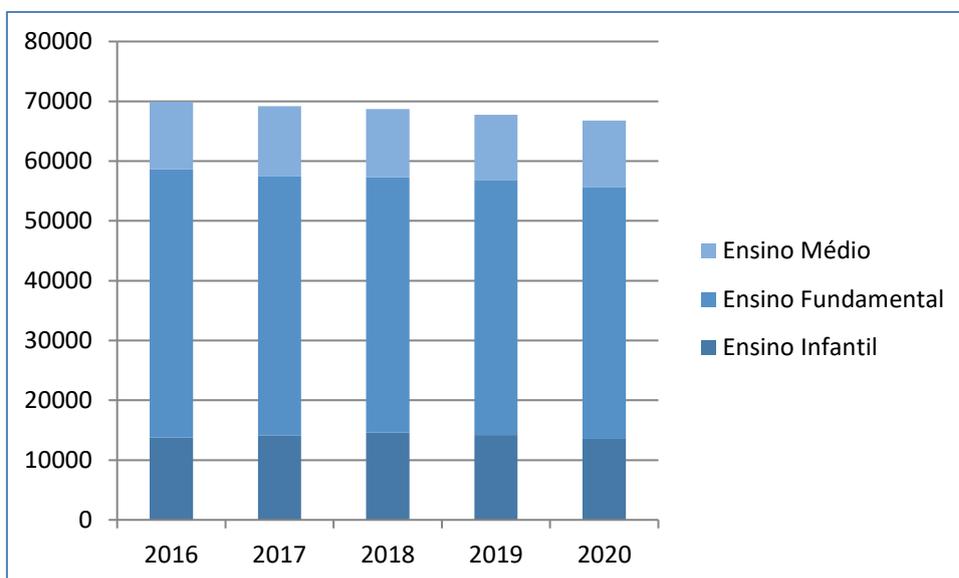
O rendimento mensal mediano dos trabalhadores formais segundo o IBGE-2019 é de 2,4 salários mínimos.

3.2 Escolaridade

A instituição da plena alfabetização das crianças brasileiras até, no máximo, o final do terceiro ano do ensino fundamental, estabelecida na meta 05 da Lei nº 13.005, de 25 de Junho de 2014, do Plano Nacional de Educação – PNE –, delega a todos os municípios ações para seu cumprimento.

A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96,7% em 2010. Ocupa a posição 559 de 645 dentre as cidades do estado, a posição 3987 de 5570 dentre as cidades do Brasil e a posição 9 de 11 dentre as cidades da região geográfica imediata. O gráfico 6 demonstra o número de matrículas nos anos 2016 à 2020 no município, segundo níveis de ensino.

Gráfico 6. Número de matrículas segundo níveis de ensino. São Vicente, 2016 à 2020.

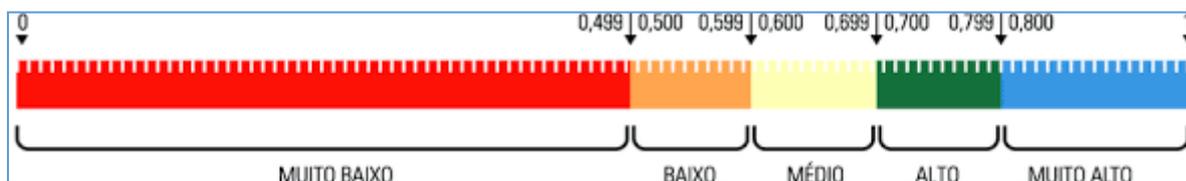


Fonte: IBGE 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O IDH é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma unidade federativa, município, região

metropolitana ou Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH), conforme demonstra a figura 5.

Figura 5. Faixa de Desenvolvimento Humano Municipal



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil.

A seguir, apresentamos uma tabela do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH dos Municípios da Baixada Santista e Estado de São Paulo.

Tabela 14. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), segundo comparação a outros municípios e Estado de São Paulo. São Vicente, 2010.

Município	IDH	Posição no Estado
Santos	0,840	033
São Vicente	0,768	121
Mongaguá	0,754	199
Praia Grande	0,754	199
Guarujá	0,751	219
Peruíbe	0,749	236
Itanhaém	0,745	265
Cubatão	0,737	330
Bertioga	0,730	388
Estado de São Paulo	0,783	-

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil.

A análise pormenorizada do IDH-M entre os municípios da região de Santos aponta para especificidades em relação a São Vicente. Em primeiro lugar, logo após Santos, São Vicente revela o segundo melhor IDH, representado também no subíndices de

educação, somente ficando em primeiro lugar na região no índice de longevidade. Por outro lado, a taxa de frequência à escola da população em idade escolar é baixa, em comparação a Santos, Cubatão, Mongaguá e Peruíbe. Em segundo lugar, apresenta uma renda média abaixo de Santos, mas ficando em terceiro lugar no índice entre as cidades da baixada santista. Por último, a taxa de alfabetização revela também uma defasagem razoável em relação aos demais municípios, levando em consideração que somente duas cidades ficaram acima dos 95% (Santos e Praia Grande).

Tabela 15. Índice de Desenvolvimento Humano segundo comparação a outros municípios, São Vicente, 2010

Município	IDH Municipal		IDH Renda		IDH Longevidade		IDH Educação		Taxa de Frequência Escola (%)		Taxa de Alfabetização (%)	
Santos	0,840	1	0,861	1	0,852	3	0,807	1	92,78	1	0,807	1
São Vicente	0,768	2	0,738	3	0,857	1	0,716	5	90,91	5	0,716	5
Mongaguá	0,754	3	0,719	7	0,854	2	0,699	3	91,97	3	0,699	3
Praia Grande	0,754	3	0,744	2	0,834	4	0,692	7	90,55	7	0,692	7
Guarujá	0,751	5	0,729	5	0,854	2	0,679	8	89,33	8	0,679	8
Peruíbe	0,749	6	0,730	4	0,854	2	0,675	4	91,34	4	0,675	4
Itanhaém	0,745	7	0,716	8	0,823	5	0,701	6	90,58	6	0,701	6
Cubatão	0,737	8	0,716	8	0,821	6	0,681	2	92,46	2	0,681	2
Bertioga	0,730	9	0,727	6	0,817	7	0,654	9	88,03	9	0,654	9

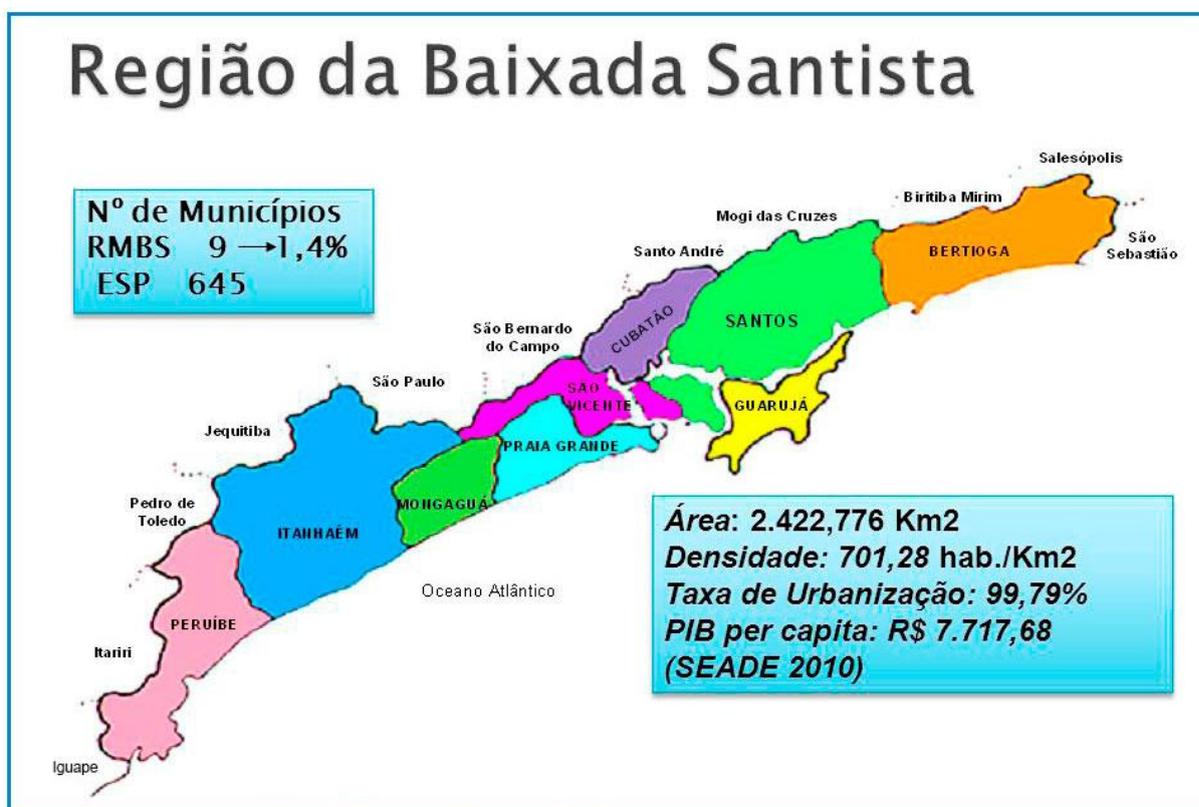
Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil.

4. REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA (RMBS)

A região abrange 2.422,776km² e corresponde de 1,4% da superfície do estado de São Paulo. É a 17ª região metropolitana mais populosa do Brasil, com uma população de cerca de 1,8 milhão de moradores fixos, e faz parte do Complexo Metropolitano Expandido, uma megalópole que compreende 12% da população brasileira, ou cerca de 30 milhões de habitantes. Nos períodos de férias, acolhe igual número de pessoas, que se instalam na quase totalidade em seus municípios.

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) é constituída por 9 municípios: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente.

Figura 6. Região Metropolitana da Baixada Santista – 2010.



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2010.

4.1 Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)

Baseado nos mesmos critérios de desenvolvimento considerados pelo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH,¹ o IPRS reflete o perfil dos municípios nas dimensões riqueza, escolaridade e longevidade, incluindo indicadores que caracterizam mudanças em um prazo mais curto. Assim, o IPRS é composto de quatro medidas: três indicadores sintéticos setoriais, que mensuram as condições do município em termos de riqueza, escolaridade e longevidade – permitindo o ordenamento dos 645 municípios do Estado segundo cada uma dessas dimensões; e uma tipologia constituída de cinco grupos, denominada grupos do IPRS, que resume a situação dos municípios segundo os três eixos considerados, sem ordená-los.

- 1) **Desiguais:** municípios com níveis de riqueza elevados, mas indicadores sociais insatisfatórios (longevidade e/ou escolaridade baixo).

- 2) **Dinâmicos:** municípios com índice elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto).
- 3) **Em transição:** municípios com baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade e/ou escolaridade (níveis baixos).
- 4) **Equitativos:** municípios com baixos níveis de riqueza, mas bons indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto).
- 5) **Vulneráveis:** municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade baixo).

Tabela 16. Distribuição da População por Grupos – IPRS – Baixada Santista, 2018.

Município	
Bertioga	Desigual
Cubatão	Desigual
Guarujá	Desigual
Itanhaém	Desigual
Mongaguá	Vulnerável
Peruíbe	Vulnerável
Praia Grande	Desigual
São Vicente	Vulnerável
Santos	Dinâmico

Fonte : Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2018.

4.2 Saúde Suplementar

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS) o número de beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar no Município de São Vicente , em dezembro de 2020, era de 124.053 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.

Tabela 17. Saúde Suplementar por faixa etária – São Vicente - 2020

Idade	Número de Pessoas
Até 1 ano	1.499
1 a 4 anos	7.271
5 a 9 anos	9.264
10 a 14 anos	7.879
15 a 19 anos	7.015
20 a 29 anos	17.631
30 a 39 anos	22.488
40 a 49 anos	19.370
50 a 59 anos	13.511
60 a 69 anos	9.397
70 a 79 anos	5.614
80 ou mais	3.114
TOTAL	124.056

Fonte : Informações em Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde (ANS/ Tabnet).

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

Tabela 18. Percentual da população com assistência médica suplementar, 2020.

	% da população
RMBS	36%
Bertioga	20%
Cubatão	31%
Guarujá	34%
Itanhaém	15%
Mongaguá	14%
Peruíbe	16%
Praia Grande	31%
São Vicente	33%
Santos	60%

Fonte : Informações em Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde (ANS/ Tabnet).

5. CONDIÇÕES DE SAÚDE

5.1 Nascidos Vivos

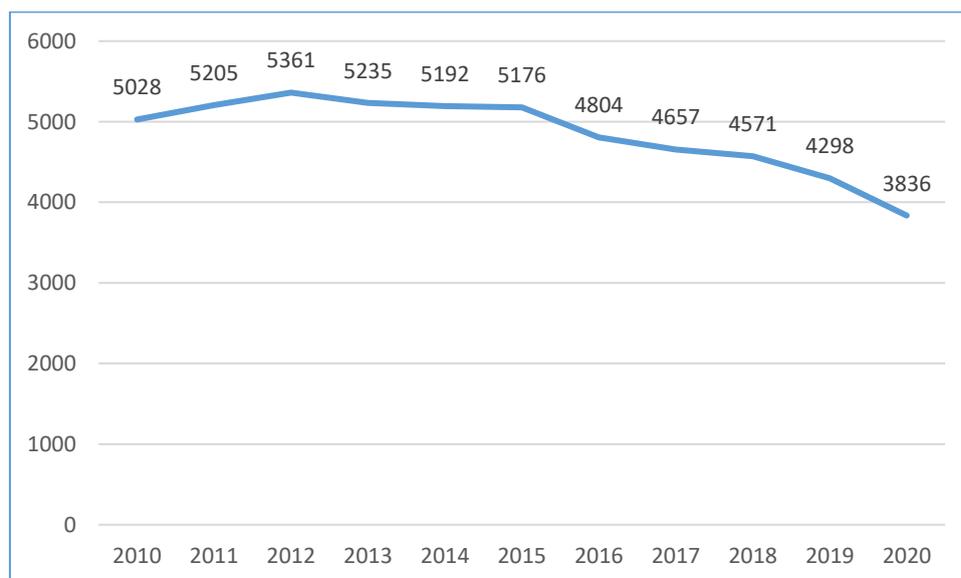
O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC) reúne dados sobre os nascidos vivos e suas características mais importantes, relativas ao parto, ao recém-nascido e à mãe.

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é o documento padrão do Ministério da Saúde, fonte de dados para o SINASC e é preenchido nas maternidades para todas as crianças que nascem vivas. As informações contidas na DNV oferecem importantes de saúde, fonte de dados para o SINASC e é preenchido nas maternidades para todas as crianças que nascem vivas. As informações contidas na DNV oferecem importantes subsídios para a vigilância dos recém nascidos na prevenção da morbimortalidade infantil.

Observando a séria histórica (Gráfico 7), nota-se redução no número de nascimentos, com discretas oscilações ano a ano, totalizando redução de 23,7% no número de nascidos vivos entre 2010 e 2020 em São Vicente.

Expressiva redução ocorreu em 2020, semelhante ao perfil nacional, observado durante a pandemia de COVID-19. Em números absolutos, em São Vicente houve 462 nascidos vivos a menos que no ano anterior.

Gráfico 7. Nascidos Vivos residentes em São Vicente, 2010-2020.



Fonte: SESAU/DIVISA/ SINASC.

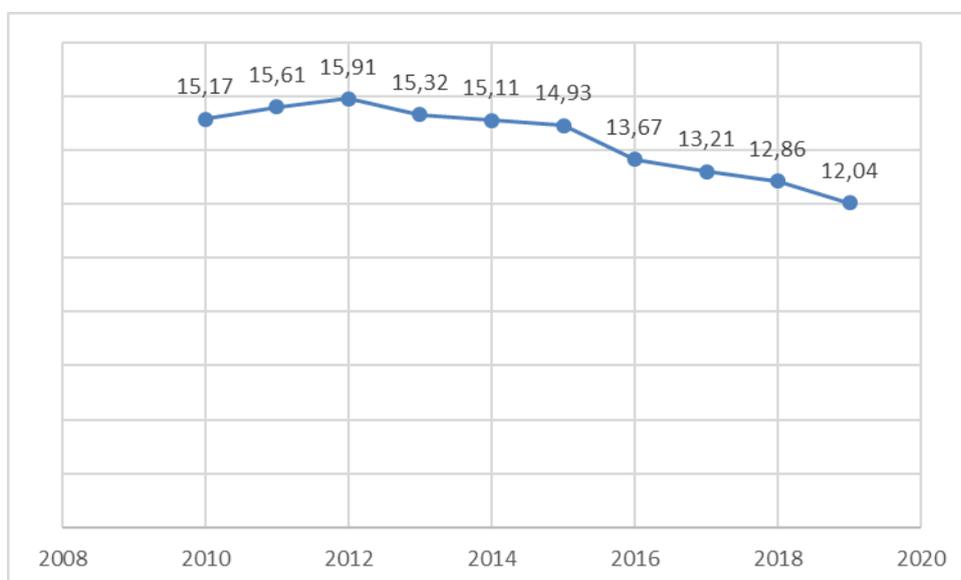
5.1 Natalidade e Fecundidade

O coeficiente de natalidade representa o número de crianças que nascem por ano, para cada mil habitantes. A taxa de fecundidade, por sua vez, é o número médio de filhos das mulheres durante o seu período reprodutivo ou, em outras palavras, o número médio de filhos por mulher com idade de 10 a 49 anos.

A taxa de fecundidade é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetada pela estrutura etária da população. Percebe-se que, em São Vicente, ambas as taxas mostram tendência de declínio (Gráficos 8 e 9), observado também em todas as regiões do país.

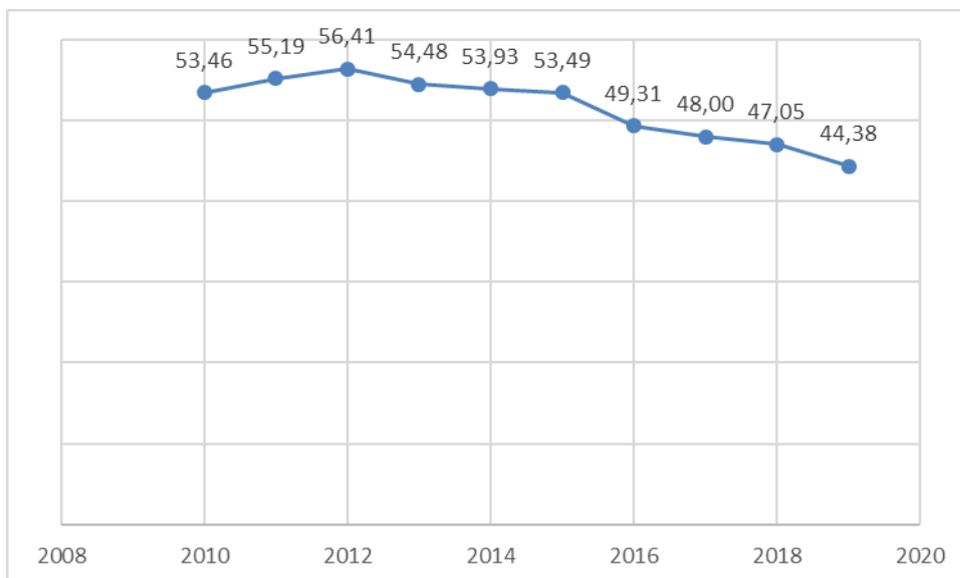
O decréscimo da taxa de fecundidade pode estar associado a vários fatores, como: urbanização crescente; redução da mortalidade infantil; melhoria do nível educacional; ampliação do uso de métodos contraceptivos, entre os quais, a esterilização feminina; maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

Gráfico 8. Coeficiente de Natalidade por 1000 habitantes, São Vicente, 2010-2019.



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2010.

Gráfico 9. Taxa de Fecundidade Geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos), São Vicente, 2010-2019.



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2010.

5.2 Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil é calculada a partir do número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É um indicador fundamental que, além de estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, reflete, de uma maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Outros aspectos também influenciam a sua redução, como o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas em saúde, saneamento, educação da população feminina, entre outros.

Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade e fornece importantes subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

As menores taxas de mortalidade infantil são encontradas em países desenvolvidos e giram em torno de 3 mortes para cada mil nascidos vivos. Em países pobres,

ao contrário, as taxas são muito elevadas. A Organização Mundial da Saúde aponta como indicador aceitável coeficiente inferior a 10/1.000 nascidos vivos.

Tabela 19. Indicadores Mortalidade Infantil, São Vicente, 2010-2020.

Ano	Nascidos Vivos (Número)	Óbitos Fetais (Número)	Natimortalidade (por 1000 habitantes) %	Óbitos Infantis (Número)	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 habitantes)
2010	5028	47	9,35	97	19,29
2011	5205	69	13,26	104	19,98
2012	5361	52	9,70	86	16,04
2013	5235	62	11,84	90	17,19
2014	5192	56	10,79	70	13,48
2015	5176	50	9,66	74	14,30
2016	4804	51	10,62	76	15,82
2017	4657	53	11,38	75	16,10
2018	4571	44	9,63	59	12,91
2019	4298	34	7,91	63	14,66
2020	3836	44	11,47	48	12,51

Fonte: Ministério da Saúde de Vigilância em Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – Dados sujeitos a alterações – em 07/08/2021.

5.3 Mortalidade Materna

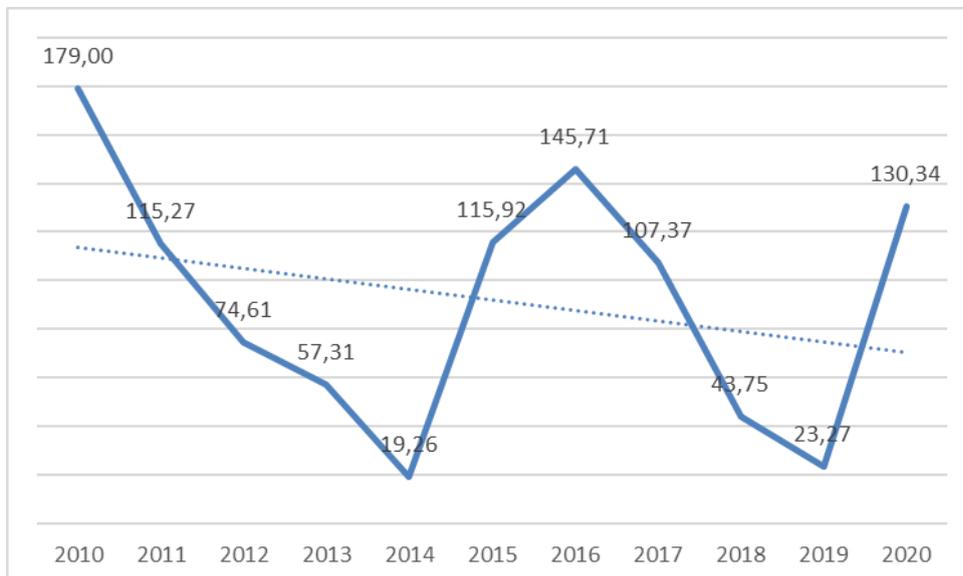
Óbitos maternos são definidos na CID-10 como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada por este estado fisiológico ou por medidas a ele relacionadas. Estão excluídas deste marcador as causas externas.

O Pacto Nacional de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal é um acordo interfederativo que tem por objetivo articular os atores sociais historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade tanto materna quanto neonatal no país.

Foi lançado em oito de março de 2004, aprovado na Comissão

Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, conta com a adesão das 27 unidades federadas. A meta estabelecida é a redução anual de 5% desses indicadores para atingir índices considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a médio e longo prazo. Os princípios que o embasam são, entre outros, o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais.

Gráfico 10. Razão de Mortalidade Materna (RMM), São Vicente, 2010-2020.



Fonte: Ministério da Saúde de Vigilância em Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – Dados sujeitos a alterações – em 07/08/2021.

Em 2020 ocorreram cinco óbitos maternos sendo um considerado como óbito materno obstétrico por COVID-19.

Sabe-se que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher e que taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério.

De acordo com a série histórica de RMM municipal é preciso aprofundar a análise desses eventos a fim de obter elementos de orientação para aprimoramento das estratégias de intervenção dirigidas aos seus determinantes e condicionantes, que incluem

fatores não apenas relacionadas à atenção à saúde, como também à situação socioeconômica e de infraestrutura a que está submetida a população.

Deve-se ressaltar que a redução da mortalidade materna e infantil é um processo lento e gradativo em razão do grande número de variáveis que nele interferem.

Por tudo isso, as informações trabalhadas demandam análise criteriosa, mediante o cruzamento com outras variáveis que têm influência sobre o indicador, com a finalidade de identificar as causas dos óbitos maternos, obtendo fundamentos para a escolha ou adequação de estratégias de enfrentamento da mortalidade materna no município.

5.4 Mortalidade Geral

As informações sobre mortalidade são obtidas por meio de coleta sistemática de dados lançados nas Declarações de Óbito (DO) e inscritos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

O SIM foi criado em 1975 e padronizado no território nacional em 1979 com o objetivo de permitir a elaboração de indicadores de melhor qualidade, capazes de subsidiar os gerentes e gestores de saúde nos seus planejamentos e decisões. Em 1992, com a descentralização desse sistema para os municípios, as informações relativas à mortalidade tornaram-se mais ágeis e qualitativamente melhores, fornecendo dados mais fidedignos para aprimorar o monitoramento do quadro de saúde da população.

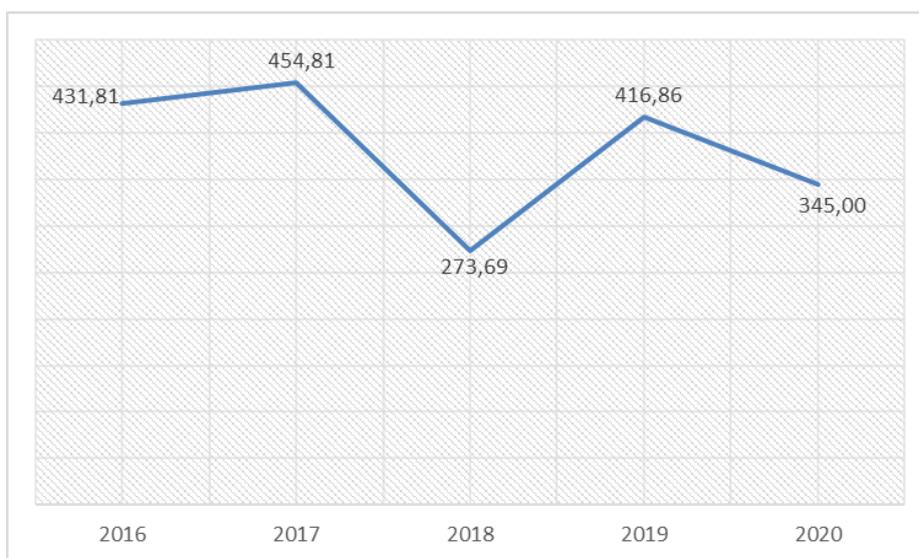
A análise dos dados do SIM permite a construção de importantes indicadores para o delineamento do perfil de saúde de uma região. A partir dele pode-se obter a mortalidade proporcional por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência, letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO.

Em termos gerais, taxa de mortalidade inclui as taxas que medem a frequência de óbitos. Quando a expressão é utilizada sem qualificação específica, representa a taxa bruta de mortalidade que relaciona o número de óbitos ocorridos em um ano com o número de expostos ao risco de morrer no mesmo período (população).

Definida como o número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico e ano considerado, é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.

Quando se analisa, por outro lado, a mortalidade de apenas uma fração da população diz-se taxas específicas de mortalidade e as mais comuns são as taxas específicas por idade e sexo. Definem-se como o número de óbitos pela causa considerada, expresso por 100 mil habitantes, ocorridos em determinado local e período.

Gráfico 11. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) São Vicente, 2016-2020.



Fonte: Ministério da Saúde de Vigilância em Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – Dados sujeitos a alterações – em 07/08/2021.

5.5 Morbidade

Agravos de Notificação Compulsória

A notificação compulsória consiste em levar ao conhecimento das autoridades sanitárias a ocorrência de determinada doença, agravo ou evento de saúde pública. Essas medidas são importantes para nortear as políticas públicas que serão empregadas para conter a disseminação de doenças transmissíveis para a população, bem como eventos que requeiram uma intervenção mais próxima dos órgãos de saúde.

Tabela 20. Letalidade – Agravos mais frequentes de Notificação Compulsória, São Vicente, 2016-2020.

Ano	Leptospirose	COVID-19	Meningite	Influenza	Arboviroses
2016	04	0	4	0	1
2017	05	0	5	1	0
2018	05	0	3	0	0
2019	01	0	5	2	0
2020	15	584	5	3	0

Dados extraídos em 19/06/2021 SIM SINASC base municipal. Sujeitos a alterações.

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e que se manifesta de maneira variável, desde uma forma assintomática até quadros graves e hemorrágicos, podendo levar ao óbito. É a mais importante arbovirose que afeta o homem.

No Brasil, e também em outros países tropicais, as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do vetor. Na Região Metropolitana da Baixada Santista, além da Dengue, temos outras arboviroses como Chikungunya e Zika Vírus que impactam na saúde pública.

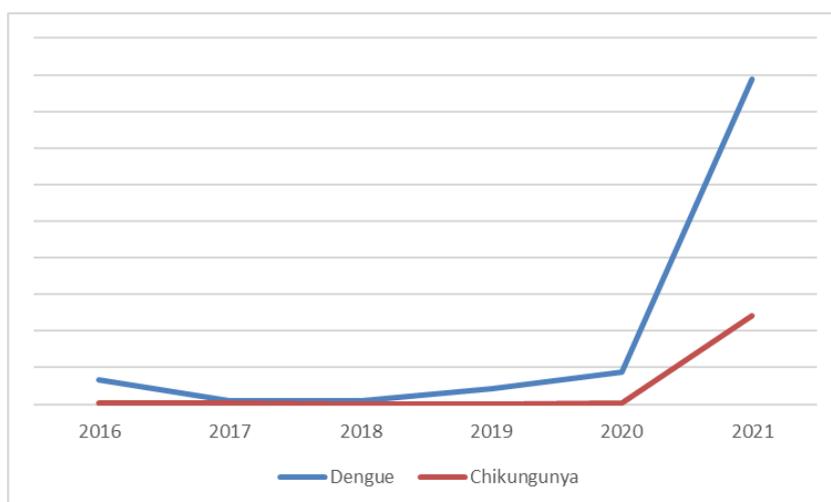
Por isso, esses agravos também exigem manutenção e fortalecimento das ações de vigilância em saúde.

Tabela 21. Série Histórica de casos notificados e confirmados – Arboviroses, São Vicente, 2016 – 2021.

	Dengue	Chikungunya	Zika Vírus
2016	136	07	03
2017	21	08	01
2018	19	03	0
2019	84	01	0
2020	173	09	0
2021	1776	482	0
Total	2209	510	04

Fonte: SINANNET Levantamento de Dados Sujeitos a Alterações Data: 23/06/2021

Gráfico 12. Série Histórica de incidência da Dengue e Chikungunya, 2016 – 2021.



Fonte: SINANNET Levantamento de Dados Sujeitos A Alterações Data: 23/06/2021

A leptospirose, por sua vez, é uma doença infecciosa febril de início abrupto, variando desde um quadro assintomático até formas clínicas graves. É uma zoonose de grande importância social e econômica, por apresentar elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, como também alta letalidade, podendo chegar a 40% nos casos mais graves. A doença está relacionada com precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam sua disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos.

Tabela 22. Série histórica de Casos notificados e confirmados – Leptospirose, São Vicente, 2016 – 2021.

Casos Confirmados	
2016	09
2017	10
2018	20
2019	07
2020	05
2021	0
Total	51

Fonte: SINANNET Levantamento de Dados Sujeitos A Alterações Data: 23/06/2021

Para o controle da doença são desenvolvidas preferencialmente ações intersetoriais, que envolvem, além da Secretaria Municipal de Saúde, outras secretarias

municipais, com o objetivo de reduzir o número de casos da doença e demais consequências.

Na área da saúde, a redução da letalidade por leptospirose decorre da intensificação das ações de controle e monitoramento dos casos suspeitos e, também, das iniciativas de educação da população para procurar atendimento médico logo aos primeiros sintomas.

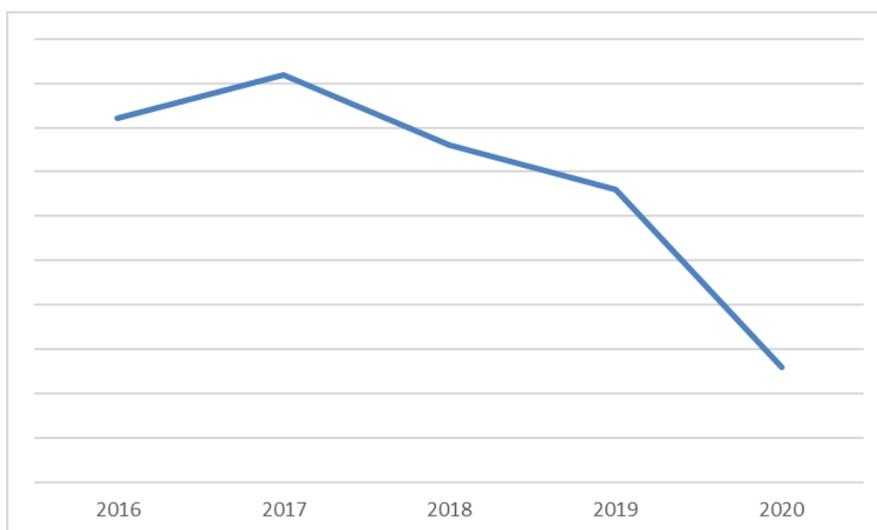
No que se refere aos casos notificados e confirmados de meningites, estendendo-se a série histórica para o período de 2016 a 2021 (Tabela 20), verifica-se que houve uma diminuição importante do coeficiente de incidência.

Tabela 23. Série histórica de Casos notificados e confirmados – Meningite, São Vicente, 2016 – 2020.

Casos Confirmados	
2016	41
2017	46
2018	38
2019	33
2020	13
Total	171

Fonte: SINANNET Levantamento de Dados Sujeitos A Alterações Data: 23/06/2021

Gráfico 13. Série Histórica de incidência de Meningites, 2016 – 2020.



Fonte: SINANNET Levantamento de Dados Sujeitos A Alterações Data: 23/06/2021

A vigilância da Influenza mudou muito na última década, com modificações nos sistemas de notificação, especialmente após a pandemia da influenza A (H1N1) que aconteceu no ano de 2009. Anteriormente, somente os casos de novos subtipos virais eram notificados.

Tabela 24. Série histórica – quantitativo de casos de Influenza com evolução óbito – São Vicente.

Influenza	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Óbitos	0	0	0	3	3	0	6

Fonte: SIVEP GRIPE – Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe Data: 29/06/2021

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório nacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), na China, foi informado sobre a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, Província de Hubei. Em 09 de janeiro, houve a divulgação da detecção de um novo coronavírus (2019-nCoV) em um paciente hospitalizado com pneumonia em Wuhan. Desde então, casos da doença têm sido registrados em outras cidades da China e em outros países, como o Brasil. Assim, desde então, São Vicente vem atuando para conter a transmissão do vírus e prevenir a sua disseminação, por meio de vigilância ativa com detecção precoce, isolamento e manejo adequados dos casos, investigação/monitoramento dos contatos e notificação oportuna.

Tabela 25. Série histórica – quantitativo de casos de COVID-19 com evolução óbito – São Vicente.

COVID 19	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Óbitos	0	0	0	0	606	481	1087

Fonte: SIVEP GRIPE – Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe Data: 29/06/2021
Dados extraídos em 19/06/2021 SIM SINASC base municipal. Sujeitos a alterações.

5.6 Doença Infectocontagiosa Crônica

a. Sífilis na Gestação

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905.

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente o sistema nervoso e cardiovascular.

Em São Vicente, a taxa de detecção de sífilis em gestante é maior que a média do Estado de São Paulo (20,9) e a média da Baixada Santista (33,7) e vem se mantendo em alto patamar nesse últimos anos, com tendência à estabilidade.

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intra-útero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também ser possível ocorrer na passagem do feto no canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode implicar consequências severas, como abortamento, parto prematuro, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém - nascido.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde para o Controle da Sífilis Congênita, somente é considerado tratamento adequado da gestante quando a mesma e o parceiro realizam o tratamento completo e adequado ao estágio da doença concomitantemente, com término do tratamento pelo menos 30 dias antes do parto. Dentre os principais fatores que contribuem para o tratamento inadequado de parcela significativa de gestantes com diagnóstico de sífilis durante a gravidez é a não realização do tratamento do parceiro, que ocorre na maior parte das vezes devido a não adesão do mesmo ao tratamento proposto.

Quanto aos casos de sífilis congênita, o número vem aumentando no decorrer dos anos, vale ressaltar que todo caso de recém-nascido de gestante com sífilis que não realizou tratamento adequado durante a gestação deve ser notificado como sífilis congênita.

Tabela 26. Total de casos de Sífilis na gestação, taxa de detecção de gestantes com sífilis e total de sífilis congênita. São Vicente, 2016 a 2020.

Ano	Total de gestantes com diagnóstico de Sífilis	Taxa de detecção por 100 habitantes – Sífilis em gestantes (%)	Total de Sífilis Congênita
2016	166	45,0	76
2017	184	49,9	88
2018	153	41,5	90
2019	171	46,9	58
2020	170	46,1	25

Fonte: SINAN NET

A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente ao desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento.

b. Hepatites Virais

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de uma infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas. Entretanto, quando presentes, elas podem se manifestar como: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjôo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

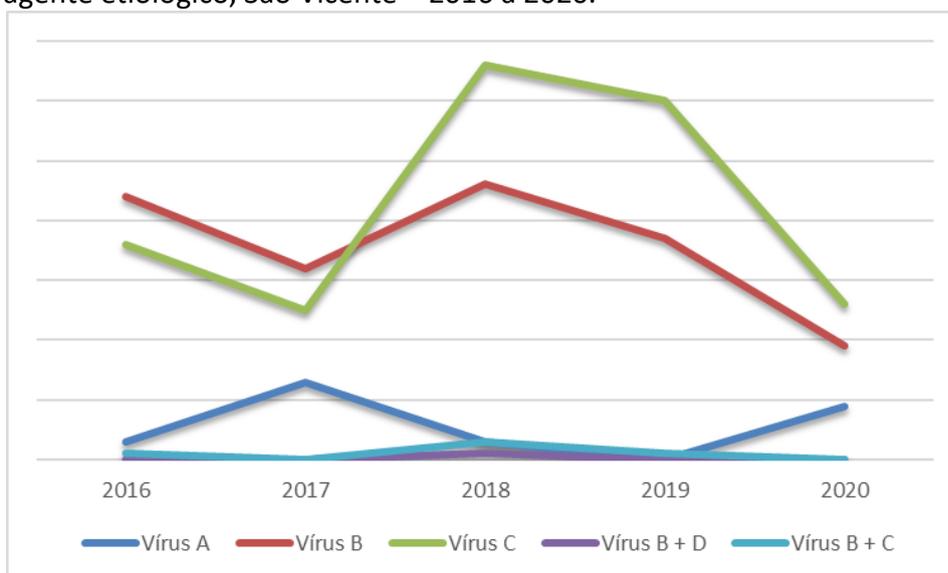
No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. Existem ainda, com menor frequência, o vírus da hepatite D (mais comum na região Norte do país) e o vírus da hepatite E, que é menos comum no Brasil, sendo encontrado com maior facilidade na África e na Ásia.

As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas. Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, grande parte das pessoas desconhecem ter a infecção. Isso faz com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico. O avanço da infecção compromete o fígado, sendo causa de fibrose avançada ou de cirrose, que podem levar ao desenvolvimento de câncer e à necessidade de transplante do órgão.

Atualmente, existem testes rápidos para a detecção da infecção pelos vírus B ou C, que estão disponíveis no SUS para toda a população. Todas as pessoas precisam ser testadas pelo menos uma vez na vida para esses tipos de hepatite. Populações mais vulneráveis precisam ser testadas periodicamente.

Além disso, ainda que a hepatite B não tenha cura, a vacina contra essa infecção é ofertada de maneira universal e gratuita no SUS, nas Unidades Básicas de Saúde. Já a hepatite C não dispõe de uma vacina que confira proteção. Contudo, há medicamentos que permitem sua cura.

Gráfico 14. Número de casos notificados de hepatites virais, segundo ano de notificação e agente etiológico, São Vicente – 2016 a 2020.



Fonte SinanNet /Tabwin32

Em relação às hepatites virais, observamos uma predominância de casos de hepatite C, sendo que na série histórica, mais casos foram notificados em 2018, com uma queda nos anos seguintes. Não podemos deixar de considerar que a queda de 2020 pode estar relacionada à diminuição do número de exames/diagnóstico dessas infecções por conta da pandemia.

c. Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que pode afetar qualquer pessoa. Caracteriza-se por alteração, diminuição ou perda da sensibilidade térmica, dolorosa, tátil e força muscular, principalmente em mãos, braços,

pés, pernas e olhos e pode gerar incapacidades permanentes. Diagnosticar cedo é o elemento mais importante para evitar transmissão, complicações e deficiências.

A transmissão é através de gotículas de saliva eliminadas na fala, tosse ou espirro de pessoas não tratadas e em fases mais adiantadas da doença. Com o início do tratamento, a transmissão é interrompida. A maioria das pessoas tem resistência à bactéria - a cada dez pessoas, apenas uma adoece. Em geral, é preciso uma relação próxima e frequente para que a doença se instale, por isso todas as pessoas que convivem com o doente devem ser examinadas. O contato com a pele ou objetos não transmite a doença.

São Vicente tem a proporção de cura de casos novos em 100% e a proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.

O desafio é manter esses resultados, para tanto, continuamos a busca de aprimoramento e qualificação do atendimento integral à pessoa acometida pela hanseníase.

d. Tuberculose

A Tuberculose é uma doença contagiosa, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou Bactéria de Koch acomete principalmente os pulmões, podendo atingir outros órgãos. A forma pulmonar com baciloscopia positiva é a de maior relevância para a Saúde Pública, pois, esta forma é a principal responsável pela transmissão da doença.

A transmissão aérea se dá a partir de inalação de aerossóis contendo bacilos eliminados através da fala, espirro ou tosse de pessoas com tuberculose ativa. Estima-se que uma pessoa com baciloscopia positiva pode infectar, em média, de 10 a 15 pessoas durante um ano.

Os principais sintomas são: tosse persistente por mais de três semanas, febre baixa vespertina, sudorese noturna, emagrecimento acentuado, inapetência e cansaço físico excessivo.

A tuberculose é uma doença que pode ser prevenida e curada. O tratamento medicamentoso dura no mínimo seis meses, é gratuito e disponibilizado no Sistema Único de Saúde. O Tratamento Diretamente observado (TDO) é indicado como fundamental ação de apoio e monitoramento das pessoas com tuberculose pelos profissionais de saúde.

Até o final de 2015, a Organização Mundial da Saúde, classificou 22 países com maior carga da doença no mundo, entre eles está o Brasil. O Brasil ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV. Anualmente são notificados cerca de 71 mil casos novos e aproximadamente 4,5 mil óbitos em decorrência da doença.

O coeficiente de incidência (por 100 mil/hab.) no município de São Vicente em 2020 foi de 96,64 casos novos de tuberculose. Sendo maior número de casos entre a faixa etária de 20-39 anos no sexo masculino. Abaixo a série histórica de casos novos (sem tratamento anterior) em São Vicente.

Tabela 27. Casos novos de tuberculose e proporção de cura, São Vicente, 2016 a 2020.

Ano	Casos novos tuberculose	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar (%)
2016	316	69,7
2017	330	70,0
2018	373	81,5
2019	348	75,0
2020	356	28,0

Fonte: TBWEB - Sistema de Informações de Tuberculose- Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - Dados até : 21/06/2021

Observa-se que a proporção de cura reduziu significativamente em 2020, durante o período da pandemia.

A tuberculose é um agravo que pode também apresentar aumento da morbidade quando aparece associada à infecção pelo HIV. Em relação aos pacientes com AIDS, a doença figura como a principal causa de óbito, por isso recomenda-se a testagem para HIV de todo paciente com diagnóstico positivo para tuberculose. Em 2016 o município realizou testagem sorológica para o HIV em 88,98% dos casos de tuberculose que foram diagnosticados.

e. HIV/AIDS

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As

células mais atingidas são os linfócitos. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção.

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas podem transmitir o vírus a outras pessoas pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as devidas medidas de prevenção. Por isso, é sempre importante fazer o teste e se proteger em todas as situações.

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune.

As formas de transmissão são:

- Sexo vaginal sem camisinha;
- Sexo anal sem camisinha;
- Sexo oral sem camisinha;
- Uso de seringa por mais de uma pessoa;
- Transfusão de sangue contaminado;
- Da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, no parto e na amamentação;
- Instrumentos que furam ou cortam não esterilizados.

Em São Vicente, na série histórica, observa-se uma predominância de notificações na raça parda e no sexo masculino. Quanto à faixa etária, a maioria dos casos encontra-se entre 20-34 anos, evidenciando uma epidemia entre população jovem.

f. Transmissão Vertical do HIV/AIDS

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada).

A transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas intervenções de profilaxia, ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas. Entretanto, a administração da Zidovudina (AZT) na gestação e o uso de AZT no parto e no recém-nascido, reduz a taxa de transmissão vertical para 8,3%, segundo um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França (Protocolo ACTG 076). A literatura mostra uma redução dessa taxa para níveis entre 1 a 2% com a aplicação de todas 13 as intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de IST e AIDS. Essas intervenções, atualmente, são: o uso de anti-retrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade.

Na série histórica de cidade de São Vicente, nota-se que, após dois anos sem casos de transmissão vertical, ocorreu um caso por ano, em 2020 e 2021. Tais infecções se deram por amamentação e estão sendo investigadas.

g. Violências

➤ Violência contra a criança e o adolescente

As violências e os acidentes são as maiores causas das mortes de crianças, adolescentes e jovens de 1 a 19 anos, no Brasil. Entre essas chamadas causas externas, as agressões são as que mais matam crianças e adolescentes. O suicídio tornou-se a terceira maior causa das mortes de nossos adolescentes e jovens, entre 15 e 25 anos.

A violência é ainda mais letal contra o sexo masculino, os homicídios são a causa da metade dos óbitos de rapazes de 15 a 19 anos. E ao se fazer o recorte de raça da taxa de homicídios verificou o extermínio da juventude negra. Não à toa aparecemos como a quinta nação mais violenta do mundo, com taxa de homicídio maior do que a de países em guerra.

A violência mais atendida nas unidades de saúde, contra crianças e adolescentes, é o estupro, que ocorre na própria casa da vítima na maioria dos casos. Entre aqueles com 10 a 19 anos, a violência sexual é igualmente a mais sofrida, na maioria contra

as meninas. Os agressores são na maior parte os próprios pais, padrastos, familiares, namorados ou pessoas conhecidas das vítimas. Dados mundiais assemelham-se, 90% das adolescentes de diversas nacionalidades, vítimas de violência sexual, denunciam que o autor da primeira violação era alguém próximo ou conhecido. Infelizmente, apenas 1% delas procura ajuda profissional após o estupro pelo medo da rejeição social e familiar, e pelas ameaças sofridas pelo agressor.

As consequências destas agressões vão desde distúrbios emocionais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, até a morte da adolescente, que tira sua própria vida ou falece na tentativa de um aborto clandestino.

Tabela 28. Casos notificados de violência contra crianças, São Vicente, 2016 a 2020.

Criança						
Idade detalhada	2016	2017	2018	2019	2020	Total
menor de 01 ano	6	3	2	3	3	17
01 ano	2	3	2	1	0	8
02 anos	2	1	2	2	5	12
03 anos	4	1	4	2	4	15
04 anos	4	2	2	3	2	13
05 anos	3	3	4	2	0	12
06 anos	3	1	3	2	0	9
07 anos	2	1	1	3	0	7
08 anos	4	1	3	1	0	9
09 anos	1	3	1	1	3	9
10 anos	1	0	0	0	3	4
11 anos	2	4	4	0	4	14
Total	34	23	28	20	24	129

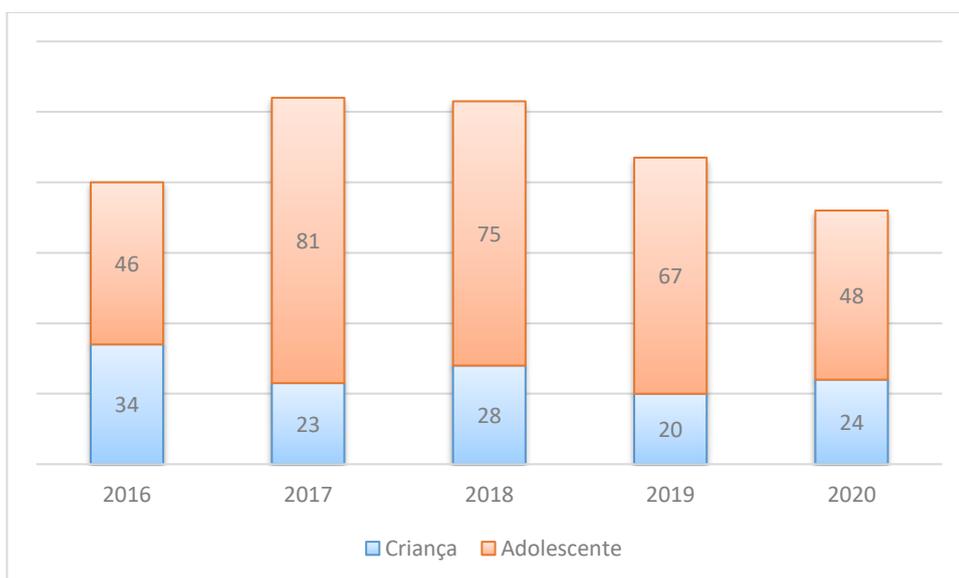
Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

Tabela 29. Casos notificados de violência contra adolescentes, São Vicente, 2016 a 2020.

Adolescente						
Idade detalhada	2016	2017	2018	2019	2020	Total
12 anos	3	3	2	2	5	15
13 anos	4	6	7	6	4	27
14 anos	4	6	6	10	5	31
15 anos	6	8	5	5	9	33
16 anos	6	13	13	4	4	40
17 anos	11	17	22	9	5	64
18 anos	6	13	12	14	8	53
19 anos	6	15	8	17	8	54
Total	46	81	75	67	48	317

Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

Gráfico 15. Frequência de notificações de Violência contra crianças e adolescentes, São Vicente - 2016 a 2020.



Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

➤ Violência contra a mulher

Violência contra a mulher é um conceito para definir diferentes tipos de violência sofridos por mulheres, porque são mulheres, o que inclui desde assédio moral até homicídio. É uma forma de violência de gênero, que caracteriza agressões contra mulheres, transexuais, travestis e homossexuais. Independente do tipo de violência cometido, os direitos humanos da mulher e sua integridade física, psicológica e moral são desrespeitados.

A violência contra a mulher reflete questões de ordens cultural, social e religiosa que se manifestam de formas distintas nas diferentes partes do mundo. Enraizada e apoiada no patriarcado, a violência contra a mulher está presente tanto no espaço público quanto na vida privada, dentro de casa, nos espaços de trabalho, em geral imposta por pessoas que a mulher conhece, convive e em quem confia. Caso de parentes, cônjuges, amigos e pessoas com quem ela se relaciona.

Em sua casa, a mulher pode sofrer violência por parte do pai ou marido, por não obedecê-los. Na rua, ou em ambiente de trabalho, se torna vítima de assédio e violência física, nos casos em que decide confrontar. O comprimento da saia, que se torna justificativa de que ela “pediu” para receber cantada – nome disfarçado para assédio. Na vida íntima, quando a mulher é forçada a fazer sexo contra a sua vontade e consentimento, mesmo dentro do casamento. Sendo ainda nos casos em que é penalizada física e

psicologicamente por isso.

Todas essas situações ocorrem, principalmente, por conta de uma visão distorcida do homem em relação à mulher e a posição que ela ocupa na sociedade. Na história ocidental, homem e mulher têm papéis assimétricos. Acredita-se que o homem é o provedor, a mulher, submissa. O homem é independente, capaz, resistente. A mulher não é provedora, é frágil, confusa e dependente do pai ou marido. O que os leva a crer que podem tomar decisões pelas filhas e cônjuges, violando as escolhas, os sentimentos e a independência da mulher, enquanto um ser único. O sistema social é o do patriarcado, que significa que a figura do homem é enxergada como a que sustenta a família e paga as contas.

Ao sofrer violência, a mulher pode enfrentar diversos traumas e doenças durante a vida. Alguns cenários são: sentir que não é apta a estudar, obter novos aprendizados e buscar um futuro melhor para si; pode enfrentar dificuldades para emitir suas opiniões em casa ou no trabalho. Tudo isso por ter sido silenciada frente a outras pessoas ou receber menosprezo por ser mulher.

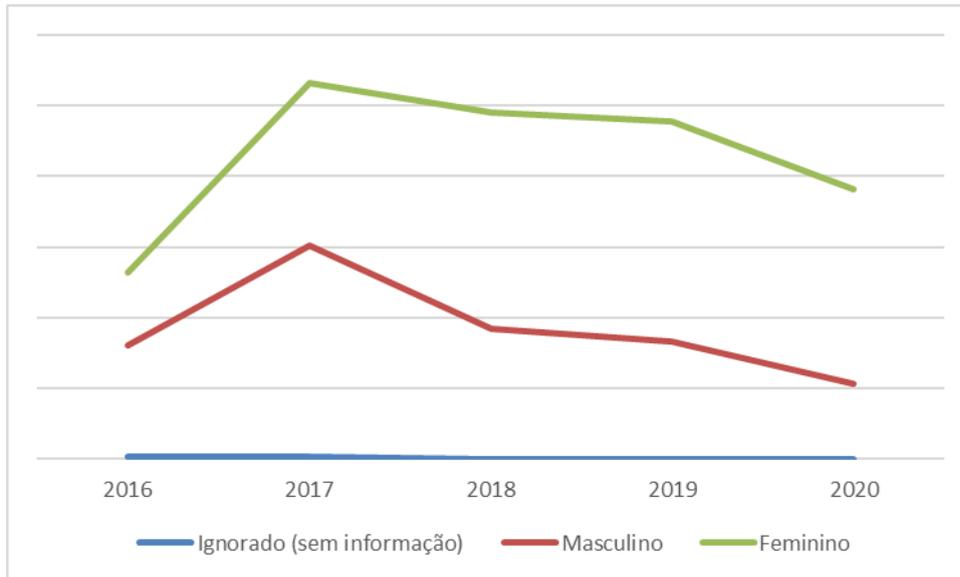
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o impacto da violência na saúde e no bem estar da mulher podem ser depressão, estresse pós-traumático, ansiedade, suicídios, depressão pós-parto, transmissão de infecções.

Tabela 30. Casos notificados de violência contra mulheres, São Vicente, 2016 a 2020.

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - Sinan NET						
Frequência por Ano da Notific segundo Sexo		violência contra a mulher				
Sexo	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ignorado (sem informação)	1	1	0	0	0	02
Masculino	80	151	92	83	53	459
Feminino	132	266	245	239	191	1073
Total	213	418	337	322	244	1534

Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

Gráfico 16. Frequência de notificações de Violência por gênero, São Vicente - 2016 a 2020.



Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

➤ Violência sexual

A violência representa uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. Atinge crianças, adolescentes, homens e mulheres. Demonstra-se em estudos que a violência afeta de modo diferenciado a população, e que acomete em especial as mulheres e ocorre no espaço doméstico.

Essa violência (em particular o estupro) atinge sobretudo meninas, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo. Os estudos sobre o tema indicam que a maior parte da violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado. Menos de 10% dos casos chegam às delegacias.

A vítima de violência sexual está exposta a diferentes riscos que podem comprometer sua saúde física e mental. Os traumas físicos e ginecológicos, a gravidez, as conseqüências psicológicas e a possibilidade de adquirir infecções sexualmente transmissíveis (IST) são extremamente importantes. A gravidez geralmente é percebida como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres.

As conseqüências psicológicas da violência sexual tendem a se tornar mais graves após os 7 anos, idade na qual a criança passa a compreender os valores morais e sociais relacionados ao sexo. Qualquer disfunção psicossocial na infância pode ser indicativa

de abuso sexual. Na mulher adulta, a violência sexual tem sido associada à desordem do estresse pós-traumático, com sintomas que incluem a angústia, medo, ansiedade, culpa, vergonha e depressão. Podem ocorrer também reações somáticas como fadiga, tensão, cefaléia, insônia, pesadelos. Como repercussão tardia pode-se estabelecer o vaginismo, dispareunia, uso de drogas e álcool, depressão, tentativa de suicídio e outros sintomas conversivos ou dissociativos.

Os traumatismos físicos, quando presentes, podem variar desde pequenos hematomas até traumas graves que podem resultar na morte da vítima. De fato, os exames periciais evidenciam a presença de traumas em cerca de apenas 10% dos casos de estupro, número similar nos relatos da maioria dos serviços que atendem casos de violência sexual.

O enfrentamento da violência exige a efetiva articulação de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada, configurando redes integradas de atendimento.

A garantia de atendimento a mulheres que sofreram violência sexual nos serviços de saúde representa, por conseguinte, apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, a prevenção de IST e a gravidez indesejada.

Tabela 31. Casos investigados e notificados de violência sexual, São Vicente, 2016 a 2020.

INVESTIGAÇÃO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS						
Violença Sexual	Frequência por Ano da Notific segundo		violência sexual			
	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ign/Branco	18	36	8	1	0	63
Sim	23	26	26	24	26	125
Não	172	356	303	297	218	1346
Total	213	418	337	322	244	1534

Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

➤ **Violência autoprovocada**

A violência auto provocada/auto infligida compreende idéias suicidas, auto agressões, tentativas de suicídio e suicídios.

É definida como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser classificada como comportamento suicida ou auto agressão. O comportamento suicida se caracteriza pelo fato de o indivíduo causar lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal ou do verdadeiro motivo do ato.

Tabela 32. Casos investigados e notificados de lesão auto provocada, São Vicente, 2016 a 2020.

INVESTIGAÇÃO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRS VIOLÊNCIAS - Sinan NET						
Frequência por Ano da Notific segundo Lesão autoprovocadas						
Lesao autoprovocadas	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ign/Branco	4	15	2	3	1	25
Sim	81	153	144	155	111	644
Não	128	250	191	164	132	865
Total	213	418	337	322	244	1534

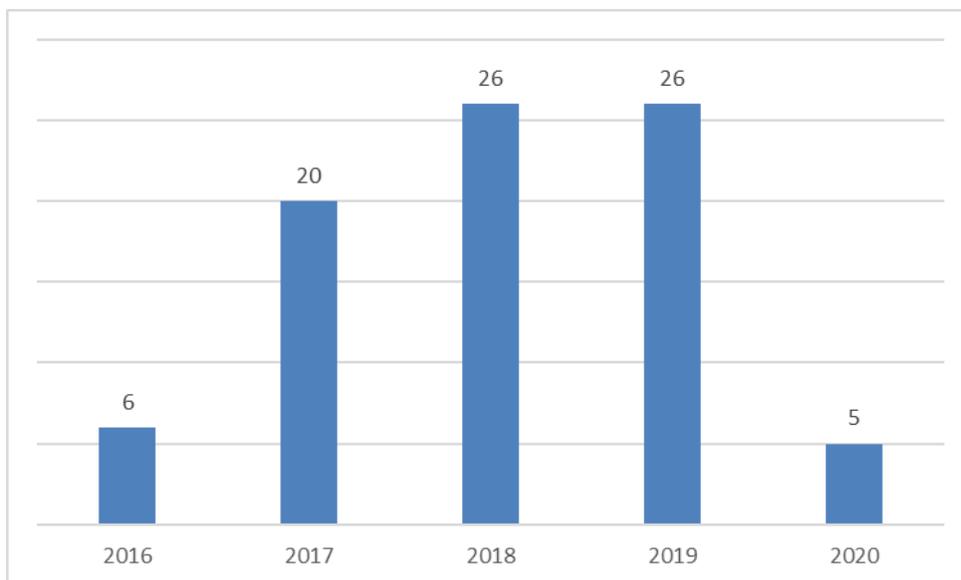
Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

➤ Violência contra o idoso

As violências e os maus tratos contra os idosos se referem aos abusos físicos, psicológicas e sexuais; o abandono, negligências, abusos financeiros e auto negligência. A partir da literatura internacional se sabe que a violência contra o idoso é também problema universal.

A notificação depende da busca por atendimento em saúde pela pessoa em situação de violência, da sensibilidade do profissional que realiza o atendimento e de seu conhecimento em relação à obrigatoriedade da notificação no sistema de vigilância das violências. A população idosa é um grupo bastante vulnerável, especialmente se levarmos em conta as relações familiares de dependência e perda de autonomia, do preconceito relativo ao seu lugar social, e dessa forma, muitas vezes a vergonha de se identificar como uma pessoa em situação de violência.

Gráfico 17. Frequência de notificações de Violência contra o idoso, São Vicente - 2016 a 2020.



Fonte: SinanNet / Tabwin32 – Dados sujeitos a alterações, em 23/06/2021

É importante considerar que atualmente os idosos seguem ativos, vivendo suas vidas, estando com isso expostos às situações de violência em suas várias formas. Não existe apenas a violência de idosos em situação de perda de autonomia, acamados ou com dependência física e psicológica, de seus cuidadores, mas também nos idosos como sujeitos presentes na vida cotidiana, no trabalho, nos espaços públicos, na vida amorosa e sexual.

Faz-se necessário que a equipe de saúde busque identificar os casos não explicitados (sinais indiretos de violência) e aprofunde o conhecimento das relações familiares e sociais da população atendida para que os serviços possam oferecer a assistência necessária.

É fundamental estarmos atentos para a questão da subnotificação, mas também para o que podemos e devemos ofertar enquanto políticas públicas de saúde e de assistência e cuidado às situações de violência para os idosos.

A subnotificação da violência em idosos exerce um papel fundamental na análise de nossos dados, já que é discrepante a proporção do número de idosos na população (mais de 14,7%) em relação ao total de violências notificadas (83 notificações no período de 2016 a 2020).

5.7 Cobertura Vacinal

A avaliação da cobertura vacinal inclui um conjunto de indicadores que informam a potencial proteção de crianças menores de um ano para algumas doenças imunopreveníveis, como a tuberculose, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, difteria, tétano, coqueluche, meningites e outras doenças invasivas por *Haemophilus influenzae*, doença por rotavírus, pneumonia e meningite por pneumococo, meningite meningocócica C e poliomielite.

Tabela 33. Cobertura vacinal de crianças menores de 2 anos, São Vicente, 2016 a 2020.

	Pentavalente	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral – Dose 1
2016	75,27	80,61	82,61	77,40
2017	68,50	77,47	67,24	68,36
2018	73,29	77,62	72,81	72,35
2019	45,91	72,09	68,91	79,99
2020	80,87	79,90	75,33	77,90

Fonte: SIPNIWEB

Foi observado que apesar de estratégias realizadas pelos serviços de saúde as metas das demais vacinas não foram atingidas, indicando a necessidade de um repensar nas estratégias de vacinação da população em questão.

6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

6.1 Saúde Ambiental

A industrialização no Estado de São Paulo teve início no fim do século XIX, intensificando-se na segunda metade de século XX e parte desse processo ocorreu sem o suporte de leis ambientais, que somente surgiram no estado em meados dos anos 1970, promovendo que parte do processo de industrialização tivesse ocorrido na ausência de um manejo adequado de resíduos, provocando a contaminação ambiental em regiões industriais nas cidades do Estado de São Paulo.

O problema de contaminação ambiental provocado pela empresa Rhodia na região da Baixada Santista ainda pode ser considerado dos mais complexos e não resolvidos. A Rhodia empresa sediada em Cubatão, que levou contaminação além do site da

sua empresa, como consequência à exposição de seus trabalhadores, e a população moradora de áreas onde foram depositados, entre 1976 e 1984, de forma aleatória resíduos em terrenos localizados em outros municípios, principalmente no município de São Vicente.

A empresa Rhodia despejou na Baixada Santista toneladas de resíduos químicos organoclorados, comprometendo de forma irreversível um meio ambiente rico e bio diversificado, formado pelo estuário, manguezais, restingas, complexo florestal atlântico, ecossistemas afins e integrados, contaminando áreas de preservação de mananciais, rios estratégicos para o abastecimento futuro dos municípios da região, o solo e o lençol freático de áreas fundamentais para a expansão econômica da região - como a área continental de São Vicente.

O “Estudo Epidemiológico na População Residente na Baixada Santista – Estuário de Santos: Avaliação de Indicadores de Efeito e de Exposição a Contaminantes Ambientais realizado pelo Programa de pós-graduação em saúde coletiva – Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), Núcleo de Estudos em Epidemiologia Ambiental – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC) e Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN) identificou várias áreas da Baixada Santista com população exposta a contaminantes químicos decorrente da poluição ambiental e, dentre elas, a região do bairro Quarentenário.

As áreas de estudos localizaram-se nos municípios de Guarujá e São Vicente na Região Metropolitana da Baixada Santista. Essas áreas foram palco de repetidas violações das legislações referentes ao manuseio e depósito de resíduos industriais com potencial de contaminação do meio ambiente, gerado pela inadequada e indevida destinação de resíduos tóxicos industriais, as quais foram se transformando em depósito de lixo industrial.

Outro estudo na área foi de avaliação de risco realizado pelo Ministério da Saúde, onde se constatou a contaminação das águas subterrâneas e do solo, tanto devido a existência dos resíduos da Rhodia como o durante as operações de remoção de resíduos organoclorados.

Os dados sobre água subterrânea indicaram migração continuada dos contaminantes a partir dos focos, como ficou demonstrado nas análises realizadas em amostras coletadas em poços de residentes no entorno imediato do site Quarentenário. Este

fato confirma a existência de rota completa de exposição pela água subterrânea no passado, quando esta era a única opção de abastecimento para os residentes.

Pelas razões acima expostas, segundo os critérios de classificação da metodologia de avaliação de riscos à saúde humana da ATSDR (1992), a situação provocada pelos resíduos perigosos no site Quarentenário deve ser classificada como Categoria B: Perigo para a saúde pública. Esta classificação de perigo é utilizada para os locais que apresentam um perigo de saúde pública, como resultado de exposições de longo prazo a substâncias perigosas.

O Ministério Público Federal solicitou providências no sentido de capacitação dos profissionais de saúde e de realizar um levantamento quantitativo de toda a população contaminada por estas substâncias oriunda dos resíduos da Rhodia, um complexo centro de pesquisa, monitoramento e tratamento na Baixada Santista para acompanhamento das pessoas contaminadas por organoclorados.

A partir de 2017, iniciou-se a capacitação de funcionários de diversos municípios para a realização de uma proposta que será apresentada a Rhodia, para que se que possa mitigar os efeitos a saúde e garantir a assistência permanente para aquela população.

Em abril de 2019 foi apresentada pelo município de São Vicente a “Proposta municipal de assistência à população exposta ou potencialmente exposta a áreas contaminadas do município de São Vicente (área continental)”, encaminhada a Promotoria Pública Federal. Esta versão do documento foi submetido a outros especialistas que detectaram a necessidade de incrementos na referida proposta. Desde então os envolvidos na saúde ambiental vêm construindo, com ajuda de outros pesquisadores e técnicos, a segunda versão da proposta.

6.2 Vigilância Sanitária (VISA)

Segundo a Lei Federal nº 8080/90, entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas de processo, da produção ao consumo;

- o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Como um serviço de saúde, a Vigilância Sanitária desenvolve um conjunto de ações estratégico no sistema de saúde, com a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde e seus processos, sejam da esfera privada ou pública. Constitui um componente específico do sistema de serviços de saúde e integra a atenção à saúde que, por seu lado, representa um segmento estratégico para vários ramos do setor produtivo: empresas do complexo médico-industrial, de serviços, de saneantes, alimentos, entre outras. A Visa se situa, portanto, no âmbito da intervenção nas relações sociais produção-consumo e tem sua dinâmica vinculada ao desenvolvimento científico e tecnológico e a um conjunto de processos que perpassam o Estado, o mercado e a sociedade.

Ou seja, no âmbito da Vigilância Sanitária, a regulação é uma função mediadora entre os interesses da saúde e os interesses econômicos, constituindo uma instância social de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da população, competindo avaliar riscos e executar um conjunto de ações para prevenir, minimizar e eliminar riscos à saúde, bem como estabelecer regulamentos técnico-sanitários e fazer cumprir estes e as normas jurídicas, que fixam as regras para os comportamentos relacionados com os objetos sob vigilância sanitária.

Dentre as ações da Vigilância Sanitária, destacam-se:

- **Fiscalização Sanitária** de serviços de saúde, estabelecimentos de interesse à saúde e de radiação ionizante. No que concerne aos estabelecimentos que estão na área de atuação da vigilância sanitária, em linhas gerais, pode-se citar Hospitais, Pronto-Atendimentos, Unidades Básicas de Saúde, Clínicas e Consultórios (Médicos, Odontológicos, de Fisioterapia, entre outros), Hemodiálise, Laboratórios Clínicos, Serviços de Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear, Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI's), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Comércio de Medicamentos, Serviços de Tatuagem, Comércio de Alimentos, Fabricação de Saneantes, Clubes, Academias, Controle de Pragas, entre outros.
- **Produtos Sujeitos a Controle Especial** - Fiscalização de substâncias sujeitas a controle especial; liberação da seqüência numérica de notificações de receituário para profissionais prescritores; avaliação dos processos para autorização de retinóides de uso sistêmico e misoprostol; treinamento de farmacêuticos dos municípios para a dispensação do

medicamento talidomida; recebimento de balanços de substâncias psicoativas e outras sujeitas a controle especial da Portaria SVS/MS n. 344/98 e RDC 58/2007.

- **Programa VIGIAGUA** atua na Vigilância da qualidade da água para consumo humano tendo como referência às normas estabelecidas na legislação vigente e para promoção, proteção e avaliação dos riscos do consumo (Portaria MS nº. 2.914 de 12/12/2011).
- **Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos (PP)**, do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e o Instituto Adolfo Lutz (IAL): têm como objetivo o monitoramento da qualidade sanitária dos produtos alimentícios expostos no comércio e também, da qualidade sanitária dos estabelecimentos que os comercializam. Além disso, a identificação dos setores do comércio e/ou indústria de alimentos que necessitam de intervenção preventiva.
- **Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA**, coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA: têm como objetivo a identificação e quantificação dos níveis de agrotóxicos em alimentos a fim de verificar se os alimentos de origem vegetal comercializados no município de São Vicente atendem à legislação vigente quanto ao uso de agrotóxicos, visando minimizar a exposição da população aos efeitos agudos e crônicos dessas substâncias e, diante de resultados insatisfatórios, rastrear a origem dos alimentos para adoção das medidas de vigilância sanitária e/ou de defesa agrícola pertinentes visando à adequação de sua produção.

6.3 Programa de Combate à Arboviroses

O controle de arboviroses (doenças transmitidas por vetores, geralmente artrópodes) é executado com medidas de controle integrado sejam químicas, mecânicas, biológicas ou através da utilização de legislação sanitária para medidas coercitivas que possam reduzir as condições de proliferação do vetor.

O mosquito *Aedes aegypti* é um inseto bastante adaptado, de hábitos intra-domiciliares e com boa capacidade de proliferação. Estando adaptado a criadouros artificiais para a postura de seus ovos, como latas potes, frascos, pneus, caixas d'água e uma grande variedade de recipientes, obteve sucesso reprodutivo com as condições climáticas favoráveis de regiões tropicais e sub tropicais.

Transmissor de inúmeras doenças como o dengue, zika e chikungunya (além de outras 20, espalhadas pelo mundo), constitui-se em um grande desafio para seu controle e um grande problema de saúde pública.

➤ Dengue

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2,5 bilhões de pessoas – 2/5 da população mundial – estão sob risco de contrair dengue e que ocorram anualmente cerca de 50 milhões de casos. Desse total, cerca de 550 mil necessitam de hospitalização e pelo menos 20 mil morrem em consequência da doença.

Nas últimas duas décadas, a incidência de dengue nas Américas tem apresentado uma tendência ascendente, com mais de 30 países informando casos da doença, a despeito dos numerosos programas de erradicação ou controle que foram implementados. Os picos epidêmicos têm sido cada vez maiores, em períodos que se repetem a cada 3-5 anos, quase de maneira regular.

Durante a década de 90, ocorreu um aumento significativo da incidência, reflexo da ampla dispersão do *Aedes aegypti* no território nacional. A presença do vetor, associada à mobilidade da população, levou à disseminação dos sorotipos DENV1 e DENV2 para 20 dos 27 estados do país. Entre os anos de 1990 e 2000, várias epidemias foram registradas, sobretudo nos grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, responsáveis pela maior parte dos casos notificados.

No Brasil, os adultos jovens foram os mais atingidos pela doença desde a introdução do vírus. No entanto, a partir de 2006, alguns estados apresentaram a recirculação do sorotipo DENV2 após alguns anos de predomínio do sorotipo DENV3. Esse cenário levou a um aumento no número de casos, de formas graves e de hospitalizações em crianças, principalmente no Nordeste do país. Em 2008 foram notificados 585.769 casos e novas epidemias causadas pelo sorotipo DENV2 ocorreram em diversos estados do país, marcando o pior cenário da doença no Brasil, em relação ao total de internações e óbitos até o momento.

Essas epidemias foram caracterizadas por um padrão de migração de gravidade para as crianças, que representaram mais de 50% dos pacientes internados nos municípios de maior contingente populacional. Mesmo em municípios com menor população, mais de 25% dos pacientes internados por dengue eram crianças, o que ressalta que todo o país vem sofrendo, de maneira semelhante, essas alterações no perfil da doença.

A demonstração desse quadro exige a continuidade dos esforços pelas três esferas de governo, além do comprometimento de outros setores externos ao setor saúde,

visando a possibilidade de responder adequadamente às epidemias.

➤ **Chikungunya:**

O vírus chikungunya (CHIKV) é um *Alphavirus* de genoma RNA, pertencente à família *Togaviridae*. De transmissão vetorial pela picada de mosquitos do gênero *Aedes*, ele foi isolado pela primeira vez em meados de 1953, em surto ocorrido na Tanzânia.

Desde então, o vírus tem sido responsável por surtos e epidemias de grande magnitude nos continentes asiático e africano, conforme observado nas Ilhas Reunião em 2004, onde um terço da população foi infectada, resultando em mais de 244 mil casos e 203 mortes atribuídas à doença por ele provocada.

No Brasil, os primeiros casos autóctones foram identificados em Oiapoque, estado do Amapá (Norte), e Feira de Santana, estado da Bahia (Nordeste), em setembro de 2014. A realidade brasileira favoreceu a introdução e a expansão do vírus. O *Aedes aegypti* pode ser localizado em mais de 4.000 municípios, e o *Aedes albopictus*, em 3.285.

Com a introdução da doença no Brasil, delineou-se um cenário marcado pela coexistência de arboviroses. O aumento dos casos autóctones de chikungunya, com o registro de casos graves e a ocorrência de óbitos, refletiu-se em maior demanda por serviços de saúde e crescente necessidade de recursos financeiros e humanos, no intuito de minimizar seus efeitos na sociedade.

➤ **Zika vírus**

O zika vírus um arbovírus conhecido pela sigla ZIKV, parente dos causadores de outras doenças, como a dengue, a febre amarela e a febre ocidental do Nilo

Teve início de transmissão no Brasil quando foi identificado no começo daquele ano, onde autoridades de Saúde de Natal (RN) notaram a presença de uma síndrome que lembrava os sintomas da dengue. Os exames sorológicos deram negativo para os vírus da dengue e da febre chikungunya.

Em março de 2016, o Instituto Oswaldo Cruz analisou amostras de sangue de pacientes com a síndrome e identificaram o Zika vírus. A genética do vírus encontrado em pacientes brasileiros sugere que ele é o mesmo que causou epidemias nas ilhas do Pacífico. Os pesquisadores da Fiocruz, autores do estudo que identificou os primeiros casos de transmissão no Brasil, sugerem que uma possível explicação para a entrada do Zika no país

tenha sido a presença de turistas durante a Copa do Mundo de 2014.

Um dos principais problemas advindos deste cenário é a infecção em gestantes, cujo vírus pode ultrapassar a barreira placentária, infectando a criança em gestação e produzindo má formação como a microcefalia, entre outras.

Desde então, o zika vírus permanece no território nacional, com transmissão sazonal, co-existindo com outros vírus transmitidos pelo vetor *Aedes aegypti*, tornando-se assim mais um desafio para a detecção precoce dos pacientes e o controle do vetor.

As ações do Departamento de Controle Vetorial estão divididas entre:

Visita a imóveis (VI): Nos domicílios do município, incluindo áreas comuns de prédios, comércios e similares. É a atividade que exige o maior número de agentes com a responsabilidade da visita em 96.000 domicílios estimados, incluindo todas as categorias (residências, terrenos, comércios, prédios e apartamentos e similares).

Ponto Estratégico (PE): Inspeção e controle realizada em ferros-velhos, borracharias, cemitérios, pátios de apreensão de veículos e similares, os quais possuem grande densidade de criadouros potenciais. Periodicidade quinzenal (54 locais cadastrados);

Imóveis Especiais (IE): Inspeção e controle realizada em locais com grande densidade e circulação de pessoas, como escolas, creches, quartéis. Periodicidade bimensal (154 locais cadastrados)

Informação, Educação e Comunicação (IEC): Trabalha o componente educativo através de palestras em escolas, igrejas, associações e trabalho junto às gestantes, realizando esta modalidade de trabalho permanente e também com agendamento.

Atendimento às notificações (AN): Com a atividade de triagem e verificação de solicitações que chegam pelo número 0800-7710037.

Fiscalização sanitária (FS): Executada também pelos supervisores de campo e coordenação em locais com problemas higiênico-sanitários que promovam a proliferação de pragas ou vetores.

Avaliação de Densidade Larvária (ADL): Execução da medição que estima a quantidade de formas larvárias de *Aedes aegypti* no município, categorizando por área e setor, tipos de criadouros e criadouros com larvas do vetor.

A Atuação do departamento segue o cronograma abaixo, de acordo com os índices de transmissão de arboviroses.

Tabela 34. Cronograma Anual de Atividades – Departamento de Controle Vetorial.

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
ADL	VI	VI	ADL	VI	VI	ADL	VI	VI	ADL *	VI	VI
PE											
IE/IEC											
AN											
FS											

(*) ADL em outubro denomina-se LIRAA (Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti*), executado em 15 dias. * Nos momentos em que há transmissão de arboviroses, as equipes de Casa a Casa (CC) são direcionadas para as quadras dos suspeitos/positivos.

6.4 Ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses e Vetores

As ações do Departamento de Controle de Zoonoses de São Vicente visam o controle de doenças e agravos transmitidos por animais sinantrópicos e domésticos, realização de desinsetização e desratização, e também controle de doenças em cães e gatos com vacinação permanente contra a Raiva. Realizam-se diagnóstico de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores em humanos e animais como Raiva, Leptospirose, Leishmaniose.

Faz-se controle de animais domésticos envolvendo ações permanentes de controle populacional através da castração de cães e gatos, e consultas clínicas diárias, visando harmonizar a relação entre a população humana, os animais domésticos e o meio ambiente, com o objetivo de minimizar o risco de ocorrência de agravos à saúde humana e animal.

Tabela 35. Equipamentos - Departamento de Controle às Zoonoses

Equipamento	CNES
DEZOOM- Departamento de Controle de Zoonoses	9315306

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

6.5 Ações de Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

O objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

E ainda, constitui-se importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas afins.

➤ **Vigilância do óbito:** a vigilância do óbito e monitoramento dos sistemas Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), tem por finalidade implantar ou implementar a investigação do óbito fetal, infantil, Mulheres em Idade Fértil e materno, promover a análise dessas informações que viabilizem estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico. A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle.

Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência, as ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas.

Identificar, investigar, analisar e notificar os dados provenientes das investigações de óbitos maternos, fetais e infantis, geram informações que são essenciais para o conhecimento da situação atual e para adoção de decisões gerenciais que promovam medidas de prevenção dos óbitos evitáveis e uma melhoria na qualidade da atenção prestada á saúde das mulheres e crianças brasileiras.

➤ **Imunização:** o Programa Nacional de Imunizações (PNI) representa uma das intervenções em saúde pública mais importantes no cenário de saúde brasileiro. As ações de vacinação e vigilância apresentam impacto positivo na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis refletindo positivamente e diretamente na qualidade e expectativa de vida da população. Vale ressaltar, que o êxito das ações de imunização resulta de uma associação de fatores por parte das instâncias gestoras envolvidas, incluindo aquisição, planejamento, infra-estrutura, logística, treinamento e, recursos humanos que nas diferentes atuações asseguram imunobiológicos de qualidade à população.

Tabela 36. Equipamentos - Departamento de Vigilância Epidemiológica

Equipamento	CNES
CATH - Centro de Atendimento a Tuberculose e Hanseníase	6855903
Central Municipal de Rede de Frio	0447455

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

6.6 *Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), HIV/Aids e Hepatites Virais*

A Coordenação tem por finalidades:

- Elaborar, promover e coordenar programas e projetos de prevenção e de assistência às ISTs, ao HIV/ AIDS e Hepatites Virais;
- Monitorar as ações de enfrentamento às ISTs, ao HIV/ AIDS e Hepatites Virais;
- Realizar, promover e apoiar a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, em especial da Rede Municipal Especializada às ISTs, ao HIV/ AIDS e Hepatites Virais;
- Realizar, promover, apoiar e divulgar a pesquisa científica em seu campo de atuação.

Tabela 37. Equipamentos - Coordenação IST's, HIV/AIDS e Hepatites Virais

Equipamento	CNES
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho	2039222
SAE – Serviço de Atendimento Especializado	2084775
Laboratório Especializado de DST/ HIV /SV	2084775

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

7. Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

Tabela 38. Equipes – Atenção Primária a Saúde - São Vicente, 2020.

UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	
ÁREA CONTINENTAL	ÁREA INSULAR
1- ESF Gleba II	1- ESF Esplanada dos Barreiros
2- ESF Humaitá	2- ESF Sá Catarina
3- ESF Parque Continental	3- ESF Saquarem/México 70
4- ESF Rio Branco I	4- ESF /eAP Japui
5- ESF Rio Negro	5- ESF /eAP Jardim Guassu
6- ESF Samaritá	6- ESF /eAP Náutica
7- ESF Vila Ema/ Nova S.Vicente	7- ESF /eAP Parque Bitarú
8- ESF /eAP Rio Branco II/III	8- ESF /eAP Parque S.Vicente
9- ESF /eAP Parque das Bandeiras	9- ESF /eAP Praça Vitória
10- ESF/ eAP Ponte Nova Quarentenário	10- ESF /eAP Sambaiatuba
11- USM – Unidade Saúde da Mulher	11- ESF /eAP Vila Margarida
	12- ESF /eAP Jip
	13- eAP Catiapoã
	14- eAP Central
	15- eAP Pompeba
	16- eAP Tancredo Neves

Fonte: Diretoria de Atenção Básica (DAB/SESAU SV)

A APS se orienta esta pela Política Nacional de Atenção Básica de acordo com a PORTARIA nº 2436 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 que estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, e

que tem na Saúde da Família a sua estratégia prioritária para sua expansão e consolidação, considerando as especificidades regionais, a dinamicidade do território, e servindo como base para seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

A APS no município de São Vicente é quem define diretriz, elabora protocolos e manuais técnicos, seguindo as normas e orientações do Ministério da Saúde,

São responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), todas as nossas Unidades de Saúde contam com pelo menos um Responsável Técnico (RT), e um Responsável Administrativo (RA), são eles que na unidade respondem pela supervisão e acompanhamento das equipes. Na estrutura da APS o município está organizado em equipes de Atenção Primária (eAPS) e Estratégia Saúde da Família (ESF).

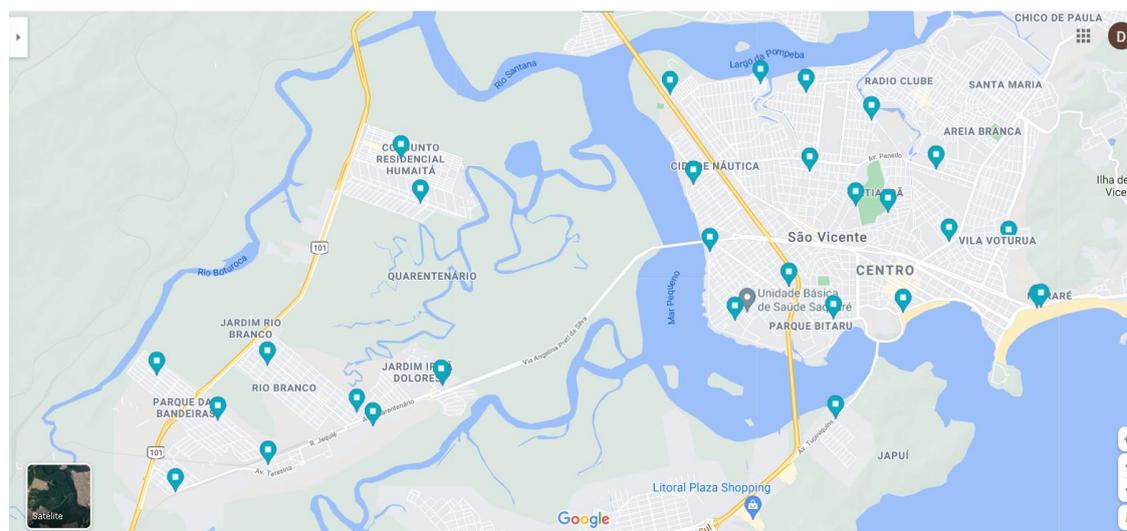
7.1 Serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde

- ✓ Consultas individuais e coletivas;
- ✓ Visita domiciliary;
- ✓ Saúde Bucal;
- ✓ Vacinação;
- ✓ Coleta para exames laboratoriais: sangue, urina e fezes;
- ✓ Curativos;
- ✓ Planejamento reprodutivo;
- ✓ Vigilância em saúde;
- ✓ Tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos;
- ✓ Desenvolvimento das ações de controle de arboviroses e outros riscos ambientais em saúde;
- ✓ Pré-natal e puerpério;
- ✓ Acolhimento mãe-bebê após alta na maternidade;
- ✓ Rastreamento de câncer de colo uterino e câncer de mama;
- ✓ Teste do pezinho, teste do reflexo vermelho e da orelhinha;
- ✓ Teste rápido de Sífilis e HIV;
- ✓ Distribuição gratuita de preservativos;
- ✓ Teste rápido de gravidez;
- ✓ Controle do Tabagismo;

- ✓ Prevenção das IST's, HIV e Hepatites Virais;
- ✓ Acompanhamento de doenças crônicas;
- ✓ Identificação, tratamento e acompanhamento da Tuberculose e Hanseníase.

7.2 Descrição da rede

Figura 7. Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) – São Vicente – 2020.



Fonte: Diretoria de Atenção Básica (DAB/SESAU SV)

Tabela 39. Equipamentos - Atenção Primária à Saúde (APS)

Unidade/ Equipamento	CNES
Academia de Saúde Humaitá	7983220
Ambulatório da Terceira Idade	2033615
ESF Gleba II	6434053
ESF Jardim Rio Negro	6695183
ESF Parque Continental	5309719
ESF Esplanada dos Barreiros	9842829
ESF Humaitá	2035286
ESF Japuí	2063077
ESF Jardim Rio Branco I	2038951
ESF Jardim Rio Branco II/III	2033275
ESF Sá Catarina	0422746
ESF Saquaré	2045028
ESF Vila Ema e ESF Vila Nova São Vicente	5166594
UBS Catiapoã	2040492
UBS Central	2084856
UBS Jardim Guassú	2062348
UBS JIP	2084821
UBS Náutica III	5048427
UBS Parque Bitaru	2039257
UBS Parque das Bandeiras	3239128

UBS Parque São Vicente	3788474
UBS Pompeba	2033291
UBS Ponte Nova	2032163
UBS Praça Vitória	2062356
UBS Samaritá	2038471
UBS Sambaiatuba	3021394
UBS Tancredo Neves	2033283
UBS Vila Margarida	2038943
Unidade de Saúde da Mulher Davi Capistrano	3240290

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

7.3 Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso

➤ Política de Saúde do Adulto

Objetivo Geral:

Reduzir a morbimortalidade por Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HAS)

Objetivos Específicos

- Prevenir e Controlar a morbidade por DM e HAS;
- Prevenir/ reduzir as complicações de DM e HAS;
- Reduzir a taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC);
- Estimular e monitorar o cadastramento e o acompanhamento dos portadores de DM e HAS

Ações Estratégicas

- Acompanhamento dos indicadores da Avaliação de desempenho para pacientes com DM e HAS
- Atualização da ESF para prevenção e controle do DM e da HAS;
- Promoção da alimentação saudável e da atividade física, com o objetivo de reduzir o sedentarismo e a obesidade.

➤ Política de Saúde da Pessoa Idosa

Objetivo Geral:

- Qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa.

Objetivos Específicos:

- Reduzir a prevalência de internações por fratura de fêmur;
- Prevenir e diminuir o número de acidentes e violência na pessoa idosa;
- Contribuir para implementar o cuidar a pessoa idosa;

- Contribuir para melhoria da qualidade de atenção prestada aos idosos na Atenção Básica.
- Compor na rede de atenção à saúde da pessoa idosa

Ações Estratégicas

- Oficinas sobre envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa;
- Implementar a da caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Monitoramento e Avaliação das ações desta Área.

7.4 Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

- Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

Objetivo Geral:

Qualificar as Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, visando a melhoria da assistência através do acompanhamento e avaliação dos serviços prestados.

Objetivos Específicos:

- Organizar a atenção integral à saúde da criança e do adolescente através de linhas de cuidado que garantam o acesso a todos os níveis de atendimento;
- Diminuir a mortalidade Infantil;
- Diminuir a morbidade na infância e adolescência;
- Contribuir para uma boa qualidade de vida das crianças, adolescentes e suas famílias;
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento em todas as suas fases (0-18 anos).

Ações Estratégicas

- Promoção do Nascimento Saudável;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento
- Vacinação múltipla de crianças de 0 a 5 anos de idade
- Criação da rede de bancos de leite humano.
- Promoção de eventos técnicos sobre saúde da criança e aleitamento materno.

7.5 Atenção à Saúde da Mulher

- Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Objetivos gerais:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres vicentinas, mediante a ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção integral à saúde das mulheres, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

- Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação.
- Promover a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, legalmente constituídos, e a perspectiva de gênero, no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos:

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras IST;
- Estimular a implementação da assistência em planejamento reprodutivo, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Ações Estratégicas

- Apoio ao aleitamento materno
- Apoio ao parto normal
- Prevenção da mortalidade materna,
- Prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama,
- Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis,
- Prevenção da violência de gênero e obstétrica.

7.4 Ações de Promoção da Alimentação Saudável e Atenção Nutricional

Objetivo Geral:

Ampliar e qualificar a cobertura do atendimento nutricional nas ESF e eAP

Objetivos Específicos:

- Promover práticas alimentares adequadas e saudáveis;
- Ampliar as ações de promoção de alimentação saudável de forma a fortalecer a segurança alimentar e nutricional da população.
- Monitorar o estado nutricional da população atendida nas ESF e eAP

Ações estratégicas:

- promoção da alimentação adequada e saudável,
- incentivo às práticas corporais e de atividade física,
- oferta de cuidados para as crianças, adolescentes e adultos que apresentam obesidade.

7.5 Programa Auxílio Brasil

Objetivo Geral:

Ampliar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxílio Brasil

Objetivos Específicos:

- Superar a situação de vulnerabilidade e pobreza.
- Garantir as famílias beneficiárias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde.

Ações estratégicas

Desenvolver ações de prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição

Realizar ações de vigilância alimentar e nutricional

7.6 Núcleo Ampliado à Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB)

Objetivo Geral:

Ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na APS.

Objetivos Específicos:

- ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

Ações estratégicas

- práticas integrativas e complementares,
- reabilitação,
- alimentação e nutrição,
- saúde mental,
- serviço social,
- saúde da criança/do adolescente e do jovem,

- saúde da mulher
- assistência farmacêutica.

O município conta com uma equipe de NASF-AB, que atua, apoiando as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (eAP). É importante ressaltar que as equipes multiprofissionais são essenciais para o desempenho da Atenção Primária do município, uma vez que a melhoria dos indicadores em saúde, está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que as compõem.

7.7 Programa de Controle de Tabagismo

Objetivo Geral:

- Reduzir o número de mortes por doenças causadas pelo tabagismo/Reduzir a prevalência de fumantes;

Objetivos Específicos:

- Promover o ambiente livre de fumo;
- Ressaltar os riscos e os malefícios do tabagismo;
- Implantar e implementar serviços de tratamento do fumante;
- Capacitação e apoio para implementação do serviço de abordagem e tratamento de fumante em unidade de saúde;
- Monitoramento e Avaliação das ações desta Área.

Ações estratégicas

- Campanhas educativas (Dia Mundial sem Tabaco, Dia Nacional de Combate ao Fumo e Dia Nacional de Combate ao Fumo).
- Promoção de Ambientes Livres de Fumo;
- Capacitação e apoio para implantação do serviço de abordagem e tratamento de fumante em unidade de saúde.
- Monitoramento e Avaliação das ações desta área.

7.8 Estratégia Saúde da Família

Objetivo Geral:

Fundamentar-se no trabalho multiprofissional desenvolvendo ações de saúde num território definido, estabelecendo vínculos e relações de co-responsabilidade com a população assistida, alcançando atenção efetiva e qualificada, além do trabalho com o foco na família, considerando o indivíduo em seu contexto social, econômico e ambiental, tendo a capacidade de prevenir os agravos à saúde mais prevalentes na região e de aproximar a assistência da real condição de vida dos usuários.

Objetivos Específicos:

- Atuar no cadastramento de indivíduos e domicílios,
- Realizar diagnóstico situacional da população pela qual a equipe é responsável,
- Desenvolver ações com foco nas necessidades de saúde para um cuidado realizado de forma integral, abrangendo promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos.

Ações estratégicas

- A Política Nacional da Atenção Básica - PNAB 2017 tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS). Recomenda-se, por meio dela, a conversão das unidades de saúde tradicionais em Estratégia Saúde da Família.
- Atualmente, o município conta com 31 ESF implantadas,. Cada equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Neste momento, a Estratégia Saúde da Família, no município, apresenta cobertura de 39% da Atenção Primária e desses 83% da população está cadastrada no e-SUS.

7.9 Consultório na Rua

Objetivo Geral:

- Ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, no município de São Vicente;

Objetivos Específicos:

- Implementar o Consultório na Rua (CnaR), integrando as ações de suas equipes com as de ESF, eAP, CAPS adulto, CAPS infantil e CAPS álcool e drogas, a fim de incluir no SUS pessoas em situação de rua e alta vulnerabilidade

- Manter atualizadas as informações sobre a situação de pandemia e sobre os cuidados com a saúde;
- Manejar as dificuldades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas por parte dos acolhidos;
- Orientar sobre a prevenção a COVID-19 e demais doenças transmissíveis, principalmente aquelas que mais acometem a população em situação de rua;
- Organizar espaços que garantam a biossegurança, isolamento e tratamento daqueles atingidos pelo vírus, assim como a proteção dos grupos mais vulneráveis como: idosos, pessoas que vivem com HIV, mulheres grávidas, pessoas com doenças crônicas, respiratórias e outras comorbidades;
- Conhecer os fluxos de encaminhamento à rede hospitalar, para direcionar os usuários que sejam casos suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus.

Ações estratégicas

A atuação da equipe se dá de forma itinerante em várias localidades do município e consiste em ações prioritárias:

- Gestantes usuárias de substâncias psicoativas – com vistas à prevenção da transmissão vertical das IST, principalmente sífilis e HIV/Aids;
- População em situação de rua e/ou usuários de álcool e drogas;
- Profissionais do sexo, travestis e pessoas trans;
- Ampliação do acesso ao preservativo e materiais instrucionais.

A equipe multiprofissional é composta por enfermeira, psicóloga e dentista. Elas distribuem os insumos nos campos (preservativos feminino/masculino, gel lubrificante e folders); acolhe, orienta, agenda consultas, acompanha os usuários em consultas e tratamentos; orienta também sobre os direitos de cidadania e encaminha para recursos da comunidade.

No ano de 2020, devido a pandemia de COVID-19, a equipe teve seu trabalho interrompido, tendo retornado em abril de 2021.

7.10 Programa Saúde da Escola (PSE)

Objetivo Geral:

• contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Objetivos Específicos:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e a suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Ações estratégicas

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação e atualização da situação vacinal;
9. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Para a vigência 2021/2022, foram pactuadas 28 creches e 8 EMEIF. As ações nesse momento estão sendo realizadas em atividades remotas e atendimentos individuais do matriciamento.

8 ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Atenção Hospitalar

A Rede de Atenção Hospitalar constitui-se, principalmente, de estabelecimentos que realizam os procedimentos de saúde que exigem maior agregação tecnológica, assim como os de maior custo para o Sistema. Esta rede está organizada levando em consideração a complexidade do hospital e suas habilitações junto ao Ministério da Saúde.

A assistência hospitalar em São Vicente é realizada por 218 leitos hospitalares sendo distribuídos em 02 hospitais e 01 maternidade municipal.

Tabela 40. Hospital Municipal de São Vicente e leitos e por especialidade, 2020.

HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO VICENTE - CNES 3021378		
LEITOS COMPLEMENTARES	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
51 - UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	10
75 - UTI ADULTO - TIPO II	10	6
96 - SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	4	4
TOTAL	24	20
ESPEC - CIRURGICO		
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	7	7
09 - NEUROCIRURGIA	2	2
05 - GASTROENTEROLOGIA	1	1
03 - CIRURGIA GERAL	6	6
01 - BUCO MAXILO FACIAL	1	1
TOTAL	17	17
ESPEC - CLINICO		
46 - PNEUMOLOGIA	2	2
42 - NEUROLOGIA	5	5
40 - NEFROUROLOGIA	1	1
36 - GERIATRIA	2	2

33 - CLINICA GERAL	67	67
32 - CARDIOLOGIA	1	1
31 - AIDS	3	3
TOTAL	81	81
PEDIATRICO		
45 - PEDIATRIA CLINICA	5	5
TOTAL	5	5
TOTAL GERAL	127	123

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

Tabela 41. Maternidade Municipal de São Vicente e leitos por especialidade, 2020.

MATERNIDADE DE SÃO VICENTE - CNES 6966594		
	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
LEITOS COMPLEMENTARES		
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	7	0
92 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	4	0
93 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	4	0
TOTAL	15	0
OBSTÉTRICO		
43 - OBSTETRICIA CLINICA	25	25
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	4	4
TOTAL	29	29
PEDIÁTRICO		
45 - PEDIATRIA CLINICA	7	7
TOTAL	7	7
TOTAL GERAL	51	36

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

Tabela 42. Hospital Dr Olavo Horneaux de Moura e leitos por especialidade, 2020.

HOSPITAL OLAVO HORNEAUX - CNES 7371349		
	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
LEITOS COMPLEMENTARES		
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
95 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	3	3
TOTAL	4	4
ESPEC - CLINICO		
87 - SAUDE MENTAL	8	0
33 - CLINICA GERAL	28	28
TOTAL	36	28
TOTAL GERAL	40	32

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

8.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Desde dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o MS já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos.

Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade.

Tabela 43. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 2020.

BASE	CNES
SAMU 192 São Vicente	5659345
SAMU 192 São Vicente 1	6964796
SAMU 192 São Vicente 2	6964850
SAMU 192 São Vicente 3	6975739
SAMU 192 São Vicente 5	6975852
SAMU 192 São Vicente 6	9842608
SAMU 192 São Vicente 7	9859810

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

As unidades de Pronto Atendimento (PA) são estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.

Tabela 44. Pronto Atendimento e quantidade de leitos de observação, 2020.

	CNES	Leitos de Observação Feminino	Leitos de observação Masculino
Pronto Atendimento Humaitá	2084767	03	04
Pronto Atendimento Parque das Bandeiras	20500702	02	02

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

9. ATENÇÃO ESPECIALIZADA E AMBULATORIAL

A Atenção Especializada é feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizada em ambiente ambulatoriais das unidades de Saúde e dos hospitais, com equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados (médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogo, fonoaudiólogos, entre outros profissionais). que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

É caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada.

Tabela 45. Equipamentos Atenção Especializada, 2020.

Equipamento	CNES
CAD II - Centro de Apoio Diagnóstico São Vicente	5336162
CATO – Centro de Atendimento em Traumatologia e Ortopedia	6177344
Centro Médico Martim Afonso	2040190
Centro Médico de Especialidades Infantis	3889653
Unidade de Saúde do Adolescente	6580459

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES / DATASUS

9.1 Saúde Mental

A Rede de Atenção Psicossocial tem como missão garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Após a Reforma Psiquiátrica, iniciou-se a implantação de serviços substitutivos à hospitalização fechada para tratamento de portadores de transtornos mentais. Desta forma, em 1992, foi implantado neste município o então Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS, sendo o segundo serviço da modalidade criado no país.

O SUS preconiza que o atendimento em saúde seja pautado na equidade, universalidade e descentralização. Atendendo a essas recomendações, o município foi redimensionado para que cada unidade de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) seja referência para um percentual da população distribuída em dois grandes territórios: Área Continental – 01 CAPS II , e Insular - 01 CAPS II e 01 CAPS III, que são

serviços especializados no atendimento à pacientes adultos com sofrimento mental severo e persistente.

Ainda na Área Insular, estão localizados o CAPS II IJ, referência municipal para crianças e adolescentes até 18 anos incompletos; CAPS II AD, também referência municipal para portadores de sofrimento mental decorrente do uso/abuso de substâncias psicoativas.

A porta de entrada nos serviços de atenção psicossocial é a Atenção Básica, que referencia os munícipes para atendimento especializado através de referência – contrareferência médica, exceção feita ao CAPS II AD que atende livre demanda.

Inicialmente, o paciente comparece a unidade de seu território com o encaminhamento. É acolhido para posterior triagem e construção de seu Projeto Terapêutico Singular, sendo direcionado para acompanhamento médico e técnico, nas áreas de psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social e fonoaudiologia – esta específica do CAS II IJ, de acordo com a demanda apresentada em cada caso e após discussão técnica da equipe interdisciplinar.

Usuários em situação de crise tem como porta de entrada as duas unidades de Pronto Atendimento na Área Continental e o Hospital Municipal de São Vicente, na Área Insular. Os casos em que haja necessidade de internação, serão encaminhados pelo SAMU ao Hospital Dr. Olavo Horneaux de Moura, onde estão implantados 08 leitos de saúde mental em enfermaria de casos agudos.

A Saúde Mental articula-se com toda rede de saúde e através do NASF - Núcleo Ampliado à Saúde da Família, trabalha em conjunto com a Rede de Atenção Básica para a efetivação da política de matriciamento que consiste em qualificar através de capacitações, discussão de casos, dinâmica de grupos e vivências a referida rede para atendimento à pessoas com sofrimento mental leve.

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em sua configuração atual, foi instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que descreve em seu Art. 5º os componentes que constituem a atenção em Saúde Mental.

Tabela 46. Pontos de Atenção em Saúde Mental, 2020.

Pontos de Atenção	Componente
Atenção Primária a Saúde	26 Unidades de Atenção Básica entre ESF, UBS e Unidades Mistas; 01 Consultório na Rua
Atenção Psicossocial Especializada	02 CAPS II – Domingos Stamato e Jd Rio Branco; 01 CAPS III – Mater; 01 CAPS II Infantojuvenil; 01 CAPS II Álcool e Drogas; 01 SRT
Urgência e Emergência	SAMU, 02 Pronto Atendimentos e Urgência do Hospital Municipal de São Vicente.
Atenção Hospitalar	Hospital Municipal de São Vicente Hospital Dr Olavo Horneaux de Moura Maternidade Municipal
Estratégias de Desinstitucionalização	01 Serviço Residencial Terapêutico - SRT

Fonte: Coordenação de Saúde Mental – Diretoria de Atenção Especializada / SESAU

➤ **Descrição da rede por equipamento**

Atenção Básica: Rede de atenção primária que atende portadores de transtornos mentais leves através do Matriciamento nas Estratégias de Saúde da Família e unidades mistas.

Consultório na Rua: Modalidade de atendimento da Atenção Básica à população em situação de rua. Promove encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial quando há suspeita ou detecção de pessoas com sofrimento psíquico derivado de transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas.

Atenção Psicossocial: Os CAPS prestam atendimento a portadores de Transtornos Mentais Severos e Persistentes e decorrentes do Uso/ Abuso de Álcool e outras Drogas.

O serviço é desenvolvido através de equipe interdisciplinar composta por: Médicos Psiquiatras, Clínico (CAPS III Mater) e Pediatra (CAPS II IJ); Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogos Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares Administrativos e Auxiliares de serviços Básicos.

Oferecem atendimentos individuais e em grupos terapêuticos, oficinas

expressivas, comunicativas e de geração de renda, atendimento familiar, visitas domiciliares, busca ativa, roda de terapia comunitária, dança circular e pretendemos implantar à médio prazo outras Práticas Integrativas e Complementares.

São exemplos dessas oficinas o “BATUCAPS” que ocorre no CAPS III Mater, onde os usuários do serviço trabalham a expressão, comunicação e socialização através da música e as oficinas de geração de renda de todas as unidades cujos produtos são comercializados no “Bazar Mental Shop”, anexo ao CAPS III Mater, sito à Rua Padre Anchieta, nº 211- Centro.

Os cuidados dentro dos CAPS podem ser não intensivos, de caráter ambulatorial para usuários com transtornos mentais moderados e estabilizados; semi-intensivo e intensivo, respectivamente, nas modalidades de Medicação Assistida e Hospitalidade Diária onde o paciente participa de atividades terapêuticas e de socialização, além das refeições permanecendo de 04 a 08 Horas nas unidades de acordo com o Projeto Terapêutico Singular, construído pela equipe, rede de assistência e família/cuidador.

O diferencial do CAPS III é possuir 05 leitos de Hospitalidade Integral para atendimento intensivo a pacientes em situação de desestabilização do quadro em saúde mental não se caracterizando como serviço de urgência.

Rede de Urgência/Emergência: O município implantou e aguarda a habilitação junto ao Ministério da Saúde de 08 leitos de Saúde Mental no Hospital Dr. Olavo Horneaux de Moura que receberá pacientes em agudização do quadro.

São Vicente implantou em 2018 o primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT), já habilitado pelo Ministério da Saúde que oferece espaço de moradia e cuidados à 08 egressos de Hospitais Psiquiátricos de Longa Permanência.

➤ **Descrição dos Serviços**

Tabela 47. Equipamentos Saúde Mental, 2020.

Equipamento	CNES	Descrição do Serviço
CAPS II Domingos Stamato II	3018504	Referência para população adulta de aproximadamente 105.731 habitantes dos territórios da Vila Margarida, (México 70, Boa Vista, Mateo Bei), Esplanada dos Barreiros, Cidade Náutica, Náutica III, Beira Mar, Parque Bitaru, tendo cadastrados 5.126 usuários.
CAPS II Jardim Rio Branco	5774799	Referência para a população adulta de 96.574 moradores da Área Continental: Humaitá, Jardim Irmã Dolores, Jardim Rio Branco, Parque Continental, Vila Nova Margarida, Samaritá, Vila Ema, Vila Nova São Vicente, Parque das Bandeiras, Zona Rural, Acaraú, tendo cadastrados 7.839 usuários no serviço.
CAPS I Infantojuvenil	5774780	Referência para crianças e adolescentes até 18, sendo cadastrados na unidade, atualmente 8.436 municipais nessa faixa etária.
CAPS II Álcool e Drogas	3029425	Serviço especializado para pessoas em sofrimento mental decorrente do uso / abuso de álcool e outras drogas Atualmente possui 6.947 pacientes cadastrados.
CAPS III Mater	22078279	Referência para Hospitalidade Integral em todo o município quando ocorre desestabilização do quadro e para casos severos e persistentes de parte da área insular sendo referência para aproximadamente 118.240 habitantes e um cadastro de sendo em seu cadastro de 15.714 municipais. Bairros: Japuí, Gonzaguinha, Itararé, Vila Valença, Vila Voturuá, Jardim Independência, Vila São Jorge, Jardim Guassu, Vila Melo, Catiapoã, Centro e Joquei Club

Fonte: Coordenação de Saúde Mental / Diretoria de Atenção Especializada

➤ **Rede de desinstitucionalização**

O Serviço Residencial Terapêutico oferece espaço de moradia e cuidados em saúde e saúde mental para egressos de hospitais de longa permanência seguindo a política de desinstitucionalização do Ministério da Saúde

Visa promover a reinserção social, o fortalecimento de vínculos afetivos e de cuidados com os familiares e a sociedade.

Tem capacidade para 08 moradores, munícipes de São Vicente, oriundos Hospitais Psiquiátricos de Longa Permanência – HPLP e, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que lá permaneceram por mais de 02 anos, na média em nosso município, a permanência foi de 20 anos e que agora tem a oportunidade de voltar à comunidade, com um trabalho de fortalecimento de vínculos familiares e desenvolvimento de potencialidades.

9.3 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Considerando as definições estabelecidas pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI), de 13.146 de julho de 2015, a deficiência é compreendida como resultado da interação entre impedimentos, que são condições presentes nas funções e estruturas do corpo, e barreiras que podem ser urbanísticas, arquitetônicas, barreiras nos transportes, comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas. Assim, a deficiência é compreendida pela experiência de obstrução do gozo pleno e efetivo na sociedade em igualdade de condições.

Como qualquer cidadão, as pessoas com deficiência têm o direito a atenção integral à saúde e podem procurar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) quando necessitarem de orientações ou cuidados, incluindo serviços básicos de saúde como imunização, assistência médica ou odontológica, ou ainda serviços de atenção especializada, como reabilitação e atenção hospitalar.

O processo de habilitação e reabilitação é um direito da pessoa com deficiência e a oferta desses serviços articulados será multiprofissional, com abordagem interdisciplinar e atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade.

Além disso, a prestação dos serviços deverá ocorrer próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio da Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002, entrou em vigor a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, voltada para a inclusão das pessoas

com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, com as seguintes diretrizes:

- Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- Prevenção de deficiências;
- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- Capacitação de recursos humanos.

É de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) coordenar o processo de formulação, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de saúde da pessoa com deficiência, observados os princípios e diretrizes do SUS, por meio de cooperação/assessoria técnica a Estados, Municípios e ao Distrito Federal para o desenvolvimento de ações e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Com esses fundamentos, fica instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, partindo da necessidade de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, garantindo acesso de qualidade aos serviços, ofertando inclusive Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), cabendo ao Município, por meio da Secretaria de Saúde municipal, a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências); e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. O componente Atenção Especializada em Reabilitação (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências) contará com os seguintes pontos de atenção:

- I - estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação;
- II - Centros Especializados em Reabilitação (CER); e
- III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação observarão as seguintes regras de funcionamento:

- I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência;
- II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação;
- III - produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;

Além disso, contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

O município de São Vicente apresentou segundo IBGE, os seguintes dados:

Tabela 48. População por tipo de deficiência permanente em São Vicente, 2010.

Tipo de deficiência permanente	População
Deficiência visual - não consegue de modo algum	804
Deficiência visual - grande dificuldade	8.639
Deficiência visual - alguma dificuldade	47.901
Deficiência auditiva - não consegue de modo algum	493
Deficiência auditiva - grande dificuldade	2.875
Deficiência auditiva - alguma dificuldade	12.834
Deficiência motora - não consegue de modo algum	1.256
Deficiência motora - grande dificuldade	5.957
Deficiência motora - alguma dificuldade	14.586
Mental/intelectual	4.589

Fonte: IBGE - Censo Demográfico/2010.

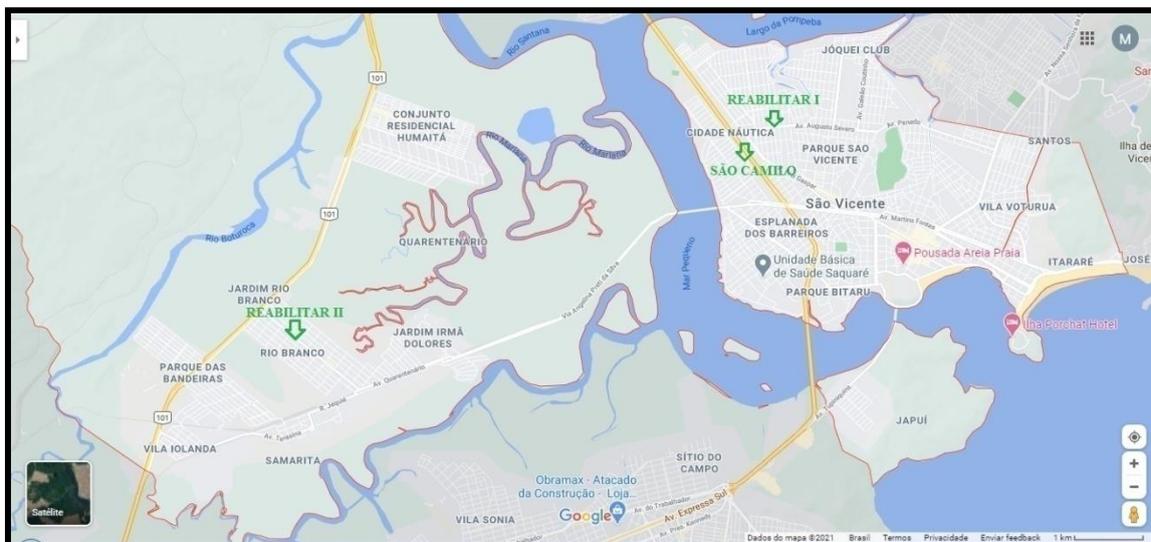
➤ Descrição dos Serviços

Tabela 49. Equipamentos Coordenação de Reabilitação, 2020.

Equipamento	CNES	Descrição do Serviço
Centro de Atendimento Especializado à Saúde da Pessoa com Deficiência Reabilitar I	2062275	O público alvo são as pessoas com deficiência física e/ou síndromes neurológicas com comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, <u>residentes na área insular do município</u> , que necessitem de avaliação, atendimento e tratamento nos serviços ambulatoriais oferecidos de fisioterapia, perícia (gratuidade de transporte), acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional e nutrição, além da unidade possuir como apoio, administração, serviços básicos e transporte.
Centro de Atendimento Especializado à Saúde da Pessoa com Deficiência Reabilitar II Jardim Rio Branco	5976111	O público alvo são as pessoas com deficiência física e/ou síndromes neurológicas com comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, residentes na área continental do município, que necessitem de avaliação, atendimento e tratamento nos serviços ambulatoriais oferecidos de fisioterapia, perícia (gratuidade de transporte), acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional e nutrição, além da unidade possuir como apoio, administração, serviços básicos e transporte.
Centro de Atendimento Especializado à Saúde da Criança com Deficiência São Camilo	3024385	O público alvo são crianças até 12 anos com deficiência física e/ou síndromes neurológicas com comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, residentes na área insular e continental do município que necessitem de avaliação, atendimento e tratamento nos serviços ambulatoriais oferecidos de fisioterapia, neuropediatria, perícia (gratuidade de transporte), fisioterapia, hidroterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional e nutrição, além da unidade possuir como apoio, administração, serviços básicos e transporte.

Fonte: Coordenação de Reabilitação / Diretoria de Atenção Especializada

Figura 8. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – São Vicente – 2020.



Fonte: Coordenação de Reabilitação / Diretoria de Atenção Especializada

10. SAÚDE BUCAL

A Política de Saúde Bucal proporciona atenção odontológica integral à população vicentina garantindo a realização de atividades coletivas e individuais de promoção e prevenção da saúde bucal.

Possui uma rede de assistência na Atenção Primária e Secundária à saúde – Unidade Básica de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, respectivamente, dispendo também de atendimento de urgência nas unidades de Pronto Atendimento (PA)

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) são realizados procedimentos preventivos, curativos e exodontias (extrações dentárias), sendo a porta de entrada obrigatória para os serviços da atenção secundária quando necessário. As equipes da atenção primária realizam programas preventivos e educativos (UBS e escolas), visando proporcionar a adoção de corretas práticas de higiene bucal e redução da incidência das patologias bucais.

A atual cobertura da Saúde Bucal na APS é de 20,46% e 18 unidades contam com consultório odontológicos no município.

Nos CEOs são realizados atendimentos especializados nas áreas de endodontia (tratamento de canal), periodontia (tratamento da gengiva e tecidos de sustentação do dente), cirurgia oral menor (remoção de dente incluso), estomatologia com

ênfase em diagnóstico precoce de câncer bucal, atendimento odontológico às pessoas com deficiências e reabilitação protética (prótese total).

10.1 Programa de Prevenção e Detecção do Câncer Bucal

O objetivo do programa é melhorar o acesso e qualidade das ações preventivas de promoção da saúde e de assistência ao câncer bucal no município, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade da doença.

10.1 Programa de Prevenção em Saúde Bucal

Nosso Programa de Prevenção denominado Dente – São é realizado no município desde 1997, através da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria da Saúde em parceria com a Secretaria de Educação. O objetivo maior é a redução dos índices de cárie e doença periodontal em alunos de 0 a 14 anos e promover melhor qualidade de vida aos munícipes e conseqüentemente, diminuição da demanda reprimida ao tratamento odontológico nas unidades de saúde.

A Equipe de Prevenção em Saúde Bucal visita diariamente as unidades de ensino, conforme cronograma pré-estabelecido.

- Número de alunos inscritos em 2020: 45.926
- Número de alunos inscritos em 2021: 45.507
- Número de Unidades de Ensino em 2021: 135 Unidades (54 creches e 81 escolas)

- Atividades Desenvolvidas nas Escolas:
 - Exame clínico anual, para avaliação do risco de cárie. O exame é realizado na primeira visita às Unidades de Educação Infantil e Ensino Fundamental do 1º ao 9º ano e, em caso de falta do aluno, será feito em uma próxima visita.
 - Palestras educativas sobre higiene bucal, técnicas adequadas de escovação e uso de fio dental, prevenção às doenças bucais, hábitos alimentares adequados, abordagem sobre vícios bucais inadequados, entre outros temas de interesse dos alunos.
 - Escovação supervisionada no bebedouro da escola, após evidenciação da placa bacteriana através de solução que cora os dentes dos alunos evidenciando onde resta “sujeira”, ou seja, dentes mal escovados, com distribuição de escovas e creme dental para cada aluno inscrito no programa no dia da visita da respectiva escola.

- Aplicação de flúor tópico de acordo com o risco de cárie avaliado individualmente, a partir do 1º ano.

➤ **Atividades Desenvolvidas nas Creches:**

- Exame clínico anual, para avaliação do risco de cárie. O exame é realizado na primeira visita e, em caso de falta da criança, será feito em uma próxima visita.
- Palestras educativas sobre higiene bucal, técnicas adequadas de escovação e uso de fio dental, prevenção às doenças bucais, hábitos alimentares adequados, abordagem sobre vícios bucais inadequados. As orientações são direcionadas à faixa etária das crianças e também são feitas para as funcionárias das creches, para treinamento das atividades a serem realizadas diariamente pelas mesmas.
- Visita trimestral para a realização da escovação supervisionada e orientação educativa em crianças a partir de 2 anos.
- As escovas e creme dental para as crianças são distribuídas a cada visita e ficam armazenadas na Creche, em porta escovas identificados com o nome de cada aluno.

11. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

a. Componente Especializada Assistência Farmacêutica

O Sistema Único de Saúde – SUS, nos últimos anos, tem alcançado importantes avanços no desenvolvimento das suas diretrizes básicas: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular.

O aprofundamento do processo de descentralização gera necessidades de aperfeiçoamento, busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão do município. Por sua vez, a consolidação das ações de Atenção Básica, como fator estruturante do Sistema Municipal de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento.

Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização do sistema municipal, tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações.

As ações direcionadas para o alcance desse propósito serão balizadas pelas

diretrizes a seguir.

I – Conceito de Assistência Farmacêutica

Todas as atividades relacionadas a medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Compreende abastecimento, conservação, controle da qualidade, segurança, eficácia terapêutica, difusão de informações sobre medicamentos, para assegurar o seu uso racional. Consiste em atividades multidisciplinares.

Parte integrante da Assistência Farmacêutica relacionada aos medicamentos básicos, essenciais, os quais são dispensados na rede ambulatorial do Município sob prescrição habilitada conforme legislação vigente.

II - Conceito de Atenção Farmacêutica.

Serviço a ser prestado pelo profissional farmacêutico diretamente ao paciente, que consiste na somatória de atitudes para a prestação da farmacoterapia, com objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e melhoria da qualidade de vida do usuário.

III – Política Municipal de Assistência Farmacêutica.

Tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles medicamentos considerados essenciais, observando-se:

1. Só é prestado assistência Farmacêutica a partir de prescrição médica, odontológica ou de enfermagem, de acordo com legislação vigente.
2. Só é prestado assistência Farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde, a partir de atendimento realizado por profissionais do SUS do Município de “São Vicente” – médico, odontólogos ou enfermeiros – em sua função.
3. A oferta do elenco básico de medicamentos através da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) é parte integrante da política de assistência a saúde do município, para o cumprimento dos seus resultados.

IV – Definição.

A implementação da Assistência Farmacêutica é fundamentada em:

1. Padronização de medicamentos (elenco básico e padrão de qualidade), conforme perfil epidemiológico, base científica atual e análise da Comissão de Farmácia e Terapêutica.
2. Suporte à prescrição habilitada baseada em princípios científicos.
3. Análise do registro do medicamento no Ministério da Saúde e Certificado de Boas Práticas por linha de Produção para a forma farmacêutica em questão, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Armazenamento e distribuição de medicamentos segundo normas técnicas.
5. Solicitação de aquisição e distribuição conforme previsão de necessidades.
6. Dispensação, entendida como ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado do medicamento, realizado pelo farmacêutico.
7. Educação em saúde quanto ao uso racional de medicamentos.
8. Orientação quanto à segurança e qualidade de produtos medicamentosos.

V – Atribuições e estrutura da Diretoria de Assistência Farmacêutica

a) Atribuições:

- Monitoramento das atividades dos farmacêuticos na rede, desenvolvendo ações de informação, padronização, prescrição, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, controle de qualidade, educação em saúde e vigilância farmacológica.
- Apresentação do controle de estoque de cada UBS regularmente, através do profissional farmacêutico responsável pela UBS, evitando assim perdas e excesso de medicamentos.
- Efetuar aquisições de medicamentos através de Pregões eletrônicos (Ata de Registro de preços).
- Abastecimento de medicamentos no Almoxarifado Central e das farmácias das Unidades Básicas de Saúde /ESF's, rede de urgência e emergência e Unidades de especialidades; (totalizando o atendimento mensal de 49 equipamentos de saúde)
- Reuniões com a equipe farmacêutica, desenvolvendo manuais e informativos de acordo com a necessidade do município.
- Criação de protocolos e normas referentes a distribuição de medicação.

- Revisão periódica da padronização de medicamentos, garantindo melhor qualidade de vida à população; (Comissão de Farmácia e Terapêutica)
- Fiscalização de todos os setores que possuem medicamentos;
- Reduzir custos, visando obter a disponibilidade dos medicamentos essenciais à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes;
- Contribuir na formação e reciclagem do profissional farmacêutico e técnico;
- Gerenciamento dos Programas de Assistência Farmacêutica do Governo do Estadual e Federal. (Programa Saúde da Mulher e Programa de Tuberculose-Hansen-Meningite-Esquistossomose)
- Ações relacionadas a Farmácia do Componente Especializado da DRS IV;
- Ações relacionadas e monitoramentoda Farmácia Hospitalar da Maternidade , Hospital Municipal e Hospital Dr. Olavo Horneaux de Moura ;
- Ações relacionadas aos medicamentos de Processos Judiciais e Insulinas de Alto Custo.
- Gerenciamento do Programa de Oxigenioterapia Domiciliar;
- Respostas e acompanhamento de mandados judiciais; cumprimento de prazos;
- Respostas periódicas à defensoria pública e promotoria;
- Distribuição de Notificação de receitas B1, B2 e retinóides;
- Ações relacionados à resolução SS 54 do Estado;
- Gerenciamento dos medicamentos do Programa de IST/AIDS através do sistema informatizado SICLOM;

12. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Desde a aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), no segundo semestre de 2003, a Política de Educação Permanente em Saúde, deixou de ser uma proposta do Ministério da Saúde (MS) para ser uma Política do SUS. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da

população.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como eixo a aprendizagem no cotidiano do trabalho, estabelecendo-se como processo permanente de construção de conhecimento, de natureza participativa, onde o trabalhador atua como sujeito da sua formação. Para a transformação das práticas, é necessário dialogar e problematizá-las, na realidade de trabalho de cada equipe, estabelecendo novos acordos de convivência e práticas a fim de aproximar a atenção integral à saúde ao SUS.

Ciente da relevância de uma Política de Educação Permanente em Saúde, o município de São Vicente em 2014 iniciou as atividades do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), setor ligado diretamente ao Gabinete no organograma da Saúde.

Em maio de 2021, a coordenação do setor passou para a Diretoria de Planejamento e o resultado desta consolidação já se faz sentir de maneira positiva nas pactuações junto às Instituições de Ensino, número de oficinas realizadas e fortalecimento dos espaços de aprendizagem com a troca de saberes e vivências são os reflexos nos processos de trabalho desenvolvidos.

Em São Vicente, o SUS vem implementando iniciativas importantes que visam a Humanização da Saúde além de consolidar a atuação da EPS, descritas a seguir:

- Reuniões técnicas junto com a Diretoria de Planejamento e a Gestão promovendo espaços democráticos de produção, avaliação e monitoramento das ações de EP;
- Ações de Humanização da saúde promovendo o fortalecimento de relações e trabalho em equipe e usuários;
- Participação efetiva do NEPS e da Humanização em visitas e reuniões de equipe nos equipamentos de saúde (território), tem permitido conhecer mais profundamente os problemas e desafios da organização dos processos de trabalho e gestão dos serviços, o que sugere perspectivas de mudanças das práticas e formas de intervenção nos próximos quatro anos

Nesse direcionamento dos problemas existentes em relação à educação em saúde, o novo Plano Municipal aponta como perspectiva o enfrentamento das questões evidenciadas, quando define como prioridades a estruturação das políticas de educação permanente e HUMANIZAÇÃO.

13. FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. 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 (BRASIL, 2000a).

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 possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de São Vicente vem cumprindo o disposto, no 1º Quadrimestre de 2021 o percentual de aplicação em saúde foi de 21,61%.

Os recursos federais do SUS são transferidos aos níveis estadual e municipal mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, em 5 blocos de financiamento;

1. Atenção Básica;
2. Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

3. Vigilância em Saúde;
4. Assistência Farmacêutica;
5. Gestão do SUS.

A realização de uma gestão orçamentário-financeira do SUS é necessária para a integração das funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, para tanto, existem instrumentos orçamentários como a Lei de orçamento anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual de Saúde.

14. CONTROLE SOCIAL

O Sistema Único de Saúde brasileiro é o resultado de um processo de transformação da saúde pública que teve início no período do Brasil Colônia, onde não havia um programa que atendesse a população, e a saúde era tratada com recursos próprios ou por filantropia, através das Santas Casas de Misericórdia. Com o passar dos anos tiveram início as políticas sanitárias, através de instituições de controle sanitários dos portos e de epidemias.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS), que no princípio visava à promoção de educação em saúde e a prevenção de doenças através de ações de vacinação. Dentro desse processo de evolução, tivemos a criação das Caixas de Aposentaria e Pensão (CAPs), Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS, 1974), que atendiam os trabalhadores formais que contribuíam para previdência, porém tratava-se a doença, sem a ideologia de prevenção a saúde.

Na década de 1970 aumentaram as discussões sobre o tema saúde e com maior participação da população, através de profissionais da área de saúde e membros de movimentos civis, impulsionou-se a reforma sanitária. As lutas desses grupos levaram a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES, 1976) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 1979), dando base para a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 1980), composto por técnicos e gestores municipais.

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), foram fundamentados os direitos do cidadão a saúde, estabelecendo conceitos administrativos para coordenação, integração e transferência de recursos às instituições federais, estaduais e municipais. Esses parâmetros serviram como base para a seção da saúde na Constituição Federal (CF), no ano

de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde o Artigo 196 determina a saúde como direito de todos e dever do estado e o Artigo 198 determina a organização do sistema.

Com esse amparo constitucional, o SUS foi implantado no ano de 1990, tendo sua regulamentação através das leis 8.080/90 e 8.142/90. Além dessas duas leis orgânicas, vale destacar fatos importantes como a promulgação do decreto 7.508/11 e Pacto pela Saúde.

As leis orgânicas são mecanismos legais que se propõem a especificar diretrizes de organização de algum setor. Dessa forma, na saúde foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde com o intuito de organizar esse setor socioeconômico.

A Lei Orgânica 8.080/90 institui o SUS, discorrendo sobre os seus princípios doutrinários e organizativos. No projeto dessa lei, havia trechos que versavam sobre a participação da população na gestão do SUS, os quais foram vetados, na ocasião, pelo então presidente Fernando Collor de Mello.

Diante dessa situação, os movimentos sociais em prol do SUS exerceram pressão política sobre os governantes, sendo então sancionada a Lei Orgânica 8.142/90, que dispôs sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, bem como, mesmo que de forma muito tímida, sobre o financiamento do sistema.

Somente em 2011, passados mais de 20 anos, a presidente Dilma Rousseff promulgou o Decreto no 7.508/11, que regulamentou a Lei Orgânica no 8.080/90. Esse decreto se propôs a enunciar diretrizes para a operacionalização do SUS quanto à regionalização, hierarquização, organização das redes de atenção à saúde, implantação de linhas de cuidados, contratos com a iniciativa privada, interface com a saúde suplementar, implantação das comissões intergestoras e prática de cuidados tendo a Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora da atenção à população.

Nesse sentido, o Decreto no 7.508/11 reafirma o SUS e esclarece aspectos relevantes para a sua operacionalização.

A Participação Social no SUS foi institucionalizada pela Lei nº 8.142/1990, que institui os conselhos de saúde e as conferências de saúde como espaços para o exercício da participação da comunidade sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais.

O controle social do sistema de saúde democratiza o Sistema Nacional de

Saúde, por meio da descentralização da saúde e da participação da sociedade e atende ao objetivo da consolidação da democratização do sistema, proposta na Constituição Federal, garantindo a participação da população no processo de formulação e controle das políticas de saúde no Brasil.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) instância máxima de deliberação do SUS, de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde, bem como acompanha formulação de estratégias e o controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho analisa e aprova o plano de saúde, além de analisar e aprovar o relatório de gestão (RAG), informando a sociedade sobre a sua atuação.

Considerando a diversidade regional do País, com suas especificidades locais, foi estabelecido que os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde também elaborem suas políticas e planos de ação, apoiados pelos gestores municipais e estaduais.

Vale lembrar que a atuação dos Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos, tanto no que diz respeito ao planejamento quanto à execução das ações do SUS, mostra-se de fundamental importância no dimensionamento das dificuldades e possibilidades de efetivação das políticas de saúde voltadas para a cidadania, sobretudo nos momentos em que se discute a ampliação da participação social nas instâncias de governo.

A participação social é também denominada “participação comunitária” no contexto da saúde, e a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde, permite que atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

A participação da população só tornou-se possível com o processo da democracia consolidado e o surgimento de grupos sociais organizados; desses grupos

surgiram os representantes para o exercício do controle social. Guiado pelo espírito voluntário nos grupos sociais, esses representantes têm o mesmo espírito na defesa de seus interesses na gestão da saúde e na composição do controle social.

As Conferências estaduais e municipais são realizadas antes da Conferência Nacional de Saúde (CNS) em todo o país. As Conferências nos estados e municípios antecedem as discussões dos temas que serão debatidos na Conferência Nacional, discutindo e aprovando propostas de acordo com a realidade local. As propostas nelas aprovadas contribuirão com a construção das políticas de saúde que serão tratadas mais amplamente durante a Conferência Nacional. São esses temas identificados dentro dos serviços de saúde que contribuirão para o aprimoramento dos serviços de saúde pública. As Conferências Nacionais contam com a mobilização e participação de pessoas de todo o Brasil, por meio de representantes da sociedade e dos governos federal, estadual e municipal.

As reuniões dos Conselhos acontecem mensalmente, e é permitida a presença do público, conforme os critérios da Lei 8.142

O conselheiro é o responsável pelo controle social na gestão da saúde. Ele tem papel fundamental junto ao conselho em que participa, seja no âmbito federal, estadual ou municipal. Representando parte expressiva da sociedade, os conselheiros de saúde são os mediadores dos debates sobre a saúde pública. Em cada localidade onde se reúnem, transformam-se em interlocutores no diálogo entre os gestores e o controle social. A participação do segmento “usuário” é feita por indicação de entidades de movimentos comunitários, sindicatos, portadores de deficiência e patologia e associações de moradores.

O controle social é uma grande conquista da sociedade brasileira. É dever de cada cidadão lutar pela manutenção deste importante mecanismo de participação popular na gestão pública. Contribuindo com ações e reflexões produtivas dentro dos espaços devidamente destinados, na intenção de aprimorar cada vez mais o serviço de saúde.

O usuário torna-se co-responsável pelo controle social das ações da saúde, lutando pelo aprimoramento dos serviços de saúde e exercendo cidadania. Por estar diretamente conectado aos problemas locais, sua contribuição é primordial para a reflexão da transformação da saúde pública no Brasil, pois as experiências locais ampliam as possibilidades de acerto no fortalecimento das políticas de gestão da saúde.

Além dos conselhos municipais existe outra opção de participação direta da sociedade na gestão da saúde local, que são os chamados, em alguns municípios, conselhos gestores locais. Estes órgãos funcionam em hospitais, ambulatórios e unidades de saúde, tendo composição tripartite: funcionários do SUS, usuários e representantes da administração municipal.

Ressaltamos a importância dos conselhos de saúde por serem espaços que permitem a prática da cidadania, através do controle social, e onde os participantes aprendem a exercer seu papel político, intervindo na implantação do SUS, e mantém uma relação com os gestores de cooperação e não mais de passividade.

No município de São Vicente a participação social teve sua inserção no SUS através da Lei nº 92-A, de 24 março de 1992, que instituiu a composição do Conselho Municipal de Saúde, sendo regulamentada através da Lei Nº 555-A, de 17 de novembro de 1997, e atualmente regido pela Lei nº 2296-A, de 23 de dezembro de 2009, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, sobre a Conferência Municipal de Saúde, sobre o Conselho Municipal de Saúde e sobre o Fundo Municipal de Saúde no Município de São Vicente, e dá outras providências, alterada pelas Leis nº 2322-A, de 26 de fevereiro de 2010 e Lei nº 2655-A, de 22 de junho de 2011.

Desde o início da regulamentação da participação social na área da saúde, em nosso município foram realizadas diversas conferências, com temas escolhidos pelos gestores de cada época. A última a ser realizada, mesmo com as regras de distanciamento social devido à pandemia do COVID-19, foi a 13ª Conferência Municipal de Saúde de São Vicente com o tema **“Como melhorar o acesso à saúde”**? Foi totalmente realizada de maneira remota, permitindo ampla participação dos munícipes, e assim a coleta de sugestões para a construção do Plano Municipal de Saúde (2022-2025), e composição do conselho municipal de saúde.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

15. DIRETRIZES DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

Diretriz 1: Garantir o acesso da população em tempo oportuno e aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde.											
Objetivo 1.1: Implementar a Rede de Atenção Hospitalar, às Urgências e Emergências para atender a população, desenvolvendo ações de assistência com cuidado adequado no tempo, lugar e na qualidade necessária a cada situação.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 1.1.1 Realizar acolhimento com Classificação de Risco por profissional Enfermeiro em 100% das unidades de Pronto Atendimento de acordo com o protocolo.	Percentual de unidades de Pronto Atendimento com a Classificação de risco implantada e realizada por Enfermeiro.	0	2020	Percentual	100%	50%	100%	100%	100%	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Contratação de Recursos Humanos. 2) Estabelecer formas para a identificação de risco. 3) Realizar reunião mensal para discussão dos indicadores. 4) Aquisição de equipamentos para o setor.
Meta 1.1.2 Construir e implantar 01 unidade Complexo Materno-Infantil de São Vicente de acordo com o preconizado com a Rede Cegonha.	Número de unidades Complexo Materno-Infantil construídas e em funcionamento.	0	2020	Número	01	0	01	01	01	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Estabelecer parceria público-privada com universidade. 2) Realizar projeto arquitetônico de acordo com o preconizado. 3) Construção do Complexo Materno-Infantil. 4) Implantação do serviço.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 1.1.3 Ampliar 12 leitos na Maternidade Municipal, de acordo com o preconizado na Rede Cegonha.	Número leitos existentes e em funcionamento no Complexo Materno-Infantil de São Vicente.	28	2020	Número	40	28	34	40	40	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Estudo para ampliação de leitos. 2) Habilitação dos leitos junto ao Estado para recebimento de recursos.
Meta 1.1.4 Ampliar 06 leitos de Enfermaria Pediátrica no Complexo Materno-Infantil de São Vicente.	Número leitos existentes e em funcionamento de Enfermaria Pediátrica no Complexo Materno-Infantil de São Vicente.	0	2020	Número	06	0	06	06	06	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Estudo para ampliação de leitos. 2) Habilitação dos leitos junto ao Estado para recebimento de recursos.
Meta 1.1.5 Implantar 02 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica no Complexo Materno-Infantil de São Vicente.	Número leitos existentes e em funcionamento de UTI Pediátrica no Complexo Materno-Infantil de São Vicente.	0	2020	Número	02	0	02	02	02	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Estudo para ampliação de leitos. 2) Habilitação dos leitos junto ao Estado para recebimento de recursos.
Meta 1.1.6 Reestruturar o Hospital Dr Olavo Horneaux de Moura.	Percentual de reestruturação do Hospital Dr Horneaux de Moura.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Habilitação dos leitos junto ao Estado para recebimento de recursos. 2) Ampliação de leitos: de 32 para 40 leitos. 3) Ampliação de resolutividade com contratação de serviços de Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia/Colonoscopia e Ecocardiograma.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 1.1.7 Inaugurar o Pronto Socorro Central Jardim Rio Branco na Área Continental.</p>	<p>Número unidades de Pronto Socorro na Área Continental inaugurado e em funcionamento.</p>	0	2020	Número	01	01	01	01	01	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	<p>1) Estudo de acordo com os indicadores para estabelecer necessidades de saúde. 2) Contratação de Organização Social para gestão plena da Unidade.</p>
<p>Meta 1.1.8 Reestruturar as Bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município, de acordo com o território e tempo resposta preconizado. 2 Bases Área Continental: Bairros Humaitá e Parque das Bandeiras 3 Bases Área Insular</p>	<p>Porcentagem de Unidades de SAMU existentes e em funcionamento.</p>	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	<p>1) Estudo de acordo com os indicadores para estabelecer necessidades de saúde.</p>
<p>Meta 1.1.9 Readequar de Pronto Socorro Central Área Insular.</p>	<p>Número unidades de Pronto Socorro na Área Insular readequado e em funcionamento.</p>	0	2020	Número	00	01	01	01	01	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	<p>1) Estudo de acordo com os indicadores para estabelecer necessidades de saúde. 2) Contratação de Organização Social para gestão plena da Unidade.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 1.1.10 Reestruturar o Hospital Municipal de São Vicente. Anexo 1 – Linha Vermelha</p>	<p>Percentual de reestruturação do Hospital Municipal de São Vicente.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p>	<p>1) Estudo de acordo com os indicadores para estabelecer necessidades de saúde. 2) Ampliação de equipe administrativa e assistencial. 3) Ampliação de leitos de UTI e de clínica médica. 3) Sensibilização e capacitação da equipe.</p>
<p>Meta 1.1.11 Capacitar as equipes das unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para atendimento às urgências.</p>	<p>Percentual de equipes de APS capacitadas para atendimento às urgências.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p>	<p>50%</p>	<p>75%</p>	<p>100%</p>	<p>302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p>	<p>1) Articulação entre as diretorias. 2) Capacitação das equipes.</p>
<p>Meta 1.1.12 Implantar o Complexo Regulador de vagas no Hospital Municipal de São Vicente.</p>	<p>Número de Complexo Regulador de vagas no Hospital Municipal implantado e em funcionamento.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>01</p>	<p>01</p>	<p>01</p>	<p>01</p>	<p>01</p>	<p>302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p>	<p>1) Estudo de acordo com os indicadores para estabelecer necessidades de saúde. 2) Monitoramento dos indicadores.</p>
<p>Meta 1.1.13 Manter os equipamentos SAE/CTA/CEO e Laboratório IST/AIDS alocados em um mesmo endereço.</p>	<p>Número de equipamentos SAE/CTA/CEO e Laboratório IST/AIDS em um mesmo endereço.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p>	<p>1) Locação de um imóvel com espaço e ambiência adequados aos equipamentos alocados. 2) Redução de despesas perenes e otimização do RH.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 1.2: Reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) e ampliar o acesso aos serviços e ações oferecidos.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 1.2.1 Aumentar a cobertura da Atenção Básica para 51%.	Percentual de Cobertura de Atenção Básica no município.	41%	2020	Percentual	51%	43,5	46	48,5	51	301 Atenção Básica	1) Criação de equipes de Atenção Primária (eAP) com Recursos Humanos existentes. 2) Pactuação de Residência Médica com as universidades da região. 3) Solicitar profissionais médicos junto ao Ministério da Saúde (Programa Mais Médicos para o Brasil).
Meta 1.2.2 Implantar Unidade Mista de Saúde. Pronto Atendimento Parque das Bandeiras e Pronto Atendimento Humaitá. Estratégia Saúde da Família (ESF) Humaitá e Parque das Bandeiras.	Unidades ESF Humaitá e ESF Parque das Bandeiras com o Programa Saúde na Hora implantado e em funcionamento.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	301 Atenção Básica	1) Estudo de acordo com os indicadores para estabelecer necessidades de saúde. 2) Implantar o horário estendido nas duas unidades. Programa Saúde na Hora 3) Ampliar o acesso aos usuários. 4) Reforma da ESF Humaitá

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 1.2.3 Implantar o Projeto de Libras na Saúde - na Unidade Básica de Saúde (UBS) Central.	Número de Projeto de Libras implantado e em funcionamento na UBS Central	0	2020	Número	01	01	01	01	01	301 Atenção Básica	1) Capacitar a equipe. 2) Elaborar projeto de Teleatendimento para as outras unidades de saúde com os profissionais capacitados.
Meta 1.2.4 Ampliar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).	Percentual de equipes com procedimentos PICS realizados.	0	2020	Percentual	100%	25%	50%	75%	100%	301 Atenção Básica	1) Capacitar a equipes. 2) Promover as PICS.
Meta 1.2.5 Realizar o acolhimento da demanda espontânea em 100% das unidades de APS.	Percentual unidades de APS com acolhimento às demandas espontâneas.	0	2020	Percentual	100%	25%	50%	75%	100%	301 Atenção Básica	1) Elaborar Protocolo de Acolhimento à demanda espontânea. 2) Capacitação das equipes. 3) Monitoramento do número de acolhimentos realizados / mês. 4) Ampliar a oferta de serviços na rede de atenção à saúde.
Meta 1.2.6 Reinaugurar e manter em funcionamento as Academias de Saúde Humaitá e Parque São Vicente.	Academia de Saúde Humaitá e Parque São Vicente implantadas e em funcionamento.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	301 Atenção Básica	1) Estabelecer parceria com a Subsecretaria de Esportes (SUBESPOR) 2) Garantir a manutenção dos equipamentos. 3) Aquisição de materiais para a realização das atividades. 4) Projetos para novas academias de acordo com estudos.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 1.2.7 Implementar o Programa de Controle do Tabagismo.</p>	<p>Programa de Controle do Tabagismo em funcionamento.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Capacitação de 02 profissionais de saúde no Curso do Programa de Controle do Tabagismo. 2) Promover educação sobre riscos e consequências do tabagismo para tabagistas e não tabagistas. 3) Prevenir a iniciação do tabagismo em crianças e adolescentes. 4) Capacitar a equipe para identificar e captar precocemente. 5) Reduzir a longo prazo a mortalidade e doenças relacionadas ao tabagismo.</p>
<p>Meta 1.2.8 Unificar a ESF Jardim Rio Branco I e ESF Jardim Rio Negro em equipamento adequado.</p>	<p>ESF Jardim Rio Branco I e ESF Jardim Rio Negro unificados e em funcionamento.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Qualificar a assistência e ambiência. 2) Otimizar Recursos Humanos. 3) Reduzir as despesas perenes como aluguel, energia, água e telefone.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 1.2.9 Ampliar e manter o número de Agentes Comunitários de Saúde em 200 profissionais.	Número de ACS contratados e ativos nas unidades de Saúde da Família.	134	2020	Número	200	167	200	200	200	301 Atenção Básica	1) Formalizar o contrato dos ACS de acordo com a legislação vigente. 2) Contratação de ACS de acordo com as necessidades de cobertura das áreas de abrangência das equipes de ESF.
Objetivo 1.3: Aumentar o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS).											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador		Meta de Plano	Metas Anuais					Subfunção	Ações
Meta 1.3.1 Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo primeira até a 20ª semana de gestação.	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo primeira até a 20ª semana de gestação.	36%	2020	Proporção	60%	60%	60%	60%	60%	301 Atenção Básica	1) Monitorar o número de consultas pré-natal. 2) Realizar captação precoce até a 20ª semana de gestação. 3) Busca ativa das gestantes faltosas. 4) Agendamento de retorno após cada consulta. 5) Ofertas de exames com resultado em tempo oportuno.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 1.3.2 Proporção de gestantes com exames HIV e Sífilis.</p>	<p>Proporção de exames HIV e Sífilis realizados em gestantes.</p>	<p>39%</p>	<p>2020</p>	<p>Proporção</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Solicitar a 1ª bateria na 1ª consulta pré-natal. 2) Acionar o ACS responsável para verificar se os exames foram realizados. 3) Desenvolver estratégias para facilitar o acesso a exames no pré-natal.</p>
<p>Meta 1.3.3 Ampliar a cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e Pentavalente em 95%.</p>	<p>Percentual de cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e Pentavalente.</p>	<p>75%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Realizar mensalmente a supervisão das salas de vacinas. 2) Realizar campanhas educativas. 3) Abrir pontos volantes de vacinação. 4) Manter horário ampliado da sala de vacinação. 5) Realizar busca ativa de faltosos.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 1.3.4 Ampliar percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial (PA) aferidas em cada semestre.</p>	<p>Percentual pessoas hipertensas com a PA aferida no semestre.</p>	<p>3%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Manter acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão adscritas a equipe, verificando a frequência de acompanhamento. 2) Criar um fluxo para propiciar o constante monitoramento dos usuários. 3) Flexibilizar o agendamento de consulta para o público-alvo.</p>
<p>Meta 1.3.5 Ampliar percentual de pessoas diabéticas com solicitação de Hemoglobina Glicada em cada semestre.</p>	<p>Percentual pessoas diabéticas com solicitação de Hemoglobina Glicada em cada semestre.</p>	<p>5%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Manter acompanhamento nominal das pessoas com diabéticas adscritas a equipe, verificando a frequência de acompanhamento. 2) Criar um fluxo para propiciar o constante monitoramento dos usuários. 3) Flexibilizar o agendamento de consulta para o público-alvo</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 1.4: Reorganizar a Saúde Bucal e ampliar o acesso aos serviços e ações oferecidos.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
Meta 1.4.1 Ampliar a adesão dos programas Programa Sorria SP Programa de Prevenção em Saúde Bucal Programa Saúde na Escola (PSE)	Média de Ação Coletiva de escovação supervisionada.	0,03%	2020	Percentual	3%	1%	1,5%	2%	3%	301 Atenção Básica	1) Realizar ações coletivas de prevenção e aumentar a cobertura de escovação em escolares. 2) Implantar a referência para tratamento odontológico dos grupos das crianças do PSE. 3) Capacitação das equipes sobre classificação de risco e fluxos de referência em odontologia de mínima intervenção.
Meta 1.4.2 Instituir a Campanha Anual Novembro Vermelho de prevenção de câncer bucal em todas as unidades da Atenção Primária à Saúde.	Número de Campanhas Novembro Vermelho realizadas ao ano.	0	2020	Número	4	1	1	1	1	301 Atenção Básica	1) Realizar busca ativa com classificação de risco nos usuários das unidades da APS, durante o mês da campanha e pelo menos duas ações pontuais para o público em geral. 2) Capacitação das equipes sobre prevenção e diagnóstico de câncer bucal.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 1.4.3 Implantar o Programa Sorriso Maternal .</p>	<p>Proporção de gestantes em tratamento odontológico realizado em relação ao número de gestantes com a gestação finalizada.</p>	<p>10%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Aumentar a cobertura de atendimento odontológico das gestantes e puerperas. 2) Nas unidades em que não possuem equipe de Saúde Bucal, as gestantes serão avaliadas pela equipe de Prevenção. 3) Ofertar kits de higiene bucal para estimular a adesão ao Pré-natal odontológico.</p>
<p>Meta 1.4.4 Ampliar a cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) para 25%.</p>	<p>Porcentagem de Cobertura de Saúde Bucal na APS.</p>	<p>20,15%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>25%</p>	<p>21%</p>	<p>22%</p>	<p>23%</p>	<p>25%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Criar equipes de Saúde Bucal nas ESF Humaitá e Parque das Bandeiras. 2) Readequar a Unidade Móvel Odontológica para reabertura e vincular 01 equipe de ESF. 3) Abrir 01 consultório odontológico: ESF Vila Margarida, Humaitá e Parque das Bandeiras, Nautica e Tancredo Neves 4) Reformular o Programa Odonto-bebê para a assistência a crianças de 0 a 3 anos. 5) Projeto para criação de cargo de Odontopediatra para absorver demanda de crianças especiais.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 1.4.5 Realizar 48 cirurgias odontológicas com material de Osteossíntese / ano.</p>	<p>Número de cirurgias odontológicas com material de Osteossíntese realizadas ao ano.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>192</p>	<p>48</p>	<p>48</p>	<p>48</p>	<p>48</p>	<p>302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p>	<p>1) Reduzir tempo de intervenção cirúrgica em pacientes que necessitam de material de osteossíntese, diminuindo risco de sequelas, abandonos, tempos de internação e de custos cirúrgicos e hospitalares. 2) Criar Fluxo no Hospital Municipal para atendimentos odontológicos cirúrgicos de paciente da AP, cuja condição clínica não permita o atendimento ambulatorial.</p>
<p>Meta 1.4.6 Fornecer 1.440 próteses dentárias/ano.</p>	<p>Número de próteses dentárias fornecidas ao ano.</p>	<p>240</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>5.760</p>	<p>1.440</p>	<p>1.440</p>	<p>1.440</p>	<p>1.440</p>	<p>302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p>	<p>1) Reduzir tempo de intervenção cirúrgica em pacientes que necessitam de material de osteossíntese, diminuindo risco de sequelas, abandonos, tempos de internação e de custos cirúrgicos e hospitalares. 2) Criar Fluxo no Hospital Municipal para atendimentos odontológicos cirúrgicos de paciente da AP, cuja condição clínica não permita o atendimento ambulatorial.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 1.5: Qualificar a Assistência Farmacêutica.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
Meta 1.5.1 Garantir e manter o Programa de Oxigenioterapia domiciliar aos usuários SUS residentes no município.	Percentual de usuários atendidos no Programa de Oxigenioterapia.	100%	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	303 Suporte Profilático e Terapêutico	1) Contratar serviço terceirizado especializado em oferecer concentrador de oxigênio, cilindro de backup instalado na residência do usuário e cilindro portátil de remoção .
Meta 1.5.2 Garantir o fornecimento dos medicamentos padronizados aos usuários SUS.	Percentual de medicamentos padronizados fornecidos .	95%	2020	Percentual	95%	95%	95%	95%	95%	303 Suporte Profilático e Terapêutico	1) Aquisição de medicamentos padronizados (361 itens) para atender toda a rede municipal de saúde.
Meta 1.5.3 Fornecer os insumos necessários para garantir os atendimentos e procedimentos realizados em todos equipamentos de saúde.	Percentual de itens padronizados de insumos fornecidos.	95%	2020	Percentual	95%	95%	95%	95%	95%	303 Suporte Profilático e Terapêutico	1) Aquisição de insumos padronizados (626 itens) para atender toda a rede municipal de saúde.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Diretriz 2: Promover o cuidado integral as pessoas em seus diferentes ciclos de vida, considerando os segmentos específicos da população.											
Objetivo 2.1: Aprimorar a atenção à Saúde da Criança.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.1.1 Manter no mínimo em 75% a cobertura vacinal do Calendário Básico em crianças menores de 2 anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade. Pentavalente 3ª dose Pneumocócica 10-valente 2ª dose Poliomielite 3ª dose Triplice viral 1ª dose com cobertura preconizada.	0	2020	Percentual	75%	75%	75%	75%	75%	301 Atenção Básica	1) Realizar mensalmente a supervisão das salas de vacinas. 2) Realizar campanhas educativas. 3) Abrir pontos volantes de vacinação. 4) Manter horário ampliado da sala de vacinação. 5) Realizar busca ativa de faltosos.
Meta 2.1.2 Manter a cobertura das ações obrigatórias do Programa Saúde na Escola (PSE) em 100% das escolas pactuadas.	Cobertura das ações obrigatórias do PSE.	100%	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	301 Atenção Básica	1) Realizar todas as ações estabelecidas no ciclo vigente. 2) Realizar ações de saúde em conjunto com as escolas e equipes de ESF e eAP.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 2.1.3 Oferecer a capacitação anual sobre o manejo da violência contra a criança para todos profissionais envolvidos no atendimento à criança.</p>	<p>Número de capacitações realizadas sobre violência contra a criança</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>04</p>	<p>01</p>	<p>01</p>	<p>01</p>	<p>01</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Organizar capacitação. 2) Divulgar amplamente. 3) Convocação dos profissionais.</p>
<p>Meta 2.1.4 Oferecer 01 capacitação semestral para todos profissionais médicos envolvidos no trabalho em pediatria.</p>	<p>Número de capacitações realizadas sobre pediatria/ ano.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>08</p>	<p>02</p>	<p>02</p>	<p>02</p>	<p>02</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Organizar capacitação. 2) Divulgar amplamente. 3) Convocação dos profissionais. 4) Elaborar Plano Municipal de Infância.</p>
<p>Meta 2.1.5 Realizar ações de matriciamento em Saúde da Criança para médicos generalistas das equipes de ESF.</p>	<p>Percentual de unidades de ESF que receberam matriciamento em Saúde da Criança.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Organizar capacitação. 2) Divulgar amplamente. 3) Convocação dos profissionais. 4) Elaborar Plano Municipal de Infância. 5) Realizar capacitações com os temas relacionados a pediatria. 6) Visitar todas as unidades de ESF em dia de atendimento em pediatria. 7) Monitorar produção e média de atendimentos em pediatria por equipe.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.2: Aprimorar a atenção à Saúde da Adolescente.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.2.1 Elaborar e implantar o Protocolo de Saúde do Adolescente.	Número de Protocolo de Saúde do Adolescente elaborado e implantado.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	301 Atenção Básica	1) Desenvolver ações de saúde voltadas para a saúde do adolescente. 2) Capacitar as equipes de APS. 3) Promover encontros educativos. 4) Garantir o acolhimento aos adolescentes em todas as unidades de saúde do município.
Meta 2.2.2 Reduzir o índice de gravidez na adolescência em 20%.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	13%	2020	Proporção	10,40%	12,35%	11,70%	11,05%	10,40%	301 Atenção Básica	1) Garantir a oferta do atendimento aos adolescentes. 2) Garantir a oferta de métodos contraceptivos. 3) Qualificar o atendimento através da qualificação da equipe. 4) Realizar atividades extramuros.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.3: Aprimorar a atenção à Saúde da Mulher em todos ciclos de vida.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.3.1 Atingir no mínimo de 95% a cobertura vacinal da vacina dTpa em gestantes.	Cobertura vacinal da vacina dTpa em gestantes.	41,52%	2020	Percentual	95%	95%	95%	95%	95%	301 Atenção Básica	1) Realizar a captação das gestantes durante o pré natal. 2) Orientar sobre a importância da vacinação. 3) Realizar acompanhamento de faltosas e realizar busca ativa. 4) Realizar campanhas extramuro.
Meta 2.3.2 Atingir no mínimo de 95% a cobertura vacinal da vacina Influenza em gestantes.	Cobertura vacinal da vacina Influenza em gestantes.	41,52%	2020	Percentual	95%	95%	95%	95%	95%	301 Atenção Básica	1) Realizar a captação das gestantes durante o pré natal. 2) Orientar sobre a importância da vacinação. 3) Realizar acompanhamento de faltosas e realizar busca ativa. 4) Realizar campanhas extramuro.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 2.3.3 Ampliar a cobertura preconizada de exames citopatológico do colo de útero.</p>	<p>Percentual de exames realizados em mulheres de 25 anos a 69 anos.</p>	<p>4%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>40%</p>	<p>40%</p>	<p>40%</p>	<p>40%</p>	<p>40%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Manter as campanhas para coleta de exame de citopatológico do colo de útero. 2) Realizar busca ativa de mulheres faltosas aos exames. 3) Realizar uma ação semanal de intensificação de coleta do exame.</p>
<p>Meta 2.3.4 Manter em 0,30%/ ano a razão de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária, em relação ao ano anterior.</p>	<p>Razão de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária, em relação ao ano anterior.</p>	<p>0,14%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>0,30%</p>	<p>0,30%</p>	<p>0,30%</p>	<p>0,30%</p>	<p>0,30%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Manter as campanhas para realização de mamografias de rastreamento. 2) Realizar busca ativa de mulheres faltosas aos exames. 3) Realizar uma ação semanal de intensificação de coleta do exame. 4) Realizar ações extramuros em parcerias intersetoriais e com o Fundo de Solidariedade.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 2.3.5 Implementar as ações de Planejamento Reprodutivo.	Planejamento Reprodutivo implantado e em funcionamento.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	301 Atenção Básica	1) Aumentar o número de laquaduras e vasectomias realizadas. 2) Aumentar o número de Dispositivos Intra-uterinos implantados (DIU). 3) Estabelecer parcerias com as universidades. 4) Realizar mutirões.
Meta 2.3.6 Realizar 02 capacitações anuais em Planejamento Reprodutivo para profissionais da rede de saúde.	Número de capacitações realizadas/ ano em Planejamento Reprodutivo.	0	2020	Número	08	02	02	02	02	301 Atenção Básica	1) Organizar capacitação. 2) Divulgar amplamente. 3) Convocação dos profissionais.
Meta 2.3.7 Realizar 01 capacitação anual com a temática em Saúde da Mulher para profissionais da rede de saúde.	Número de capacitações realizadas/ ano em Saúde da Mulher.	0	2020	Número	04	01	01	01	01	301 Atenção Básica	1) Organizar capacitação. 2) Divulgar amplamente. 3) Convocação dos profissionais.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 2.3.8 Implantar em 100% o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e manter sua utilização como ferramenta de gestão, auditoria e faturamento, pelas unidades de saúde e prestadores de serviços.</p>	<p>Percentual de unidades com o sistema implantado e alimentado.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Capacitar as equipes. 2) Monitorar e avaliar as ações.</p>
<p>Meta 2.3.9 Realizar ações de matriciamento em Saúde da Mulher para médicos generalistas das equipes de ESF.</p>	<p>Percentual de unidades de ESF que receberam matriciamento em Saúde da Mulher.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Realizar apoio matricial nas unidades de saúde. 2) Visitas em todas as unidades em dia de atendimento ginecológico. 3) Monitorar produção e média de atendimentos em pediatria por equipe.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.4: Melhorar acesso da população masculina aos serviços e ações de saúde.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.4.1 Ampliar as ações do pré-natal do parceiro em 40% das unidades da Atenção Primária à Saúde (APS).	Percentual de unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) que realizam pré-natal do parceiro.	0%	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	301 Atenção Básica	1) Protocolo de pré-natal do parceiro. 2) Sensibilizar e qualificar os profissionais de saúde para acolher e envolver os parceiros desde a realização do teste de gravidez. 3) Ampliar unidades com horário estendido.
Meta 2.4.2 Realizar capacitação anual sobre Saúde do Homem.	Número de capacitações / ano realizadas sobre a Saúde do Homem	0	2020	Número	04	01	01	01	01	301 Atenção Básica	1) Implantar o Protocolo de Saúde Homem. 2) Capacitar todos os profissionais da rede.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.5: Melhorar a qualidade da assistência à saúde da população idosa.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.5.1 Elaborar e implantar o Protocolo de Saúde da Pessoa Idosa em todos os níveis de assistência.	Protocolo de Saúde da Pessoa Idosa elaborado e implantado.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	301 Atenção Básica	1) Elaboração do Protocolo de Saúde da Pessoa Idosa 2) Capacitação das equipes. 3) Elaboração e implantação do Protocolo na Linha de Cuidados aos Idosos com Demência. 4) Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5) Elaborar e implantar o Protocolo de Cuidados Paliativos.
Meta 2.5.2 Realizar ações de matriciamento em Saúde da Pessoa Idosa para médicos generalistas das equipes de ESF.	Percentual de unidades de ESF que receberam matriciamento em Saúde da Pessoa Idosa.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	301 Atenção Básica	1) Realizar apoio matricial nas unidades de saúde.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 2.5.3 Implantar o Selo de Hospital Amigo do Idoso no Hospital Municipal de São Vicente.</p>	<p>Selo de Amigo do Idoso implantado no Hospital Municipal.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p>	<p>50%</p>	<p>75%</p>	<p>100%</p>	<p>302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p>	<p>1) Implantar o Comitê Gestor do Projeto. 2) Gerenciar e monitorar as ações de melhoria direcionadas aos pacientes idosos. 3) Elaborar estratégias de Educação Permanente em Saúde em envelhecimento e saúde do idoso para membros das equipes do hospital. 4) Implantar ações de notificação e apoio nos casos de violência contra a pessoa idosa. 5) Implantar o Protocolo de Amigos do Idoso.</p>
--	---	----------	-------------	-------------------	-------------	------------	------------	------------	-------------	--	--

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.6: Melhorar a qualidade da assistência à saúde da população negra.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.6.1 Incluir os temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS).	Número de Capacitações com temática Saúde da População Negra.	0	2020	Número	04	01	01	01	01	301 Atenção Básica	1) Organizar a capacitação. 2) Estabelecer parcerias intersetoriais e com universidades.
Meta 2.6.2 Preencher dos Sistemas de Informação da secretaria no quesito raça/cor para subsidiar o diagnóstico de saúde da população negra.	Percentual de sistemas preenchidos no quesito raça/cor.	0	2020	Percentual	100%	75%	90%	95%	100%	301 Atenção Básica	1) Capacitar as equipes. 2) Monitorar os indicadores para ações de saúde.
Objetivo 2.7: Ampliar o acesso qualificado aos serviços de Atenção Psicossocial.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 2.7.1 Realizar em 04 unidades da Atenção Primária a Saúde (APS) a oferta de Grupos Comunitários de Saúde Mental.	Número de grupos comunitários em Saúde Mental em atividade.	0	2020	Número	16	04	04	04	04	301 Atenção Básica	1) Realizar diagnóstico de 02 unidades na área continental e 02 unidades na área insular com maior necessidade, de acordo com indicadores .
Meta 2.7.2 Realizar 01 ação anual de matriciamento em Saúde Mental em urgência e emergência.	Número de ações de matriciamento em Saúde Mental em urgência e emergência / ano	0	2020	Número	04	01	01	01	01	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Realizar diagnóstico de 01 unidade na área continental e 01 unidade na área insular com maior necessidade, através dos indicadores.
Meta 2.7.3 Ampliar as ações de matriciamento em Saúde Mental nas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).	Percentual de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento realizados em Saúde Mental nas equipes de APS / ano.	0	2020	Número	40%	40%	40%	40%	40%	301 Atenção Básica	1) Realizar matriciamento das unidades de acordo com as necessidades de cada território e equipe de saúde.
Meta 2.7.4 Readequar a Rede de Atenção Psicossocial.	Percentual de readequação da Rede de Atenção Psicossocial.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Remanejamento dos usuários Ambulatório Irmã Dolores para os CAPS do município de acordo com a territorialidade e o que preconiza a RAPS.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.8: Ampliar o acesso qualificado à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.8.1 Ampliar o acesso aos serviços da rede de saúde, unidades de saúde da APS com consultório ginecológico com acessibilidade.	Número de consultórios ginecológicos com mesas ginecológicas com acessibilidade.	3	2020	Número	16	05	10	12	16	301 Atenção Básica	1) Elaborar plano de trabalho. 2) Aderir e solicitar o custeio.
Meta 2.8.2 Capacitar as unidades de APS a fim de qualificar o acolhimento e o atendimento, visando melhor encaminhamento para diagnóstico e tratamento precoce das pessoas com deficiência.	Percentual de unidades de saúde de APS capacitadas.	0	2020	Percentual	100%	25%	50%	75%	100%	301 Atenção Básica	1) Capacitação das equipes.
Meta 2.8.3 Garantir em tempo oportuno, o fornecimento de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) às pessoas com deficiência atendidas nas unidades municipais de Reabilitação.	Percentual de usuários cadastrados e atendidos no Programa Municipal de OPM das unidades de reabilitação do município.	0	2020	Percentual	100%	50%	75%	100%	100%	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1) Captação de recursos através de emendas parlamentares. 2) Garantir através de processo licitatório o fornecimento contínuo de acordo com a demanda.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.9: Ampliar as ações de Alimentação e Nutrição.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.9.1 Realizar a Semana Municipal de Incentivo ao Aleitamento Materno nas unidades de saúde.	Número de unidades que realizaram ações na Semana de Incentivo ao Aleitamento Materno.	0	2020	Número	27	27	27	27	27	306 Nutrição e Alimentação	1) Parcerias com universidades. 2) Aquisição de material informativo para divulgação.
Meta 2.9.2 Capacitar a equipe de saúde para a promoção da alimentação saudável e monitoramento do estado nutricional dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil.	Número de unidades capacitadas ao ano.	0	2020	Número	27	27	27	27	27	306 Nutrição e Alimentação	1) Parcerias com universidades. 2) Capacitação das equipes.
Meta 2.9.3 Aumentar o Monitoramento o estado nutricional das crianças menores de 7 anos e gestantes beneficiárias do Programa Auxílio Brasil vinculadas nas unidades de saúde.	Percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos inscritos no Programa Auxílio Brasil.	26%	2020	Percentual	68%	68%	68%	68%	68%	306 Nutrição e Alimentação	1) Parcerias com universidades. 2) Capacitação das equipes. 3) Monitoramento dos indicadores do PBF nas unidades e município.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 2.9.4 Implantar o matricimento das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) quanto a Saúde Nutricional.	Número de unidades matriciadas em Saúde Nutricional ao ano.	0	2020	Percentual	27	27	27	27	27	306 Nutrição e Alimentação	1) Parcerias com universidades. 2) Capacitação das equipes. 3) Realizar ações para promoção da alimentação saudável.
Objetivo 2.10: Melhorar a atenção à saúde da população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais (LGBTQIA+).											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.10.1 Promover 01 capacitação anual para trabalhadores da saúde visando a melhoria do acolhimento da população LGBTQIA+ nas unidades de saúde.	Número de ações de Educação Permanente em Saúde com a temática população LGBTQIA+/ ano.	0	2020	Número	04	01	01	01	01	301 Atenção Básica	1) Organizar a capacitação. 2) Estabelecer parcerias intersetoriais e com universidades.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 2.11: : Aprimorar à atenção à saúde dos trabalhadores.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.11.1 Diminuir o número de acidentes biológicos nos profissionais de saúde.	Número de notificações de acidentes biológicos nos profissionais de saúde.	56	2020	Número	36	51	46	41	36	305 Vigilância Epidemiológica	1) Capacitação periódica para os profissionais de saúde. 2) Parceria com os Núcleos de Educação Permanente dos hospitais, Serviço de Atenção Especializada (SAE) e Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMET) para levantamento e monitoramento.
Objetivo 2.12: : Garantir o acesso da população indígena aos serviços de saúde.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 2.12.1 Realizar 01 reunião mensal ESF Japuí e equipe de saúde responsável pela Aldeia Paranapuã – Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Pólo Base Mongaguá – Ministério da Saúde.	Número reuniões realizadas entre a ESF Japuí e equipe SESAI – Pólo Mongaguá.	0	2020	Número	48	12	12	12	12	301 Atenção Básica	1) Articular parceria com o Pólo Mongaguá. 2) Monitorar gestantes, crianças menores de 2 anos e idosos indígenas.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Diretriz 3: Reduzir e prevenir riscos relacionados à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e prevenção.											
Objetivo 3.1: Reorganizar e qualificar a Vigilância em Saúde.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 3.1.1 Capacitar as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção e assistência as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), HIV, Hepatites Virais e Tuberculose.	Nº de unidades de saúde que tiveram participantes de treinamento e capacitações para qualificação das ações de prevenção e atenção integral às IST's, HIV, Hepatites Virais e Tuberculose.	0	2020	Número	27	07	07	06	07	305 Vigilância Epidemiológica	1) Organizar conteúdo e local para treinamento. 2) Contratar serviço para fornecimento de coffe-break. 3) Disponibilizar vale transporte para deslocamento dos agentes de saúde para treinamento.
Meta 3.1.2 Aumentar a cobertura e a produtividade das atividades de visita a imóveis para controle vetorial das arboviroses no município.	Número de ciclos que atingiram no mínimo de 80% de cobertura dos imóveis visitados para controle vetorial das arboviroses no município.	1	2020	Número	16	04	04	04	04	305 Vigilância Epidemiológica	1) Alterar Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) dos Agentes de Saúde para Agente de Combate às Endemias, buscando captação de mais recursos. 2) Contratação e formação de Agentes para controle do Aedes Aegypt. 3) Aumentar produtividade das visitas a imóveis, sem prejuízo das demais atividades.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 3.1.3 Construção de Nova Unidade para a Zoonoses.	Rede de Zoonoses e Saúde Animal reestruturada e em funcionamento.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	305 Vigilância Epidemiológica	1) Levantamento de necessidades de atendimento. 2)Elaboração do projeto. 3) Obra.
Meta 3.1.4 Aumentar a taxa de cura de tuberculose dos casos novos identificados.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar por critério laboratorial.	28%	2020	Percentual	75%	75%	75%	75%	75%	305 Vigilância Epidemiológica	1) Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios. 2) Realizar Tratamento Diretamente Supervisionado (TDO). 3) Realizar capacitação das equipes de saúde. 4) Examinar contatos de casos novos de tuberculose pulmonar.
Meta 3.1.5 Manter o funcionamento da Comissão de Investigação de HIV/ Sífilis, estabelecida por Portaria 002/2021.	Número de reuniões da Comissão de Investigação de HIV / Sífilis realizadas ao ano.	0	2020	Número	48	12	12	12	12	305 Vigilância Epidemiológica	1) Agendar auditório e equipamentos de informática. 2) Convocar titulares / suplente via e-mail. 3)Organizar pauta mensal. 4) Gerenciar Reunião. 5) Buscar efetivar, em parceria com os membros da comissão, as sugestões tiradas das reuniões. 6) Elaborar relatório anual para a gestão.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 3.1.6 Manter a Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) inferior a 300%.</p>	<p>Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.</p>	<p>300%</p>	<p>2020</p>	<p>Taxa</p>	<p>250%</p>	<p>250%</p>	<p>250%</p>	<p>250%</p>	<p>250%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável. 2) Ampliar as ações do Programa de Controle do Tabagismo. 3) Fortalecer ações de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool e outras drogas. 4) Ampliar ações de promoção de atividade física e prática de esportes.</p>
<p>Meta 3.1.7 Reduzir a mortalidade materna.</p>	<p>Número de óbitos maternos/ ano</p>	<p>01</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Qualificar as ações de assistência relacionadas a saúde reprodutiva, materna e pós-parto. 2) Manter o funcionamento do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil. 3) Estabelecer ações intersetoriais com outras secretarias e universidades.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 3.1.8 Reduzir a mortalidade infantil e manter o coeficiente de mortalidade de infantil 12%/ano por meio de ações de fortalecimento de promoção e prevenção.</p>	<p>Coeficiente de mortalidade infantil/ano.</p>	<p>12,51%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>12%</p>	<p>12%</p>	<p>12%</p>	<p>12%</p>	<p>12%</p>	<p>301 Atenção Básica</p>	<p>1) Fortalecer a assistência pré-natal. 2) Qualificar a classificação de risco, acolhimento e a vigilância em obstetrícia. 3) Ampliar as ações no pré-natal odontológico. 4) Capacitar as equipes.</p>
<p>Meta 3.1.9 Reduzir os casos de sífilis congênita.</p>	<p>Número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.</p>	<p>25</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>21</p>	<p>24</p>	<p>23</p>	<p>22</p>	<p>21</p>	<p>305 Vigilância Epidemiológica</p>	<p>1) Articular a rede de saúde para as questões relacionadas a sífilis congênita. 2) Realizar o teste nos 1º e 3º trimestres e de gestação na hora do parto. 3) Tratar e monitorar as gestantes diagnosticadas e parceiros. 4) Garantir acesso a insumos de prevenção a sífilis adquirida.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 3.1.10 Aumentar em 30% o número de notificações compulsórias no município.</p>	<p>Número de notificações (exceto COVID) / ano.</p>	1900	2020	Número	2470	2185	2280	2375	2470	305 Vigilância Epidemiológica	<p>1) Garantir equipe exclusiva para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. 2) Parceria com Núcleo de Educação Permanente para treinamento das equipes e da gestão da saúde. 3) Garantir computadores, impressoras para alimentação de dados. 4) Busca ativa dos casos de agravos não notificados ou notificados de forma irregular em todo hospitais e unidades de pronto socorro no município.</p>
<p>Meta 3.1.11 Aumentar a coleta de amostras para análise do Programa Pró-água.</p>	<p>Proporção de análise de amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais cloro residual livre e turbidez.</p>	41%	2020	Proporção	100%	100%	100%	100%	100%	304 Vigilância Sanitária	<p>1) Garantir a compras de insumos necessários para a realização da coleta das amostras. 2) Garantir carro grande (com porta malas adequado) e computadores.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 3.1.12 Cadastrar 100% dos Cursos de Manipulação de Alimentos.</p>	<p>Percentual de cursos de Manipulação de Alimentos Cadastrados.</p>	<p>0%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p>	<p>50%</p>	<p>75%</p>	<p>100%</p>	<p>304 Vigilância Sanitária</p>	<p>1) Realizar/ Fazer levantamento dos Cursos de Manipulação de Alimentos oferecidos no município. 2) Garantir na equipe 01 profissional nutricional para a avaliação dos cursos cadastrados. 3) Garantir computadores e impressoras.</p>
<p>Meta 3.1.13 Cadastrar 100% das empresas controladoras de pragas fora do município que prestam serviço no município de São Vicente.</p>	<p>Percentual de empresas controladoras de pragas fora do município que prestam serviço no município de São Vicente.</p>	<p>0%</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p>	<p>50%</p>	<p>75%</p>	<p>100%</p>	<p>304 Vigilância Sanitária</p>	<p>1) Realizar/ Fazer levantamento das empresas controladoras de pragas. 2) Garantir na RH administrativo para realizar o trabalho. 3) Garantir computadores e impressoras.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 3.1.14 Reduzir o número de novos casos de COVID-19 no município.</p>	<p>Número de casos notificados de COVID-19 no município.</p>	<p>11348</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>2268</p>	<p>9080</p>	<p>6808</p>	<p>4538</p>	<p>2268</p>	<p>305 Vigilância Epidemiológica</p>	<p>1) Implantar e atualizar os protocolos para a redução do controle da pandemia. 2) Manter a fiscalização, seguindo os protocolos sanitários. 3) Manter reuniões periódicas do Comitê COVID para a discussão de fluxos e protocolos.</p>
<p>Meta 3.1.15 Fiscalizar e licenciar 100% unidades hospitalares e unidades de pronto atendimento.</p>	<p>Percentual de unidades hospitalares e unidades de pronto atendimento.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>304 Vigilância Sanitária</p>	<p>1) Realizar levantamento das unidades hospitalares e de pronto atendimento. 2) Garantir RH administrativo e técnico (nutricionista, enfermeiro, odontólogo) para a realização desses levantamentos. 3) Garantir computadores e impressoras.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 3.1.16 Fiscalizar e licenciar 100% unidades de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)</p>	<p>Percentual de ILPI's fiscalizadas e licenciadas</p>	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	304 Vigilância Sanitária	<p>1) Realizar levantamento das ILPI's no município. 2) Garantir RH administrativo e técnico (enfermeiro e/ou gerontólogo) para a realização da fiscalização. 3) Garantir computadores e impressoras.</p>
<p>Meta 3.1.17 Fiscalizar os estabelecimentos de médio risco.</p>	<p>Percentual de estabelecimentos de médio risco.</p>	0	2020	Percentual	40%	10%	20%	30%	40%	304 Vigilância Sanitária	<p>1) Realizar levantamento dos estabelecimentos de médio risco. 2) Garantir equipe multiprofissional para a realização da fiscalização. 3) Garantir viaturas, computadores e impressoras.</p>
<p>Meta 3.1.18 Licenciar 100% das unidades de saúde pública e dos respectivos serviços (odontologia e farmácia) que solicitarem a licença</p>	<p>Percentual de unidades que solicitar e receber a licença sanitária.</p>	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	304 Vigilância Sanitária	<p>1) Garantir na equipe RH administrativo e equipe multiprofissional para realizar levantamento e fiscalizações. 2) Garantir viatura, computadores e impressoras.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 3.1.19 Aumentar em 40% a produtividade dos fiscais sanitários.</p>	<p>Número de fiscalizações realizadas ao ano</p>	<p>2100</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>2940</p>	<p>2310</p>	<p>2520</p>	<p>2730</p>	<p>2940</p>	<p>304 Vigilância Sanitária</p>	<p>1) Garantir na equipe RH administrativo para realizar controle da produtividade dos fiscais. 2) Garantir equipe multidisciplinar de fiscais sanitários. 3) Garantir viatura, computadores e impressoras. 4) Elaborar e implantar projeto para pagamento de produtividade para os fiscais sanitários.</p>
<p>Meta 3.1.20 Manter atualizadas as leis municipais sobre Vigilância Sanitária (taxas, controle de pragas, entre outras) (04 leis)</p>	<p>Percentual de leis sobre a Vigilância Sanitária municipais atualizadas.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Percentual</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p>	<p>50%</p>	<p>75%</p>	<p>100%</p>	<p>304 Vigilância Sanitária</p>	<p>1) Pesquisar a leis municipais sobre Vigilância Sanitária. 2) Revisão das leis municipais existentes.</p>
<p>Meta 3.1.21 Realizar 04 coletas de amostras de alimentos para o Programa Paulista de Alimentos.</p>	<p>Número de coletas de alimentos realizadas ao ano.</p>	<p>0</p>	<p>2020</p>	<p>Número</p>	<p>16</p>	<p>04</p>	<p>04</p>	<p>04</p>	<p>04</p>	<p>304 Vigilância Sanitária</p>	<p>1) Garantir a compra de insumos necessários para a realização da coleta de amostras de alimentos. 2) Garantir viatura para a coleta de alimentos. 3) Garantir alimentação (almoço) para os funcionários que se deslocará até o Instituto Adolfo Lutz (IAL) – São Paulo.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Diretriz 4: Desenvolver políticas e ações de gestão do trabalho, educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde.											
Objetivo 4.1: Promover a integração ensino-serviço e garantir ações de forma equânime em consonância com as necessidades do serviço e população.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 4.1.1 Formalizar e operacionalizar o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES).	Número de COAPES formalizado e operacionalizado.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Elaborar o projeto e parcerias com instituições de ensino. 2) Apoiar a implantação do COAPES como ferramenta ensino-saúde.
Meta 4.1.2 Implantar o Programa de Residência Médica.	Número de Programa de Residência Médica implantado e em funcionamento.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Elaborar o projeto e parcerias com instituições de ensino. 2) Fazer adesão ao Ministério da Educação (MEC).
Meta 4.1.2 Implantar o Programa de Residência Multiprofissional.	Número de Programa de Residência Multiprofissional implantado e em funcionamento.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Elaborar o projeto e parcerias com instituições de ensino. 2) Fazer adesão ao Ministério da Educação (MEC).
Meta 4.1.3 Instituir o Núcleo de Pesquisa em Saúde.	Número de Núcleo de Pesquisa em Saúde instituído e em funcionamento.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Assegurar o fluxo de pesquisa com a análise do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS). 2) Fortalecer os projetos de pesquisas e extensão.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Objetivo 4.2: Qualificar a rede de saúde com ênfase na Humanização e no atendimento das necessidades de saúde dos usuários e trabalhadores.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		0	2020	Número		10	10	10	10		
Meta 4.2.1 Implantar o Programa de Humanização dos atendimentos em todas as unidades de saúde municipais.	Número ações de Humanização para os trabalhadores realizadas na Rede Municipal de Saúde / ano.	0	2020	Número	40	10	10	10	10	122 Administração Geral	1) Humanizar a Secretaria de Saúde (SESAU). 2) Implantar o curso de Libras. 3) Promover a integração dos novos servidores. 4) Promover ações de humanização nos territórios.
Meta 4.2.2 Sediar o Fórum de Humanização Regional da Baixada Santista.	Número Fórum Regional Sediado no ano de 2013.	0	2020	Número	01	0	01	0	0	122 Administração Geral	1. Articular com o Departamento Regional de Saúde (DRS IV) e Grupo Técnico de Humanização Regional. 2. Pactuação com a universidade para captação de recursos.
Meta 4.2.3 Implantar e manter Núcleo de Educação Permanente em Saúde Humanização. (NEPS-H)	Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização implantado e em funcionamento.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Publicar portaria do NEPS-H. 2) Vincular a promover espaço para publicar as ações do Programa Nacional de Humanização (PNH).

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Meta 4.2.4 Promover 1ª Amostra de Humanização da Rede Municipal de Saúde.	Número de Amostras de Humanização realizadas ao ano.	0	2020	Número	01	0	01	01	01	122 Administração Geral	1) Promover oficinas de humanização. 2) Estabelecer parceria com universidades e escolas técnicas.
Meta 4.2.5 Implantar o Núcleo de Educação em Urgência (NEU) dos profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede de urgência e emergência.	Número de Educação em Urgência (NEU).	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Organizar o espaços de Educação Permanente em Saúde na rede de urgência. 2) Interligar as ações do NEPS-H com o NEU.
Objetivo 4.3: Estruturar a rede, afim de proporcionar ambiência e condições de trabalho aos servidores municipais de saúde.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador		Meta de Plano	Metas Anuais					Subfunção	Ações
Meta 4.3.1 Reestruturação da organograma da Secretaria da Saúde, Cargos e atribuições.	Organograma da Secretaria da Saúde atualizado.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Análise Situacional da Secretaria de Saúde. 2) Organizar o organograma através da atualização dos cargos e atribuições, baseados nos programas de saúde do Ministério da Saúde.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

<p>Meta 4.3.2 Manter a manutenção preventiva e corretiva de todas as unidades de saúde.</p>	<p>Percentual de unidades adequadas e em funcionamento.</p>	0	2020	Percentual	100%	25%	50%	75%	100%	122 Administração Geral	<p>1) Análise Situacional das unidades de saúde. 2) Organizar o cronograma através das prioridades da manutenção.</p>
<p>Meta 4.3.3 Manter a manutenção preventiva e corretiva de todos equipamentos de saúde.</p>	<p>Percentual equipamentos com manutenção preventiva e corretiva.</p>	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	122 Administração Geral	<p>1) Manter inventário atualizado de todos os equipamentos de saúde. 2) Manter atualizado o cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos.</p>
<p>Meta 4.3.4 Adequar a infraestrutura e qualificar a Tecnologia da Informação.</p>	<p>Percentual da Tecnologia da Informação reestruturada e qualificada.</p>	0	2020	Percentual	100%	25%	50%	75%	100%	122 Administração Geral	<p>1. Implantar Prontuário Eletrônico em todas as unidades de saúde a fim de qualificar as informações, reduzir filas de marcações, otimizar faturamento e monitorar ações de saúde.</p>
<p>Meta 4.3.5 Implantar e manter o Complexo Regulador de Exames, Consultas e procedimentos médicos.</p>	<p>Número de Complexo Regulador de Exames, Consultas e procedimentos médicos.</p>	0	2020	Número	01	01	01	01	01	302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	<p>1. Reduzir a demanda reprimida de exames, consultas e procedimentos médicos. 2) Estabelecer fluxos de solicitações de de exames, consultas e procedimentos médicos. 3) Monitorar a qualidade de encaminhamentos e solicitações médicas.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE 2022-2025

Diretriz 5: Fortalecer a participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).											
Objetivo 5.1: Garantir a participação da população no Controle Social.											
Descrição da Meta 2022-2025	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Linha de base do indicador			Meta de Plano	Metas Anuais				Subfunção	Ações
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025		
Meta 5.1.1 Realizar e manter eleição de Conselho de Gestor em todas as unidades em saúde.	Número de unidades com Conselho Gestor eleito e atuante.	0	2020	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	122 Administração Geral	1) Reativar o Conselho Gestor das unidades através de eleições. 2) Publicização e ampla divulgação.
Meta 5.1.2 Implantar e manter em funcionamento da Ouvidoria da Secretaria da Saúde.	Ouvidoria da Secretaria da Saúde implantada e em funcionamento.	0	2020	Número	01	01	01	01	01	122 Administração Geral	1) Elaboração do projeto. 2) Implantação para captar as demandas e garantir as respostas em tempo oportuno aos usuários de saúde.
Meta 5.1.3 Realizar a Revisão do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde.	Número de Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde revisado e atualizado.	0	2020	Número	01	01	0	0	0	122 Administração Geral	1) Organizar o cronograma de reuniões extraordinárias para a revisão. 2) Formalizar uma comissão de revisão. 3) Estudar a legislação pertinente para embasamento técnico.
Meta 5.1.4 Realizar atividades de Educação Permanente para os conselheiros de saúde.	Número de capacitações realizadas ao ano para os conselheiros de saúde.	0	2020	Número	08	02	02	02	02	122 Administração Geral	1) Estabelecer parcerias com os NEPS. 2) Solicitar apoio do DRS IV. 3) Estabelecer diagnóstico de temas prioritários para as capacitações.

1. PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União. O desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região de saúde.

O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais. Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal.

O Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz, editaram o “Manual de Planejamento no SUS” que apresenta as principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no SUS:

Tabela 50. Normas e legislações específicas em Planejamento no SUS

Legislações	Disposições sobre o planejamento no SUS
Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990	Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de saúde
Lei nº 8.142, de 1990	Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de

	transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).
Emenda Constitucional nº 29, de 2000	Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.
Portaria nº 4.279, de 2010	Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e consequente garantia da integralidade do cuidado.
Decreto nº 7.508, de 2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde - COAP como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional.
Resolução CIT nº 01/2011	Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.
Lei Complementar nº 141, de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.
Portaria nº 2.135, de 2013	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.

Fonte: Manual de Planejamento no SUS / MS.

2. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde requer monitoramento e avaliações periódicas. Estas ações visam o seu acompanhamento para tomada de decisões e busca do alcance pleno das metas acordadas.

A Programação Anual de Saúde (PAS) será operacionalizada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente e acompanhada através de relatórios apresentados quadrimestralmente junto ao Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal de São Vicente, conforme o artigo 36, da Lei Complementar nº 141/12.

Será também sistematizado anualmente através do Relatório Anual de Gestão (RAG), conforme previsto no Art. 4º, da Portaria 2.135/2013 que é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS).

No início de cada ano, será apresentada para aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) para o exercício.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 28 de dezembro 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

Ministério da Saúde. **Lei Nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

Ministério da Saúde. **Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

Planalto. **Lei Complementar 141 de 03 de janeiro 2012.** Regulamenta o § 3º do art.198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3(três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Ministério da Saúde. **Portaria 2135 de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.