

# Plano Municipal de Saúde de Louveira



## *Prefeitura Municipal de Louveira*

### **Prefeito**

Eleutério Bruno Malerba Filho

### **Vereadores**

Ailton Domingues  
Antonio Marcos de Oliveira Ferreira  
Edmar Pinheiro de Lima  
Estanislau Steck  
João Evangelista Pereira  
José Clodoaldo Martins  
Reginaldo Fernando Lourençon  
Reginaldo Rodrigues de Souza  
Ricardo Barbosa

### **Secretária da Saúde**

Stella Marcondes Machado Kaschel

### **Equipe de Planejamento e Execução**

Fernando Servidone Magri – Planejamento e Educação em Saúde  
Maria Madalena P. C. Cruz – Diretora da Vigilância em Saúde  
Pedro de Oliveira Lourenço – Planejamento e Educação em Saúde  
Ricardo de Pinho Galego – Médico Coordenador da UAC  
Roseli Aparecida de Souza – Coordenadora da Saúde Bucal  
Vanessa Andréa de Souza Baulé – Coordenadora Médica



## Apresentação

O Plano Municipal de Saúde aqui apresentado é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas. Atuará como instrumento de trabalho de referência para a gestão da saúde no município de Louveira, no quadriênio 2009-2012, permitindo a adoção de estratégias de intervenções intersetoriais, capazes de modificar a realidade sanitária/epidemiológica indesejável, ao mesmo tempo envolvendo um maior número de atores na busca da melhoria e qualidade de vida, nos níveis de saúde e no apoio ao desenvolvimento social da população, alvo final de todos os esforços.

Mais do que o cumprimento das exigências formais previstas nas leis 8.080/90 e 8.142/90, o Plano concretiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS. Trata-se de um trabalho conjunto de profissionais, usuários e dirigentes do SUS, cujo resultado é a interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade. A conformação do Plano, decorrente de vários eventos específicos, teve como referencial básico o Plano Plurianual – PPA, o Relatório de Gestão de 2008, das contribuições da 4ª Conferência Municipal de Saúde - ocorrida em Julho de 2009.

O Plano Municipal de Saúde encontra-se estruturado com seguinte lógica:

- 1 - Princípios, prioridades e objetivos;
- 2 - Análise situacional da saúde no município de Louveira;
- 3 - Compromissos da Gestão - sistematizado em eixos, linhas prioritárias, objetivos, diretrizes e metas;
- 4 - Monitoramento e avaliação.

A operacionalização do Plano se dará mediante programas e projetos, nos quais são definidas ações e atividades específicas, culminando em consequências práticas de sua execução. Por fim, cabe informar que o Plano é dinâmico, sendo revisto a cada ano em conformidade com as necessidades indicadas no monitoramento e avaliação.

*Stella Marcondes Machado Kaschel*

Secretária Municipal da Saúde



## Sumário

INTRODUÇÃO .....	5
ANÁLISE DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS .....	7
1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS .....	9
1.1 PERFIL POPULACIONAL .....	9
1.2 ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER .....	10
1.3 TAXA DE FECUNDIDADE .....	11
1.4 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO .....	11
1.5 TAXA DE NATALIDADE .....	11
2. INDICADORES SOCIAIS .....	12
2.1 EDUCAÇÃO .....	12
2.2 RENDA .....	13
2.3 SANEAMENTO BÁSICO .....	13
2.4 ÍNDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL – IPRS .....	14
2.4.1 RIQUEZA .....	16
2.4.2 LONGEVIDADE .....	17
2.4.3 ESCOLARIDADE .....	18
2.4.4 SÍNTESE .....	19
2.5 O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL - IDH-M .....	19
2.5.1 EVOLUÇÃO .....	19
2.5.2 SITUAÇÃO EM 2000 .....	19
3. INDICADORES DE SAÚDE .....	20
3.1 MORTALIDADE GERAL .....	20
3.2 A MORTALIDADE INFANTIL .....	22
3.4 MORTALIDADE MATERNA .....	23
3.5 MORBIDADE .....	23
3.6 MORBIDADE HOSPITALAR .....	24
3.7 NASCIDOS VIVOS .....	25
3.8 DESNUTRIÇÃO .....	25
ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE .....	27
4.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	27
4.2 ATENÇÃO BÁSICA .....	28
4.3 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA .....	29
4.4 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR .....	30
4.5 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	31
4.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	32
4.7 SAÚDE MENTAL .....	32
ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE .....	34
5.1 FINANCIAMENTO .....	37
5.2 CONTROLE SOCIAL .....	38
OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS .....	40
6.1 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA .....	40
6.2 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA .....	47
6.3 INTEGRALIDADE NAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	49
6.4 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO HOSPITALAR E ALTA COMPLEXIDADE .....	51
6.5 INTEGRALIDADE DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL .....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
ANEXOS .....	54



## Introdução

Os Planos de Saúde constituem importante instrumento de orientação das políticas do setor e, portanto, devem contemplar as perspectivas dos gestores, técnicos e conselheiros de saúde frente às necessidades epidemiológicas, estruturais e assistenciais identificadas periodicamente.

Para a estruturação do Plano Municipal de Saúde, adotou-se estrutura e método sugeridos no *Caderno de Planejamento do SUS* - volume 2 – o que motivou um amplo processo de debate entre técnicos, gestores e representantes do Conselho de Saúde.

A 4ª Conferência Municipal de Saúde realizada em julho de 2009 constituiu fórum de discussão para a construção e a consolidação das propostas. Os representantes puderam contribuir por meio de atividades de grupo na identificação dos problemas prioritários de saúde em Louveira, assim como na definição de ações e metas para o enfrentamento dos referidos problemas.

Os eixos orientadores das prioridades foram: (1) Integralidade na Atenção Básica e Especialidade; (2) Integralidade nas Ações da Vigilância em Saúde; (3) Integralidade na Atenção Hospitalar e Alta Complexidade; (4) Papel da Participação e Controle Social na Busca na Integralidade.

O Plano Municipal de Saúde está organizado em quatro capítulos. O Capítulo I apresenta a análise situacional sócio-demográfica. O Capítulo II descreve os problemas prioritários referentes às condições de saúde. O Capítulo III demonstra as condições de gestão em saúde. No Capítulo IV apresenta as diretrizes e ações do presente plano e as considerações finais.



## *Capítulo 01*

### *Análise Situacional da Saúde no*



## Município de Louveira

### ANÁLISE DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

O povoado foi fundado em 1639, pelo espanhol Gaspar de Louveira, que foi responsável pela plantação das primeiras videiras na região. Em 31 de março de 1872, foi inaugurada a Estação Ferroviária e a linha férrea da Companhia Paulista de Estradas de Ferro. Louveira esteve vinculada a Jundiaí por mais de 300 anos, passando a bairro de Vinhedo em 1948, quando este se emancipou de Jundiaí. Em 30 de dezembro de 1953, foi elevado a distrito do município de Vinhedo e obteve sua autonomia político-administrativa. O município de Louveira foi criado pela Lei Estadual nº. 8092, de 28 de fevereiro de 1964 e instalado oficialmente no dia 21 de março de 1965, com diplomação e posse do seu primeiro prefeito Dr. Odilon Leite Ferraz, juntamente com os vereadores num total de nove.

Louveira pertence à região administrativa de Campinas e Região de Jundiaí (72 km da capital do Estado de São Paulo). Sua extensão territorial é de 54km<sup>2</sup>, sendo dividida em 61,70% em área rural e 38,30% área urbana, a topografia é acidentada com pequenas extensões planas. Apresenta altitude de 665m acima do nível do mar. Possui clima temperado, com temperatura média anual aproximada de 21°.

Faz divisa com os municípios de Jundiaí, Itatiba, Itupeva e Vinhedo. E as distancias respectivamente são: 10 km, 8 km, 12 km, 7 km. É cortado de sudeste a noroeste pelo Rio Capivari.



O acesso ao município de Louveira se dá por meio das rodovias estaduais (SP-330, SP-63, SP-328, SP332) e também pelo ramal ferroviário da FERROBAN.

A rede de atendimento municipal é composta por:

03 UBS - Unidades Básicas de Saúde:

- PAS – Posto de Saúde Antonio Carlos dos Santos  
Rua Antonio Chicalhone, 193 – Bairro Santo Antonio – Louveira/SP
- CSIII – Centro de Saúde III de Louveira  
Rua Frederico Zanella, 315 – Vila Nova – Centro – Louveira/SP
- Posto de Saúde Gilberto Ajar (Monterrey)  
Av. Gualicho, s/nº - Monterrey – Louveira/SP

01 Vigilância à Saúde

Av. Armando Steck, nº 184 – Centro – Louveira/SP

01 Centro de Especialidades Médica/Odontológicas

Rua das Rosas, s/nº - Bairro Santo Antonio – Louveira/SP

01 Ambulatório de Saúde Mental

Rua Capitão Álvaro Pereira, nº 44 – Vila Bossi – Louveira/SP

Serviços Referenciados:

- Hospital (Santa Casa de Misericórdia de Louveira, Hospital São Vicente de Paula, Santa Casa de Misericórdia de Itatiba, Hospital Universitário de Jundiaí, entre outros).
- Ghelfond Diagnóstico Médico (São Paulo), Ateal (Associação Terapêutica de Estimulação Auditiva e Linguagem – Jundiaí), Angioscan (Jundiaí), Endogastro (Jundiaí), Dimen (Campinas).
- Laboratório de Patologia Clínica
- Serviço de Reabilitação
- Exames de diagnósticos complementares de média e alta complexidade (Anexo I)





## 1. INDICADORES DEMOGRAFICOS

### 1.1 PERFIL POPULACIONAL

De acordo com a estimativa do IBGE, a população do município de Louveira, neste ano de 2009, é de 33.262 mil habitantes, sendo 49,92% constituído de mulheres e 50,08% de homens. Em relação ao censo de 2000 (23.903 habitantes) houve um acréscimo de 39,15%. A densidade demográfica do município é de 622,70 hab/km<sup>2</sup>.

POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO, 2009.

ANO	POPULAÇÃO	MÉTODO
2009	33.262	Estimativa
2008	32.406	Estimativa
2007	30.404	Estimativa
2006	29.552	Estimativa
2005	28.692	Estimativa
2004	27.001	Estimativa
2003	26.258	Estimativa
2002	25.513	Estimativa
2001	24.916	Estimativa
2000	23.903	Censo

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.

A taxa de crescimento anual da população diminuiu, tendo por comparação o período de 1991-2000 com uma taxa média de 4,55% e o período de 2000-2009 com uma taxa de 3,49%.

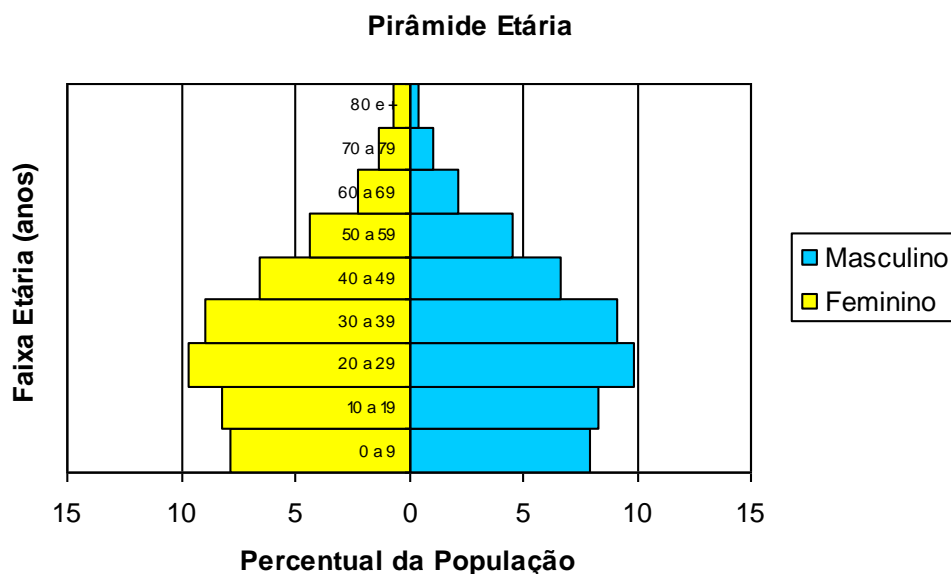
Dentro dos valores da população estratificada por faixa etária e sexo, estimada para 2009, destaca-se o grupo entre 20 e 39 anos, correspondendo a aproximadamente 38% do total. Os maiores de 80 anos residentes no município correspondem apenas 1,13%, do total, sendo que 62,43% das pessoas nesta faixa etária são mulheres. Comparando-se a estrutura etária da população nos anos de 2000 e 2009, percebe-se alteração na forma da pirâmide etária, em virtude da transição demográfica que, entre outras causas, foi afetada pela queda de mortalidade infantil, queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida. Em consequência, houve um aumento significativo em todos os grupos etários, tendo as crianças abaixo de 10 anos, um aumento de 22,81% (de 4.257 para 5.228), a população adulta de 20 a 59 anos e a população idosa com um aumento de 50%,



migrando de 13.226 para 19.883 e 1.764 para 2.659, respectivamente. A faixa etária de 10 a 19 anos em termos proporcionais aumentou aproximadamente 18% passando de 4.656 para 5.492.

POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, 2009.			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor 1	246	236	482
1 a 4	1.030	1.010	2.040
5 a 9	1.351	1.355	2.706
10 a 14	1.349	1.318	2.667
15 a 19	1.426	1.399	2.825
20 a 29	3.290	3.223	6.513
30 a 39	3.023	2.981	6.004
40 a 49	2.209	2.194	4.403
50 a 59	1.507	1.456	2.963
60 a 69	724	745	1.469
70 a 79	359	453	812
80 e +	142	236	378
Ignorada	0	-	-
<b>Total</b>	<b>16.656</b>	<b>16.606</b>	<b>33.262</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.



## 1.2 ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

O indicador "esperança de vida ao nascer" mensura a probabilidade de tempo de vida média da população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Seu aumento sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população. A esperança de vida ao nascer cresceu 0,65 anos, passando de 71,16 anos em 1991 para 71,81 anos em 2000.



	1991	2000
Esperança de vida ao nascer (Anos)	71,16	71,8

### 1.3 TAXA DE FECUNDIDADE

O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego. Do ano de 1.991 para o ano 2.000 houve redução de aproximadamente 4%, passando de 2,6 para 2,5 filhos por mulher.

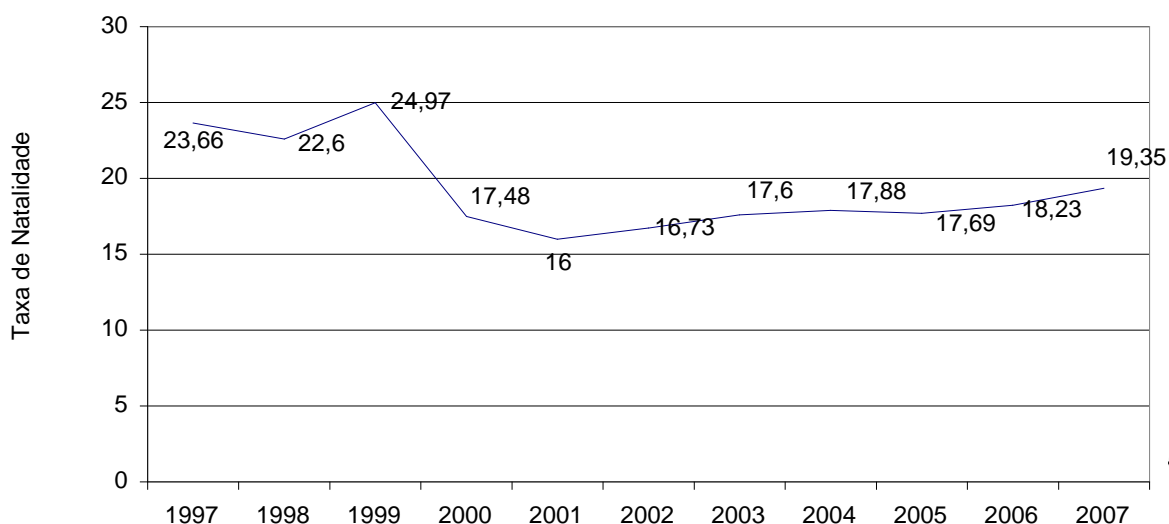
	1991	2000
Taxa de Fecundidade Total (filhos por mulher)	2,6	2,5

### 1.4 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

O índice de envelhecimento apresenta uma tendência crescente, quando se observa que em 2.000 este índice era de 33,67, e em 2.009 subiu para 35,87 pessoas com 65 anos ou mais de idade para cada 100 jovens menores de 15 anos.

### 1.5 TAXA DE NATALIDADE

Na série disponível entre o período de 2.000 a 2.007 observa-se um decréscimo do índice até 2.005, tendo a partir de 2.006 um aumento de aproximadamente 6% para o ano de 2.007.



## 2. INDICADORES SOCIAIS

### 2.1 EDUCAÇÃO

*Nível Educacional da População Jovem, 1991 e 2000*

Faixa etária (anos)	Taxa de analfabetismo		% com menos de 4 anos de estudo		% com menos de 8 anos de estudo		% frequentando a escola	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
7 a 14	7,3	5,0	-	-	-	-	87,8	97,2
10 a 14	2,5	1,4	53,8	32,4	-	-	86,6	96,6
15 a 17	2,1	2,7	19,8	7,0	79,1	47,1	43,8	82,0
18 a 24	5,3	1,0	21,7	11,7	72,4	44,0	-	-

- = Não se aplica

*Nível Educacional da População Adulta (25 anos ou mais), 1991 e 2000*

	1991	2000
Taxa de analfabetismo	16,0	10,6
% com menos de 4 anos de estudo	44,6	31,8
% com menos de 8 anos de estudo	83,4	72,0
Média de anos de estudo	4,0	5,2



## 2.2 RENDA

Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade.	1991	2000
Renda per capita Média (R\$2.000)	283,1	341,3
Proporção de Pobres (%)	13	10,5
Índice de Gini	0,46	0,47

A renda per capita média do município cresceu 20,56%, passando de R\$ 283,06 em 1991 para R\$ 341,25 em 2.000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2.000) diminuiu 19,21%, passando de 13,0% em 1.991 para 10,5% em 2.000. A desigualdade cresceu: o Índice de Gini<sup>1</sup> passou de 0,46 em 1991 para 0,47 em 2000.

## 2.3 SANEAMENTO BÁSICO

	1991	2000
Água Encanada	98,8	99,5
Energia Elétrica	100	100
Coleta de Lixo*	83,9	98,7

\*Somente domicílios urbanos

<sup>1</sup> O índice de GINI mede o grau de distribuição da renda (ou em alguns casos os gastos com o consumo) entre os indivíduos em uma economia. Medido com referência ao desvio de uma distribuição perfeita, um índice de GINI zero implica uma perfeita equanimidade na distribuição da renda, enquanto que um índice de **100** implica perfeita desigualdade.



## 2.4 ÍNDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL – IPRS

O IPRS acompanha o paradigma que sustenta o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Esse modelo pressupõe que a renda *per capita* é insuficiente como único indicador das condições de vida de uma população e propõe a inclusão de outras dimensões necessárias à mensuração de tais aspectos de uma sociedade. Assim, além da renda *per capita*, o IDH incorpora a longevidade e a escolaridade, adicionando-se assim as condições de saúde e de educação das populações, gerando um indicador mais abrangente de suas condições de vida.

O indicador de **riqueza** municipal procura captar, ao mesmo tempo, a riqueza do município (por intermédio das variáveis consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços e valor adicionado *per capita*) e a renda familiar (por meio das variáveis consumo de energia elétrica residencial e rendimento médio dos empregados no setor privado com carteira assinada e no setor público).

Para a dimensão **longevidade**, optou-se por um indicador fundamentado em quatro tipos de mortalidade, em detrimento da esperança de vida usada no IDH, o que, a rigor, permite captar as condições médias da mortalidade de determinada região para todos os grupos de idade. Essa escolha baseou-se no forte componente inercial que um indicador como a esperança de vida carrega, o que o torna incapaz de revelar as particularidades da mortalidade em diferentes regiões. Assim, o indicador de **longevidade** do IPRS é expresso pela combinação das seguintes taxas de mortalidade específicas: perinatal; infantil; de pessoas na faixa etária de 15 a 39 anos e daquelas com idade igual ou maior que 60 anos.

Na construção do indicador de **escolaridade**, enfatizou-se a situação escolar de crianças, adolescentes e jovens. As razões para isso foram, em primeiro lugar, o fato de que o nível de escolaridade dos jovens e adolescentes reflete, com maior precisão, a situação geral do sistema de ensino nos últimos anos e, em segundo lugar, porque os jovens comporão a força de trabalho no futuro. Assim, os locais com menor escolaridade nesses segmentos populacionais tendem e tenderão a exhibir, em geral, mais problemas no que diz respeito à futura inserção desses



indivíduos no mercado do trabalho, o qual tem se mostrado crescentemente seletivo em termos de escolaridade.<sup>2</sup>

Dimensões	Componentes	Contribuição para o indicador sintético
Riqueza municipal	Consumo residencial de energia elétrica	44%
	Consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços.	23%
	Remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público	19%
	Valor adicionado fiscal per capita	14%
Longevidade	Mortalidade perinatal	30%
	Mortalidade infantil	30%
	Mortalidade de adultos de 15 a 39 anos	20%
	Mortalidade de adultos de 60 anos e mais	20%
	Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental	36%
Escolaridade	Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos com pelo menos quatro anos de escolaridade	8%
	Porcentagem de jovens de 18 a 19 anos que concluíram o ensino médio	36%
	Porcentagem de crianças de 5 e 6 anos que freqüentam a pré-escola	20%

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

Ano	Município
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Riqueza	2004 55
	2006 60
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Longevidade	2004 73
	2006 70
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Escolaridade	2004 53
	2006 68
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS	2004 Grupo 2 - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais.
	2006 Grupo 2 - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais.

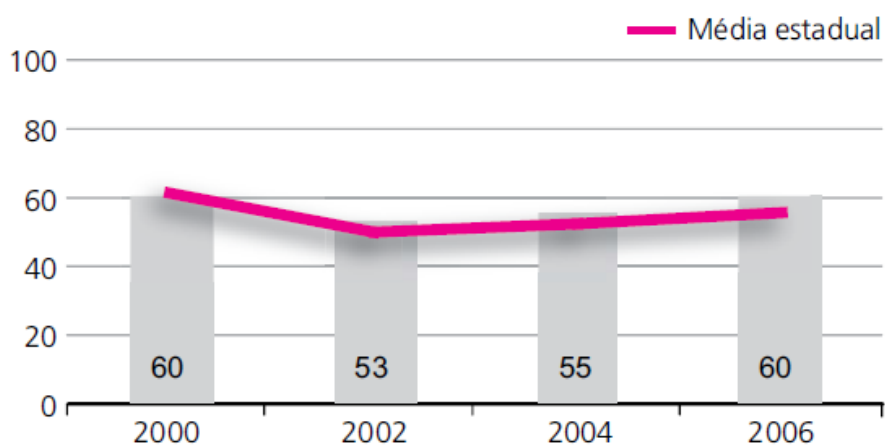
Fonte: Fundação Seade. Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

<sup>2</sup> PNUD. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros. Brasília, PNUD, 1998.



### 2.4.1 RIQUEZA

Louveira ocupou as seguintes posições no *ranking* de riqueza:



Comportamento das variáveis que compõem esta dimensão no período 2004-2006:

- o consumo anual de energia elétrica por ligação no comércio, na agricultura e nos serviços cresceu de 15,2 MW para 20,0 MW;
- o consumo de energia elétrica por ligação residencial variou de 2,1 MW para 2,3 MW;
- o rendimento médio do emprego formal elevou-se de R\$ 1.255 para R\$ 1.365;
- o valor adicionado *per capita* aumentou de R\$ 71.703 para R\$ 105.770.

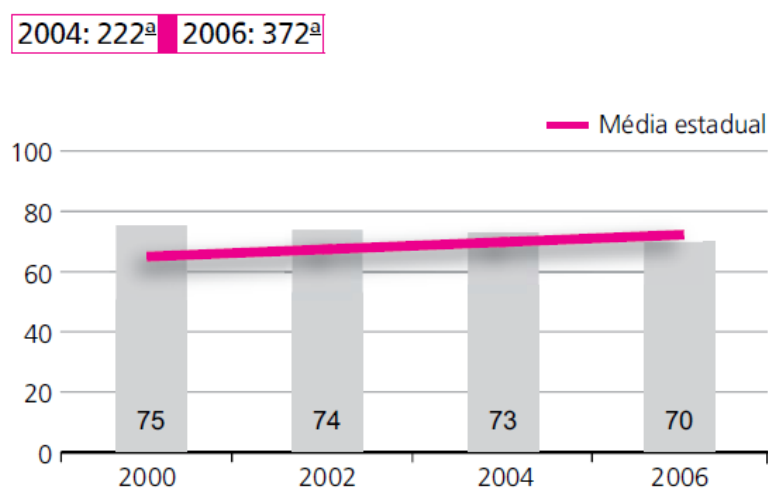
Louveira continua superando a média estadual no escore de riqueza e avançou nesse *ranking*, resultado do melhor desempenho de seus indicadores de riqueza no período.





## 2.4.2 LONGEVIDADE

Louveira ocupou as seguintes posições no *ranking* de longevidade:



Comportamento das variáveis que compõem esta dimensão no período 2004-2006:

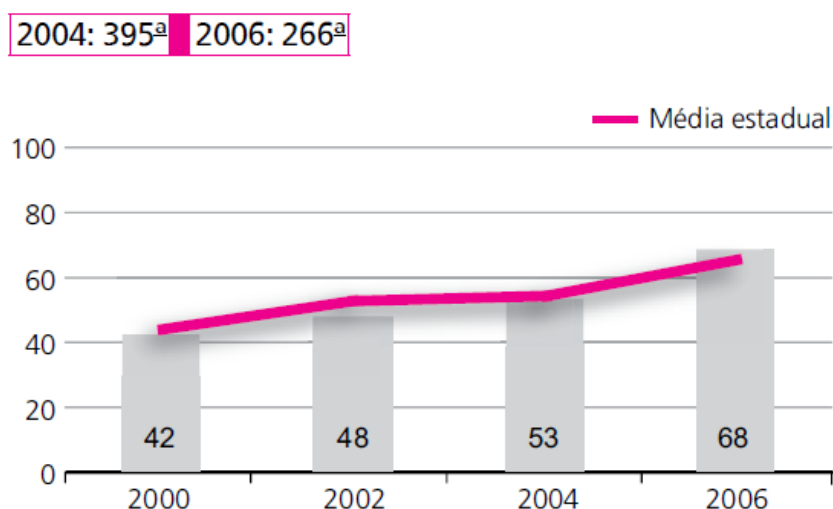
- a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) aumentou de 6,9 para 12,2;
- a taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos) cresceu de 13,8 para 17,0;
- a taxa de mortalidade das pessoas de 15 a 39 anos (por mil habitantes) reduziu-se de 1,9 para 1,7;
- a taxa de mortalidade das pessoas com 60 anos e mais (por mil habitantes) diminuiu de 40,5 para 37,4.

Louveira reduziu seu escore nesta dimensão e ficou abaixo do nível médio estadual. Em consequência da elevação de suas taxas de mortalidade, retrocedeu no *ranking*.



### 2.4.3 ESCOLARIDADE

Louveira ocupou as seguintes posições no *ranking* de Escolaridade:



Comportamento das variáveis que compõem esta dimensão no período 2004-2006:

- a proporção de pessoas de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental cresceu de 63,0% para 72,5%;
- o percentual de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos quatro anos de estudo elevou-se de 96,2% para 99,9%;
- a proporção de pessoas de 18 a 19 anos com ensino médio completo aumentou de 31,1% para 53,1%;
- a taxa de atendimento à pré-escola entre as crianças de 5 a 6 anos variou de 99,0% para 98,4%.

O indicador agregado de escolaridade no município aumentou entre 2004 e 2006, situando seu escore acima do nível médio no Estado. Desse modo, o município melhorou sua posição no *ranking*.



#### 2.4.4 SÍNTESE

O município teve seus indicadores agregados de riqueza e escolaridade crescentes, em oposição à queda na longevidade. Em termos de dimensões sociais, o escore de longevidade ficou abaixo do nível médio do Estado, enquanto o de escolaridade superou a média estadual.

#### 2.5 O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL - IDH-M

	1991	2000
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,750	0,800
Educação	0,766	0,874
Longevidade	0,769	0,780
Renda	0,715	0,746

##### 2.5.1 EVOLUÇÃO

No período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Louveira cresceu 6,67%, passando de 0,750 em 1991 para 0,800 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 72,0%, seguida pela Renda, com 20,7% e pela Longevidade, com 7,3%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, 1 - IDH) foi reduzido em 20,0%. Se mantivesse esta taxa de crescimento do IDH-M, o município levaria 18,6 anos para alcançar São Caetano do Sul (SP), o município com o melhor IDH-M do Brasil (0,919).

##### 2.5.2 SITUAÇÃO EM 2000

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Louveira é 0,800. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8) Em relação aos outros municípios do Brasil, Louveira apresenta uma situação boa: ocupa a 559ª posição, sendo que 558 municípios (10,1%) estão em situação melhor e 4948 municípios (89,9%) estão em situação pior ou igual. Em relação aos outros



municípios do Estado, Louveira apresenta uma situação boa: ocupa a 169ª posição, sendo que 168 municípios (26,0%) estão em situação melhor e 476 municípios (74,0%) estão em situação pior ou igual.

### 3. INDICADORES DE SAÚDE

#### 3.1 MORTALIDADE GERAL

**Mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo Grupo de Causas - 2006.**

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	2,9	3,4	1,5	1,3	2,1
Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	25,7	31,0	18,5	19,2	21,0
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	33,3	17,1	51,7	38,5	41,0	33,6
Doenças do aparelho respiratório	14,3	-	-	-	-	11,4	6,9	20,0	19,2	14,0
Algumas afecções originadas no período perinatal	71,4	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5
Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	50,0	31,4	3,4	3,1	2,6	11,9
Demais causas definidas	14,3	100,0	-	-	16,7	11,4	3,4	18,5	16,7	14,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM

**Mortalidade em Louveira por Residência, segundo Grupo de Causas, em Número Absoluto - 2008.**

Grupo de Causas	Total	%
Doenças do aparelho circulatório	52	28,2
Neoplasias (tumores)	33	17,9
Doenças do aparelho respiratório	31	16,2
Causas externas de morbidade e mortalidade	15	8,1
Causas endócrino-metabólicas	10	5,4
Algumas afecções originadas no período perinatal	8	4,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	2,7
Demais causas definidas	30	16,3
<b>Total</b>	<b>184</b>	

Fonte: SIM/VE 2009.

O quadro geral de mortalidade mostra que as maiores causas de óbito no município são as **Doenças do aparelho circulatório** e corresponderam a 33,6% das causas de morte em 2006 e 28,2% em 2008. Destacam-se nesse grupo



as doenças **isquêmicas do coração** e as doenças **cerebrovasculares**, por serem as mais frequentes.

Em segundo lugar vêm as **Neoplasias** com 21% em 2006 e 17,9% em 2008. As neoplasias do Aparelho Digestivo, totalizando 15 dos 33 casos em 2008, lideraram as causas desta patologia no município, motivando a organização de ações pela Secretaria Municipal da Saúde para detecção precoce e seu adequado tratamento.

Em terceiro lugar vêm as **doenças do aparelho respiratório**, com 14% do total em 2006 passando para 16,8% em 2008.

Um grupo de causas importantes, e que se coloca em quarto lugar são as **Causas externas** com 11,9% e 8,1% respectivamente.

#### Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas

Causa do Óbito	(por 100.000 habitantes)						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AIDS	4,2	-	3,9	3,8	-	-	3,4
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	16,3	-	23,2	37,6	21,2	6,9
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulher)	-	-	-	7,7	-	-	13,7
Infarto agudo do miocárdio	50,2	64,2	31,4	19,0	70,4	48,8	57,5
Doenças cerebrovasculares	37,7	56,2	39,2	60,9	33,3	52,3	33,8
Diabetes mellitus	12,6	24,1	11,8	7,6	11,1	13,9	13,5
Acidentes de transporte	33,5	12,0	27,4	45,7	37,0	27,9	16,9
Agressões	8,4	4,0	7,8	-	11,1	13,9	16,9

Fonte: SIM

#### Outros Indicadores de Mortalidade

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total de óbitos	131	135	138	140	146	151	147
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,5	5,4	5,4	5,3	5,4	5,3	5,0
% óbitos por causas mal definidas	2,3	2,2	3,6	5,7	3,4	3,3	2,7
Total de óbitos infantis	4	3	4	2	5	3	8
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	-	-	1
% de óbitos infantis no total de óbitos *	3,1	2,2	2,9	1,4	3,4	2,0	5,4
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	-	-	12,5
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	9,6	7,5	9,4	4,6	10,4	5,9	14,8

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

\*\*considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM/SINASC

#### Mortalidade por Neoplasia por residência em Louveira no ano de 2008

	Total	%
Sistema digestivo	15	45,5



Pulmão	6	16,2
Mama	2	6,0
Pele	2	6,0
Próstata	2	6,0
Leucemia	1	3,1
Outros	5	15,2

Fonte: SIM/VE

### 3.2 A MORTALIDADE INFANTIL

Taxa de mortalidade Infantil no Brasil e Louveira

Região/Ano	1991	2000	2008*
Louveira	20,1	14,8	14,19
Brasil	45,3	29,6	23,3

Fonte: IBGE, Censos

\*Sinasc/VE

Em municípios com populações inferiores a 80.000 hab é mais indicado que se monitore o número absoluto dos nascimentos e óbitos, pois em função do pequeno número de nascimento o coeficiente está mais sujeito a distorções.

Este índice reflete, de uma maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. A queda da mortalidade infantil é uma tendência nacional e, no município de Louveira no período de 1991 a 2008, observou-se que o coeficiente de mortalidade infantil caiu quase pela metade nos últimos 20 anos, passando de 20,1 (1991) para 14,19 óbitos (2008) menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos.

Entretanto, observou-se uma tendência crescente deste indicador nos últimos 5 anos, necessitando o desenvolvimento de políticas públicas prioritárias para a qualificação e o controle do pré-natal, integrada à assistência hospitalar conveniada.

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2007	19,35
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2008	14,19
Número absoluto de óbitos de residentes menores de 1 ano	2007	8
Número absoluto de óbitos de residentes menores de 1 ano	2008	9



Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2008	12,50
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)	2007	17,01
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)	2008	80,75
Partos Cesáreos (Em %)	2008	60,56
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2007	6,63
Gestações Pré-termo (Em %)	2006	7,7
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2007	6,83

Fonte: Seade/Perfil municipal.  
Saúde.gov.br/sispacto

### 3.4 MORTALIDADE MATERNA

A taxa de mortalidade materna é considerada como um excelente indicador de saúde das mulheres em idade reprodutiva. No ano de 2008, em Louveira foram computadas duas mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério, com 100% dos casos investigados oportunamente, visando subsidiar intervenções para redução deste indicador no município. Entretanto a taxa de cesáreas passou de 52,30% em 2007 para 60,56% no ano de 2008. Durante este ano foram acompanhadas 634 gestantes. A cobertura de consultas de pré-natal neste período alcançou 80,7%, das gestantes com 7 ou mais consultas, 14,9% das gestantes com 4 a 6 consultas e 3,47%, menos de 3 consultas. Três gestantes não realizaram pré-natal no município no ano de 2008. Pretende-se aprimorar a qualidade da atenção perinatal com a integração da atenção básica e hospitalar, criando uma rede local de saúde da mulher e gestante. Fortalecer o vínculo com a gestante, garantindo o mínimo de consultas de pré-natal recomendado (sete ou mais consultas), seu preparo para o parto normal e para a amamentação<sup>3</sup>.

### 3.5 MORBIDADE

Os dados de morbidade ainda são muito restritos no município e a análise a seguir se limitará às doenças de notificação compulsória, registradas por meio do Sistema de informações de agravos notificáveis - SINAN e as informações levantadas pela equipe da Vigilância à Saúde de Louveira, no ano de 2008.

Destaque-se que a **Dengue** permanece como um problema de saúde no município com 22 casos suspeitos e 4 casos confirmados no ano, todos importados de outros municípios da região. Apesar da queda no número de casos na região permanecem os esforços no combate ao vetor, pois se verifica que ele ainda está

<sup>3</sup> Fonte: SINASC/VE (2009)



presente motivando ações de forma contínua para controle desta endemia.

Entre os agravos de maior incidência, destaca-se a **Varicela** que mesmo não fazendo parte da lista nacional de doenças de notificação obrigatória, se constitui um agravo de interesse local, tendo em vista a grande incidência, a característica de sazonalidade e de regularidade nas notificações, além de ser uma doença típica da região. As notificações motivaram bloqueio de sete unidades escolares. No ano de 2008 foram notificados 507 casos de Varicela no município.

A **Hepatite**, cuja notificação diz respeito apenas aos vírus dos tipos A e B, teve uma incidência de apenas dois casos neste mesmo ano.

É importante notar que o município não tem casos de **Sífilis congênita** sendo que o Ministério da Saúde, baseado na recomendação da OPAS, preconiza para controle a incidência de até 1 caso por 1.000 nascidos vivos.

Entre as **Doenças exantemáticas** aqui se referem à apenas os casos de rubéola, foram 7 casos suspeitos e quatro confirmados no município.

A **Meningite** apresenta-se como um importante agravo de notificação e sua incidência foi de apenas um caso de meningite meningocócica.

Uma das doenças de preocupação mundial, principalmente pelo seu poder de disseminação é a **AIDS**. Não se dispõe de dados municipais, pois todos os casos são acompanhados na Unidade de Acompanhamento das Moléstias Infecciosas (MI) em Jundiá, mas pretende-se acompanhar os usuários residentes no município, pelas equipes de vigilância epidemiológica e de saúde quando da implantação do PSF.

A **Tuberculose** tem se mostrado persistente em todo Brasil e vem se mantendo no município com número anual de casos registrados entre cinco a seis.

Nota-se que a prevalência de **Hanseníase** vem caindo tanto em razão das medidas de controle e dos novos esquemas terapêuticos estabelecidos, quanto em função do plano de eliminação dessa doença ao nível federal. A meta recomendada pelo ministério da saúde é de menos de um caso para cada 10.000 habitantes. Foram 5 casos em Louveira no ano, com uma taxa de prevalência de 1,5/10.000 hab em 2008, acima do recomendado pelo MS.

### 3.6 MORBIDADE HOSPITALAR

Os dados de morbidade e internação hospitalar são restritos no município por dificuldades locais relativas ao acompanhamento, avaliação e controle da gestão municipal, que estão sendo sanadas por meio da efetiva implantação da UAC.

Devido a falhas de integração entre os setores da saúde, com a necessidade de intervenção municipal no hospital, cujo custeio depende quase que exclusivamente de verbas públicas do fundo municipal de saúde. Desta





forma, as informações a seguir foram obtidas através do Sistema de informações hospitalares - SIH-SUS de 2007.

A primeira causa de internação no município foi o grupo de causas ligadas a **gravidez, parto e puerpério** com o percentual de 21,9%. O segundo grupo de causas se refere às **doenças do aparelho respiratório** com 14,5% das internações. Na sequência, aparecem as internações por **Sintomas e Sinais a esclarecer** e doenças do **aparelho circulatório**, com 11,8% e 8,9% respectivamente. Merecem destaque as hospitalizações por **lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas** que ocuparam a sexta causa de internação no município.

#### Distribuição percentual das causas das internações no município de Louveira em 2007.

Causas de Internação	%
Gravidez/Parto/Puerpério	21,9
Doenças do aparelho respiratório	14,5
Causas mal definidas	11,8
Doenças do aparelho circulatório	8,9
Doenças do aparelho digestivo	8,1
Lesões de envenenamento e intoxicações	6,2
Doenças infecciosas e parasitárias	4,0
Neoplasias	3,4
Outros	21,2

Fonte: SIH/SUS/Datasus, 2009

### 3.7 NASCIDOS VIVOS

O baixo peso é um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer tem se mantido entre 3,0 % e 10,1% no município, nos últimos 9 anos, alcançando em 2007 o percentual de 6,63%. Os partos em mães adolescentes representam uma parcela bastante significativa, tendo apresentado ligeira queda no período de 1997 a 2005 de 24,1% para 14,4%. Em 2007, observou-se uma taxa de 17,01%. Fonte: Sinasc/Datasus. Um fator importante refere-se aos partos cesáreos que ocorrem com grande frequência e chegam próximo a 60%. O Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, estabelece a taxa de 25% como desejável. O número de gestantes que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal é de 80,7% em 2008, mas pretende-se atingir a meta recomendada de 100%, com ações humanizadas e de qualidade.

### 3.8 DESNUTRIÇÃO

De acordo com os dados registrados no SIAB (Sistema de informações da atenção básica), a proporção de desnutridos vem reduzindo



ano a ano em todo o Brasil. Em 2008 o município registrou o percentual de 2,96%<sup>4</sup> de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade. Entretanto, entre os fatores que contribuíram para esse resultado positivo, destacam-se as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde multiprofissionais relacionadas aos bons hábitos alimentares e de apoio ao aleitamento materno exclusivo com a introdução alimentar oportuna após os seis meses; bem como à subnotificação dos casos de desnutrição leve.

---

<sup>4</sup> SISPACTO (2008)



## Capítulo 02

### *Análise em Relação às Condições de Saúde*

#### ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Neste eixo são consideradas para análise as linhas prioritárias da Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Assistência Farmacêutica. Inclui-se também neste contexto o processo de construção de um novo Sistema Municipal de Saúde traduzido na constituição de redes estratégicas, pautadas no princípio da integralidade e na centralização do usuário, envolvendo os níveis de atenção: básica, média e alta complexidade.

#### 4.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Neste eixo, são consideradas para análise as linhas prioritárias da **Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de Zoonoses e Vigilância Ambiental**. A Vigilância à Saúde de Louveira tem por concepção de trabalho a integração das vigilâncias sanitária e epidemiológica, incluindo a vigilância ambiental e zoonose, tendo por objetivo com base no conceito ampliado de saúde como bem estar físico e social, estabelecer ações voltadas para prevenção de agravos e promoção em saúde.

Tem como principais características: intervenção sobre problemas de saúde em seus diferentes períodos do processo saúde-doença; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas e atuação de ações intersetoriais no município.

Neste momento, a Vigilância em Saúde, além da continuidade das ações já realizadas, objetiva a realização das metas pactuadas no plano de Vigilância



Sanitária (PDVISA), e propõe no campo da Vigilância Epidemiológica a ampliação desta área de atuação, incorporando a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, superando o processo inicial de trabalho restrito às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória. Para tanto, se faz necessário a estruturação de uma nova vigilância que incorpore novos profissionais e que seja revista a estrutura organizacional hoje existente.

Outra importante diretriz desta área é a implantação de uma unidade de resposta imediata às emergências epidemiológicas, no intuito do município estar preparado para enfrentar as doenças e agravos emergentes e reemergentes no contexto mundial, como pandemias ou a reintrodução de doenças já erradicadas como a poliomielite ou em fase de erradicação, como o sarampo.

Pretende-se, também, implantar o Centro de Controle de Zoonoses. É importante destacar que as ações de controle de zoonoses devem ter caráter eminentemente preventivo.

A área de Vigilância Ambiental teve inicialmente seu foco de ação na vigilância da qualidade da água de abastecimento. É de grande importância a ampliação de suas ações, além da estruturação organizacional desta área dentro da Secretaria Municipal da Saúde.

## 4.2 ATENÇÃO BÁSICA

A Secretaria Municipal da Saúde de Louveira buscará o ajuste organizacional para o aprimoramento da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde em todos os níveis de atenção, com o propósito de consolidar a estratégia do Programa Saúde da Família – PSF, como parte integrante da **Atenção Básica** e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, não restringindo este nível de atenção à oferta de elenco de procedimentos, mas a um conjunto de ações que contemple a integralidade da atenção, resultando na qualidade de vida e propiciando melhora nas condições de saúde da comunidade.

A rede básica municipal é composta de 3 unidades que se constituem como primeiro contato do acolhimento e a formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo também o local prioritário para que o exercício da clínica do cuidado aconteça. Cumprirá ainda a função essencial de coordenar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos serviços na rede de atenção.

O município, até meados de 2009, não possui nenhuma unidade de Programa de Saúde da Família – PSF, dificultando a estruturação da atenção básica, já que não se priorizava a promoção e prevenção, e sim a assistência curativa.



Reitera-se no Plano Municipal de Saúde 2009-2012, o compromisso com a implantação dessa estratégia que visa ao desenvolvimento da organização da atenção básica.

A Saúde Bucal no município de Louveira, realiza assistência odontológica de bebês a terceira idade em 2 unidades de saúde com procedimentos curativos e preventivos. O desafio está no planejamento organizacional das atividades visando a ampliação do acesso da população e também alcançar maior cobertura no tratamento completado dos escolares. Outro ponto de transformação no programa de saúde bucal municipal é a integração com as demais áreas da saúde, com prontuário único.

### 4.3 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

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

Na **Média Complexidade Ambulatorial** estão inclusos a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, ressaltando-se o seu caráter complementar e suplementar à atenção básica, respaldando, assim, a redução da demanda para a alta complexidade.

A estruturação visa à programação para esse nível de assistência, equilibrando os serviços básicos de saúde para se expandirem de forma crescente com acompanhamento da demanda especializada, de forma progressiva e proporcional. Destaca-se também a incorporação de procedimentos mais complexos, antes realizados com internação hospitalar e que hoje podem ser desenvolvidos na rede ambulatorial.

A falta de um mecanismo de regulação e de sistemas informatizados não permite visualizar o volume de atendimento para o município de Louveira e, assim, otimizar os recursos.

A Secretaria Municipal da Saúde assumiu a PPI, como instrumento de negociação e gestão, a fim de levantar a capacidade operativa da rede pública, possibilitando a contratualização o setor privado e filantrópico, com objetivo de suprir o cardápio de ações ainda não oferecidas com suficiência na rede pública.

Também realiza a contratualização dos serviços ambulatoriais por meio de chamada pública, proporcionando valores compatíveis com os da Tabela SUS. Alguns serviços de média/alta complexidade são comprados pelo



município, quando o sistema de referência não absorve a demanda municipal.

A saúde bucal dispõe das seguintes especialidades: Odontopediatria, Endodontia, Periodontia e Prótese parcial e total. Pretende-se habilitar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Em se tratando da **Alta Complexidade Ambulatorial**, esta se encontra ainda na sua maioria sob gestão estadual, o que gera um duplo comando, além de dificuldades na atenção integral à saúde. Na busca por otimização das tomadas de decisão, foram criados os colegiados regionais; Louveira pertence ao Colegiado da Região de Jundiaí. A fragilidade nos processos de pactuação intergestores, o baixo financiamento, o insuficiente processo regulatório e as diversidades operativas são problemas estritamente vinculados, que ocupam a agenda dos gestores como desafios a serem enfrentados nesse quadriênio.

#### 4.4 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

De acordo com o Ministério da Saúde, a situação hospitalar no Brasil está marcada pela percepção de uma crise de dimensões organizacional, política, financeira, assistencial e de formação profissional.

A assistência hospitalar do município de Louveira é realizada pela Irmandade Santa Casa de Louveira, sob intervenção desde 2005. Possui 40 leitos, sendo 5 destinados à internação pediátrica, 8 leitos para a maternidade, 15 leitos para clínica médica (sendo 8 femininos e 7 masculinos) e 12 destinados à clínica cirúrgica (7 femininos e 5 masculinos). A referência para semi-intensiva, UTI neonatal/pediátrica e UTI adulto é feita pela Central de Regulação do Estado de São Paulo. O hospital possui um pronto socorro como porta de entrada da unidade e administra o Pronto Atendimento do Bairro Santo Antonio. Ambos os serviços oferecem plantão 24 horas nas áreas de clínica médica e pediatria.

O hospital tem uma vocação materno-infantil sendo a obstetrícia, uma das principais causas de internação. Se comparados com os dados de mortalidade no município, em que causas cardio-respiratórias encabeçam a lista, observa-se o perfil do atendimento voltado à média complexidade na internação. Constata-se ainda um número elevado de causas mal definidas, demonstrando a necessidade da integração entre a atenção básica e hospitalar e a necessidade da implantação de gestão co-participativa com a implementação e fortalecimento da unidade de avaliação e controle do município. Os serviços da atenção hospitalar são organizados sob a ótica de mercado, sem avaliar as necessidades e demandas municipais ou indicadores de saúde. O hospital dispõe de plantão médico 24h nas áreas de clínica, pediatria, cirurgia e obstetrícia, além de ortopedista



e anestesista à distância. Apresenta ambulatório médico em diversas especialidades, muitas concorrendo com os serviços prestados pela municipalidade.

A população de Louveira tem hoje a cobertura de 1,2 leitos/1000 hab, não atendendo aos parâmetros estabelecidos na portaria 1.101, de 12 de junho de 2002, que estipula de 2,5 a 3,0 leitos/ 1000 hab. O Município pactuou com o parâmetro de 1608 internações/ ano. A partir desse parâmetro foram definidos os percentuais a serem ocupados para cada clínica, sendo 17% clínica cirúrgica, 43% clínica médica, 23,5% obstétrica, 14,5% pediátrica e 2% para cirurgia pediátrica. Para internações psiquiátricas e terapia intensiva permanece a regulação pela Central Regulação do Estado de São Paulo. As grandes dificuldades na atenção hospitalar são percebidas pela existência de múltiplos fatores inter-relacionados enquanto determinantes e determinados, aparecendo em destaque os aspectos financeiros, a locação irregular e escassos recursos para investimento, baixa resolutividade do setor público, gestão e gerência frágil, a ótica do hospital privilegiada na doença e centrada na disponibilidade de serviços e dos profissionais. Tudo isso impulsiona à reflexão de que é momento de avançar, na busca de um modelo de cuidado focado no usuário, aprimorando os mecanismos de controle, avaliação e regulação como instrumento de gestão e gerência.

#### 4.5 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A criação de uma rede assistencial de **urgência e emergência**, em todas as regiões do Brasil, surgiu da necessidade de responder uma demanda crescente em decorrência do aumento de acidentes, violência urbana e outras violências e a insuficiente estrutura dos serviços para responder a este panorama. Louveira não dispõe de serviço de assistência pré-hospitalar (APH), e sim o serviço de ambulância para o transporte inter-hospitalar.

Preocupada com a crescente taxa de mortalidade por causas externas, o município pretende firmar convênio com o sistema de SAMU regional/Jundiaí. A regulação médica será realizada através da central regional, que vem sendo implantada pelo Colegiado Gestor de Jundiaí.

Uma Sala de Estabilização (SE) será instalada na Santa Casa de Louveira, através de convênio com o Ministério da Saúde, fazendo parte do plano regional do SAMU.

Essa nova estratégia vem colaborar com as metas municipais, fortalecendo a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde. Estabelecendo uma equipe para atendimento das urgências e emergências.



Em 2009, foram adquiridos 5 desfibriladores automáticos, com treinamento dos profissionais das unidades de saúde. Sendo que o quinto aparelho está destinado à UTI móvel, que será regulada pela central de transporte da saúde.

#### 4.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A reorientação da política de **Assistência Farmacêutica** propõe uma mudança na estruturação no modelo de organização e na forma de gerenciamento, sendo este um grande desafio para a gestão. Até então, a lógica de atuação limitava-se na aquisição e distribuição de quaisquer medicamentos.

Atualmente, a rede dispõe de 3 farmácias localizadas nas Unidades de Saúde (US) para dispensação de medicamentos. A relação de medicamentos da farmácia básica está composta por 72 itens (Anexo IV). Mediante a elaboração do novo Plano da Assistência Farmacêutica, conforme Portaria nº 2.084/05 e, considerando ainda os aspectos epidemiológicos, serão reavaliados os novos itens de medicamentos que farão parte do elenco básico a ser distribuído na rede. (Anexo II – Componentes estratégicos – Atenção Básica)

É perspectiva do Município a organização dessa atenção, com inserção do profissional farmacêutico nas farmácias, implantando uma ampla política de comunicação, esclarecendo e divulgando aos usuários e aos profissionais de saúde a respeito do funcionamento, como também os esclarecimentos indispensáveis ao acesso e ao uso racional dos medicamentos.

#### 4.7 SAÚDE MENTAL

O município dispõe de Ambulatório de Saúde Mental composta por equipe multidisciplinar; três psiquiatras, cinco psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. Pretende-se habilitar o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS 1).

Atualmente realiza acompanhamentos clínicos e ambulatoriais aos usuários e seus familiares nas seguintes patologias: dependentes químicos, psicóticos e neuróticos.

Os atendimentos são individuais ou em grupo respeitando cada especificidade, divididos em infantil, adolescente e adulto.

Os grupos atendem também transtornos de ansiedade, apoio de familiares de dependentes químicos e da demanda infantil.

A equipe participa de programa junto à comunidade, oficinas terapêuticas e é responsável pelo Agita São Paulo, bem como o desenvolvimento do programa Anti-Tabagismo da Secretaria do Estado de São Paulo.







## Capítulo 03

### *Análise em Relação à Gestão em Saúde*

#### ANALISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

Constitui-se responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde, desenvolver a **Política de Saúde no âmbito do Município**, atendendo às necessidades de sua população própria, e ainda, cumprir com os termos do Plano Diretor de Regionalização – PDR e da PPI, instrumentos reguladores da Gestão da Atenção à Saúde no Estado.

Desde sua gênese, a Secretaria Municipal da Saúde incorporou aos seus quadros **equipes multidisciplinares/multiprofissionais**, na perspectiva de atuar com um Modelo de Atenção Integral à Saúde, percebendo, assim, as diversas nuances de intervenção, segundo as competências específicas de cada área.

Em se tratando da sistematização do processo de planejamento, tem-se no **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE** a base programática das atividades que serão desenvolvidas no âmbito do Município, definindo períodos, estratégias, prioridades e metas, e suas respectivas propostas orçamentárias. Sua importância está fortalecida na Lei Orgânica da Saúde, que estabelece em seu artigo 15 que a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é a base para programação orçamentária do SUS. A mesma lei, no seu art. 9º, estabelece que a direção do SUS deverá ser exercida no âmbito municipal por uma Secretaria Municipal da Saúde, criada por lei



municipal, responsável por definir as atribuições e objetivos, bem como as estruturas organizacionais e de cargos.

A Secretaria Municipal da Saúde, atualmente, assume o processo de planejamento como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento da Política de Saúde. O eixo de condução é a realidade local, o envolvimento dos profissionais e usuários, a missão e a direcionalidade do sistema municipal de saúde, coerentes com os objetivos da Política Nacional e Estadual de Saúde. Constitui responsabilidade da gestão municipal a alimentação contínua dos seus bancos de dados e disseminação das informações junto às instâncias competentes para garantias de financiamento do Sistema e também como recurso de avaliação das condições de saúde e da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo Município. A avaliação dos indicadores de saúde representa um importante recurso para programação de ações que tenham por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida da população, examinando criteriosamente os indicadores pactuados, bem como o sucesso das políticas delineadas no Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão.

O **Fundo Municipal de Saúde** criado em 18 de fevereiro de 1998, por meio da Lei nº. 1.307, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo a promoção de melhores condições gerenciais dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal da Saúde.

Ao ser citado o tema **Recursos Humanos** o seu conceito é logo remetido ao “contingente de pessoas que trabalham ou prestam serviços para uma determinada organização, empresa ou instituição”. Numa visão ampliada e, considerando que a promoção da saúde necessita de uma participação ativa dos usuários, poder-se-ia dizer que a própria população está incluída nos recursos humanos do setor saúde, pois também faz parte do processo de cuidado.

Desta forma, o significado de Recursos Humanos vai além das funções de cumprimento de atividades de treinamento, capacitação e educação continuada, atividades burocráticas e administrativas ou na elaboração de planos de cargos e salários, variando a sua estrutura de acordo com a complexidade de sua organização. No caso específico, o setor saúde possui um alto grau de complexidade, decorrente da descentralização das políticas públicas que transferiu para os níveis mais periféricos as decisões e as ações, contribuindo para a construção de um novo papel para as organizações e seus gestores,



passando o nível municipal a assumir funções inovadoras, para as quais ainda não possuía experiência acumulada, o que transformou algumas atividades em desafios.

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde conta com 196 funcionários assim distribuídos, conforme Anexo III:

PAS – Posto de Saúde Antonio Carlos dos Santos: 42 funcionários.

CSIII – Centro de Saúde III de Louveira: 39 funcionários.

Posto de Saúde Gilberto Ajar (Monterrey): 06 funcionários.

Vigilância à Saúde: 22 funcionários.

Centro de Especialidades Médica/Odontológicas: 28 funcionários.

Ambulatório de Saúde Mental: 12 funcionários.

Secretaria da Saúde/ UAC: 26

Transporte: 21.

Vale lembrar que uma decorrência operacional do alargamento conceitual de recursos humanos foi a inclusão das atividades de Educação em Saúde, trabalhada na Secretaria Municipal da Saúde, como um conjunto de informações que a população recebe e deve incorporar aos seus hábitos diários, com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis. Desta forma manteve-se, por um longo período, um modelo de atuação do educador centrado na doença, condicionando o processo educativo às ações que visavam modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais de saúde, demonstrando um domínio de caráter coercitivo, evidenciando-se um traço autoritário e prescritivo.

Com base na idéia de mudança de hábito, para uma vida mais ativa. A Secretaria Municipal da Saúde criou o projeto *Vida em Movimento*, o qual leva para os participantes a possibilidade de mudança para uma vida saudável, através de palestras, encontros informativos, oficinas de discussão e atividades físicas orientadas com ajuda de um profissional.

Dentre os temas discutidos, pode-se citar: ergonomia, alimentação saudável e hipertensão e diabetes, que também estão inclusos no cronograma do projeto.

Em julho de 2005 a Secretaria Municipal da Saúde, por meio do Núcleo de Educação em Saúde, num processo participativo com integrantes de várias unidades de saúde, reconhece, analisa, reflete e elabora uma proposta da política municipal nesta área. Abrem-se então, perspectivas de congregar a educação em saúde como instrumento de gestão, em cuja essência deverá incorporar a



horizontalidade das práticas, a transversalidade e a escuta a partir de rodas de conversa, numa metodologia problematizadora dos modelos de atenção à realidade local e da gestão de serviços.

Nesta lógica, não se pode deixar de reconhecer a educação popular como instrumento metodológico fundamental para esta reorganização, não se furtando assim à nova tendência de acompanhamento das atividades realizadas na atualidade em todo o território nacional, o que não se constitui modismo, mas uma conscientização já despertada,

## 5.1 FINANCIAMENTO

Considerando o custeio das ações do Sistema Municipal de Saúde, a origem dos recursos pode ser: federal (transferências regulares e automáticas entre o Fundo Nacional e o Fundo Municipal de Saúde sob a forma de incentivos ou remuneração de serviços produzidos e recursos de Convênios), estadual (transferências para cumprimento da Política de Assistência Farmacêutica Básica, dentre outras previstas em atos normativos do MS e Convênios) e recursos próprios, advindos do Tesouro Municipal.

A Emenda Constitucional n.º 029/ 2000 preconiza a aplicação mínima de 15% de recursos oriundos de receita tributária municipal na área da Saúde, situação esta, acompanhada pelo monitoramento contínuo (caráter semestral/anual) do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Hoje o município do Louveira disponibiliza cerca de 15,59% (Dados do Exercício 2004), com vistas a atender a programação orçamentário-financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcadas nos compromissos decorrentes do preceito constitucional e da Missão Institucional. O processo de elaboração dos orçamentos anuais procura compatibilizar as programações pactuadas em todos os níveis da estrutura da Secretaria Municipal da Saúde, permitindo uma participação dos atores sócio-políticos, aliando as necessidades das ações e serviços com a disponibilização orçamentária, buscando equilíbrio entre responsabilidades e viabilidades técnicooperacionais, à luz dos instrumentos normativos pertinentes. Apresentam-se como fatores dificultadores a estreita vinculação de receitas para ações específicas, a limitação dos seus tetos e valores e a dissociação entre a instância decisória da atribuição dos montantes e aquela que executa a Política de Saúde. Essa situação reduz as possibilidades de incremento de ações e serviços em consonância com as aspirações e necessidades locais, caracterizando uma distinta separação entre o planejamento e



programação da atenção à saúde e a programação orçamentária e financeira para efetivação das atividades, uma vez que a definição do quantum de recursos é estabelecida por organismos fora do âmbito do Setor Saúde em todas as esferas administrativas, como o Ministério do Planejamento e Orçamento e a Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Finanças.

Considere-se ainda a morosidade administrativa como fator limitante da melhor alocação de recursos, sendo passível de medidas que tenham como finalidade dotar as estruturas de gestão de mecanismos e instrumentos tecnologicamente compatíveis com complexidade das funções burocráticas estabelecidas em Lei, instrumentalizando também os trabalhadores, através de programas continuados de capacitação e conseqüente valorização do exercício profissional em áreas intermediárias às ações finalísticas do Sistema, tornando a techno-burocracia mais ágil.

Indicadores Municipais	Valor
Participação da receita de impostos na receita total do Município	17,05 %
Participação das transferências intragovernamentais na receita total do Município	68,58 %
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	1,82 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	100,00 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	11,73 %
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	89,57 %
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 618,98
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	42,53 %
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,63 %
Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	12,50 %
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3,81 %
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	8,42 %
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	16,04 %

Fonte: SIOPS, 2008

## 5.2 CONTROLE SOCIAL

Compreendendo o **Controle Social** como elemento preponderante para efetivação do SUS, a partir da Lei 4.007 de 22/07/1991, reestruturou-se o



Conselho Municipal de Saúde, tornando-o permanente e deliberativo, com participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços. Os fóruns de debates instalados a partir da criação da Secretaria Municipal da Saúde, culminaram com a realização da IV Conferência Municipal de Saúde em 2003 e nos anos seguintes com desenvolvimento de conferências temáticas, deflagradas pela direção nacional do SUS, como exemplo: saúde bucal, saúde do trabalhador, gestão do trabalho, assistência farmacêutica, entre outras.



## Capítulo 04

### *Objetivos, Diretrizes e Metas*

#### OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

##### 6.1 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

###### OBJETIVOS





- Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral, promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde;
- Implantar estratégia de Saúde da Família, mantendo as unidades de saúde com modelo tradicional, e fortalecendo os valores institucionais, como acessibilidade, vínculo, humanização, responsabilização, população adscrita e territorialização em todo o município;
- Coordenar os fluxos e contra – fluxos dos usuários adscritos;
- Ampliar o acesso com qualificação e humanização da atenção;
- Mudança do modelo assistencial.

**DIRETRIZ:** Aprimorar, fortalecer e qualificar a atenção básica.

META	PERÍODO
1 – Reformar unidades de saúde (Centro de Saúde, Posto de Saúde Antônio Carlos dos Santos e Monterrey)	2009 – 2012
2 – Construir novas unidades de saúde de acordo com critérios populacionais e organizacionais, priorizando a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF)	2009 – 2012
3 – Melhorar a estrutura física do Almoarifado Central da Saúde.	2009 – 2012
4 – Implantar PACS no município de Louveira, em regiões estratégicas.	2009 – 2012



5 – Instalar consultório odontológico na Unidade de Saúde Monterrey.	2009 – 2012
6 – Viabilizar a implantação do 3º turno de atendimento nas US.	2009 – 2012
7 – Implantar cartão SUS integrado ao Sistema de Informação de Saúde “SIS”.	2009 – 2012
8 – Centralizar o setor de transporte dos veículos da saúde (aquisição, manutenção e regulação) na Secretaria da Saúde.	2009 – 2012
9 – Reativar a Unidade Móvel de Saúde.	2009 – 2012
10 – Padronizar e protocolar os atendimentos, incluindo documentos oficiais entre as diversas unidades.	2009 – 2012
11 – Melhorar a logística na aquisição de materiais.	2009 – 2012
12 – Divulgar os serviços de saúde.	2009 – 2012
13 – Reestruturar os programas de prevenção de doenças no município.	2009 – 2012
14 – Implantar protocolos de atuação das equipes de saúde.	2009 – 2012
15 – Contratar enfermeiros para o período integral de funcionamento das Unidades de Saúde.	2009 – 2012

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da criança.

**META**

**PERÍODO**



1 – Aprimorar a integração saúde – educação no Programa de Saúde do Bebê. 2009 - 2012

2 – Desenvolver ações contínuas voltadas à prevalência de distúrbios nutricionais relativos a Doenças Nutricionais e Obesidade. 2009 - 2012

3 – Melhorar o acompanhamento das ações do Bolsa Família. 2009 - 2012

4- Manter as estratégias de cobertura vacinal 2009 - 2012

5 – Implementar o Programa de Amamentação 2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da mulher.

META	PERÍODO
1 – Melhorar o Programa de Planejamento Familiar, integrando-o à Santa Casa para realização de vasectomia e laqueadura.	2009 - 2012
2 – Aprimorar a qualidade da atenção ao Pré-natal com a integração entre a Santa Casa e a Rede Municipal de Saúde.	2009 - 2012
3 – Diminuir a Taxa de Cesárea.	2009 - 2012
4 – Criar a Rede Local de Saúde da Mulher /gestante com vista à integração dos diferentes níveis de atenção (básico, hospitalar e alto risco).	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde do adolescente.

META	PERÍODO
------	---------



1 – Estudar a viabilidade para criação da Casa do Adolescente, com cadastramento no Programa de Atenção de Saúde do Adolescente, com atendimento clínico, psicológico e bucal, além de atividades educativas e recreativas. 2009 – 2012

2 – Implantar um programa preventivo em ortodontia (prioritariamente para usuários de 6 a 16 anos). 2009 – 2012

3 – Desenvolver Políticas Públicas na Promoção, prevenção e recuperação na área de “Dependência Química” e outros problemas prioritários. 2009 – 2012

**DIRETRIZ:** Aprimorar a assistência ao idoso e doenças crônico degenerativas.

META	PERÍODO
1 – Implantar programa conjunto com a secretaria da promoção social na busca ativa dos idosos em situação de risco.	2009 – 2012
2 – Acompanhar instituições de longa permanência de idosos, através da vigilância em saúde, objetivando contribuir com a qualidade na atenção prestada.	2009 – 2012
3 – Viabilizar os programas de prevenção de câncer de colo e próstata.	2009 – 2012
4 – Participar de mutirões do Estado de exames preventivos.	2009 – 2012
5 – Desenvolver programas de atividade física, buscando reduzir o sedentarismo e a obesidade.	2009 – 2012

**DIRETRIZ:** Aprimorar a assistência domiciliar.

META	PERÍODO
------	---------



1 – Viabilizar Programa Saúde em Casa, priorizando-se o credenciamento do PAID, com aquisição de mais um carro próprio adequadamente equipado e com capacidade para Equipe do Programa Saúde em Casa. Contratar mais profissionais com montagem de mais uma equipe para o Programa Saúde em Casa.	2009 - 2012
2 – Implementar e revisar o Manual do Cuidador com Capacitação dos cuidadores, integrada à Secretaria de Assistência Social.	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Aprimorar a assistência farmacêutica.

META	PERÍODO
1 – Implementar espaço específico para a Farmácia de Alto Custo.	2009 – 2012
2 – Reestruturar almoxarifado das farmácias.	2009 – 2012
3 – Contratar recursos humanos para farmácia.	2009 – 2012
4 – Implantar Farmácia de Manipulação.	2009 – 2012
5 – Reorganizar a assistência farmacêutica municipal	2009 – 2012
6 – Padronizar os medicamentos adquiridos pelo município	2009 – 2012
7 – Informatizar a Assistência Farmacêutica	2009 – 2012

**DIRETRIZ:** Implementar o Programa de Humanização do SUS.



<b>META</b>	<b>PERÍODO</b>
1 – Educação permanente dos profissionais de saúde	2009 – 2012
2 – Implantação das agentes de acolhimento, nas unidades de saúde	2009 – 2012
3 – Implantar o informe saúde.	2009 – 2012

**DIRETRIZ:** Implementar políticas de intersetorialidade.

<b>META</b>	<b>PERÍODO</b>
1 – Melhorar a intersetorialidade com as Secretarias de Educação, Promoção Social, Esportes e Santa Casa.	2009 - 2012



## 6.2 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

### OBJETIVOS

- Facilitar o acesso à oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando a sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade técnico-científica.
- Reorganizar a atenção especializada, a partir da redefinição do perfil assistencial da rede de serviços de apoio à atenção básica, visando a garantir a integralidade da assistência.

**DIRETRIZ:** Implantar o Pronto Atendimento Municipal.

META	PERÍODO
1 – Implantar um Pronto Atendimento Municipal, incluindo adequação de recursos humanos.	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Implantar Laboratório Municipal

META	PERÍODO
1 – Reorganizar a demanda, através de protocolos clínicos, regulando e avaliando a oferta de serviços	2009 - 2012
2 – Equipar o ambulatório municipal	2009 - 2012
3 – Contratar profissionais técnicos para o laboratório de análises clínicas	2009 - 2012



**DIRETRIZ:** Aprimorar a assistência à saúde mental.

<b>META</b>	<b>PERÍODO</b>
1 – Viabilizar espaço adequado para ambulatório de saúde mental	2009 - 2012
2 – Implantar CAPS I.	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Implementar Programa de Saúde do Trabalhador.

<b>META</b>	<b>PERÍODO</b>
1 – Implantar serviço de saúde do trabalhador, articulado com as redes do estado e ministério RENAST.	2009 - 2012
2 – Capacitar equipe de saúde para o programa de saúde do trabalhador	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Implantar ambulatório de fisioterapia municipal.

<b>META</b>	<b>PERÍODO</b>
1 – Implantar clínica para fisioterapia “Centro de Recuperação”.	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Implantar ambulatório de terapias alternativas.

<b>META</b>	<b>PERÍODO</b>
1 – Implantar ambulatório de terapias alternativas (acupuntura, homeopatia, fitoterapia, entre outras).	2009 - 2012





### 6.3 INTEGRALIDADE NAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

#### OBJETIVOS

- Obter maior controle sobre a população animal
- Priorizar educação contínua para a população com enfoque em posse responsável e bem estar animal.

**DIRETRIZ:** Implantar CCZ.

META	PERÍODO
1 – Criar programa de educação/conscientização e posse responsável de animais.	2009 – 2012
2 – Construir CCZ	2009 – 2012
3 – Criar legislação municipal CCZ	2009 – 2012
4 – Adquirir carro para transporte de animais	2009 – 2012

**DIRETRIZ:** Promover a saúde do trabalhador rural.

META	PERÍODO
1 – Implantar programa de Saúde do Trabalhador, com enfoque rural, objetivando a vigilância no que tange aos cuidados com agrotóxicos e condições de trabalho.	2009 - 2012



**DIRETRIZ:** Promover programa de educação permanente.

<b>META</b>	<b>PERÍODO</b>
1 – Criar cartilha ao usuário, com temas de alimentação saudável, medicamentos e prevenção de doenças.	2009 - 2012
2 – Adquirir material permanente para viabilizar a educação permanente nos diversos segmentos: usuário, funcionário e população em geral.	2009 - 2012



## 6.4 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO HOSPITALAR E ALTA COMPLEXIDADE

### OBJETIVOS

- Garantir a assistência hospitalar com qualidade
- Impactar sobre a morbimortalidade

**DIRETRIZ:** Implementar protocolos de atendimento e fluxos.

META	PERÍODO
1 – Normatizar referência/contra-referência	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Promover a educação permanente.

META	PERÍODO
1 – Capacitar a equipe hospitalar no atendimento Urgência/Emergência.	2009 - 2012
2 – Criar material de orientação aos usuários da Santa Casa – Unidade de Saúde.	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Adequar a Sala de Estabilização.

META	PERÍODO
1 – Realizar convênio com o Ministério da Saúde	2009 - 2012
2 – Viabilizar referência com o SAMU Regional - Jundiaí	2009 - 2012
3 – Celebrar consórcio com SAMU Regional - Jundiaí	2009 - 2012
4 – Implantar o APH	2009 - 2012



## 6.5 INTEGRALIDADE DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

### OBJETIVOS

- Ampliar o controle social
- Motivar a participação dos diversos atores municipais

**DIRETRIZ:** Divulgar o programa e ações do município.

META	PERÍODO
1 – Confeccionar a cartilha do usuário (direitos/deveres).	2009 - 2012
2 – Realizar atividades nas escolas sobre o SUS e o controle social.	2009 - 2012
3 – Estimular a participação da população em ações preventivas.	2009 - 2012

**DIRETRIZ:** Garantir o controle social.

META	PERÍODO
1 – Criar dispositivo legal para dispensa de recurso para o CMS.	2009 - 2012
2 – Viabilizar estudo para descentralização do Fundo Municipal de Saúde, com gestão por parte da Secretaria da Saúde.	2009 - 2012
3 – Estabelecer a casa dos conselhos, com garantia de estrutura administrativa pelo poder público.	2009 - 2012



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde é um importante instrumento de orientação da política do setor, sendo sua operacionalização assegurada através da pactuação com técnicos da área, gestores, prestadores de serviço e importantes setores da sociedade. Trata-se de um documento em permanente construção, em que a dinâmica da situação de saúde impõe constante revisão das ações e metas.

A garantia do cumprimento das propostas, bem como as necessárias atualizações dentro do contexto sanitário, dar-se-ão por meio do monitoramento e a avaliação do Plano Municipal de Saúde. É fundamental uma pactuação com os gestores municipais dentro do **Colegiado Regional de Saúde de Jundiá** acerca das metas estabelecidas, a fim de se consolidar um processo convergente de esforços garantindo maior efetividade e eficiência das ações. Outro ponto relevante é a necessidade de se constituir parcerias intersetoriais, considerando a magnitude e a transcendência dos problemas de saúde e sua multicausalidade.



*Anexas*



**ANEXO I**

## Exames de diagnósticos complementares de média e alta complexidade

ANGIOGRAFIA/ANGIOTOMOGRAFIA

ARTERIOGRAFIA

AUDIOMETRIA

BERA

BRONCOSCOPIA

CINTILOGRAFIAS (Diversas)

COLONOSCOPIA

DENSITOMETRIA OSSEA

DUPLEXSCAN (membros)

ECOCARDIOGRAFIA STRESS

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICO

ECODOPPLER'S DIVERSOS

ECODOPPLERCARDIOGRAMA

ELETROENCEFALOGRAMA

ELETRONEUROMIOGRAFIA

ENDOSCOPIA

ENEMA OPACO

ESCANOMETRIA

ESPIROMETRIA

ESTUDO URODINAMICO

HOLTER

LITOTRIPSIA

MAMOGRAFIA

MANOMETRIA ESOFAGICA

MAPA

PAAF MAMA

PAAF TIREOIDE

PH METRIA

PATCH TEST

PET CT

RETOSIGMOINDOSCOPIA

RX EED CONTRASTADO

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA C/ e S/ CONTRASTE

SIALOGRAFIA



TESTE ERGOMÉTRICO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA C/ e S/ CONTRASTE

URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL

UROGRAFIA EXCRETORA

US TRANSRETAL

US DIVERSOS

US TRANSFONTANELA

EMISSÕES OTOACUSTICAS

NASOFIBROLARINGOSCOPIA\*

VIDEONASOFIBROSCOPIA\*

VIDEONASOLARINGOSCOPIA\*

VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA/OTONEUROLOGICO





## ANEXO II

COMPONENTE ESTRATÉGICO  
MEDICAMENTOS – ATENÇÃO BÁSICA

PRODUTO	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	ELENCO
Alfametildopa 250mg – comprimido	Anti hipertensivo para uso por gestantes	HD
Captopril 25 mg – comprimido	Anti-hipertensivo	
Glibenclamida 5mg – comprimido	Hipoglicemiante oral	
Hidroclorotiazida 25mg – comprimido	Diurético	
Metformina 850mg – comprimido	Hipoglicemiante oral	
Propranolol (cloridrato) 40 mg – comprimido	Anti-hipertensivo	
Digoxina 0,25 mg – comprimido	Cardiotônico	
Insulina NPH 100UI – frasco ampola	Hipoglicemiante injetável	IN
Beclometasona 250 mcg – Inalatório – uso oral	Antiinflamatório esteróide	AR
Beclometasona 50 mcg – Spray inalatório – uso nasal	Antiinflamatório esteróide	
Prednisona 20mg – comprimido	Antiinflamatório esteróide	
Prednisona 5mg – comprimido	Antiinflamatório esteróide	
Salbutamol (sulfato) 2mg/5ml – xarope	Broncodilatador	
Salbutamol 100mcg – Aerosol inalatório	Broncodilatador	
Salbutamol 2mg – comprimido	Broncodilatador	
Ácido Fólico 5mg – comprimido	Prevenção mal-formações do tubo neural	NA
Sulfato Ferroso 12,5 mg/2ml – xarope.	Suplementação de Ferro	
Sulfato Ferroso 25 mg/ml Fe++ – solução oral/gotas	Suplementação de Ferro	
Sulfato Ferroso 40 mg/Fe++ – comprimido	Anemia Ferropriva	
Vitamina A 100.000 UI – cápsula	Hipovitaminose A	
Vitamina A 200.000 UI – cápsula	Hipovitaminose A	
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (14 mg)	Antitabagismo	CT
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (21 mg)	Antitabagismo	
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (7 mg)	Antitabagismo	
Cloridrato de Bupropiona 150mg – comprimido	Antitabagismo	
Goma de Mascar com Nicotina (tablete com 2mg)	Antitabagismo	
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL – injetável	Anticoncepcional hormonal trimestral	SM
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg – injetável	Anticoncepcional hormonal mensal	
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg – comprimido	Anticoncepcional	
Levonorgestrel 0,75 mg – comprimido	Anticoncepcional de emergência	
Noretisterona 0,35 mg – comprimido	Anticoncepcional	

HD = Hipertensão e Diabetes

IN = Insulina

AR = Asma e Rinite

SM = Saúde da Mulher

A N = Alimentação e Nutrição

CT = Combate ao Tabagismo



COMPONENTE ESTRATÉGICO  
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

PRODUTO	ELENCO
Anéis medidores de diafragma (caixa com conjunto de seis unidades, com diferentes medidas)	SM
Diafragma	
Dispositivo intra-uterino (TCU 380A)	
Preservativo masculino (49 mm)	
Preservativo masculino (52 mm)	

COMPONENTE DESCENTRALIZADO  
MEDICAMENTOS ATENÇÃO BÁSICA

PRODUTO	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA
Ácido acetilsalicílico - 100 mg - comprimido	Analgésico/antitérmico
Amoxicilina - 50 mg/mL - pó para suspensão oral	Antibiótico
Amoxicilina 500mg - cápsula	Antibiótico
Benzoato de Benzila 0,25% - emulsão tópica	Antiparasitário
Dexametasona creme 0,1% - bisnaga	Antiinflamatório esteroide
Eritromicina (estearato ou etilsuccinato) 250mg/5mL - Susp. Oral	Antibiótico
Eritromicina 500mg - comprimido	Antibiótico
Ibuprofeno 300 mg - comprimido	Antiinflamatório
Mebendazol 20 mg/mL - suspensão oral	Antiparasitário
Mebendazol 100 mg - comprimidos (Albendazol 200 mg) (1)	Antiparasitário
Metoclopramida (cloridrato) 10mg - comprimidos	Antiemético
Metoclopramida (cloridrato) 5 mg/mL - sol. injetável	Antiemético
Metronidazol creme vaginal 2,0% - bisnaga	Antiparasitário
Metronidazol 40 mg/mL - susp. oral	Antiparasitário
Metronidazol. 250 mg - comprimido	Antiparasitário
Miconazol creme vaginal 2% (Nistatina 25.000 UI/g) - bisnaga (2)	Antifúngico
Neomicina + Bacitracina 0,5% + 250 UI/g - bisnaga (3)	Antibiótico
Paracetamol 100 mg/mL ou 200 mg/mL - solução oral.	Antitérmico/analgésico
Paracetamol 500 mg - comprimido	Antitérmico/analgésico
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 U.I. - pó para suspensão injetável.	Antibiótico
Benzilpenicilina Benzatina 600.000 U.I. - pó para suspensão injetável	Antibiótico
Benzilpenicilina Procaína + Potássica 300.000 UI + 100.000 UI - susp. injetável	Antibiótico
Ranitidina 150 mg - comprimido	Anti ulceroso
Sais para reidratação oral 27,9 g - envelope.	Reidratação
Sulfametoxazol + Trimetoprima 400 + 80 mg - comprimido	Antibiótico
Sulfametoxazol + Trimetoprima 4,0% + 0,8% - susp. oral	Antibiótico
Tiabendazol 5% 250mg/5mL - susp. oral	Anti parasitário
Tiabendazol 500mg - comprimido	Anti parasitário

(1) - Permitida a inclusão de um dos dois medicamentos.

(2) - Permitida a inclusão de um dos dois medicamentos

(3) - Não obrigatório quando Estado e/ou Município contar com protocolo para manejo de infecções dermatológicas.



**ANEXO III**

Funcionários da Secretaria Municipal da Saúde de acordo com o local de trabalho:

<b>CENTRO DE SAÚDE</b>	<b>TOTAL</b>
Enfermeira	01
Técnica de Enfermagem	03
Auxiliar de Enfermagem	02
Assistente de Diretoria	01
Escriturário	04
Odontólogo	04
Atendente de Consultório Dentário	04
Auxiliar de Serviços Gerais	02
Auxiliar de Limpeza	02
Farmacêutico	01
Fonoaudiólogo	01
Nutricionista	01
Médico	13
<b>Subtotal</b>	<b>39</b>

<b>POSTO DE SAÚDE ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS</b>	<b>TOTAL</b>
Enfermeira	01
Técnica de Enfermagem	02
Auxiliar de Enfermagem	04
Assistente de Diretoria	01
Escriturário	04
Auxiliar de Saúde	01
Odontólogo	05
Técnico em Higiene Dentária	01
Atendente de Consultório Dentário	04
Auxiliar de Serviços Gerais	06
Farmacêutico	01
Fonoaudiólogo	01
Nutricionista	01



Médico	10
<b>Subtotal</b>	<b>42</b>

<b>POSTO DE SAÚDE GILBERTO AJJAR</b>	<b>TOTAL</b>
Enfermeira	01
Técnica de Enfermagem	01
Assistente de Diretoria	01
Auxiliar de Serviços Gerais	01
Médico	02
<b>Subtotal</b>	<b>06</b>

<b>CENTRO DE ESPECIALIDADE MÉDICA E ODONTOLÓGICA</b>	<b>TOTAL</b>
Enfermeira	02
Técnica de Enfermagem	03
Auxiliar de Enfermagem	01
Escriturário	03
Odontólogo	04
Técnico em Higiene Dentária	01
Atendente de Consultório Dentário	04
Auxiliar de Serviços Gerais	02
Fonoaudiólogo	01
Psicólogo	01
Médico	06
<b>Subtotal</b>	<b>28</b>

<b>VIGILÂNCIA À SAÚDE</b>	<b>TOTAL</b>
Enfermeira	01
Técnica de Enfermagem	01
Escriturário	02
Assistente de Diretoria	01
Auxiliar de Serviços Gerais	01
Auxiliar de Limpeza	01
Operador de Controle de Zoonoses	08
Fiscal Sanitário	02
Odontólogo	01
Farmacêutica	02



Médico Veterinário	02
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>
<b>AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL</b>	<b>TOTAL</b>
Técnica de Enfermagem	01
Assistente de Diretoria	01
Auxiliar de Limpeza	01
Psicólogo	05
Terapeuta Ocupacional	01
Médico	03
<b>Subtotal</b>	<b>12</b>

<b>UNIDADE DE AVALIAÇÃO E CONTROLE</b>	<b>TOTAL</b>
Auxiliar de Saúde	01
Auxiliar de Serviços Gerais	01
Assessor de Diretoria	01
Assistente Social	01
Bióloga	01
<b>Subtotal</b>	<b>05</b>

<b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	<b>TOTAL</b>
Escriturário	04
Assistente de Diretoria	01
Atendente de Consultório Dentário	01
Estoquista	01
Auxiliar de Limpeza	01
<b>Subtotal</b>	<b>08</b>

<b>TRANSPORTE</b>	<b>TOTAL</b>
Motorista	21
<b>Subtotal</b>	<b>21</b>



<b>CHEFES/ COORDENADORES</b>
Secretária da Saúde
Chefe da Divisão da Unidade de Avaliação e Controle
Chefe da Divisão das Unidades de Saúde
Chefe da Divisão de Vigilância à Saúde
Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica
Chefe da Divisão de Vigilância Sanitária
Chefe da Divisão de Saúde Mental
Chefe do Fundo Municipal de Saúde
Coordenador de Saúde Bucal
Coordenador Médico
Supervisor Sanitário
Assistente de Unidade Móvel
Assistente de Unidade Móvel
<b>Subtotal: 13</b>

<b>Total:</b> 196 funcionários.
---------------------------------



## ANEXO IV

## MEDICAMENTOS PADRONIZADOS MUNICÍPIO DE LOUVEIRA

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS	NOME QUÍMICO	APRESENTAÇÃO	ESPECIALIDADE
ANTICONVULSIVANT E ANTIÉPILEPTICO	Ácido Valpróico	Xarope	Depakene
	Clonazepan 2,5mg/ml	Frasco	Rivotril gotas
	Fenobarbital 4%	Gotas	Edhanol, Gardenal, Fenocris
NEUROLÉPTICO	Levomepromazina 25mg	Comprimido	Neozine, Levozine
	Levomepromazina 100mg	Comprimido	Neozine, Levozine
ANTIDEPRESSIVO	Bromazepan 3mg	Comprimido	Lexotan, somalium
PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ASMA	Budesonida 50mcg	Spray nasal	Budesonid
	Budesonida 50 mcg	Spray oral	Budesonid
ANTIMICÓTICO	Cetoconazol 200mg	Comprimido	Nizoral,
	Cetoconazol 20mg	Pomada	Nizoral, Candoral, Cetonax
	Nistatina 100.000 UI	Solução Oral	Micostatin
	Secnidazol 1g	Comprimido	Tecnid, Secnidal
ANTIDIABÉTICO	Metformina 850mg	Comprimido	Glucoformin,
ANTIÚRICO	Alopurinol 100mg	Comprimido	Zyloric
ANTICOAGULANTE	Varfarina 5mg	Comprimido	Marevan
ANTIALÉRGICO	Dexclorfeniramina	Comprimido	Polaramine
	Dexclorfeniramina 0,4 mg/ml	Solução Oral	Polaramine
	Loratadina 10mg	Comprimido	Claritin
	Loratadina 5mg/5ml	Solução Oral	Claritin
	Prometazina 25mg	Comprimido	Fenergan



	Hidroxizina xarope Dexametasona elixir	Suspensão oral elixir	Hixizine Decadron
HORMÔNIOS TIREOIDEANOS	Levotiroxina 50 mcg	Comprimido	Puran T4, Tedroid, Euthyrox
	Tiamazol 5 mg	Comprimido	Tapazol
DIURÉTICOS	Espironolactona 100mg e 25mg	Comprimido	Aldactone
ANTIBIÓTICO E QUIMIOTERÁPICO	Amoxicilina + Clavulanato	Suspensão Oral	Sigma-Clav BD
	Ciprofloxacino 500mg	Comprimido	Cipro
	Norfloxacino 400 mg	comprimido	Floxacin, Respexil
EXPECTORANTE	Ambroxol 15mg/5ml	Xarope infantil	Mucosolvan, Mucolin, Fluibron
	Ambroxol 30mg/5ml	Xarope Adulto	Mucosolvan, Mucolin, Fluibron
ANTIÁCIDO	Omeprazol 20mg	Cápsulas	Losec, Gastrium
	Domperidona 10 Mg	Comprimido	Peridal , Motilium
	Domperidona Susp	Suspensão	Peridal, Motilium
VITAMINAS	Ácido Fólico 5mg	Comprimido	Endofolin
	Sulfato Ferroso 40mg	Comprimido	
	Vit. Complexo B	Comprimido	Complexo B
	Vit. e sais minerais	Comprimido	Suplevit , Nativit
	Vit. A+D	Gotas	AD-Til, Biocrin
ANTIPARASITÁRIO	Albendazol 40mg/ml	Suspensão	Zolben, Zentel
	Albendazol 400mg	Comprimido	Zolben, Zentel
	Ivermectina 6mg	Comprimido	Revectina
ANTIESPASMÓDICO	Hioscina 10mg	Comprimido	Buscopan simples





	Dimeticona 75 mg/ml	gotas	Luftal
HORMÔNIOS E ANTICONCEPCIONAIS	Estrógenos Conjugados 0,625mg	Comprimido	Premarin
	Medroxisprogesterona 10mg	Comprimido	Farlutal, Provera
	Medroxiprogesterona 150mg/ml	Frasco- Ampola	Depo-provera
	Levonogestrel 0,15mg+ Etinilestradiol 0,03mg	Cartelas	Microvilar, Nordette, Ciclo 21, Levogen
	Enantato de norestirona+Valerato de estradiol	injetável	Mesigyna
	Norestisterona	Comprimido	Norestin
ANTIEMÉTICO	Bromoprida 4mg/ml	Gotas	Digesan
	Dimenidrato +Vit. B6	Gotas	Dramin, Ansialen
DERMATÓLOGICOS	Neomicina	Pomada	Nebacetin
	Óxido de Zinco + Vit A+D	Pomada	Hipoglós
NASAL	Cloreto de benzônio + cloreto de sódio 0,9%	Gotas nasais	Rinosoro
	Budesonida 50mcg	Spray nasal	Budesonid, Noex
OFTALMOLÓGICOS	Dexametasona	Gotas	Minedex
	Maleato de timolol 0,5%	Gotas oftalmológicas	Timoptol
	Ciprofloxacino colírio	Gotas oftalmológicas	Ofoxin
	Cromoglicato dissódico 4%	gotas	Maxicron
ANALGÉSICO/ ANTIPIRÉTICOS	Acido Salicílico 100 Mg	Comprimidos	AAS
	Dipirona 500 Mg	Comprimido	Novalgina
	Paracetamol 500 Mg	Comprimido	Tylenol
ANTIINFLAMATÓRIO	Dexametasona Elixir	Susp	Decadron
	Ibuprofeno 100mg/ml	Gotas	Alivium,



	Fosfato prednisolona 3mg/MI	Susp	Predsim, Prelone,
	Prednisona 5 Mg E 20 Mg	Comprimidos	Meticorten
ANTIARRÍTIMICO	Amiodarona 200 Mg	Comprimidos	Miodaron, Ancoron
	Verapamil 80 Mg	Comprimidos	Dilacoron
VASODILATADOR E ANTI HIPERTENSIVO	Cinarizina 75 Mg	Comprimidos	Stugeron
	Propatilnitrato 10 Mg	Comprimidos	Sustrate
	Bes. Anlodipino 5 Mg	Comprimidos	Pressat
	Enalapril 10 Mg	Comprimidos	Renitec
	Atenolol 50 Mg	Comprimidos	Angipress
	Mesilato Doxazosina 2 Mg	Comprimidos	Unoprost
	Losartana 100 Mg	Comprimidos	Aradois
	Clor.Hidralazina 25mg	Comprimidos	Apresolina

