



Plano Municipal de Saúde

Guarujá

2022 a 2025

Guarujá

2021



PREFEITO

Válter Suman

VICE - PREFEITA

Adriana Soares Araújo Machado

Secretário de Saúde

Sandro Luiz Ferreira de Abreu

Secretário Adjunto de Saúde

Denis Campos Vieira de Castro e Giuliano Altieri Vidotto

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

José Carlos Simões

Diretor Médico

Semer Ali Mahmoud

Priscila de Alvarenga Beleigoli

Diretoria de Planejamento

Kátia Souza Perez Pinto Alves

Diretoria de Administração e Gestão Financeira

José Fernando Fonseca

Diretoria de Atenção Básica e Especializada

Thaisy Correia Guerra Delgado

Diretoria de Regulação, Auditoria, Avaliação e Controle.

Alessandra Taveira Fernandes

Diretoria de Vigilância em Saúde

Marco Antônio Chagas da Conceição

Diretoria de Urgência e Emergência

Katia Regina da Silva Ferreira

Diretoria de Proteção e Bem Estar Animal

Clarisse de Fatima Ferreira

Assessoria Financeira

Edson Antonio Fernandes



Gestor orçamentário
Lucas de Souza Vilares

Gestora de Recursos Humanos
Roberta Aparecido Almeida Baracho
Wellington Gonçalves Bracco

Assessoria do Terceiro Setor
Vênus Más de Oliveira Santos
Fernando Antonio de Almeida Monte

Assessoria Assistência Farmacêutica
Juçara Barga do Nascimento
Flávio Guimarães

Coordenadora de Educação Permanente
Angela Cafasso dos Reis Neto

Coordenadora das Redes de Saúde
Sônia Maria Marques

Coordenadora de Nutrição
Rosana Oliveira da Nóbrega

Coordenadora de Atenção Primária
Joelma Gomes de Lima Marques

Coordenador da Saúde da Mulher
Alexsander Machado

Coordenação de Saúde Mental
Luana Bezerra Gargiulo Soares

Coordenadora de Recuperação e Fisioterapia
Elizandra Teixeira Cabral

Coordenadora de Saúde Bucal
Marcia Olmos Mouchachen

Coordenadora de Urgência e Emergência
Nelice da Fonseca Ribeiro



Coordenadora do SAMU

Ana Paula Mormitto Nishio

Coordenador de Regulação da Atenção

Diogo Henriques Barros Santos

Assessoria do Serviço de Transporte Sanitário

Patrícia Cordeiro da Silva

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica

Carmem Alves Capella

Coordenador de Vigilância Sanitária

Douglas Baraçal

Coordenadora de IST/AIDS

Márcia Helena R. M. dos Santos

Coordenador da Unidade Complexa Willian Rocha e Laboratório Municipal

Ney de Almeida Grilo

Gerentes de Unidades

Mônica Carvalho Souza Zaniolo, Maria Aparecida da S. Diniz dos Santos e Analice Mendes Mello

Elaboração: Kátia Souza Perez Pinto Alves; Angela Cafasso dos Reis Neto; Vera Lidia Berreta; Priscila Alvarenga, Leocadio Almeida de Melo e Jéssica Santos da Costa.



Sumário

1. APRESENTAÇÃO	9
2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
3. CARACTERÍSTICAS GERAIS	11
3.1. Panorama Demográfico	11
3.2. Aspectos Econômicos	17
3.3. Aspectos de Infra-Estrutura	18
3.3.1. Água e Esgoto	18
3.3.2. Rede Elétrica	18
3.3.3. Coleta de Lixo	18
3.3.4. Transporte Coletivo	19
3.3.5. Educação	19
3.3.6. Cultura/ Lazer	19
3.3.7. Rede Bancária	20
3.4. Aspectos Sociais	20
4. CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DOS SERVIÇOS:	20
4.1. Distribuição de Unidades de Saúde por Macro Regiões Administrativas - Guarujá	21
4.2. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher	23
4.3. Saúde do Homem	27
4.4. Atenção Básica	28
4.4.1. Gestão do Cuidado	30
4.4.2. Unidades Básicas de Saúde	31
4.4.3. Saúde Mental	32
4.4.3.1. Rede de Atenção Psicossocial RAPS	32
4.4.3.2. Atenção Primária em Saúde Mental	34
4.4.3.2.1. Consultório na Rua	35
4.4.3.3. Atenção Especializada em Saúde Mental	36



4.4.4. Saúde Bucal	37
5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	39
5.1. Vigilância Epidemiológica	39
5.2. Mortalidade Geral	40
5.3. Mortalidade Infantil	44
5.4. Vigilância em Saúde	50
5.5. Incidência anual de casos novos de Tuberculose	51
5.6. Programa municipal de IST/AIDS/Hepatites Virais	53
5.6.1. Missão do Programa	53
5.6.2. Objetivo Geral	53
5.6.3. Objetivos Específicos	54
5.7. CTAPT – Centro de Testagem, Aconselhamento, Prevenção e Treinamento	54
5.8. Unidade Complexa Hospital Dia William Rocha	54
5.9. Comitê de Avaliação de impactos na saúde devido a eventos adversos	59
6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – PROGRAMA MEDICAMENTO E QUALIDADE DE VIDA	60
6.1. Financiamento da Assistência Farmacêutica	62
6.1.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica	62
6.1.2. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	63
6.1.3. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	64
6.1.3. A Assistência Farmacêutica de Guarujá	65
6.1.3.1. Seleção de medicamentos	65
6.1.3.2. Programação de medicamentos	67
6.1.3.3. Emissão de pareceres	67
6.1.3.4. Aquisição de medicamentos	68
6.1.3.5. Armazenamento e distribuição	69
6.1.3.6. Dispensação de medicamentos	70
6.1.3.7. Assessoria de Assistência Farmacêutica	70



7. SERVIÇO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA	72
7.1. Ambulatórios - Centros de Recuperação e Fisioterapia	73
7.2. Ações da Coordenação do Serviço de Recuperação e Fisioterapia	73
7.3. Serviço de Internação e Atenção Domiciliar	74
7.4. Programas de Saúde Descentralizados	74
7.4.1. Programa Docinhos	74
7.4.2. Programa de Obesidade Adulto	75
7.4.3. Entidades do Terceiro Setor	75
7.5. Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)	75
7.6. Unidades de Urgência e Emergência	75
8. COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO	76
8.1. Consultas	76
8.2. Programa De Atenção E Tratamento Ao Portador De Diabetes Tipo 1 Docinhos	76
8.3. Programa De Obesidade Infantil E Do Adolescente	77
8.4. Programas Federais	77
8.4.1. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	77
8.4.2. Bolsa Família na Saúde	77
8.4.3. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	78
8.4.4. Projeto Estadual Vivaleite	78
9. PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE	79
10. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS E COMPROMISSOS DO GOVERNO MUNICIPAL DO GUARUJÁ	80
11. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	80
11.1. Situação atual da rede de Atenção às Urgências	80
11.2. Unidades de Urgência e Emergência	83
11.2.1. Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	83
11.2.2. Postos de Atendimento Médico de grande porte	83
11.2.3. Postos de Atendimento Médico de médio porte	84
11.2.4. Postos de Atendimento Médico de pequeno porte	84



11.3. Fluxo de referências dos serviços de baixa e média complexidade	85
11.4. Competências das Unidades	85
11.5. SAMU	86
12. REGULAÇÃO, AUDITORIA, AVALIAÇÃO E CONTROLE	88
12.1. Regulação do Acesso	90
12.2. Regulação da Atenção à Saúde	90
12.3. Transporte Sanitário	91
13. GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA	92
13.1. Financiamento	92
13.2. Repasse de Recursos	93
13.3. Previsão Financeira e orçamentária	94
13.4. Gestão de RH	94
14. PLANEJAMENTO EM SAÚDE	95
14.1. Educação Permanente em Saúde	96
14.2. Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade	97
14.3. Competências da Diretoria de Planejamento	98
15. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	99
16. TERCEIRO SETOR	101
17. PROTEÇÃO E BEM ESTAR ANIMAL	103
Anexo I: Planejamento Estratégico Situacional (PES)	105

1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá tem como missão “prover a atenção integral à saúde da população, com qualidade, por meios de redes de atenção resolutivas e gestão eficiente dos recursos, atendendo os princípios do SUS”, em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde.

Visa ser reconhecido como um sistema acolhedor, humanizado, com credibilidade e resolutividade na Atenção à Saúde, em todos os níveis, com Gestão participativa”, bem como ter como valores a Equidade, Ética, Eficiência, Compromisso e Transparência.

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

A elaboração deste Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio de 2022 -2025 prioriza as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Guarujá, considerando a ocorrência de variações no quadro epidemiológico, na estrutura, na quantidade e no perfil dos serviços. O Plano de Saúde é um importante instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem expressar políticas, compromissos e prioridades de saúde de uma determinada gestão. Também é importante para a definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas a serem empreendidas e no processo de monitoramento e avaliação da gestão.

Nesta construção foram realizadas oficinas com a participação da equipe gestora, coordenadores, trabalhadores de saúde das unidades de saúde do município e Conselho Municipal de Saúde, com a proposta reflexiva conjunta, através de uma análise situacional, identificando os problemas prioritários do estado de saúde da população e do sistema municipal, elaborando propostas e ações para seu enfrentamento. Foram incluídas as deliberações da XIII conferência municipal de saúde, realizada em 14 de julho de 2021, para resgatar os compromissos apresentados neste documento.

O presente Plano de Saúde consolida e traduz as diretrizes políticas que, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá, visam colocar em prática o Plano de Governo Municipal e a implantação de medidas que fortaleçam o Sistema Único de Saúde – SUS no município, além da necessidade de articulação com os municípios vizinhos, a Diretoria Regional de Saúde – DRS IV e a União para o período de quatro anos.

Podemos citar dois problemas que influenciam a qualidade da gestão do sistema de saúde. O primeiro diz respeito ao subfinanciamento do SUS, ou seja, a garantia de aporte de recursos financeiros por parte da União e dos Estados aos municípios para custeio das ações e serviços de saúde. Para efetivação de uma política pública que atenda a demanda da população é fundamental que haja estratégias que auxiliem e impulsionam a autonomia dos municípios. O segundo refere-se à integralidade das ações, que até o presente, parece um pouco distante de sua efetivação, já que os compromissos e as prioridades nem sempre coincidem entre as distintas áreas da gestão pública e as ações coordenadas que melhoram os índices de qualidade de vida da população.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Plano de Municipal de Saúde de Guarujá, foi elaborado em consonância com PPA com validade para quatro anos podendo ser revisado anualmente, em função da PPI (Programação Pactuada Integrada), da avaliação do Pacto da Atenção Básica e de novas metas de atenção eventualmente incorporadas, com a devida anuência e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Constam nele, as orientações de governo, as demandas de orçamento participativo, as propostas aprovadas da XIII Conferência de Saúde, o Planejamento Estratégico Situacional (Oficina) e o perfil social e epidemiológico da comunidade.

As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças são prioridades, com a atuação da Atenção Primária, sem perder de vista a importância que assumem as ações de tratamento, recuperação e reabilitação.

No que tange a necessidade de formulação do Plano de Saúde em todas as esferas de governo, a referência existente é a Portaria GM nº 548/01, que aprova e estabelece as “Orientações para Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, dos Planos de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão”. Em resumo, o Plano corresponde ao período, ao tempo de gestão e aplicação de recursos. Contém as intenções políticas com ênfase no diagnóstico, na estratégia, nas prioridades e metas, devendo ser submetido na íntegra aos respectivos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo, e sua operacionalização será por intermédio de Programas Municipais e projetos, com cronograma e recursos atendendo a LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012.

3. CARACTERÍSTICAS GERAIS

3.1. Panorama Demográfico

O município de Guarujá encontra-se localizado no Estado de São Paulo, na 2ª Região Administrativa, sub-região de Santos, que compreende o litoral segundo a Reforma Administrativa Regional.

As vias de acesso são as Rodovias Piaçaguera (atual Cônego Domênico Rangoni), Travessias de Balsa do Ferry Boat e Vicente de Carvalho para Santos, Travessia de Balsa para Bertioga, Travessia de Santa Cruz dos Navegantes para Santos e a Rodovia Guarujá Bertioga.

A administração estadual de saúde do município pertence à DRS IV Baixada Santista, composta por 9 municípios, incluindo Guarujá.

Figura 1. Região Metropolitana da Baixada Santista - Guarujá/SP

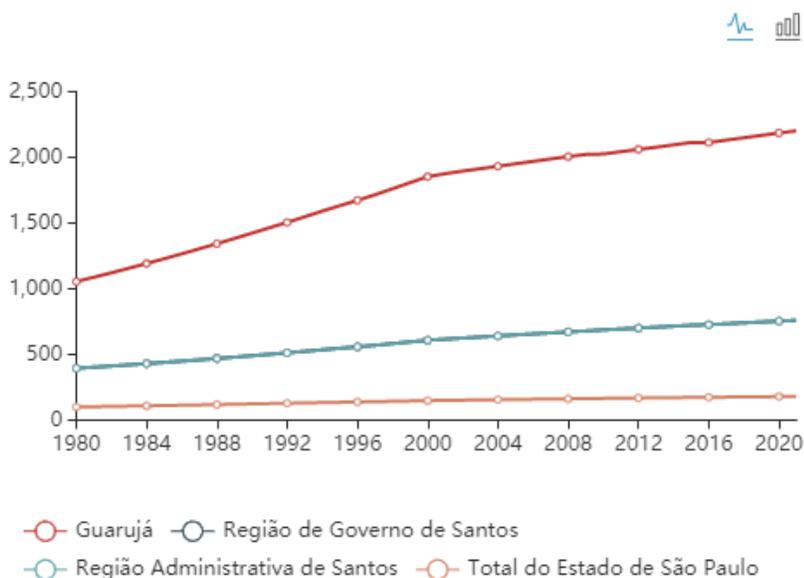


A população estimada para o ano de 2020 é de 322.750 habitantes (Estimativa – IBGE 2020), com população flutuante estimada de 04 a 05 vezes maior nos finais de semanas e feriados, na alta temporada e nos períodos de verão de dezembro a março e férias de julho.

O município apresenta alto grau de urbanização 99,98% num território de 144,79 Km², e segundo a Fundação SEADE apresenta alta densidade demográfica de 2,201.63 habitantes /km², superior a Região de Governo de Santos: 759.99; e ao Estado de SP: 180.86.

Gráfico 1. Densidade Demográfica

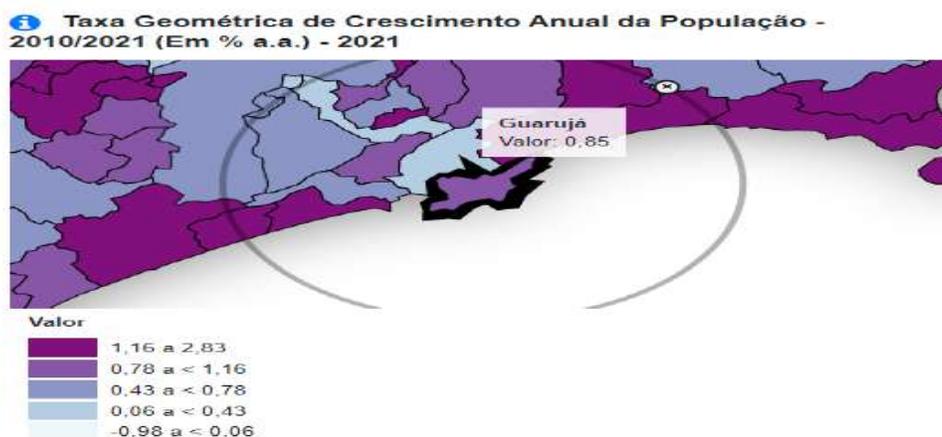
i Densidade Demográfica (Habitantes/km²) - 1980-2021



Fonte: <https://perfil.seade.gov.br/>

O município vem mantendo uma média de crescimento em torno de 0,85% de 2010 a 2021, inferior à da região que está em 0,96% a.a., superior à média do estado que é de 0,78% a.a. Abaixo quadro de crescimento populacional dos últimos sete anos.

Figura 2. Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População 2010/2021



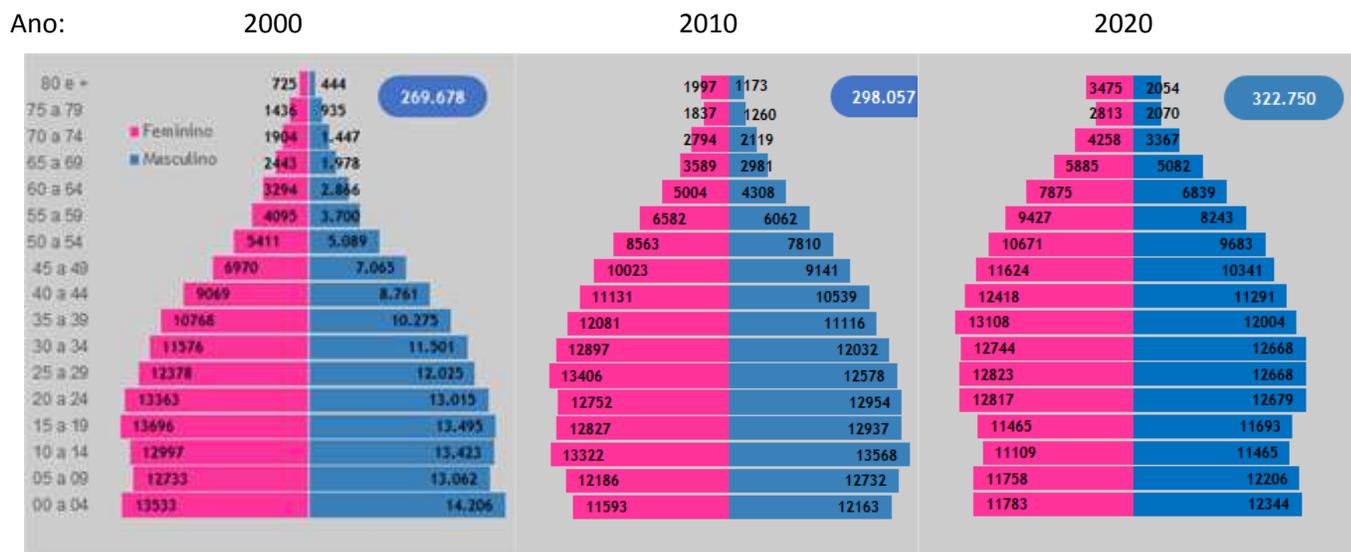
Fonte: Seade

Quadro 1. População estimada por sexo e Faixa Etária. Período: 2020

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	12.344	11.783	24.127
5 a 9 anos	12.206	11.758	23.964
10 a 14 anos	11.465	11.109	22.574
15 a 19 anos	11.693	11.465	23.158
20 a 29 anos	25.347	25.640	50.987
30 a 39 anos	24.672	25.852	50.524
40 a 49 anos	21.632	24.042	45.674
50 a 59 anos	17.926	20.098	38.024
60 a 69 anos	11.921	13.760	25.681
70 a 79 anos	5.437	7.071	12.508
80 anos e mais	2.054	3.475	5.529
Total	156.697	166.053	322.750

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet) - Data da consulta: 05/03/2021.

Gráfico 2. Pirâmide Etária - Guarujá 2000 a 2020



Apresentamos acima o envelhecimento da população de Guarujá de 2000 a 2020, com um aumento significativo na faixa etária acima de 50 anos.

Gráfico 3. Percentual de Crescimento Populacional - Guarujá 2000 a 2020

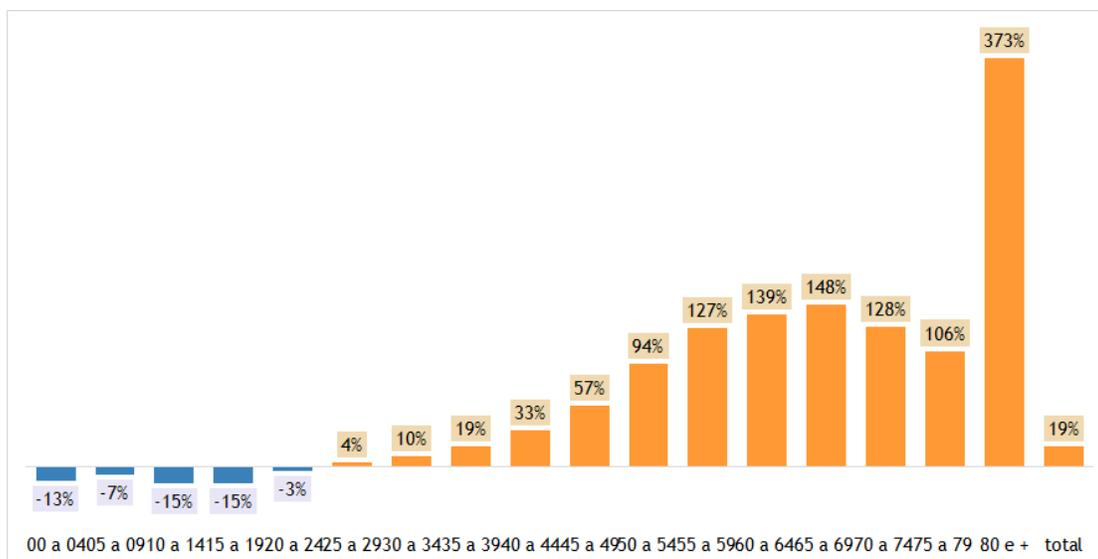
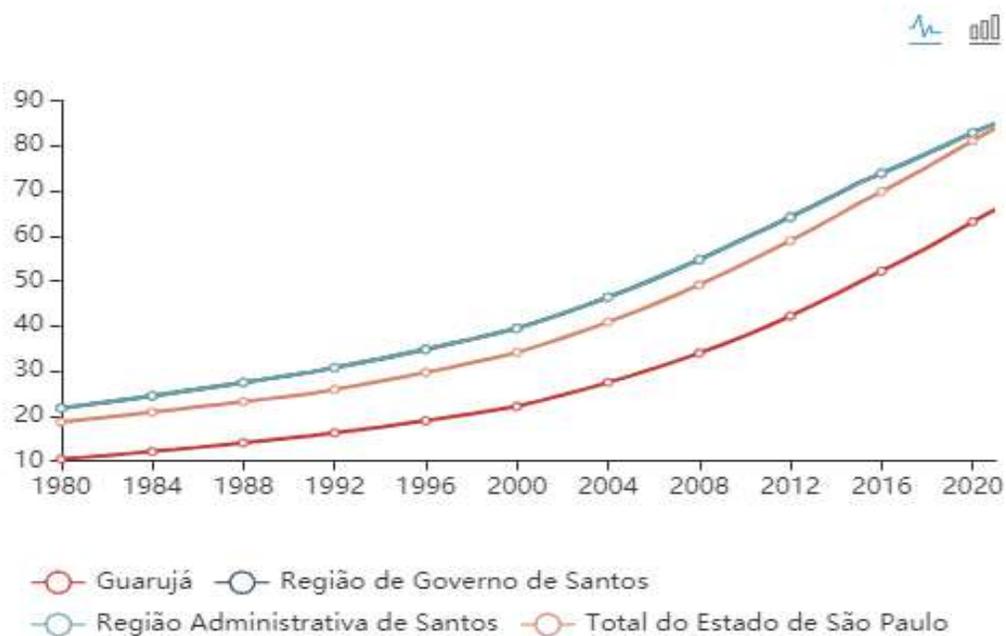


Gráfico 4. Índice de Envelhecimento

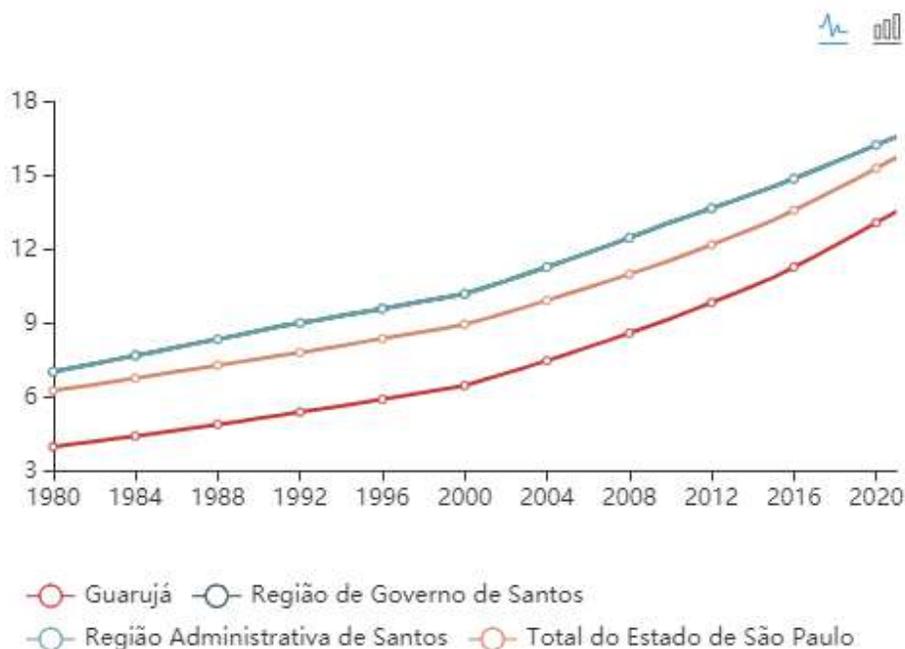
Índice de Envelhecimento (Em %) - 1980-2021



O índice de envelhecimento de Guarujá no ano 2000 era de 22,09%, no ano de 2010 era 37,37%, em 2020 era 63,10% e em 2021 representa 65,81% da população acima de 60 anos por 100 indivíduos de 0 a 14 anos, inferior a Região Administrativa de Santos com 84,93% e a do Estado de São Paulo com 83,88%.

Gráfico 5. População com 60 anos e mais - 1980 a 2021.

i População com 60 Anos e Mais (Em %) - 1980-2021



Guarujá apresenta 13,54% da população acima de 60 anos, inferior à da Região Administrativa de Santos com 16,59% e a do Estado de São Paulo com 15,75%

Em 2000 a população abaixo de 15 anos de Guarujá representava 29,35%, em 2010 (24,37%), em 2020 (20,74%). Em 2021 apresenta 20,58%, superior a Região Administrativa de Santos com 19,53% e a do Estado de São Paulo com 18,77%.

3.2. Aspectos Econômicos

Guarujá tem vocação turística, no entanto, o porto integrou-se ao dia-a-dia da vida do município de forma definitiva e com perspectivas cada vez maiores de resultados positivos para o município.

De 1948, ano da emancipação política, para os dias atuais, a cidade assistiu a um expressivo aumento imobiliário e continua mantendo a sua fama de Pérola do Atlântico, citada internacionalmente pelo seu charme e beleza naturais.

Mais recentemente, a atividade portuária alargou seus horizontes e hoje empresas de porte atuam em seu território, empregam seus habitantes, criam atividades paralelas no comércio e na prestação de serviços, gerando centenas de empregos diretos e indiretos.

Nos últimos sete anos esses fatores tornaram-se decisivos para a retomada do desenvolvimento econômico do município. O setor que mais emprega é o de serviços, incluindo a administração pública municipal e as atividades autônomas.

Importante destacar que a pandemia do Covid-19 impactou diretamente a todos os cidadãos do município, assim como o Brasil como um todo, causando um alto índice de desemprego e fechamento de serviços e empresas.

3.3. Aspectos de Infra Estrutura

3.3.1. Água e Esgoto

O município de Guarujá dispõe de água e esgoto em seu território por meio de concessionária privada, sendo 93,17% dos domicílios com ligação de água e 77,97% dos domicílios com rede de esgoto.

(Fonte: Fundação SEADE - 2010)

3.3.2. Rede Elétrica

Cobertura em 99,9% dos domicílios, por meio de concessionárias privadas.

(Fonte: Fundação SEADE - 2010)

3.3.3. Coleta de Lixo

O município possui 99,17% dos domicílios com coleta de lixo.

(Fonte: Fundação SEADE - 2010)

3.3.4. Transporte Coletivo

O sistema de transporte coletivo do município está estruturado e é realizado por empresa privada. A cobertura dos serviços abrange todo território, priorizando o atendimento da população em sistema de integração, no qual a passagem única pode ser utilizada pelo munícipe para se deslocar a mais de um destino. Este sistema está inserido nas ações do Plano Diretor Municipal.

3.3.5. Educação

O analfabetismo pode ser considerado um importante fator condicionante de vulnerabilidade. Conforme dados do SEADE em 2.010 a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais foi de 5,10% no município enquanto que na RMBS foi de 4,09% e ESP 4,33%. A população de 18 a 24 anos com ensino médio completo foi de 52,25% no município enquanto que na região 56,85 e no ESP foi de 57,89%.

3.3.6. Cultura/ Lazer

A presença dos recursos naturais da ilha justifica o deslocamento de pessoas de diferentes partes do Brasil - principalmente do Estado de São Paulo - e do exterior, que procuram Guarujá não apenas pela beleza de suas praias, mas também pela diversidade dos seus atrativos, como *passeios de barco, caminhadas em trilhas em meio à Mata Atlântica, voo livre, rafting, rapel, técnicas verticais, canoagem*, que mostram o potencial de lazer e incentivam o turismo no município.

Foram construídos mirantes que valorizam nossas belezas naturais, o Mirante das Galhetas e o Mirante do Morro da Campina.

Os eventos privilegiam a cultura, dedicados às diversas populações que residem no município, onde predominam nordestinos, colônias alemãs e libanesas. Na atual administração, a promoção de festivais locais para atrair o turismo fora de temporada, enriquecendo o cenário cultural e também incentivando com as manifestações populares religiosas, atraindo pessoas de todas as idades a participarem da programação cultural, promovida pela Secretaria da Cultura, escolas e iniciativas particulares.

O município possui 01 Teatro Municipal (reinaugurado em 2015, após ampla reforma), Videoteca e 02 Bibliotecas Públicas.

3.3.7. Rede Bancária

O município conta com 26 agências bancárias da Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Bradesco, Banco Itaú, Banco HSBC e Santander.

(Fonte: SEADE – 2015)

3.4. Aspectos Sociais

O crescimento populacional não foi acompanhado por políticas habitacionais o que resultou em grande adensamento urbano desordenado e ocupação de áreas de encostas que sobrecarrega a infra-estrutura básica. Propiciou o surgimento de moradias em áreas de risco, loteamentos clandestinos e consequentes formações localizadas em bolsões de pobreza.

4. CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DOS SERVIÇOS:

A cidade do Guarujá adotou a gestão plena do sistema de saúde em maio de 1998.

A partir da Pactuação realizada entre o Município, Estado e o Ministério da Saúde, as ações de saúde foram planejadas com base na pauta dos indicadores de saúde, que envolve a responsabilidade pelo total das ações e de serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Segue uma proposta de assistência em seu território, respeitando as diversidades econômicas e populacionais, a fim de garantir o acesso e a equidade na organização do SUS.

Os serviços estão distribuídos em níveis de referência que são definidos de acordo com a necessidade, complexidade e custo.

✓ **Atenção Primária:** *Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Consultório na Rua e Internação Domiciliar*

✓ **Atenção Secundária:** *conta com Unidades de Especialidades em geral, bem como Unidade de Diabetes e Obesidade Infanto Juvenil, Unidade de Infectologia IST/AIDS, Saúde Mental, Residência Terapêutica, Consultório na Rua, CEO e Centros de Fisioterapia e Reabilitação.*

✓ **Atenção Terciária:** *Serviços de Urgência e Emergência - Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorros e infra-estrutura Hospitalar contratualizada, para atendimento das referências necessárias.*

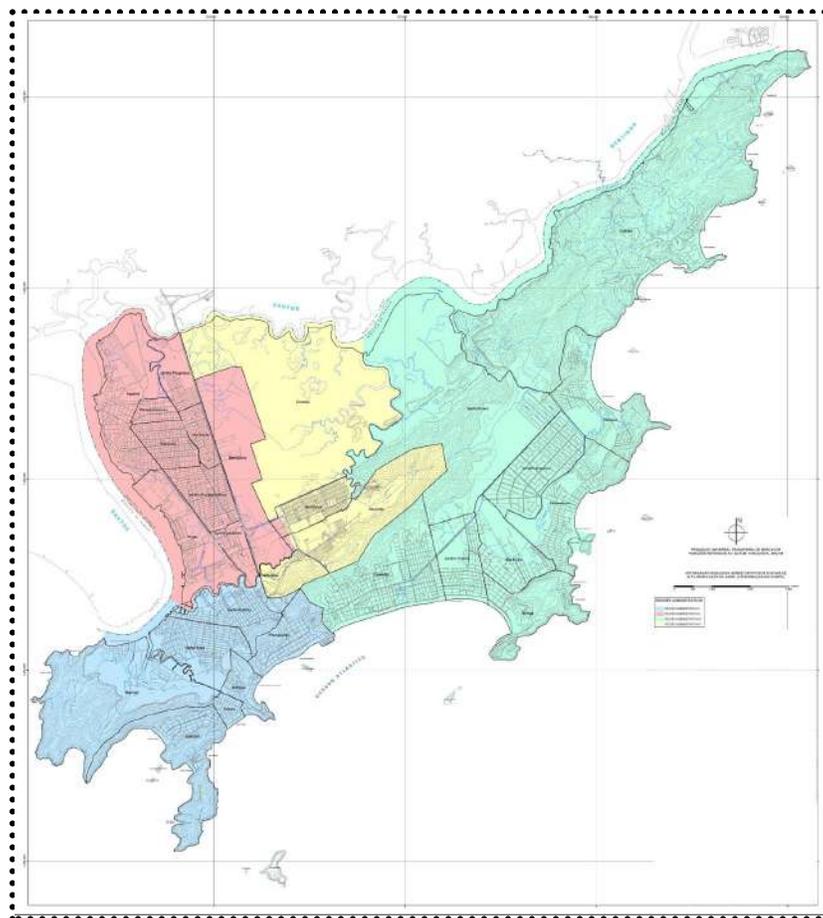
A gestão de saúde do município também realiza ações em Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Assistência Farmacêutica, laboratorial, promoção e assistência à Saúde Bucal, controle de moléstias transmissíveis e Zoonoses.

A vigilância em saúde trabalha com o objetivo de promoção da saúde e a perspectiva de prevenir e controlar doenças e agravos.

A capacidade instalada de recursos na área da saúde segue a proposta de distribuição territorial, como segue:

4.1. Distribuição de Unidades de Saúde por Macro Regiões Administrativas - Guarujá

Figura 3. Distribuição de Unidades de Saúde



Quadro 2 - Distribuição dos equipamentos de saúde por Região Administrativa (RA)

RA	UBS	USAFA	U. Especialidades	UPA/PS	HOSPITAL	Serviços/Apoio
I	- Santa Rosa	- Santa Cruz - Las Palmas - Jd. dos Pássaros	- CAPS Infantil - CAPS II José Foster - Fisioterapia Guarujá - CROOF - Docinhos e Obesidade	- Santa Cruz	- HSA	- Farmácia do Cidadão - Remoção - SIAD
II	- Vila Alice - Prainha VC - Pae Cará	- Sítio Conceiçãozinha - Jd. Conceiçãozinha - Vila Áurea - Jd. Progresso - Boa Esperança	- Fisioterapia VC - CTA IST/AIDS - CAPS III - Residência Terapêutica - CAPS AD II - U. I. Willian Rocha - Zoonoses - Bem Estar Animal	- Vicente de Carvalho	- Emílio Ribas II	- Farmácia do Cidadão - Anti Rábica - Almoarifado
III	- Vila Baiana - Pernambuco	- Cidade Atlântica - Vila Rã - Perequê	- ARE - CEO	- Enseada - Perequê	-	- Farmácia do povo
V	- Morrinhos	- Jardim Brasil - Vila Edna - Vila Zilda		- Dr. Prof. Matheus Santa Maria	-	-

De acordo com a Lei Complementar nº 156/2013 de 20/12/2012, citamos abaixo os bairros por região administrativa:

Quadro 3. Bairros por região administrativa



4.2. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Tendo em vista os indicadores que apontam uma séria deficiência no atendimento às mulheres do Guarujá, foi elaborado um plano com ações incisivas, a fim de fortalecer a atenção primária no cuidado com a mulher.

Promover a melhoria da qualidade de vida, voltada para a prevenção e promoção da saúde, priorizando a Saúde reprodutiva; Atenção Materna-Infantil; Atenção à Gestante; e Atenção a Prevenção de Câncer de colo de útero e mamas, faz parte das ações prioritárias a este grupo da população.

A Saúde Reprodutiva no município integra o planejamento reprodutivo que é um conjunto de ações, como planejar o número de filhos, ou o espaçamento entre os mesmos. Todas as Unidades Básicas de Saúde estão aptas a garantir o acesso aos métodos anticoncepcionais de barreira, hormonais, dispositivo intra-uterino DIU ou esterilização (laqueadura e vasectomia , realizados no Hospital Santo Amaro) sempre respeitando a individualidade de cada mulher e a decisão informada do casal ou da mulher, em caso de não ter um parceiro conjugal.

Desde 2018 o Instituto da Mulher “Casa Rosa” tem intensificado as ações com foco na população feminina com alta vulnerabilidade com a implantação do dispositivo intradérmico que impactou diretamente na redução da gravidez em menores de 18 anos.

Além de oferecerem orientação à saúde reprodutiva com prevenção da gestação indesejada, a APS prevê a proteção às IST/AIDS proporcionando diagnóstico precoce e tratamento adequado e oportuno do HIV, da sífilis e das hepatites virais durante a gravidez levando à prevenção da transmissão vertical.

A Atenção materno-infantil por meio da Rede Cegonha, assegura à mulher uma assistência humanizada no pré-natal, (implantação do Plano de parto) parto e puerpério, bem como à criança o direito do nascimento seguro e o desenvolvimento saudável. Todas as UBS e USAFA's têm atendimento prioritário às gestantes. Os exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde são realizados em até 48 horas. Os alterados são identificados e prioritariamente agendados para que esta gestante tenha atendimento o mais rápido possível e assim diminuirmos complicações na gestação e parto.

Uma das ações da Atenção materno-infantil é intensificar o monitoramento das investigações dos óbitos, por meio do Comitê de Investigação de óbito, com reuniões que acontecem uma vez por mês abrangendo os atores envolvidos, inclusive a rede privada.

Nossa rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantem atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/ emergência, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência.

Para a prevenção Oncológica de colo de útero e mama, a Atenção Primária promove a coleta de citologia oncológica nas mulheres em idade fértil e priorizam o encaminhamento para mamografia em mulheres acima de 50 anos como preconizam os programas ministeriais.

Gráfico 6. Nascidos Vivos



Fonte: Sinasc Gja Resid



Gráfico 7. Nascidos vivos de mães com menos de 18 anos.



Fonte: Sinasc_GjaResid_FxETMaeAdolesce

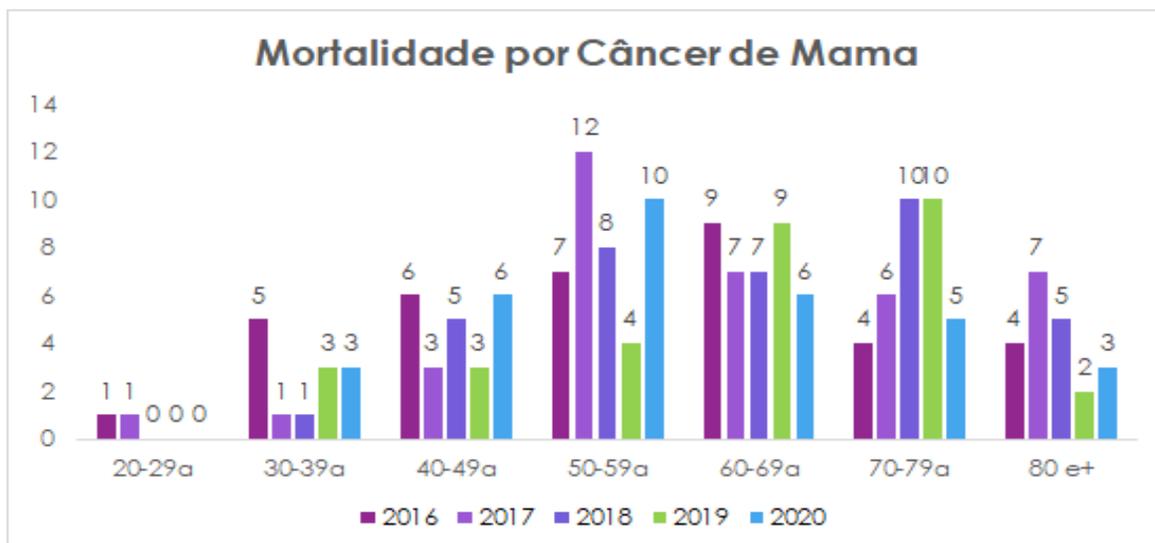
Gráfico 8. Número de Partos - Guarujá 2016 a 2020.



Fonte: Sinasc_GjaResid_TipoParto

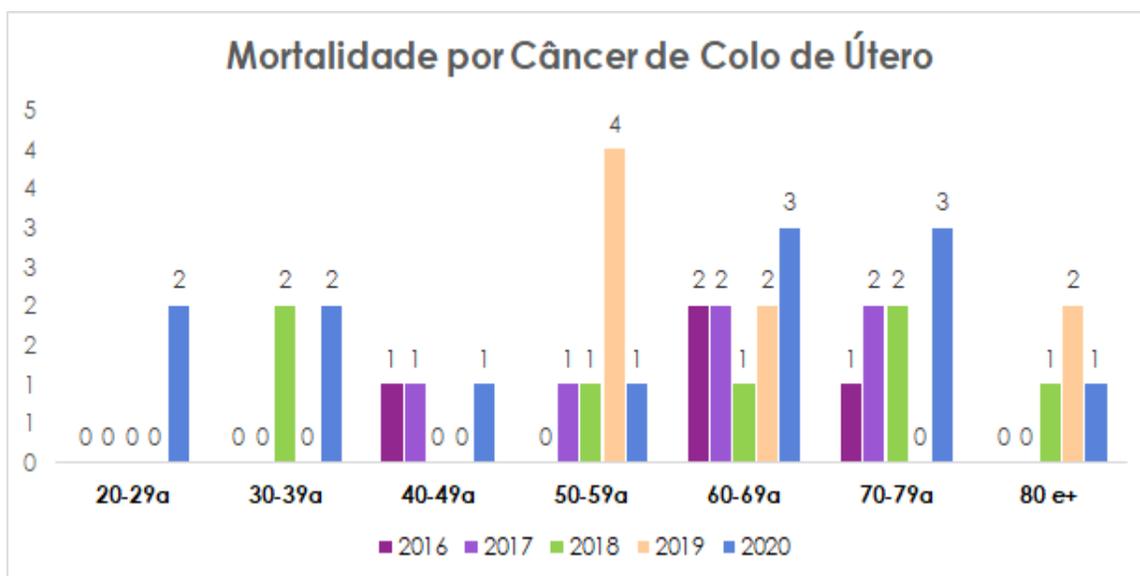


Gráfico 9. Mortalidade por Câncer de Mama



Fonte: SIM_GjaResid_CA-Mama_Feminino

Gráfico 10. Mortalidade por Câncer de Colo de Útero.

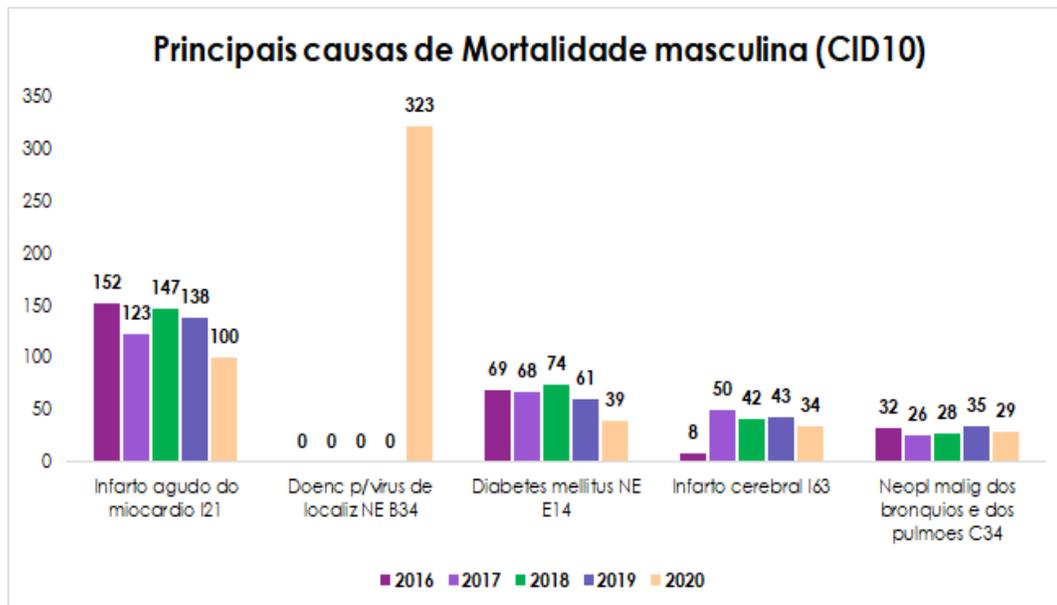


Fonte: SIM_GjaResid_CA-ColoUtero_Femin



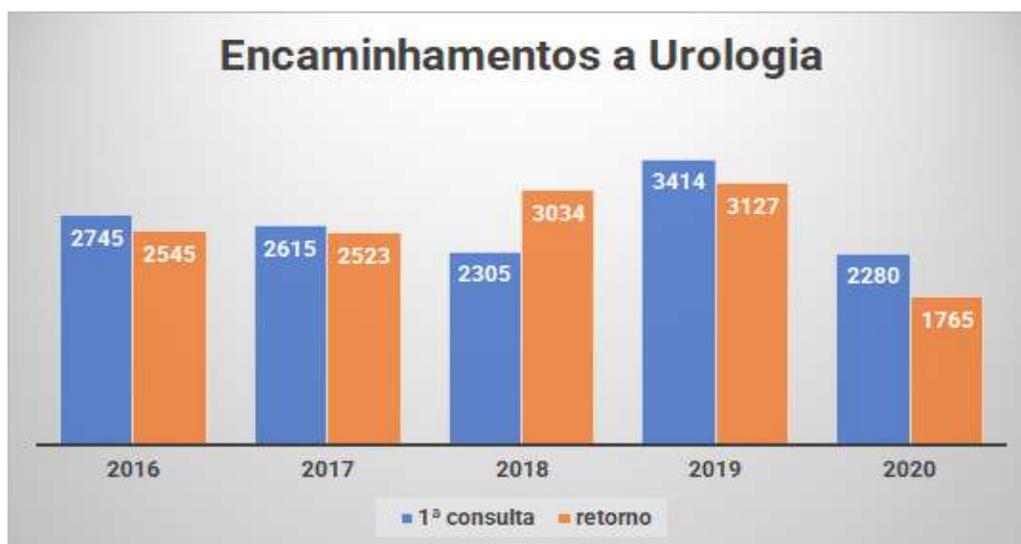
4.3. Saúde do Homem

Gráfico 11. Causas de Mortalidade masculina - Cid 10.



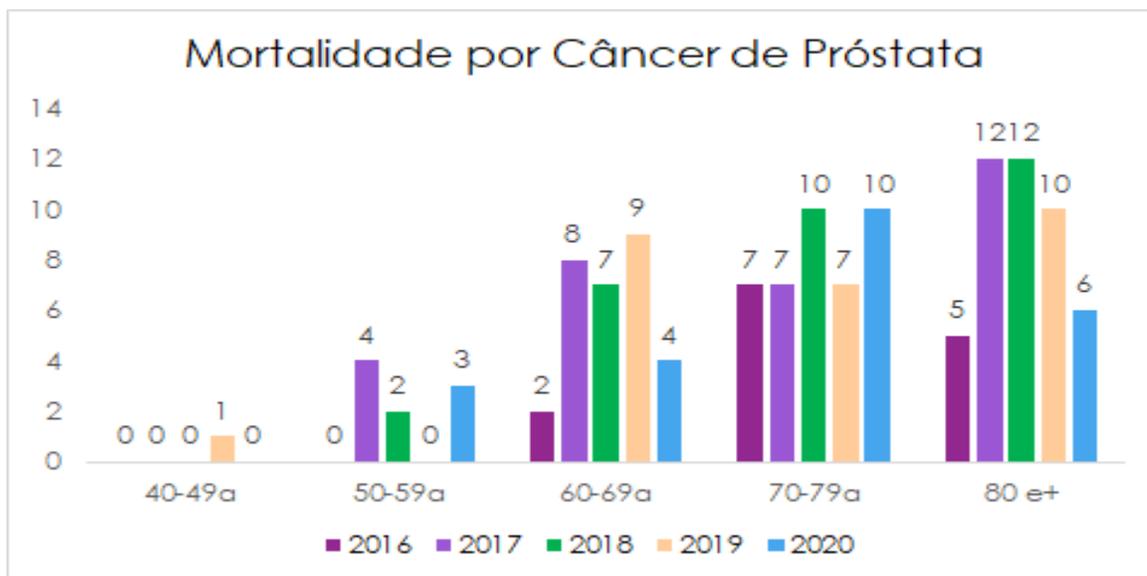
Fonte: SIM_GjaResid_Masculino_AnoObito

Gráfico 12. Número de encaminhamento a Urologia.



Fonte: Relatórios de procedimentos do Sistema de Regulação (SISREG)/Portal CROSS

Gráfico 13. Mortalidade por Câncer de Próstata



Fonte: SIM_GjaResid_CA-Prostata_Masculino

4.4. Atenção Primária em Saúde (APS)

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde pública no Brasil. É tratada como a “porta de entrada” do sistema público de saúde em vários países, por estar mais próxima às famílias e às comunidades. Por esse motivo, segundo Starfield a APS deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, para proporcionar equidade e garantir a utilização do sistema de forma mais efetiva, atendendo assim, de forma mais organizada, às necessidades da população.

Com o passar dos anos, desde o movimento de Reforma Sanitária e a criação do SUS, vários modelos de atenção à saúde na rede APS vêm sendo experimentados, com mais ações sendo incorporadas, e, por isso, a complexidade desse lugar do sistema de saúde vem aumentando. Isso pode ser traduzido com a ampliação do atendimento médico para além da clínica geral, da pediatria e da ginecologia, das ações de vigilância nas UBS, das formas de acolhimento da demanda espontânea através das equipes multiprofissionais, da adesão a projetos de promoção e prevenção à saúde, e até experiências mais ousadas como a descentralização do atendimento de saúde mental nas UBS e USAFA’S.

Nos vários países em que foi implantada, a Atenção Primária em Saúde tem carregado certa semelhança em sua configuração, destacando-se os seguintes aspectos principais:

- Intensificação dos processos de gestão da clínica;
- Constituição das redes de cuidado;
- Contratualização das equipes da APS por metas de produtividade;
- Cuidado centrado a partir das necessidades do usuário.

Para atuar na lógica da necessidade dos usuários, identificadas em seus territórios, é preciso desenvolver a construção de vínculo entre os usuários e os trabalhadores da saúde, mantendo as seguintes pactuações:

- Rever a territorialização de cada Unidade;
- Construção do vínculo permanente dos usuários com suas equipes;
- Trabalho em equipe multiprofissional com avaliação e qualificação periódicas;
- Integralidade no cuidado.

Para isso é necessário avançar no modelo de APS no município do Guarujá, com as seguintes diretrizes:

- Aumento da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em articulação com a Estratégia de Saúde da Família das UBS e USAFA'S e EACS;
- Ampliação da atuação da Enfermagem na clínica;
- Atendimento dos usuários por demanda espontânea;
- Fortalecimento das relações intersetoriais.

Vale destacar a importância da Educação Permanente na rede de saúde. No Brasil, em especial, foi lançada em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cuja implantação em nível municipal - para a consolidação das redes de cuidado e para o fomento da melhoria da qualidade da assistência, permitindo a reflexão do trabalho em seu ato - tem avançado em diversas regiões.

Esse eixo, de extrema importância para a Atenção Básica e Especializada, é tratado pela área de Planejamento, adiante.

4.4.1. Gestão do Cuidado

A gestão do cuidado aos usuários tem o objetivo de nortear as relações das unidades e serviços da rede municipal de saúde, bem como a sua relação com a rede referenciada regional e os serviços contratados.

“[...] incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Serviço de Internação e Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais (Franco e Franco, s/ data).

Para isso, este Plano tem a intenção de promover a qualificação dos processos de gestão do cuidado que devem priorizar a trajetória realizada pelo usuário no sistema de saúde, e não mais por ações programáticas.

A Atenção Primária em Saúde é a protagonista na ordenação da rede de atenção, com acesso aberto, resolutivo e coordenador do cuidado, fazendo o acompanhamento do usuário pelos caminhos que esse percorre no sistema de saúde.

Para tanto, a proposta de organização das unidades de atenção primária de Guarujá, baseia-se em:

- Territorialização e adscrição da clientela, com ações sobre o território;
- Trabalho multiprofissional, em equipe, com avaliação e qualificação permanentes por meio de reuniões mensais;
- Integralidade da Atenção – Promoção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação, individual e coletiva;
- Agentes Comunitários de Saúde – ACS, fazendo parte das Equipes de Saúde da Família e Unidade Básica tradicional no Município;
- Atuação da Enfermagem na clínica;
- Atendimento da demanda espontânea através de escuta qualificada;
- Atenção Médica em Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Generalista;
- Intersetorialidade, através de ações de promoção e proteção à saúde, realizadas por toda a equipe;
- Gestão participativa, através dos conselhos locais;
- Oferta ampliada com a implantação de outras práticas e saberes na rede primária, tais como

psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, entre outras, através de cuidado direto ou matriciamento quando possível;

- Ampliação do apoio clínico matricial por meio dos NASF e de profissionais de outras unidades da rede que possam realizá-lo;

- Vigilância e Atenção Primária integradas;
- Qualificação dos Gerentes das UBS e USAFA's;

Para a priorização do desenvolvimento e qualificação das linhas de cuidado, devemos considerar o perfil epidemiológico da população, o impacto na morbimortalidade e o seu impacto econômico. Atualmente as Redes contam com as linhas de cuidado:

- Atenção Psicossocial (RAPS);
- Oncologia;
- Cegonha (Saúde da Mulher, Criança e Adolescente);
- Urgência;
- Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT);
- Pessoa com Deficiência;
- Adulto e Idoso.

4.4.2. Unidades Básicas de Saúde

O município conta com 6 Unidades Básicas de Saúde e 15 Unidades de Saúde da Família com atendimento à população que varia de 6.000 a 30.000 habitantes nas suas áreas de atuação. São elas:

- UBS Morrinhos;
- UBS Pae Cará;
- UBS Pernambuco;
- UBS Prainha;
- UBS Vila Alice;
- UBS Vila Baiana;
- USAFA Cidade Atlântica;
- USAFA Jardim Boa Esperança;
- USAFA Jardim Brasil;
- USAFA Jardim Conceiçãozinha;
- USAFA Jardim Las Palmas;

- USAFA Jardim dos Pássaros;
- USAFA Jardim Progresso;
- USAFA Perequê;
- USAFA Santa Cruz dos Navegantes;
- USAFA Sítio Conceiçãozinha;
- USAFA Vila Áurea;
- USAFA Vila Edna;
- USAFA Vila Rã;
- USAFA Vila Zilda;
- Unidade de Saúde Santa Rosa (USAFA/UBS).

As Unidades de Saúde da Rede de Atenção Primária possuem equipes que podem contar com clínico geral, pediatria, ginecologia, enfermeiro, dentista, agente comunitário de saúde, administrativo e outras profissões e funções. Com esta composição, e com o modelo proposto, a participação e protagonismo de outros profissionais da saúde, além do médico.

Dentro deste cenário, os processos assistenciais ocorrem de maneira diversa. A realização de grupos, por exemplo, deve ser buscada com a efetiva participação dos NASF e de outros profissionais da rede, sendo necessária a sua inserção em todas as unidades da atenção primária, com ênfase nas características regionais e epidemiológicas do território de cada unidade de saúde. Destacam-se os grupos de Hipertensos e Diabéticos, Gestantes, Reeducação Alimentar, Tabagismo, Convivência, Saúde Mental, Terapia Comunitária, Caminhada, Oficinas de Reciclagem, Climatério, Saúde do Homem, Adolescentes, entre outros. A partir da reorganização estrutural e de pessoal, todas as USAFA's / UBS's também realizam Visitas Domiciliares (VD).

4.4.3. Saúde Mental

4.4.3.1. Rede de Atenção Psicossocial RAPS

O cenário epidemiológico atual mostra um crescimento do número de pessoas portando algum problema ligado ao sofrimento psíquico, assim como os casos de consumo de substâncias psicoativas, em especial o consumo do álcool, da cocaína e do crack. No município do Guarujá, a estimativa populacional 2020 é de 322.750 mil habitantes, com índice de vulnerabilidade social classificada como precária sendo que parte desta população habita 72 favelas, representando tal fato situações de agravo no contexto do

desenvolvimento de sofrimento psíquico, além de configurar um cenário muito favorável ao consumo de substâncias psicoativas envolvendo situações de abuso e risco de forma incidente.

De acordo com o Ministério da Saúde sabemos que cerca de 53% dos pacientes que podem procurar a atenção primária têm pelo menos um transtorno psíquico. Destes, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada.

Dados populacionais brasileiros mostram que 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; que 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual e que 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental.

Considerando que a população do Guarujá é de aproximadamente 322.750 mil habitantes e considerando o número de usuários cadastrados na Rede de Atenção em Saúde Mental do município aqui representados pelos CAPS que somam 21.182 pessoas, identificamos que a população afetada por transtornos mentais severos e persistentes representam um total de 6,56% da população. O Guarujá ainda está em levantamento dos dados epidemiológicos que possam subsidiar um diagnóstico mais preciso sobre as condições de saúde mental da população.

Ações voltadas para o tratamento, promoção e prevenção em saúde mental são desenvolvidas no município procurando oferecer um cuidado adequado às pessoas portadoras de transtornos mentais ou envolvidas com o uso de substâncias psicoativas. O cuidado deve ser oferecido desde a porta de entrada representada pelas UBS e USF até o momento do surgimento de quadro mais agudo que são atendidos nos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial ou nos casos mais graves em que a internação pode se fazer necessária no atendimento emergencial nas UPAs Unidades de Pronto Atendimento e continuidade nas unidades regionais de internação de curta e média permanência, com retorno e continuidade nos CAPS.

Considerando o atual cenário mundial, a pandemia da COVID-19 terá um impacto de longo prazo na saúde mental das populações, advertem especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) que apontam que pesquisas emergentes já estão mostrando o impacto global da Covid-19 na saúde mental, onde já se observam que as crianças estão ansiosas, há aumentos de casos de depressão e ansiedade em todas as faixas etárias da população, tendência está identificada em vários países, assim como o aumento da violência doméstica e sexual estão crescendo, e profissionais de saúde estão relatando uma necessidade crescente de apoio psicológico.

Estas informações são suficientes e apontam para a importância de se investir em uma política de atenção à saúde mental em todas as esferas do cuidado em saúde, desde a Atenção Primária, passando pela Especialidade, Urgência e Emergência até a Internação Hospitalar, enfim todos os equipamentos preconizados na composição da Rede de Atenção Psicossocial RAPS, conforme Portaria Ministerial nº 3.088.

4.4.3.2. Atenção Primária em Saúde Mental

Cuidados em Saúde Mental são ações que estão entre aqueles que compõem o escopo de ações que por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes da Atenção Primária.

Para isso o NASF constitui-se como um dos dispositivos estratégicos para este fim. Ele reúne profissionais de diferentes áreas de conhecimento, inclusive da saúde mental, e atua com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes da APS. Através de estratégias de apoio matricial às unidades da Atenção Básica, realizadas pelas unidades CAPS é que o cuidado se estabelece.

Com a implantação do NASF, os usuários passam a ser referenciados pelas unidades da atenção primária através de práticas de apoio matricial, estabelecendo integralidade necessária aos tratamentos que são fundamentais para a garantia de um atendimento qualificado.

Entender este princípio significa perceber que as ações de saúde mental podem ser realizadas no próprio contexto do território das equipes da atenção básica e que este trabalho não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Isto significa incorporar e aprimorar competências de cuidado da saúde mental na sua prática diária. Cabe agora vislumbrar a possibilidade de cuidado ao sofrimento psíquico que certamente trará impacto direto sobre as demais queixas de problemas de saúde.

Conforme já mencionado, as práticas de saúde mental, com certeza são, de certa forma, realizadas no cotidiano dos serviços e só precisam ser reconhecidas e aprimoradas.

Vejamos algumas ações que são e podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, nos mais diversos dispositivos de cuidado, desde o acolhimento do usuário, aos demais momentos que marcam sua presença nas unidades:

- Proporcionar ao Usuário um Momento para pensar/refletir;
- Exercer boa comunicação;
- Exercer a habilidade da empatia;
- Escutar o que o usuário precisa dizer;
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas;
- Buscar o apoio matricial quando necessário.

4.4.3.2.1. Consultório na Rua

A Equipe de Consultório na Rua faz parte da atenção primária à saúde, ela possui modalidade de atendimento extra muro, com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (PNAB/ BRASIL, 2012). A equipe é formada por 6 técnicos (3 de ensino superior e 3 de ensino médio).

O trabalho da equipe é direcionado a pessoas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social, que podem ser usuários de álcool e/ou outras drogas ou apresentarem outras questões clínicas e que estão desvinculados da rede de serviços de saúde. São oferecidos cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida e território, reforçando a responsabilidade do SUS na promoção do cuidado integral.

Contamos com uma equipe de Consultório na Rua que se posiciona nas regiões identificadas com uma concentração maior de pessoas em situação de rua e de maior vulnerabilidade social. Diferente do modo tradicional de acesso aos serviços de saúde, em que o usuário busca atendimento na rede, os profissionais do Consultório na Rua se deslocam até o usuário, no local onde se encontram. Essa proposta visa justamente atender a população mais vulnerável e que não acessa os serviços via os meios tradicionais de atenção. Nesse contato é feita uma abordagem, que busca estabelecer vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, de modo a criar um processo de cuidado, de acordo com as demandas que se apresentam. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, às equipes de Saúde da Família, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. A organização dos processos de trabalho é intersetorial, na perspectiva de rede (MS, 2012).

4.4.3.3. Atenção Especializada em Saúde Mental

A articulação de políticas vem garantindo aos usuários ampliação do acesso, a singularidade do tratamento e a identificação mais precoce do sofrimento psíquico. As linhas de cuidado em saúde mental (álcool e drogas, urgências e emergências, infância, adolescência e adulto) estão em processo de desenvolvimento sendo contemplados no planejamento de ações em saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial representam a modalidade de cuidado que se destina àquelas pessoas portadoras de transtornos mentais graves e severos ou dependência química que necessitam de cuidados que extrapolam aqueles que podem ser oferecidos por suas famílias e pela comunidade. São pessoas em condição de maior dependência de cuidado e que podem variar em sua intensidade. Assim, podem receber cuidados de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva.

São 04 unidades no município e cada uma delas atende a um público específico.

- CAPS III atende usuários portadores de transtornos mentais e proporciona acolhimento noturno;
- CAPS II atende usuários portadores de transtornos mentais em adultos com atendimento ambulatorial diurno, sem acolhimento noturno;
- CAPS AD atende usuários adultos com dependência química;
- CAPSi atende crianças e adolescentes portadoras de transtornos mentais e com uso abusivo de substâncias psicoativas.

Contamos ainda com uma Residência Terapêutica, que oferece moradia para usuários que permaneceram por mais de 2 anos em hospital psiquiátrico e apresentam acentuado grau de dependência, e, em função do comprometimento da doença e pela longa permanência sob cuidado asilar, necessitam de cuidados permanentes específicos.

Quadro 4. Serviços de Saúde Mental

Serviços de Saúde Mental	Unidade/Leitos
Equipes de Consultório na Rua	1
Equipe de Apoio Matricial	10
CAPS II	1
CAPS Infanto Juvenil	1
CAPS AD II	1
CAPS III	1
Residências Terapêuticas	1
Urgência/ Emergência (Geral)	5

4.4.4. Saúde Bucal

Segundo dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), em Guarujá, 51,1 % das crianças na faixa etária de 5 anos de idade encontram-se livres de cárie na dentição decídua (dentes de leite) e, em média 1,67 dentes decíduos (dente de leite) com atividade de cárie. Já na faixa etária dos 12 anos de idade esse número reduz para 0,82 dentes com atividade de cárie (padrão preconizado pela Organização Mundial de Saúde para essa faixa etária que é de 1,6), voltando a aumentar na faixa de 15 a 19 anos para 1,1 dentes.

No quadriênio de **2022-2025** as ações de promoção, prevenção e tratamento em saúde bucal na Atenção Primária em Saúde serão priorizadas para as crianças que iniciaram o ensino fundamental (5 a 7 anos de idade) e as crianças /adolescentes do último ano do ensino fundamental.

Estudo realizado no município apontou que nos indivíduos na faixa de 12 anos com cárie 6% tem necessidade de tratamento pulpar e 8% a necessidade de extrações dentárias (FAVARINI, 2003). Portanto, o acesso às tecnologias adequadas é crucial para a manutenção dos elementos dentários e superação do ciclo cirúrgico-restaurador-mutilador. Ou seja, o controle da placa bacteriana, exposição ao flúor, controle da sacarose e intervenção clínica no momento propício, serão responsáveis pela diminuição de exodontias e prevenção de problemas oclusais, permitindo abordagens mais conservadoras.

Com o avanço da idade, e especificamente na faixa etária dos 15-19 anos, o número de pessoas livres de cárie (em dente permanente) cai para 24,46%, chegando na fase adulta (35-44 anos) com uma porcentagem de menos de 14% de pessoas livres de experiência de cárie.

Outro acometimento importante são as alterações congênitas como os lábios fissurados e as fendas palatinas. Embora a identificação destas disfunções ocorra em nível hospitalar, o acompanhamento clínico subsequente, com a contra referência e vínculo à equipe de atenção primária são premissas da lógica do cuidado integral e da longitudinalidade.

No que se refere aos adultos, o índice médio de Dentes Cariados Perdidos ou Obturados (CPO-D) em Guarujá (SB 2010) foi de 16,64 na faixa etária de 35 a 44 anos, ou seja, dos 477 dentes avaliados quase metade deles ou estão cariados (7,8%) perdidos (39,4%) ou obturados (50,5%). Cada pessoa nessa faixa etária tem em média 2 dentes cariados e 5 dentes perdidos, para o grupo de 35 a 44 anos. Considerando a população de 50.741 entre 30 a 39 anos (IBGE 2010), são 101.482 dentes com necessidade de tratamento restaurador e 253.705 dentes perdidos em média em Guarujá. Por isso, a faixa etária prioritária para as ações de tratamento restaurador e principalmente reabilitação deve ser os adultos. O Ministério da Saúde vem apontando para a necessidade da introdução dos procedimentos de reabilitação protética em nível de atenção primária em saúde bucal. Além da cárie dentária, a doença periodontal é outro grave problema de saúde pública em odontologia no nosso município, 21,7% do grupo etário de 35 a 44 anos teve identificado a presença de cálculo dentário e quase 47,9% apresentou algum ponto de sangramento gengival. Isso demonstra a necessidade de formas diferenciadas de acesso dessa população a procedimentos cirúrgico-restauradores e ações de promoção e prevenção de saúde bucal. Por fim, 25,5% das pessoas adultas mostram insatisfação com as condições de saúde bucal. Mais da metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade relatou algum impacto das condições bucais sobre a vida diária. O impacto mais prevalente em todos os grupos etários e regiões foram as dificuldades para se alimentar adequadamente, seguido por sorrir.

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

5.1. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, baseado em protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

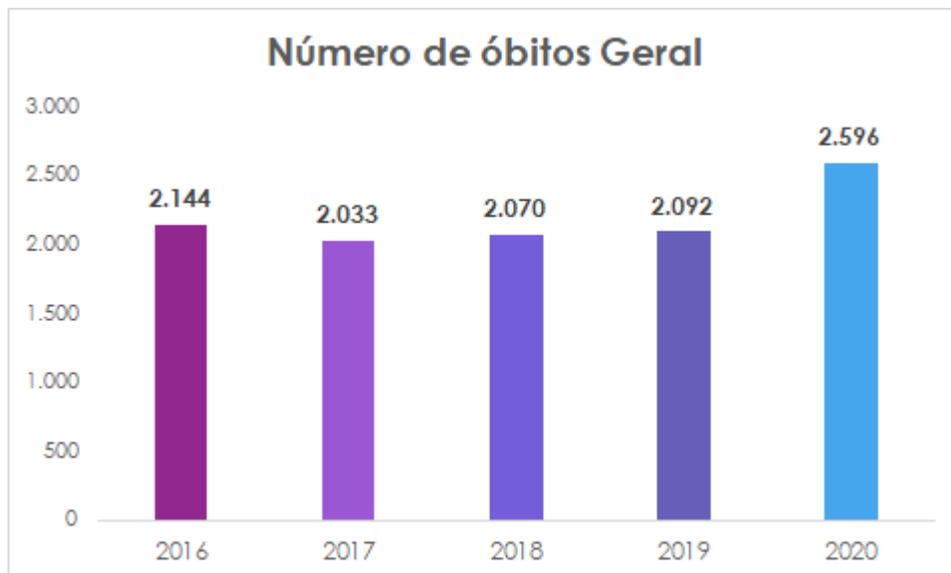
Deve fornecer orientação técnica permanente para os profissionais, além de atuar nos seguintes Sistemas de Informação em Saúde:

- Sistema de Mortalidade (SIM);
- Sistema de Nascidos Vivos (SINASC);
- Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN NET);
- Sistema de Informação e Avaliação do Programa de Imunização (SI PNI);
- Sistema de notificações Online: Tb Web, dengue online, influenza online;
- Sissolo: monitoramento de áreas contaminadas em parceria com a Vigilância Sanitária;
- Resp: Registro de Eventos de Saúde Pública.

Atua ainda, junto ao Comitê Municipal de Vigilância à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil.

5.2. Mortalidade Geral

Gráfico 14. Número de óbitos Geral - Guarujá - 2016 a 2020.



Fonte: Fonte: SIM (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET)/ VE- Guarujá, Data da consulta (dbf): 04/03/21

A taxa de mortalidade geral no Guarujá em 2020 foi de 8,04/1.000 habitantes, superior ao ano anterior que foi de 6,62/1000 habitantes, apresentando aumento de 21,4%, concentrando-se principalmente em doenças infecciosas e parasitárias com 24,58%, seguido pelas doenças do aparelho circulatório (23,5%), neoplasias (14,02%), causas externas de morbidade e mortalidade (7,2%), doenças do aparelho respiratório (7,01%), doenças endócrinas e metabólicas (6,20%), representando juntas 82,51% do total de 2.596 óbitos em residentes do município.

As mortes por **doenças infecciosas e parasitárias** apresentaram um aumento superior a 800% dos óbitos em relação ao ano anterior que passou de 79 para 638 óbitos, sendo mais de 76% dos óbitos relacionados ao Covid-19 com 68% destes óbitos na faixa etária de 55 a 84 anos, seguidos por outras doenças virais (5,33%) e Doenças por vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (4,55%).

Importante destacar que as mortes por doenças infecciosas e parasitárias tiveram uma média de 98 óbitos nos últimos 5 anos, com o total de 490 óbitos (2015 a 2019).

Nas doenças do **aparelho circulatório** mais de 69% foram de doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, na faixa etária de 60 a 80 anos e mais). Dentre estas o infarto agudo do miocárdio representou 82% na faixa etária acima de 50 anos. As outras doenças cardíacas representaram 15,9% dos óbitos na faixa etária com mais de 60 anos e as doenças hipertensivas (11,3%) na faixa etária com mais de 50 anos).

As mortes por **Neoplasias** Malignas corresponderam 16,21% acometendo as faixas etárias acima de 50 anos. Destacamos as Neoplasias da traqueia, brônquios e pulmões com 13,74% e as malignas do colo, reto e anus com 9,89% ambas na faixa etária acima de 60 anos, as malignas de mama com 8,79% na faixa etária de 50 a 59 anos, maligna de estômago com 7,42% na faixa etária de 60 a 69 anos e maligna de próstata com 6,59% na faixa etária de 70 a 79 anos.

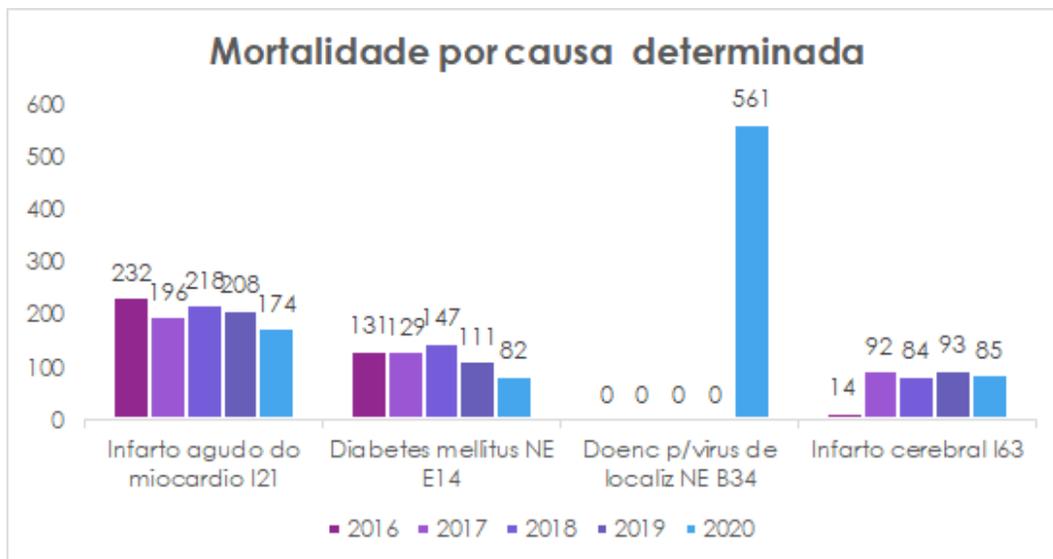
As causas externas apresentaram um aumento de 30% em relação ao ano anterior, porém manteve a oscilação dos últimos cinco anos, e este ano representam 7,20% dos óbitos, destes 24% por acidentes de transporte, 22% de agressões na faixa etária acima de 20 anos. Apesar da redução em 16% do número de internações a mortalidade destas causas teve um grande impacto devido à catástrofe natural com deslizamento de morros nos bairros Barreira do João Guarda e Morro Bela Vista, com vítimas fatais, que representou 17% destes óbitos.

As causas por doenças do aparelho respiratório representaram 7% dos óbitos, destas 47% por pneumonia e 40,88% de doenças crônicas das vias áreas inferiores, ambas nas faixas de 60 a 80 anos e mais.

Apontamos a necessidade de aportes na média e alta complexidade, especialmente melhorando o acesso ao diagnóstico e tratamento precoces, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e consequentemente evitando a evolução ao óbito.

Importante ressaltar que a pandemia por COVID-19 impactou na mortalidade geral do município, elevando as doenças infectocontagiosas de um longínquo 8º lugar para se tornar uma das causas de mortalidade. As demais causas de óbito se mantiveram estáveis, porém o impacto na organização dos serviços e acesso contribuiu para que os esforços para redução desses índices não surtiram efeito, seja pela procura tardia de casos complicados aos serviços de saúde, por medo da população, seja pela paralisação temporária dos serviços de especialidade, ou mesmo pela concentração de atendimento direcionado ao combate da COVID-19.

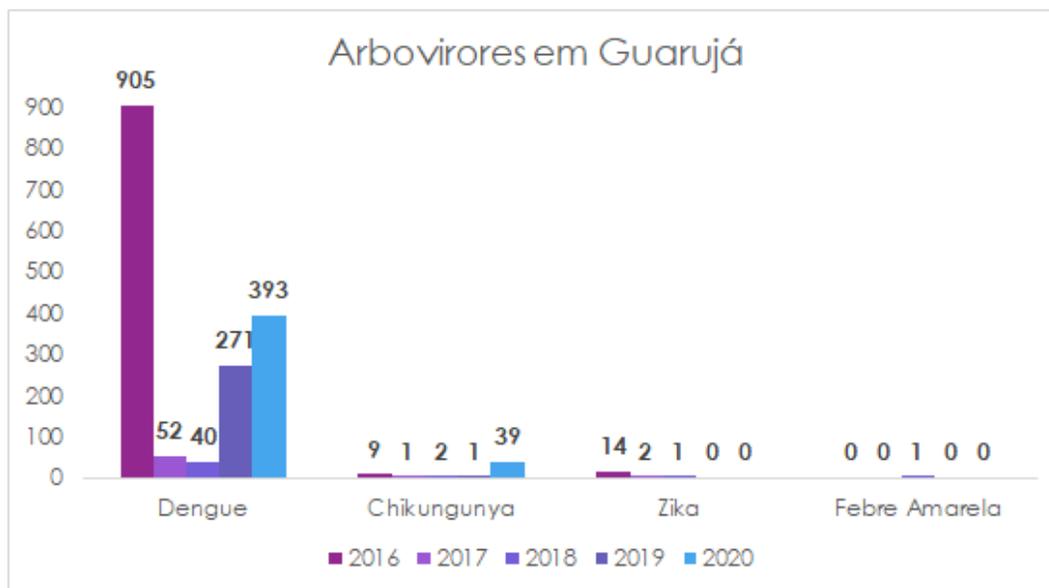
Gráfico 15. Mortalidade por causa determinada - Guarujá - 2016 a 2020.



Fonte: SIM_GjaResid

No período de 2016 a 2020 a maior causa de morte entre homens e mulheres foi o infarto agudo do miocárdio, seguido de diabetes mellitus, entretanto é importante destacar que o Covid 19 somente em 2020 levou a óbito 561 pessoas.

Gráfico 16. Arboviroses em Guarujá --2016 a 2020.



Fonte: SINAN ONLINE - VE GUARUJÁ.

O município vem desenvolvendo um trabalho de busca ativa dos casos suspeitos de dengue e outras arboviroses, com informação em tempo oportuno ao Setor de endemias que prontamente direciona os trabalhos de campo de forma a interromper ou controlar a transmissão, em parceria com os agentes comunitários de saúde da Atenção Primária.

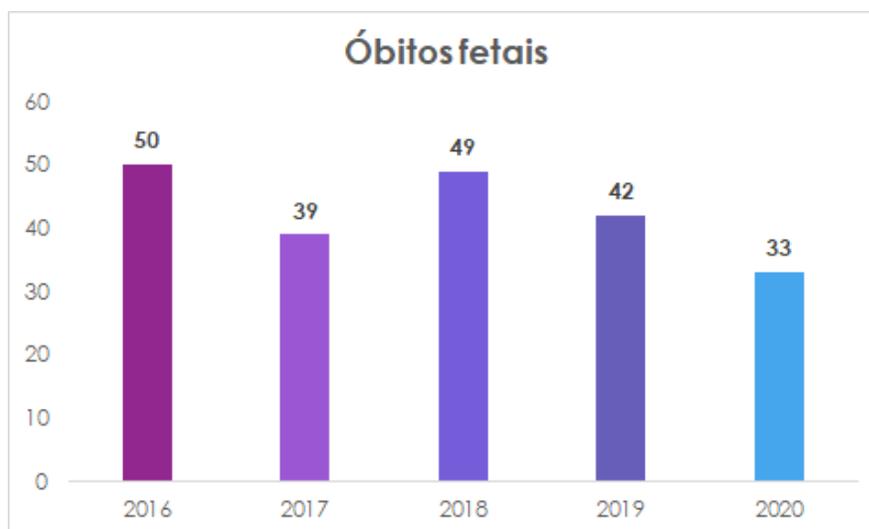
Devido às características geográficas da região, nossos índices de infestação larvária sempre estiveram acima do limite esperado, no entanto as ações de campo, casa a casa e mutirões vem dando um resultado satisfatório no controle do agravo. Acompanhando o que ocorre em doenças endêmicas e com ciclos esperados tivemos no ano de 2017 redução de 1000% nos casos positivos comparando a 2016, seguindo esse ritmo em 2018 queda de 23%, e em 2019 aumento de 578 % dos casos, e completando o ciclo em 2020 novo aumento de 45% dos casos, demonstrando a necessidade de acompanhamento constante, de intensificarmos as estratégias para este enfrentamento, assim como a sensibilização da população.

A Chikungunya em Guarujá constatou em 2015, 2 casos confirmados e vem se mantendo ao longo destes 6 anos. Em 2020 apresentou um aumento significativo passando de 1 caso confirmado em 2019 para 39 casos em 2020, acompanhado da Zika que embora apresente poucos casos confirmados, em 2016

apresentou 14 casos, 2017 2 casos e em 2018 1 caso, reforçando a necessidade de estratégias de impacto no Plano de Contingência das Arboviroses. Sendo que essas doenças causam diversas sequelas e em alguns casos podem progredir para incapacitações, devemos intensificar as ações de prevenção, promoção e educação da população, além de integrar outras secretarias para o complexo combate dessas doenças urbanas.

5.3. Mortalidade Infantil

Gráfico 17. Óbitos fetais.

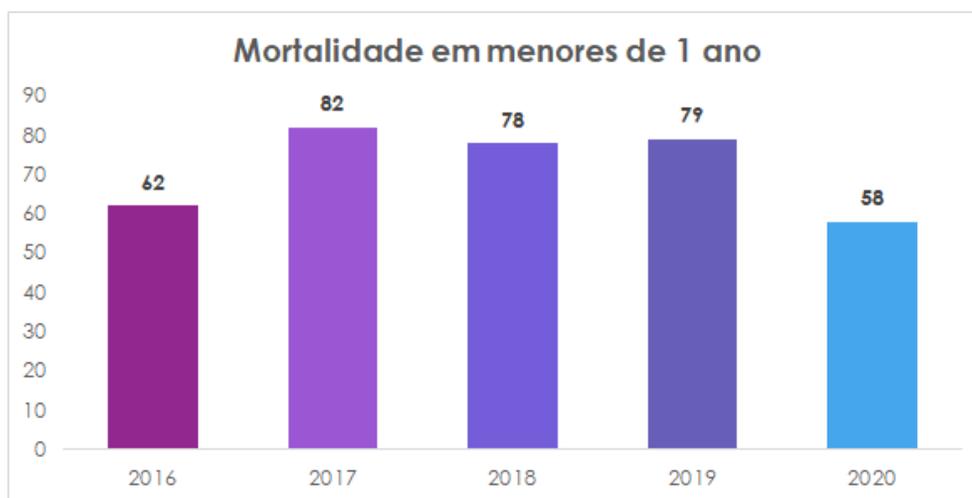


Fonte: SIM/SINASC – VE – DIVISA – SESAU – GUARUJÁ

Considerando a natimortalidade foram registramos 28 casos de óbito até julho de 2021, sendo que desses casos 21% tiveram um peso maior que 2500g e 32% com gestação acima de 32 semanas, representando fetos que pelo peso e idade gestacional poderiam estar aptos ao nascimento saudável. Já foram estudados detalhadamente os casos até junho, consolidando em 19 casos, sendo a causa principal correspondendo a 26% a hipertensão arterial, seguido de 21% das malformações fetais incompatível com a vida, 15,7 % de sífilis congênita e 10,5% fetos afetados pelo covid 19 e 28,8% de várias outras causas. Evidenciando que fatores como hipertensão e sífilis congênita são patologias tratáveis durante o pré natal. Os dados dos natimortos somados com os neonatais precoce são denominados óbito perinatal, que é um

indicador mais apropriado para a análise da assistência pré natal e neonatal e de utilização dos serviços de Saúde de modo a dar visibilidade ao problema onde até julho de 2021 estamos na razão de 18.

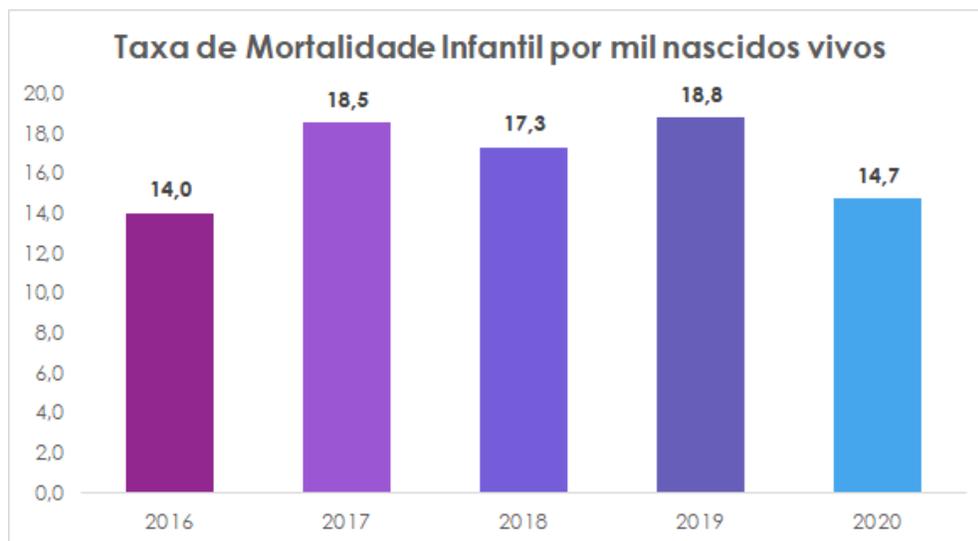
Gráfico 18. Mortalidade em menores de 1 ano - Guarujá - 2016 a 2020.



Fonte: SIM – Vigilância Epidemiológica

No ano de 2020 no Estado o indicador é de 11,2 óbitos por 1000 nascidos vivos, na Região é de 14,1 óbitos por 1000 nascidos vivos e no município é de 14,0 por 1000 nascidos vivos. Observa-se uma curva decrescente na taxa de mortalidade no município nos últimos 4 anos, contribuindo para a diminuição da taxa da região.

Gráfico 19. Coeficiente de Mortalidade Infantil.



Fonte: Tabwin - DIVISA

Mortalidade Infantil é um indicador da qualidade geral de vida da população, como também sobre os níveis de acesso e qualidade dos serviços de saúde

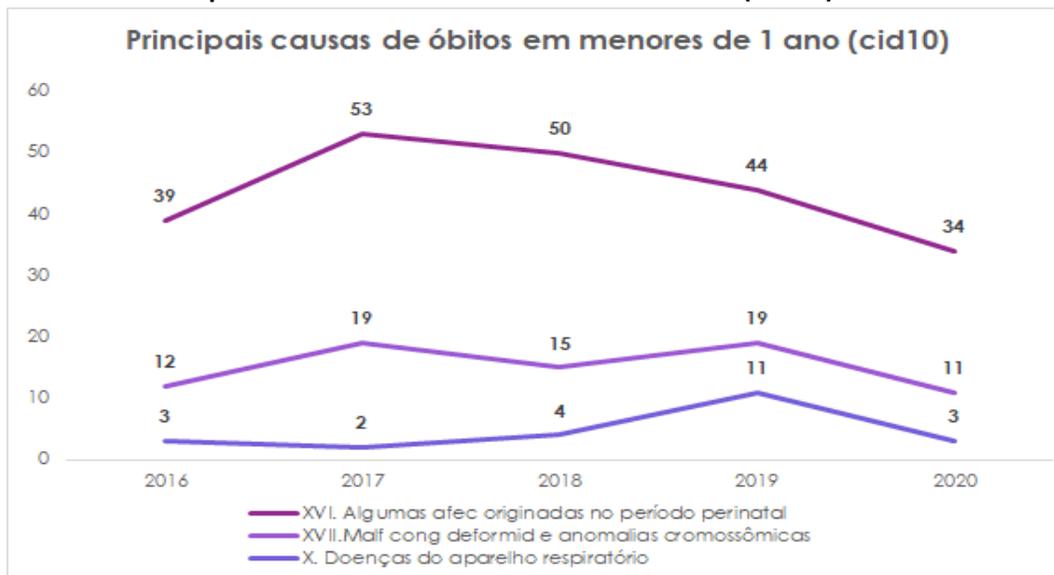
Tendência recente que vem sendo observado é o aumento da contribuição das afecções perinatais como causas de óbito pós-neonatal, em decorrência do maior investimento e ao acesso à assistência para gestantes e recém-nascidos de alto risco, com aumento da sobrevivência dessas crianças no período neonatal.

Apresenta como principal componente a mortalidade neonatal (0<28 dias) e desta a neonatal precoce (0<7 dias) predomina. Os determinantes deste componente estão relacionados com as condições de vida da gestante, acesso e qualidade da assistência ao Pré-Natal, Parto e ao Recém Nascido. A concentração de óbitos no período neonatal precoce é característica de situações epidemiológicas de Mortalidade Infantil Baixa. A mortalidade no período Neonatal associada ao baixo peso ao nascer aponta para deficiências no pré-natal e na atenção ao parto.

As interferências para redução da mortalidade infantil (principalmente do componente neonatal) são de difícil operacionalização e sentidas lentamente. Dependem não somente de ações voltadas à implementação da qualidade do pré-natal, mas também da ampliação de acesso a serviços médicos e hospitalares de maior complexidade à gestante e recém-nascido de risco. Nosso Coeficiente de Mortalidade Infantil no ano de 2020 foi de 14,7 por 1.000 nascidos vivos, enquanto que o da região foi de 11,1/ 1.000.



Gráfico 20. Principais causas de Óbitos em menores de 1 ano (Cid 10).



Fonte: SIM - Vigilância Epidemiológica

A análise dos grupos de causas de óbito em menores de 1 ano aponta que as afecções perinatais se mantêm como a primeira causa (61%), as anomalias congênitas aparecem em segundo lugar (21%) e as doenças do aparelho respiratório passam a representar a terceira causa de mortalidade infantil (6%).

Gráfico 21. Número de nascidos vivos de mães com menos de 07 consultas de Pré Natal.



Fonte: SINASC - Vigilância em Saúde

O número de nascidos vivos de mães com menos de 7 consultas representa 25% dos Pré-Natais realizados e vem se mantendo nos últimos anos com uma pequena redução de 2019 para 2020 de 16,23%.

O percentual de Recém Nascidos com Baixo peso vem diminuiu nos últimos anos, com uma redução de 5,4% em 2020, dentro do esperado pela meta estadual, conforme observado na tabela abaixo:

Gráfico 22. Número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer



Fonte: SINASC - Vigilância em Saúde

Considerando os desafios para o alcance das metas do Programa Nacional de Imunização, principalmente no tocante ao movimento antivacina e alimentação do sistema SPNI em tempo oportuno, a Secretaria de Saúde vem intensificando as estratégias, estabelecendo ações prioritárias:

- Busca ativa pelos agentes comunitários de saúde;
- Parceria com a Secretaria de Educação para efetivação da matrícula, obrigatoriamente com carteira de vacina atualizada;
- Sensibilização e treinamentos de profissionais da Atenção Primária;
- Campanhas de vacinação;
- Investimento no parque tecnológico das salas de vacina
- Publicidade da informação sobre a importância das vacinas, entre outras.



Ainda assim, apesar de todos os esforços, apresentamos abaixo a cobertura vacinal de 2016 a 2020, que demonstra melhora no cumprimento do programa no ano de 2020. Somente a vacina BCG apresentou queda devido a inconsistência na alimentação dos dados da maternidade do Hospital Santo Amaro e Casa de Saúde de Guarujá.

Quadro 5. Cobertura vacinal em menores de 2 anos.

COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 2 ANOS, RESIDENTES EM GUARUJÁ					
VACINA	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	105,95	95,12	124,9	95,06	69,84
MENINGO C	62,41	53,51	69,13	61,19	87,36
PENTAVALENTE	54,07	50,39	68,29	39,29	90,70
PNEUMO 10	64,48	57,36	74,07	66,61	90,99
POLIOMIELITE	49,76	50,13	71,8	64,26	84,20
ROTAVÍRUS	62,94	51,95	74,78	70,78	85,93
TRÍPLICE VIRAL	59,56	61,89	66,09	80,56	91,52
HEPATITE A	37,41	46,53	56,28	64,73	75,07
VARICELA	33,51	45,31	52,09	50,76	78,71

FONTE: SI PNI - Vigilância em Saúde

5.4. Vigilância em Saúde

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como um componente do SUS é a base estratégica do Sistema de Vigilância. Atua no âmbito de proteção contra danos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existente no município e também definidas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

A integração entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária, Especialidades e Urgência e Emergência é fundamental para ações que serão desenvolvidas, visando a detecção precoce de casos suspeitos ou de indivíduos com risco de agravamento de doenças, bem como encaminhamento adequado para níveis de atenção com maior complexidade.

A Diretoria de Vigilância em Saúde possui a seguinte estrutura organizacional:

- **Coordenação de Vigilância Epidemiologia:** Equipe de Vigilância de Eventos Vitais e de Doenças Transmissíveis; Serviço de Imunização; Serviço de Verificação de Óbito; Serviço de Controle de Zoonoses; Serviço Anti Rábico Humano; Serviço de Controle e Combate as Arboviroses;
- **Coordenação de Vigilância Sanitária:** Equipe de Vigilância de Alimentos; Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de interesse à Saúde, Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador; Equipe de Vigilância da Água (PRO ÁGUA).

As equipes da DIVISA recebem demandas, denúncias e outras solicitações através da Ouvidoria Municipal e através de telefone ou e-mail dos Serviços.

No intuito de sensibilizar e corresponsabilizar a população, os profissionais de saúde pensando em ampliar a disseminação do conhecimento, realizam capacitações, eventos e orientações fortalecendo, desta forma, as atividades educativas e de informação em saúde.

Quadro 6. Principais Causas de internação, segundo CID 10, no município do Guarujá 2016 a 2020:

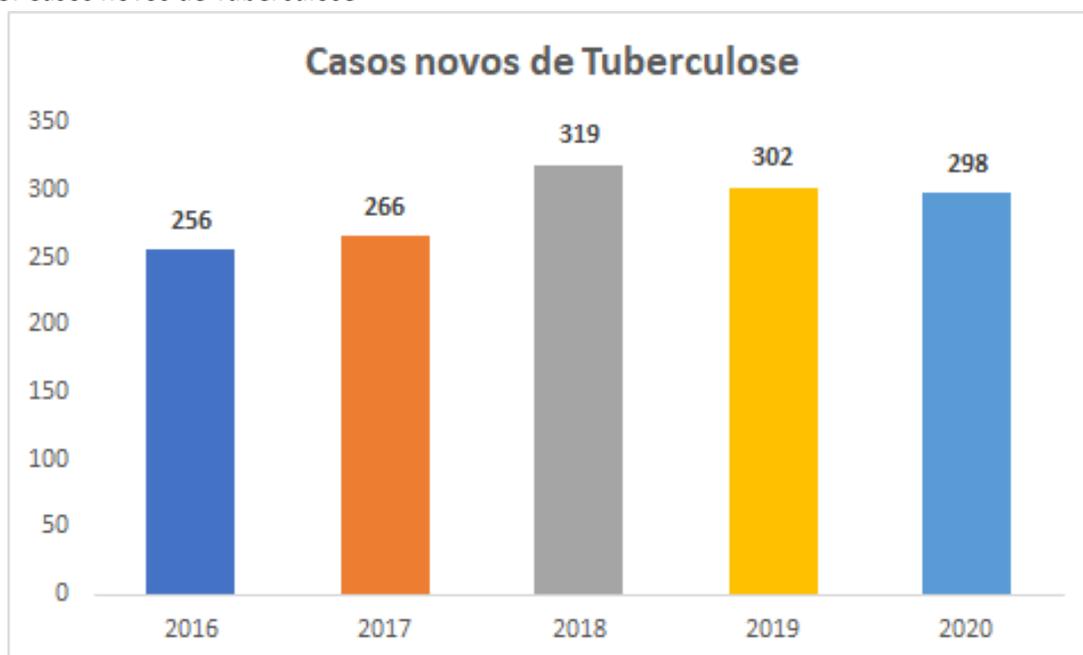
Diagnóstico CID10 (capit)	2016	2017	2018	2019	2020
XV. Gravidez parto e puerpério	3558	3668	3740	3431	3225
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1413	1407	1359	1349	1192
XI. Doenças do aparelho digestivo	1220	1428	1488	1612	1084
IX. Doenças do aparelho circulatório	1107	992	1065	1013	1030
II. Neoplasias (tumores)	668	687	697	789	696

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Apontamos que 28% das internações estão relacionadas à Gravidez Parto e Puerpério, seguidas das Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (10%), aparelho digestivo e Doenças do aparelho circulatório com (9%) e as Neoplasias (6%).

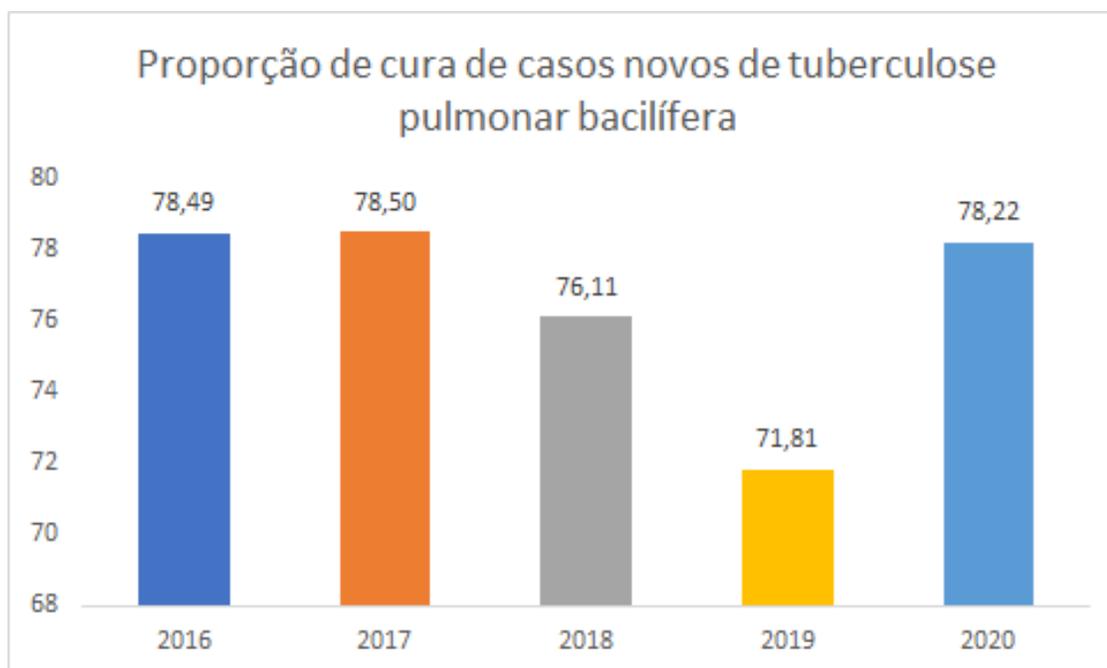
5.5. Incidência anual de casos novos de Tuberculose

Gráfico 23. Casos novos de Tuberculose



Fonte: TBWeb - VE - Guarujá, dados extraídos em 23/08/21

Gráfico 24. Proporção de cura de casos novos de Tuberculose



Fonte: Tabweb / Coordenação de Prevenção à Tuberculose

Os índices de pacientes de tuberculose com cura por local de residência tiveram melhora no último ano, contudo ainda estão abaixo da meta preconizada pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose que utiliza o parâmetro de maior ou igual a 85% a nível nacional. A Baixada Santista apresenta os maiores índices de casos de tuberculose no estado de São Paulo.

A Coordenação de Tuberculose busca em parceria com a Atenção Primária reduzir a taxa de abandono que apresenta o percentual em 2020 de 10%.

5.6. Programa municipal de IST/AIDS/Hepatites Virais

O município tem ampliado a cobertura e o acesso da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV e Sífilis, capacitando os profissionais, na realização do teste rápido de HIV, teste rápido de Sífilis e aplicação de benzetacil nos casos confirmados realizados em todas as Unidades da Rede de Saúde do Município.

Para o novo quadriênio, o Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais, continuará investindo em educação continuada, descentralização das ações de prevenção, adesão e melhora da qualidade de vida para PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/Aids), e Hepatites Virais, aumento do acesso ao diagnóstico de Hepatites Virais, no diagnóstico precoce do HIV, articulações e parcerias com OSC, outras Secretarias e Programas Municipais da Região.

5.6.1. Missão do Programa

Diminuir a vulnerabilidade da população de Guarujá em adquirir infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/AIDS e Hepatites Virais, bem como buscar a melhora da qualidade de vida das pessoas afetadas e reduzir o preconceito, a discriminação e os demais impactos sociais negativos das IST/AIDS, através de políticas públicas pautadas pela ética e compromisso com a promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.6.2. Objetivo Geral

Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e de outras IST, ampliando o acesso e melhorar a qualidade de diagnóstico, tratamento e assistência em IST/AIDS.

5.6.3. Objetivos Específicos:

- Promover práticas seguras;
- Aumentar diagnóstico e aconselhamento;
- Ampliar serviços diagnósticos e aconselhamento;
- Promover garantias dos direitos fundamentais;
- Promover acesso à assistência das IST e AIDS;
- Assegurar diagnóstico laboratorial.

O município, em termos de prevenção e assistência às IST/AIDS/HEPATITES oferece os seguintes equipamentos e serviços:

5.7. CTAPT – Centro de Testagem, Aconselhamento, Prevenção e Treinamento

Atividade principal: Atua na prevenção às IST, em potencial a AIDS, Sífilis e Hepatites Virais.

A Unidade desenvolve ações relacionadas a Diagnóstico em HIV, VDRL/TPHA (Sífilis), Hepatites B e C, além de estratégias relacionadas à prevenção das DST, AIDS e Hepatites, incluindo atividades de treinamento, voltado à redução da epidemia dessas patologias citadas.

Ações prioritárias:

- Aumento da cobertura das testagens para HIV, VDRL, Hepatites B e C;
- Fortalecimento das estratégias relacionadas à prevenção das IST, AIDS e Hepatites;
- Implementação dos Treinamentos em IST/AIDS e Hepatites, levando em consideração a intersetorialidade das ações;
- Implantação do CTA móvel com realização de testes em todo território municipal.

5.8. Unidade Complexa Hospital Dia William Rocha

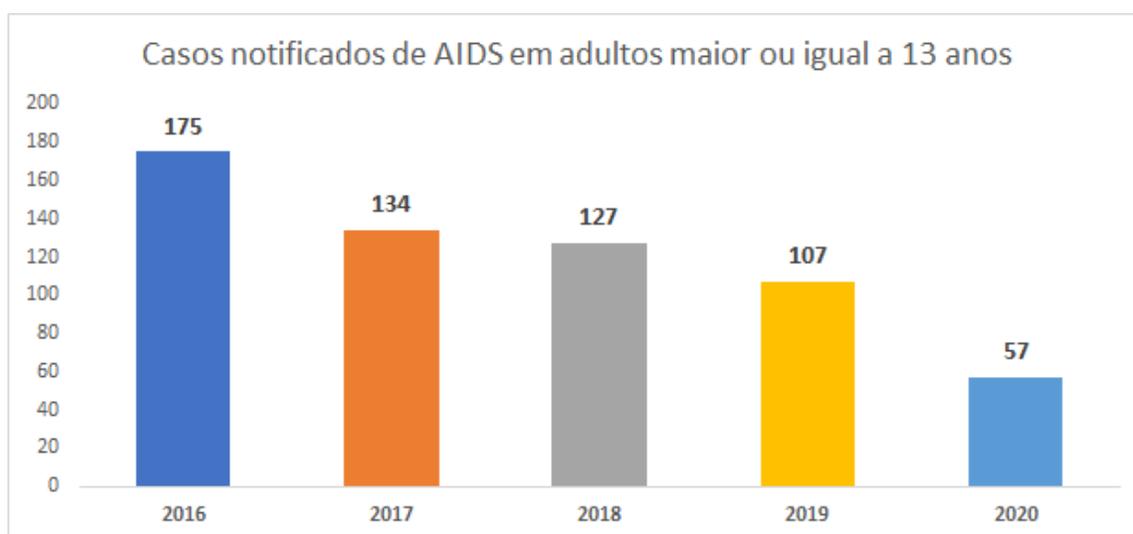
A Unidade Complexa Hospital Dia William Rocha tem como objetivo prioritário a atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, Hepatites, portadores de IST e Hanseníase de Guarujá através da oferta de diversas especialidades, tais como: infectologia, hepatologia, nutricionista, dermatologia, pediatria, ginecologista e

odontólogos, além de contar com o atendimento de psicologia, farmacêutico, serviço social e enfermagem. Como parte de suas instalações, possui Laboratório de Saúde Pública de Guarujá que realiza exames sorológicos de HIV, Hepatites Virais, Sífilis e tuberculose, para toda rede municipal de saúde, contando também com farmácia para medicamentos de alto custo e um setor próprio de vigilância epidemiológica.

Está credenciada junto ao Ministério da Saúde para o serviço de aplicação de PMMA (polimetilmetacrilato), que é uma substância plástica na forma de microesferas que é usada em procedimentos estéticos, especialmente para realizar preenchimento facial. Procedimento prejudicado temporariamente devido a aposentadoria da especialista, aguardamos a substituição do profissional para reativar a execução do procedimento.

É referência para a rede de saúde pública e privada em casos de acidente com material biológico e perfuro cortante, violência sexual e Pós exposição sexual eventual, além do atendimento a PREP (Profilaxia Pré Exposição Sexual).

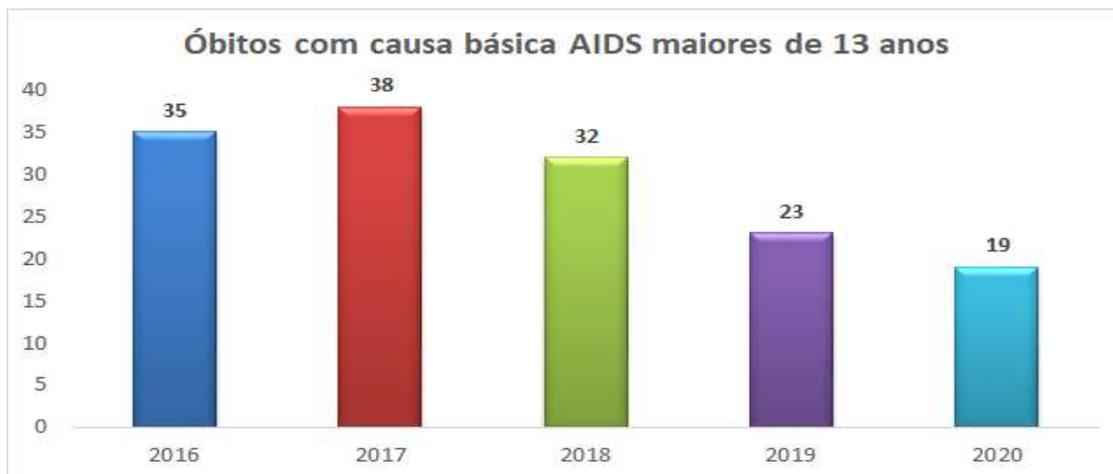
Gráfico 25. Casos notificados de AIDS em adultos



Fonte: Sinan - VE

Importante ressaltar que em 2020 devido a pandemia do Covid-19 houve queda na procura por diagnóstico, ou seja, muitos casos podem estar sem diagnóstico.

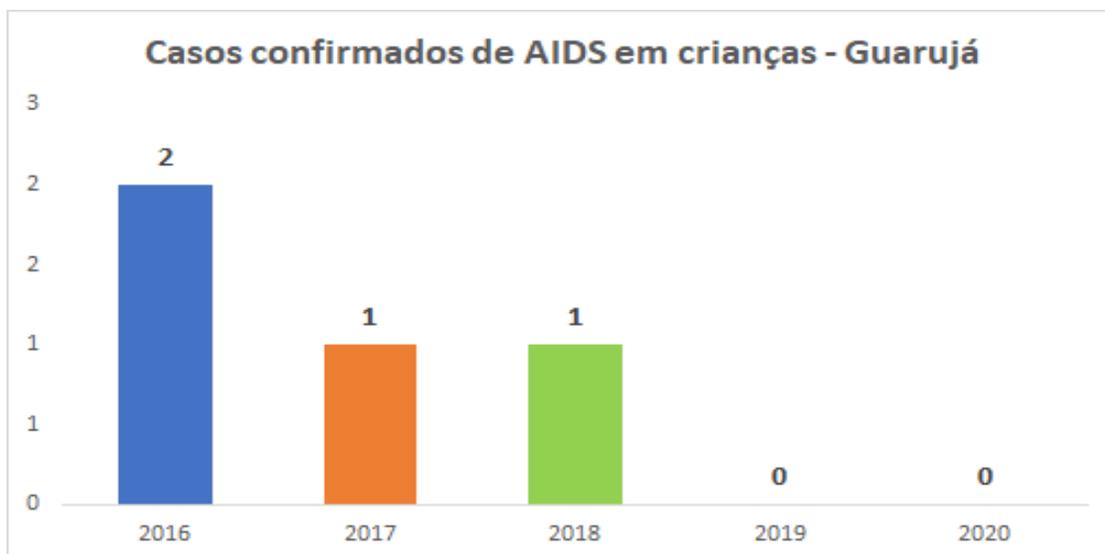
Gráfico 26. Óbitos com causa básica AIDS maiores de 13 anos.



Fonte: SIM - Vigilância Epidemiológica

Apontamos a busca ativa de faltosos e o acesso ao tratamento precoce com ações de alto impacto na redução do número de óbitos.

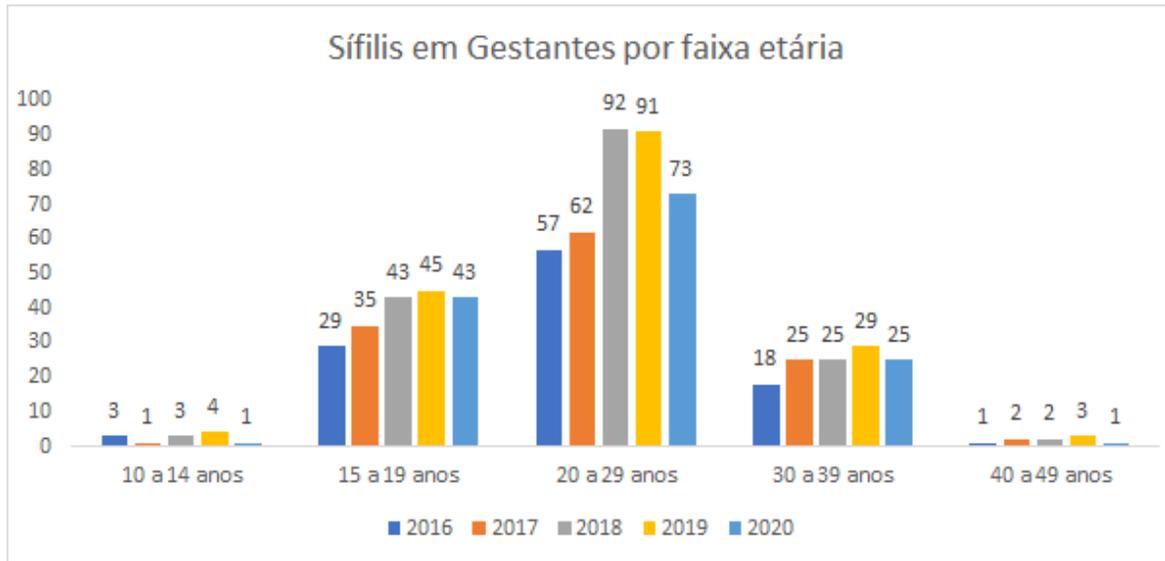
Gráfico 27. Casos confirmados de AIDS em crianças residente em Guarujá



Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica



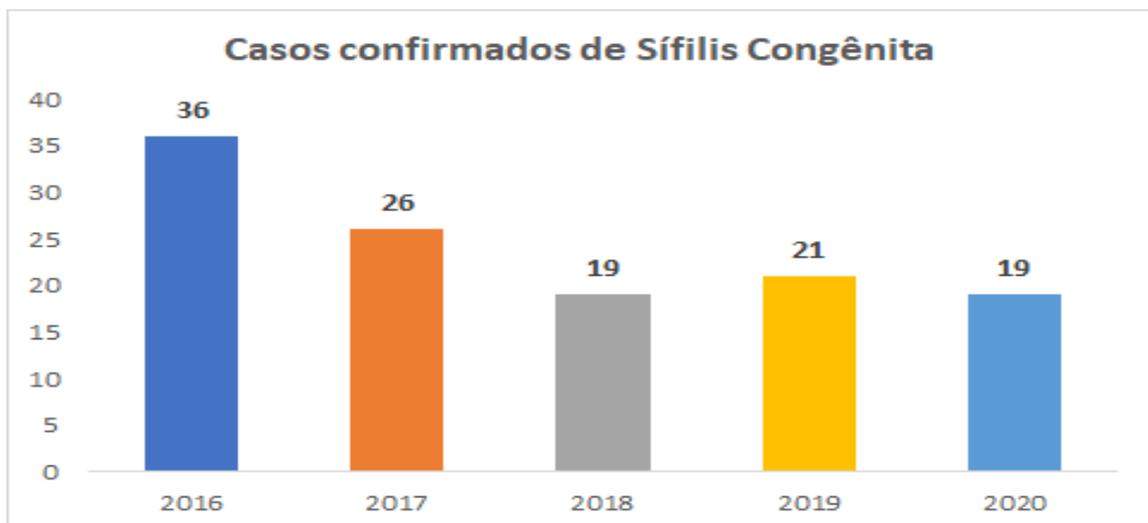
Gráfico 28. Investigação de SÍFILIS em gestante



Fonte: SINAN/Net - Vigilância Epidemiológica

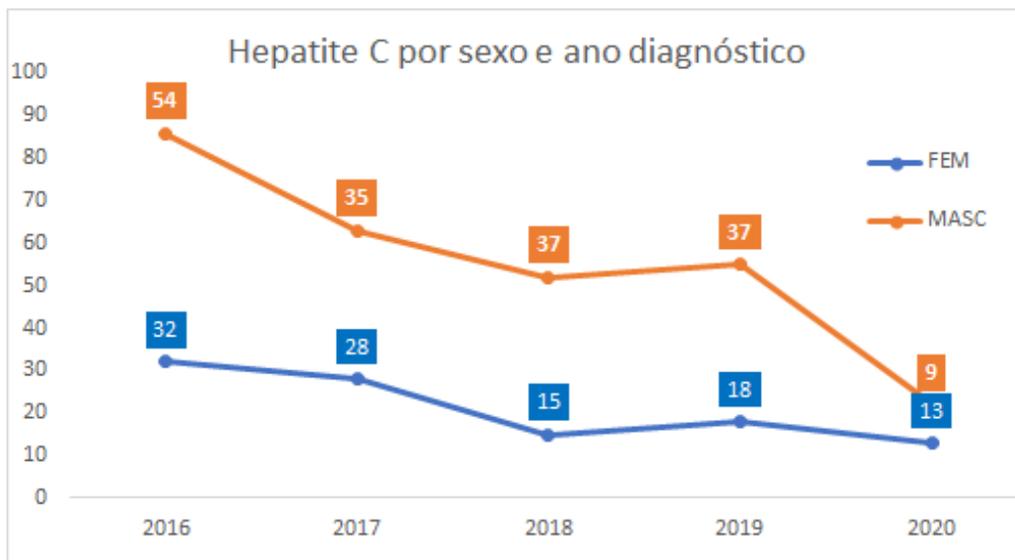
Importante destacar que 52,6% das gestantes que apresentaram sífilis eram de 20 a 29 anos, seguidos de gestantes de 15 a 19 anos que juntas totalizam 80% de gestantes com sífilis, reforçando as ações em parceria com o Programa Saúde na escola.

Gráfico 29. Investigação de SÍFILIS congênita



Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica

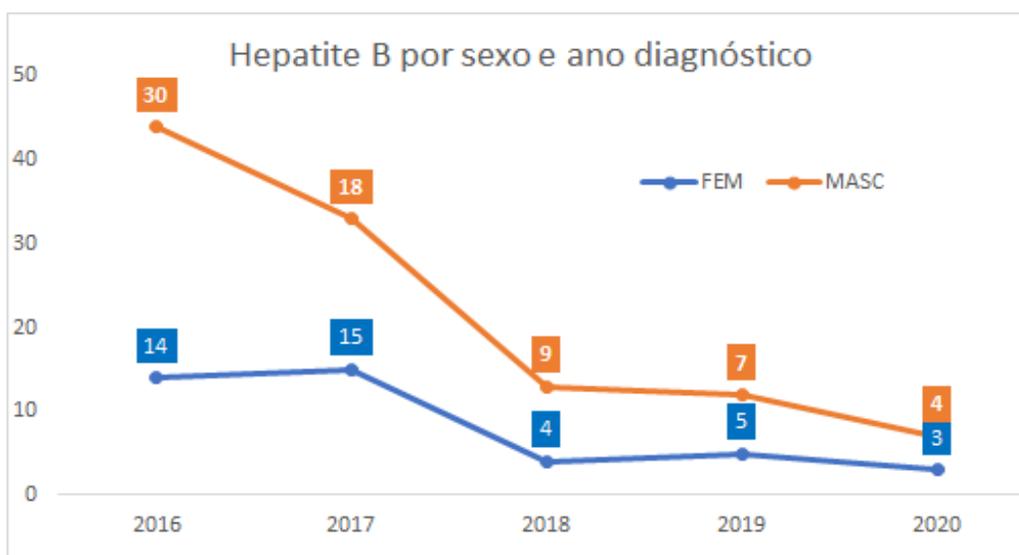
Gráfico 30. Investigação de HEPATITE C por sexo e ano diagnóstico



Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica

Por ser uma doença silenciosa (quase sem sintoma) é importante a sensibilização da população para a conclusão do tratamento.

Gráfico 31. Investigação de HEPATITE B por sexo e ano diagnóstico



Fonte: SINAN - VE

A intensificação da vacina para a Hepatite B na população foi um dos fatores para a redução do número de casos.

5.9 Comitê de Avaliação de Impactos na saúde devido a Eventos Adversos

A pandemia em 2020 foi um cenário trágico, devido às mortes por Covid-19, o aumento da mortalidade geral, carregando com isso outros problemas, devido às inúmeras dificuldades para a sociedade em geral nos mais diversos aspectos sociais, econômicos, mobilidade, acesso à serviços, etc. Na assistência à saúde o impacto foi maior e mais devastador, pelo aumento abrupto na demanda, exigência de equipamentos de proteção, exposição extrema ao stress dos profissionais em atendimento em linha de frente. Um evento adverso que gerou um impacto tão devastador, que por outro lado trouxe muitas lições para que estejamos mais preparados para outros que possam vir. É imprescindível a criação do Comitê de Avaliação de Impacto para Adversos, com equipe multidisciplinar atuando ativamente, composto pelos diversos órgãos municipais junto com a sociedade civil, para realizar o enfrentamento com maior agilidade e eficiência. Trabalhar com as possibilidades de outros eventos que venham a acontecer nos próximos anos colocará o município em uma posição mais confortável e proativa. As aprendizagens devem ser registradas e analisadas por equipe competente para traçar quais os passos para minimizar os efeitos desse tipo de problema de saúde que impacta na vida de todos os cidadãos. Promover o direcionamento das pesquisas que auxiliem no acompanhamento dos pacientes sequelados por estas doenças, além da elaboração de propostas rápidas e eficazes para eventos futuros.

6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – PROGRAMA MEDICAMENTO E QUALIDADE DE VIDA

A Assistência Farmacêutica (AF) é uma Política de Saúde que compõe o compromisso firmado no artigo 6º da Lei 8080/90, que inclui no campo de atuação do SUS, em seu inciso I, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

De maneira complementar, promove a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída a partir da Portaria GM/MS de nº 3.916/1998, que “constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população”. Destarte, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, concentram esforços para o alcance desse propósito, a partir de suas diretrizes.

Concomitantemente, por meio do movimento mobilizado pelo Conselho Nacional de Saúde, na XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, a Assistência Farmacêutica, assim se tornou uma política. Assim, em 2004 foi publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução CNS 338/2004.

A PNAF tem como base as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios do SUS, da universalidade, equidade e integralidade, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional.

Em 2011 com as publicações do Decreto Federal 7.508/11 e Lei 12.401/11, que alteraram e regulamentaram a Lei Orgânica do SUS respectivamente, a AF permanece como política de saúde estabelecida, regulamentando assim, o significado do que é assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Então, o texto impacta em três eixos de saúde importantes: admitir que o usuário deve ser inserido na rede do SUS; o profissional prescritor deve exercer suas atividades no SUS; e os medicamentos oferecidos, são os incluídos na Relação Nacional de Medicamentos ou suas respectivas Estaduais e Municipais.

Já a Lei 12.401/2011 cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no âmbito do SUS (CONITEC), que sistematiza a padronização de medicamentos nesse sistema universal de saúde, bem como os materiais médicos e procedimentos. Utiliza-se da avaliação de tecnologias de saúde, na emissão de Pareceres Técnico-Científicos por meio da medicina baseada em evidências, com estudos mundiais a respeito de um

tema e, por fim, emite relatórios que decidem e explicam sobre a incorporação ou não incorporação dessas tecnologias no SUS.

Outra importante iniciativa do Governo Federal foi a de criar o Programa da Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS), por meio da Portaria GM/MS 1.214/2012, que divide as ações para estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios em quatro eixos norteadores, inserindo essa relevante vertente nas redes de atenção à saúde:

“I. Promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado.

II. Contribuir para garantir e ampliar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados.

III. Estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

IV. Promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS.

V. Favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência Farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica.” (BRASIL, 2012, s/n).

Concluindo, uma nova iniciativa do poder público na esfera federal, da mesma maneira importante, foi a criação da Lei 13.021/2014, que descreve em seu artigo 4º que é responsabilidade do SUS “assegurar a assistência farmacêutica, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integralidade.”

6.1. O Financiamento da Assistência Farmacêutica

O Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS está previsto em portarias do Ministério da Saúde, divide-se em três eixos principais cujas divisões seguem ordens de financiamento:

6.1.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica:

Originado por meio da Portaria GM/MS de nº 1.555/2013, consolidada por meio da na Portaria de Consolidação GM/MS 06/2017 e alterada por meio da Portaria GM/MS de nº 3.193/2019, estabelece o método de financiamento tripartite dos medicamentos que compõem os anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Nessa atualização, se estabeleceu a disponibilidade per capita dos recursos da União, a partir do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação em que o município de Guarujá se encontra em IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano, o que estipula ao órgão federal a remessa de R\$ 5,90 per capita ao ano, com envio do recurso em parcelas mensais, diretamente ao Fundo Municipal de Saúde do município.

Já o Governo Estadual é responsável por subsidiar com o montante de R \$2,86 (dois reais e oitenta e seis centavos), os tratamentos oferecidos pelos anexos I e IV RENAME. O envio do repasse, estipulado por meio de Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ocorre normalmente nos meses de janeiro, abril, julho e outubro de cada ano.

O Município, por sua vez, oferece a mesma contrapartida estadual para a aquisição dos produtos dos anexos I e IV da RENAME.

Embora o financiamento do Componente Básico aconteça entre os três entes federativos, o município recebe o repasse em espécie e ele permanece como o responsável pela aquisição dos produtos.

Os medicamentos padronizados pelo Município incluídos na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), porém não constantes na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) são exclusivamente financiados com recursos do tesouro municipal. Sendo assim, caso o município atenda a tratamentos não disponíveis na respectiva Relação Nacional, a responsabilidade de financiamento partirá, unicamente, do Município.

A REMUME é publicada uma vez ao ano e as incorporações de terapias no município acontecem por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), instituída no município por meio do Decreto Municipal 12.742/2018.

Assim, embora o município seja beneficiado com recursos estaduais e federais, o aporte financeiro subsidiário por parte do tesouro municipal é sempre superior ao dos demais entes federativos, gerando aproximadamente o dobro desse aporte financeiro, para garantir o bom andamento da Assistência Farmacêutica no município.

6.1.2. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

É atualmente regulamentado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 (regras de financiamento e execução) e pela Portaria de Consolidação nº 06 (regras de financiamento), ambas de 28 de setembro de 2017 e retificadas no Diário Oficial da União de 13 de abril de 2018. Originado por meio da Portaria GM/MS 1.554/2013, define as normas de financiamento de terapias oferecidas por meio de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, elaborados pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, cujas responsabilidades de custeios são tanto da União, quanto dos Estados.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, indicados para as doenças com tratamento mais complexo, para os casos de refratariedade ou intolerância às primeira e/ou a segunda linha de tratamento, e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. Os medicamentos do Grupo 1 se dividem em:

Grupo 1A – medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

Grupo 1B – medicamentos adquiridos pelos Estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a título de ressarcimento, na modalidade Fundo a Fundo, e responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

O Grupo 2 é constituído por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

O Grupo 3 é constituído por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAf deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas, estes estabelecidos pelo Ministério da Saúde e de abrangência nacional.

6.1.3. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.

Destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. O CESAF disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, hepatites virais B e C, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros, insulinas e imunoglobulinas.

Esses medicamentos e insumos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde (MS), sendo distribuídos aos Estados e Distrito Federal. Cabem a esses o recebimento, armazenamento e a distribuição aos municípios. O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e outros sistemas próprios são utilizados na logística e gestão, contribuindo com as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Os medicamentos e insumos do CESAF estão relacionados nos anexos II e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A gestão no nível federal desse componente é realizada pela Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFME).

6.1.3. A Assistência Farmacêutica de Guarujá

A AF no município de Guarujá tem o objetivo de garantir o USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS com vistas ao aperfeiçoamento das ações do ciclo da Assistência Farmacêutica, que são: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, com missão, visão e valores definidos a seguir:

Missão	Visão	Valores
Garantir o uso racional de medicamentos por meio do cumprimento do ciclo da Assistência Farmacêutica.	Alcançar o princípio Integralidade do SUS.	Desenvolver atividades técnico-gerenciais e técnico-assistenciais dentro dos princípios da administração pública e do SUS.

6.1.3.1. Seleção de Medicamentos

A Seleção de medicamentos é a etapa da Assistência Farmacêutica que envolve o processo de incorporação, despadronização e revisão da Relação Municipal de Medicamentos.

Está baseada na atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, criada por meio do Decreto Municipal 12.742/2018, que tem as seguintes atribuições:

I - Elaborar e atualizar periodicamente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; Relação de Materiais Hospitalares; Relação de Materiais Odontológicos; Relação de Dietas Enterais; Relação de Curativos Especiais utilizados em úlceras por pressão e em pequenas suturas;

II - Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos;

III - Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por solicitação externa mediante preenchimento de formulário específico;

IV - Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira (DCB);

V - Revisar periodicamente as normas de prescrição;

VI - Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;



- VII - Organizar a comunicação interna de divulgação da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;*
- VIII - Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos e atividades de farmacovigilância;*
- IX - Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;*
- X - Assessorar o Secretário Municipal de Saúde em assuntos de sua competência;*
- XI - Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todos os serviços da Secretaria Municipal de Saúde, com atualizações periódicas, sempre que necessário, contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;*
- XII - Definir anualmente metas de melhoria de suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação em Educação Permanente;*
- XIII - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;*
- XIV - Redigir documentos técnicos para viabilizar criação de Protocolo Clínico Estadual, que atenda o Município;*
- XV - Participar de processos licitatórios na análise de documentos técnicas e amostras, para habilitar propostas condizentes com edital;*
- XVI - Formar comissão de análise de amostras dos produtos licitados, com a presença de, no mínimo, 03 (três) servidores lotados na Secretaria Municipal de Saúde;*
- XVII - Auxiliar na elaboração de itens técnicos que constarão editais licitatórios de medicamentos, materiais médicos, odontológicos, dietas enterais e curativos especiais, bem como enviar descritivo em consonância com o Ministério da Saúde para elaboração de edital, e, na inexistência deste item, elaborar descritivo que caracterize ampla disputa no momento do certame.”*

Após avaliação dos medicamentos por parte da Comissão, são elaboradas as deliberações CFT e publicadas em diário oficial municipal.

Uma vez ao ano, a REMUME é publicada, nela incluídas as deliberações da CFT.

6.1.3.2. Programação de Medicamentos

A etapa de programação de medicamentos é uma atividade administrativa. Requer da área técnica melhor conhecimento sobre Direito Público Administrativo e sobre a Lei de Licitações, pois, além dessa etapa subsidiar as licitações das tecnologias de saúde, também ampara demais setores apartados da Secretaria de Saúde em obterem esclarecimentos técnicos.

Nessa etapa, a área técnica desenvolve os Termos de Referência. Estes documentos possuem todas as informações para o bom andamento de uma programação de medicamentos adequada. Neles constam os objetos da licitação, a modalidade de compra, o tipo de licitação, justificativa, especificações, vigência, condições de habilitação, qualificação técnica, qualificação financeira, prazos, condições de entrega, de pagamento, penalizações, entre outros.

O município de Guarujá, prezando pela legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, realiza licitações com as especificações ofertadas pelo Ministério da Saúde, disponíveis em seu catálogo de materiais (conhecido como CATMAT).

Outra ferramenta que garante uma boa programação de medicamentos é a realização de pregões eletrônicos. A Assistência Farmacêutica foi pioneira no município a elaborar termos de referências com os códigos da Bolsa Eletrônica de Compras do Estado de São Paulo (BEC-SP), necessários para a realização do pregão eletrônico. Essa atividade contribuiu para atrair fabricantes de medicamentos, favorecendo assim, melhores preços e condições de entrega da Relação Municipal de Medicamentos.

Para o efetivo cumprimento de ordens judiciais, todas as compras de medicamentos são realizadas e amparadas pelas regras da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), ou seja, por meio do Preço Máximo de Venda ao Governo. O PMVG é um desconto mínimo obrigatório que todo fornecedor deve oferecer ao ente público, consiste na aplicação de uma fórmula, que compõe o Preço de Fábrica, subtraído do índice CAP. ($PMVG = PF - [CAP]$). O índice CAP é um coeficiente de adequação de preços, apresentado em percentual. A aplicação do CAP sobre o PF resultará no Preço Máximo de Venda ao Governo - PMVG.

6.1.3.3. Emissão de pareceres

Na etapa de programação são emitidos pareceres técnicos das seguintes naturezas:

- I. Parecer técnico acerca de pedidos administrativos da Defensoria Pública do Estado;
- II. Parecer técnico para amparar a procuradoria municipal na defesa de ações judiciais;
- III. Pareceres técnicos para justificar aquisições ao gestor da pasta da saúde;
- IV. Parecer técnico para avaliar realinhamento de preços e cancelamentos de atas de registro de preços

É a equipe técnica de Farmacêuticos do município quem emite os respectivos pareceres, favorecendo o bom andamento da programação de medicamentos.

6.1.3.4. Aquisição de medicamentos

Consiste na etapa que envolve a compra propriamente dita do medicamento. É realizada por meio do coordenador de aquisição de medicamentos, um Farmacêutico atualmente exercendo suas atividades na Central de Abastecimento Farmacêutico.

Trata-se de ação que merece atenção, pois nela devem-se considerar os pedidos de medicamentos em um período de tempo.

O pedido é baseado no relatório de ressurgimento, emitido pelo Programa Hórus.

O programa Hórus é uma ferramenta tecnológica de gestão de medicamentos, inteiramente gratuito, criado pelo Ministério da Saúde que realiza o registro dos medicamentos em ambientes da Central de Abastecimento Farmacêutico e Farmácias públicas.

O relatório de ressurgimento considera o estoque, por quanto tempo se decide comprar e o consumo médio mensal. É um relatório que permite que o emissor define o ponto de estoque em que se deve realizar o pedido e por qual período se quer realizar o respectivo ressurgimento.

Baseado no relatório, o pedido é realizado. Trata-se de uma articulação entre a Assistência Farmacêutica, o Conselho Gestor do Município e a Diretoria Administrativa da Secretaria de Saúde.

Alguns vieses podem interferir no processo de aquisição, relacionados à escassez de estoque por parte do fornecedor e até mesmo atrasos na entrega.

O acompanhamento desse processo possui uma interface entre Assistência Farmacêutica e a Central de Abastecimento Farmacêutico, por meio de uma planilha do Google. Nela são alimentadas todas as etapas da aquisição desde a emissão inicial do pedido até a efetiva chegada. Com alguns elementos de formatação condicional é possível identificar em cores atrasos na entrega, a entrega efetiva e cancelamentos de pedidos.

6.1.3.5. Armazenamento e distribuição

Essas duas etapas são gerenciadas pela coordenação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e pelo coordenador de logística da Central. Trata-se de atividade que requer mão-de-obra qualificada e trabalho operacional intenso. Neste processo os medicamentos são recebidos, conferidos com a nota fiscal, a rotina deve também considerar se as validades dos produtos estão de acordo com o que é previsto em edital, encaminhados à estocagem, organizados por endereçamento. Nesse momento também, o estoque deve considerar o sistema PVPS (primeiro que vence é o primeiro que sai).

Paralelamente, o sistema de recebimento de materiais envolve a etapa de registro das notas fiscais, por meio do sistema CONAM SIAM. Neste, a diretoria administrativa recepciona a nota fiscal, já registrada no ato do recebimento do medicamento e procede com a liquidação do documento para posterior pagamento. É um serviço que requer habilidade contábil, por isso o coordenador da CAF deve entender da lei de contabilidade pública e também do sistema que deve ser alimentado para essa finalidade.

A CAF também recepciona os pedidos das Unidades de Saúde, tanto para medicamentos, quanto para materiais médicos, que são recebidos por mensagem eletrônica. A separação deve obedecer o critério da validade e os pedidos devem ser avaliados conforme a necessidade do serviço.

A CAF possui dois furgões pertencentes a um contrato de locação de veículos, cujas dimensões foram adequadas à necessidade do setor, bem assim a climatização no momento do transporte. A empresa conta com anotações de temperatura e dos materiais em trânsito para cumprir normas da Vigilância Sanitária.

As entregas consideram a logística dos pedidos, todavia a rigor, de segundas às quintas-feiras, às unidades de saúde da atenção primária e especializadas recebem os pedidos e às sextas-feiras, às unidades de pronto atendimento. Às quartas-feiras um dos furgões levam os malotes dos pacientes do programa de alto custo em Santos e retornam com os medicamentos do malote da semana anterior para distribuição às três Farmácias do Cidadão.

6.1.3.6. Dispensação de medicamentos

A etapa de dispensação de medicamentos envolve a atividade do Farmacêutico, juntamente com sua equipe, composta de estagiários e auxiliares de farmácia, a partir de atribuições tanto técnico-gerenciais, quanto técnico-assistenciais.

Na atividade técnica-gerencial, o Farmacêutico permanece responsável em realizar o pedido, recebê-lo, armazená-lo, assim como providenciar toda a gestão do estoque.

As atividades técnicas-assistenciais são desenvolvidas a atenção farmacêutica, que é quando o profissional orienta e intervém junto ao usuário do SUS frente à farmacoterapia; e as atividades interprofissionais que é quando o profissional articula com os profissionais da unidade de saúde em colaboração, parceria para o alcance de resultados de saúde efetivos, nos mais variados programas de saúde, a saber: palestras, aleitamento materno, planejamento familiar, pré-natal, tuberculose, testagem de HIV/Sífilis, tabagismo, visita domiciliar, programas extramuros, atividades que envolvem mês de conscientização de determinadas doenças, descarte de medicamentos, formação dos demais profissionais, dentre outras.

Assim, a partir da efetivação do ciclo da Assistência Farmacêutica, como também do desenvolvimento da interprofissionalidade, é que se pode atribuir ao alcance da integralidade do SUS.

6.1.3.7. Assessoria de Assistência Farmacêutica

A Assessoria de Assistência Farmacêutica é composta por duas Farmacêuticas, uma delas Assessora de Saúde responsável pela Assistência Farmacêutica Municipal, a outra coordenadora responsável pela Programação de Medicamentos, complementarmente um Assessor de Saúde, que realiza assessoramento logístico e para outros assuntos de interesse da Secretaria, como gerenciamento de contratos de gestão. O setor também conta com uma Técnica de Enfermagem com graduação em Farmácia. As tarefas são divididas entre si, ligadas à área administrativa de medicamentos, materiais médicos e nutrição. Paralelamente são realizadas as aquisições de medicamentos por demanda judicial e respostas à Ouvidoria.

O Município de Guarujá conta com cinco diversidades de Unidades Farmacêuticas, nos três níveis de complexidade de atendimento à saúde: na rede primária de atenção, as Unidades de Saúde da Família (USAFAs). No nível secundário, a AF está presente nas unidades de atendimento pré-hospitalar (Unidades de Pronto Atendimento - UPAS). Uma destas Farmácias, a da UPA Vicente de Carvalho, funciona sob um contrato

de gestão. Nas especialidades, as 3 Farmácias do Cidadão oferecem as terapias do Componente Especializado e de Saúde Mental. Além destas, a AF possui uma Farmácia na Unidade Complexa William Rocha de infectologia, como elucida o quadro abaixo:

Quadro 7. Quantidade de farmácias no município de Guarujá

Quantidade de farmácias no Município de Guarujá	Total
Farmácias nas Unidades de Saúde da Família (USAFA)	15
Farmácias nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	3
Farmácias do Cidadão	3
Farmácia Unidade de Infectologia	1
Total de Farmácias	22

Segundo o Conselho Regional de Farmácia (CRF-SP), o município conta com uma rede privada de 15 estabelecimentos com venda de medicamentos, cujo ramo de atividade é farmácia e 64 drogarias, totalizando 79 estabelecimentos comerciais. Destes, 19 drogarias atendem ao Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, com distribuição gratuita de medicamentos para a hipertensão, diabetes e asma.

Na Atenção Primária à Saúde do SUS, a Assistência Farmacêutica está organizada de forma descentralizada. Em todas as Unidades de Saúde da Família há Farmácia com 1 Farmacêutico. Nessas unidades são oferecidas terapias da Relação Municipal de Medicamentos, insumos para automonitoramento glicêmico e Tratamento Diretamente Observado (TDO) do Programa de Tuberculose. Nas Unidades Básicas de Saúde não há Farmácia.

As três Farmácias do Cidadão possuem um ou dois Farmacêuticos e distribuem medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos, do Componente Especializado da Assistência e medicamentos psicotrópicos.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conhecido como “Programa de alto custo”, é atrelado diretamente às Farmácias do Cidadão. Estas se responsabilizam pelo acolhimento de formulários, documentos e exames necessários à aquisição dos medicamentos, bem assim o envio destes ao

Departamento Regional de Saúde IV que oferece os tratamentos. A distribuição deste rol de terapias não passa pela Central de Abastecimento Farmacêutico.

As UPAS dispõem de Farmácias Internas ou Depósitos Fechados, que distribuem medicamentos injetáveis, comprimidos e líquidos, além de materiais médico-hospitalares.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II, AD e infantil possuem o sistema de medicação assistida, sob a responsabilidade da equipe local.

É de grande valia concluir que a gestão tem se preocupado em garantir melhoria do acesso a medicamentos e principalmente disponibilizar infraestrutura adequada aos usuários. Hoje o Município conta com sistema de licitações que favorece a diminuição de medicamentos sem contrato, oferece tranquilidade sanitária com o oferecimento de terapias seguras, seleciona fornecedores que entregam os medicamentos dentro do prazo e, ainda, os profissionais atrelados à gestão da Assistência Farmacêutica são os especialistas na área, servidores de carreira, o que tem colaborado constantemente para a melhoria da prestação desse serviço essencial.

7. SERVIÇO DE RECUPERAÇÃO E FISIOTERAPIA

O serviço de Recuperação e Fisioterapia faz parte da Diretoria de Atenção Básica e Especialidades – DABE que atende os usuários do SUS encaminhados pela rede municipal de saúde, sendo dividido em:

- 2 Ambulatórios – CERFVC (Centro de Recuperação e Fisioterapia Vicente de Carvalho e CERFG (Centro de Recuperação e Fisioterapia Guarujá) que oferecem tratamentos de fisioterapia, psicologia, assistência social e equipe de apoio;
- SIAD (Serviço de Internação e Assistência Domiciliar) atendimento fisioterapêutico;
- Ambulatório de Diabetes e Obesidade Infanto Juvenil (Docinhos);
- Programa de Obesidade Adulto;
- Núcleo de Apoio ao Saúde da Família;
- Unidades de Urgência e Emergência;

Os serviços contam com atendimento multiprofissional, com equipe altamente capacitada e equipamentos com tecnologia avançada.

Em 2020 o serviço realizou aproximadamente 5.000 (cinco mil) atendimentos por mês, com um aumento de 20% de atendimentos em relação ao ano de 2019.

7.1. Ambulatórios – Centro de Recuperação e Fisioterapia Guarujá e Vicente de Carvalho

Os ambulatórios de reabilitação atendem os pacientes encaminhados do Hospital Santo Amaro, Unidade de Especialidades, Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Unidades de Saúde da Família da rede municipal.

Considerando o número de pacientes encaminhados em decorrência do covid-19 a coordenação implantou nos 2 ambulatórios, o Programa direcionado ao Pós Covid, proporcionando, maior agilidade e qualidade do atendimento.

Os serviços contam com equipamentos de alta tecnologia, entre eles o eletromiógrafo de superfície (recurso de diagnóstico funcional importante na avaliação da atividade muscular). Através da captação dos sinais elétricos dos músculos por eletrodos que são colados à pele, pode-se identificar a existência de alguma alteração no Sistema Nervoso ou Sistema Osteomuscular.

Em 2019, a coordenação de reabilitação em parceria com a Diretoria de Regulação, com vistas a regular e otimizar o serviço dos ambulatórios, implantou um sistema digitalizado para agilizar o serviço administrativo, serviço este sendo pioneiro na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), além de ser modelo em atendimento em grupo.

Atualmente o Serviço de Reabilitação e Fisioterapia do município de Guarujá possui a menor demanda reprimida da região.

7.2. Ações da Coordenação do Serviço de Recuperação e Fisioterapia

- Coordenar o Programa de Controle do Tabagismo SUS no município;
- É membro da Comissão de Avaliação e Controle de Prestações de Contas do Terceiro Setor que avalia mensalmente todos os Termos de Colaboração e Fomento firmados entre as entidades e a Secretaria de Saúde;
- Administrar a lista de OPM's (Órteses, Próteses e Meios Auxiliares) do município;

- Realiza reuniões bimestrais com as equipes a fim de alinhar e padronizar o serviço;
- Administrar as demandas de acordo com a classificação de risco;
- Monitorar o desempenho e articular com as equipes quanto ao seu bem estar, segurança e atualização técnica.

7.3. Siad – Serviço de Internação e Atenção Domiciliar

A atuação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional do SIAD é muito importante para um possível desmame do paciente no Programa, encaminhando o mesmo para a rede de saúde, seguindo as diretrizes da portaria nº825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

O objetivo é tratar o paciente no seu domicílio com exercícios e manobras terapêuticas, orientações e capacitação ao cuidador para a manutenção e reabilitação dos pacientes. O público alvo, são pessoas com dificuldades ou impossibilidades físicas de locomoção com problemas de saúde que exige maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo (AD2) e para pessoas com necessidades de maior frequência de cuidados, recursos de saúde com acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser proveniente de diferentes serviços da rede de atenção à saúde (AD3).

7.4. Programas de Saúde Descentralizados

7.4.1. Programa Docinhos

O Programa Docinhos é referenciado na Unidade de Especialidades em Diabetes e Obesidade Infanto Juvenil, atuando com equipe multiprofissional especializada, o serviço oferece todos os insumos e equipamentos necessários para a melhora da sua condição de saúde.

O objetivo do Programa é prevenir e acompanhar pacientes com diabetes e obesidade infanto juvenil com idade de 0 a 19 anos.

Guarujá é a única cidade da Baixada Santista a desenvolver um programa voltado exclusivamente ao público infantil e adolescentes.

7.4.2. Programa de Obesidade Adulto

O Programa oferece um atendimento específico para adultos obesos, pré e pós cirurgia bariátrica e reeducação alimentar. Conta com equipe multiprofissional composta por clínico geral, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo, atuando com os usuários individualmente e em grupo.

O Programa é referenciado na Unidade Básica de Saúde Pae Cará.

7.4.3. Entidades do Terceiro Setor

Tendo em vista que a municipalidade contém bairros distantes dos equipamentos de saúde que apresentam uma alta demanda de pessoas com necessidades especiais – PNE, a rede municipal, através do terceiro setor mantém parcerias com algumas entidades para atendimento deste público, que é avaliada mensalmente pela Comissão do Terceiro Setor.

7.5. Nasf (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família)

Esse núcleo é composto por profissionais de diferentes áreas que atuam, de maneira integrada às equipes de saúde da família e nelas incluídos profissionais de fisioterapia que qualificam o atendimento às pessoas. Espera-se que a inserção desses profissionais amplie o olhar e as ações do cuidado, trazendo como consequência a diminuição do número de encaminhamentos a outros serviços e maior satisfação aos usuários.

Atualmente contamos com 3 equipes de NASF que apoiam 15 Unidades de Saúde da Família.

7.6. Unidades de Emergência

A resolução 501 de 26 de dezembro de 2018 em seu artigo 1º resolve: “Reconhecer a atuação do Fisioterapeuta na assistência à Saúde nas Unidades de Emergência e Urgência, sendo necessário e preconizado que tais profissionais sejam capacitados em Suporte Básico de Vida e, especialmente, em Suporte Avançado de Vida Cardiovascular em Adultos – ACLS”.

O objetivo principal do atendimento fisioterapêutico nessas unidades é dar suporte rápido e eficiente para disfunções cardiorrespiratórias, assim como, em pacientes que necessitam de suporte ventilatório, pois, auxilia na condução da ventilação mecânica desde o preparo e ajuste do ventilador artificial, até a evolução, interrupção e desmame do suporte ventilatório do paciente.

Atualmente, o Guarujá conta com o serviço de Fisioterapia nas Unidades de Urgência: Pronto Socorro de Vicente de Carvalho e Pronto Socorro Dr. Matheus Santamaria.

8. COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO

A Coordenação de Nutrição compreende o atendimento ambulatorial de consultas, a execução dos Programas do Ministério da Saúde e o monitoramento dos Serviços de Alimentação com o acompanhamento e monitoramento da distribuição de alimentos para as Unidades de Saúde: CAPS II, CAPS III, CAPS Infantil, CAPS AD e Unidades de Urgência e Emergência Dr. Matheus Santamaria, PSVC Vicente de Carvalho e UPA Enseada.

Compreende ainda três equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que são referência para 15 USAFA'S.

8.1. Consultas

O atendimento é realizado em ambulatório através de consultas individuais e em grupo no Ambulatório de Referência em Especialidades Guarujá, Instituto da Mulher (Casa Rosa) , Hospital Willian Rocha, SIAD, NASF das USAFA'S e Unidades Básicas Vila Alice , Pae Cará e Santa Rosa.

8.2. Programa de Atenção e Tratamento ao Portador de Diabetes Tipo 1 Docinhos

O Programa existe há 17 anos, funciona atualmente na Unidade de Especialidades em Diabetes e Obesidade Infanto Juvenil, atendendo crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, oferecendo tratamento, insumos e apoio necessário a pacientes e familiares.

O trabalho é realizado por equipe multidisciplinar composta por enfermeira, endocrinologista, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e técnicas em enfermagem com atendimento mensal de aproximadamente 86 pacientes.

8.3. Programa de Obesidade Infantil e do Adolescente

O Programa foi criado há 22 anos, muito antes da obesidade ser caracterizada como epidemia mundial.

Após avaliação médica nas Unidades Básicas de Saúde/ USAFA's, as crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, são encaminhados à Unidade de Especialidades em Diabetes e Obesidade Infanto Juvenil. Após o diagnóstico nutricional, os pacientes são acompanhados por equipe composta por pediatra, nutricionista, psicóloga, endócrino, fisioterapeuta, técnicas de enfermagem e educador físico com atendimento de aproximadamente 400 crianças/adolescentes.

8.4. Programas Federais desenvolvidos em Guarujá

8.4.1. SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) é um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação fornece a base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados à melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional, bem como o conhecimento do perfil nutricional da população atendida pelo município, com o qual podemos traçar ações relacionadas. Este acompanhamento é realizado mensalmente pela Coordenação de Nutrição em crianças de 0 a 6 anos e 11 meses, gestantes e nutrízes.

8.4.2. Bolsa Família na Saúde

Compreende a gestão das condicionalidades em saúde com o acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos e 11 meses e acompanhamento das mulheres de 14 a 44 anos férteis e gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família.

O acompanhamento das ações de saúde do Programa é realizado pelas equipes da Atenção Primária a cada semestre para crianças e mulheres de 14 a 44 anos e mensalmente para gestantes, durante a gestação.

Em 2020 a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) foi de 35,21% inferior ao ano de 2019 (64,5%) devido à pandemia do Covid-19.

8.4.3. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Este programa faz parte da Ação Brasil Carinhoso constante no Programa Brasil sem Miséria, que objetiva o combate à pobreza absoluta na primeira infância e reforça a assistência a criança menor de 5 anos para prevenção da deficiência de vitamina A garantindo o acesso e disponibilidade do insumo a todas as crianças nessa faixa etária nas regiões Norte e Nordeste e os municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste contemplados no Programa Brasil sem Miséria.

No Guarujá realizamos a suplementação medicamentosa prioritariamente para crianças de 24 a 59 meses de idade, esta faixa etária foi escolhida por não atingir na alimentação a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência desta vitamina no organismo. Para atender esta suplementação, todas devem receber megadoses de vitamina A.

Administração da dose: 200.000 UI a cada 6 meses nas Unidades de Saúde.

8.4.4. Projeto Estadual VIVA LEITE

O Projeto VIVA LEITE tem como objetivo oferecer um complemento alimentar de alto valor nutritivo às crianças de baixa renda que vivem em condição de risco nutricional no Estado de São Paulo, na faixa etária de 6 meses a 5 anos e 11 meses de idade. Em março de 2018 o Programa passou a ser gerenciado pela Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social, por estar vinculado ao Programa Família Cidadã - Ações Sociais Integradas, da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo.

Em 2020 a saúde manteve a parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SEDEAS) e Educação (SEDUC) com ações de antropometria de 334 crianças em 19 escolas da rede municipal.

9. PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE:

Quanto à produção de serviços de saúde no município é importante identificar o papel de cada estrutura no atendimento populacional. Apresentamos abaixo o quadro de produção de serviços, tendo como referência o ano de 2020:

Quadro 8. Produção de Procedimentos por tipo de serviço Guarujá, 2020

Estabelecimento	2020	%
Unidades de Especialidades	99.309	3,56%
Unidades Básicas de Saúde	136.247	4,88%
Unidades de Saúde da Família	551.553	19,77%
Unidades de Pronto Atendimento/Socorro	1.957.103	70,15%
Centros de Atenção Psicossocial	28.836	1,03%
SAMU	15.401	0,55%
Serviço de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Zoonoses e Anti-rábica humano	1.265	0,05%
Total	2.789.714	100%

Fonte: TABWIN/DATASUS/ESUS

Observamos que 70,15% dos procedimentos realizados ocorreram nas unidades de urgência e emergência, há de se considerar que a ocorrência da pandemia do coronavírus, influenciou diretamente neste percentual, devido ao lockdown, onde foram suspensas consultas de rotina e cirurgias eletivas.

Foram agendados na Atenção Básica somente os grupos prioritários, gestantes, crianças e pacientes crônicos, além dos atendimentos de demandas espontâneas na clínica médica.

Outra ação que impactou neste percentual foi a instalação de tendas de triagem nas unidades referenciadas para os sintomáticos respiratórios ou com suspeita de covid.

Importante destacar que todas as estratégias foram discutidas e aprovadas na Sala de Situação da Secretaria de Saúde de acordo com os protocolos ministeriais.

10. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS E COMPROMISSOS DO GOVERNO MUNICIPAL DO GUARUJÁ

O Município do Guarujá tem compromisso claro com o Sistema Único de Saúde e com os princípios do acesso universal, equidade, integralidade e participação social. Se compromete em seu território a garantir a implementação do SUS, bem como lutar pelo seu fortalecimento nas instâncias Estadual e Federal.

A população do Guarujá se distribui de forma bastante heterogênea no território com repercussão para as condições de vida, bem como para distintos perfis epidemiológicos. Essas diferenças territoriais são determinantes para caracterização das diferentes necessidades de saúde e como se estabelecem as ações para seus enfrentamentos, a fim de garantir os princípios norteados pelo Sistema Único de Saúde, particularmente o da equidade. A responsabilidade municipal repercute em maior autonomia para a definição de políticas e de prioridades na utilização dos recursos, exigindo uma reordenação das estratégias, garantindo o acesso qualificado dos munícipes ao sistema de saúde de forma equânime e integral.

Para cumprir esta tarefa é necessário implementar um programa de metas objetivando a otimização dos recursos através do uso adequado do sistema de regulação existente no município, reorganizando sua distribuição.

11. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1. Situação atual da rede de Atenção às Urgências

A Rede de Urgência e Emergência do município do Guarujá possui estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária situados entre a Atenção Básica e Atenção Hospitalar, funcionando de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, composta por:

- 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA's);
- 1 Pronto Socorro de Atendimento Médico de grande porte;
- 1 Pronto Socorro de Atendimento Médico de médio porte;
- 2 Prontos Socorros de Atendimento Médico de pequeno porte;

- SAMU Regional (Santos, Guarujá e Bertioga).

A Secretaria de Saúde vem enfrentando diversas dificuldades pela falta de profissionais médicos nas 5 unidades de urgência. Várias ações estão sendo implementadas, visando à redução de danos e a melhoria da qualidade de assistência.

Importante considerar a demanda das urgências psiquiátricas e conforme o Art. 5º da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que institui a rede de atenção psicossocial incluindo os equipamentos de saúde Samu, as UPAS 24 horas e as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.

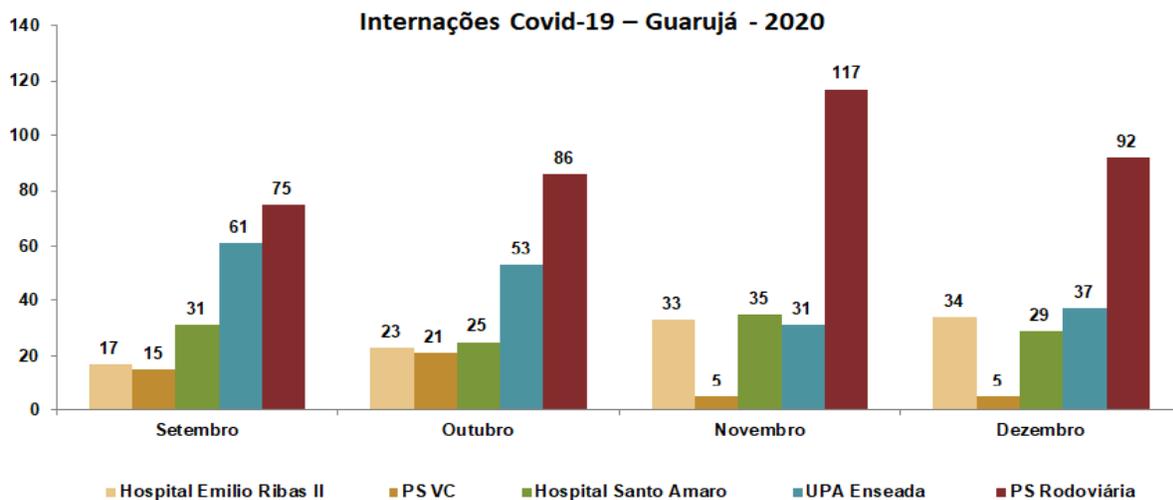
Em 2020 devido a pandemia do Covid-19 construímos com apoio Ministério Público um Hospital de Campanha, exclusivo para Covid-19, com 70 leitos sendo: 20 leitos de UTI e 50 leitos de enfermaria, sua estrutura atendeu todas as exigências do Ministério da Saúde, incluindo infraestrutura de suporte ventilatório, hemodiálise, equipe de profissionais habilitados, especialistas médicos, equipe de enfermagem treinada e qualificada para o atendimento, equipe de fisioterapia 24hs, além de aporte laboratorial e de imagem ininterruptos. Foi implantado na área da Base Aérea de Vicente de Carvalho e funcionou de 09 de maio a 07 de agosto de 2020.

Implantamos a referência para casos leves de suspeitos ou confirmados de Covid no Ambulatório de Referência em Especialidades Guarujá com 20 leitos.

Ampliamos 44 leitos no Pronto Socorro Dr. Matheus Santamaria (PS Rodoviária), além do suporte de todas as unidades de urgência e emergência da rede municipal de saúde e o apoio de duas tendas de triagem para síndrome gripal/respiratória e com suspeita de covid-19 que foram instaladas nos Prontos Socorros de Vicente de Carvalho e Rodoviária, além da instalação de pias de higienização em pontos estratégicos da cidade. Todos os serviços com capacidade de tratamento integral, com retaguarda do Hospital Santo Amaro que também teve seu contrato ampliado com leitos de UTI e Enfermaria.

Abaixo apresentamos o número de internações de usuários com suspeita ou confirmados de Covid no último quadrimestre de 2020 nos equipamentos referenciados para Covid-19.

Gráfico 32. Internações Covid-19 - 2020



Fonte: Diretoria de Regulação - Elaboração: Planejamento em Saúde

Com o início da gestão da Organização Social Aceni no PSVC em janeiro de 2021, a tenda de triagem para sintomáticos respiratório foi transferida para a UPA Enseada.

Em março de 2021 com o aumento do número de casos de Covid-19 implantamos um novo hospital de campanha com 50 leitos (2 de UTI e 48 de enfermaria) para pacientes acometidos pelo covid-19 nas instalações do CAPS AD II no Jardim Progresso.

Contamos atualmente com atendimento pediátrico nas unidades de emergência PS Dr. Matheus Santamaria, PSVC, Enseada e PS Perequê (segunda a sexta feira), um avanço para a saúde do guarujá que não mediu esforços para a ampliação desse acesso, estabelecendo referências com vistas a otimizar os serviços e garantir o atendimento.

Seguindo os pressupostos da territorialização, as unidades de urgência mantém as referências para as seguintes regiões:

11.2. Unidades de Urgência e Emergência

11.2.1. Unidade de Pronto Atendimento – UPA

A UPA Enseada é habilitada pelo Ministério da Saúde e atende em média 800 pacientes por dia e está localizada próxima à praia da Enseada, inaugurada em novembro de 2011, de acordo com sua territorialização, abrange uma população de aproximadamente 100.000 habitantes, mais a população flutuante que acessa esta região em finais de semana, feriados e alta temporada, especialmente para os condomínios fechados marinas e praias mais afastadas, localizadas neste território. Nesta unidade permanece alocada 01 (uma) Ambulância Suporte Básico de Vida (SBV), serviço de radiologia 24hs e equipe técnica composta por: Farmacêutico, Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Raio X, Técnico de Laboratório e Médico Socorrista.

11.2.2. Posto de Atendimento médico de grande porte:

O Pronto Socorro Dr Matheus Santamaria também conhecido como PAM da Rodoviária – fica, é reconhecido com equipamento de grande porte, localizado na região central próximo a Rodoviária Municipal, de acordo com sua territorialização abrange uma população aproximada de 150.000 habitantes, com uma média de atendimento de 1.200 pacientes por dia. É também utilizado como unidade para a referência de primeiro atendimento em traumatologia de todo município. Nesta unidade permanece serviço de radiologia 24hs e equipe composta por: Farmacêutico, Enfermeiro, Pediatra, Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Técnico de Raio X, Técnico de Laboratório, Médico Socorrista, Odontólogo e Assistente Social, Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal.

Devido à pandemia do coronavírus, em 2020 construímos e ampliamos a estrutura física com 44 novos leitos, todos equipados para acompanhamento e tratamento de pacientes com síndrome respiratória, suspeitos e confirmados de Covid-19. Todos os leitos foram ativados para qualquer necessidade de intervenção e cuidados semi-intensivos. Esta ação permitiu acesso a todos os munícipes que necessitavam de atendimento durante a pandemia evitando assim, desassistência aos usuários.

11.2.3. Posto de Atendimento médico de médio porte:

Pronto Socorro de Vicente de Carvalho, localizada no Distrito de Vicente de Carvalho, de acordo com sua territorialização abrange uma população de aproximadamente 150.000 habitantes é utilizada como unidade de retaguarda para os pacientes críticos do município que aguardam vaga hospitalar para internação de urgência em leitos de UTI. Nesta unidade permanece alocada 01 (uma) Ambulância Suporte Avançado de Vida (SAV), serviço de radiologia 24hs e equipe composta por: Farmacêutico, Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Técnico de Raio X, Técnico de Laboratório e Médico Socorrista.

11.2.4. Postos de Atendimento Médico de pequeno porte:

Os dois postos de atendimento médico de pequeno porte estão localizados em regiões periféricas do município, ambas com difícil acesso, distante da região central.

PS Perequê – localizado na Rodovia Guarujá-Bertioga Km 7,5 próximo à praia do Perequê, é o primeiro equipamento de saúde desde o limite (marítimo) com o município de Bertioga (aproximadamente 15 km de distância). Realiza em média 40 consultas por dia.

Evidenciamos que esta região, nos períodos de temporada, apresenta alta movimentação de pessoas, pois concentra vários condomínios e marinas. Nesta unidade permanece alocada 01 (uma) ambulância branca e equipe composta por: Enfermeiro, Clínico, Pediatra, Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

PS Santa Cruz – localizado no Bairro da Santa Cruz dos Navegantes, distante 11 Km da região central do município, trata-se de local isolado, cercado por área rural, e o único acesso ao município se faz através de uma pequena estrada municipal de mão dupla sem acostamento, com alto índice de curvas, aclives e declives aproveitando a geografia natural das encostas do morro, portanto, importante barreira geográfica. No período diurno, todos os casos são atendidos pela Equipe de Saúde da Família.

A Equipe de Urgência e Emergência atende das 19 às 7:00 horas. Nesta unidade permanece alocada 01 (uma) ambulância branca e equipe composta por: Enfermeiro, Médico Clínico e Técnico de Enfermagem

11.3. Fluxo de referências dos serviços:

1. Encaminhamento de pequenas urgências: Unidades Básicas e de Especialidades.
2. Encaminhamento de médias urgências: de acordo com a gravidade será encaminhado para as Unidades de Especialidade (UE) e/ou Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá.
3. Encaminhamento de grandes urgências: Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá

Unidade de Urgência e Emergência	Região Administrativa
PS Dr Matheus Santamaria (PAM Rodoviária)	I, III e IV
PS Vicente de Carvalho	II e IV
PS Perequê	III
PS Santa Cruz dos Navegantes	I
UPA Enseada	III

11.4. Competências das Unidades de Urgência e Emergência:

1. Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;
2. Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
3. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
4. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
5. Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
6. Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

7. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
8. Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;
9. Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro), horas para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
10. Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no item 9;
11. Prover atendimento e/ou referenciar adequadamente com serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
12. Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e
13. Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.

11.5. SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Guarujá foi implantado em 15 agosto 2011, com a Central de Regulação SAMU instalada na cidade de Santos, por ser habilitado pelo Ministério da Saúde como SAMU Regional Litoral Norte.

Ao longo desses anos o SAMU Regional Litoral Centro Norte da Baixada Santista (Santos, Guarujá e Bertioga), vem sendo estruturado de acordo com as normas vigentes e com a Central de Regulação Informatizada.

Em julho de 2021 reinauguramos em parceria com a Universidade Unoeste, a Base Descentralizada do Boa Esperança com uma nova estrutura com capacidade para o funcionamento do serviço.

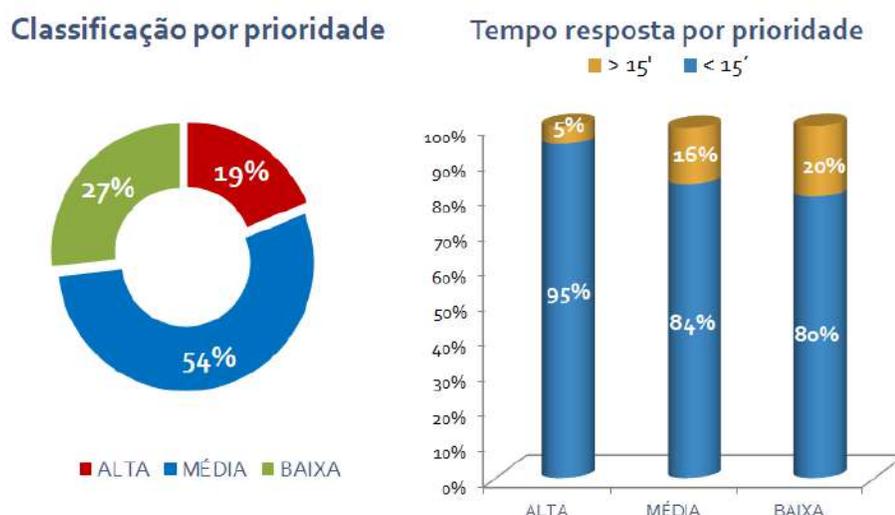
Contamos atualmente com 4 equipes de Suporte Básico (USB), uma equipe de Suporte Avançado (USA) e distribuídas nas diferentes regiões da cidade de Guarujá, conforme segue:

- BASE Boa Esperança;

- BASE Guaibê;
- BASE UPA Enseada;

Além de 2 motolâncias na Base Boa Esperança que atuam com agilidade e eficiência, diminuindo tempo resposta ao atendimento aos munícipes.

Gráfico 33. Classificação e Tempo Resposta por prioridade - 1º Quadrimestre de 2021.



Fonte: SAMU – Diretoria de Urgência e Emergência

O tempo-resposta tem relação direta também com a mobilidade urbana, fluxo viário e condições de trânsito, que em horário de pico, dificultam a circulação de veículos de urgência, ainda assim, mantivemos o tempo resposta nas altas prioridades no 1º Quadrimestre de 2021 em menos de 15 minutos, demonstrando a qualidade do serviço.

Com vistas a melhoria da resposta dos chamados ao SAMU, para este quadriênio temos a intenção de ampliar o quadro de Recursos Humanos, para compor mais uma ambulância de suporte básico, assim como a implementação do Núcleo de Educação Permanente do SAMU para aprimoramento dos profissionais.

A adequação do quadro de recursos humanos para a composição das equipes permitirá atender ao proposto pela Portaria GM/MS 1010/2012, que prevê a qualificação do componente SAMU.

12. REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE E REMOÇÃO

A Regulação, devido à sua natureza, funciona como um grande observatório da saúde e atua no CONHECER as demandas, FORMALIZAR protocolos, PACTUAR compra de serviços de saúde, ORDENAR ofertas e APOIAR a gestão, permeando todas demais áreas da Saúde.

Já consolidada, a Regulação do Guarujá é reconhecida regionalmente pela estrutura e pelo desenvolvimento de suas ações sempre de forma organizada, sistematizada e de alta performance, permanentemente em consonância e compromisso com o cidadão e os serviços ofertados. Desde sua implantação, os avanços são enormes e contínuos, capacitação e treinamentos da equipe interna são constantes, sempre objetivando melhorar a integração da rede de saúde e por consequência representar e atender cada vez melhor aos anseios da população.

Em Guarujá, tanto a regulação ambulatorial, que prevê a ponte entre a demanda das necessidades das unidades de saúde, no quesito de consultas e exames, quanto a regulação hospitalar, que se refere à regulação da demanda por acesso à leitos hospitalares, são instrumentalizadas através da ferramenta SISREG III, distribuída ao município de forma gratuita e on-line (via internet), pelo Ministério da Saúde. Estas características são decisivas para que a engrenagem possa ser eficiente e derivar relatórios atualizados para uma melhor tomada de decisão.

Em meados de 2019, a partir do estudo dos nossos indicadores de saúde que acenavam na iminente necessidade de agir na questão de atendimento cardiovascular, foi possível conquistar um serviço terceirizado para realização de cateterismos, fato que trouxe grande alegria em poder garantir maior resolutividade na assistência aos pacientes. Também foi possível conquistar a aquisição de próteses cirúrgicas para a realização de procedimentos da traumatologia, há tempos represados. Avanços estes que foram conquistados por uma ação coordenada e organizada da Diretoria de Regulação, que compila as demandas e ofertas.

Em 2020, com advento da pandemia, através da regulação hospitalar, foi possível monitorar a ocupação e trabalhar no melhor planejamento das ações possíveis no enfrentamento da covid-19.

Agora em 2021, na continuidade do monitoramento da ocupação covid, como também de todos os represamentos de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, a propositura de novas ações que

possam modificar e aliviar demandas, estão sendo estudadas e novas propostas já concretizadas para avançar na organização das ofertas de serviços.

Também neste ano, com o objetivo de facilitar e garantir o acesso das informações, aos munícipes e gestores, sobre a situação epidemiológica do novo coronavírus em Guarujá, a Diretoria de Regulação, através da Regulação de Atenção à Saúde, disponibilizou um painel de informações da COVID-19. A plataforma foi desenvolvida através de uma parceria entre a empresa “Imagem” e a Secretaria Municipal de Saúde, e pode ser acessada por qualquer cidadão, gratuitamente, através do link: <https://www.guaruja.sp.gov.br/painelcovid>.

Através dos dados gerados pela Diretoria de Vigilância em Saúde, as informações são atualizadas diariamente, e tem auxiliado na conscientização da população sobre a doença. A plataforma fornece, entre outras coisas, um mapa de casos suspeitos, óbitos, faixa etária, bairros, quantidade de doses de vacina aplicada, dentre outros. Vale destacar que o sistema é o mesmo utilizado diversas instituições nacionais e internacionais, como, por exemplo, a prestigiada Universidade Johns Hopkins, referência durante a pandemia pela agilidade da atualização dos dados.

Como macro funções da DRAAC, podemos elencar:

- Elaborar anualmente e avaliar mensalmente o Plano Operativo do Hospital Santo Amaro;
- Participar nos Grupos Condutores Municipais e Regionais das redes temáticas (principalmente da rede Cegonha, Obesidade e Oncologia);
- Construir, pactuar e repactuar os Planos de Ação Municipais e Regionais das redes temáticas;
- Participar nas discussões loco-regionais através da Câmara Técnica (CT), Colegiado de Gestão Regional (CGR) e Colegiados Grupos de Redes;
- Referência na Região Metropolitana para implantação dos sistemas SISREG III e SISPRENATAL WEB;
- Participar do Programa “SANTAS CASAS SUSTENTÁVEIS” da Secretaria Estadual de Saúde;
- Participar da sala de situação do Gabinete de Crise para o enfrentamento da pandemia, com ênfase no monitoramento da ocupação de leitos, e painel covid.

Para demonstrar a evolução da Diretoria de Regulação, apontaremos as principais conquistas dentro de cada área de atuação:

12.1. Regulação do Acesso

Na Regulação Ambulatorial ocorre todo o gerenciamento de ofertas municipais e regionais:

- Através do SISREG, regulam-se todas as ofertas municipais de consultas especializadas e exames diagnósticos, além de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;
- Através do CROSS (Central de Regulação e Organização de Serviços de Saúde) são gerenciadas as ofertas regionais no âmbito estadual, mais especificamente acesso ao AME (Ambulatório Médico de Especialidades) e ao Hospital Guilherme Álvaro;
- Todas as ações regulatórias, para além de ofertas pré-pactuadas, são analisados todos os pedidos das unidades de saúde com vistas a determinar o melhor recurso possível a ser solicitado para a instância estadual, por meio de contato eletrônico e também telefônico;
- Todos os grandes gargalos e possíveis vazios assistenciais são discutidos em colegiado para propostas de intervenção;
- Através do SISREG são regulados os acessos a todas as internações hospitalares de urgência;
- Monitorar o acesso das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) ao sistema CROSS para solicitação de vagas de UTI, e
- Supervisionar leitos contratualizados.

12.2. Regulação da Atenção à Saúde

A Regulação da Atenção à Saúde apoia as ações da Regulação do Acesso e permeia as demais áreas de saúde na medida em que dispõe de serviços que influenciam no desenvolvimento de diversas áreas.

- Realiza o processamento do faturamento ambulatorial e hospitalar através de definição de tetos, aprovação da produção apresentada e processamento informações ao Ministério da Saúde;
- Regula o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos através do Módulo Autorizador, além de receber, validar e autorizar procedimentos de Média e Alta Complexidade;
- Realiza gestão do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), CADSUS (Cartão Nacional de Saúde) e todos os Sistemas de Informação do DATASUS (GIL, SISCAN, SISPRENATAL WEB, E-SUS, E-SUS MAIS MÉDICOS, entre outros);

- Atua como parte integrante da Tecnologia da Informação oferecendo suporte aos usuários tanto em sistemas de informação pertencentes ao DATASUS, como em hardware;
- Planeja e implanta sistemas de informação através de treinamentos, capacitações e monitoramento;
- Avalia a produção própria e contratada.

Como necessidade de novos aportes, destacamos a criação do cargo de Faturista SUS visando garantir a alocação de profissionais qualificados para alimentação dos sistemas de informação, como meio de permitir melhor avaliação de indicadores de saúde através da coleta de informações fidedignas.

Finalmente, a criação do Componente Municipal de Auditoria aparece como uma necessidade que depende da contratação de profissionais auditores (multiprofissionais) para planejar e executar auditorias em terceiros e em próprios, atuando junto à Avaliação e Controle.

12.3. Transporte Sanitário

Contando com 23 veículos sendo 14 vans de doze lugares (04 adaptadas) + 06 minivans de sete lugares e 03 ambulâncias, o setor de transporte sanitário remove pacientes acamados, debilitados, impossibilitados de serem removidos em transporte comum e que necessitem realizar tratamento no próprio município ou em outros municípios.

Apontam-se como principais atendimentos, as remoções para consultas em especialidades, hemodiálise, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, curativos, exames e altas hospitalares. Cabe destacar que muitos procedimentos são realizados em São Paulo e ainda há procedimentos realizados em Santos por vezes no período noturno, como é o caso da radioterapia. Essas condições exigem organização e logística de forma a atender da melhor maneira possível às demandas por este serviço.

Também viabiliza o transporte para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), devidamente referenciado conforme Portaria SAS nº 55/1999 e, contando com o Serviço Social dentro do setor da Remoção também realiza o atendimento às solicitações que demandem fornecimento de vale transporte para tratamento de saúde, de pacientes com patologias pactuadas como a oncologia e hemodiálise, por exemplo, para o recebimento desse benefício.

13. GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Com a incorporação do Sistema Único de Saúde no país houve uma reorientação das políticas de saúde até então vigentes. No Guarujá, a qualificação da gestão do SUS apresenta desafios, onde destaca-se a não formalização de elementos básicos norteadores da ação gestora, até a dificuldade de formação e remuneração específicos para atuação neste campo. Apesar das dificuldades encontradas, o município tem fortalecido seus instrumentos de planejamento. Nos últimos dois anos, documentos importantes como Relatórios de Gestão, Programações Anuais e Planos Estratégicos específicos vêm sendo desenvolvidos e acompanhados por todos os setores da Secretaria de Saúde, além de outros setores como Conselho de Saúde e Câmara de Vereadores.

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

Com este enfoque e para alcance de resultados, a SESAU versa sobre os objetivos a serem perseguidos por todos os atores envolvidos na gestão do SUS do Guarujá visando principalmente a qualificação e a sustentabilidade.

13.1. Financiamento

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal com recursos próprios destas esferas e de outras fontes suplementares de financiamento. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3o do art. 159, todos da Constituição Federal.

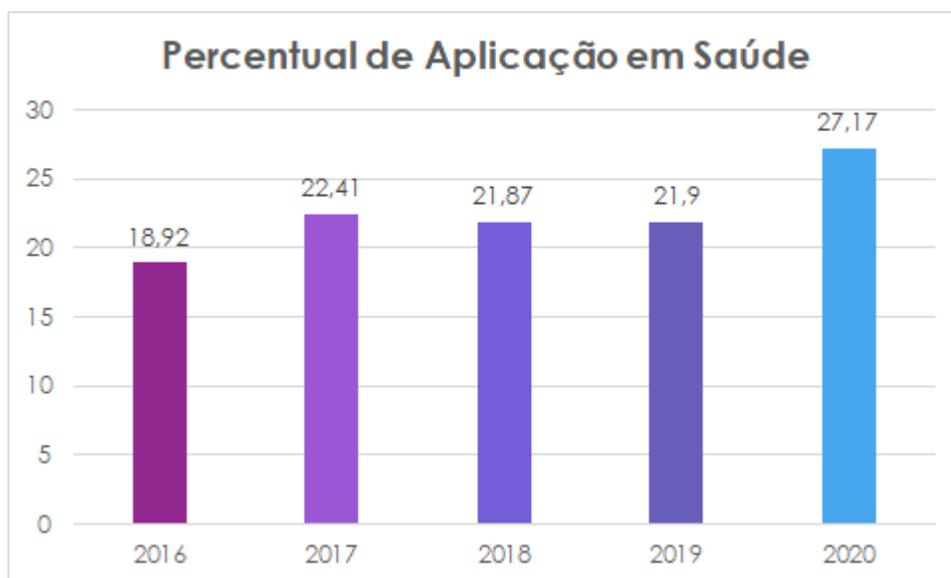
As transferências (regulares ou eventuais) da União para estados e municípios estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo

Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores dos diferentes níveis possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Seguindo a Constituição Federal, Guarujá vem aplicando mais de 15% em saúde.

Os Gráficos que seguem evidenciam a aplicação em saúde dos últimos 04 anos dos período de 2016 a 2020:

Gráfico 34. Percentual de aplicação em Saúde



Fonte: Financeiro ADM SESAU

13.2. Repasse de Recursos

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

como de fortalecer a estrutura das equipes dos serviços de apoio, principalmente da equipe administrativa financeira para tais atribuições e demandas.

13.3. Previsão Financeira e Orçamentária:

O Orçamento Previsto para 2022 é de aproximadamente 420 milhões de reais, sendo que destes, o Município investe mais de 18% do orçamento municipal em saúde. Para o próximo exercício espera-se uma efetiva participação do Governo do Estado de São Paulo no financiamento das ações de saúde no Guarujá, bem como um aumento na captação de recursos oriundos do Governo Federal.

13.4. Gestão de Recursos Humanos

Para a realização das suas atividades envolvendo áreas meio e áreas fim, a SESAU apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos (municipais e federais), cargos em comissão, servidores com contrato temporário, estagiários, aprendizes e funcionários celetistas que trabalham na ESF (Agentes Comunitários de Saúde) Com os vínculos apontados, a SESAU no primeiro quadrimestre de 2021 contou com 1.793 trabalhadores, conforme .

Quadro 9. Demonstrativo dos Recursos Humanos do 1º Quadrimestre 2021:

SERVIDORES EM ATUAÇÃO	QUANTIDADE
Servidores Efetivos	1.611
Cargos em Comissão	22
Estagiários	67
Aprendizes	05
Estaduais	09
Temporários (urgência)	79
TOTAL	1.793

Fonte: Recursos Humanos SESAU

O déficit orçamentário não permitiu ampliação no quadro de funcionários, ocasionando na necessidade de remanejamento e de horas extras, para com isto evitar a desassistência.

Além disso, as substituições temporárias por Licenças de Saúde e outras licenças, exigem planejamento estratégico, sendo ainda um desafio para o próximo quadriênio na SESAU.

De acordo com a Tabela, verifica-se que o quantitativo predominante na SESAU é o de servidores municipais estatutários. A execução da Estratégia de Saúde da Família e a do Pronto Socorro Dr. Matheus Santamaria (PAM Rodoviária) está sob intervenção da prefeitura no contrato da Organização Social Pró Vida. Para minimizar os dados até que seja realizado concurso público no ano de 2022, estamos em andamento com o processo seletivo para diversos profissionais (atendente administrativo, assistente social, auxiliar de farmácia, auxiliar de saúde bucal, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico de enfermagem e técnico em raio x), atualmente em fase de chamamento, para assumir as Unidades de Saúde da Família, Equipes de NASF e PS Dr Matheus Santamaria.

A gestão, permanecerá investindo no alinhamento, de modo a garantir a qualidade do serviço prestado, salientando as premissas de receptividade e acolhimento no tratamento aos usuários dos serviços de saúde

Por fim, faz-se necessário reforçar situações de Gestão dos Recursos Humanos, que apresentam interface, inclusive, com outras Secretarias, e que seguirão com ênfase e destaque para o quadriênio do Plano Municipal de Saúde, dando sequência à qualificação da gestão em consonância com a Prefeitura Municipal como um todo.

14. PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O Planejamento é um processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinados objetivos (Paim e Teixeira, 2006, p. 76). Nesse sentido, para a Secretaria Municipal de Saúde consiste principalmente na elaboração de planos e programas governamentais, demonstrando as necessidades populacionais em saúde diagnosticadas pela gestão do SUS. Em uma perspectiva nacional estratégica, define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (Caderno 2 PlanejaSUS, 2006). Da mesma forma, o planejamento do SUS em Guarujá atua

com sua organização de forma sistêmica, integrada com todas as Diretorias, atualmente mantém uma equipe mínima (1 enfermeira, 1 nutricionista, 2 técnicos administrativos e apoio de um engenheiro) contando também em sua estrutura com a Educação Permanente em Saúde e a Residência Médica de Família e Comunidade (1 enfermeira, 1 assessoria e 1 médica) esta integração facilitou principalmente participação nas tomadas de decisão da gestão, aproximando o planejado ao executado. É considerada uma atividade meio, de ação transversal e de apoio às atividades de execução em saúde.

14.1. Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde, segundo Ceccin, tem o quadrilátero composto por suas ações junto à formação, gestão, assistência em saúde e controle social, pautados em ações crítico reflexivas. Promover para que o Controle Social caminhe para sua autonomia, ao estudante o aprendizado em prática e voltado para o SUS, a gestão com construção de ações planejadas, eficientes e de formato horizontalizado e ao trabalhador em saúde promover o pensamento crítico reflexivo sobre os processos de trabalho e sua atuação no SUS. A EPS atua em meio fértil, pois convive com a assistência onde promove as ações reflexivas e ao mesmo tempo com a gestão com suas metas e meios para alcançá-la, isso torna um lugar privilegiado para ligar as necessidades de ambos e promover o trabalho em sinergia. Nos últimos quatro anos foram lançadas a base de sua implantação com a publicação dos seguintes instrumentos: a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, a partir destes foi possível o avanço e expansão da EPS municipal, como no desenvolvimento do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino e Serviço (COAPES), que objetiva reorganizar as relações do SUS municipal como campo de estágio na área da saúde, importante destaque pois o município tem recebido investimentos de instituições de ensino em nível universitário na área da saúde, caminhando para ser um importante pólo regional universitário na área. Este tipo de contrato também auxilia no investimento em educação dos profissionais e apoio à expansão da APS, por fim maior qualidade na assistência à comunidade e na formação dos futuros profissionais que irão trabalhar no município.

Outro ponto importante é o apoio e mobilização da EPS junto aos gestores estimulando para repensar o modelo de gestão a ser adotado, principalmente na Atenção Primária em Saúde (APS), re-adequando seu

direcionamento para reduzir a alta rotatividade de profissionais, estabelecer bases sólidas para o desenvolvimento de uma área que deveria atender 80% dos problemas de saúde da população.

A aprovação e início da Residência de Medicina de Família e Comunidade é um grande passo em direção a qualificação da assistência com uma medicina baseada em evidências, muito mais efetiva e eficaz. As metas para os próximos anos são a sua expansão e implantação da Residência Multidisciplinar, assim formando no SUS para trabalhar no SUS.

Fortalecer e ampliar as ações de EPS municipal, com a formação de facilitadores, especialistas em Metodologias Ativas, visando um profissional crítico, conhecedor de seu papel e comprometido com as metas e valores do SUS e da SESAU. Assim a EPS tem muito a oferecer para oportunizar as mudanças substanciais necessárias para qualificação da atenção à saúde municipal, devendo investir em sua expansão.

14.2 Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) foi instituído por meio da Lei Municipal Nº 4854 de 06/11/2020, regulamentada pelo Decreto Municipal Nº 13992 de 07/11/2020 e aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, em seu Parecer SISCNRM/MEC 1020/2019 de 31/10/2019 e Portaria SAPS/MS Nº 11 de 19/02/2020 em consonância com as Normas e Resoluções emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (CNRM/SESu/MEC), para o ano de 2020.

Foram ofertadas 04 vagas para o ingresso no programa de residência com início em março de 2021. Atualmente os residentes atendem à 1 equipe na Usafa Jd Brasil e 1 equipe na Usafa Jd Las Palmas, estando sob supervisão direta de preceptores e supervisores. Para o ano de 2022 são almejadas 10 vagas para os residentes ingressantes no primeiro ano do programa.

A proposta da implementação do PRMFC vêm ao encontro da necessidade do município em ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, além de qualificar a rede de atenção básica à saúde, estabilizar e vincular o médico generalista na equipe de saúde da família, com a criação de cargos de médicos de família, melhorando assim os indicadores de saúde municipal.

14.3. Competências da Diretoria de Planejamento da Saúde

- Prestar assistência ao Secretário Municipal de Saúde, na tomada de decisões e na formulação de programas e projetos referentes à organização geral da saúde;
- Propor soluções, de curto, médio e longo prazo, da população, conciliando com as receitas financeiras provenientes do tesouro, de convênios, de emendas parlamentares e de recursos estaduais e federais;
- Coordenar e elaborar os instrumentos relativos à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão, Pactuação de Indicadores de Saúde, dentre outros;
- Participar da elaboração dos instrumentos de gestão municipal: Plano Plurianual (PPA), Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA);
- Acompanhar o andamento dos projetos, definindo metas e prazos;
- Atuar como facilitador dos projetos que envolvam outras Secretarias (Planejamento, Infraestrutura e Obras, Governo, Regularização Fundiária, Educação e Meio Ambiente);
- Facilitadora nas discussões de projetos técnicos avaliados pela Vigilância Sanitária Municipal e Regional de Saúde (DRS IV) para emissão de Laudo Técnico de Avaliação (LTA);
- Articular em parceria com a Secretaria de Planejamento os projetos de construção, ampliação e reformas de Unidades de Saúde, através de estudos envolvendo eleição de prioridades, modelo de atenção, acessibilidade geográfica, definição de necessidades tecnológicas e arquitetônicas (tipo de salas, quantidades e fluxo interno), em acordo com a legislação vigente;
- Alimentar os Sistemas de Monitoramento e Controle do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- Elaborar propostas para Educação Continuada e Humanização dos servidores da Secretaria de Saúde;
- Elaborar planos de trabalho para formalização de convênios, contratos de repasse, termos aditivos entre outros;
- Levantar junto a Regularização Fundiária novas áreas para futuras construções de unidades de saúde e regularização de titularidade;

15. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

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

O Conselho Municipal de Saúde possui uma Sede própria, com acesso a telefone e internet, onde realiza as reuniões ordinárias e extraordinárias, além de reuniões entre diversas comissões. Conta ainda com um veículo para as fiscalizações in loco que possibilita aos conselheiros melhor agilidade nas fiscalizações.

Desafios para o quadriênio:

- Reativação dos Conselhos Gestores Locais nas Unidades da Atenção Primária.
- Melhoria na infraestrutura da sala de reuniões que necessita de adequação para prover acessibilidade ao público com necessidades especiais, conforme determina a legislação.

Neste ano, o Guarujá com representantes da Secretaria de Saúde e do Conselho de Saúde, realizaram toda a preparação e organização da XIII Conferência Municipal de Saúde entre os meses de junho e julho com o tema: "**Os enfrentamentos do SUS diante da nova realidade em decorrência da Pandemia**".

Foram realizadas 3 Pré - Conferências nos dias 10, 17 e 24 de junho por região administrativa de forma híbrida no modo online e presencial, provendo acesso a todos em pontos estratégicos do município como segue abaixo:

Data de 10/06/2021 - Igreja Matriz de Guarujá;

Data de 17/06/2021 - Igreja Batista em Vicente de Carvalho;

Data de 24/06/2021 - Teatro Procópio Ferreira.

Em 14/07/2021 realizamos a XIII Conferência Municipal de Saúde, de forma híbrida de modo online e presencial nas dependências do Teatro Procópio Ferreira, onde tivemos participação de várias entidades de classe, representantes de associações de bairros e outras representações.

Importante destacar que a XIII Conferência superou nossas expectativas e foi a primeira cidade da Baixada Santista a realizar de forma remota, utilizando de tecnologia de aplicativos que facilitaram o processo para a conclusão das propostas com êxito.

Da XIII Conferência originaram-se 45 propostas para melhoria da área da Saúde no município, das quais foram eleitas 15 prioritárias sendo 5 propostas aprovadas por cada eixo como segue:

Eixo 1 “ Saúde como Direito”

1. Pleitear a implantação do AME GUARUJÁ;
2. Implantar o sistema de Prontuário eletrônico;
3. Ampliar a oferta de especialidades médicas para o diagnóstico precoce;
4. Realizar concurso público a todos os profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde;
5. Ampliar a Estratégia de Saúde da Família, garantindo a contratação, por concurso público, dos profissionais de saúde e equipe NASF, permitindo assim, a fixação e continuidade desses profissionais;

Eixo 2 “Princípios e Diretrizes do SUS”

1. Garantir o atendimento de Oncologia nos três níveis de Atenção com Recursos de Alta Complexidade;
2. Implantar o Prontuário Eletrônico em toda a Rede de Atenção à Saúde do município de Guarujá ;
3. Aprimorar o acolhimento de Oncologia para redução do tempo de espera e início do tratamento em tempo oportuno;
4. Realizar concurso público a todos os profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde;
5. Ampliar o quadro de Recursos Humanos da Vigilância em Saúde (Epidemiológica e Sanitária);

Eixo 3 "Financiamento do SUS ”

1. Pleitear recurso estadual e federal de investimento para a construção do Hospital municipal com 200 leitos;

2. Aumento de RH, pois o número de profissionais não supre a necessidade da crescente demanda de saúde mental que vem se agravando, em especial por conta da pandemia, desta maneira, com a contratação de Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Recepcionista;
3. Hospital um em Vicente de Carvalho e outro na enseada hospital sua sem vínculo com iniciativa privada;
4. Propor a revisão e atualização dos valores da tabela SUS custeados pelo Ministério da Saúde em todos os níveis de atenção;
5. Pleitear recurso estadual/federal de custeio para o funcionamento do Hospital municipal.

16. TERCEIRO SETOR

Terceiro Setor é aquele que não é público e nem privado, no sentido convencional desses termos, porém, guarda uma relação simbiótica com ambos, na medida em que ele deriva sua própria identidade da conjugação entre a metodologia deste com as finalidades daquele. Ou seja, o Terceiro Setor é composto por organizações de natureza “privada” (sem o objetivo do lucro) dedicadas à consecução de objetivos sociais ou públicos, embora não seja integrante do governo (Administração Estatal).

Podemos, assim, conceituar o Terceiro Setor como o conjunto de organismos, organizações ou instituições sem fins lucrativos dotados de autonomia e administração própria, que apresentam como função e objetivo principal atuar voluntariamente junto à sociedade civil visando ao seu aperfeiçoamento.

Para Maria Tereza Fonseca Dias “tem-se como terceiro setor o conjunto de pessoas jurídicas de direito privado, institucionalizadas e constituídas conforme a lei civil, sem fins lucrativos, que perseguem finalidades de interesse público”.

O Terceiro Setor em Saúde é o departamento da Secretaria de Saúde responsável por coordenar a formalização e controle de contratos de gestão, termos de colaboração, termos de fomento, acordos de cooperação e convênios. Atualmente estão vigentes os seguintes ajustes:

Contratos de Gestão:

- Organização Social Pró Vida - devido a irregularidades constatadas nas prestações de contas dos contratos de gestão nº 27/2018, 67/2019, 68/2020 e 153/2020, a municipalidade decretou intervenção, com a finalidade de não causar desassistência em 15 Unidades de Saúde da Família, 03 Equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (Nasf) e a maior unidade de Pronto Socorro do município PS Prof Dr Matheus Santamaria (PAM da Rodoviária), desde 11/03/2021 com prazo para finalização da intervenção até março de 2022.

- ACENI – Associação das Crianças Excepcionais de Nova Iguaçu - Contrato nº 179/2020. Objeto: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados na unidade de Pronto Socorro de Vicente de Carvalho – 24hs (Adulto e Infantil).

Termos de Colaboração:

- Parceira: Associação de Pais e Amigos dos Autistas do Guarujá - APAAG - Contrato nº 035/2019 - Objeto: Atendimentos indicados à inclusão, reabilitação e tratamento de pessoas com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de transtorno do espectro autista e seus familiares, por meio de trabalho interdisciplinar das áreas de assistência social, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia;

- Parceria: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Guarujá - APAE - Contrato nº 042/2019 - Objeto: Atendimento especializado em saúde nas áreas de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social e psicopedagogia, objetivando a prevenção e reabilitação de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e/ou deficiências múltiplas concomitantes e seus familiares;

- Parceira: Centro de Recuperação de Paralisia Infantil e Cerebral do Guarujá - CRPI - Contrato nº 043/2019 - Objeto: Atendimento especializado objetivando promover atendimentos indicados à inclusão social de crianças e adolescentes com deficiência física, múltipla (leve, moderada e severa) e auditiva, com prioridade para estimulação precoce de crianças de zero a três anos e onze meses de idade;

Termos de Fomento:

- Parceira: República da Vida - Prevenção e Auxílio Comunitário ao Toxicômano - Contrato nº 001/2019 - Objeto: Acolhimento social, sob modelo psicossocial, as pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 50 anos, em caráter voluntário, como pessoas em situação de rua, autores de ato infracional, portadores de HIV, entre outros, em situação de risco e vulnerabilidade, com a problemática da dependência química, além de contemplar os respectivos familiares, com vistas a contribuir para a reorganização social, reestruturação de famílias e seus valores, na modalidade Comunidade Terapêutica;
- Parceira: Ong Ação Comunitária - Contrato Nº 022/2019 - Objeto: Prestação de Serviços nas Áreas de Fisioterapia e Hidroterapia para usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Guarujá;
- Parceira: Instituto Professor Amaro de Araújo Lima Sobrinho - INPRA - Contrato nº 045/2020 - Objeto: Prestação de serviços especializados de fisioterapia ortopédica e neurológica para os moradores do bairro de Santa Cruz dos Navegantes – Guarujá/SP, no âmbito do SUS;
- Parceira: Associação de Valorização de Desenvolvimento Social - AVDS - Contrato nº 086/2020 - Objeto: Desenvolvimento e aplicação do projeto: "Disseminação de conhecimento - supervisão clínica institucional e capacitação para os profissionais da saúde mental da Secretaria de Saúde de Guarujá”.

17. PROTEÇÃO E BEM ESTAR ANIMAL

A Diretoria de Proteção e Bem Estar Animal foi criada em 2018 e vem desempenhando ações de promoção, cuidado e tratamento de animais. Sua existência é de fundamental importância para o atendimento clínico dos animais da população de baixa renda e para o controle da população de cães e gatos do município.

Considerando a Lei Estadual nº 12.916/2008 que proibiu a eutanásia de cães e gatos pelos órgãos de controle de zoonoses e que existem políticas públicas, promoção da guarda responsável e outras ações que permitem um controle eficaz da natalidade desses animais.

O serviço realiza diversos procedimentos entre consultas, resgate de animais abandonados em vias públicas, atendimento de vistorias de maus tratos, doação de animais, cirurgias de castrações, cirurgias de emergência (piometra, prolapso de intestino e cesarianas), cirurgia de tumor de mama, entre outras.

Atualmente são realizadas em média 480 consultas e 270 castrações mensalmente.

A equipe conta com 1 Diretor de Bem Estar e Proteção Animal, 6 Veterinários, 1 Coordenador, 2 Recepcionistas, 1 Telefonista, 2 Auxiliares de Limpeza e 4 Agentes Operacionais (tratadores).

Guarujá, 30 de agosto de 2021

Sandro Luiz Ferreira de Abreu

Secretário de Saúde



PREFEITURA DE
Guarujá

| Secretaria de Saúde

Anexo I

Planejamento Estratégico Situacional (PES)

2022 a 2025

Guarujá

2021