

FUNDAÇÃO ESCOLA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO – PARTIDO DOS TRABALHADORES

Especialização – Pós-Graduação Latu Sensu

Curso de Gestão e Políticas Públicas

Alexandre MUNIN

ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

O planejamento como estratégia de gestão

SÃO PAULO

2014

Alexandre MUNIN

ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

O planejamento como estratégia de gestão

Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Gestão e Políticas Públicas da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo para obtenção do título de Especialista em Gestão e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Tarcísio Florindo

SÃO PAULO

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Alexandre MUNIN

Análise da Saúde Pública Municipal: O Planejamento como Estratégia de Gestão

Conceito:

Banca Examinadora:

Professor (a)

Assinatura:

Professor (a)

Assinatura:

Professor (a)

Assinatura:

Data da Aprovação: ____/____/____

RESUMO

O objetivo principal deste trabalho é aprofundar os conhecimentos acerca da análise realizada na saúde pública municipal e no planejamento como estratégia da gestão, abordar como foi desenvolvida através de dados a proposta de implantar o planejamento na Secretária de Saúde no município de São Bernardo do Campo, São Paulo. A Análise é realizada através da exploração das propostas desenvolvidas nas conferências participativas, o estudo visa mostrar o funcionamento do planejamento municipal e as estratégias utilizadas para representar de forma consolidada o plano desenvolvido.

As áreas exploradas nesta análise não representam uma forma definitiva de planejamento de um governo em uma determinada gestão, porém são abordadas pela maioria dos gestores públicos municipais, que elaboram o planejamento com a participação popular, como estratégia da gestão. Buscando demonstrar a realidade da aplicação do planejamento no município, discorre-se no modelo utilizado e apresentado pela gestão do PT no município de São Bernardo do Campo, a sua estrutura de governar com a participação social.

Por fim, são apresentados os resultados deste planejamento que viabilizará o que foi planejado com o realizado, bem como suas atribuições para o controle interno, além de praticar trabalhos preventivos de orientação aos gestores públicos.

Palavras-chave: Planejamento Público. Estratégia de Gestão. Participação Social. Saúde Pública.

ABSTRACT

The main objective of this paper is to deepen the knowledge about the analysis in municipal public health and planning as management strategy, addressing how it was developed from data deploy the proposed planning on Health Secretary in São Bernardo do Campo, Sao Paulo. The analysis is performed by exploiting the proposals developed in participatory conferences, the study aims to show the functioning of the municipal planning and the strategies used to represent a consolidated basis the plan developed.

The areas explored in this analysis does not represent a definitive way of planning a government in a given managed, but are covered by most municipal administrators who design planning with people's participation, as the management strategy. Seeking to demonstrate the reality of the planning application in the municipality, it elaborates on the model used and presented by the management of PT in São Bernardo do Campo, the structure of ruling with social participation.

Finally, the results of this planning that will enable what was planned to held, as well as their responsibilities for internal control are presented, in addition to practicing preventive work guidance to managers.

Keywords: Public Planning. Management Strategy. Social Participation. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de São Paulo, Região do Grande ABC, São Bernardo do Campo.....	20
Figura 2 – Taxa Geométrica de Crescimento Anual da Região Metropolitana.....	23
Figura 3 – Divisão geográfica dos bairros de São Bernardo do Campo.....	24
Gráfico 1 – Evolução da População.....	27
Gráfico 2 – Evolução da População por Faixa Etária.....	27
Gráfico 3 – Infraestrutura e Condições de Vida.....	28
Gráfico 4 – Distribuição da População, Índice Paulista de Vulnerabilidade.....	29
Gráfico 5 – Evolução das Condições de Nascimento.....	30
Gráfico 6 – Principais Causas de Mortalidade.....	32
Gráfico 7 – Indicadores de Mortalidade Específica da Mulher.....	33
Gráfico 8 – Coeficiente de Mortalidade por Neoplasias de Próstata.....	34
Gráfico 9 – Mortalidade Infantil 1990 – 2008.....	35
Gráfico 10 – Mortalidade Materna.....	36
Gráfico 11 – Principais Causas de Internação.....	39
Gráfico 12 – Morbidade Hospitalar por AVC e Diabetes Mellitus.....	41
Gráfico 13 – Mortalidade por AVC e Diabetes Mellitus.....	41
Gráfico 14 – Evolução dos Focos de Aedes.....	42
Gráfico 15 – Cobertura de Vacinação de Rotina em Menores de 1 ano.....	44
Gráfico 16 – Cobertura de Vacinação Contra a Gripe para Menores de 60 anos.....	45
Gráfico 17 – Cobertura de Campanha de Multivacinação em Menores de 5 anos.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Área Urbana e Rural.....	21
Tabela 2 – Área dos Bairros em Km ²	22
Tabela 3 – Distância de São Bernardo do Campo.....	22
Tabela 4 – Distribuição da População por Faixa Etária e Sexo.....	25
Tabela 5 – População por Bairro e Densidade Demográfica: Urbana e Rural.....	26
Tabela 6 – Óbitos de Residentes em São Bernardo do Campo, Segundo o Capítulo da CID 10 e ano de Óbito.....	31
Tabela 7 – Óbitos não Fetais Menores de 1 ano, Residentes em São Bernardo do Campo, Segundo o Capítulo da CID 10 a ano de Ocorrência – 2000 à 2008.....	36
Tabela 8 – Morbidade Hospitalar por Residência e Capítulo.....	38
Tabela 9 – Casos de Dengue 2001 – 2008.....	43
Tabela 10 – Febre Maculosa.....	43
Quadro 1 – Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado.....	53
Quadro 2 – Reestruturação da Política de Atenção Especializada.....	60
Quadro 3 – Reorganização da Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência.....	68
Quadro 4 – Políticas de Proteção a Saúde e Vigilâncias.....	75
Quadro 5 – Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado.....	85
Quadro 6 – Gestão Participativa e Controle Social.....	92
Quadro 7 – Fortalecer a Gestão Regional e a Gestão Municipal.....	94
Tabela 11 – Equipamentos de Saúde da Rede Pública Existentes no Município de São Bernardo do Campo em 2008 a serem Instalados até 2013.....	95

Tabela 12 – Equipamentos de Saúde da Rede Privada Contratada / Conveniada com o SUS, Existentes no Município de São Bernardo do Campo, 2008.....96

Tabela 13 – Equipamentos de Saúde da Rede Privada não SUS Existentes no Município de São Bernardo do Campo, 2008.....96

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
JUSTIFICATIVA.....	13
OBJETIVO.....	14
METODOLOGIA.....	15
1 ESTRUTURA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	20
1.1 CARACTERÍSTICA GERAL DO MUNICÍPIO.....	21
1.2 LOCALIZAÇÃO METROPOLITANA.....	23
1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	25
1.4 INFRAESTRUTURA E CONDIÇÕES DE VIDA.....	28
1.5 ASPECTOS SANITÁRIOS.....	30
1.5.1 Evolução das condições de nascimento.....	30
1.5.2 Mortalidade geral.....	31
1.5.3 Dados de morbidade hospitalar.....	37
1.5.4 Doenças crônicas não transmissíveis.....	40
1.5.5 Doenças agudas transmissíveis.....	42
1.5.5.1 Dengue.....	42
1.5.5.2 Febre maculosa.....	43
1.6 PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO.....	44
2 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO..	48
2.1 ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE.....	49
2.2 EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DE REDE PÚBLICA.....	50

2.3 EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA.....	51
3 REESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	56
3.1 SAÚDE MENTAL.....	56
3.2 DST / AIDS.....	57
3.3 PROGRAMA DE PREVENÇÃO E COMBATE A TUBERCULOSE.....	57
3.4 PROGRAMA DE CONTROLE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ANEMIA	58
3.5 REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	58
4 REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	63
4.1 ATENÇÃO AS URGÊNCIAS.....	65
4.2 REDE HOSPITALAR.....	66
4.3 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	67
5 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS.....	70
5.1 VIGILÂNCIAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS.....	71
5.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	72
5.3 ZOOSE.....	72
5.4 SAÚDE AMBIENTAL.....	73
5.5 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	73
5.6 REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	74
6 QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.....	78
6.1 CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO.....	79
6.2 OUVIDORIA / SOLUÇÕES E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO – SOU.....	79
6.3 MONITORAMENTO.....	79

6.4 HUMANIZAÇÃO.....	80
6.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	81
6.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	82
6.7 FARMÁCIA POPULAR.....	84
6.7.1 Rede atual.....	84
7 GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL.....	90
8 FORTALECER A GESTÃO REGIONAL E A GESTÃO MUNICIPAL.....	93
9 EVOLUÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	95
10 ORÇAMENTO.....	99
RESULTADO.....	101
CONCLUSÃO.....	108
REFERÊNCIAS.....	109

INTRODUÇÃO

A saúde pública e o planejamento da gestão analisada pertencem ao governo municipal de São Bernardo do Campo em São Paulo, no período de 2009, correspondente aos próximos quatro anos de governo, a análise está condicionada na elaboração do planejamento, ou seja, quais foram às ações tomadas para desenvolver a gestão pública que tem como propósito orientar as avaliações dos desempenhos e ao suporte às tomadas de decisões que contribui para que haja o cumprimento dos planejamentos e controles idealizados pelos gestores, sob o ponto de vista conceitual e prático, considerando as mudanças nos cenários econômico-financeiros.

O planejamento municipal de saúde de São Bernardo do Campo em 2009 estabeleceu diretrizes e conjuntos de ações a serem executadas na área de saúde para os próximos quatro anos. Ele foi elaborado por meio de um processo que envolveu várias etapas e níveis de gestão, destacando a participação efetiva da população, representada pelos membros do Conselho Municipal de Saúde, e diretamente através do PPA – Participativo realizado no primeiro semestre de 2009 e da VI Conferência Municipal de Saúde.

A necessidade de a gestão pública programar mecanismos de informações gerenciais surge da responsabilidade pelo gerenciamento transparente das contas públicas, ferramenta importante para os gestores públicos e aos munícipes para entenderem o que estão sendo realizados nas administrações públicas, como está sendo aplicados os gastos e as melhorias nos serviços públicos.

Diante do exposto, a análise busca desenvolver e contribuir para avaliar como são desempenhadas as gestões, transparência das contas públicas e se os métodos adotados cumprem eficazmente no controle interno da gestão. As informações geradas pela gestão buscam assessorar e tornar disponíveis aos gestores públicos para tomadas de decisões e a toda sociedade transparecendo os desenvolvimentos dos serviços públicos.

JUSTIFICATIVA

O planejamento como peça na gestão pública é um importante instrumento para assegurar transparência, ética, eficiência, racionalização e a participação da população nas decisões dos gestores públicos, em um processo que leva a população a exercer a cidadania de forma plena, a partir do momento que há interação da população e passam a reivindicar e apontar soluções para os espaços e os serviços públicos.

Com o avanço da gestão pública e o processo de participação cidadã no planejamento da cidade com o Planejamento Plurianual Participativo (PPA Participativo) – que ocorre a cada quatro anos e serve como orientação de médio prazo, quanto no Orçamento Participativo (OP), que acontece anualmente implantado como novo método de gestão no decorrer da última década tornou mais evidente e abriu espaço para a participação cidadã no ciclo de planejamento e gestão de políticas públicas.

O plano resgata a apropriação da saúde pública por parte do município através de um modelo de gestão que o insere de acordo com os princípios do SUS, por meio do Pacto pela Saúde nas suas três dimensões: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O investimento em humanização e em controle e participação social é um dos principais eixos desta gestão, além da ampliação de unidades e serviços de saúde, possibilitando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população em São Bernardo do Campo.

Por isso que se torna cada vez mais frequente a necessidade de analisar, discutir e formar os conceitos e os procedimentos para obtenção de informações confiáveis e transparentes, que menciona de forma simples e prática a realidade dos órgãos públicos, mostrando os princípios aceitos nos momentos de análises a exatidão das informações obtidas para os gestores e a sociedade civil.

OBJETIVO

No planejamento da gestão pública municipal de São Bernardo do Campo existem muitos programas, campanhas e processos de comunicação que fornecem informações, que são utilizados para o processo de tomadas de decisões e expressam as diferentes características que evidenciam as condições de vida da população.

O objetivo geral é mostrar através da análise se a gestão municipal de saúde adotam os princípios da estratégia para desenvolverem os planejamentos e se usam como ferramenta para transparecer todas as ações do poder público municipal aberta à participação da sociedade civil, sob total transparência, desde a elaboração dos planos até a fiscalização da execução do que foi orçado e planejado.

Os objetivos específicos são definidos pelos processos da análise, que traz a complementação, atualização ou a informação da gestão pública que atua na área de planejamento e evidencia como elemento verificador a exatidão dos processos como aspecto a estratégia, considerada como principal instrumento de decisões.

Para evidenciar os processos sob a análise serão necessários:

- Analisar os processos adotados e formados pela gestão pública existente para as tomadas de decisões e transparência como instrumento de decisões.
- Avaliar dados que corroboram para formação e elaboração dos planos, que estabelecem os objetivos e metas.
- Compreender se há coerência ou influência com os métodos considerados apropriados no planejamento e demonstrados pela gestão pública analisada.
- Explicar se os processos adotados são eficientes, seguros e confiáveis para mapear as demandas da sociedade com exatidão.

METODOLOGIA

O trabalho será realizado mediante as informações disponíveis nos sites, contatos com servidores, observação dos ambientes de trabalho e observação dos fatos. A demonstração da análise será baseada de acordo com a legislação do município de São Bernardo do Campo e os princípios que norteiam a gestão como referencial de posição e crescimento na sua aplicabilidade.

Metodologia é o conjunto de procedimentos utilizados pelos investigadores que inclui estratégias, abordagens ou posturas metodológicas, métodos explícitos ou não, técnicas e instrumentos de coleta de dados. Todas as acepções dadas à metodologia traduzem mais ou menos explicitamente o caminho seguido pelo investigador (Bufrem, 2006). Serão analisados alguns métodos que são tratados na gestão dentro da prefeitura municipal, métodos que servem de controle e referências para as tomadas de decisões, os relatos e experiências dos gestores, observação das estruturas, como são distribuídas as funções e como é obtido o plano para a busca do melhor resultado.

Slomski (2003, p.366) expõe que serviço público é “[...] o conjunto de atividades-meio e de atividades-fim exercidas ou colocadas à disposição da sociedade, prestadas diretamente, permitidas ou concedidas pelo Estado, visando proporcionar o maior grau possível de bem-estar social da coletividade”. O autor salienta, ainda, que:

[...] as atividades-meio têm o objetivo de assegurar os controles internos da administração pública mediante as funções de assessoramento, chefia e dos serviços auxiliares. Já as atividades-fim têm como objetivo assegurar os serviços caracterizados como essenciais, complementares e públicos, cuja finalidade é a de promover o bem-estar social da coletividade [...] em que as atividades-meio dão suporte à realização das atividades fins, objetivo final dos serviços públicos.

A administração pública municipal de saúde objetiva dar respostas concretas às necessidades da sociedade, propõe a transformação na área da saúde de forma sistematizada e planejada, gerindo da melhor forma os recursos públicos (humanos,

financeiros, econômicos e patrimoniais) disponíveis, visando sua otimização. Para Chiavenato (2001), administrar é interpretar os objetivos propostos pela empresa e transformá-los em ação por meio do planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da empresa, a fim de atingir tais objetivos.

A gestão caracteriza-se pela atuação em nível interno da organização, que procura aperfeiçoar as relações recursos-operação-produtos/serviços, considerando as variáveis dos ambientes externo e interno que impactam as atividades da entidade, em seus aspectos operacionais, financeiros, econômicos e patrimoniais (Pereira, 2001, p.57). Assim, a gestão atua com o objetivo de maximizar os produtos e/ou serviços gerados pela organização, levando em consideração os eventos endógenos e exógenos ao qual a organização está exposta e que afetam seus resultados. Neste aspecto, o processo de gestão deve assegurar o alcance dos objetivos da organização de forma eficiente e eficaz.

Na administração pública, os instrumentos de gestão estão ligados no Sistema de Planejamento Integrado, o qual contempla o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA (mais conhecida como Orçamento Público).

O Plano Plurianual – PPA conterá as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capitais e outras despesas que delas decorram, bem como para as despesas relativas aos programas de duração continuada. O PPA terá duração de quatro anos e configura-se como planejamento de médio prazo nas entidades públicas.

No PPA Participativo foram definidas cinco marcas de governo que também orientaram a formatação das propostas para a saúde:

- São Bernardo Acolhedora, inclusiva e de oportunidades;
- São Bernardo com qualidade de vida para todos, em todos os cantos;
- São Bernardo crescendo em ritmo de Brasil;
- São Bernardo democrático, com gestão participativa, transparente e eficiente e
- São Bernardo engajado no fortalecimento de Ação Regional.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, por sua vez, orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual - LOA, e compreende as metas e prioridades da administração pública para o exercício financeiro subsequente. Desta forma ela estabelece o que será contemplado no orçamento público anual. As diretrizes da LDO são anuais e têm por base o planejamento de médio prazo (PPA).

A administração pública necessita de formas alternativas de controles, não apenas controles formais, que objetivam atender estritamente as determinações legais, mas também de planejamento, que atendam as exigências legais e priorizem o atendimento dos resultados, detectando antecipadamente os problemas e corrigindo as possíveis distorções, fazendo com que a gestão pública cumpra seu papel de forma eficiente e eficaz.

Desta forma, será eficiente quando conseguir realizar as ações governamentais planejadas de forma econômica, ou seja, aperfeiçoando os recursos disponíveis e propiciará maiores condições de suprir as necessidades de sua população pela realização de um maior número de ações e/ou programas com menor volume de recursos.

Assim, além de buscar a maximização na aplicação dos recursos públicos disponíveis, o administrador público precisa estar atento a outras peculiaridades que cercam a gestão de um ente público, que são as diversas interferências da legislação constitucional e infraconstitucional, que fazem uma grande distinção entre gerir um ente privado e um ente público.

Com todos esses compromissos assumidos com o plano municipal de saúde de São Bernardo do Campo, traduzem o anseio e as necessidades da população em diretrizes, estratégias e ações a serem desenvolvidas no planejamento na área da saúde, com a perspectiva de melhoria consubstancial na atenção à saúde, tendo como base a inversão da lógica da gestão, garantindo que ela ocorra de forma participativa e inclusiva. Desafios para os gestores públicos, que devem procurar estruturar suas administrações para atingir suas metas e objetivos, sem deixar de cumprir as determinações legais, aplicando os recursos públicos de forma ordenada, para que a população seja cada vez mais beneficiada.

Certamente, dentro dessa necessidade de mudança da política de gestão e, conseqüentemente, da estrutura de funcionamento da administração pública municipal,

o planejamento pode ser visto como a resposta a essa nova realidade. Sua implantação e estruturação no município têm por objetivo o acompanhamento e colaboração na coordenação de ações com enfoque gerencial, para que os objetivos traçados sejam atingidos, bem como, haja disponibilização de informações de forma clara e objetiva que contribua para a gestão das atividades municipais.

Nesta perspectiva, o planejamento como órgão responsável pela coordenação das informações, busca induzir a eficácia dos resultados pelo conhecimento que envolve a gestão operacional, financeira, econômica e patrimonial da organização. Assim, o planejamento deve ser visto como um órgão aglutinador e direcionador de esforços dos gestores que conduzam à otimização do resultado global da organização. “As finanças públicas ocupam um papel central no processo de desenvolvimento econômico, pois muitas das dificuldades que obstruem o progresso econômico dos países de baixo nível de renda exigem soluções intermediadas pelo setor público”. (MUSGRAVE, 1980).

Saldanha (2006, p. 81) corrobora expondo que “Assim, cabe ao governo eliminar tais pontos de estrangulamento da economia, seja pela intervenção direta, seja pelo subsídio à iniciativa privada. A boa atuação do Estado nesses casos é condição necessária à passagem para novos níveis de renda e de produção na sociedade”.

O planejamento visa à coordenação da gestão das atividades organizacionais sob a perspectiva sistêmica de coordenar os esforços para conseguir um resultado global, assim como a coordenação do cumprimento da missão da organização e o zelo pela sua continuidade. Segundo Cornely (1977), o planejamento participativo constitui um processo político, um contínuo propósito coletivo, uma deliberada (amplamente discutida) construção do futuro da sociedade, na qual participa o maior número possível de membros de todas as categorias que a constituem.

A missão do planejamento municipal será de atuar como instrumento de ligação entre o Chefe do Poder Executivo Municipal, pela Secretaria de Saúde, seus Departamentos e os Órgãos da Administração Indireta e a Entidade sem Fins Lucrativos que auxiliam o Ente Público na prestação de serviços à população gerando as informações necessárias para se atingir os objetivos e as metas traçadas pela administração.

Quanto à abordagem do problema, destacam-se as pesquisas qualitativa e quantitativa (Raupp; Beuren, 2003, p. 91). Para Richardson (1999, p. 80) corrobora expondo que

“[...] os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos para os grupos sociais”.

Neste sentido, o presente estudo se enquadra quanto à abordagem ao problema, como pesquisa qualitativa.

Os procedimentos utilizados na pesquisa foram: pesquisa bibliográfica e pesquisa de Levantamento. Por ser de natureza teórica, a pesquisa bibliográfica é parte obrigatória, “haja vista que é por meio dela que se toma conhecimento sobre a produção científica existente”. [...]. “Por meio dessas bibliografias reúnem-se conhecimentos sobre a temática pesquisada” (Raupp; Beuren, 2003, p. 86-87).

1. ESTRUTURA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Conhecer a organização em “movimento” se faz necessário para a Gestão conhecer o processo decisório, a informação gerada que incluem registros, relatórios, normas de condutas e a estrutura de comunicação. “Gestão pública refere-se às funções da gerência pública nos negócios do governo; mandato de administração”. (FERREIRA, 1999).

No diagnóstico da situação de saúde no município estão reunidas informações que expressam as diferentes características que evidenciam as condições de vida da população, sejam sociais, econômicas demográficas e epidemiológicas, que são responsáveis pela geração de demandas de saúde.

Figura 1. Mapa São Paulo, Região do Grande ABC, São Bernardo do Campo.



1.1. CARACTERÍSTICA GERAL DO MUNICÍPIO

Criado em 8 de abril de 1553 e emancipado em 30 de novembro de 1944, o município de São Bernardo do Campo, com população estimada pelo IBGE de 810.980 habitantes para o ano de 2009, está localizado na Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de São Paulo. São Bernardo do Campo possui 407,1 Km² de área, correspondendo a 49% da superfície do Grande ABC; 5% da Grande São Paulo e 0,2% do Estado de São Paulo; 52% da área total de São Bernardo se encontram na área de Proteção aos Mananciais (75,82 Km² ou 18,6% de sua área é ocupada pela Represa Billings). Com relação ao Grande ABC, o Município ocupa 46% da área de proteção aos mananciais.

Localiza-se no Grande ABC Paulista, que compreende os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, região com aproximadamente 2,6 milhões de habitantes (base IBGE 2007).

As principais rodovias do município são a Via Anchieta e a Rodovia dos Imigrantes, que cortam o município levando a riscos de acidentes, atropelamentos, dificuldades de deslocamento e impacto na saúde ambiental. Outro aspecto relevante é o impacto ambiental relacionado à rodovia Índio Tibiriçá, devido à sua característica e localização.

Tabela 1. Área urbana e rural.

Área	Km ²	%
Zona Urbana	118,21	28,9
Zona Rural	214,42	52,5
Represa Billings	75,82	18,6
Total Do Município	408,45	100,0
Proteção aos Mananciais	219,18	53,7
Parque Estadual da Serra do Mar	105,00	25,7

Fonte: Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

A maior área do município é caracterizada como rural, localizada em área de proteção de mananciais, evidenciando problemas importantes relacionados ao saneamento básico direcionado à população residente nessa área. Devido à proximidade com as cidades vizinhas, perdeu as características limítrofes, acarretando problemas relacionados ao planejamento em todos os setores: urbano, saúde e educação.

Tabela 2. Área dos bairros em Km².

Bairro	Área	Bairro	Área	Bairro	Área
Zona Urbana					
Alves Dias	2,12	Cooperativa	4,84	Montanhão	11,94
Anchieta	2,30	Demarchi	5,64	Nova Petrópolis	1,94
Assunção	4,20	Dos Alvarenga	14,66	Paulicéia	4,01
Baeta Neves	3,41	Dos Casa	3,03	Planalto	3,69
Balneária	1,53	Dos Finco	5,40	Rio Grande	5,29
Batistini	13,29	Ferrazópolis	2,80	Rudge Ramos	4,60
Botujuru	6,60	Independência	2,40	Santa Terezinha	1,45
Centro	6,74	Jordanópolis	2,29	Taboão	4,04
Zona Rural					
Alto da Serra	27,13	Rio Pequeno	18,00	Tatetos	12,93
Capivari	26,84	Santa Cruz	0,30	Varginha	14,32
Curucutu	25,65	Taquacetuba	7,10	Zanzalá	15,82
Dos Imigrantes	66,33				

Fonte: Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

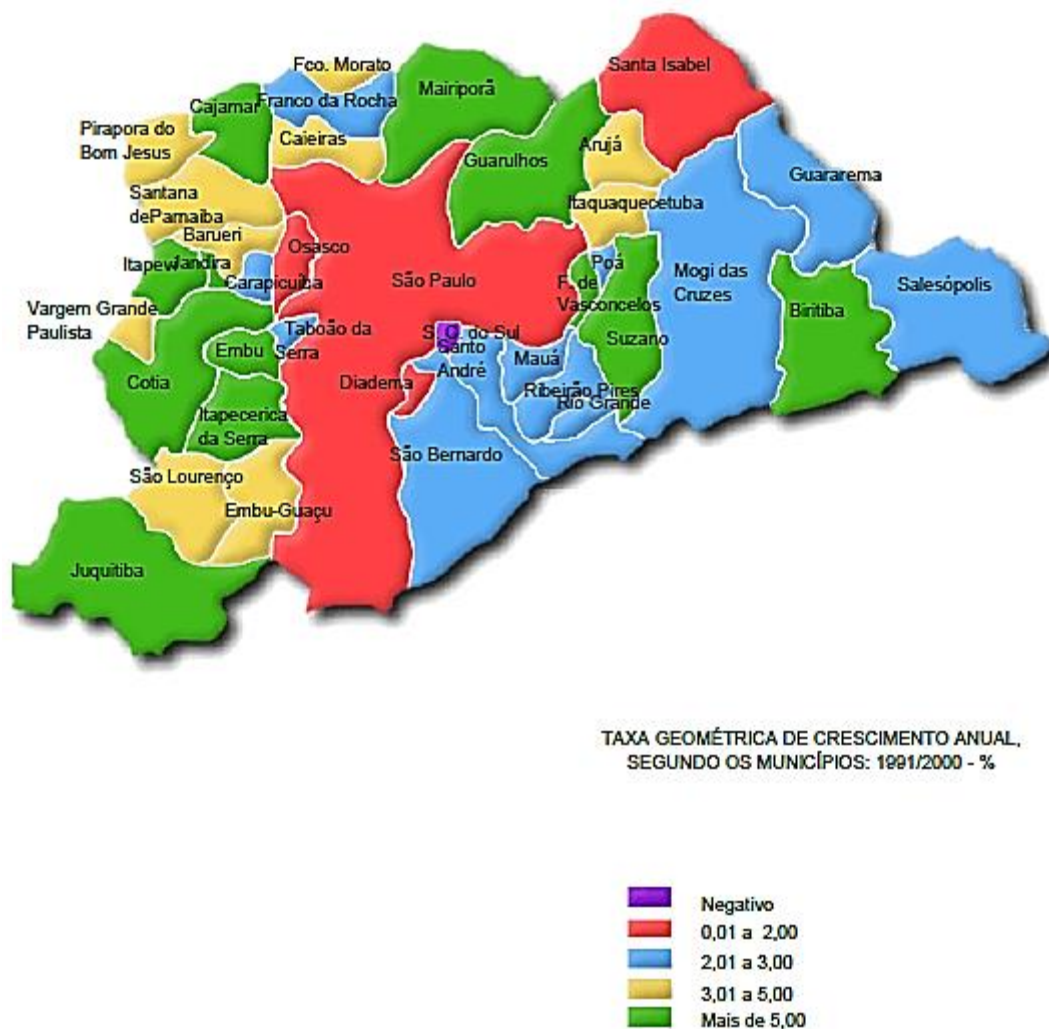
Tabela 3. Distância de São Bernardo do Campo.

Distância de São Bernardo do Campo para	Distâncias rodoviárias km	Limites
Santo André	5,9	Leste
São Caetano do Sul	12,8	Nordeste
Diadema	12,5	Noroeste
Cubatão	45,0	Sul
São Vicente	44,0	Sul
São Paulo	21,7	Norte e Oeste
Porto de Santos	50,0	-
Aeroporto de Congonhas - São Paulo	22,3	-
Aeroporto Internacional de SP - Cumbica - Guarulhos	42,9	-

Fonte: Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

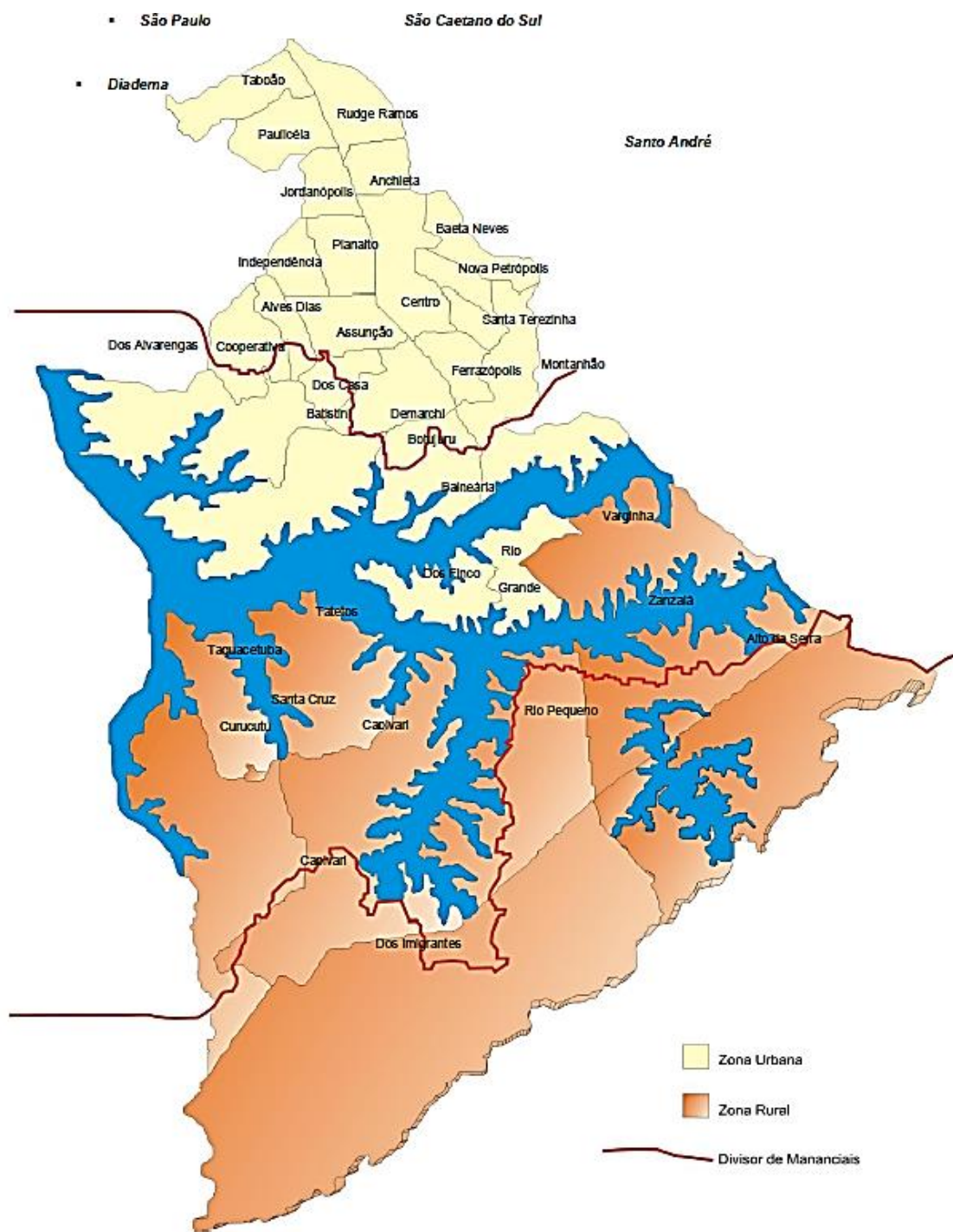
1.2. LOCALIZAÇÃO METROPOLITANA

Figura 2. Taxa geométrica de crescimento anual da região metropolitana.



Fonte: Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

Figura 3. Divisão geográfica dos bairros de São Bernardo do Campo.



Fonte: Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

1.3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Tabela 4. Distribuição da população por faixa etária e sexo.

Bairros	FAIXA ETÁRIA (ANOS) - %									TOTAL POPULAÇÃO	SEXO	
	< 1	1 a 3	4 a 6	7 a 10	11 a 14	15 a 18	19 a 29	30 a 59	60 e mais		MASC. %	FEM. %
Alves Dias	1,68	5,02	5,35	6,83	7,55	8,27	21,84	37,01	6,45	28.658	48,45	51,55
Anchieta	0,76	2,76	3,21	4,74	5,73	6,60	18,98	44,64	12,58	16.905	46,98	53,02
Assunção	1,23	3,99	4,06	5,86	6,78	7,67	19,82	42,69	7,90	42.741	48,18	51,82
Baeta Neves	1,54	4,81	4,44	6,35	7,00	7,64	20,54	39,48	8,20	47.547	48,03	51,97
Balneária	1,15	5,28	4,29	7,59	7,59	8,75	17,82	41,09	6,44	631	50,17	49,83
Batistini	2,19	6,80	6,72	8,51	8,32	8,18	21,85	33,63	3,80	31.091	49,93	50,07
Botujuru	1,55	5,32	5,34	8,18	9,14	8,83	17,91	39,60	4,13	13.904	48,87	51,13
Centro	1,07	3,44	3,44	5,03	5,99	7,00	19,42	42,08	12,53	45.843	47,11	52,89
Cooperativa	1,66	5,78	5,85	8,30	8,32	8,03	19,79	38,51	3,76	23.131	49,43	50,57
Demarchi	1,63	4,69	4,76	6,27	7,21	8,05	20,26	41,11	6,02	25.848	48,48	51,52
Dos Alvarenga	2,17	6,71	6,27	8,28	8,44	8,39	21,36	35,39	2,99	67.289	49,79	50,21
Dos Casa	1,89	5,63	5,51	7,62	7,33	8,44	22,15	37,04	4,39	49.105	49,02	50,98
Dos Finco	1,75	5,16	5,51	7,32	7,56	8,14	21,87	36,33	6,36	11.216	49,63	50,37
Ferrazópolis	1,94	5,49	5,36	7,20	7,43	8,61	22,61	36,10	5,26	43.529	48,88	51,12
Independência	1,32	4,10	4,34	5,87	6,74	7,81	19,37	41,55	8,90	23.455	48,20	51,80
Jordanópolis	1,07	3,46	3,69	4,84	6,18	7,71	20,91	42,56	9,58	16.984	48,32	51,68
Montanhão	2,22	7,25	7,31	9,14	8,50	8,39	21,75	32,85	2,59	112.764	50,15	49,85
Nova Petrópolis	1,25	4,06	4,15	5,66	6,39	7,13	18,86	43,12	9,38	19.578	48,08	51,92
Paulicéia	1,16	3,66	3,84	5,47	6,30	7,58	19,86	41,69	10,44	21.129	48,14	51,86
Planalto	1,68	4,93	4,80	6,70	7,40	8,11	21,21	38,03	7,14	29.436	48,49	51,51
Rio Grande	1,43	4,96	5,47	7,19	8,18	8,20	19,82	37,07	7,68	7.715	49,42	50,58
Rudge Ramos	0,98	3,16	2,98	4,66	5,56	6,58	19,13	42,38	14,57	40.752	46,80	53,20
Santa Terezinha	1,53	4,67	4,52	5,99	6,46	6,70	19,59	45,19	5,35	24.765	47,61	52,39
Taboão	1,23	4,03	4,01	5,85	6,69	7,65	21,18	41,21	8,15	23.778	47,71	52,29
TOTAL URBANO	1,61	5,06	5,03	6,82	7,24	7,86	20,71	38,77	6,90	767.794	48,60	51,40
ZONA RURAL	2,36	7,35	6,99	9,01	9,15	8,10	18,42	33,18	5,44	13.596	51,48	48,52
Total	1,63	5,09	5,06	6,86	7,28	7,86	20,67	38,67	6,88	781.390	48,65	51,35

Fonte: Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

Na Tabela 4, encontram-se discriminados dados da população por faixa etária, segundo bairros do Município. A população urbana em 2007 era de 767.794 habitantes, sendo aproximadamente 48,60% do sexo masculino e 51,40% do sexo feminino. A população da zona rural é de aproximadamente 13.596 habitantes, sendo 51,48% do sexo masculino e 48,52% do sexo feminino, totalizando 781.390 habitantes no Município.

Tabela 5. População por bairro e densidade demográfica: urbana e rural.

Bairro	População	Hab./Dom.	População	Densidade Demográfica
	2000	2000	2008 (1)	Hab/Km ² (2)
Zona Urbana				
Alves Dias	27.188	3,73	29.398	13.867
Anchieta	16.770	3,22	17.341	7.540
Assunção	41.918	3,36	43.844	10.439
Baeta Neves	48.829	3,50	48.774	14.303
Balneária	606	3,31	647	423
Batistini	27.655	3,77	31.893	2.400
Botujuru	11.735	3,82	14.263	2.161
Centro	44.231	3,18	47.026	6.977
Cooperativa	17.364	3,78	23.728	4.902
Demarchi	24.009	3,47	26.515	4.701
Dos Alvarenga	54.585	3,76	69.025	4.708
Dos Casa	43.969	3,71	50.372	16.624
Dos Finco	9.435	3,73	11.504	2.130
Ferrazópolis	41.378	3,63	44.652	15.947
Independência	22.060	3,53	24.060	10.025
Jordanópolis	16.711	3,44	17.423	7.608
Montanhão	84.515	3,84	115.674	9.688
Nova Petrópolis	17.259	3,37	20.083	10.352
Paulicéia	21.807	3,55	21.674	5.405
Planalto	26.919	3,61	30.195	8.183
Rio Grande	6.429	3,79	7.914	1.496
Rudge Ramos	39.512	3,17	41.804	9.088
Santa Terezinha	22.043	3,15	25.404	17.520
Taboão	23.990	3,63	24.392	6.038
Total Urbano	690.917	3,55	787.605	6.663
Zona Rural				
Alto da Serra	77	3,08	88	3
Capivari	1.450	3,56	1.653	62
Curucutu	1.631	3,81	1.858	72
Imigrantes	1	1,00	1	-
Rio Pequeno	75	3,95	85	5
Santa Cruz	2.250	3,93	2.564	8.547
Taquacetuba	1.274	3,60	1.452	205
Tatetos	2.557	3,72	2.916	226
Varginha	2.617	3,71	2.984	208
Zanzalá	328	3,29	374	24
Total Rural	12.260	3,72	13.975	65
Total Geral	703.177	3,55	801.580	2.410

Fonte: Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

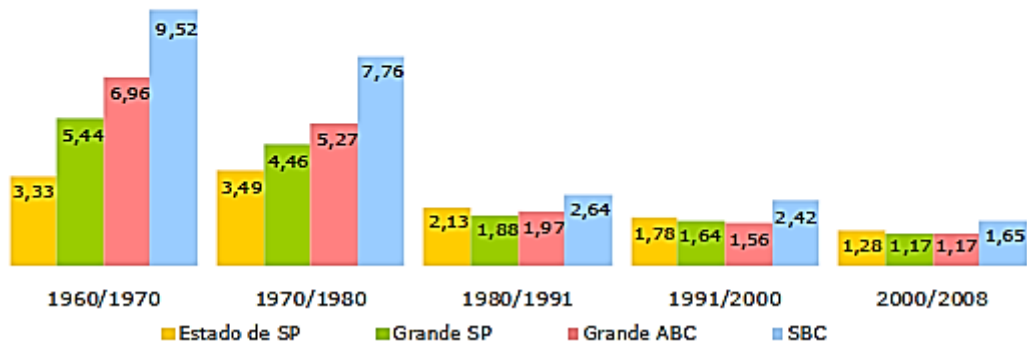
(1) Estimativa

(2) Excluída área da Represa Billings

Gráfico 1. Evolução da população.

TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO ANUAL - %

ESTADO DE SÃO PAULO, GRANDE SÃO PAULO, GRANDE ABC, E SBC

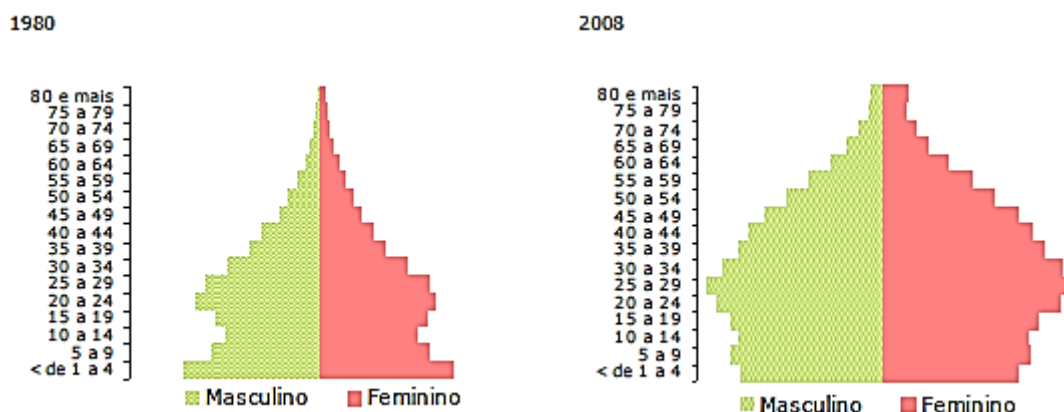


Fonte: FIBGE – Censos Demográficos

Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

O crescimento anual da população de São Bernardo do Campo se mostra superior ao dos demais municípios da região, sendo esta informação relevante no planejamento das ações do município.

Gráfico 2. Evolução da população por faixa etária e sexo - %.



Fonte: FIBGE – Censos Demográficos

Seção de Estatística e Banco de Dados – SP – PMSBC

DATASUS

A distribuição da população de um município por faixa etária e sexo, constitui importante informação para subsidiar o planejamento de ações na atenção aos ciclos de vida.

As pirâmides populacionais representadas no gráfico 2 permitem a visualização da proporção da população por faixa etária e sexo no Município de São Bernardo do Campo, nos anos de 1980 e 2008.

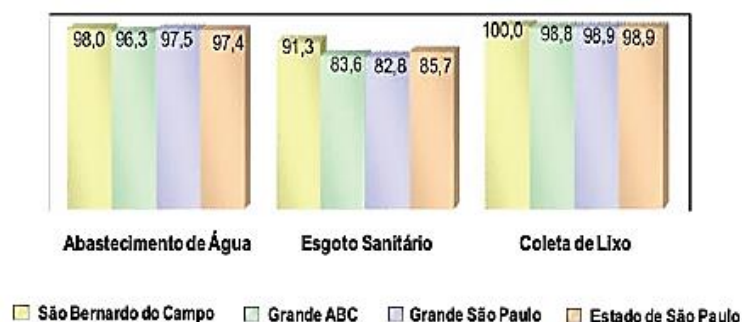
A redução progressiva nas taxas de natalidade e mortalidade, com consequente aumento na expectativa de vida, bem como a redução nos movimentos migratórios a partir da década de 80, são diretamente responsáveis pela transição demográfica observada na população do Município de São Bernardo do Campo no período de 1980 e 2008, fenômeno também observado na população brasileira. Em 1980, a porção mais larga da pirâmide era da faixa etária de 0-4 anos, refletindo um alto índice de natalidade com predomínio de população jovem, típico de países não desenvolvidos. Em 2008, observa-se um predomínio da população adulta, que pode ser atribuído a vários fatores como a urbanização, acesso a contracepção, melhora da renda e queda na taxa de nascimentos. A consequência direta da redução nas taxas de natalidade e mortalidade é o aumento progressivo na proporção de idosos (envelhecimento populacional), gerando demandas de saúde específicas, voltadas para este segmento populacional.

1.4. INFRAESTRUTURA E CONDIÇÕES DE VIDA

Gráfico 3. Infraestrutura: água, esgoto e coleta de lixo.

Domicílios beneficiados pelos serviços públicos

% DE ATENDIMENTO SEGUNDO AS REGIÕES



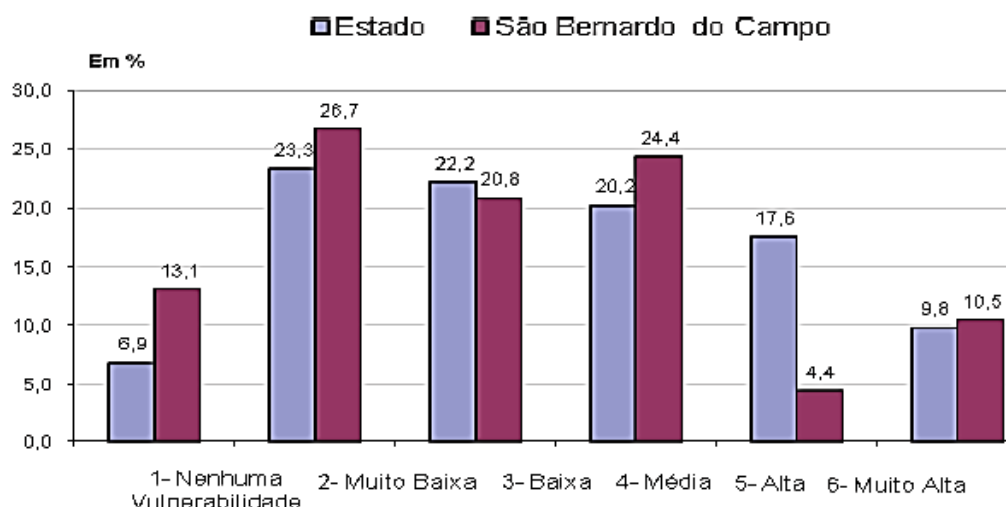
São Bernardo do Campo apresenta percentuais satisfatórios de cobertura de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Este fato contribui de forma positiva para o controle de doenças relacionadas ao saneamento básico. Considerando o princípio fundamental do SUS de equidade em saúde, as condições socioeconômicas e de vulnerabilidade social são fatores relevantes no direcionamento de investimentos e implementação de serviços.

A Fundação Seade, através do censo de 2000, elaborou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, disponibilizando um mapa para análise da situação municipal. A população do município considerada para o cálculo deste índice no ano 2000 foi de 701.795 habitantes. Uma análise das condições de vida destes habitantes mostra que os responsáveis pelos domicílios auferiam em média, R\$1.125,00, sendo que 37,6% ganhavam no máximo três salários mínimos. Esses responsáveis tinham, em média, 7,6 anos de estudo, 52% deles completaram o ensino fundamental, e 6,1% eram analfabetos.

Em relação aos indicadores demográficos, a idade média dos chefes de domicílios era de 44 anos e aqueles com menos de 30 anos representavam 14,8% do total. As mulheres responsáveis pelo domicílio correspondiam a 22,2% e a parcela de crianças com menos de cinco anos equivalia a 8,4% do total da população.

As características desses grupos, no município de São Bernardo do Campo, são apresentadas a seguir:

Gráfico 4. Distribuição da população, Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.



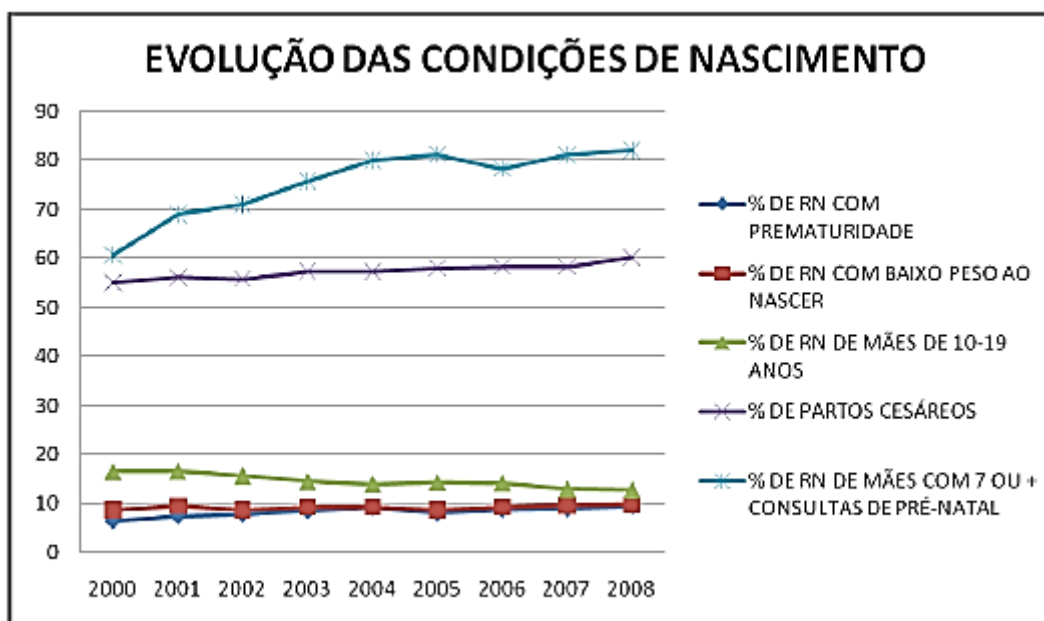
Fonte: IBGE. Censo Demográfico; Fundação SEADE.

1.5. ASPECTOS SANITÁRIOS

A análise da situação de saúde depende do conhecimento dos principais indicadores de saúde municipais, que permitem identificar as principais necessidades de saúde, reconhecendo a diversidade entre os diferentes grupos populacionais, de modo a orientar o planejamento de ações que sejam direcionadas à realidade sanitária.

1.5.1. Evolução das condições de nascimento

Gráfico 5. Evolução das condições de nascimento em São Bernardo do Campo.



Fonte: Fundação SEADE e SIM Municipal.

O município tem mantido cobertura de consultas de pré-natal acima da meta pactuada, porém o alto índice de prematuridade requer ações de intervenção em afecções maternas que possam contribuir para a diminuição do nascimento de prematuros.

A existência de serviço de referência para partos de risco e alto risco eleva o número de cesáreas.

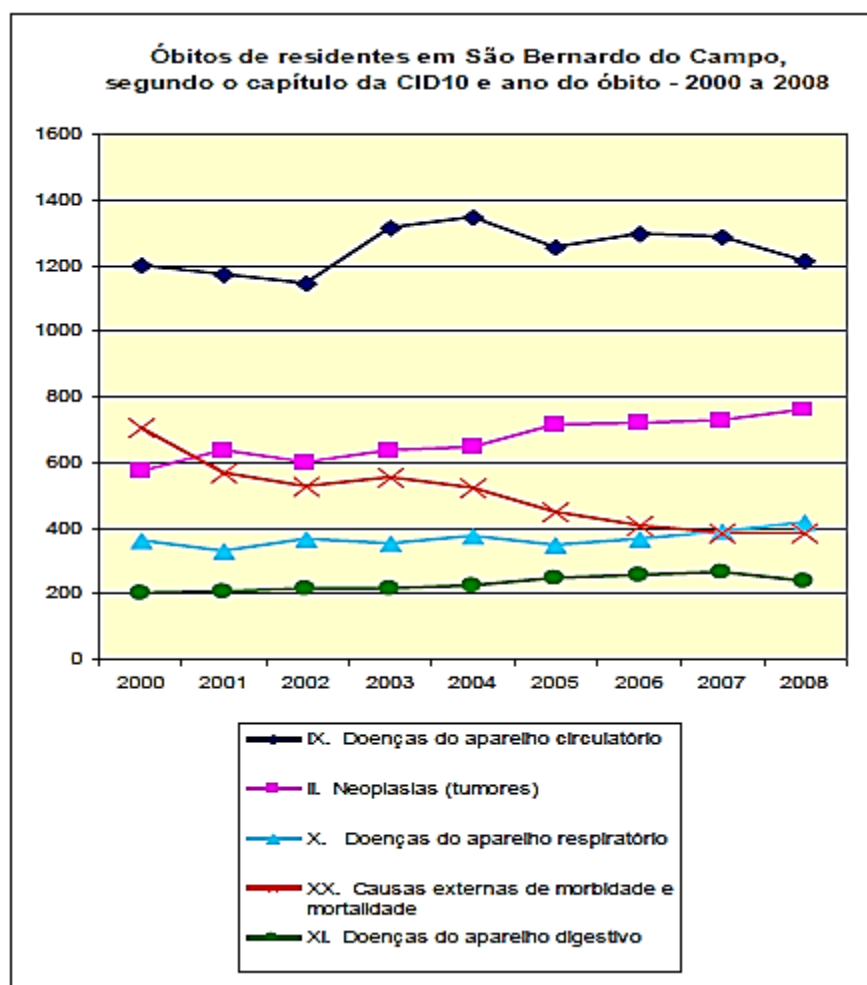
1.5.2. Mortalidade geral

Tabela 6. Óbitos de residentes em São Bernardo do Campo, segundo o capítulo da CID10 e ano de óbito – 2000 a 2008.

Causa (Cap CID10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
IX. Doenças do aparelho circulatório	1196	1170	1145	1312	1346	1251	1292	1285	1213
II. Neoplasias (tumores)	571	637	601	636	645	714	716	729	760
X. Doenças do aparelho respiratório	363	331	366	352	375	347	368	390	416
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	703	565	525	553	522	448	406	383	382
XI. Doenças do aparelho digestivo	200	204	216	213	222	249	257	265	237
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	234	198	189	198	178	167	154	164	160
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	136	120	126	168	132	140	146	143	137
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	124	173	111	140	156	165	125	133	131
VI. Doenças do sistema nervoso	48	54	46	66	57	68	85	80	98
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	56	67	63	61	80	86	102	94	87
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	37	20	21	27	22	27	22	34	50
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	60	55	50	45	49	44	46	54	43
V. Transtornos mentais e comportamentais	14	11	19	13	21	9	21	24	17
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	19	7	14	17	10	19	12	21	17
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	7	9	9	3	5	14	25	15
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6	16	8	12	18	14	20	18	11
XV. Gravidez parto e puerpério	4	1	2	0	2	1	6	2	4
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	1	0	0	1	0	2
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VII. Doenças do olho e anexos	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	3780	3637	3511	3823	3838	3754	3793	3844	3780

Fonte: 2000 a 2007 - Fundação SEADE, 2008.

Gráfico 6. Principais causas de mortalidade.



Fonte: Fundação SEADE e SIM – Serviço de Informações de Mortalidade – Secretária de Saúde – PMSBC

Na última década, as Doenças do Aparelho Circulatório têm se mantido como a principal causa de óbitos, seguida das Neoplasias e das Doenças do Aparelho Respiratório.

As Causas Externas ocupam importante lugar nas causas de óbito do município, representando a 4ª causa.

As Doenças do Aparelho Circulatório podem ser impactadas por estratégias voltadas à promoção da saúde, como a prática de atividades físicas, reeducação de hábitos alimentares e garantia de acesso aos serviços de saúde. A detecção e tratamento precoces das neoplasias constituem a principal ação na redução desta causa de óbito.

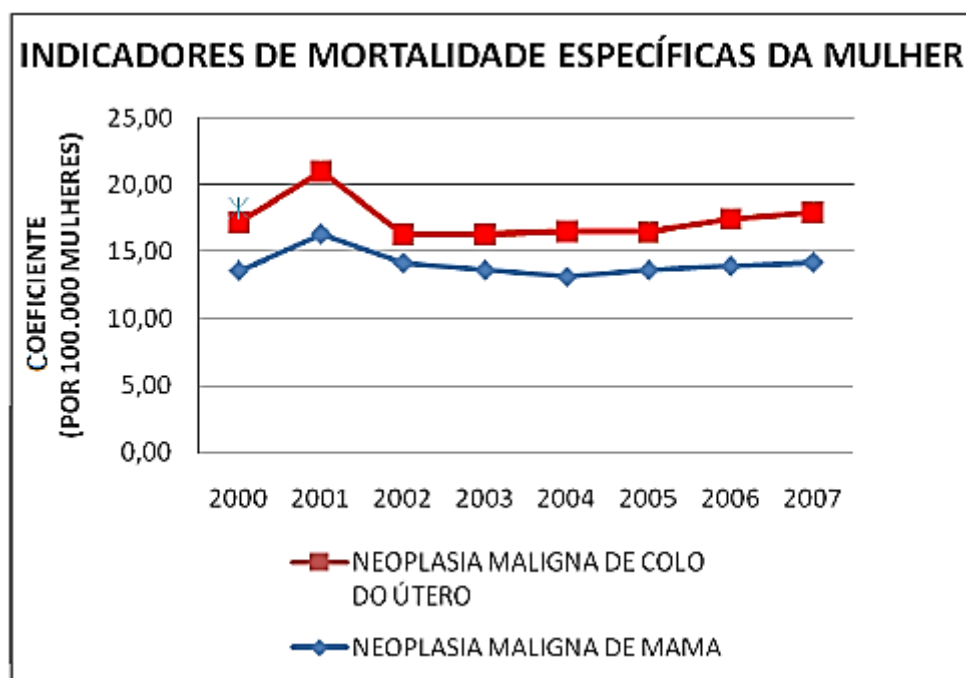
Por ser o tabagismo um dos principais fatores de risco para doenças respiratórias crônicas e sua morbimortalidade, ações que visem a redução da prevalência de fumantes podem contribuir para a redução destas causas.

A atenção às causas externas é uma das prioridades da área da saúde, com implantação de ações de prevenção e intervenção como o Território da Paz e a rede de atenção às vítimas de violência.

Os acidentes de transporte, após importante redução em 2006, voltaram a constituir a primeira causa de óbito entre as causas externas. As agressões com comportamento inverso estiveram à frente em 2006 e aparecem em segundo lugar em 2007.

Intensificação de ações de prevenção de acidentes no trânsito é fundamental na redução destas causas, bem como ações intersetoriais de redução da violência.

Gráfico 7. Indicadores de mortalidade específica da mulher.

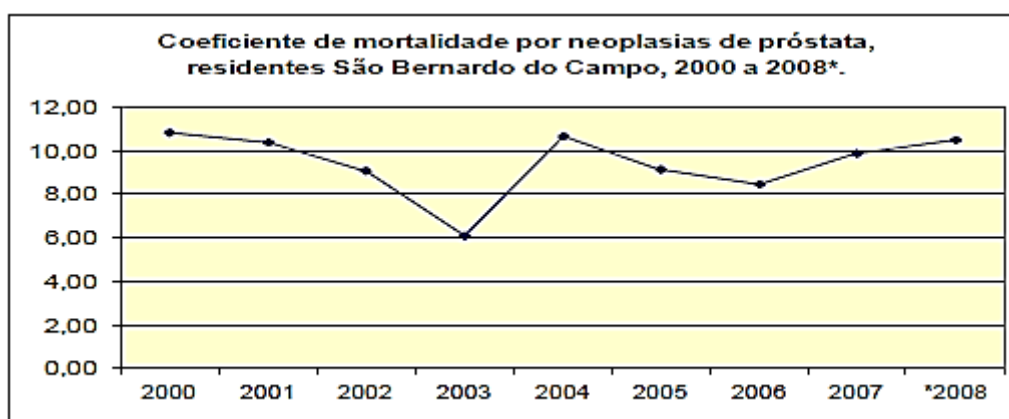


Fonte: Fundação SEADE e SIM – Serviço de Informações de Mortalidade – Secretária de Saúde – PMSBC

A mortalidade por Neoplasia Maligna de Colo de Útero é um indicador que permite a avaliação do acesso a exames preventivos para detecção e tratamento precoces. A intensificação na oferta de exames de Papanicolau pode alterar este coeficiente, por permitir o diagnóstico precoce e o tratamento de lesões que possam levar ao Câncer.

Quanto à Neoplasia Maligna da Mama, a implantação do SISMAMA permitirá o rastreamento de pacientes com lesões para adequado seguimento e tratamento.

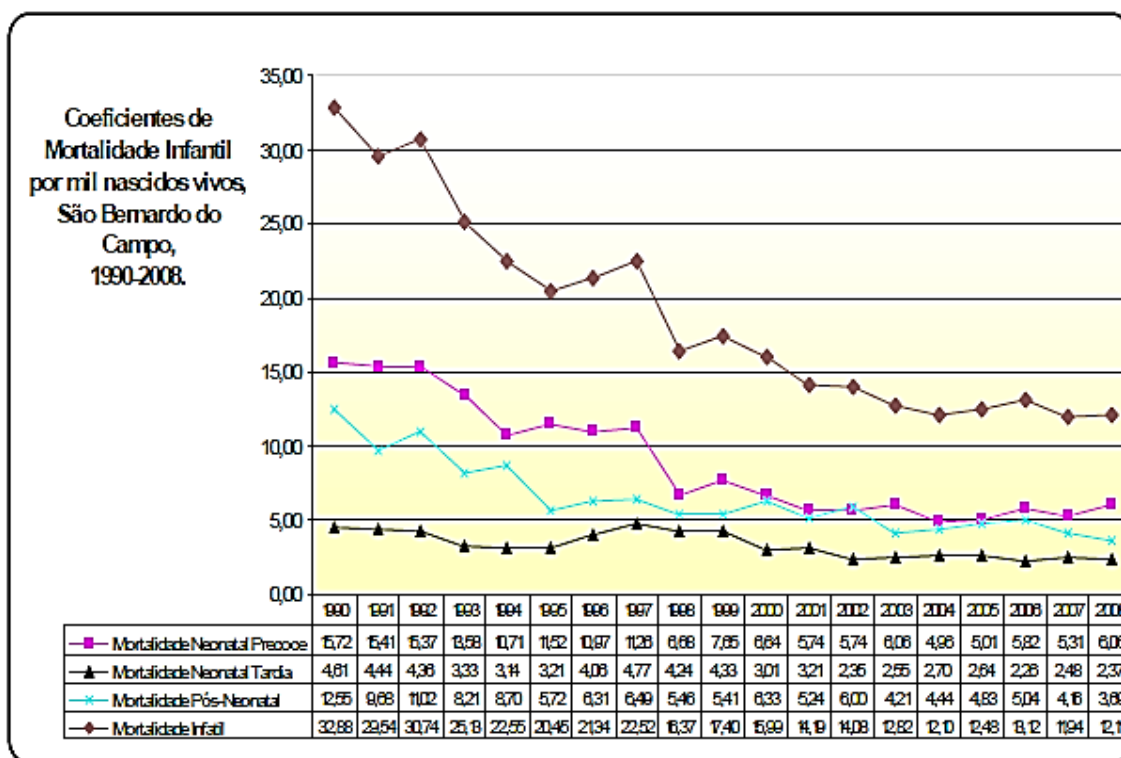
Gráfico 8. Coeficiente de mortalidade por neoplasias de próstata.



Fonte: Fundação SEADE e SIM – Serviço de Informações de Mortalidade – Secretária de Saúde – PMSBC

A mortalidade por Neoplasia de Próstata apresenta elevados coeficientes. A inclusão do eixo prioritário da “SAÚDE DO HOMEM” no Sispacto 2010-2011 prevê o desenvolvimento de ações quanto à importância de exames preventivos de rotina, com estratégia de redução deste indicador a partir do diagnóstico e tratamento precoces.

Gráfico 9. Mortalidade infantil 1990 – 2008.



Fonte: Fundação SEADE e SIM – Serviço de Informações de Mortalidade – Secretária de Saúde – PMSBC

A mortalidade infantil é um indicador reconhecido mundialmente e sua diminuição depende da reversão dos fatores que mais contribuem para seu acréscimo, como: a qualidade e número de consultas do pré-natal, condições de parto incluindo a assistência neonatal e as doenças respiratórias.

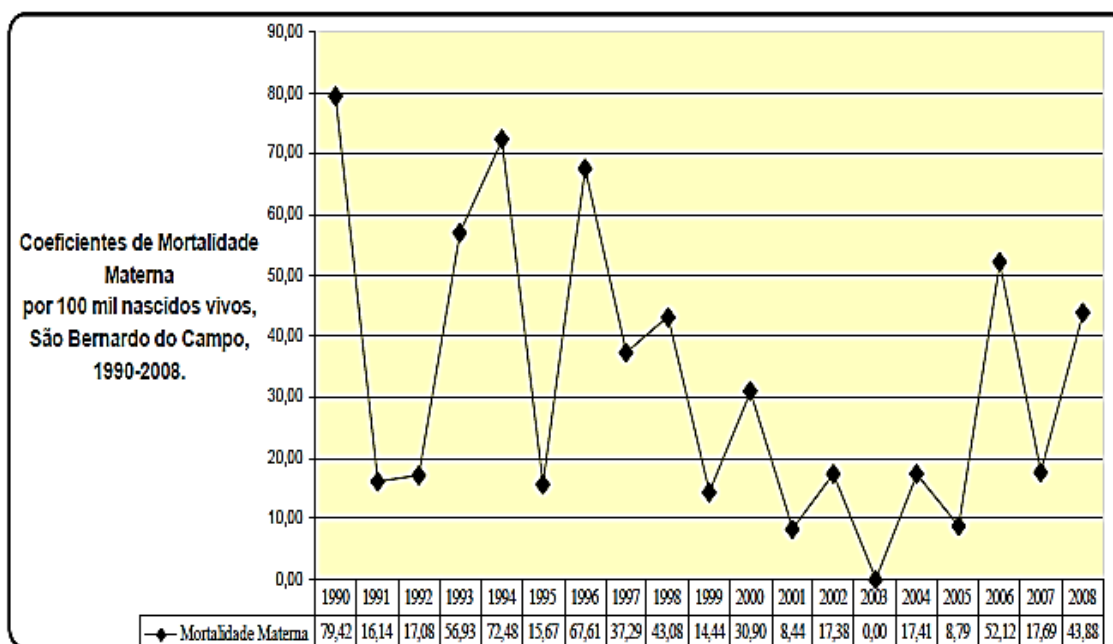
O Comitê de Vigilância de Óbitos Materno, Infantil e Fetal, está em reestruturação para, a partir da análise minuciosa dos óbitos, propor ações de intervenção no processo de atenção à saúde do binômio: mãe e filho e assim garantir a redução da ocorrência desses óbitos.

Tabela 7. Óbitos não fetais menores de um 1 ano, residentes em São Bernardo do Campo, segundo o capítulo da CID10 e ano de ocorrência – 2000 a 2008.

Causa (Cap CID10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	106	90	77	82	77	77	78	77	87
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	44	35	35	32	29	31	35	35	26
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18	7	9	7	12	8	9	7	9
X. Doenças do aparelho respiratório	18	18	22	10	10	12	12	9	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9	3	5	2	5	5	8	0	2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	1	2	0	0	3	2	2	2
VI. Doenças do sistema nervoso	3	4	2	4	1	0	1	2	2
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	1	2	1	1	2	0	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	5	4	4	0	4	3	0	1
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	0	0	0	1	0	1
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	0	1	1	0	0	0	1	0
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	1	0	0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	1	0	0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	4	2	2	1	0	0	0	0
II. Neoplasias (tumores)	1	0	0	1	3	0	0	1	0
Total	207	168	162	146	139	142	151	135	138

Fonte: Fundação SEADE e SIM – Informações de Mortalidade – Secretária de Saúde – PMSBC

Gráfico 10. Mortalidade materna.



Fonte: Fundação SEADE e SIM – Informações de Mortalidade – Secretária de Saúde – PMSBC

O risco de morrer por causas maternas diminuiu gradativamente nos últimos 30 anos no município, podendo ser comparado com países desenvolvidos (menor que 20).

A mortalidade materna apresentou elevação em 2007 devido ao incremento das ações de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil.

As ações do Comitê de Vigilância de Óbitos Materno, Fetal e Infantil também visam à redução desta mortalidade a partir da análise dos óbitos de mulheres em idade fértil e, assim, propor medidas de intervenção.

1.5.3. Dados de morbidade Hospitalar

As principais causas de internação hospitalar por capítulo da CID 10, dos residentes do Município de São Bernardo do Campo, no ano de 2008, foram:

- 1ª Gravidez, parto e puerpério;
- 2ª Doenças do aparelho circulatório;
- 3ª Doenças do aparelho respiratório;
- 4ª Doenças do aparelho digestivo;
- 5ª Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas;
- 6ª Neoplasias;

Excetuando-se as internações originadas pela gravidez, parto e puerpério, as causas relacionadas ao aparelho circulatório figuram persistentemente como as principais responsáveis pelas internações hospitalares de residentes do Município.

As doenças isquêmicas do coração, incluindo o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca e os acidentes vasculares cerebrais, são as principais causas circulatórias de internação. Ações relacionadas ao controle do diabetes mellitus, da hipertensão arterial, das dislipidemias, da obesidade, bem como o combate ao sedentarismo e ao tabagismo, com a adoção de estilos de vida saudáveis, certamente

poderão contribuir para a melhoria destes indicadores. Medidas de promoção da saúde terão grande importância na mudança desta tendência para as próximas gerações.

Tabela 8. Morbidade hospitalar por residência e capítulo.

CAPÍTULO DE CAUSA (CID 10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	755	804	1107	1177	929	1023	1145	881	904
II. Neoplasias (tumores)	898	976	1551	1811	2190	2698	2839	2748	2163
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	136	105	111	141	151	149	186	199	137
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	627	481	574	719	768	823	828	774	462
V. Transtornos mentais e comportamentais	1293	1016	663	904	889	873	1544	1620	1654
VI. Doenças do sistema nervoso	267	277	274	401	450	423	537	624	460
VII. Doenças do olho e anexos	148	150	184	203	223	269	248	253	142
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	71	83	74	85	123	153	133	131	98
IX. Doenças do aparelho circulatório	2477	2558	2820	3227	3660	3771	3880	3571	3770
X. Doenças do aparelho respiratório	2072	1798	1794	2086	2544	2959	2803	2641	2892
XI. Doenças do aparelho digestivo	1810	1736	2069	2375	2680	2826	2814	2862	2760
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	281	240	272	441	439	596	506	670	730
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	382	284	486	433	514	531	497	547	456
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1885	1688	1628	1636	1883	2011	2045	2138	2075
XV. Gravidez parto e puerpério	7878	6803	6801	6399	6552	6358	6250	6058	6172
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	824	967	824	868	846	788	1061	1290	892
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	719	456	349	392	394	420	444	444	345
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	337	269	225	319	339	427	450	535	407
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1865	1236	2142	2262	2340	2603	2488	2328	2580
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	21	18	12	1	10	34	113	51	3
XXI. Contatos com serviços de saúde	794	840	1176	737	921	847	950	1025	1007

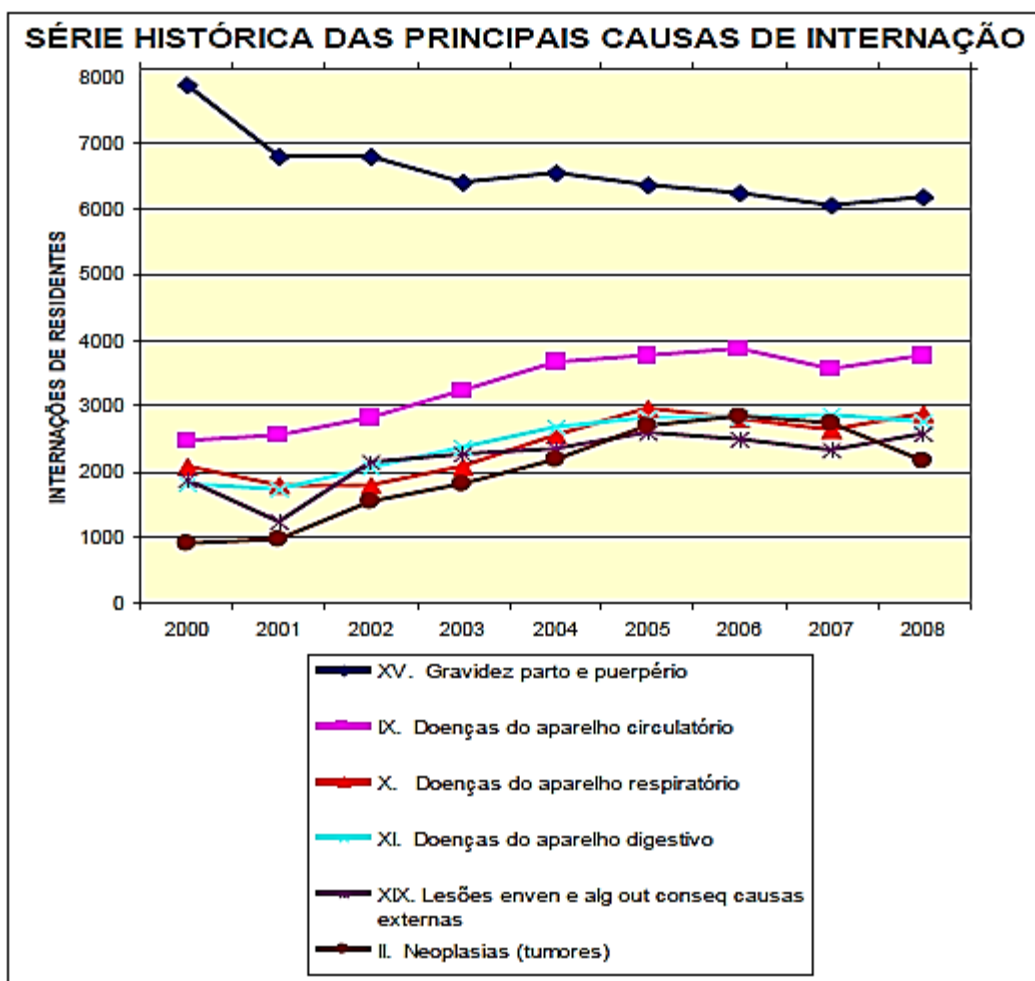
Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIH / SUS

As imunizações, o controle de doenças alérgicas como a asma e a rinite, combate ao tabagismo ativo e passivo, bem como medidas ambientais para redução de poluentes atmosféricos, estão entre as medidas que podem refletir positivamente nestes indicadores de morbidade hospitalar.

As neoplasias que mais originam internações são aquelas relacionadas ao intestino grosso (cólon, reto, ânus e canal anal), seguidas das neoplasias de mama e lábio, cavidade oral e faringe. Campanhas para orientação da importância da detecção precoce de tumores nas diferentes topografias, bem como a garantia de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos envolvidos nas respectivas linhas de cuidado, são condições necessárias para redução nestas causas de morbimortalidade.

Observou-se ao longo do tempo, que as lesões, envenenamentos e consequências de causas externas já foram a 3ª causa de internação em 2002, passando a ocupar a 6ª posição no período de 2005 a 2007, voltando a crescer em importância no ano de 2008, figurando como 5ª causa de internação. As fraturas decorrentes de acidentes de várias etiologias respondem pela grande maioria dessas internações, apontando para a necessidade de intervenções intersetoriais relacionadas à prevenção dessas ocorrências.

Gráfico 11. Principais causas de internação.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIH / SUS

1.5.4. Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis são importantes causas de morbimortalidade na população geral e seu controle representa um grande desafio para a saúde pública.

As altas taxas de mortalidade, os custos sociais, os gastos com internações hospitalares e reabilitação decorrente do diabetes mellitus e das doenças cardiovasculares, indicam a necessidade do estabelecimento de políticas públicas eficientes para que se alcance a melhoria nos indicadores relacionados a estas causas, especialmente quando se considera a etiologia multifatorial envolvida no desenvolvimento de tais condições de saúde.

Situações relacionadas à adoção de hábitos de vida não saudáveis como: alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, além de aspectos genéticos, sociais, ambientais e culturais, constituem o grupo de causas determinantes das principais doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus, necessitando intervenções bem estabelecidas no sistema de saúde, com a estruturação de linhas de cuidado que contemplem todos os níveis de atenção à população.

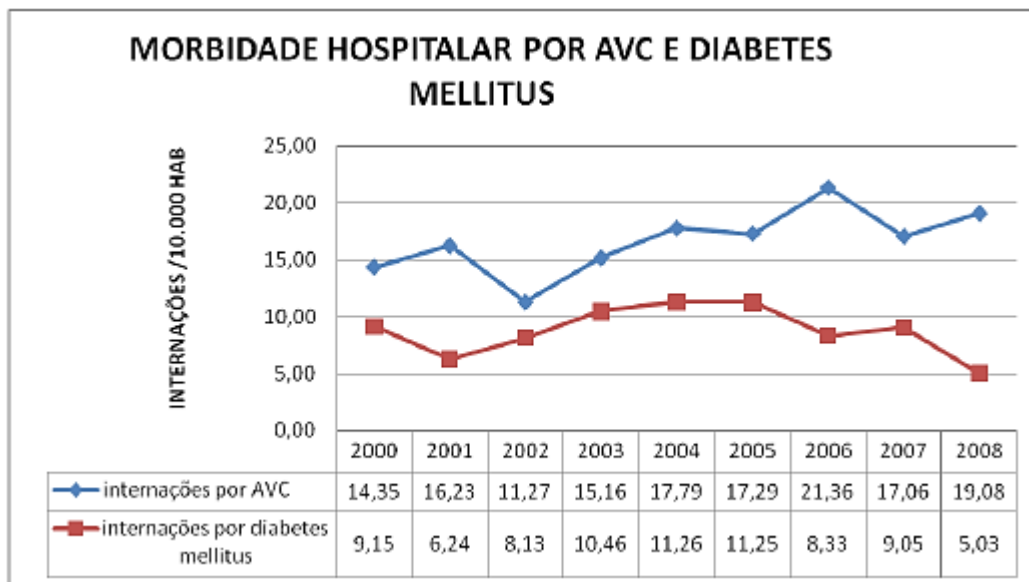
Um conjunto de medidas para a promoção da saúde e do autocuidado, para o controle destas doenças e reabilitação de eventuais sequelas, constitui a base para o enfrentamento deste problema.

Neste sentido, a Atenção Básica exerce papel de destaque por ser a porta de entrada do sistema de saúde, promovendo a detecção precoce e o tratamento oportuno e eficaz dos indivíduos doentes. Campanhas de conscientização, estímulo ao auto monitoramento glicêmico, ampliação do acesso a medicamentos e a tratamento em níveis especializados do sistema, podem igualmente contribuir para melhoria da situação destes indicadores.

No Município de São Bernardo do Campo, observou-se inversão na tendência de queda na taxa de mortalidade por AVC a partir de 2006, com elevação crescente na taxa de internação de maiores de 40 anos para ambos os sexos. Em relação ao diabetes mellitus, a taxa de internação em maiores de 30 anos por complicações da doença revelam tendência de queda, acompanhada de redução na mortalidade.

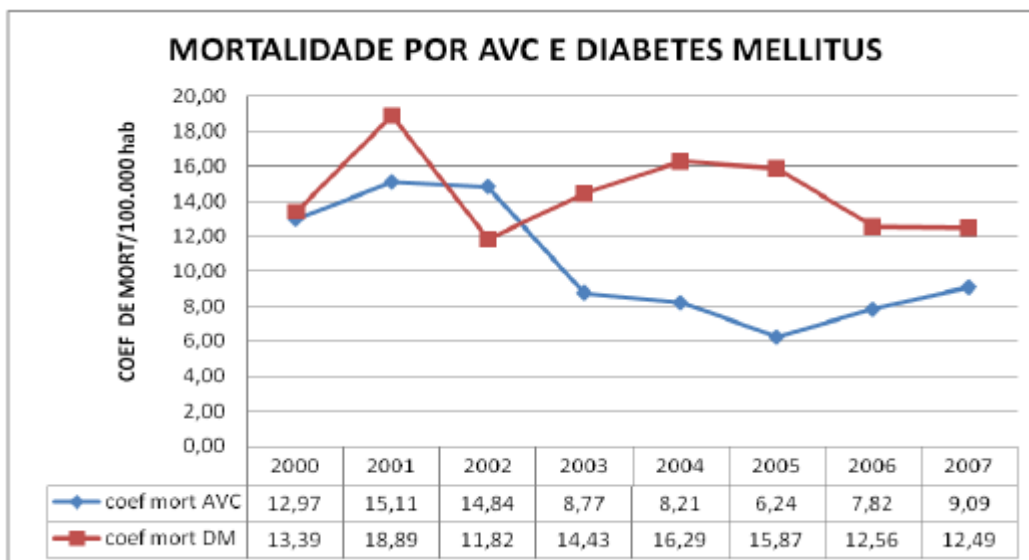
Seguem abaixo dados de internações e mortalidade por AVC e diabetes mellitus:

Gráfico 12. Morbidade hospitalar por AVC e Diabetes Mellitus.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIH / SUS

Gráfico 13. Mortalidade por AVC e Diabetes Mellitus.



Fonte: Fundação SEADE

SIM – Serviço de Informações de Mortalidade – Secretária de Saúde – PMSBC

1.5.5. Doenças agudas transmissíveis

Tanto a Dengue como a Febre Maculosa tem importância epidemiológica, pois podem ter seu curso modificado a partir da mudança de hábitos e medidas de prevenção adotadas individualmente.

1.5.5.1. Dengue

Ao longo dos últimos anos, casos autóctones de Dengue foram detectados nos locais citados na tabela, mas estes sempre estiveram abaixo dos casos importados. Porém, a situação de infestação no município é de alto risco, pois com média de 400 casos suspeitos e com 20% a 40% de casos importados confirmados, a presença do vetor pode desencadear uma epidemia no município. Apesar do trabalho das equipes de controle da Dengue ser ininterrupto ao longo do ano, a participação e mobilização da população são determinantes para a prevenção da doença, pois o município é considerado infestado pela SUCEN - Superintendência do Controle de Endemias/SES.

Gráfico 14. Evolução dos focos de Aedes.

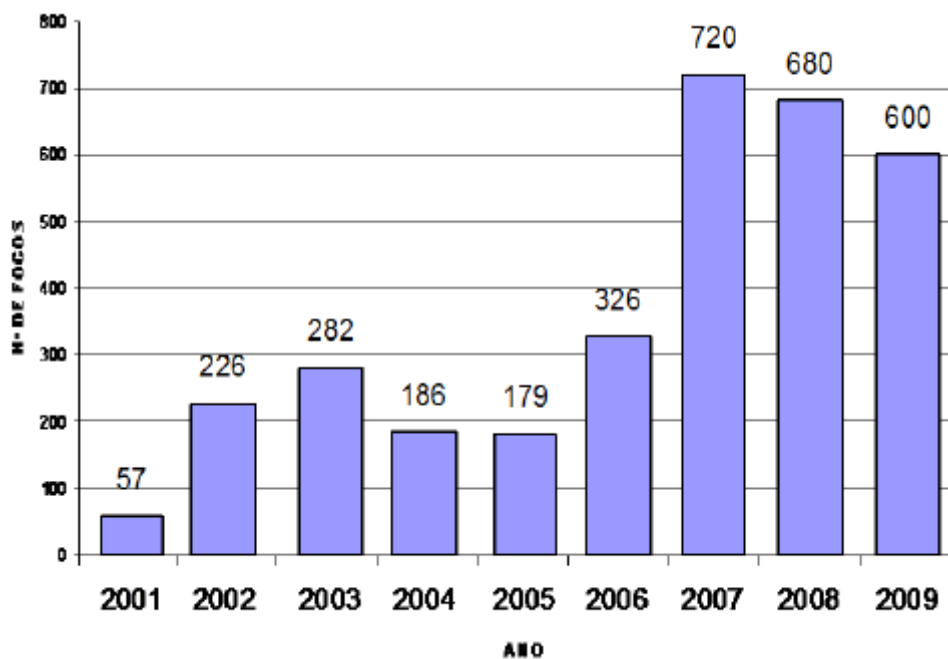


Tabela 9. Casos de dengue 2001 – 2008.

ANO	CASOS NOTIFICADOS	CASOS IMPORTADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS AUTÓCTONES
2001	138	50	88	0
2002	775	249	518	8
2003	209	84	124	1
2004	78	15	63	0
2005	75	23	51	1
2006	266	141	120	5
2007	427	76	347	4
2008	410	30	379	1

Fonte: Divisão de vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde – PMSBC

1.5.5.2. Febre Maculosa

Tabela 10. Febre Maculosa.

ANO	Nº CASOS	Nº ÓBITOS	LETALIDADE%	BAIRRO
2001	1	0	0	LAURA/ALVARENGA
2002	0	0	0	
2003	2	1	50	COOPERATIVA
				ALVARENGA
2004	2	0	0	COOPERATIVA
				ORQUÍDEAS
2005	4	2	50	SILVINA
				LAURA/ALVARENGA
				JANDAIA/ALVARENGA
				FEI/MIZUHO/COOPERATIVA
2006	0	0	0	
2007	4	4	100	COOPERATIVA
				PINHEIRINHO/BATISTINI
				PINHEIRINHO/BATISTINI
				JANDAIA/ALVARENGA
2008	4	2	50	QUÍMICOS/ALVARENGA
				N.HORIZONTE/ALVARENGA
				V.MORAES/ALVARENGA
				ALVARENGA

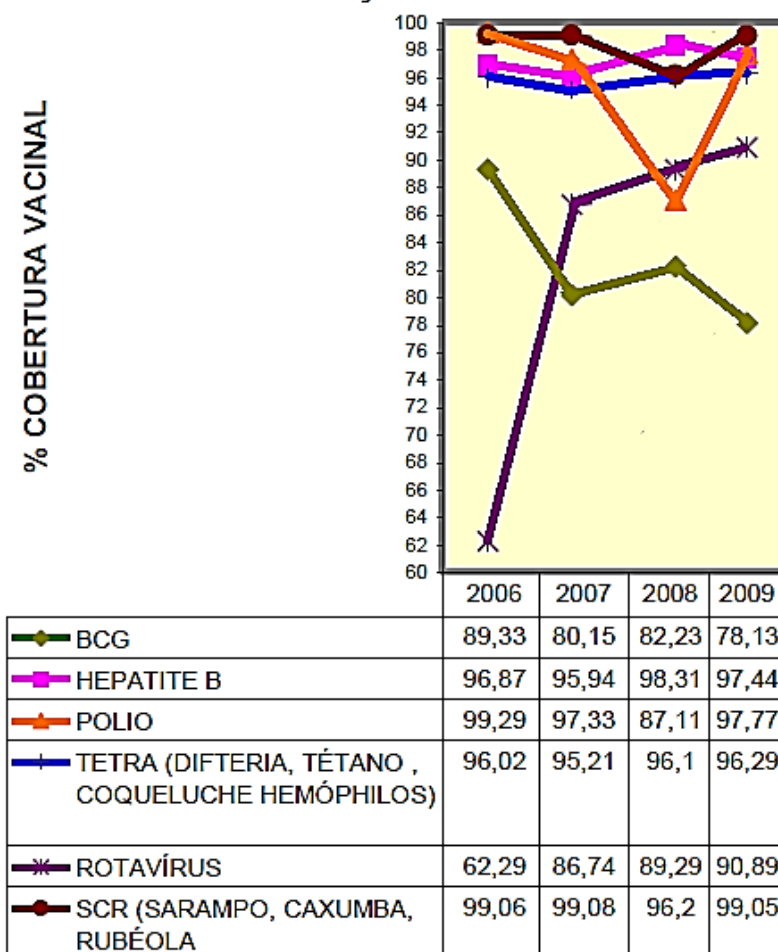
Fonte: Divisão de vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde – PMSBC

A Febre Maculosa é uma doença transmitida por carrapatos. Apesar do pequeno número de casos, a febre maculosa representa importante problema de saúde pública, pois se constitui em agravo de alta letalidade e tem as ações de controle centradas na educação em saúde. Implica no "aprendizado" do convívio entre o ambiente, geralmente com algumas características rurais, e o homem. A taxa de letalidade, isto é, óbitos ocorridos em casos diagnosticados, foi de 50% em 2008 (4 casos e 2 óbitos), e 100% no ano de 2007 (04 casos e 04 óbitos). O controle do carrapato em animais domésticos de pequeno e grande porte por parte da população é primordial na prevenção da doença.

1.6. PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO

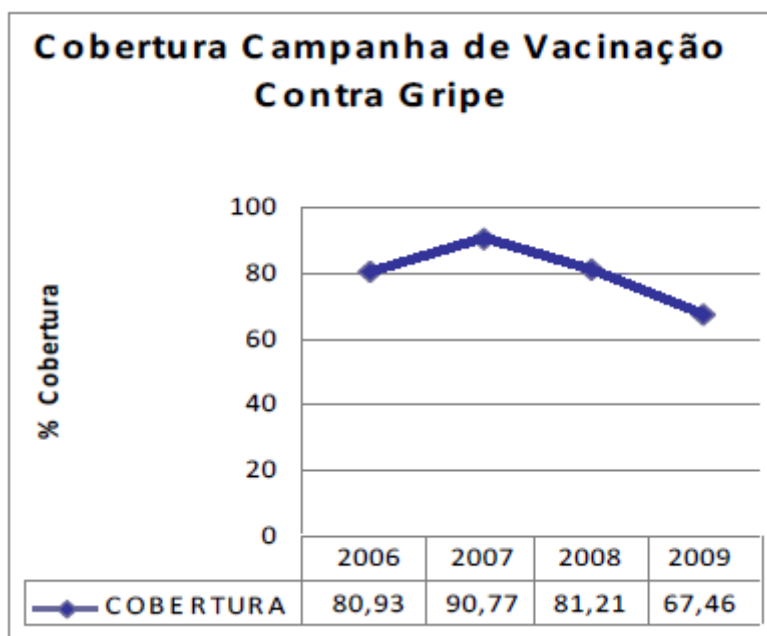
Gráfico 15. Cobertura de vacinação de rotina em menores de 1 ano.

COBERTURA VACINAÇÃO DE ROTINA < 01 ANO



O município mantém coberturas adequadas de vacinação. A cobertura vacinal, na maioria do período analisado, esteve acima das metas. A vacina BCG, que tem uma meta de 90%, é exceção. Porém, ao analisarmos as carteiras de vacinação de crianças menores de 1 ano, verifica-se que a cobertura está acima do preconizado, similar à cobertura da vacina contra a poliomielite. Esta discrepância se deve ao fato de que esta vacina é oferecida para os RN já nas maternidades e o número de partos realizados fora do município correspondem às doses não registradas pelo município.

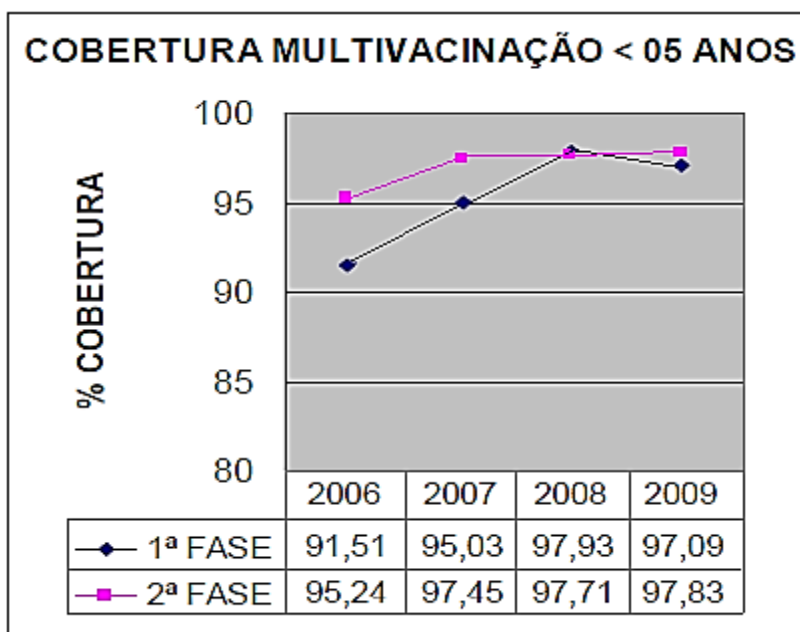
Gráfico 16. Cobertura de vacinação contra a gripe para maiores de 60 anos.



Fonte: API / PNI

A cobertura em campanhas de vacinação também tem alcançado bons resultados, exceção à campanha de vacinação contra a gripe no ano de 2009, pois a estimativa populacional do Seade alterou sobremaneira a meta a ser alcançada. Estratégias devem ser implantadas para obtenção da cobertura esperada.

Gráfico17. Cobertura de campanha de multivacinação em menores de 5 anos.



Fonte: API / PNI

O planejamento público é de extrema importância à busca pelo controle com eficiência e eficácia na gestão dos recursos públicos. “Administração pública é a gestão dos bens e interesses qualificados da comunidade, nos âmbitos federal, estadual e municipal, segundo os preceitos do direito e da moral, visando ao bem comum.” (AMATO, 1971).

Prioridades definidas nacionalmente no Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, é o instrumento de pactuação entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de estabelecer metas e compromissos sanitários a serem alcançados anualmente na gestão da saúde.

O Pacto pela Saúde se encontra subdividido em três segmentos principais: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

O Pacto pela Vida estabelece as prioridades sanitárias e seus respectivos objetivos de tal forma que estados e municípios devem desenvolver ações necessárias ao alcance das metas pactuadas.

As prioridades do Pacto pela Vida são:

- I. Atenção à saúde do idoso;
- II. Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III. Redução da mortalidade infantil e materna;
- IV. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e AIDS;
- V. Promoção da saúde;
- VI. Fortalecimento da atenção básica;
- VII. Saúde do trabalhador;
- VIII. Saúde mental;
- IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- XI. Saúde do homem.

2. FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO

A gestão do cuidado aos usuários deverá orientar as relações entre os diversos serviços e redes de saúde; com isso intencionamos avançar na produção da integralidade do cuidado ao usuário, tendo em vista que os processos de gestão não deverão se pautar pela estruturação de programas, mas pela trajetória do usuário no sistema.

Desta forma trabalharemos com a construção de linhas de cuidado, que deverão ter coerência com as prioridades elencadas no Pacto pela Saúde e a elas acrescidas as prioridades municipais.

A rede básica tem um papel estratégico na ordenação da rede de atenção, devendo ser um ponto aberto, resolutivo e que faz a coordenação do cuidado, acompanhando o usuário no seu caminho pelos vários pontos da rede. Para isto cada Unidade Básica de Saúde - UBS deve desenvolver uma micro responsabilização sanitária de suas equipes com o território sob seus cuidados.

Assim, assumimos para São Bernardo que a 'modelagem-objetivo' das UBS deverá obedecer substancialmente às seguintes diretrizes:

- Territorialização e Adscrição de clientela, com ações sobre o território;
- Responsabilização e Vínculo Permanente da equipe com o território;
- Trabalho multiprofissional, em equipe, com avaliação e qualificação permanentes por meio de reuniões semanais;
- Integralidade da Atenção – Promoção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação, individual e coletiva;
- Presença de agentes comunitários de saúde - ACS articulados integralmente com as equipes de saúde das unidades básicas de saúde em todo o território municipal;
- Enfermagem atuando na clínica;
- Atendimento da demanda espontânea;
- Atenção médica (Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Generalista);

- Ações intersetoriais, de promoção e proteção em saúde, realizadas por toda a equipe;
- Gestão participativa, por meio dos Conselhos Gestores Local;
- Ofertas ampliadas por meio da inserção de novas práticas e saberes na rede básica, (psicologia, fonoaudiologia);
- Instituição de apoio clínico e matricial (fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educador físico e especialidades médicas, conforme necessidade);
- Vigilância integrada à Atenção Básica;
- Fortalecimento do papel da Gerência de UBS;

Para tanto será ampliada a estratégia de Saúde da Família num modelo misto com generalista, clínico, pediatra e ginecologista e garantida de cobertura de 100% da população pelos ACS.

2.1. SAÚDE BUCAL

A atenção de Saúde Bucal, como parte do modelo pretendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve, a princípio, estar apta a promover uma real integração com as diretrizes norteadoras desse sistema.

Desta forma, a saúde bucal irá acompanhar o processo de regionalização do SUS proposto pela Secretaria Municipal de Saúde, em sintonia com as prioridades do Programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde (MS), traduzidas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, considerando ainda as resoluções das Conferências de Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde Bucal e as diretrizes para a política Estadual de Saúde Bucal.

Todas as ações de Saúde Bucal devem estar pautadas nas necessidades da população, tendo como objetivo proporcionar a melhoria das condições de Saúde Bucal, através de práticas coletivas de Promoção à Saúde e Proteção Específica, bem como ações individuais de atendimento das necessidades acumuladas.

Também tem por objetivo buscar maior impacto político social da Odontologia, enquanto profissão e ciência da área da Saúde, além de ampliar o modelo inovador de Atenção à Saúde Bucal.

2.2. ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE

As crianças e adolescentes necessitam de um sistema de saúde que lhes garanta o direito à promoção, proteção e recuperação de sua saúde. É necessário que se programe a atenção integral à saúde de escolares e adolescentes, através de um conjunto de ações de saúde, desenvolvidas de forma intersetorial e interdisciplinar, dando-se prioridade aos grupos de risco e crianças com intercorrências ou patologias instaladas, de forma que possibilite uma melhoria no estado de saúde e na qualidade de vida da comunidade e seu entorno.

Modelos baseados exclusivamente na assistência à saúde não são suficientes para o enfrentamento das principais causas de morbimortalidade desta faixa etária, como acidentes e violências além da necessidade de se trabalhar temas como sexualidade humana, meio ambiente e a promoção de estilos de vida saudáveis. Faz-se necessária uma mudança na forma de se pensar e planejar a saúde escolar, dentro do paradigma da Promoção da Saúde, que exige um trabalho intersetorial, interdisciplinar e com participação social.

Para que possamos desenvolver as ações de forma integral, será adotada a estratégia da Escola Promotora de Saúde, em conjunto com a Secretaria de Educação, tendo como diretrizes estabelecidas internacionalmente, três princípios básicos:

- Educação para a saúde com enfoque integral;
- Criação de ambientes físicos e emocionais saudáveis;
- Reorientação dos serviços de saúde.

Serão também adotados os princípios de regionalização, horizontalização e hierarquização, de forma que possibilite uma maior cobertura, descentralização das ações e maior envolvimento dos trabalhadores da saúde, educação e comunidade.

As atividades assistenciais são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, com exceção da área odontológica, que é desenvolvida também nas escolas por questões operacionais. Não se deve desvirtuar a função do espaço escolar, transformando-o num ambulatório, correndo o risco de medicalizarmos questões que têm desencadeantes sociais.

A assistência é de responsabilidade específica do setor da saúde devendo ser executado num espaço físico apropriado e em condições adequadas.

As principais áreas envolvidas na assistência são: saúde bucal, pediatria, enfermagem, fonoaudiologia, nutrição, saúde mental e saúde ocular.

2.3. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA REDE BÁSICA

32 Unidades Básicas de Saúde – UBS

01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

UBS ALVARENGA

UBS DEMARCHI

UBS PARQUE SÃO BERNARDO

UBS RIACHO GRANDE

UBS ALVES DIAS

UBS FERRAZÓPOLIS

UBS PAULICÉIA

UBS RUDGE RAMOS

UBS BAETA NEVES

UBS JARDIM DAS OLIVEIRAS

UBS PLANALTO

UBS SANTA CRUZ

UBS BATISTINI

UBS JARDIM DAS ORQUÍDEAS

UBS PRIMO FINCO

UBS SANTA TEREZINHA

UBS JARDIM FARINA

UBS JARDIM REPRESA

UBS TABOÃO

UBS VILA MUSSOLINI

UBS JARDIM IPE

UBS JARDIM SILVINA

UBS VILA DAYSE

UBS VILA ROSA

UBS JARDIM LEBLON

UBS JORDANÓPOLIS

UBS VILA EUCLIDES

UBS VILA SÃO PEDRO

UBS JARDIM NAZARETH

UBS PARQUE SELECTA

UBS VILA MARCHI

UBS VILA UNIÃO

PREVISÃO DE CONSTRUÇÃO E REFORMA DE UBS E CEO

- Construção de 06 Unidades Básicas de Saúde (04 novas e 02 substituições);
- Reforma de grande porte em 17 (dezessete) Unidades Básicas de Saúde;
- Reforma de pequena monta em 13 (treze) Unidades Básicas de Saúde e
- Construção de 03 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

Quadro 1. Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado.

PROGRAMA – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO							
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores		
Ampliação e manutenção da rede de Atenção Básica e Gestão do Cuidado	Ampliar o acesso a assistência à saúde da população	Expandir e manter as equipes da rede de atenção básica	Realizar diagnóstico de território para definir necessidade de expansão	2009	100% cobertura de ACS em 2010 50% de cobertura ESF até 2012		
			Redimensionamento das equipes das unidades da Rede Básica	2009			
			Contratação de profissionais para completar a necessidade das equipes	2010			
			Ampliar e manter as equipes do PACS	2009			
		Implantar novas UBS			Construção da UBS Alvarenga	2010	36 unidades de saúde em boa condição física, 13 em 2010, 12 em 2011 e 11 em 2012
					Construção da UBS Vila São Pedro	2010	
					Construção da UBS Areião	2011	
					Construção da UBS Montanhão	2011	
					Construção em substituição da UBS Batistini	2010	
					Construção em substituição UBS Rudge Ramos	2010	
	Compra de imóvel no Jd Oliveiras				2012		
	Manter e qualificar a atenção nas UBS	Readequar a estrutura física das UBS		Reforma Paulicéia	2011		
				Projeto substituição UBS Santa Terezinha - prédio CAISM	2012		
				Projeto substituição UBS Rudge Ramos - prédio PS atual	2011		
				Projeto substituição do Riacho Grande	2011		
				Reforma Taboão	2012		
				Reforma Jordanópolis	2010		
Reforma Demarchi				2012			
Reforma Ferrazópolis				2009			

PROGRAMA – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Ampliação e manutenção da rede de Atenção Básica e Gestão do Cuidado	Manter e qualificar a atenção nas UBS	Readequar a estrutura física das UBS	Reforma Parque São Bernardo	2011	
			Reforma Mussolini	2012	
			Reforma Baeta Neves	2012	
			Reforma Jd Farina	2011	
			Reforma Vila Euclides	2012	
			Reforma Alvarenga	2011	
			Reforma Jd Silvina	2012	
			Reforma Primo Finco	2009	
			Concluir reforma São Pedro	2010	
			Realizar pequenas reformas em todas as outras UBS` s	2011	
Reestruturação da Saúde Bucal	Ampliar atendimento em saúde bucal	Manter e expandir as equipes de Saúde Bucal	Realizar diagnóstico da necessidade (demanda) e da capacidade de oferta atual (RH e estrutura física)	2009	Diagnóstico situacional realizado
			Realizar pesquisa para nova medida de CPOD	2010	Índice de CPOD
		Completar as equipes (CD, ASB, TSB) para os equipamentos já existentes na Rede Básica	2010	21 Equipes em 2010, 20 equipes em 2011 e 29 em 2012	
		Implantar o projeto Jovens Dentistas	2010	100% das escolas municipais cobertas	
	Qualificar o atendimento existente	Readequar a estrutura física e de equipamentos de saúde bucal	Aquisição e implantação de equipamentos para as UBS e outros serviços	2010	Adquirir e implantar 70 equipamentos odontológicos até 2012
			Manutenção dos equipamentos dos consultórios odontológicos da Rede	2010	100% dos equipamentos cobertos por manutenção preventiva e corretiva
		Implantar a linha de cuidado em Saúde Bucal	Criar Grupo para desenvolver projeto	2010	Grupo constituído
			Oficinas e Cursos de Capacitação	2010	100% das oficinas e cursos realizados

PROGRAMA – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Reestruturação da Saúde Bucal	Ampliar o atendimento de urgência 24 para UPA´s (máximo 3)	Implantar o Atendimento de Urgência de 24 Horas em 3 UPA´s	Definir e implantar o Atendimento de Urgência Odontológico	2010	Atingir 3 serviços de urgência em saúde bucal implantados até 2012
	Ampliar o acesso ao Serviço de Prótese	Implantar Serviço de Prótese	Contratar Serviço de Prótese (Incluir Rede Básica Geral)	2010	Implantar o serviço de prótese no município com cobertura de 8%
	Ampliar o atendimento especializado em Saúde Bucal	Implantar 3 novos CEO, sendo 02 com serviço de prótese	Construir CEO Silvina	2011	Atingir a implantação de 3 CEO até 2012 e cobertura de 32% no serviço de prótese
Construir CEO Alvarenga			2010		
Construir CEO Riacho			2012		
Desenvolver ações de promoção e proteção à saúde de forma interdisciplinar por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no se contexto familiar, social e do trabalho	Implantação de Políticas de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos	Projetos intersetoriais com educação, esporte, lazer e outros.	Grupos de praticas corporais	2009	100% de UBS realizando práticas corporais
			Escola Promotora de saúde	2010	100% das escolas municipais regionalizadas com as UBS
		Promover Campanhas Educativas	Planejar e organizar 4 campanhas educativas no ano	2010	100% das campanhas previstas realizadas
		Desenvolver estratégias de Comunicação Social	Criar boletins informativos, folders, banners e outros meios de comunicação	2010	Atingir 70% do público alvo pré definido
Qualificar a atenção básica promovendo sua integração com outros pontos da rede de atenção	Implantar o Projeto dos apoiadores	Definir o perfil dos apoiadores	Seleção dos profissionais para contratação	2010	Realização do processo seletivo
		Implantar 10 equipes de apoiadores	Contratar 50 apoiadores	2010	50 apoiadores contratados
		Formar os apoiadores	Capacitar os profissionais	2010	100% dos profissionais capacitados
		Acompanhar o trabalho dos apoiadores	Realizar o monitoramento e supervisão dos apoiadores	2010	Aferir trimestralmente as ações dos apoiadores
	Linhas de cuidado	Definir e priorizar as linhas de cuidado	Realizar oficina para definição das linhas de cuidados	2009	Oficina realizada
		Construir os protocolos	Constituir equipes para construção e implantação dos protocolos	2010	Protocolos constituídos e implantados
Implantar os protocolos					

Fonte: Secretaria de Saúde – PMSBC

3. REESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A área de atenção especializada é chave na ordenação da rede de atenção por fazer a ponte entre vários pontos assistenciais. Na perspectiva de garantir a integralidade, a rede especializada é formada por serviços próprios do município e contratados, que funcionam com porta regulada a partir das necessidades sentidas em outros pontos do sistema.

O apoio matricial e clínico também aqui será um importante dispositivo na gestão da integralidade do cuidado, colocando os vários pontos em contato.

A reestruturação e ampliação do acesso as especialidades médicas em centros regionais de especialidades distribuídos estrategicamente por regiões do município propiciará não só uma maior integração com a rede básica de saúde, bem como irá qualificar e racionalizar o encaminhamento de casos de maior complexidade as unidades especializadas de referência municipal e extra-municipal.

Dentro desta perspectiva as unidades centrais de especialidades tenderão cada vez mais a concentrar serviços que tenham grande incorporação tecnológica na sua ação ou especialidades muito específicas.

3.1. SAÚDE MENTAL

Nesta área o município se propõe a fazer uma revolução na atenção prestada nos últimos anos, adotando os princípios da política nacional de Saúde Mental, pactuada nacionalmente, que propõe uma rede que busque garantir uma atenção integral nesta área e aporte uma rede voltada para os portadores de sofrimento psíquico grave.

Para isto, será estruturado o atendimento na rede básica, como já mencionado no capítulo anterior, qualificado o atendimento à urgência psiquiátrica, criados leitos para retaguarda clínica no novo Hospital de Clínicas e estruturada uma rede de serviços substitutivos territoriais (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS para adultos e infanto-juvenis).

Visando dar a esta população a possibilidade de exercer mais plenamente sua cidadania serão construídas cinco Serviços de Residência Terapêutica – SRT, para garantir o direito à moradia de pacientes que são hoje moradores do Hospital Psiquiátrico apenas por não terem opção de saída para um lar, em sintonia com a política nacional e um projeto estadual de ressocialização dos moradores.

3.2. DST / AIDS

O programa de prevenção, combate e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e de pessoas que convivem com o HIV/AIDS, juntamente com o programa de prevenção, combate e tratamento das hepatites B e C, será trabalhado na perspectiva de permear suas ações para toda rede de saúde em especial, para rede básica e para o programa de saúde mental. Garantindo o rigor técnico no tratamento e nas ações desenvolvidas e ampliando o acesso do atendimento e o alcance das medidas de proteção e promoção a saúde dos usuários do sistema de saúde.

3.3. PROGRAMA DE PREVENÇÃO E COMBATE A TUBERCULOSE

A descentralização das ações do programa para a rede básica de saúde é a estratégia adotada para se alcançar melhores índices de detecção precoce de casos de tuberculose, através da busca ativa, essa estratégia garantirá também diminuição dos índices de abandono do tratamento tendo em vista à melhoria do acesso do paciente a unidade de saúde, bem como a possibilidade da ampliação do tratamento supervisionado impactando, dessa forma, na melhoria da taxa de cura da doença em nosso município.

3.4. PROGRAMA DE CONTROLE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ANEMIA FALCIFORME E OUTRAS HEMOGLOBINOPATIAS

A Secretaria de Saúde desenvolverá junto à população negra ou com descendência negra, ações de controle, prevenção e tratamento da anemia falciforme, do traço falciforme e da talassemia major e minor.

Essas ações terão como base as linhas de cuidado desenvolvidas na Secretaria de Saúde, como por exemplo, o pré-natal visando à detecção precoce de casos, o planejamento familiar visando o aconselhamento prévio do casal.

Ações junto à atenção especializada e rede hospitalar com finalidade de prestar tratamento adequado.

E por fim, através de convênios e parcerias com serviços municipais de hemoterapia (banco de sangue) desenvolver programas que incluam ações e pesquisa de identificação de pessoas portadoras do gene causador da anemia falciforme e outras hemoglobinopatias.

3.5. REDE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

UNIDADES PRÓPRIAS

- Clínica Municipal de Especialidades Médicas I;
- Clínica Municipal de Especialidades Médicas II;
- Centro Regional de Especialidades Médicas do Alvarenga*;
- Centro Regional de Especialidades Médicas Silvina*;
- Centro Regional de Especialidades Rudge Ramos*;
- Centro de Referência de Doenças Respiratórias * e
- Ambulatório de Práticas Integrativas e Complementares*.

*Funcionam dentro das Unidades Básicas de Saúde

SAÚDE MENTAL

- CAPS II AD;
- CAPS II AD Infante Juvenil e Ambulatório de Saúde Mental Infantil;
- Pronto Socorro de Psiquiatria e
- Ambulatório da Saúde Mental.

UNIDADES CONTRATADAS

- FUNCRAF - Fundação de Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio Faciais;
- CDT - Centro de Diálise e Transplante do ABC;
- Hospital de Reabilitação;
- ABC Imagem;
- Clínica Dr. Ghelfond Diagnóstico Médico;
- Laboratório Bio Life;
- APTHO - Assistência Psicológica ao Trabalho e ao Homem S/S LTDA;
- AVAPE - Associação para Valorização e Promoção de Excepcionais e
- CENE – Centro de Nefrologia do ABC.

PREVISÃO DE IMPLANTAÇÃO E CONSTRUÇÃO

- Implantação de 05 CAPS III;
- Implantação de 01 CAPS I;
- Construção/Transferência do CAPS II para CAPS I;
- Construção de 4 residências Terapêuticas e
- Construção do “Quarteirão da Saúde”.

Quadro 2. Reestruturação da Política de Atenção Especializada.

PROGRAMA - REESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Ampliação, Reorganização e Manutenção da Rede de Atenção Especializada	Ampliar e Integrar a rede de atenção especializada	Contratação de serviços e procedimentos ambulatoriais e hospitalares especializados de apoio diagnóstico e terapia.	Definir Serviços a serem contratados	2010	5 CAPS implantados 5 Residências Terapêuticas implantadas 5 locais descentralizados com especialidades quartirão da saúde implantado
			Contratar os serviços		
		Descentralização e ampliação dos ambulatórios regionais de especialidade com acesso ágil e eficiente as especialidades e aos SADT	Definição dos locais de implantação	2010	
			Implantação	2010-2013	
		Implantação de práticas complementares e alternativas	Definir práticas a serem implantadas	2010	
			Estabelecer cronograma de implantação		
			Implantar Práticas complementares e alternativas		
		Criação do serviço de saúde funcional e auditiva	Definição do local	2010	
			Construir o Projeto		
			Aquisição dos equipamentos Contratar a equipe necessária	2011	
		Implantação do Quartirão da Saúde	Definição de Local	2010	
			Construir o Projeto	2011	
			Aquisição dos Equipamentos	2013	
			Construção do Quartirão		
Qualificar a rede especializada existente	Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica (e hospitalar), configurando a rede de atenção a saúde, por meio dos processos que integrem e articulem os serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, tendo como base para a ação a programação pactuada e integrada.		Permanente		
Reorganização do ambulatório de especialidades médicas II		Readequação física do novo local para receber o ambulatório	2010		
Reorganização dos ambulatórios de especialidades médicas I		Reforma do prédio	2010		

PROGRAMA - REESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Ampliação, Reorganização e Manutenção da Rede de Atenção Especializada	Manutenção da rede especializada	Manutenção dos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de apoio diagnóstico e terapia	Firmar contratos de manutenção predial e de equipamentos, contratação de equipe de manutenção e apoio as unidades de saúde	2010	
Reorganizar e ampliar a rede de atenção à saúde mental	Implantar a rede com CAPS III Adulto, CAPS Infantil e Residências Terapêuticas	Implantar CAPS III Centro	Reforma	2010	
		Implantar CAPS III Alvarenga	Definição do Local	2010	
			Projeto		
			Aquisição dos equipamentos		
		Implantar CAPS III São Pedro	Definição do Local	2011	
			Projeto		
			Aquisição dos equipamentos		
		Implantar CAPS III Rudge Ramos	Reforma do atual ad ij	2011	
			Aquisição dos equipamentos		
		Implantar CAPS III Silvina	Definição do Local	2012	
			Projeto		
			Aquisição dos equipamentos		
		Implantar RT Centro	Aluguel	2009	
			Compra e reforma	2010	
		Implantar RT Alvarenga	Definição do Local	2010	
			Aquisição do mobiliário		
			Compra		
		Implantar RT São Pedro	Definição do Local	2011	
			Aquisição do mobiliário		
			Compra		
Implantar RT Rudge Ramos	Definição do Local	2011			
	Aquisição do mobiliário				
	Compra				
Implantar RT Silvina	Definição do Local	2012			
	Aquisição do mobiliário				
	Compra e reforma				

PROGRAMA - REESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA						
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores	
Reorganizar e ampliar a rede de atenção à saúde mental	Implantar a rede com CAPS III Adulto, CAPS Infantil e Residências Terapêuticas	Construção do CAPS i - Cidade dos Direitos	Projeto	2011		
			Aquisição dos Equipamentos			
			Construção			
		Implantar CAPS i - Prédio da Secretaria. de Educação	Reforma	2010		
			Aquisição dos Equipamentos			
		Estruturação de 2 CAPS Álcool-Drogas				2010
		Implantar Leitos para dependência química no Hospital de Clínicas (desintoxicação)	Criar enfermaria de curta permanência no HC municipal para dependentes químicos integrada aos CAPS-Ads	Construção do HC Municipal		2011
	Reestruturar a urgência dentro do PS Central (hospital de urgência)	Criar enfermaria de curta permanência para as urgências psiquiátricas no Hospital de Urgências integrado aos CAPS	Reforma do Hosp. Urgência	2011		
	Implantar Núcleo de Trabalho e Inserção Social			2011		
	Criação de Projeto de Redução de Danos	Implantar em articulação com a rede saúde o projeto de redução de danos, envolvendo os programas de saúde mental, DST/AIDS, hepatites, Tuberculose, tendo como base do projeto a inserção comunitária e dos usuários.		2011		

Fonte: Secretaria de Saúde – PMSBC

4. REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As Políticas de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência de São Bernardo do Campo se estruturam para fins de desenvolvimento e aplicação de tecnologias de cuidado e para fins de gestão, na forma de um Complexo Hospitalar e de uma rede de Unidades de Pronto Atendimento.

São três as unidades Hospitalares do Complexo:

- Hospital Municipal Universitário – HMU: unidade dedicada aos cuidados em saúde materno-infantil.
- Hospital de Ensino Anchieta – HE: unidade dedicada aos cuidados de pacientes oncológicos e cirúrgicos.
- Pronto Socorro Central – Hospital Municipal de Urgência: unidade dedicada à atenção ao trauma e aos cuidados clínicos e pediátricos de pacientes agudos críticos.

A lógica operacional de complexo agrega valor aos resultados entregues, posto que permita a todo o momento, que os agentes desta cadeia produtiva de cuidados em saúde sejam convidados a tomar decisões e cuidar privilegiando uma óptica universal e integral deste cuidado e das instâncias e partes interessadas envolvidas. Além disso, garante-se um pleno alinhamento das operações hospitalares de São Bernardo do Campo com as melhores práticas e experiências de gestão hospitalar desenvolvida nacional e internacionalmente.

Em 2009, o trabalho foi dedicado à conformação do Complexo Hospitalar de São Bernardo do Campo. Em ação gerou uma reforma administrativa ampla e inaugurou uma nova fase de relações entre a Secretaria de Saúde, a Fundação do ABC e suas mantidas, no sentido de aperfeiçoar o uso de recursos, tanto nos aspectos de economia de recursos públicos, como em redirecionamento destes recursos orçamentários para investimentos cruciais, como ampliação e modernização do parque de equipamentos hospitalares, ampliação da capacidade de oferta de grande parte dos serviços, como as unidades de terapia intensiva (29 novos leitos entregues neste período) e criação de novas tecnologias de relação com o usuário como o SOU, novo serviço de soluções e

escuta ativa para aperfeiçoamento de todos os serviços ofertados pelo complexo, por meio das manifestações da clientela alvo, os usuários do SUS.

Foram extensos os ganhos nas áreas de planejamento e estímulo à formação gerencial no Complexo Hospitalar. Pela primeira vez em sua história a Secretaria de Saúde define e faz a gestão de planos operativos disseminados e acompanhados tanto pela alta liderança como pelos níveis táticos e operacionais, cenário que permite a consolidação real de um modelo de governança corporativa participativa e eficiente.

O modelo de cuidado privilegia também áreas vulneráveis em oferta, como cuidados prolongados, que se dão por meio de convênio com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e de cuidados intermediários em ambiente domiciliar, que são ofertados pelo Programa de Internação Domiciliar alinhado com a Política Nacional de Atenção Domiciliar.

A Política de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência do município representa os eixos e vertentes das ações que estão sendo desenvolvidas. Estas contemplam centralmente a expansão da capacidade de oferta hospitalar do município e a qualificação da assistência hospitalar. Como o parque hospitalar instalado se dá no contexto de um contrato de gestão entre a Secretaria de Saúde e a Fundação do ABC, atividades como ensino e pesquisa são nucleares e se configuram como poderosas ferramentas para o aprimoramento qualitativo de saberes e práticas.

Neste sentido, está em fase de execução, o projeto de construção do novo Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo, que contará com 180 leitos de internação e 60 leitos de UTI que sanarão o déficit de leitos do município, da ordem de 150 leitos, bem com colaborarão com a redução do déficit de leitos regional. Movimentos de certificação qualitativa estão se consolidando, aprimorando as áreas de informação gerencial, segurança do paciente, hospitalidade, econômico-financeira, gestão de pessoas, gestão do cuidado, entre outros.

No mês de dezembro de 2009 será completado o processo de certificação pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação das Unidades do Complexo Hospitalar de São Bernardo do Campo como Hospitais de Ensino, fato que permitirá grandes aquisições qualitativas ao Complexo consolidando-o como mais um centro hospitalar de excelência do país.

4.1. ATENÇÃO AS URGÊNCIAS

A conformação da rede de atenção às urgências passa pela estruturação deste atendimento a partir de vários serviços e estratégias de cuidado da rede, ocorrendo desde a atenção básica até os hospitais, se materializando nos componentes móveis e fixos.

No que se referem ao componente fixo, as UPA – Unidades de Pronto Atendimento têm um papel central. É uma unidade que funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e está preparada para prestar atendimento com resolubilidade aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados. De forma simplificada, pode ser considerada uma estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as unidades hospitalares.

A UPA trabalha com conceito territorial e guarda adscrições com serviços nele inseridos, sendo o principal deles a atenção básica (cerca de 3 a 5 UBS por UPA), estratégia com a qual todos os serviços e tecnologias guardam relação de prioridade e centralidade das ações.

Tem como objetivo geral oferecer alternativa de qualidade ao atendimento das urgências de baixa e média complexidade como objetivos específicos:

- Atender casos de urgência e emergência de baixa e média complexidade;
- Estabilização de pacientes graves;
- Prover apoio às unidades básicas de saúde;
- Acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde ou para internação hospitalar;
- Ser observatório do sistema e da saúde para planejar melhor a atenção integral à saúde do cidadão.

No componente móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192, é a principal estratégia. Este funciona com 08 Ambulâncias de Suporte Básico e 02 de Suporte Avançado, além de 02 motos-ambulância.

Dada a complexa compreensão geográfica do território de São Bernardo do Campo, o SAMU está em constante aprimoramento para atender da melhor forma possível às

solicitações para atendimento às urgências e emergências com o menor tempo de resposta para o chamado possível. Está em curso a descentralização das bases do SAMU – 192, com 05 já descentralizadas. Em 2011 teremos 10 bases descentralizadas, sendo uma em cada UPA e uma na Central do Corpo de Bombeiros.

Além disso, deve realizar interfaces com os demais serviços municipais a fim de garantir acesso às tecnologias de cuidado em urgência e emergência aos clientes que delas precisem em qualquer sítio de cuidado da rede.

4.2. REDE HOSPITALAR

COMPLEXO HOSPITALAR DO MUNICÍPIO

- Hospital Municipal Universitário – HMU
- Hospital de Ensino (Hospital Anchieta)
- Hospital Municipal de Urgência e Emergência (PS CENTRAL)

REDE CONVENIADA / CONTRATADA

- Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo
- Hospital de Reabilitação

4.3. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- UPA Vila São Pedro
- Pronto Socorro Baeta Neves *
- Pronto Socorro Riacho Grande *
- Pronto Socorro Rudge Ramos *
- Pronto Socorro Taboão *
- Pronto Socorro do Alvarenga *
- Pronto Socorro Demarchi *
- Pronto Socorro Paulicéia *
- Pronto Socorro Silvina *

* Serão transformados em UPA.

PREVISÃO DE CONSTRUÇÃO E REFORMA

- Construção de 08 (oito) UPA (Unidades de Pronto Atendimento);
- Reforma do Hospital Municipal Universitário (HMU), Hospital de Ensino (HE) e do Pronto Socorro Central e
- Construção do Novo Hospital de Clínicas.

Quadro 3. Reorganização da Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência.

PROGRAMA - REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Reestruturar o sistema de urgência e emergência	Implantar e implementar o componente pré-hospitalar fixo	UPA VI São Pedro		2009	9 UPAS implantadas e Hospital de urgência reestruturado
		UPA VI União		2010	
		UPA Centro		2010	
		UPA Alvarenga		2010	
		UPA Silvina		2010	
		UPA Baeta Neves		2010	
		UPA Rudge Ramos		2010	
		UPA Demarchi		2011	
		UPA Pauliceia/Taboão		2011	
		Mudar UPA Riacho Grande		2011	
		Manutenção das UPA's		Permanente	
		Reorganização dos PS Especializados (saúde mental, bucal e oftalmo)		2011	
		Implementar o componente pré-hospitalar móvel		Descentralização de bases do SAMU	
Implantar Motolância (TOTAL 7 MOTOS)				2010	
Implantar Serviço de Ambulancha				2011	
Manutenção do serviço de ambulancha				Permanente	
Adequar à área física do PS Central (reforma e ampliação)		Desenvolver Projeto		2009	
		Reforma		2011	
		Aquisição de equipamentos		2011	
Implantar o Plano de Atenção a desastres e acidentes com múltiplas vítimas		Realizar treinamento		2009-2010	

PROGRAMA - REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA						
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores	
Ampliação e Manutenção do Complexo Hospitalar	Construir e equipar o Hospital de Clínicas de São Bernardo com 180 leitos e 60 leitos de UTI		Edital	2012	Hospital de clínicas construído; 5 equipes de PID funcionando	
			Construção			
			Aquisição de equipamentos			
			Contratação dos trabalhadores			
	Ampliar e manter o Programa de Internação Domiciliar - PID	Ampliar as equipes do PID		Contratar mais 4 equipes		2011
			Manter o Programa de Internação Domiciliar – PID			Permanente
	Reorganização dos serviços hospitalares			Contratação de serviços		2010
		Manutenção dos serviços hospitalares				Permanente
	Reforma do HE com ampliação dos serviços de alta complexidade			Projeto		2011
				Reforma		
Compra de equipamentos						
Reforma do HMU com ampliação dos leitos de maternidade			Obra	2010		
			Aquisição de Equipamentos			

Fonte: Secretaria de Saúde – PMSBC

5. POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS

A gestão da saúde municipal de São Bernardo do Campo se compromete com a reorganização do processo de trabalho desta área sob nova concepção, adotando a gestão do risco sanitário aliado ao controle e vigilância de doenças transmissíveis, não transmissíveis e zoonoses, assim como conhecer e interferir nos determinantes sociais e ambientais relacionados às condições de saúde, trabalho e vida da população.

Estas iniciativas estarão apoiadas nas diretrizes políticas da participação, transparência e integralidade das ações entre promoção, proteção e vigilâncias, atenção, assistência e reabilitação da saúde dos cidadãos. A sustentabilidade deste compromisso se apoia na nova estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, que vem sendo gradativamente implantada, com a aprovação pela Câmara Municipal da proposta apresentada pelo executivo, por um lado, e por outro em processo de educação permanente, envolvendo todos os trabalhadores da área. As ações desta área serão tanto descentralizadas em articulação com a organização da atenção básica, como reordenadas na busca de integralidade com os demais níveis de complexidade assistencial. A segurança e a qualidade dos procedimentos tecnológicos, realizados nas áreas das especialidades e nos ambientes hospitalares, serão igualmente consideradas para a construção da integralidade.

A participação será incessantemente buscada em novas dinâmicas, com as múltiplas formas das organizações existentes, sindicais, associações das categorias profissionais, com destaque para as da área da saúde, na discussão da responsabilidade sanitária compartilhada entre Estado e sociedade, associações locais, entre outras.

Será discutida e analisada, em cada um dos territórios adotados, no processo de planejamento da saúde, a priorização dos riscos e vulnerabilidades, calcadas no conhecimento e caracterização das singularidades das situações de saúde de cada território.

Será estimulada a organização de ações intersetoriais, a partir da secretaria de saúde, com as demais secretarias e órgãos do Governo, sempre almejando a construção de estratégias de acompanhamento e avaliação.

Serão implantados novos mecanismos de controle pela população, como a ouvidoria, e estimulada à ampliação das discussões de temas da área nos conselhos gestores e no Conselho Municipal de Saúde.

Serão propostas e colocadas em consulta diretrizes para a construção de um Código de Saúde Municipal de modo democrático e participativo.

Será estimulada a construção de espaços de discussão e propostas de ações articuladas entre os municípios da região do Grande ABC, no sentido de ampliar a efetividade das ações da área.

Um dos projetos a ser desenvolvido é a implantação do laboratório de Saúde Pública para as áreas das vigilâncias.

As Vigilâncias atuam de forma integrada, com o objetivo de identificar os riscos à saúde da população e através da identificação destes riscos promoverem ações para eliminar, evitar, controlar ou minimizar o dano. Esta integração favorece a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, fornecendo subsídios para o planejamento em saúde e tornando possível a atenção efetiva e integral em todos os níveis de atenção.

5.1. VIGILÂNCIAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS

Serão priorizadas as ações pactuadas no pacto da Saúde, envolvendo as doenças e os agravos, no cumprimento das metas estabelecidas.

Serão realizados estudos de prevalência de agravos já existentes, ainda não analisados em profundidade, para em processos participativos com os trabalhadores e usuários, buscar estratégias de controle.

Uma das prioridades será manter e ou ampliar as coberturas vacinais consideradas baixas na população humana e animal.

É pretendido, ainda, ampliar as vigilâncias das doenças não-transmissíveis, condições de adoecimento e violência.

5.2. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Entre as prioridades e ações que serão desenvolvidas, destacam-se:

Estabelecer nova sistemática de trabalho, visando agilizar os processos de solicitação e concessão de licenças sanitária, alvarás, etc, sem descuido do cumprimento dos requisitos das boas práticas e conformidades sanitárias.

Implantar estratégias de gestão do risco sanitário, com as fases de análise, intervenção e comunicação.

Desenvolver atividades educativas nas diversas organizações sociais, adequando o processo de comunicação a cada realidade cultural.

Buscar estratégias de descentralização e integralidade nos territórios locais.

Ampliar a preocupação sanitária dos alimentos para as boas práticas, aliada às questões da segurança nutricional. Trabalhar em parceria com as redes escolares, creches e estabelecimentos para idosos, e

Construir estratégias para implantar as vigilâncias de efetivos adversos: farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância, junto com as áreas da assistência especializada da Secretaria Municipal de Saúde e da saúde suplementar do município.

Implantar, em parceria com a assistência farmacêutica, a ampliação da cultura do uso racional de medicamentos.

5.3. ZOONOSE

Na área de zoonoses, as principais diretrizes serão:

Controlar as endemias já notificadas e estabelecer parcerias para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos de novos agravos.

Manter e ou ampliar as coberturas vacinais contra a Raiva consideradas baixas, na população animal.

Ampliar as estratégias de parceria com iniciativas das organizações sociais de proteção de animais. Construir cultura de responsabilidade pela posse responsável.

Ampliar e melhorar as condições físicas do Centro de Zoonoses.

5.4. SAÚDE AMBIENTAL

No que se refere à Saúde Ambiental, destacam-se:

Priorizar ações intersetoriais e dar cumprimento às diretrizes aprovadas na

Conferência Municipal de Saúde Ambiental.

Conhecer as áreas de contaminação e propor, em parceria com a sociedade, estratégias de descontaminação. Cuidar dos “entornos” dos ambientes de trabalho.

Apoiar a construção de estratégias de cultura de preservação ambiental no município.

5.5. SAÚDE DO TRABALHADOR

A Política de Saúde do Trabalhador reflete o compromisso do gestor municipal em programar as ações de Saúde do Trabalhador, em consonância com a Política Nacional da Rede de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, priorizando o fortalecimento e a ampliação de ações que incorporem a participação social e as instâncias representativas da sociedade organizada e com o compromisso de desenvolver ações articuladas e pactuadas regionalmente, ampliando a interface saúde do trabalhador e saúde ambiental. As estratégias de gestão e educação no trabalho baseadas nas diretrizes das políticas de

Humanização e Educação Permanente, visando o protagonismo do trabalhador do CEREST e melhores condições de trabalho, são primordiais na implementação das ações de Saúde do Trabalhador.

As ações de assistência e cuidado na rede de atenção municipal; vigilância e proteção à saúde com a investigação de acidentes graves e fatais; a definição da rede sentinela de notificação dos agravos e identificação dos riscos ambientais; a articulação permanente com o controle social; a ampliação das parcerias e ações intersetoriais; a integração das ações de Saúde do Trabalhador e Ambiental; as ações de capacitação e educação permanente; a organização de oficinas e seminários; a produção de conhecimento e disseminação na rede de saúde integra a Política da Saúde do Trabalhador.

5.6. REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Centro de Referência a Saúde do Trabalhador – CEREST
- Centro de Zoonoses
- Laboratório de Saúde Pública

Quadro 4. Políticas de Proteção a Saúde e Vigilâncias.

PROGRAMA – POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Implementar e qualificar as ações de proteção à saúde e vigilâncias: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e controle de zoonoses;	Implementar as ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador	Aperfeiçoamento da atenção integral em Saúde do Trabalhador	Estabelecer rede sentinela e de atenção em saúde do trabalhador.	2010	Rede implantada. Controle Social implantado.
		Controle de riscos, doenças e agravos prioritários no município			
		Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente			
		Fortalecimento da ação Regional			
		Aperfeiçoamento da qualidade das ações e eficiência do Serviço			
	Implantar as ações de Vigilância da Saúde Ambiental	Fortalecer as ações de vigilância da água e solo.	Ampliação do Pró-água, atingindo as áreas de manancial e população de risco. Identificar situações de risco à saúde humana em áreas contaminadas	2010	Vigilância Ambiental implantada
Redefinir e executar os processos de trabalho das vigilâncias com novas perspectivas	Criar e executar estratégias administrativas de demandas: atendimento ao público, CVS/GVS-SES, ANVISA/MS e Ministério Público	Integrar as Vigilâncias Sanitária e Ambiental/ CEREST, ao sistema 156 para atendimento das denúncias. Implantar prazos e padrão de comunicação com os órgãos estaduais e federais.	2010	Sistema 156 implantado	Redefinir e executar os processos de trabalho das vigilâncias com novas perspectivas

PROGRAMA – POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Implementar e qualificar as ações da proteção à saúde e vigilâncias: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e controle de zoonoses	Redefinir e executar os processos de trabalho das vigilâncias com novas perspectivas	Implantar ações de desenvolvimento econômico/social (núcleo de assuntos regulatórios e educação permanente – NAREP)	Integração com a Sala do Empreendedor (Secretaria de Modernização Administrativa e Administração). Integração com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico para desenvolvimento do MEI Micro empreendedor individual) e Programa GTR (Geração de Trabalho e Renda)	2010	NAREP implantado e integração em andamento.
		Implantar projeto de educação permanente para gestão do risco "sanitário" à saúde (Identificação/análise/intervenção/comunicação)	Capacitar e treinar técnicos e ACS em Vigilância em Saúde	2010	100% dos ACS treinados. Mínimo de 50% de técnicos treinados
Implementar e qualificar as ações da proteção à saúde e vigilâncias: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e controle de zoonoses;	Redefinir e executar os processos de trabalho das vigilâncias com novas perspectivas	Implantar estratégias educativas focadas no desenvolvimento social de consciência/responsabilidade sanitária (baseado na gestão do risco)	Incentivo à posse responsável, destino adequado de lixo	2010	
	Qualificar a vigilância em zoonoses	Implementar projeto para controle de população animal, roedores, vetores, animais peçonhentos e outros animais sinantrópicos	Esterilização cirúrgica de cães e gatos, através de credenciamento de clínicas veterinárias.	2010	01 clínica credenciada, Plano de Controle da Dengue Implantado
	Implementar o Plano de controle da Dengue	Manutenção do plano de controle da dengue		Permanente	
		Reformar e Ampliar o Centro de Controle de Zoonoses		2011	CCZ Reformado e Ampliado
		Implantar Tecno vigilância e Hemo vigilância e desenvolver e implantar Projeto para Farmaco-vigilância integrada na Atenção à Saúde		Capacitar e treinar técnicos. Criar estratégias integradas com a rede pública e privada de saúde.	2011

PROGRAMA – POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Implementar e qualificar as ações da proteção à saúde e vigilâncias: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e controle de zoonoses;	Criar código sanitário municipal num processo de participação social		Criar junto ao CMS Comissão para Criação do Código Sanitário Municipal	2011	Código Municipal implantado
	Descentralizar ações de vigilância na Atenção Básica visando a integralidade	Criar estratégias para partilhamento de informações que subsidiem planejamento local	Programa Pedagógico de Descentralização de Informação em Vigilância em Saúde	2010	Programa Implantado
Qualificar o acesso aos serviços de laboratório de saúde pública	Elaborar projeto para readequar o perfil e o espaço físico do laboratório saúde pública	Ampliação e adequação do prédio do CEMADI para instalação do laboratório.	Equipar o laboratório. Estabelecer fluxos e protocolos.	2011	Laboratório de Saúde Pública Implantado
		Promover a integração efetiva do laboratório ao departamento	Discutir sua vinculação na estrutura da Secretaria	2010	
		Manutenção do Laboratório de saúde pública		Permanente	
Qualificar o trabalho do SVO	Reorganização do trabalho do SVO		Inserir o SVO na rede regional e estadual de SVO	2010	
		Manutenção do SVO	Intranet e Internet	Permanente	Sistema de informação implantado

Fonte: Secretaria de Saúde – PMSBC

6. QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

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

Dada a grande complexidade deste processo, a atual administração criou o Departamento de Apoio à Gestão do SUS, aprovado na recente reforma administrativa da Prefeitura, com objetivo de melhor sistematizar e programar as ações de saúde no município, consonante com o Pacto pela Saúde vigente no país.

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

Para desenvolver ações específicas de gestão, foram criadas as seguintes áreas: planejamento, regulação, avaliação e controle; ouvidoria; assistência farmacêutica; educação em saúde e gestão participativa.

Estas áreas são estratégicas e permeiam toda a Secretaria de Saúde, apontando a necessidade e o grande desafio de romper com a fragmentação e a compartimentalização dos vários setores. Neste sentido, o compromisso da atual de gestão é de criar e aperfeiçoar espaços, atividades e ações que possibilitem a integração de toda a Secretaria. Uma das estratégias prioritárias no sentido de buscar a qualificação do processo de gestão é a

Educação Permanente.

Desta forma, trabalhando de forma planejada, traçando metas de curto, médio e longo prazo, com envolvimento de todos os atores (gestores, trabalhadores e comunidade) é que, efetivamente, teremos a construção de uma gestão solidária e cooperativa que

possibilite atingir os objetivos de melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

6.1. CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO

É a estrutura a partir da qual o município gerencia toda a oferta de procedimentos, bem como toda a necessidade de assistência em saúde dos munícipes.

Através desta central são realizados os agendamentos das consultas e dos exames, as internações hospitalares e as remoções dos doentes.

6.2. OUVIDORIA/SOLUÇÕES E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO - SOU

É a estrutura criada pela gestão com o objetivo de ouvir as queixas, elogios ou denúncias feitas pelos munícipes, em relação à assistência a saúde prestada pelo SUS, sendo um dos processos de democratização e participação direta do usuário do sistema.

O SOU é a ouvidoria do Complexo Hospitalar, estando implantado no Hospital

Municipal Universitário (HMU), Hospital Anchieta e Pronto Socorro Central (Hospital Municipal de Urgência)

6.3. MONITORAMENTO

É o acompanhamento sistemático do processo de gestão do município. Iniciará pelo monitoramento do Plano Municipal de Saúde, cujo objetivo é identificar dificuldades na execução do mesmo, em tempo hábil para sua correção, além do levantamento de informações visando sua avaliação.

Será implantada uma sala de situação que permita acompanhar a gestão de saúde.

6.4. HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo MS em 2003, tem como objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para produção de saúde e produção de sujeitos.

Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Para isso implementaremos a Política Nacional de Humanização no município, através de seus dispositivos e tecnologias tais como:

- Acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde;
- Equipe de apoio matricial;
- Projetos terapêuticos singulares, projeto de saúde coletiva e constituição de redes de continuidade de atenção;
- Construção coletiva da ambiência das unidades de saúde;
- Gestão compartilhada: Colegiados, contratos de gestão inter e intra-institucional;
- Sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores: ouvidorias, pesquisa de satisfação, grupos focais, gerência de porta aberta;
- Projeto de acolhimento do familiar/cuidador: agenda com a equipe de referência, visita aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no projeto terapêutico;
- Programas de formação e saúde;
- Grupo de trabalho em Humanização GTH.
- Com esta proposta esperamos:
- Ampliar o acesso com redução de filas;
- Realizar um atendimento acolhedor e resolutivo;
- Ter um modelo de Atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantir os direitos dos usuários;
- Valorizar o trabalho em saúde e
- Desenvolver a Gestão participativa.

6.5. EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma potente ferramenta do SUS que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social.

Do ponto de vista pedagógico, a EPS considera o trabalho como seu eixo estruturante, já que é nesse espaço onde estão previstas as práticas a serem realizadas por cada um e por todos os trabalhadores com uma participação ativa em seu próprio processo de aprendizagem. A incorporação do trabalho como categoria estruturante de mudança das práticas se propõe a situar o trabalho em saúde como foco de atenção da gestão e da estruturação dos serviços, sintonizadas com as transformações do mundo do trabalho.

A EPS está intimamente ligada aos processos de humanização e gestão participativa e, portanto, há a necessidade do envolvimento da comunidade neste processo, havendo a necessidade de incorporar estratégias de educação popular.

No que se refere às ações nesta área serão realizadas, principalmente, através de apoiadores que desenvolverão apoio matricial, técnico e de gestão, de forma que possibilite ao trabalhador rever e aperfeiçoar o seu processo de trabalho, de modo a melhorar a sua qualificação, além de torná-lo protagonista na construção do SUS. Outras ações também deverão ser implementadas como: Tele-saúde e participação efetiva no Núcleo de EPS no Colegiado de Gestão Regional para elaboração e execução do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde.

6.6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A partir da elaboração do diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica em São Bernardo do Campo, onde destacamos principalmente a ausência de Política Municipal de Assistência Farmacêutica, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME e de estrutura formal no cronograma da Secretaria da Saúde foi constituído um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar tal Política para o município.

É importante destacar que a Política Municipal de Assistência Farmacêutica – PMAF, que se encontra em elaboração, será amplamente discutida com os diversos segmentos da sociedade que compõem o Conselho Municipal de Saúde e sua efetiva implantação e inserção na Política de Saúde do município só se dará a partir da aprovação deste Conselho.

Como as ações de atenção básica devem ser desenvolvidas por todos os municípios como um componente essencial para a garantia de acesso a serviços de saúde qualificados, nossa Política terá como principal objetivo disponibilizar medicamentos para cobertura das patologias de maior impacto no âmbito da Atenção Básica à saúde. Além, é claro, de contemplar ações que se articulem com aquelas desenvolvidas no âmbito da atenção integral à saúde.

A PMAF está sendo elaborada em consonância com as diretrizes, prioridades e responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos - Portaria nº. 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998 e dos princípios gerais e eixos estratégicos estabelecidos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica - Resolução nº. 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004.

Segundo a Política Nacional de Medicamentos, a “Assistência Farmacêutica” deve se entendida como um conjunto de ações, tendo o medicamento como insumo essencial e executado no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, compreendendo seus aspectos individuais e coletivos.

Essas ações devem envolver a padronização (seleção), prescrição e programação; aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação; produção, controle de qualidade;

educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária; e pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados.

Destacamos algumas responsabilidades do Gestor Municipal no Âmbito da Assistência Farmacêutica constantes na Política Nacional de Medicamentos:

- Coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito.
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos.
- Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna.
- Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- Treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta política;
- Definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- Adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no plano municipal de saúde como responsabilidade concorrente do município;
- Investir na infraestrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.
- Ressaltamos que na elaboração da PMAF, na medida do possível, daremos prioridade:
- A descentralização da execução das ações de assistência farmacêutica visando facilitar, principalmente, o acesso da população aos medicamentos,
- A revisão permanente da REMUME,
- A assegurar a dispensação adequada de medicamentos e promoção do uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores por meio da educação permanente e campanhas, e

- Ao suprimento regular e com qualidade dos medicamentos através de eficientes processos de compras, de armazenamento, de distribuição e de transporte.

6.7. FARMÁCIA POPULAR

A Farmácia Popular do Brasil é um programa do Governo Federal que busca disponibilizar medicamentos de baixo custo para toda a população, com atendimento personalizado, disponível para toda a população, inclusive para pessoas que utilizam serviços médicos privados ou convênios.

Os 106 medicamentos, padronizados a partir de critérios definidos, mais o preservativo masculino, são adquiridos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), preferencialmente de laboratórios oficiais e distribuídos para as unidades.

A única condição para a aquisição dos medicamentos disponíveis nas unidades é a apresentação de receita médica ou odontológica (com exceção para o preservativo masculino).

6.7.1. Rede atual

Farmácia Popular do Centro

Rua Alferes Bonilha nº 90.

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-Feira das 8:00 as 18:00 horas

PREVISÃO DE CONSTRUÇÃO

- Construção de 04 Farmácias Populares (autorizadas pelo Ministério da Saúde).

Quadro 5. Qualificação da gestão e Humanização do Cuidado.

PROGRAMA - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e Indicadores
Programa de Modernização da Saúde	Informatização de toda a rede de atenção e da gestão da saúde		Informatização do atendimento	2011	
			Compra de equipamentos		
			Completar o processo atual de informatização		
Implantar a Humanização do Cuidado	Humanização e qualificação da gestão do cuidado	Oficinas de formação		2010	
		Apoio em serviço para as equipes			
	Cursos de formação e seminários de reflexão crítica				
	Implantar projeto intersetorial cidade da paz				
Implantação da política de Assistência Farmacêutica	Aquisição e distribuição de Medicamentos	Definir Remume		2010	
		Qualificar o armazenamento dos medicamentos	Organizar almoxarifado da saúde	2010	
		Reorganizar a aquisição de medicamentos			
		Reorganizar as demandas judiciais			
Descentralizar para o município dipensação de medicamentos excepcionais					
Administração da rede de saúde		Fornecimento de Água, Energia Elétrica e linhas telefônicas		Permanente	
		Gerenciamento e Manutenção do Transporte sanitário			
		Contratação de Pessoal			
		Qualificação e Capacitação de Pessoal			
Implantar Processo de Planejamento e Monitoramento	Implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo	Construção do Plano Municipal de Saúde e das Programações	Plano Municipal de Saúde	2009	
			Programação Anual 2010	2010	
			Programação Anual 2010	2010	
			Programação Anual 2011	2011	
			Programação Anual 2012	2012	
			Programação Anual 2013	2013	
		Manutenção do Processo de Planejamento Participativo		Permanente	

PROGRAMA - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO						
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e Indicadores	
Implantar Processo de Planejamento e Monitoramento	Implantar o processo de monitoramento da gestão e dos projetos prioritários	Implantar o MonitoraSUS		2010		
		Implantar e manter a Sala de Situação		2010		
		Elaborar relatório de gestão anual		Permanente		
Implantar o sistema Municipal de Regulação, Controle e Auditoria	Implantar a Ouvidoria Municipal, componente saúde	Implantar e manter a Ouvidoria Municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.		2010		
		Implantar o cartão SUS	Compra de equipamentos	2010		
	Criar e manter o Complexo Regulador e o Sistema de Regulação	Implantar Central de regulação de consultas/exames	Implantar a Central de regulação de internações		2010	
			Implantar a Central de regulação de TRS			
			Qualificar a Central de Regulação de urgência			
			Estabelecer processo conjunto com a regulação estadual			
	Desenvolver ações de Controle e Avaliação	Monitorar e fiscalizar os Contratos e Convênios com Prestadores Contratados e Conveniados, bem como das Unidades Públicas;	Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das Ações de Controle e Avaliação Hospitalar e Ambulatorial;		Permanente	
			Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de Credenciamento de Serviços;			
			Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios			

PROGRAMA - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO						
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e Indicadores	
Implantar o sistema Municipal de Regulação, Controle e Auditoria	Desenvolver ações de Controle e Avaliação	Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais		Permanente		
		Manter atualizado o sistema nacional de cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde no seu território				
		Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia				
		Definir a Programação Físico-Financeira por estabelecimento de saúde				
		Observar as normas vigentes de Solicitação e Autorização dos Procedimentos Hospitalares e Ambulatoriais				
		Processar a Produção dos Estabelecimentos de Saúde Próprios e Contratados E				
			Planejar e executar a Regulação Médica da Atenção Pré-Hospitalar às Urgências			Permanente
		Implementar a avaliação das ações de saúde nos Estabelecimentos de Saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de Padrões de Conformidade;				
		Implantar auditoria Municipal	Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, do como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;		2010	

PROGRAMA - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e Indicadores
Implantar o Sistema Municipal de Regulação, Controle e Auditoria	Implantar auditoria Municipal	Realizar Auditoria Assistencial da Produção de Serviços de Saúde, Públicos e Privados, sob sua gestão;		Permanente	
		Elaborar Normas Técnicas, Complementares às das Esferas Estadual e Federal, para o seu território.			
Qualificar o uso da informação em saúde		Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação	Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN,	Permanente	
			Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB		
			Sistema de Informação do Prog Nacional de Imunizações - SI-PNI		
			Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC,		
			Sistema de Informação Ambulatorial – SIA,		
			Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES;		
			Sistema de Informação Hospitalar – SIH		
			Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;		
		Integrar a análise dos dados para compor as informações do sistema de saúde local, assegurando a divulgação aos setores envolvidos	Boletim epidemiológico, revista mensal, meio eletrônico	2010	
Implantar os Distritos Sanitários				2012	
Implantar a Educação Permanente	Implantar Projeto apoiadores			2010	
	Realizar o curso de especialização para gestão e gerência de serviço				
	Formação de agentes comunitários de saúde				
	Formação para gestão em saúde				

PROGRAMA - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e Indicadores
Implantar as Farmácias populares	Implantar 5 farmácias populares		Implantar farmácia centro	2009	
			Implantar farmácia Rudge Ramos	2010	
			Implantar farmácia Alvarenga	2010	
			Implantar farmácia Planalto	2010	
			Implantar farmácia	2010	
		Manutenção das Farmácias Populares		Permanente	

Fonte: Secretaria de Saúde – PMSBC

7. GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

A consolidação do SUS está intimamente atrelada à consolidação da democracia representativa e participativa no país. Desta forma, a gestão do SUS tem como grande desafio implementar estratégias que garantam e fortaleçam o controle social e a gestão participativa, de tal modo que atenda às necessidades e demandas da população, respeitando, ainda as suas singularidades.

Por meio da gestão participativa e do controle social é possível ampliar os espaços públicos e coletivos para viabilizar o exercício do diálogo entre gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários, num processo de co-gestão, identificando as divergências, dissensos existentes, mas acima de tudo buscando e definindo consensos e pactuações que atendam as necessidades da população e possibilite a melhoria dos indicadores epidemiológicos e da qualidade de vida da comunidade com equidade, integralidade e inclusão social.

O controle e participação social têm um importante papel para reivindicar, fiscalizar, deliberar, propor e dar sustentabilidade nas ações desenvolvidas pela secretaria de saúde.

Para tanto, é necessário que se busque a adoção de uma série de medidas e práticas que possibilitem uma participação efetiva da comunidade.

A Participação Cidadã é aspecto importante e prioritário na Administração Municipal

2009-2012 para São Bernardo do Campo. O objetivo é incorporá-la ao dia-a-dia da gestão pública, tornando-a marca e método de trabalho. O compromisso do governo é incentivar a abrir canais efetivos de participação da comunidade na gestão da nossa cidade.

De acordo com a perspectiva “São Bernardo 2020 – a cidade que queremos”, e a partir do diagnóstico realizado por sua equipe, a Secretaria de Saúde iniciou em janeiro de 2009 o efetivo resgate das diretrizes do SUS para a saúde pública em São Bernardo do Campo.

É neste contexto que estão sendo implementadas as ações nesta área. Dentre elas, destacam-se:

- Realização da Conferência Municipal de Saúde, em julho de 2009, com 400 delegados e que será realizada bienalmente. A conferência não era realizada há 6 (seis) anos;
- Revisão da legislação sobre controle social na saúde;
- Realização do I Encontro Popular de Saúde;
- Eleição dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, entre outubro e novembro de 2009, com eleição bienalmente;
- Realização de reuniões ordinárias mensais dos Conselhos acima citados;
- Implementação da Ouvidoria. A área da ouvidoria estará intimamente integrada ao setor de avaliação e controle da Secretaria de Saúde de forma a possibilitar uma maior agilidade no cumprimento de suas atribuições;
- Pesquisa de satisfação dos usuários;
- Educação Popular; e
- Capacitação e educação permanente dos conselheiros de saúde.

O município está desenvolvendo parceria com o Ministério da Saúde, através do PARTICIPASUS, visando programar e fortalecer todas as ações previstas nesta área.

A perspectiva é de continuar construindo uma administração transparente, eficiente e democrática, para que, através da gestão participativa seja capaz de incorporar efetivamente a participação dos cidadãos, permitindo maior controle social sobre a prestação do serviço público e as ações realizadas.

Quadro 6. Gestão Participativa e Controle Social

PROGRAMA – GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Funcionamento e organização dos Conselhos de Saúde	Conselho Municipal de Saúde - CMS	Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.		Permanente	
	Conselhos Gestores de Saúde	Implantar os Conselhos Gestores em todas as Unidades de Saúde		2009	
		Apoiar os Conselhos Gestores das unidades de saúde		Permanente	
		Desenvolver um processo de formação para os conselheiros		2010	
Realizar Conferências de Saúde	Realizar Conferência Municipal de Saúde em 2011			2011	
	Realizar Conferência Municipal de Saúde em 2013			2013	
	Realizar conferências temáticas			2010-2013	
Implantar uma gestão participativa na Secretaria de Saúde		Implantar colegiados de gestão em todos os setores da SMS		2009	
	Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			Permanente	
	Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral			Permanente	
	Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS			Permanente	

Fonte: Secretaria de Saúde – PMSBC

8. FORTALECER A GESTÃO REGIONAL E A GESTÃO MUNICIPAL

A regionalização constitui-se num dos eixos estruturantes do Pacto pela Saúde. A constituição de uma região de saúde deve levar em consideração aspectos como: identidade sócio-econômico-cultural entre os municípios, infraestrutura de transportes e comunicação, contiguidade entre os municípios, fluxos assistenciais, suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, existência de parâmetros de incorporação tecnológica, entre outros.

A gestão regional é um processo de planejamento e pactuação entre gestores municipais e o gestor estadual para potencializar as ações de saúde, no âmbito regional.

Para que este processo fosse viabilizado na perspectiva do Pacto pela Saúde, foram criados os Colegiados de Gestão Regionais (CGR). O município de São Bernardo do Campo compõe o CGR do Grande ABC, juntamente com outros seis municípios e a representação de Secretaria de Estado de Saúde na região. O CGR constitui um espaço de pactuação técnica e política entre os atores envolvidos e tem como objetivo constituir uma rede de atenção à saúde capaz de atender às necessidades da população, no âmbito individual e coletivo, de forma equânime, integral e com resolubilidade. Realiza reuniões mensais.

O planejamento regional dispõe de uma série de instrumentos para a sua execução que devem ser atualizados, monitorados e modificados conforme a necessidade da região.

Entre estas se destacam a Programação Pactuada Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Além das programações destas específicas, todas as questões relacionadas ao campo da gestão regional devem ser discutidas e pactuadas de forma solidária e cooperativa no CGR, tais como: regulação, educação permanente, gestão do trabalho, assistência farmacêutica, vigilâncias em saúde, política regional de urgência e emergência, financiamento, entre outros.

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

O município de São Bernardo do Campo tem um papel estratégico e de extrema responsabilidade no CGR seja pela sua extensão territorial, pelo seu índice populacional, bem como pelo papel político que exerce na região e no estado. Desta forma, o município assume esta responsabilidade participando ativamente das reuniões de grupos técnicos, câmara técnica e da reunião mensal do CGR. Além da participação efetiva nas reuniões, o município assume o compromisso de cumprir o que foi pactuado por consenso pelo conjunto dos gestores de forma que se garanta o fortalecimento do SUS como uma política de estado e possa ser construída de forma solidaria e cooperativa.

Quadro 7. Fortalecer a Gestão Regional e a Gestão Municipal.

PROGRAMA – FORTALECER A GESTÃO REGIONAL E A GESTÃO MUNICIPAL					
AÇÃO	PROJETO	ATIVIDADE	OPERAÇÃO	PRAZO	Metas e indicadores
Fortalecer a Gestão Regional	Fortalecer o Colegiado de Gestão Regional	Participar do Colegiado de Gestão Regional – CGR e Câmara Técnica		Permanente	
		Participar dos projetos prioritários de saúde da região assumindo compromissos e responsabilidades pactuadas	Apresentar a Programação Pactuada Integrada (PPI) ao CMS	Permanente	
		Executar as ações de referência regional em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.	Construir e pactuar no CGR projetos e ações regionais respeitando os respectivos PMS.	Permanente	
			Ampliar a efetividade do GT-Saúde do Consórcio Intermunicipal ABC.	Permanente	
	Fortalecer a relação com os Secretários municipais da região.	Fortalecer a relação com o Consórcio do ABCMRR, integrado ao fórum de secretários municipais.		Permanente	
Fortalecer o COSEMS e o Conasems		Participar ativamente das atividades do COSEMS/SP		Permanente	
		Participar ativamente das atividades do CONASEMS		Permanente	

Fonte: Secretaria de Saúde – PMSBC

9. EVOLUÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Tabela 11. Equipamentos de Saúde da Rede Pública existentes no município de São Bernardo do Campo em 2008 a serem instalados até 2013.

Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	1	4
Estratégia – Agentes Comunitários de Saúde - EACS (cobertura)	23,1%	100,0%
Estratégia Saúde da Família - ESF (cobertura)	8,60%	50,00%
REDE ESPECIALIDADE		
Clínica Municipal de Especialidades Médicas	2	2
Quartirão da Saúde	0	1
Ambulatório de Saúde Mental	1	1
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS AD	1	1
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS AD Inf. Juvenil	1	1
Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS i	0	2
Centro de Atenção Psicossocial 24 Horas - CAPS III	0	5
Residência Terapêutica	0	5
Laboratório de Patologia Clínica	1	1
Laboratório de Saúde Pública	0	1
COMPLEXO HOSPITALAR		
Hospitais	3	4
Hospital Municipal Universitário - HMU	1	1
Casa da Gestante	1	1
Banco de Leite Humano	1	1
CAISM (Hospital Dia)	1	1
Hospital de Ensino - HE Anchieta	1	1
Hospital Municipal de Urgências - PS Central	1	1
Hospital Municipal de Clínicas	0	1
Prontos atendimentos periféricos	8	0
Pronto Socorro Odontológico	1	1
Pronto Socorro Oftalmológico	1	1
Pronto Socorro Psiquiátrico	1	1
Unidade de Pronto Atendimento - UPA - 24hs	0	9
Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - BASES SAMU - 192	1	10
PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIA		
Centro de Zoonoses	1	1
Serviço de Verificação de Óbitos	1	1
Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST	1	1
OUTROS		
Farmácia Popular	0	5

Fonte: Secretária de Saúde PMSBC

Tabela 12. Equipamentos de Saúde da Rede privada Contratada/Conveniada com SUS, existentes no município de São Bernardo do Campo, 2008.

UNIDADES	2008	2013
Hospital Contratado SUS	2	3
Hospital Lacan	1	1
Hospital Reabilitação do ABC	1	1
Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo	0	1
Outros Serviços	1	1
Associação de Valorização de Pessoas Excepcionias - AVAPE	1	1
Assistência Psicológica ao Trabalho e ao Homem - APTHO	1	1
Centro Nefrológico do ABC - CENE ABC	1	1
Centro de Diálise e Transplante do ABC - CDT	1	1
Instituto de Doenças Renais - IDR	1	0
Laboratório de Patologia Clínica Biolife ⁽¹⁾	1	1
ABC Imagem ⁽¹⁾	1	1
Ghelfond Diagnóstico Médico Ltda. ⁽¹⁾	1	1
Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio Faciais- FUNCRAF (2)	0	1

Fonte: Secretária de Saúde PMSBC. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

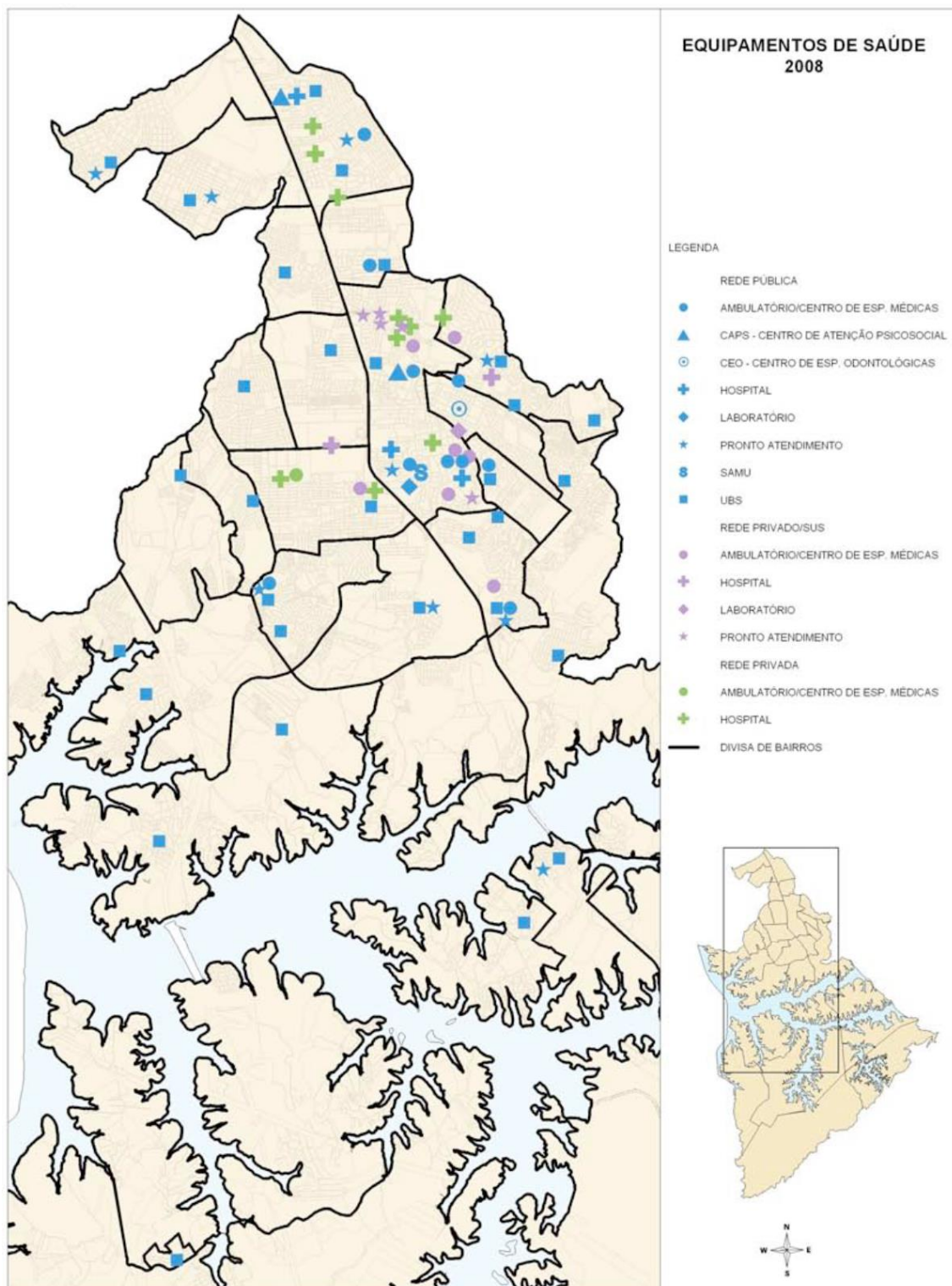
Notas:

- (1) Prestadores de serviços municipais que não estavam regularizados sob a gestão municipal.
- (2) A FUNCRAF estava sob a gestão estadual e no ano 2009 passou para a gestão municipal.

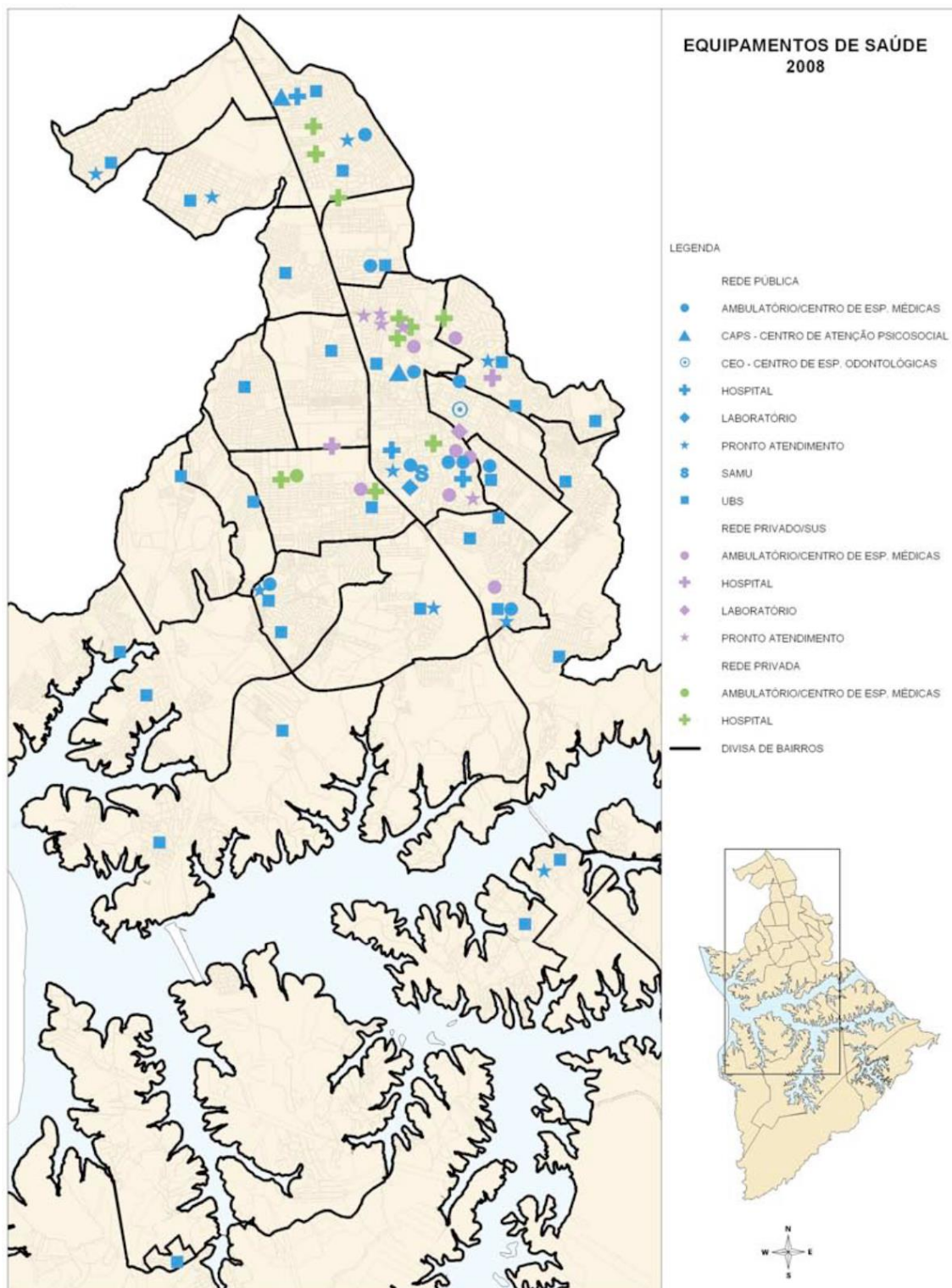
Tabela 13. Equipamentos de Saúde da Rede Privada não SUS existentes no município de São Bernardo do Campo, 2008.

Hospital e Maternidade Neomater	1
Hospital São Bernardo	1
Hospital Itacolomy - Unidade Lucas	1
Hospital Itacolomy - Unidade Rudge Ramos	1
Hospital Itacolomy - Unidade Caminho do Mar	1
Centro de Tratamento "Dr. Bezerra de Menezes"	1
Instituto de Fraturas, Ortopedia e Reabilitação - IFOR	1
Santa Helena Assistência	1
Pronto Atendimentos Privados	5
Santa Amália	1
Medial	1
Unimed	1
Focus	1
Intermédica	1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.



Fonte: Secretaria de Planejamento e Tecnologia da Informação



Fonte: Secretaria de Planejamento e Tecnologia da Informação

10. ORÇAMENTO

Programação Orçamentária 2010 - 2013

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 02	0	50.000,00	50.000,00	50.000,00	
origem 03	552.000,00	562.000,00	608.000,00	589.000,00	
origem 05	24.769.000,00	27.091.000,00	27.463.000,00	27.445.000,00	
origem 09	2.661.000,00	3.567.000,00	2.391.000,00	3.451.000,00	
Total geral do Programa	27.982.000,00	31.270.000,00	30.512.000,00	31.535.000,00	121.299.000,00

QUALIFICAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 02	0,00	0,00	0,00	0,00	
origem 03	430.000,00	451.000,00	474.000,00	498.000,00	
origem 05	15.746.000,00	17.249.000,00	21.443.000,00	16.787.000,00	
origem 09	20.338.000,00	21.233.000,00	23.972.000,00	22.022.000,00	
Total geral do Programa	36.514.000,00	38.933.000,00	45.889.000,00	39.307.000,00	160.643.000,00

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 02	10.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	0,00	
origem 03	0,00	0,00	0,00	0,00	
origem 05	113.544.000,00	137.614.000,00	138.211.000,00	127.947.000,00	
origem 09	180.356.000,00	206.659.500,00	228.926.000,00	257.212.000,00	
Total geral do Programa	303.900.000,00	349.273.500,00	372.137.000,00	385.159.000,00	1.410.469.500,00

POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 03	1.378.000,00	1.499.000,00	1.517.000,00	1.715.000,00	
origem 05	2.428.000,00	2.428.000,00	2.428.000,00	2.428.000,00	
origem 09	450.000,00	394.000,00	406.000,00	422.000,00	
Total geral do Programa	4.256.000,00	4.321.000,00	4.351.000,00	4.565.000,00	17.493.000,00

GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 09	133.000,00	103.000,00	103.000,00	103.000,00	
Total geral do Programa	133.000,00	103.000,00	103.000,00	103.000,00	442.000,00

ADMINISTRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE E APOIO GERENCIAL

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 09	12.466.000,00	13.088.000,00	13.742.000,00	14.427.000,00	
Total geral do Programa	12.466.000,00	13.088.000,00	13.742.000,00	14.427.000,00	53.723.000,00

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 02	1.457.000,00	1.407.000,00	1.407.000,00	1.407.000,00	
origem 03	317.000,00	408.000,00	646.000,00	874.000,00	
origem 05	3.778.000,00	3.898.000,00	3.898.000,00	3.898.000,00	
origem 07	38.000.000,00	35.000.000,00	25.000.000,00	10.000.000,00	
origem 09	25.421.000,00	24.252.000,00	25.694.000,00	39.919.000,00	
Total geral do Programa	68.973.000,00	64.965.000,00	56.645.000,00	56.098.000,00	246.681.000,00

OPERAÇÕES ESPECIAIS

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
origem 09	3.731.000,00	3.731.000,00	3.731.000,00	3.731.000,00	14.924.000,00

PASEP

Total do programa por origem	2010	2011	2012	2013	
PASEP	2.900.000,00	3.270.000,00	3.669.000,00	4.123.000,00	
PASEP parcelado	73.000,00	76.000,00	78.000,00	80.000,00	
Indenizações e restituições	11.000,00	11.000,00	12.000,00	13.000,00	
origem 09	2.984.000,00	3.357.000,00	3.759.000,00	4.216.000,00	14.316.000,00

TOTAIS PROGRAMADOS *

Totais programados por origem	2010	2011	2012	2013	Total geral
origem 01					0
origem 02	11.457.000,00	6.457.000,00	6.457.000,00	1.457.000,00	25.828.000,00
origem 03	2.677.000,00	2.920.000,00	3.245.000,00	3.676.000,00	12.518.000,00
origem 05	160.265.000,00	188.271.000,00	193.443.000,00	178.505.000,00	720.484.000,00
origem 07	38.000.000,00	35.000.000,00	25.000.000,00	10.000.000,00	108.000.000,00
origem 09	248.531.000,00	276.374.000,00	302.724.000,00	345.503.000,00	1.173.132.000,00
Total geral Programado SS	460.930.000,00	509.022.000,00	530.869.000,00	539.141.000,00	2.039.962.000,00

Outros Programas	2010	2011	2012	2013	Total geral
Gestão de Pessoas	102.118.000,00	109.702.000,00	117.717.000,00	126.196.000,00	455.733.000,00
Prêmios de Seguro	154.000,00	158.000,00	162.000,00	166.000,00	640.000,00
Total Outros Programas	102.272.000,00	109.860.000,00	117.879.000,00	126.362.000,00	456.373.000,00

IMASF (Autarquia)	92.348.000,00	86880.000,00	90.695.000,00	94.945.000,00	364.868.000,00
-------------------	---------------	--------------	---------------	---------------	----------------

Total. Geral p/ função 10 (saúde)	655.550.000,00	705.762.000,00	739.443.000,00	760.448.000,00	2.861.203.000,00
-----------------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	------------------

Fonte: Secretária de Saúde PMSBC.

O referencial teórico não representam uma forma definitiva para a estruturação de uma Gestão Pública Municipal, por isso abordo como complemento a análise como parâmetro para o desenvolvimento exploratório buscando demonstrar a realidade e elaboração do planejamento da gestão no município, a análise explorada sobre os modelos utilizados é pela Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, em São Paulo no período de 2009 com previsão para os próximos anos, sob a gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), com o Prefeito Luiz Marinho e o Secretário de Saúde Arthur Chioro, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

Assim conforme Saldanha (2006, p. 12), “De acordo com o último conceito, a gestão associa-se a uma determinada fase de mandato. Portanto, em primeira análise, a gestão teria as mesmas características da administração, porém, válidas para um período de tempo determinado”.

RESULTADOS

O ciclo de investimentos orientado pelo PPA Participativo 2010 – 2013 permitiram a ampliação e a modernização da infraestrutura, com a construção do Hospital Municipal de Clínicas e de nove UPA's. Também foram reformadas e ampliadas 20 das 34 UBS's do município e outras duas estão em fase de construção ou projeto.

NOVO HOSPITAL DE CLÍNICAS

A Prefeitura de São Bernardo do Campo já construiu o Hospital de Clínicas da cidade. É um hospital de alta complexidade com 240 leitos, sendo 180 leitos de internação e 60 de UTI, apto a atender as principais demandas de saúde como especialidades clínicas e cirúrgicas, diagnóstico por imagem, hemodiálise, medicina nuclear, especialidades pediátricas, entre outros serviços. A inauguração ocorreu no primeiro semestre de 2012.

ATENDIMENTO HOSPITALAR

A Prefeitura investe muito para melhorar o atendimento hospitalar na cidade. São investimentos de informatização do processo de internação de pacientes, no agendamento de cirurgias e nos estoques das farmácias. Novos equipamentos hospitalares foram adquiridos e instituídos a vista aberta e o acompanhante 24 horas. Também foi implantado o Soluções e Orientação ao Usuário (SOU), serviço que recebe reclamações e sugestões dos usuários do Hospital Anchieta, do Hospital Municipal Universitário e do Hospital e Pronto Socorro Central. Em 2010 o Complexo Hospitalar recebeu dos Ministérios da Saúde e da Educação a certificação de Hospital de Ensino, o que vai significar mais melhorias no atendimento.

HOSPITAL ANCHIETA

No Hospital Anchieta a prefeitura ampliou o número de leitos de UTI de seis para 19. O centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) foi totalmente reformado e

ampliado, aumentando sua capacidade de 50%. Com a conclusão do Hospital de Clínicas, o Hospital Anchieta passará a ser especializado no tratamento do câncer.

HOSPITAL DE URGÊNCIA

O novo Hospital de Urgência que a prefeitura construirá absorverá os serviços prestados pelo antigo Pronto-Socorro Central atual Hospital e Pronto Socorro Central. O novo hospital possuirá 232 leitos, sendo 134 de internação, 78 de observação e 20 leitos de UTI. Trata-se de um hospital com toda a estrutura necessária para o atendimento nas áreas de urgência e emergência.

HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO

O Pronto-Socorro Obstétrico, inaugurado em janeiro de 2011 no Hospital Municipal Universitário (HMU), atende as gestantes em situação de urgência e emergência. Com a construção do Hospital de Clínicas o HMU passou a funcionar como Hospital da Mulher, ampliando a capacidade de sua maternidade.

SANTA CASA

Depois de esperar 25 anos, a população de São Bernardo conta agora com o atendimento pelo SUS no Hospital da Santa Casa, graças ao convênio firmado com a Prefeitura. São 42 leitos contratados, além de atendimento ambulatorial e exames complementares em dermatologia, urologia, endoscopia e tomografia.

SAÚDE BUCAL

A prefeitura está reestruturando o serviço de saúde bucal na cidade. Até 2008 este serviço não era oferecido à população. Em 2010 foram 21 equipes de saúde bucal que atuaram dentro da estratégia da Saúde da Família. No mesmo ano o quadro aumentou contanto com 85 equipes cobrindo todas as UBS's de São Bernardo.

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Foram reorganizados os serviços do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), no bairro Nova Petrópolis, para ampliar o atendimento especializado em saúde bucal. Em 2012 foram inaugurados três unidades entregues à população. Nesses centros, os usuários dispõem de serviços de diagnóstico bucal, cirurgia, periodontia, prótese dentária e atendimento a pacientes com deficiência ou disfunção temporo-mandibular.

PRÓTESE DENTÁRIA

A Prefeitura inaugurou em 2011 o Laboratório de Prótese Dentária, que fornece gratuitamente dentaduras e outras próteses aos usuários do SUS.

PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS

As 85 mil crianças matriculadas na rede municipal de ensino receberam a visita de equipes de saúde bucal, que fazem um trabalho de prevenção e tratamento dentário na própria escola. Os casos mais complexos são encaminhados para os serviços odontológicos das UBS's. Esta é uma parceria da Prefeitura com os Jovens Dentistas.

POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS

- SAÚDE DO TRABALHADOR

A Prefeitura inaugurou a nova sede do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que atende os trabalhadores vítimas de acidentes ou com suspeita de doenças decorrentes do trabalho.

RECONSTRUÇÃO DA REDE BÁSICA

- NOVAS UBS's

Construído, reformado ou ampliado, a Prefeitura de São Bernardo entregou 28 novas UBS's para a população. Uma primeira UBS foi inaugurada em 2009 no Jardim das Oliveiras. As obras tornaram o ambiente das UBS's mais humanizados com a criação do espaço criança, do escovódromo, da sala multiuso e da sala para reuniões comunitárias. Todas possui acessibilidade para pessoas com deficiência e criação de novos consultórios. Em 2010 o bairro Santa Cruz teve a sua UBS reformada e ampliada. Em 2011 outras 15 unidades passaram por reformas e ampliações e quatro novas UBS's começaram a ser construídas. Em 2012 foram reformadas mais oito unidades.

REESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

REORGANIZAR E AMPLIAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

- CAPS III

Os centros de Atenção Psicossocial prestam atenção integral a pacientes que sofrem transtornos mentais severos e persistentes. Em março de 2010, o CAPS do Centro passou a funcionar 24 horas do dia. Dois novos centros foram entregues em 2011, nos bairros Alvarenga e Rudge Ramos, e outros dois começaram a funcionar no Jardim Silvina e no Jardim Farina em 2012. Crianças e adolescentes que apresentem tais transtornos são atendidos no CAPS Infantil, inaugurado em 2010.

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Esses locais têm com objetivo promover a reinserção social dos pacientes com sofrimento mental. Duas residências terapêuticas já foram implantadas no Centro, uma masculina e outra feminina. Cada casa possui oito moradores egressos de uma longa internação no Hospital Lacan. Outras duas residências foram entregues ainda em 2011 e uma terceira entregue em 2012.

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO

- SAÚDE DA FAMÍLIA

O programa Saúde da Família está presente em todas as UBS's de São Bernardo. O atendimento, que em 2009 era feito por apenas 21 equipes, hoje é realizado por 61 equipes, ou seja, toda a população assistida pelo SUS tem acesso ao programa.

- AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A prefeitura de São Bernardo conta com 1.115 Agentes Comunitários de Saúde que atendem 100% do território da cidade. Em 2008 esta cobertura era de apenas 18%. Os agentes de saúde são responsáveis por prestar orientação e fazer o acompanhamento domiciliar.

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

- FARMÁCIA POPULAR

Em 2010 foram entregues três unidades de Farmácia Popular em São Bernardo, no Centro, no Rudge e no Riacho Grande. Em 2011, outras duas foram inauguradas, no Alvarenga e no bairro Planalto. As Farmácias Populares vendem 107 medicamentos subsidiados pelo governo federal, podendo apresentar uma economia de até 90% em alguns casos.

- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A compra de medicamentos foi regularizada pela Prefeitura com a criação do setor da assistência farmacêutica. São 67 novos medicamentos à disposição da população. Nas UPA's, foram implantadas farmácias 24 horas, possibilitando que o usuário já saia da unidade com o medicamento prescrito pelo médico.

- POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL E INTERSETORIAL ÀS
PESSOAS EM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

O CAPS Adulto e o Infanto-Juvenil atendem durante 24 horas do dia dependentes de álcool e outras drogas, com a perspectiva da inclusão social. O CAPS Adulto funciona no Centro e o Infanto-Juvenil no Rudge Ramos. Em 2011 um novo prédio para o CAPS AD Infanto-Juvenil foi construído na cidade dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Envolvendo as secretarias municipais de Saúde e Educação, foi criado o serviço de Reabilitação Neurológica Infantil, que presta atenção integral a crianças e adolescentes com disfunções neurológicas, auditivas e orais. Está em funcionamento desde agosto de 2010, no Jardim Hollywood.

A Prefeitura implantou em 2010 a primeira República Terapêutica. Este espaço abriga adolescentes em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas.

Serviços de retaguarda da saúde para dependentes químicos são os Consultórios de Rua. Uma equipe volante realiza intervenções educativas e psicossociais junto aos moradores de rua e em pontos de consumo de drogas.

Além do estabelecimento de convênios com a AVAPE, APTO e FUNCRAF, a Prefeitura ampliou o número de profissionais e dos serviços prestados pelo setor de Reabilitação do Centro Regional de Especialidades do Rudge Ramos. Também foi reorganizado o atendimento em saúde auditiva e implantado o serviço de audiologia no Ambulatório da Vila Dayse. O serviço de equoterapia, que antes estava vinculado ao SEDESC (Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania), passou, em março de 2011, para a Secretária de Saúde, como alternativa terapêutica em reabilitação física.

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- IMPLANTAÇÃO DAS UPAS

A Prefeitura de São Bernardo já construiu quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) que prestam atendimento de urgência e emergência 24 horas e dispõem de laboratório de análises clínicas, eletrocardiograma, sala de raio-X, salas de medicação e

nebulização, leitos, especialidade médicas como ginecologia e pediatria, entre outros serviços. São as UPA's Vila São Pedro, União/Alvarenga, Demarchi/Batistini e Riacho Grande. Em 2011 foram entregues outras quatro UPA's nos bairros Paulicéia/Taboão, Assunção/Alves Dias, Baeta Neves e Silvina/Ferrazópolis. Em 2012 o bairro Rudge Ramos também recebeu sua UPA.

- SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) - 192

A Prefeitura descentralizou as bases do SAMU com a finalidade de facilitar o acesso das ambulâncias e duas motolâncias e nove bases descentralizadas. A cada UPA construída, uma nova base do SAMU foi criada.

- GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

O controle social e a gestão participativa foram implantados na administração. Na 6ª Conferência de Saúde, realizada em 2009, foi aprovado o Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013, realizada em 2009. A Administração realizou a eleição dos conselheiros e membros, e o I e II Encontro Popular de Saúde.

- CUIDADOS EM CASA

A Prefeitura através do Programa de Internação Domiciliar (PID) presta assistência humanizada e qualificada aos pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas que preenchem os requisitos para a internação domiciliar. Em 2010 duas equipes formavam o PID. Em 2012 contratou mais três equipes.

- REVIVER

Projeto que presta atendimento integral e humanizado às pessoas vítimas de violência. A notificação compulsória desses casos na rede de saúde e a criação de um banco de dados destinado a subsidiar políticas públicas nessa área fazem parte da iniciativa que integra o programa Cidade de Paz.

CONCLUSÃO

O foco do presente trabalho foi apresentar que, o planejamento tem como competência o desenvolvimento e coordenação dos processos da administração municipal, servindo como instrumento de apoio para aplicação do que foi projetado, considerando os resultados como medidor de avaliação das práticas adotadas.

O planejamento é a área que orienta, acompanha, avalia a execução de atos e fatos administrativos, de forma estratégica para que atinja o melhor resultado, buscando a eficiência e a eficácia no cumprimento do que foi proposto.

A análise realizada buscou observar este cenário e saber realmente se tudo o que é planejado é também realizado. No decorrer deste trabalho foram apresentadas as propostas da gestão, que envolveu a participação popular como influenciador nas prioridades elaboradas pelo governo, que utiliza de ferramentas importantes para conduzir a gestão dentro do que foi planejado, sendo as plenárias, prestações de contas, as realizações dos PPA's e os Orçamentos Participativos e após são mostrados os resultados que qualifica e quantifica o planejamento.

O planejamento apresentado é eficiente e eficaz, pois contempla a realização do planejamento proposto, e os benefícios advindos são inquestionáveis, pois os controles, além de garantirem o melhor resultado, asseguram a correta aplicação dos recursos, prevenindo a ineficiência na administração pública, contribuindo para o cumprimento da missão da gestão pública.

A proposta apresentada está vinculada ao planejamento orçamentário, controle interno e financeiro, que buscam recursos para as realizações dos projetos. Neste planejamento apresentado a análise realizada identifica que foram exercidos os controles internos, financeiros e orçamentários das administrações diretas, indiretas, e dos fundos, que de forma transparente apresentam melhorias nos processos e nos controles internos.

Também se pôde observar através desta análise que, o planejamento como estratégia do governo é de extrema importância na administração pública, tendo como função principal evitar desperdícios ou abusos na administração, além de praticar trabalhos preventivos de orientação aos gestores públicos, fazendo com que esses cumpram com suas responsabilidades, pois este instrumento é fundamental para o controle dos serviços oferecidos à sociedade. É responsável também pela formalização dos atos municipais.

REFERÊNCIAS

AMATO, Pedro Muñoz. Introdução à administração pública. Rio de Janeiro: FGV, 1971.

BUFREM, L.S. 2006. Mestrado em Contabilidade UFPR. Disciplina: Metodologia da pesquisa científica. Curitiba. Slide 39. CORNELLY, Seno. Subsídios sobre planejamento participativo. Revista Brasileira de Planejamento Municipal, n. 7, p. 20-26, 1977.

CHIAVENATO, I. 2001. Teoria Geral da Administração. 6 ed^a., Rio de Janeiro, Campus, 385 p.

LAKATOS, E.M. e MARCONI, M.A. 2004. Metodologia científica. 4 ed^a., São Paulo, Atlas, 305 p.

MOSIMANN, C.P. e FISCH, S. 1999. Controladoria: seu papel na administração de empresas. 2 ed^a., São Paulo, Atlas, 144 p.

MUSGRAVE, Richard A.; MUSGRAVE, Peggy B. Finanças públicas: teoria e prática. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, Plenárias dos Congressos para elaboração e realização do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual Participativo e Orçamento Participativo no período de 2010 a 2013.

RAUPP, F.M. e BEUREN, I.M. 2003. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I.M. (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo, Atlas, p. 76–97.

SALDANHA, Clezio. Introdução à gestão pública. São Paulo: Saraiva, 2006.

SLOMSKI, V. 2003. Manual de contabilidade pública: um enfoque na contabilidade municipal, acordado a Lei de Responsabilidade Fiscal. 2 ed., São Paulo, Atlas, 475 p.