

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE BATATAIS - SP



Plano Municipal de Saúde de Batatais 2022 - 2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BATATAIS

“O SUS QUE QUEREMOS”

QUADRIÊNIO: 2022 A 2025

**BATATAIS
2021**

GOVERNO MUNICIPAL

PREFEITO 2021/2024
Luís Fernando Benedini Gaspar Junior

VICE-PREFEITO
Ricardo Mele Filho

PRESIDENTE DA CÂMARA
Júlio Eduardo Marques Pereira

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Bruna Francielle Toneti

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – COMUSA
Marcia Helena Souza Salgado Antoneli

RESPONSÁVEL TÉCNICA PELA ELABORAÇÃO
Silvana Frezza Pisa – Diretora de Planejamento e Controle

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Bruna Francielle Toneti – Secretária Municipal de Saúde
Camila Vianna Duarte – Coordenadora do CAPS I
Carla de Almeida – Coordenadora do CEREST
Renato Mauricio C. da Silva Marques – Coordenador da Divisão de Farmácia

**“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana
seja apenas outra alma humana.”**

Carl G. Jung

SUMÁRIO

<i>INTRODUÇÃO</i>	10
<i>HISTÓRICO DO MUNICÍPIO</i>	12
<i>HISTÓRICO DA SAÚDE DE BATATAIS</i>	14
<i>UM POUCO DO SUS</i>	15
<i>INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO, DECISÃO E REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES DO SUS</i>	20
<i>INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL NO SUS</i>	21
<i>OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SUS</i>	21
<i>PROMOÇÃO DA SAÚDE NA GESTÃO DO SUS</i>	22
<i>INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DO SUS</i>	22
<i>I – ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE DO MUNICÍPIO</i>	24
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	25
DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – DRS XIII	26
ESCOLARIDADE.....	32
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL	34
<i>2 - PERFIL DA MORBIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO</i>	40
A MORBIMORTALIDADE EM BATATAIS	41
<i>3 – GESTÃO DA SAÚDE</i>	55
COMPOSIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	56
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO	56
ATENÇÃO BÁSICA	59
ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	61
ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	63
SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA	64
RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE.....	65
FINANCIAMENTO DA SAÚDE	68
TRANSPORTE SANITÁRIO	71
<i>II – PLANEJAMENTO</i>	73
PLANEJAMENTO EM SAÚDE	74
<i>REFERÊNCIAS</i>	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conceito de Redes de Atenção à Saúde no SUS.....	20
Figura 2 – Rede Viária Intermunicipal.....	26
Figura 3 - Mapa do Estado de São Paulo, DRS e RRAS	27
Figura 4 - Mapa da Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII.....	28
Figura 5 - Pirâmide etária e curva de crescimento populacional do ano 2000.....	30
Figura 6 - Pirâmide etária e curva de crescimento populacional do ano 2010.....	31
Figura 7 - Pirâmide etária e curva de crescimento populacional do ano 2020.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Mortalidade Geral de Residentes de Batatais por CID-10 Capítulo	45
Gráfico 2 - Morbidade hospitalar SUS de Residentes de Batatais por CID-10 Capítulos	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características do município de Batatais	25
Quadro 2 - Municípios da Região do Vale das Cachoeiras.....	27
Quadro 3 - Rede de ensino no município	33
Quadro 4 - Habitação no município de Batatais.....	37
Quadro 5 - Pessoas com deficiência no município de Batatais	39
Quadro 6 - Proporção de registro de óbitos com causas bem definidas	43
Quadro 7 - Mortalidade Geral de Residentes de Batatais por Causa da CID-10-Capítulo	44
Quadro 8 - Internações hospitalares de residentes de Batatais.....	48
Quadro 9 - Morbidade hospitalar SUS de residentes de Batatais por Capítulos CID-10.....	49
Quadro 10 - Doenças e Agravos de Notificação Compulsória em Batatais.....	51
Quadro 11 - Estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em Batatais	56
Quadro 12 - Unidades Básicas de Saúde, serviços e Número de Usuários cadastrados	60
Quadro 13 - Ambulatorial: Atenção Especializada de Média complexidade.....	62
Quadro 14 - Ambulatorial – Atenção Especializada de Alta complexidade	63
Quadro 15 - Urgência Ambulatorial (Pré-hospitalar).....	63
Quadro 16 - Urgência e Emergência Hospitalar.....	64
Quadro 17 - Apoio Diagnóstico e terapêutico	64
Quadro 18 - Profissionais Médicos na Secretária Municipal de Saúde	66
Quadro 19 - Profissionais Técnicos de Nível Superior na Secretária Municipal de Saúde.....	67
Quadro 20 - Profissionais Técnicos nível médio na Secretária Municipal de Saúde	67
Quadro 21 - Frota de veículos da Saúde de Batatais	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de natalidade de nascidos vivos residentes de Batatais.....	28
Tabela 2 - Índice de envelhecimento da população residente	29
Tabela 3 - Distribuição populacional de Residentes de Batatais por sexo	29
Tabela 4 - Distribuição populacional de residentes por faixa etária e ano	30
Tabela 5 - Densidade Populacional em 2010 (hab./km ²)	32
Tabela 6 - População privada de liberdade por sexo em Batatais	32
Tabela 7 - População alfabetizada por ano na faixa etária de 15 anos ou mais.....	33
Tabela 8 - Taxa de analfabetismo por ano e faixa etária da população de 15 anos ou mais	33
Tabela 9 - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)	34
Tabela 10 - Índice de Desenvolvimento Humano	34
Tabela 11 - Percentual de urbanização no município de Batatais	35
Tabela 12 - PIB per capita no município de Batatais	35
Tabela 13 - Renda média domiciliar per capita	36
Tabela 14 - Taxa de desemprego no município de Batatais	36
Tabela 15 - Percentual de beneficiários da Saúde Suplementar no município.....	37
Tabela 16 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano ...	38
Tabela 17 - Mortalidade geral de residentes de Batatais por faixa etária e ano do óbito	41
Tabela 18 - Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).....	46
Tabela 19 - Mortalidade infantil no município de Batatais	46
Tabela 20 - Mortalidade materna no município de Batatais.....	47
Tabela 21 - Proporção de partos cesáreas no SUS e na saúde suplementar em Batatais	47
Tabela 22 - Proporção de gravidez na adolescência no município de Batatais	48
Tabela 23 - Percentual de internações de residentes por causas sensíveis à atenção básica	51
Tabela 24 - Cobertura populacional estimada na Atenção Primária	54
Tabela 25 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.....	54
Tabela 26 - Leitos Hospitalares do Hospital Major Antônio Candido no SCNES.....	59
Tabela 27 - Financiamento da Saúde pela União por competência.....	68
Tabela 28 - Financiamento da Saúde pelo Estado	69
Tabela 29 - Percentual do orçamento próprio municipal aplicado em Saúde	70

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Batatais apresenta as diretrizes para a gestão das políticas públicas de saúde no período de 2022 a 2025, tendo como base as orientações da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, onde se estabelece o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O PMS baseia-se no perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário do município, bem como na construção das políticas públicas de saúde propostas pela “VI – Conferência Municipal de Saúde – A importância da Atenção Básica no enfrentamento dos desafios do SUS” e no Plano de Governo para a gestão municipal de 2021 a 2024.

Trata-se de um instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para a gestão do SUS na esfera municipal, por meio da garantia de seus princípios doutrinários como a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Com isso, as ações planejadas no presente documento são coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde (PAS), tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), se consolidando, assim, como fundamental instrumento de planejamento na gestão do sistema de saúde municipal em todas as áreas da atenção à saúde. O diagnóstico situacional apresentado no PMS reforça a importância da qualificação e ampliação da oferta de serviços de saúde, principalmente, na Atenção Primária à Saúde no município, como estratégia de entrada do usuário no sistema pelas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no SUS. O fortalecimento dos serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, bem como de urgência e emergência também são prioridade nesse PMS, assim como a informatização dos sistemas de integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a implantação da política de educação permanente e humanização em saúde para aprimoramento dos programas e serviços.

As propostas presentes no PMS refletem a saúde que almejamos para a nossa população, contudo, dependem diretamente do financiamento do sistema de saúde pela esfera federal, estadual e municipal, sendo de corresponsabilidade dos gestores e da população, por meio da participação popular, o acompanhamento e realização do planejamento frente as

necessidades indicadas, que podem ser modificadas anualmente na PAS, conforme diretrizes no RAG.

O presente documento foi elaborado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Batatais, especificadamente, pelos seus profissionais técnicos responsáveis de cada setor, enfatizando-se, porém, a necessidade da participação de todos os colaboradores da saúde para a concretização dos objetivos e metas descritos, uma vez que o PMS se trata de um instrumento de gestão dinâmico e que, por isso, necessita de constante aperfeiçoamento.

Secretária Municipal de Saúde,
Bruna Francielle Toneti.

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde tem a responsabilidade de coordenar a gestão da assistência à saúde e das políticas públicas de saúde no município de Batatais, em consonância com as diretrizes preconizadas pelo SUS, promovendo ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva e humanizada para a melhoria constante da qualidade da assistência e de vida da população.

O Plano Municipal de Saúde objetiva o cumprimento do direito constitucional à saúde, qualificando o acesso universal da população a Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como a equidade e a integralidade na atenção à saúde e à vida das pessoas. O acolhimento do usuário na saúde, fortalecido no presente documento, é uma estratégia de gestão facilitadora do acesso à rede de serviços, bem como à garantia de um atendimento adequado e de qualidade por meio da sistematização das ações na RAS.

Nesse sentido, a gestão compartilhada na saúde, pautada na construção coletiva e na corresponsabilização de todos os envolvidos no processo, mostra-se um importante destaque no PMS, onde o planejamento e a organização das ações visam a garantia de um atendimento equânime e integral.

Segundo Mattos (2006), a necessidade de falar de integralidade como parte de uma imagem-objetivo, isto é, parte de um pensamento crítico que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las. É, pois, um ideal a ser buscado, o qual abarca sentidos diversos, estando eles relacionados à: atributos das práticas profissionais de saúde, atributos da organização dos serviços e às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Ressalta-se que a saúde não deve ser mais compreendida só como um direito, mas também sobre seu significado em prática no SUS e a importância do trabalho em equipe na lógica de seus princípios e preceitos. Este PMS mostra as estratégias de respostas no enfrentamento da produção saúde-doença pela rede, articulando as ações com as políticas públicas atuais para a produção de saúde e construindo saberes que fortalecem o SUS.

A gestão da saúde busca inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado, fomentando a participação efetiva da população e a disseminação de tecnologias de humanização na atenção. A ampliação da cobertura em saúde proposta está associada a ampliação da comunicação entre os serviços existentes, buscando processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção almejada na produção de saúde pelo SUS.

A humanização em saúde em face às políticas públicas de saúde, se reconstrói em um movimento de mudança das práticas dos serviços de saúde, impondo um novo modo de entender-se o fazer, o trabalho e a produção da saúde no SUS. De acordo com Benevides e Passos (2005):

Não podemos retomar o conceito de humanização sem considerar o cenário no qual ele vem ganhando destaque crescente em Programas no campo da saúde pública. Colocar em análise o conceito-sintoma é permitir a retomada de um processo pelo qual se faz a crítica ao que se instituiu nas práticas de saúde como o “bom humano”, figura ideal que regularia as experiências concretas. Contra uma idealização do humano, o desafio posto é o de redefinir o conceito de humanização a partir de um “reencantamento do concreto” (Varela, 2003) ou do “SUS que dá certo”. Se partimos da crítica ao conceito-sintoma, concluímos afirmando a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum.

A Política Nacional de Humanização, em 2003, propôs mudanças dos modelos de atenção e de gestão em saúde, de modo a valorizar-se mais o processo de mudança dos sujeitos na produção da saúde, do que a concretização dada às próprias práticas e ações em saúde (PEREIRA; BARROS, 2009; BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2013).

Desde o ano de 2006, com a criação do Pacto pela Saúde, notou-se a necessidade de se pactuar metas e objetivos sanitários que, por sua vez, também possibilitassem um maior envolvimento da sociedade na gestão e defesa do SUS, como proposto no presente PMS.

Nesse sentido, vale ressaltar que a adesão ao Pacto pela Saúde não se dá de forma automática, ao contrário, todos os municípios, Estados, Distrito Federal e a União devem se envolver em um processo de discussão com os agentes de controle social e as outras esferas de gestão, de modo que seja possível estabelecer-se tal adesão (BRASIL, 2007; CONASS, 2006). Dessa forma, ações que permitissem a identificação das diferentes realidades e características loco-regionais foram pactuadas pelos gestores das três esferas do sistema, o que possibilitou o surgimento de espaços regionais de planejamento e cogestão, a fim de permitir uma maior flexibilidade na gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Na dimensão organizacional do Pacto de Gestão, o financiamento é apontado como responsabilidade das três esferas de gestão; como um dos princípios de redução das iniquidades que ainda persistem no país; sendo o seu repasse realizado Fundo a Fundo; e o financiamento

do custeio com recursos federais por blocos de recursos (CONASS, 2006; MACHADO et al., 2009).

Em termos de financiamento, vale dizer, também, que as mudanças trazidas pelo Pacto pela Saúde tiveram a intenção de avançar no processo de descentralização dos recursos, de modo que os Estados e municípios tivessem maior autonomia, sendo o bloco de financiamento da Atenção Básica, aqui em destaque, constituído por estratégias e rubricas específicas, através das quais o recurso é repassado (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Com a ampliação do conceito de saúde, a estratégia de construção e fortalecimento das redes de atenção à saúde mostra-se fundamental para a criação de respostas no enfrentamento da produção saúde-doença. A sinergia proposta neste PMS busca resultar na oferta de práticas de saúde resolutivas e de qualidade aos cidadãos e à sociedade. A construção de possibilidades para além dos limites já conhecidos nos territórios de saberes e práticas torna-se uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde.

A Política Municipal de Saúde tem como ações estratégicas a ampliação da oferta de serviços na atenção básica à saúde na lógica da Estratégia da Saúde da Família, a implementação de equipe multiprofissional na atenção básica à saúde, ampliação do programa de saúde bucal, reorganização da atenção psicossocial, implementar serviços especializados de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e fortalecimento da atenção às urgências e emergências.

Para tanto, o PMS apresentará uma gestão em saúde pautada na transversalidade; na indissociabilidade entre atenção e gestão; e no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

Ao final do século XVI, o chamado "*Caminho dos Guaiases*", pertencente as trilhas indígenas, reconhecido entre os rios Pardo e Sapucaí, foi percorrido pelos bandeirantes Afonso Sardinha – tanto pai como o filho, João do Prado e Bartolomeu Bueno da Silva, com a veiculação das primeiras passagens históricas da região de Batatais. Nas conhecidas terras dos antigos "*caiapós*", na época, foram estabelecendo fazendas próximas a "*Paragem dos Batatais*", por paulistas de São Paulo, Itu, Santos e São Vicente, ou, ainda, por povoadores vindos de Minas Gerais.

Em 1728, a região pertenceu à Sesmaria de Batatais, concedida a Pedro Rocha Pimentel, onde se formou um povoado que, historicamente, foi transformado na freguesia do

Senhor Bom Jesus dos Batatais, por alvará régio de Dom João VI, concedido em 25 de fevereiro de 1815. Já em 1820, o Padre Bento José Pereira transferiu o povoado para o local denominado "*Campo Lindo das Araras*", às margens do ribeirão das Araras, desta vez, contudo, com o nome de "*Senhor Bom Jesus da Cana Verde de Batatais*".

O topônimo Batatais é de origem tupi, com o significado de "*cana brava*" ou "*fruto duro*" (ybá-tâtã), assim como "*cobra de fogo*" (mboy-tatã), segundo Theodoro Sampaio. Em 1814-1815, pela Resolução Régia e Alvará, a freguesia passou a ser denominada de Senhor Bom Jesus de Batatais, no Município de Mogi – Mirim, passando, posteriormente, a ser incorporada ao município de Franca, pela Portaria datada de 21 de outubro de 1821.

A Lei Estadual n. 7, de 14 de março de 1839, constituiu Batatais como districto sede, desmembrando-o, assim, ao município de Franca. Nesse ínterim, pela Lei Provincial n. 20, de 8 de abril de 1875, Batatais foi elevado como categoria de cidade em sua forma legal.

O município recebeu, até mesmo, o imperador D. Pedro II e a imperatriz Thereza Cristina em 25 de outubro de 1886, motivados pela inauguração de um trecho da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, responsável pelo transporte do café produzido até o porto de Santos.

Em 1902, com a Lei n. 830, de 2 de setembro, foi criado o distrito de Brodowski, que foi incorporado, naquele momento, ao município de Batatais, ocorrendo o desmembramento oficial destas cidades apenas em 1913, com a Lei Estadual n. 1381 de 22 de agosto no ano citado de referência.

Cabe salientar, também, que historicamente o padroeiro da cidade é o Senhor Bom Jesus da Cana Verde, sendo a Igreja Matriz "Senhor Bom Jesus da Cana Verde" transformada, em 2013, em Santuário de Batatais. A Igreja Matriz "Senhor Bom Jesus da Cana Verde" possui vitrais de autoria de Conrado Sorgenicht Filho e pinturas de Cândido Portinari. O pintor Cândido Portinari retratou as 14 estações da "Via Sacra de Jesus" em suas obras para a Igreja Matriz, estando presente no local setes de seus quadros.

A cidade também foi berço político do Presidente da República Washington Luís, último presidente da conhecida "República Velha", uma vez que ele foi Intendente Municipal de Batatais, cargo esse similar ao que se conhece, atualmente, como Prefeito. Outro político importante de passagem histórica pelo município foi Altino Arantes, que ocupou o cargo de Deputado Estadual e Presidente do Estado de São Paulo, bem como atuou como membro da Revolução Constitucionalista, em 1932, e presidiu a Academia Paulista de Letras.

O editor José Olympio também foi uma referência história do município, uma vez que nasceu em Batatais, em 1902, tendo sido conhecido como um dos maiores editores do

país, publicando grandes mestres da literatura nacional e marcando sua história no Brasil pela descoberta de talentos na área.

Outrossim, destaca-se, por fim, o reconhecimento de Batatais como estância turística, uma vez que a cidade compõe um dos 29 municípios do Estado de São Paulo com tal título.

HISTÓRICO DA SAÚDE DE BATATAIS

O município de Batatais fica localizado na Região de Saúde do Vale das Cachoeiras, coordenada pelo Departamento Regional de Saúde XIII, com sede em Ribeirão Preto.

O Artigo 196 da Constituição Federal conceitua que “*a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]*”. Com a Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde) que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo, iniciou-se o processo de municipalização da gestão da saúde.

Habilitado a prestar atendimento à saúde de seus munícipes, anteriormente prestado diretamente pelo Estado, o município de Batatais dá os primeiros passos na construção do Sistema Único de Saúde, com gestão parcial dos serviços de saúde pública, nomeando provisoriamente o Dr. Dimas Covas para responder pela pasta em 1988.

O primeiro Diretor de Saúde Municipal foi Prof. Dr. Luís Sergio Marcelino Gomes, em 1989, permanecendo poucos meses no cargo, mas construindo o primeiro Plano Municipal de Saúde. A instalação do Departamento de Saúde aconteceu em uma sala da unidade do Centro de Saúde “Dr. José Mello e Silva”. O segundo Diretor Municipal de Saúde foi Dr. Jesualdo Baldochi (1989-1992), período em que foi realizada a Primeira Conferência Municipal de Saúde, quando foi instituído o Primeiro Conselho Municipal de Saúde, formalizado através da Lei Municipal n. 1846 de 08 de fevereiro de 1990, com alterações através da Lei Municipal n. 2001 de 20 de agosto de 1993. Em 1993, assumiu a direção do Departamento o médico Dr. Olésio Túlio Alves, permanecendo até 1996.

Em 1995, com a Norma Operacional Básica - NOB/93, o município foi habilitado como gestor semipleno, sendo diretor da saúde o Dr. Olésio Túlio Alves. Em 1998, através da Norma Operacional Básica - NOB/96, ocorreu a habilitação em gestão plena, tornando-se totalmente responsável pela saúde de seus munícipes. Atendendo uma das condições para a nova forma de gestão, foi criado pelo Decreto n. 1.805 de 28 de fevereiro de 1998, o Sistema Municipal de Auditoria (SMA), sendo instalada a Unidade referida como Avaliação, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, mais conhecida como UAC. O então Diretor de Saúde era o Dr. André Domingos Pippa Tomazella (1996-1999). Em julho de 1999, o Prefeito

Municipal, Sr. José Luís Romagnoli, promoveu uma reforma administrativa, criando as Secretarias Municipais e cargos de secretários, através da Lei Municipal n. 2.423 de 02 de junho de 1999, nomeando para Secretário de Saúde, novamente, o Prof. Dr. Luiz Sergio Marcelino Gomes, através da Portaria n. 7.591 em 30 de julho de 1999.

Em 2001, através da Portaria n. 8.677 de 2 de janeiro, foi nomeado como Secretário Municipal de Saúde, pelo Prefeito Municipal Sr. Fernando Antônio Ferreira, o Dr. Pedro Aluizio Diani.

Já em 2005, por meio da Portaria n. 12.729 de 2 de janeiro, foi nomeado, novamente, como Secretário Municipal de Saúde, pelo Prefeito Municipal o Sr. José Luís Romagnoli, o Prof. Dr. Luiz Sérgio Marcelino Gomes. Ainda nesse mesmo ano, em novembro, foi nomeada Secretária interina a Sra. Luciana A. Nazar Maluf, passando definitivamente a Secretária Municipal de Saúde em 2006. O Prefeito Sr. José Luís Romagnoli permaneceu por mais dois mandatos, sendo acompanhado pela Secretária Municipal de Saúde Sra. Luciana A. Nazar Maluf nos mesmos.

Em 2013, o Prefeito Sr. Eduardo Augusto Silva de Oliveira nomeou, pela Portaria n. 23.302 em 2 de janeiro, como Secretário Municipal de Saúde o Sr. Angelo Piva Biagini e em novembro do mesmo ano, o Sr. Ramon Gustavo de Oliveira, pela Portaria n. 24.013. Em julho de 2016 foi nomeado, pela Portaria n. 25.222, pelo mesmo Prefeito, como Secretário Municipal de Saúde o Dr. Eduardo Silva Ricco.

Em seguida, em 02 de janeiro de 2017, o novo Prefeito eleito, Sr. Jose Luís Romagnoli, nomeou, novamente, como Secretária Municipal de Saúde a Sra. Luciana A. Nazar Arantes, por meio da Portaria n. 25.508.

No presente ano de 2021, o Prefeito eleito, Sr. Luis Fernando Benedini Gaspar Júnior, nomeou, pela Portaria n. 26597 em 2 de janeiro, como Secretária Municipal de Saúde a Sra. Bruna Francielle Toneti.

UM POUCO DO SUS

O SUS é resultado de uma grande luta política em nosso país. Podemos dizer que, até a sua criação, a maioria da população brasileira sofria pela falta de acesso aos serviços de saúde. Até um passado recente, o país apresentava um alto índice de mortalidade infantil por doenças diarreicas e parasitárias, bem como pela transmissão de doenças infectocontagiosas preveníveis por vacinação, evidenciando um quadro sanitário de mortalidade por causas evitáveis (RIPSA, 2008).

Muitas são as reflexões sobre os limites e avanços da sociedade brasileira na construção de um sistema de saúde mais justo e equânime. Há pouco mais de 30 anos, lutava-se no país pela descentralização dos serviços de saúde e pela garantia de acesso, em especial, para a população mais desassistida. Muitos foram os avanços, mas os desafios para a consolidação do SUS e o cumprimento de seus pressupostos em todos os entes federativos persistem.

No Brasil, as mudanças sanitárias, tem possibilitado a criação de práticas de saúde públicas exigidas não apenas pela necessidade populacional, mas também por políticas nacionais e internacionais, dentre elas a Declaração de Alma-Ata e a VIII Conferência Nacional de Saúde. Tais políticas foram implantadas mundialmente com o objetivo de promover a efetividade da saúde coletiva, como um direito de todos e como meio para obtenção de crescimento econômico e melhoria das condições sociais (FIGUEIREDO, 2010).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), reuniu, em 1986, cerca de 4.500 pessoas defendendo a democratização do país, uma nova política nacional de saúde com descentralização e acesso da população aos serviços de saúde, servindo de base para a Comissão da Assembleia Constituinte.

O SUS foi criado pela Constituição de 1988, também chamada de “Constituição Cidadã”, por ser considerada a constituição mais completa que já tivemos no Brasil, principalmente, nos aspectos que se referem aos direitos de cidadania. Em seu Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, – a Constituição versa os artigos que dispõem sobre o SUS:

Art. 196. A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao PODER PÚBLICO dispor, nos termos da lei, sobre sua REGULAMENTAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA e constituem um SISTEMA ÚNICO, organizado de acordo com as seguintes DIRETRIZES:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

§ 1o O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2o A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3o;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea “b” e § 3o.

§ 3o Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2o;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos

Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4o Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5o Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6o Além das hipóteses previstas no § 1o do art. 41 e no § 4o do art. 169 da Constituição

Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1o As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2o É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3o É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4o A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV– participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V– incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII– participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII–colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS, como política de Estado, assume em todo o território nacional os princípios da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde e tem como diretrizes a descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social, incorporadas na legislação orgânica da saúde, a Lei n. 8.080/90 e a Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990).

A Lei n. 8.080, de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção; proteção; atenção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e dá outras providências. A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências entre as diferentes esferas de governo de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2003).

O Decreto n. 7.508, de 2011, regulamenta a Lei n. 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa, ressaltando a regionalização da saúde. O Ministério da Saúde definiu na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (BRASIL, 2011).

Em seguida ao Decreto o Ministério da Saúde desenhou as Redes a serem organizadas através de Portarias, sendo elas: Rede Cegonha (RC); Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD); e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) trata-se das relações entre os serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, de modo que haja uma atenção contínua, de qualidade e integral a mesma, promovendo o acesso à saúde da população por meio desta integração sistêmica. De acordo o Ministério da Saúde (2013) o conceito da rede é apresentado na Figura 1 abaixo:

Figura 1: Conceito de Redes de Atenção à Saúde no SUS (2013):



Fonte: BRASIL (2013).

Sendo o primeiro nível de atenção do SUS, a Atenção Básica (AB), tem-se como o conjunto de ações em âmbito individual e coletivo, enfocada na promoção e proteção a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, visando à manutenção da saúde. O fundamento da garantia de acesso universal e a efetivação da integralidade, através ações programáticas e demanda espontânea, tornam o trabalho interdisciplinar de equipes e as coordenações de cuidado nas redes de serviços a porta de entrada para o acesso a outros níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO, DECISÃO E REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES DO SUS

A gestão do SUS é compartilhada. Assim, a definição das políticas, programas e projetos de relevância para o SUS é discutida e aprovada nesses diferentes espaços de negociação: Comissão Intergestores Tripartite - CIT (apenas uma nacional); Comissões Intergestores Bipartite - CIB (uma em cada estado da federação); e Comissões Intergestores Regionais - CIR (âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais). Para a CIR os gestores e equipes gestoras organizam-se em

grupos temáticos - Câmaras Técnicas - nas quais discutem e pactuam as políticas, programas e ações de saúde antes da reunião geral.

Para promover a plena gestão do SUS, os gestores se organizam em conselhos por esfera de governo, a saber: CONASS, CONASEMS E COSEMS. No CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), os gestores estaduais se organizam onde a diretoria é composta por um representante de cada região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Já o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), é composto pelos gestores municipais. E o COSEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde), é composto por representantes nos estados, mais especificadamente pelos Secretários Municipais de Saúde.

INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL NO SUS

Assim como os gestores, a população se organiza, por meio dos Conselhos de Saúde, para realizar o controle social no SUS, compondo a gestão do SUS. Os conselhos são órgãos de deliberação do SUS e os gestores precisam apresentar aos seus conselheiros, todas as propostas de ação apresentadas nos Planos de Saúde e aprovadas nas Conferências de Saúde, bem como toda a prestação de contas dos recursos do SUS.

O Conselho Municipal de Saude – CMS - se reúnem em caráter ordinário e extraordinário em seus próprios municípios, tendo suas secretarias executivas nos espaços institucionais das secretarias municipais de Saúde. Já o Conselho Estadual de Saúde – CES - se reúnem em caráter ordinário e extraordinário nas capitais dos estados, tendo suas secretarias executivas nos espaços institucionais das secretarias estaduais de saúde. O Conselho Nacional de Saúde – CNS - Entidade máxima do controle social, se reúne em caráter ordinário e extraordinário em Brasília, tendo sede no prédio do Ministério da Saúde. E os Conselhos Locais de Saúde – CLS - os CLS são em número variado, de acordo com o território das unidades básicas de saúde. Por fim, as Conferências de Saúde são compreendidas como instâncias colegiadas do SUS nas três esferas de governo.

OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SUS

Para uma boa gestão do SUS, faz-se necessária a compreensão da concepção do processo saúde-doença e cuidado que engloba dimensões biológicas, psicológicas,

socioculturais, econômicas, ambientais e políticas, e essa concepção varia de acordo com o contexto sócio-histórico.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo terceiro, definiu o conceito de saúde-doença: *“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.”* (BRASIL, 2013).

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA GESTÃO DO SUS

As ações de promoção da saúde estão igualmente definidas na Lei n. 8.080/90 que define: *“atuar na promoção de saúde com ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador, saúde ambiental, vigilância nutricional, fiscalização de produtos, atenção primária e atuar na assistência médica propriamente dita e, ainda, com o uso de recursos tecnológicos mais apropriados, na política de saúde e hemoderivados e na política de medicamentos”*.

A Promoção da Saúde é o campo de ações que atua sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde com o objetivo de impactar, favoravelmente, na qualidade de vida das pessoas e comunidades. Por isso, as ações caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intra e intersetorial e por ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, hábitos e estilos de vida, entre outras (BUSS, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde organizada desde 2006, e redefinida pela Portaria MS/GM n. 2.446 de 11/11/2014, baseia-se no conceito ampliado de saúde e apresenta a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo com responsabilidades para os três entes federados.

INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DO SUS

Igualmente importante à promoção da saúde, a intersetorialidade das políticas públicas sociais (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho), devem ser formuladas e implementadas articuladamente. Os espaços da intersetorialidade são lugares de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas formas de agir que não se encontram estabelecidas ou suficientemente experimentadas. Para enfrentar os determinantes

do processo saúde-doença e investir na promoção da saúde, é importante e fundamental, a ousadia de buscar projetos intersetoriais que resultem em ações mais efetivas para a sociedade. A intersetorialidade é um dos principais desafios para a resolutividade do SUS nos tempos atuais.

I – ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Os aspectos sociodemográficos de Batatais permitem a análise das informações da população e características do município no que tange à saúde, iniciando-se pela localização da cidade na região Sudeste, no interior do Estado de São Paulo e a Divisão Regional de Saúde pertencente, como apresentado no Quadro 1 e Figura 2, a seguir:

Quadro 1 – Características do município de Batatais:

ÁREA TERRITORIAL	849,526 km ²
ALTITUDE	862m
LATITUDE	20° 53' 28" Sul
LONGITUDE	47° 35' 06" W
CLIMA	Tropical (ameno) com inverno seco. Chove principalmente de novembro a março.
TEMPERATURA	Máxima de 34 graus, mínima de 8 graus.
TOPOGRAFIA	Ondulada, situada entre duas colinas.
HIDROGRAFIA	Rio Sapucaí, na divisa com os municípios de: São José da Bela Vista, Restinga, Franca e Patrocínio Paulista.
LIMITES	São José da Bela Vista, Restinga, Franca, Patrocínio Paulista, Altinópolis, Brodowski, Jardinópolis, Sales de Oliveira e Nuporanga.
DISTÂNCIAS	São Paulo = 355 Km Ribeirão Preto = 42 Km Franca = 49 Km Belo Horizonte = 481 Km Rio de Janeiro = 750 Km Brasília = 750 Km Triângulo Mineiro = 150 Km Sul de Minas Gerais = 40 Km
ACESSO RODOVIÁRIO	O Município conta com acesso rodoviário por vias estaduais, entre elas a Via Anhanguera que tem o Km zero no centro da Capital de São Paulo. Possui aeroporto para aeronaves de pequeno porte, sendo usado somente para voos particulares.

Fonte: IBGE (2017).

Figura 2 – Acesso rodoviário ao município de Batatais:



Fonte: Mapa de Saúde da DRS XIII – Ribeirão Preto (2012).

SP – 330 – Via Anhanguera

SP – 334 – Rodovia Cândido Portinari

SP – 351 – Rodovia Altino Arantes

DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – DRS XIII

Batatais faz parte da Região de Saúde do Vale das Cachoeiras, Quadro 2, situada na macrorregião nordeste do Estado de São Paulo, na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, composta por sete municípios, que abrange uma população total estimada pelo IBGE para 2020 de 142.488 habitantes. A Regional de Saúde de Ribeirão Preto conta com três Regiões de Saúde: Aquífero Guarani, Horizonte Verde e Vale das Cachoeiras, totalizando 26 municípios e uma população estimada de 1.540.287 habitantes, como apresentado na Figura 3. Em composição com as Regionais de Saúde de Araraquara,

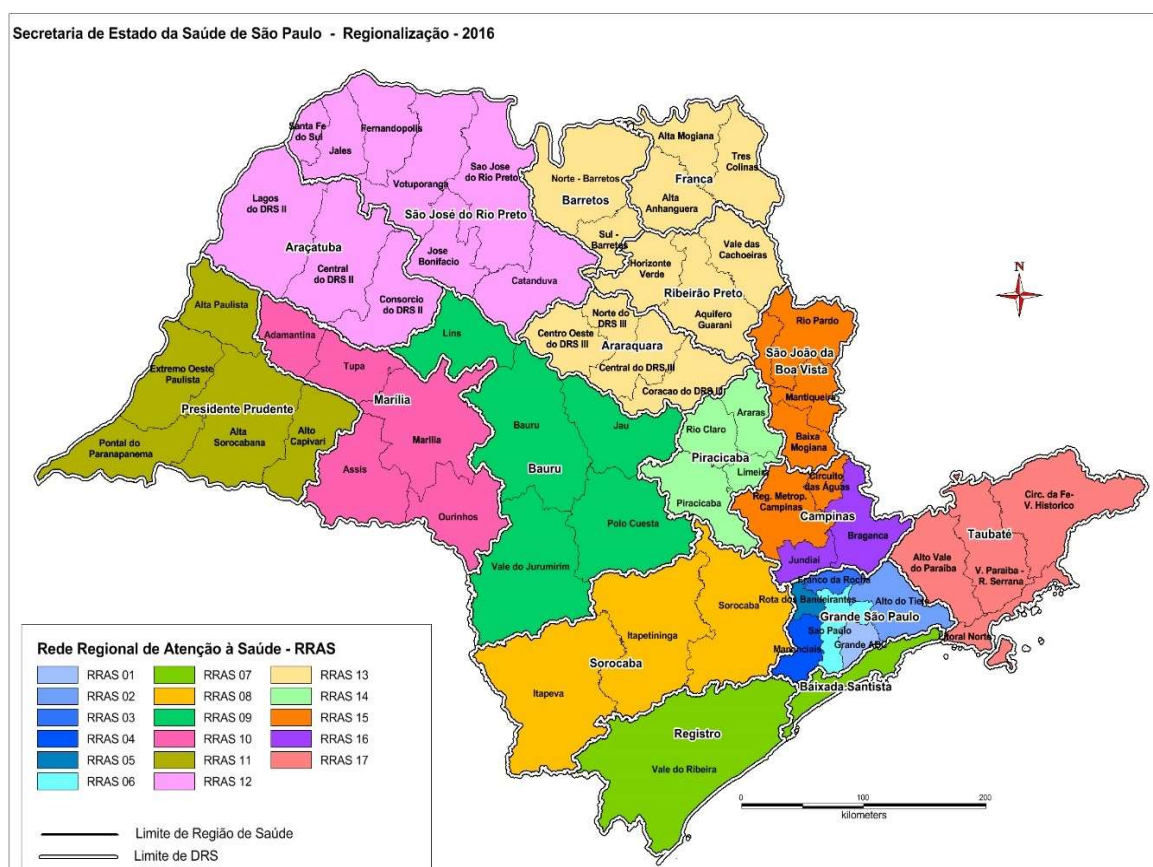
Barretos e Franca formam a RRAS 13, Figura 4, abrangendo uma população 3.741.311 habitantes.

Quadro 2 – Os municípios da Região do Vale das Cachoeiras:

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Altinópolis	16203
Batatais	62980
Brodowski	25277
Cajuru	26393
Cássia dos Coqueiros	2505
Santa Cruz da Esperança	2153
Santo Antônio da Alegria	6977

Fonte: IBGE (2017).

Figura 3 – Mapa do Estado de São Paulo e distribuição dos municípios segundo Regiões de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e RRAS:



Fonte: Composição da RRAS, DRS e Regiões de Saúde do Estado de São Paulo (2016).

Figura 4 – Mapa da Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII, com divisão geográfica municipal.



Fonte: Mapa de Saúde do DRS XIII – Ribeirão Preto (2012).

Em relação a taxa de natalidade no município de Batatais, os dados apresentados na Tabela 1, abaixo, revelam que no período de 2015 a 2020 a incidência de nascidos vivos se manteve estável, o que demonstra um crescimento populacional regular na cidade neste período.

Tabela 1 – Taxa de natalidade de nascidos vivos residentes de Batatais:

PERÍODO	NASCIDOS VIVOS	POPULAÇÃO	TAXA DE NATALIDADE
2015	753	60.517	12,44
2016	677	61.032	11,09
2017	746	61.528	12,12
2018	742	62.024	11,96
2019	746	62.508	11,93
2020	726*	62.980	11,53

Fonte: SESSP; CCD; SINASC (2020), SVS; DASNT; CGIAE (2015-2020).

O índice de envelhecimento da população residente em Batatais, apresentado na Tabela 2, abaixo, mostra a proporção de pessoas de 65 anos ou mais, por 100 indivíduos de 0 a 14 anos.

Tabela 2 – Índice de envelhecimento da população residente.

PERÍODO	População => 65 anos	População < 15 anos	Índice de envelhecimento
2015	6635	11668	56,86
2016	6904	11597	59,53
2017	7186	11552	62,21
2018	7488	11532	64,93
2019	7800	11511	67,76
2020	8130	11484	70,79

Fonte: DATASUS-TABNET (2020).

Nota-se que o município apresenta uma evolução no ritmo de envelhecimento da população, processo esse também conhecido como transição epidemiológica, onde um aumento significativo da população ocorre acima dos 60 anos de idade, indicando redução nos níveis de fecundidade e aumento da esperança de vida dos idosos.

A relação quantitativa entre os sexos, apresentada na Tabela 3, a seguir, indica predominância de 1,03% na população feminina no município, reflexo associado a maior sobrevivência das mulheres ao longo das faixas etárias, o que também vai ao encontro dos dados epidemiológicos nacionais.

Tabela 3 – Distribuição populacional de Residentes de Batatais por sexo:

Ano	Masculino	Feminino	Total	Razão de Sexos
2015	29745	30772	60517	1,03
2016	30000	31032	61032	1,03
2017	30247	31281	61528	1,03
2018	30494	31530	62024	1,03
2019	30740	31768	62508	1,03
2020	30975	32005	62980	1,03

Fonte: DATASUS-TABNET (2020).

Já a Tabela 4, abaixo, mostra a distribuição populacional de residentes de Batatais por faixa etária e ano, com destaque ao grupo populacional predominante entre a faixa etária de 20 a 59 anos, com menor participação na população total na faixa etária acima de 80 anos.

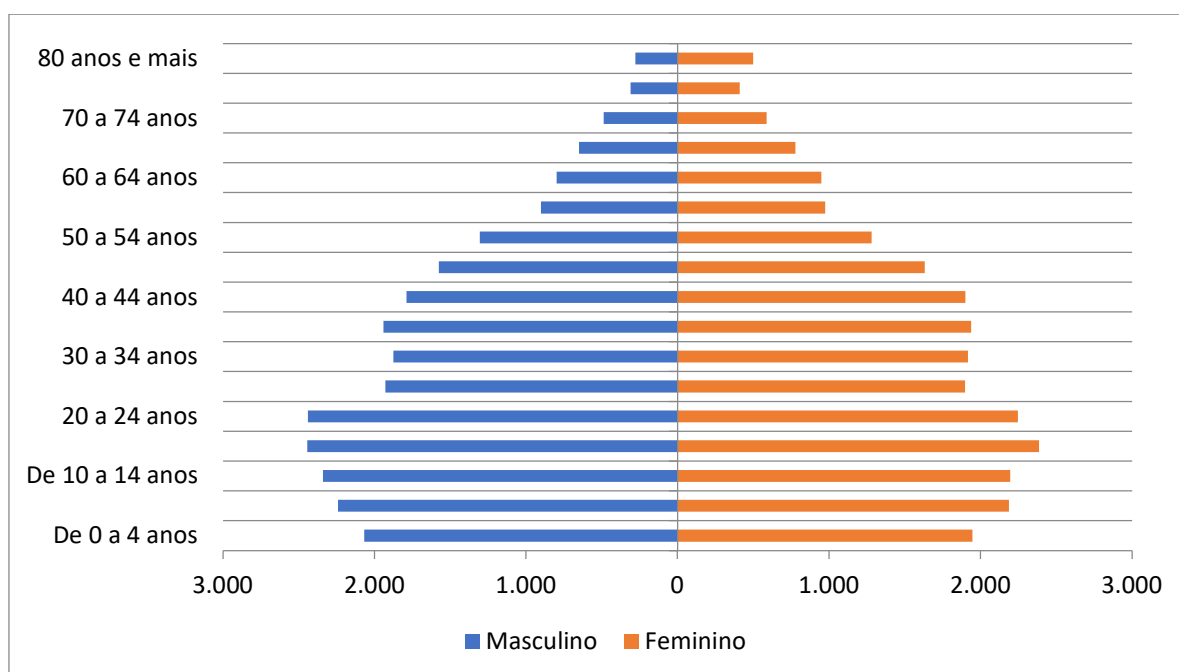
Tabela 4 – Distribuição populacional de residentes por faixa etária e ano:

Faixa Etária 1	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0 a 4 anos	3813	3838	3841	3851	3850	3827
5 a 9 anos	3788	3780	3795	3812	3833	3871
10 a 14 anos	4067	3979	3916	3869	3828	3786
15 a 19 anos	4371	4344	4270	4175	4088	4023
20 a 29 anos	9822	9706	9605	9511	9418	9323
30 a 39 anos	9765	9921	10052	10151	10220	10254
40 a 49 anos	7914	8039	8174	8321	8479	8645
50 a 59 anos	7389	7461	7520	7569	7612	7648
60 a 69 anos	5189	5407	5626	5844	6057	6265
70 a 79 anos	2839	2930	3031	3148	3275	3416
80 anos e mais	1560	1627	1698	1773	1848	1922
Total	60517	61032	61528	62024	62508	62980

Fonte: DATASUS-TABNET (2020).

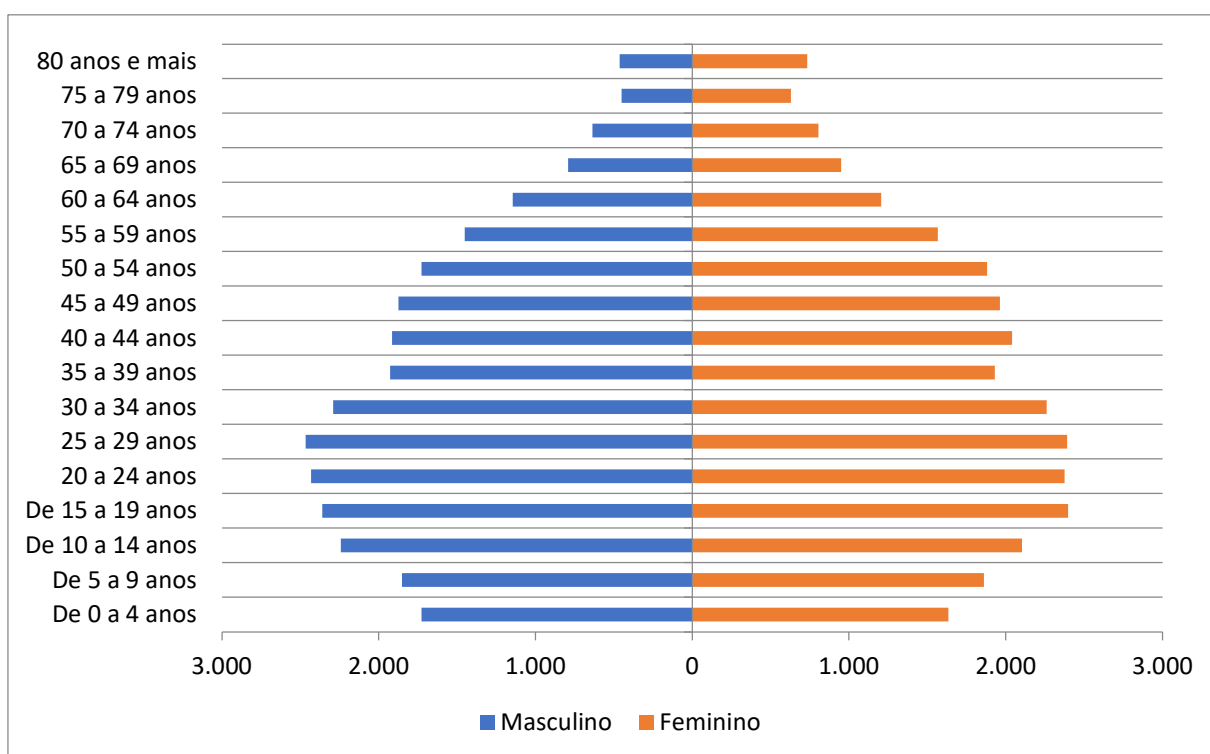
A pirâmide etária também é apresentada nas Figuras 5, 6 e 7, por década, a seguir, revelando uma mudança na curva de crescimento populacional com o passar dos anos, principalmente, nas faixas etárias entre 0 a 19 anos, o que reforça a diminuição nos níveis de fecundidade na cidade.

Figura 5 – Pirâmide etária e curva de crescimento populacional do ano de 2000:



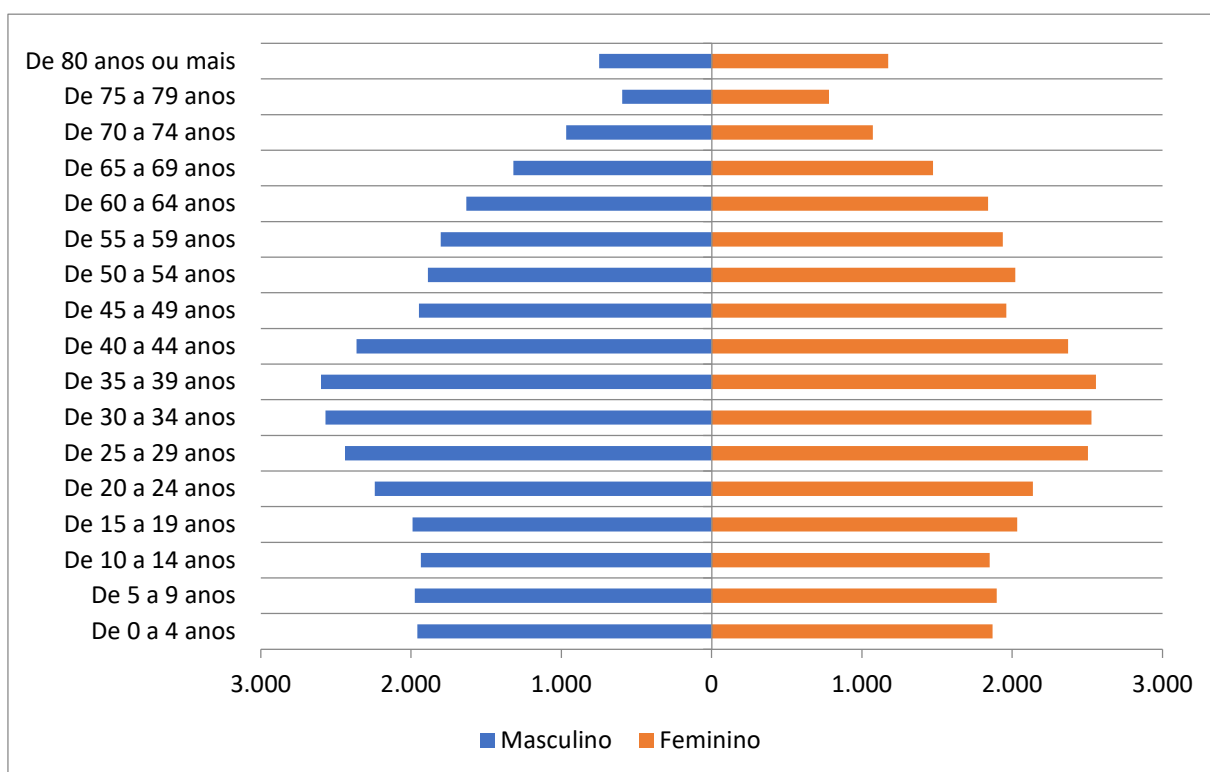
Fonte: IBGE (2000 – 2010); DATASUS (2020).

Figura 6 – Pirâmide etária e curva de crescimento populacional do ano de 2010:



Fonte: IBGE (2000 – 2010); DATASUS (2020).

Figura 7 – Pirâmide etária e curva de crescimento populacional do ano de 2020:



Fonte: IBGE (2000 – 2010); DATASUS (2020).

A densidade populacional em 2010, analisada pelo número de habitantes no município por km², revela que Batatais é um dos municípios com maior densidade populacional na Região do Vale das Cachoeiras, como mostrado na Tabela 5, abaixo, com uma densidade de 66,48, ficando atrás apenas do município de Brodowski, onde a densidade populacional é de 75,80. Cabe ressaltar que a DRS XIII possui uma densidade populacional de 122,26 em sua totalidade.

Tabela 5 – Densidade Populacional em 2010 (hab./km²):

MUNICÍPIO	Área km ²	Total da população	Densidade demográfica
Batatais	849,526	56.476	66,48

Fonte: IBGE (2010).

Os dados referentes a população privada de liberdade em Batatais, por sua vez, mostrados na Tabela 6, demonstram uma diminuição do número de pessoas com privação de liberdade, resultados esses associados a fatores como a desativação da cadeia pública no município a partir do ano de 2012 e a pandemia da COVID-19 no ano de 2021, onde, devido as medidas restritivas de enfrentamento da doença, o número de residentes na Fundação Casa diminui expressivamente.

Tabela 6 – População privada de liberdade por sexo em Batatais:

Tipo de Estabelecimento	Capacidade	2012		06/2017		08/2021	
		Fem.	Mas.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Cadeia Pública	-	-	27	-	-	-	-
Fundação Casa	64 vagas	-	56	-	64	-	35

Fonte: Fundação Casa de Batatais (2021).

Salienta-se que a Fundação Casa de Batatais conta com 56 vagas fixas e 08 vagas provisórias em sua totalidade, estando, no momento da pesquisa, com 35 internos aos seus cuidados.

ESCOLARIDADE

O grau de analfabetismo da população adulta de Batatais, exposto pela taxa de analfabetismo nas Tabela 7 e 8, a seguir, mostra que a cidade se encontra, ainda, com níveis inaceitáveis internacionalmente, considerando que a base aceitável deve ser abaixo de 5% (UNESCO, 1993).

Tabela 7 – População alfabetizada por ano na faixa etária de 15 anos ou mais:

Ano	15 a 24 anos	25 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
2000	9376	21448	2631	1254	488	35197
2010	9486	26696	3683	1970	985	42820

Fonte: DATASUS-TABNET; IBGE (2000 – 2010).

Tabela 8 – Taxa de analfabetismo por ano e faixa etária da população de 15 anos ou mais:

Ano	15 a 24 anos	25 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
2000	1,1	5,7	16,3	32,1	25	7,1
2010	0,6	3,4	9	15,3	22,3	4,4

Fonte: DATASUS-TABNET; IBGE (2000 – 2010).

Nota-se que as faixas etárias com maior índice de analfabetismo ocorrem a partir dos 60 anos, no ano de 2000, bem como de 70 anos, em 2010, denotando, assim, que a população está frequentando mais a escola, o que, conseqüentemente, contribui para a diminuição significativa da taxa de analfabetismo na cidade.

Quadro 3 – Rede de ensino no município:

Nível Escolar	2015		2020	
	Escolas	Matrículas	Escolas	Matrículas
Ensino fundamental	24	6.721	23	6.744
Ensino fundamental - escola pública estadual	8	2.818	7	2.682
Ensino fundamental - escola pública municipal	7	2.473	7	2.512
Ensino fundamental - escola privada	9	1.430	9	1.550
Ensino médio	13	2.164	12	2.199
Ensino médio - escola pública estadual	7	1.826	6	1.885
Ensino médio - escola pública municipal	0	0		
Ensino médio - escola privada	6	338	6	314
Ensino pré-escolar	21	1.360	25	1.382
Ensino pré-escolar - escola pública estadual	0	0	0	0
Ensino pré-escolar - escola pública municipal	8	953	10	966
Ensino pré-escolar - escola privada	13	407	15	416

Fonte: INEP (2015); Secretaria Municipal de Educação de Batatais (2020).

O Quadro 3, acima, apresenta a composição da rede de ensino no município, com o número de escolas e matrículas de 2015 e 2020, revelando uma maior concentração de matrículas no ensino fundamental no período.

DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

Quanto ao desenvolvimento econômico e social, o município de Batatais está classificado como Grupo 3 no IPRS, como na Tabela 9, abaixo, o que significa que a cidade apresenta um baixo nível de riqueza, embora apresente indicadores sociais de nível médio e alto, como a longevidade e escolaridade.

Tabela 9 – Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) e componentes de riqueza, longevidade e escolaridade:

ANO	GRUPO	IPRS	Escolaridade	Longevidade	Riqueza
2014	4	4	48	64	39
2016	3	3	55	73	38
2018	3	3	60	73	38

Fonte: FSEADE – IPRS (2020).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), varia de 0 a 1, sendo considerados de baixo desenvolvimento os países que atingem menos de 0,499 pontos; de médio desenvolvimento os que possuem notas de 0,500 até 0,799; e de alto desenvolvimento os países que atingem pontuação superior a 0,800. O município de Batatais apresenta, na Tabela 10, abaixo, crescente desenvolvimento humano, com um IDH de 0,761 em 2010, que é considerado de médio desenvolvimento.

Tabela 10 – Índice de Desenvolvimento Humano:

MUNICÍPIO	IDH 1991	IDH 2000	IDH 2010
Batatais	0,519	0,695	0,761

Fonte: ATALAS BRASIL (2013).

O percentual de urbanização de Batatais, apresentado na Tabela 11, abaixo, revela que a maioria da população reside em área urbanas no município, com baixo percentual nas áreas rurais, conforme o último censo publicado do IBGE (2010).

Tabela 11– Percentual de urbanização no município de Batatais:

População Urbana (2010)	Total População (2010)	Taxa de Urbanização (2010)
49.945	56.476	88,44

Fonte: IBGE (2010).

Com relação ao Produto Interno Bruto (PIB), a Tabela 12, a seguir, mostra o valor médio agregado por indivíduo em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos no município, que indica o nível de sua produção econômica em relação ao seu contingente populacional.

Tabela 12 – PIB per capita no município de Batatais:

Ano	PIB (em milhares de reais correntes)	População	PIB (em reais correntes)
2002	556.903,54	52206	10.667,42
2003	632.267,61	52726	11.991,57
2004	645.783,93	53294	12.117,39
2005	704.393,38	53857	13.078,96
2006	804.538,38	54351	14.802,64
2007	813.659,00	54867	14.829,66
2008	848.146,72	55412	15.306,19
2009	918.826,11	55931	16.427,85
2010	1.153.706,59	56429	20.445,28
2011	1.322.433,82	56832	23.269,18
2012	1.351.261,17	57238	23.607,76
2013	1.410.019,69	57648	24.459,13
2014	1.469.616,43	58060	25.312,03
2015	1.595.930,98	58475	27.292,53
2016	1.514.048,60	58821	25.739,93
2017	1.479.439,12	59167	25.004,46

Fonte: Fundação SEADE (2020).

O valor médio agregado por indivíduo em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos no município, indica o nível de sua produção econômica em relação ao seu contingente populacional.

A renda média domiciliar per capita, apresentada na Tabela 13, abaixo, representa a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores.

Tabela 13 – Renda média domiciliar per capita:

ANO	RENDA MEDIA (em reais correntes)
2000	715,34
2010	888,38

Fonte: DATASUS – TABNET: IBGE (2010).

Em 2019, o salário médio mensal era equivalente a 2,5 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 27.4%. Na comparação com os outros municípios do Estado, Batatais ocupava as posições 156 de 645, e 173 de 645, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, a cidade tinha 30,3% da população nessas condições, o que a colocava na posição 386 de 645 dentre as cidades do Estado de São Paulo.

Os dados referentes a população economicamente ativa e desocupada de 16 anos ou mais no município, indica uma taxa de desemprego decrescente, como apresentado na Tabela 14.

Tabela 14 – Taxa de desemprego no município de Batatais:

ANO	PEA	DESOCUPADOS	TAXA DESEMPREGO
2000	24703	2439	9,87
2010	29103	1564	5,37

Fonte: DATASUS – TABNET, IBGE (2010).

Em relação ao percentual de beneficiários da saúde suplementar no município, mostrado na Tabela 15, a seguir, nota-se que o número de beneficiários se apresenta estável ao longo dos anos, com pequenas oscilações e perceptível diminuição a partir do ano de 2016. A taxa de cobertura da saúde suplementar entra em declínio a partir de 2014, permanecendo, contudo, em queda até 2020.

Tabela 15 – Percentual de beneficiários da Saúde Suplementar no município segundo residência:

ANO	Número de Beneficiários	População	Percentual de Beneficiários
2010	14077	56429	24,95
2011	13776	56832	24,24
2012	14167	57238	24,75
2013	14455	57648	25,07
2014	14442	58060	24,87
2015	14319	58475	24,49
2016	13852	58821	23,55
2017	13665	59167	23,10
2018	13162	59517	22,11
2019	13098	59868	21,88
2020	13105	60222	21,76

Fonte: ANS; SEADE (2020).

No que diz respeito a habitação, o município conta com 27.680 imóveis registrados, sendo 20.684 edificadas. Nesses imóveis edificadas, conta-se 1.294 empresas de comércio/serviços e 158 indústrias, podendo ser considerado, assim, o número de 19.232 residências (habitações), como mostrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Habitação no município de Batatais:

IMÓVEIS	2017	2021
IMÓVEIS EDIFICADOS	16.977	20.684
TERRENOS	7.337	6.996
TOTAL	24.414	27.680
IMÓVEIS COMERCIO/SERVIÇOS	2.148	1.294
IMOVEIS INDUSTRIAIS	125	158
RESIDENCIAL	14.704	19.232

Fonte: Setor Municipal de Tributação (2021).

Nota-se um crescimento de 21,83% dos imóveis edificados no período, com predominância dos imóveis residenciais. Destaque-se, ainda, que os imóveis comerciais apresentam decréscimo, mas que existem vários imóveis residenciais transformados em comércio por microempresários individuais (MEI), sem o registro, contudo, do imóvel para comércio.

O setor de água e esgoto conta com um total de 25.367 ligações de água, sendo considerados os imóveis edificados, os terrenos e os imóveis com mais de uma ligação de água. Em comparação com 2017, quando o município contava com 23.600 ligações de água, houve um aumento de 7,49% até o presente ano.

A rede de esgoto dá cobertura a, aproximadamente, 99% dos imóveis registrados no município. A coleta de lixo, por sua vez, a 100% dos imóveis edificados.

O indicador de qualidade da água é utilizado para avaliar se a água distribuída pelo sistema de abastecimento do município contém teores de cloro residual livre necessários para prevenir contaminações na rede de distribuição e concentrações de flúor necessárias para a prevenção da cárie dentária da população. O valor de referência Estadual é de 80% de adequação para o flúor e de, no mínimo, 95% de amostras com resultado satisfatório na avaliação do cloro. A Tabela 16, a seguir, mostra a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano na cidade no ano de 2020.

Tabela 16 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e flúor em 2020:

Indicadores de Qualidade da Água	BACTERIOLOGIC O	CLORO	FLUOR
Nº Total de Análises	156	156	36
Nº de Análises adequadas	154	150	20
% Amostras Satisfatórias	98,72%	96,15%	55,56%

Fonte: PROAGUA/CVS/CCD/SESSSP (2020).

Com relação as pessoas com deficiência residentes no município de Batatais, o Quadro 5, a seguir, apresenta os dados informados pelo IBGE referente ao período de 2010, demonstrando um aumento do número de pessoas com deficiência na cidade.

Quadro 5 – Pessoas com deficiência no município de Batatais:

DEFICIÊNCIA	NÃO CONSEGUE	GRANDE DIFICULDADE	TOTAL
AUDITIVA	51	394	445
FÍSICA	238	985	1.223
MENTAL E INTELLECTUAL			691
TOTAL	289	1.379	2.359

Fonte: IBGE (2010).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER III) da APAE de Batatais, está habilitado pelo Ministério da Saúde para atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua; no âmbito da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), no Sistema Único de Saúde (SUS). O CER III de Batatais é de porte regional, abrangendo os municípios da Região do Vale das Cachoeiras, atendendo as deficiências nas modalidades auditiva, física e intelectual.

2 - PERFIL DA MORBIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO

A MORBIMORTALIDADE EM BATATAIS

As transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde. Segundo informações da FIOCRUZ (2021), nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um novo perfil epidemiológico, bem mais complexo do que aquele esperado pelos autores da teoria da transição epidemiológica, segundo a qual, ocorre uma evolução da sociedade tradicional para uma sociedade moderna, que está, por sua vez, acompanhada da redução da morbimortalidade por doenças infecciosas, passando a haver um predomínio das doenças crônico-degenerativas e de causas externas.

No município de Batatais isso não é diferente. As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as mortes violentas estão entre as cinco principais causas de óbitos na cidade.

Foram observadas melhoras marcantes em muitos indicadores de saúde ao longo dos anos, como no caso da redução da mortalidade infantil e de doenças infecciosas e parasitárias; o aumento das consultas de pré-natal; a redução da gravidez na adolescência; entre outros apresentados nas Tabelas, a seguir. Contudo, ressalta-se que alguns indicadores necessitam ser trabalhados com maior atenção pela saúde pública, como no caso da ampliação da prática do parto normal.

Tabela 17 – Mortalidade geral de residentes de Batatais por faixa etária e ano do óbito:

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Menor de 1 Ano	8	7	11	7	8	6
1-4 anos	2	2	0	2	0	0
5-9 anos	1	0	0	0	1	0
10-14 anos	1	0	1	1	0	0
15-19 anos	0	0	4	2	2	1
20-29 anos	11	9	8	9	2	7
30-39 anos	13	11	16	16	11	12
40-49 anos	29	32	25	31	26	23
50-59 anos	52	48	47	56	45	49
60-69 anos	71	92	71	73	71	95
70-79 anos	84	84	103	95	95	114
80 anos e mais	152	196	167	177	195	186
Total	424	481	453	469	456	493

Fonte: SESSP-CCD/FSEADE (2011); SIM (2018 - 2021).

A mortalidade geral do município por faixa etária apresenta, também, acréscimo expressivo nas faixas etárias de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos no ano de 2020, aumento que pode ser atribuído à infecção causada pelo novo coronavírus SARS-Cov-2 e suas complicações.

Em Wuhan, na China, em dezembro 2019, identificou-se a COVID-19, uma doença provocada pelo coronavírus, conhecido como SARS-CoV-2. Em 2020, devido ao grande avanço internacional da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em 30 de janeiro de 2020, a qual fez com que todo o mundo se mobilizasse para o enfrentamento e combate a doença.

A COVID-19, no Brasil, também foi reconhecida como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em 30 de janeiro de 2020, pelo Ministério da Saúde, com medidas de enfrentamento contra a doença adotadas em todo o território nacional, principalmente, com estratégias voltadas a comunicação e a imprensa para a divulgação de informações sobre a infecção humana pelo novo coronavírus e os boletins epidemiológicos com as orientações da vigilância sobre o assunto.

A projeção dos cenários para a evolução da pandemia depende da transmissibilidade (capacidade de transmissão do vírus SARS-CoV-2) e suscetibilidade da população. As intervenções como o distanciamento social, isolamento de casos suspeitos e confirmados da doença e, até mesmo, a restrição de circulação, foram implementadas para o controle da epidemia como importantes instrumentos de trabalho epidemiológico para conter a doença.

O município, nesse momento, encontra-se no Nível 3 de Emergência em Saúde Pública, mas especificadamente na subdivisão de Mitigação. Assim, o planejamento volta-se para a prevenção do agravamento dos casos e óbitos pela doença para o controle e enfrentamento da COVID-19 no município. Encontra-se em vigência, inclusive, o Decreto n. 3956, de 16 de março de 2021, que dispõe sobre a declaração de Estado de Calamidade Pública na Estância Turística de Batatais, para prevenção e enfrentamento à pandemia da COVID-19.

No dia 15 de maio de 2021, o município iniciou a restrição da circulação pelo “*Lockdown*” até o dia 31 de maio de 2021, pelo Decreto n. 3988 de 13 de maio de 2021. No período, o município chegou a ficar com 21 pacientes com COVID-19 aguardando vagas, com a Ala COVID-19 da Santa Casa de Batatais com 100% de ocupação em todos os seus leitos (9 de UTI e 6 de Enfermaria).

O município, que compõe a Região de Saúde do Vale das Cachoeiras, sob orientação da DRS XIII, GVE-XXIV, e que, de acordo com os dados epidemiológicos até o dia 23 de agosto de 2021, o município conta com 7485 casos confirmados da COVID-19, 7173 casos recuperados e 169 óbitos pela doença.

Classificado como Indicador de Saúde de Pactuação Inter federativa para pactuação de metas a serem alcançadas, o registro do óbito com causa bem definida, apresentado no Quadro 6, refere-se a causa principal do óbito atestada pelo profissional médico, quando é observado a real causa mortis.

Quadro 6 – Proporção de registro de óbitos com causas bem definidas de residentes de Batatais e ano do óbito:

Causas bem definidas	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos com causas bem definidas	391	446	423	445	429	474
Total de óbitos	424	481	453	469	456	493
% de Óbitos definidos Geral	92,22	92,72	93,38	94,88	94,08	96,15

Fonte: TABNET/SIM/CCD/SESSP (2020).

A mortalidade geral, apresentada no Quadro 7, a seguir, demonstra os óbitos de residentes de Batatais classificados pela CID-10 no período de 2013 a 2020, sendo as cinco principais causas de óbito:

- 1^a) Doenças do aparelho circulatório;
- 2^a) Neoplasias;
- 3^a) Doenças do aparelho respiratório;
- 4^a) Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- 5^a) Doenças do aparelho digestivo

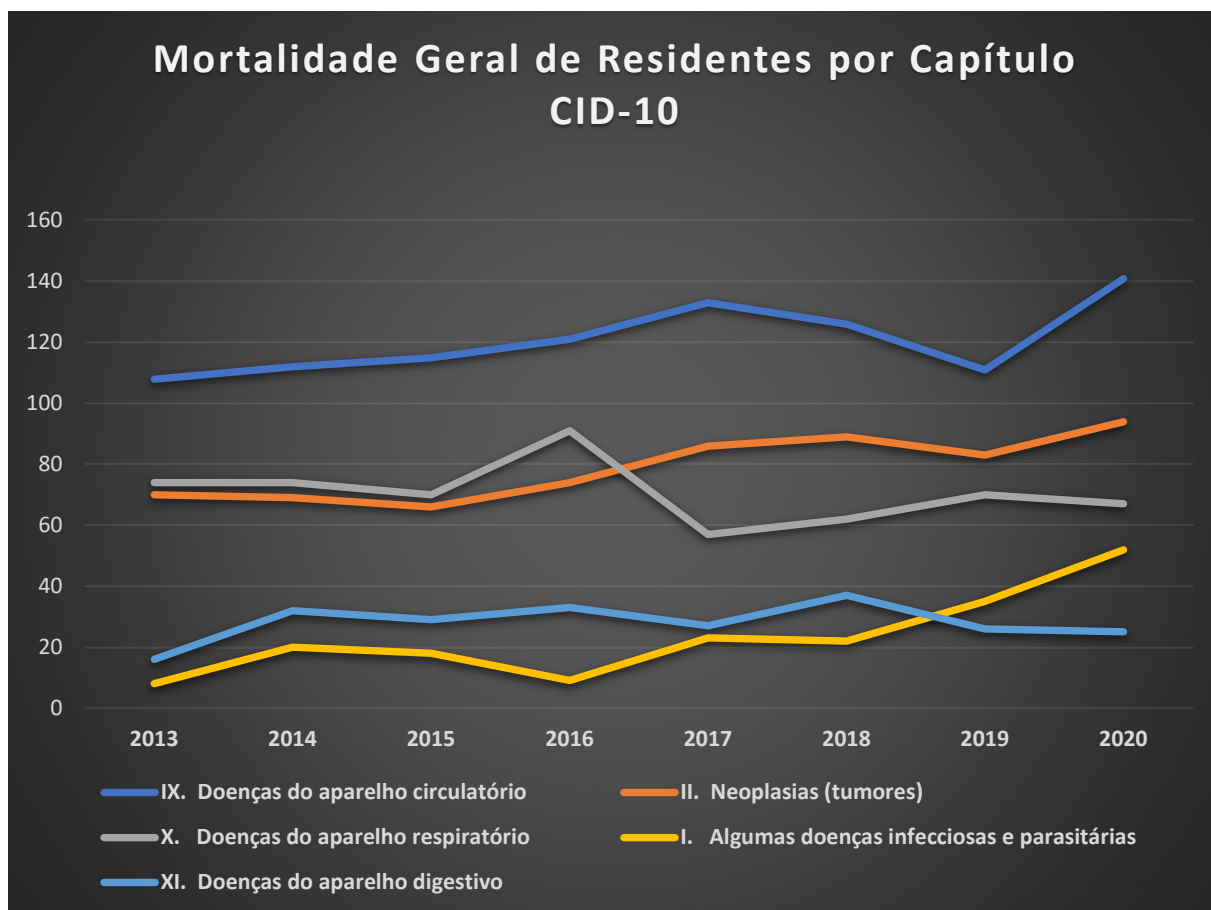
Quadro 7 - Mortalidade Geral de Residentes de Batatais por Causa da CID-10-Capítulo e Ano do Óbito:

Capítulo CID-10	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	20	18	9	23	22	35	52
II. Neoplasias (tumores)	70	69	66	74	86	89	83	94
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitária	-	4	3	3	-	2	2	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	20	23	22	14	24	19	31	13
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	2	3	4	-	1	3	6
VI. Doenças do sistema nervoso	19	8	11	31	17	21	15	19
IX. Doenças do aparelho circulatório	108	112	115	121	133	126	111	141
X. Doenças do aparelho respiratório	74	74	70	91	57	62	70	67
XI. Doenças do aparelho digestivo	16	32	29	33	27	37	26	25
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	2	-	1	4	2	3	5
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	2	4	-	2	4	1	2	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	15	8	17	20	16	18	19	15
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	1	-	-	-	
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	6	7	4	1	7	4	4	4
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	1	4	3	5	1	4	3	3
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	30	26	33	35	30	25	27	18
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	20	18	28	35	24	36	22	21
Total	398	413	423	480	453	469	456	492

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET (2021); SESSP-CCD/FSEADE (2020).

No gráfico 1, abaixo, também estão apresentadas as principais causas de morte no período, sendo a classificação principal referente ao ano de 2020.

Gráfico 1 - Mortalidade geral de residentes de Batatais por CID-10:



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET (2021); SESSP-CCD/FSEADE (2020).

Observa-se que as mortes por neoplasias, a partir do ano de 2017, tem ultrapassado as mortes por causas respiratórias. Destaque, ainda, a alta apresentada na CID Capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, a qual se deve aos óbitos pela COVID-19, classificada como B34.2 na codificação dos óbitos por causas bem definidas.

A mortalidade geral de residentes de Batatais em 2020 totalizou 492 óbitos, de acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde (2020), apresentando um acréscimo de 36 óbitos, ou 7,89%, em relação ao ano anterior.

A mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), apresentada na Tabela 18, trata-se de um Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa, sendo considerado número absoluto e não taxa para municípios com população menor de 100 mil. Pertence ao conjunto das quatro principais

doenças crônicas não transmissíveis: doenças do aparelho circulatório; câncer; diabetes; e doenças respiratórias crônicas.

Tabela 18 – Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT):

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos	92	93	98	76	72	113
População	30.285	30.285	30.285	30.285	30.285	32.812

Fonte: TABNET: MS/SVS/CGIAE (2020).

A taxa da mortalidade infantil, apresentada na Tabela 19, também é um Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa de grande importância, pois demonstra o monitoramento da assistência pré-natal; a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação; as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento; e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano. Deve ser considerado número absoluto e não taxa para municípios com população menor de 100 mil. O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.

Tabela 19 – Mortalidade infantil no município de Batatais:

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos em menores de 1 ano	8	7	11	7	8	6
Nº de nascidos vivos	753	677	746	742	746	725 *

Fonte: SESSP/CCD, SINASC/CCD/SESSP (2020).

Quanto ao coeficiente de mortalidade materna ou taxa de mortalidade materna, apresentado na Tabela 20, trata-se do número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A morte materna, segundo a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a “*morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.*”.

Tabela 20 – Mortalidade materna no município de Batatais:

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de óbitos Maternos	1	1	0	0	0	0

Fonte: TABNET: MS/SVS/CGIAE/SIM (2020).

Ressalta-se que todos os óbitos maternos, de residentes no município, são investigados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Batatais, considerando que o Comitê de Mortalidade Materna não está ativo no momento.

Ademais, vale destacar que prevalece o domínio do parto cirúrgico, refletindo a preferência das gestantes por este tipo de parto, como apresentado na Tabela 21. A taxa adequada de cesáreas, no entanto, seria até 30% do total de partos, segundo o Ministério da Saúde, com base em parâmetros da Organização Mundial da Saúde. Espera-se, com isso, desse Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa, um percentual de partos normais a partir de 70% do total de partos.

Tabela 21 - Proporção de partos cesáreas no SUS e na saúde suplementar em Batatais:

ANO	NASCIDOS VIVOS DE PARTOS CESARIAS	NASCIDOS VIVOS	TAXA DE CESÁREAS
2014	507	686	73,91
2015	542	753	71,98
2016	475	677	70,16
2017	532	746	71,31
2018	545	742	73,45
2019	572	746	76,68

Fonte: SINASC/CCD/SESSP (2018-2019)

Destaca-se, por fim, ainda o fato de se considerados apenas os números da saúde privada, o percentual de cesarianas apresenta-se ainda maior em relação a totalidade de realização no período.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação na adolescência é uma condição que eleva a prevalência de complicações para a mãe, para o feto e para o recém-nascido, além de agravar problemas socioeconômicos já existentes. A taxa de gestação na adolescência no Brasil é alta, com 400 mil casos/ano.

O Ministério da Saúde vem investindo em políticas de educação em saúde e em ações para o planejamento reprodutivo. A gestação na adolescência foi classificada como Indicador

de Saúde de Pactuação Interfederativa, na tentativa de redução dos números, uma vez que além dos riscos da gestação precoce, o dado demonstra o despreparo dos adolescentes para a vida sexual.

Em Batatais, o alcance desse indicador encontra-se satisfatório, como apresentado na Tabela 22, a seguir, podendo ser atribuído aos trabalhos de educação em saúde realizados nas escolas pela equipe municipal de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, bem como pela distribuição gratuita de preservativos femininos e masculinos no município.

Tabela 22 – Proporção de gravidez na adolescência no município de Batatais:

Ano	Nº Nascidos Vivos de Mães < 20 anos	Nº Nascidos Vivos	Proporção de Nascidos Vivos Mães < 20 anos
2015	124	753	16,47
2016	111	677	16,4
2017	102	746	13,67
2018	81	742	10,92
2019	71	746	9,52
2020	62	725	8,55

Fonte: TABNET: MS/SVS/CGIAE (2020).

Em relação as internações hospitalares de residentes de Batatais por local da internação e ano de processamento, o Quadro 8, abaixo, apresenta os dados no período de 2015 a 2020. As internações em menor número foram agrupadas em outros municípios da DRS XIII e em outras DRS. Foram mantidos os dados das ocorrências em Ribeirão Preto e Barretos pelos números de maior expressão.

Quadro 8 – Internações hospitalares de residentes de Batatais por local de ocorrência e Ano do processamento:

Município de ocorrência	2015	2016	2017	2018	2019	2020
350550 Barretos	33	16	17	14	13	17
350590 Batatais	3615	3590	3770	3755	3735	3389
354340 Ribeirão Preto	1969	1987	1887	1875	2027	1511
Outros municípios da DRS XIII	148	145	110	76	160	165
Outros DRS	51	65	36	47	29	33
TOTAL	5816	5803	5820	5767	5964	5115

Fonte: TABWIN-DATASUS (2020).

Em 2020, foram totalizadas 5.009 internações hospitalares de residentes de Batatais, representando 7,9 internações/100 habitantes, considerando a estimativa populacional para o período. Observa-se um decréscimo de 15,75% nas internações hospitalares em relação ao ano anterior. As seis principais causas das internações, segundo CID-10, apresentam-se na seguinte ordem: gravidez, parto e puerpério (14,13); doenças do aparelho digestivo (12,16%); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12,12%); doenças do aparelho circulatório (10,76%); doenças do aparelho respiratório (7,85%); e neoplasias (7,77%). Esses seis grupos de causas foram responsáveis por 64,78% das internações em 2020. No Quadro 9, abaixo, as internações hospitalares por causas são apresentadas, onde verifica-se que as principais causas de internação dos anos anteriores apresentam-se sempre as mesmas, mas em ordem classificatória alternada.

Quadro 9 – Morbidade hospitalar SUS de residentes de Batatais por CID-10 e ano da internação:

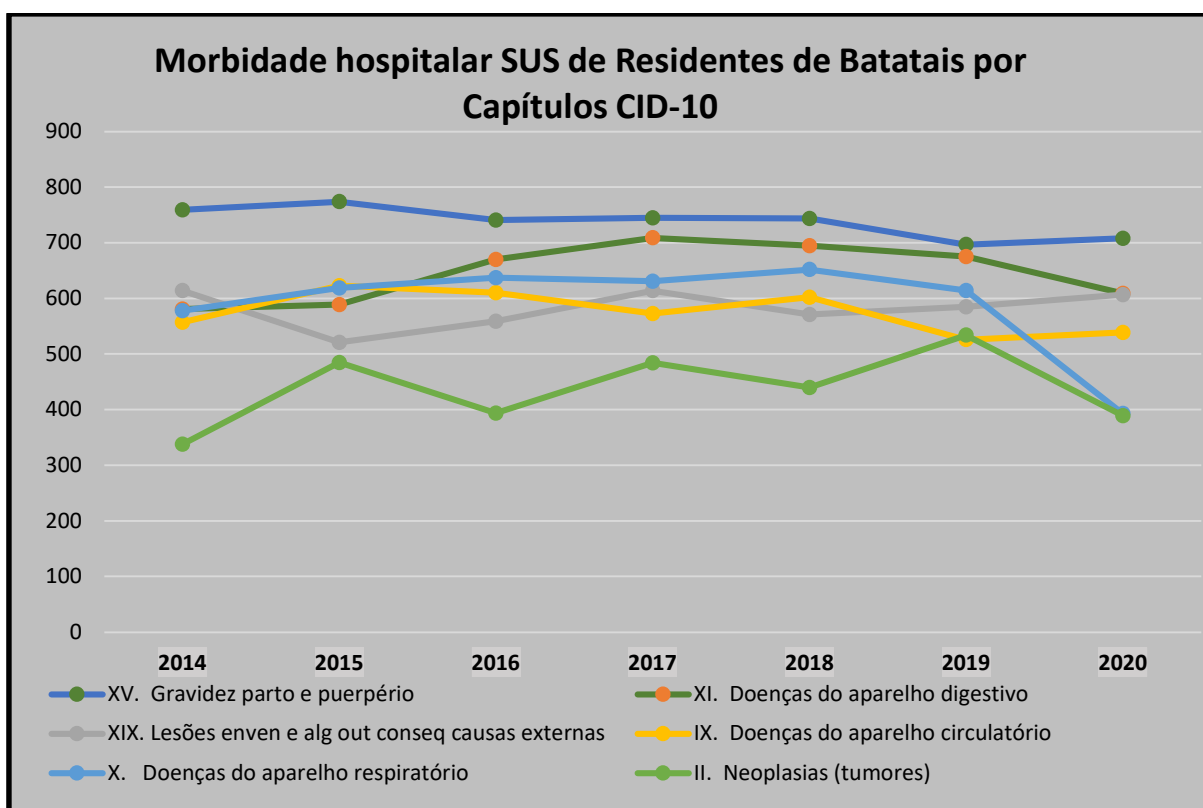
Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	330	328	236	262	247	262
II. Neoplasias (tumores)	485	394	484	440	534	389
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	39	52	34	46	78	60
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	181	155	177	130	133	97
V. Transtornos mentais e comportamentais	94	85	80	82	115	142
VI. Doenças do sistema nervoso	221	195	169	213	174	116
VII. Doenças do olho e anexos	78	59	103	83	307	97
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	11	14	11	6	18	19
IX. Doenças do aparelho circulatório	623	610	573	602	526	539
X. Doenças do aparelho respiratório	619	637	631	652	614	393
XI. Doenças do aparelho digestivo	589	670	709	695	675	609
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	97	136	131	102	129	80
XIII. Doenças sist.. osteomuscular e tec. conjuntivo	194	207	212	190	191	125
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	463	465	412	450	409	379
XV. Gravidez parto e puerpério	774	741	745	744	697	708
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	80	68	99	96	88	102
XVII. Malf cong. deformid. e anomalias cromossôm.	47	68	39	41	48	38
XVIII. Sint sinais e achad. Anorm. Ex. clín.. e laborat.	55	52	60	89	141	124
XIX. Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	521	559	614	571	585	607
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	83	79	83	106	89	123
Total	5588	5574	5602	5600	5798	5009

Fonte: SIH/SUS (2021).

Vale destacar que em 2020, ocorreram 247 internações na Santa Casa de Batatais com diagnóstico clínico para tratamento de infecção pelo novo Coronavírus – COVID-19. Foram confirmados através de exames laboratoriais 122 pacientes positivos para a doença, e destes, 46 receberam alta hospitalar por óbito no ano de 2020, dados estes que se apresentaram ainda maiores no ano de 2021.

No Gráfico 2, abaixo, estão representadas as principais causas de internações hospitalares por doenças segundo Capítulos da CID-10.

Gráfico 2 – Morbidade hospitalar SUS de residentes de Batatais por CID-10 Capítulos:



Fonte: SIH/SUS (2021).

A Tabela 23, a seguir, demonstra o percentual de internações de acordo com a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária. Esses dados são coletados dos sistemas oficiais de informação, ficando à margem de uma correta classificação da doença (CID-10) na alimentação dos sistemas nacionais de informação.

Tabela 23 – Percentual de internações de residentes por causas sensíveis à atenção básica no município:

ANO	Internações por CSAB	Total de Internações	Percentual de internações por CSAB
2015	1088	5583	19,49
2016	977	5568	17,55
2017	911	5595	16,28
2018	926	5594	16,55
2019	785	5790	13,56
2020	740	4992	14,82

Fonte: SIH-SUS/DATASUS/MS (2021).

Vale ressaltar que esse percentual já se apresentou mais elevado em anos anteriores, mas é variável, estando diretamente relacionado às ações desenvolvidas na atenção básica para a população.

Quadro 10 – Doenças e Agravos de Notificação Compulsória em Batatais:

Agravos notificado	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	53	49	66	107	129	1516
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSICAO A MATERIAL BIOLOGICO	15	8	12	7	20	28
ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS	123	123	144	145	152	202
AIDS	2	4	47	6	4	0
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	207	149	276	287	326	269
COQUELUCHE	3	6	2	1	9	2
COVID						7881
DENGUE	758	4328	58	47	1008	114
DERMATOSES OCUPACIONAIS	0	0	0	0	0	3
DOENÇA AGUDA PELO VÍRUS ZIKA	0	2	0	1	0	0
DOENÇA DE CREUTZFELDT-JACOB	0	0	0	0	1	0
DOENCAS EXANTEMATICAS	3	0	4	0	16	1
ESQUISTOSSOMOSE	0	0	1	0	1	0
EVENTOS ADVERSOS POS-VACINACAO	6	0	0	1	0	0
FEBRE AMARELA	1	0	1	2	3	0
FEBRE DE CHIKUNGUNYA	3	0	0	0	0	0

FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES	4	0	1	1	6	0
FEBRE TIFOIDE	0	0	0	0	1	0
GESTANTE HIV	1	1	0	2	0	0
HANSENIASE	6	0	7	19	7	4
HANTAVIROSE	3	5	1	2	3	0
HEPATITES VIRAIS	16	11	16	8	20	10
INFLUENZA	2	42	11	19	27	3
INTOXICACAO EXOGENA	122	76	121	151	153	183
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	1	1	1	0	1	1
LEPTOSPIROSE	1	5	2	2	5	0
LER DORT	1	0	0	2	9	19
MALARIA	0	0	0	0	1	0
MENINGITE	5	2	4	4	2	2
PAIR	0	0	0	0	2	0
SIFILIS CONGENITA	0	4	8	7	3	4
SIFILIS EM GESTANTE	14	11	14	22	12	9
SIFILIS NAO ESPECIFICADA	11	6	6	44	41	6
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM	0	2	1	16	6	3
TETANO ACIDENTAL	0	0	0	1	0	0
TOXOPLASMOSE	0	0	0	0	0	4
TRANSTORNO MENTAL	0	0	0	1	0	0
VARICELA	0	0	0	1	0	0
VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	420	358	450	470	473	413
Total	1781	5193	1254	1376	2441	10677

Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal de Batatais (2021).

O quadro 10, acima, apresenta a série histórica das doenças notificáveis de Batatais no período de 2015 a 2020, sendo dados informados pelo sistema público e privado de saúde. As notificações são compulsórias, recebidas diariamente e alimentadas no Sistema Nacional de Agravos e Notificações – SINAN, sendo consideradas 52 semanas epidemiológicas no cronograma anual.

No tocante ao agravo acidente de trabalho grave, informa-se que conforme NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS, deve ser notificado *“todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte”*.

Embora o município conte com equipe preparada no cumprimento das metas pactuadas no Plano de Ação e Metas da Vigilância, o aumento na transmissibilidade da Dengue foi inevitável em 2016.

A sífilis é uma causa de difícil controle, sendo que as condições atribuídas a esse marcador são as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, sem parceiro fixo, sem adesão ao acompanhamento pré-natal e/ou ao tratamento da doença, como também a resistência de parceiros homens em aderir ao tratamento.

Segundo dados informados pela Secretaria de Segurança Pública, a pandemia aumentou casos de violência doméstica e suicídio, entretanto, no município, houve aumento nas notificações por intoxicação exógena e diminuição por violência interpessoal e autoprovocada. Mesmo em queda é uma causa de número expressivo, merecendo a atenção de todos os segmentos envolvidos.

Em relação a cobertura da Atenção Básica, compreende-se esse dado pela população cadastrada na Atenção Primária em Saúde no município. Foi utilizado como referência, na Tabela 24, a seguir, o último mês de cada ano. Ressalta-se que, com o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica, através do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria MS/GM nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, a Rede Básica da Saúde do município reorganizou-se, e, atualmente, conta com treze Estratégias de Saúde da Família - ESF credenciadas, sendo onze já instaladas, e três Equipes de Atenção Primária – EAP. A EAP é composta por médico e enfermeiro, dando cobertura a 2.000 usuários (50% do número de usuários de uma ESF), não sendo necessário o agente comunitário de saúde e o auxiliar/técnico de enfermagem em sua composição.

Tabela 24 – Cobertura populacional estimada na Atenção Primária:

ANO	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% DE COBERTURA AB	72,84	61,15	65,61	50,50	67,72	79,91
% DE COBERTURA ESF	51,64	51,25	50,87	50,50	55,62	60,71

Fonte: DAB (2020).

Com a instituição do Programa Previne Brasil, a Atenção em Saúde Bucal na Atenção Básica também foi reformulada em Equipes de Saúde Bucal (ESB) de 20h, 30h e 40h. Atualmente, conta-se com seis ESB de 40h e sete de 20h instaladas no município, sendo a cobertura populacional apresentada na Tabela 25 abaixo. Nota-se que no ano de 2020 ocorreu uma queda na cobertura de saúde bucal, dado esse associado a pandemia pela COVID-19 na cidade.

Tabela 25 – Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica:

ANO	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% DE COBERTURA SB NA AB	61,62	55,95	59,47	53,68	51,51	34,56
% DE COBERTURA SB NA ESF	28,69	28,47	28,26	28,06	27,81	27,60

Fonte: DAB (2020).

3 – GESTÃO DA SAÚDE

COMPOSIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

A Rede Municipal de Saúde está constituída por: 01 Secretaria Municipal de Saúde (Unidade de Avaliação e Controle, Informatização, Planejamento, Regulação, Administração); 01 Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H; 01 BASE do SAMU REGIONAL de Ribeirão Preto; 01 Centro de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Vetores e Saúde do Trabalhador); 01 CAPS; 10 Estratégias de Saúde da Família instaladas em 09 Unidades Básicas de Saúde, ; 01 Ambulatório de Especialidades Médicas; 01 Ambulatório DST/AIDS; 01 Centro Odontológico Especializado (CEO); 01 Farmácia Central; 01 Setor de Ambulâncias; 01 Laboratório Municipal. Mantém convênio com instituições privadas e filantrópicas a fim de realizar ações complementares à Rede Municipal, sendo: Santa Casa de Misericórdia e Asilo dos Pobres de Batatais, ABADEF e APAE. Mantem contrato através de processo licitatório com Laboratórios de Análises Clínicas, Serviço de Ressonância Magnética e outros serviços de apoio.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Batatais.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES foi instituído pela Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000 e implantado no município em 2003, sendo sua alimentação condição necessária para processamento dos sistemas nacionais de informações ambulatoriais e hospitalares. Os Estabelecimentos SUS são atualizados conforme informação enviada pelos serviços, considerando que o cadastro de profissionais sofre alterações continuamente por demissões, afastamentos ou alteração de local de trabalho. Através de dados informados pela Vigilância Sanitária são cadastrados todos os estabelecimentos de saúde licenciados de natureza privado, bem como as suas atualizações, como apresentado no Quadro 11 a seguir.

Quadro 11 – Estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em Batatais:

Nº CNES	NOME	TIPO DE ESTABELECIMENTO	ATENDE SUS	PÚBLICO	PRIVADO
202497 7	AMBULATORIO CENTRAL DE ESPECIALIDADE EGYDIO RICCO	AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES	X	X	

396318 7	CAPS I DR WILSON NEWTON BARBOSA	CLINICA ESPECIALIZADA	X	X	
207147 9	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOL. DR ACACIO BAPTISTELLA – CEO I	CLINICA ESPECIALIZADA	X	X	
518572 6	CENTRO DE REFERENCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR BATATAIS	VIGILANCIA EM SAÚDE	X	X	
546930 9	CENTRO DE SAUDE ESCOLA DR ANGELO MARCOLINI – ESF IX E ESF XII	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	
203224 4	CENTRO DE SAUDE I DR JOSE MELLO E SILVA – ESF VIII	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	
618370 0	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA DE BATATAIS - ESF III	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	
204757 8	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA BATATAIS – ESF I	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	
202899 9	UBS CECAP II DR LUIS CANDIDO ALVES DE BATATAIS – ESF IV - ESF VII	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	
204729 2	UBS DE VIL LIDIA UBS DR SHIRLEY AGDA GARCIA BARROS – ESF VI E XII	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	

305366 0	UBS DE VILA CRUZEIRO DR JOSE VINICIUS DE FIGUEIREDO MOURA – ESF XI	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	
203818 8	UBS DE VILA LOPES DR JOAO DE SOUZA MARQUES – ESF II	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE	X	X	
752507 9	UBS ALVORADA FARMACEUTICO JOÃO LELLIS – ESF V	CENTRO DE SAÚDE/ UNID. BASICA DE SAÚDE			
990578 2	UBS DR SYNESIO THOAZELA				
635058 5	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	CENTRAL DE GESTÃO EM SAUDE	X	X	
018092 0	CENTRO DE ATENDIMENTO COVID-19 DE BATATAIS	POSTO DE SAUDE	X	X	
	VIGILANCIA SANITARIA	VIGILANCIA EM SAÚDE	X	X	
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	VIGILANCIA EM SAÚDE	X	X	
313414 8	ABADEF – SAD	CLINICA/CENTRO ESPECIALIZADO	X		X
203388 7	APAE DE BATATAIS – CER III	CLINICA/CENTRO ESPECIALIZADO	X		X
208285 3	HOSPITAL MAJOR ANTONIO CANDIDO	HOSPITAL GERAL	X		X
CONSULTORIOS ISOLADOS		FISIOTERAPIA			39
		FONOAUDIOLOGIA			08
		MEDICINA			71
		NUTRIÇÃO			21
		ODONTOLOGIA			82
		PSICOLOGIA			35

Fonte: SCNES; Secretaria Municipal de Saúde; Vigilância Sanitária de Batatais (2021).

Nota: Os consultórios isolados referem-se a cadastro de profissionais autônomos na pessoa física e/ou jurídica, sendo considerado o espaço físico de trabalho.

O Hospital Major Antônio Cândido da Santa Casa de Misericórdia e Asilo dos Pobres de Batatais possui 141 leitos hospitalares, sendo ofertados ao SUS 108 leitos, representando 76,59% de sua capacidade total, como apresentado na Tabela 26 abaixo.

Tabela 26 – Leitos Hospitalares do Hospital Major Antônio Candido cadastrados no SCNES:

LEITOS	EXISTENTES	SUS	%
CIRURGICOS	19	14	73,68
GERAL	10	6	
GINECOLOGIA	03	03	
TRAUMA-ORTOPEDIA	06	05	
CLINICOS	122	94	77,05
GERAL	43	31	
AIDS	3	2	
OBSTETRICOS	13	11	
PEDIATRICOS	19	13	
CUIDADOS PROLONGADOS	36	30	
UTI	8	7	
TOTAL	141	108	76,59

Fonte: SCNES e Secretaria Municipal de Saúde (2021).

ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; a redução de danos; e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Essa Atenção em Saúde é desenvolvida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mais próximas da moradia das pessoas, devendo ser esse o contato preferencial dos usuários do SUS,

sendo a principal porta de entrada no sistema e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tem o objetivo de orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para os níveis de atendimento superiores em complexidade.

No quadro 12, a seguir, estão descritos os serviços oferecidos em cada Unidade Básica de Saúde e o contingente de usuários cadastrados nos serviços, totalizando 59.821 usuários pelo SUS em Batatais.

Quadro 12 – Unidades Básicas de Saúde, serviços e Número de Usuários cadastrados:

UNIDADE	SERVIÇOS	CADASTROS
UBS Dra. Shirley A.G. Barros (VILA LIDIA) ESF VI e ESF XII	Clínica Médica (PA e AA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (AA), Saúde da Família (PA e AA), Odontologia (AA), assistência social, fonoaudiologia, curativos, nebulização, ECG, imunização, dispensação e administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	9.814
UBS Dr. Joao de Souza Marques (V. LOPES) ESF II e ESF III	Clínica Médica (PA e AA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (PA e AA), Saude da Família (PA e AA), Odontologia (AA), assistência social, fonoaudiologia, curativos, nebulização, ECG, imunização, dispensação e administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	9.465
UBS Dr. Luís Candido Alves (ALTINO ARANTES) ESF IV E ESF VII	Clínica Médica (PA e AA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (PA e AA), Saude da Família (PA e AA), Odontologia (AA), assistência social, fonoaudiologia, Programa de Tabagismo, curativos, nebulização, ECG, imunização, dispensação e administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	8.512
UBS Dr. Jose Vinicius F. Moura (VILA CRUZEIRO) ESF XI	Clínica Médica (PA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (AA), Cardiologia (AA), Odontologia (AA), assistência social, fonoaudiologia, curativos, nebulização, ECG, imunização, administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	5.589
Estratégia de Saúde da Família Dr. Ronaldo J.	Saude da Família (PA e AA) , Pediatria (PA e AA), Gineco-obstetra (PA e AA), Odontologia (AA),	3.798

Nazar (N.S. Auxiliadora) ESF I	assistência social, fonoaudiologia, curativos, ECG, imunização, administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	
Centro de Saude Escola Dr. Ângelo Marcolino (CEUCLAR) ESF IX	Clínica Médica (PA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (AA), Saúde da Família (PA e AA), assistência social, fonoaudiologia, curativos, nebulização, ECG, imunização, administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	8.282
Centro de Saude Dr. Jose Mello e Silva (CENTRO) ESF VIII	Clínica Médica (PA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (AA), Saúde da Família (PA e AA), Urologia (AA), Odontologia (AA), Serviço de Esterilização Voluntária -SEV, assistência social, fonoaudiologia, fisioterapia, curativos, nebulização, ECG, imunização, dispensação e administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	6.529
UBS Farmacêutico João Lellis (ALVORADA) ESF V	Clínica Médica (PA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (AA), Odontologia (AA), assistência social, fonoaudiologia, curativos, nebulização, ECG, imunização, administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	4.643
UBS Dr. Synésio Thomazella (São Carlos) ESF X	Clínica Médica (PA), Pediatria (PA e AA), Gineco- obstetra (AA), Odontologia (AA), assistência social, fonoaudiologia, curativos, nebulização, ECG, imunização, administração de medicamentos, coleta de material p/ exames.	3.189

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2021).

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Os serviços especializados dispostos nos Quadros 13 e 14, abaixo, exercem o papel de diagnosticar e tratar o quadro clínico do paciente com resolubilidade no nível de complexidade disponível nos equipamentos do município, sendo encaminhados ao nível terciário, conforme necessidade clínica apresentada.

Quadro 13 – Ambulatorial: Atenção Especializada de Média complexidade:

UNIDADE	ESPECIALIDADES MÉDICAS E OUTRAS DE NÍVEL SUPERIOR	SERVIÇOS	STATUS ADMINIST.
ACE EGYDIO RICCO – Ambulatório Infecto	Infectologia, assistência social, enfermagem, psicologia, farmácia, odontologia e pedagogia	Cta-Centro de testagem e aconselhamento; diagnóstico e assistência às pessoas vivendo com HIV, IST e hepatites virais e outras doenças infectocontagiosas.	Próprio
ACE EGYDIO RICCO	Ortopedia, reumatologia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pequenas cirurgias, neurologia, cardiologia, cirurgia geral	Assistência médica especializada, Radiodiagnóstico, EEG e Farmácia	Próprio
CAPS I	Psiquiatria, psicologia, assistência social, terapia ocupacional e enfermagem	Clínica médica especializada e atendimentos em grupos e individuais terapêuticos	Próprio
CEO I	Odontologia	Dentística, endodontia, periodontia, buco maxilo	Próprio
APAE	Neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional e assistência social	Assistência e acompanhamento a pacientes com deficiências que necessitam de estimulação neurosensorial. CER III – Centro Especializado em Reabilitação (intelectual, física e auditiva)	Convênio
ABADEF	Medicina clínica, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia e assistência social	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	Convênio
SANTA CASA	Oncologia, obstetrícia, Urologia, Gastroenterologia e nefrologia	Assistência clínica	Convênio

Fonte: SCNES e Secretaria Municipal de Saúde (2021).

Quadro 14 – Ambulatorial – Atenção Especializada de Alta complexidade:

UNIDADE	ESPECIALIDADE	SERVIÇOS	STATUS ADMINIST.
SANTA CASA DE BATATAIS UNIDADE DE TERAPIA RENAL	Nefrologia	Ambulatório de hemodiálise	Convênio

Fonte: SCNES e Secretaria Municipal de Saúde (2021).

ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pode ser conceituada como urgência a ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica. Já emergência, trata-se da constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo tratamento médico imediato. Os Quadros 15 e 16, a seguir, apresentam os serviços de atendimento em urgência e emergência no município pela RAS:

Quadro 15 – Urgência Ambulatorial (Pré-hospitalar) em Batatais:

UNIDADE	ESPECIALIDADES	SERVIÇOS	STATUS ADMINISTRATIVO
UPA 24HS	Clínica médica geral e especializada à distância	Pronto atendimento e urgência emergência, radiodiagnóstico, patologia clínica, ECG e dispensação e administração de medicamentos	Próprio
SAMU 192	Clínica médica emergencialista	Urgência pré-hospitalar móvel	Próprio regional
PLANTA O UNIMED	Clínica médica geral	Pronto atendimento médico em clínica médica	Privado

Fonte: SCNES e Secretaria Municipal de Saúde (2021).

Quadro 16 – Urgência e Emergência Hospitalar em Batatais:

UNIDADE	ESPECIALIDADES	SERVIÇOS	STATUS ADMINISTRATIVO
HOSPITAL MAJOR ANTONIO CANDIDO	Clínica médica, cirúrgica, traumatologia ortopedia de média e alta complexidade, pediatria e ginecologia obstetricia	Urgência/Emergência Hospitalar, UTI, Radiodiagnóstico, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Análises De Patologia Clínica.	Convênio

Fonte: SCNES e Secretaria Municipal de Saúde (2021).

SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA

O município conta com serviços de diagnose de análises clínicas e de imagem de menor complexidade, com exceção da tomografia computadorizada, que é classificada como alta complexidade, como apresentado no Quadro 17 a seguir.

Quadro 17 – Apoio Diagnóstico e terapêutico em Batatais:

CNES	NOME	TIPO DE UNIDADE	STATUS ADMINIST	SERVIÇO	DEMANDA SUS
2031752	LABORATORIO LOCAL DE BATATAIS DR JOSE A PINOTTI	Unidade de serviço de apoio diagnostico	Próprio	Análises Clínicas	Da Rede Municipal e Região Vale das Cachoeiras
2059061	LABORATORIO SAO LUCAS BATATAIS	Unidade de serviço de apoio diagnostico	Privado	Análises Clínicas	
2073242	UNIDADE DE HEMOTERAPIA DE BATATAIS	Unidade de serviço de apoio diagnostico e terapia	Privado	Posto de Coleta	Interna Hospitalar
2082853	HOSPITAL MAJOR ANTONIO CANDIDO	Unidade de serviço de apoio diagnostico	Filantrópico.	Radiologia mamografia Ultrassonografia	Interna do Hospital e ext. da Rede Municipal e

				tomografia computadorizada	Região Vale das Cachoeiras
2063948	LABOR SAÚDE	Unidade de serviço de apoio diagnóstico	Privado contratado	Análises Clínicas	
2059053	LAB MED	Unidade de serviço de apoio diagnóstico	Privado contratado	Análises clínicas	
2073366	LABOR MED	Unidade de serviço de apoio diagnóstico	Privado	Análises Clínicas	Da UPA 24hs e Interna do Hospital
2024985	CENTRO RADIODIAGNOSTICO ULTRASSONOGRÁFICO BATATAIS SC LTDA	Unidade de serviço de apoio diagnóstico	Privado	Radiologia simples, Mamografia, Ultrassonografia	
7154305	ULTRAMED	Unidade de serviço de apoio diagnóstico	Privado	Ultrassonografia	

Fonte: SCNES e Secretaria Municipal de Saúde (2021).

Cabe ressaltar que os laboratórios de patologia clínica de natureza privada prestam serviços para os usuários do SUS quando contratados através de processo licitatório.

RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

A Rede Municipal de Saúde, no tocante aos serviços exclusivamente públicos, conta com servidores contratados através de concurso público, terceirizados, pelo Programa Médicos pelo Brasil e parcerias com Universidades.

Nos Quadros 18, 19 e 20, abaixo, estão informados todos os profissionais da saúde, com 381 fixos (concursados, cedidos e comissionados) e 82 terceirizados, totalizando 463 profissionais, conforme levantamento realizado em julho de 2021, não incluindo os profissionais das Universidades, referidos anteriormente. Destaque-se que os médicos terceirizados prestam serviços por hora contratada, podendo ocorrer duas ou mais ocupações por um profissional. No número de terceirizados, acima citado, refere-se a pessoas físicas, sendo a maior ocupação como plantonistas na UPA e SAMU.

Quadro 18 – Profissionais Médicos na Secretária Municipal de Saúde de Batatais:

OCUPAÇÃO	Concurado/ Processo Seletivo	Comissionados	Terceirizados (p/hora)	Cedido	Ativo	Não Ativo
Cirurgias Ambulatoriais	01		02		03	
Cardiologista	00		03		03	
Clínico Geral	03		05		08	
Dermatologista	01		01		02	
Gineco Obstetra	02		05		07	
Generalista	03		04	04	11	
Infectologista	00		01		01	
Neurologista	00		01		01	
Oftalmologista	00		03		03	
Ortopedista	00		02		02	
Otorrinolaringolo gista	00		02		02	
Pediatra	02		04		06	
Plantonistas (variável)	00		43		43	
Pneumologista	01		00		01	
Psiquiatra	00		03		03	
Radiologista	00		01		01	
Reumatologista	00		01		01	
Urologista/Trabal ho	01		00		01	
Vascular	00		01		01	
Total	14	00	82	04	100	00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – RH Interno (2021).

Quadro 19 – Profissionais Técnicos de Nível Superior na Secretária Municipal de Saúde de Batatais:

OCUPAÇÃO	Concursado/ Processo Seletivo	Comissionados	Contrato com Terceiros	Cedido	Ativo	Não Ativo
Assistente Social	05				05	
Biologista	03				03	
Farmacêutico	04				04	
Enfermeiro	32	01			33	
Fisioterapeuta	02				02	
Fonoaudiólogo	03				03	
Odontólogo	20				20	
Pedagogo	01				01	
Psicólogo	05				05	
Terapeuta Ocupacional	00			01	01	
Veterinário	01				01	
Total	76	01	00	01	78	00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – RH Interno (2021).

Quadro 20 – Profissionais Técnicos nível médio na Secretária Municipal de Saúde de Batatais:

OCUPAÇÃO	Concurso /Processo Seletivo	Comissão	Contrato com Terceiros	Cedido	Ativo	Não Ativo
Agente comunitário de saúde	78				74	04
Agente de controle de endemias	13				13	
Agente de saneamento	04				04	
Atendente de consultório dentário	10				10	
Auxiliar de enfermagem	02				02	
Auxiliar de laboratório de análises clínicas	02				02	
Técnico de laboratório de análises clínicas	04				04	
Protético dentário	02				02	
Técnico de encefalografia	01				01	
Técnico em radiologia e imagem	09				09	
Técnico de enfermagem	60				60	
Técnico de Farmácia	11				11	
Total	196	00	00	00	192	04

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – RH Interno (2021).

Outros profissionais de apoio, como administrativos, motoristas, digitadores e de conservação e limpeza, somam 89 servidores na Secretaria Municipal de Saúde de Batatais.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Os recursos financeiros no período de 2013 a 2020, apresentados no Tabela 27, abaixo, estão informados por competência dos repasses, ou seja, o repasse da competência janeiro pode ocorrer através de ordem bancária em fevereiro ou março.

Tabela 27 – Financiamento da Saúde pela União por competência:

TOTAL POR BLOCOS									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ANO	ASSIST. FARMAC	ATENÇÃO BÁSICA	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	FAEC	MAC	GESTÃO DO SUS	INVESTIMENTO	APOIO À MANUTENÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE	TOTAL
2013	173.508	2.734.625	351.527	2.197.102	10.594.051	15.000	0	0	16.065.814
2014	159.049	3.397.141	344.814	2.268.604	13.721.291	0	546.000	0	20.436.901
2015	173.508	4.084.502	343.244	2.457.185	16.151.834	0	300.000	0	23.510.275
2016	173.508	3.476.220	451.047	2.781.137	17.070.484	0	450.250	0	24.402.648
2017	187.495	3.495.644	497.196	3.300.402	18.634.826	26.000	219.620	0	26.361.185
2018	239.471	3.760.320	457.296	4.405.880	17.014.045	13.000	1.689.796	2.228.158	29.807.967
2019	235.569	4.031.805	503.037	4.193.713	17.257.546	13.000	553.450	1.200.000	27.988.122
2020	258.655	5.295.145	513.254	4.175.152	18.866.990	15.472	345.571	10.902.946	40.373.188

Fonte: FNS (2021).

A referência deve ser feita à coluna I – Apoio à Manutenção das Unidades de Saúde, que diz respeito a repasses federais de incremento temporário de custeio, e, com especial atenção ao ano de 2020, pois foram recursos específicos de auxílio para custeio das despesas no enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus SARS-Cov-2, causador da COVID-19.

Tabela 28 – Financiamento da Saúde pelo Estado:

Ano	Sorria SP	Aedes Aegypti	Atenção Básica	Dose Certa	Emendas	Glicemia	Qualis UBS	COVID-19
2012	26.400		85.929			21.179	240.000	0
2013	36.000		134.221			28.238	216.000	0
2014					150.000	21.333		0
2015	36.000		180.384	16191		28.444		0
2016		84.240	181.767	49.308		28.444		0
2017	36.000		181.767	2.066		28.444		0
2018	36.000	2.160	183.120		475.000	30.520		0
2019			248.096	12.055	300.000	30.520		0
2020	36.000			11.598	400.000	31.254		99.238

Fonte: SISMAC (2020).

Os dados acima, Tabela 28, demonstram a participação da Secretaria Estadual da Saúde no financiamento da saúde do município de Batatais. Importante informar que são custeadas pela Secretaria de Estado outras despesas dos municípios de Batatais, tais como: internações clínicas e procedimentos hospitalares em Hospitais Estaduais e ou conveniados com o Estado; medicamentos excepcionais e de alto custo; ações judiciais; entre outras despesas.

O percentual do orçamento próprio municipal aplicado em saúde, apresentado na Tabela 29, a seguir, é um indicador que mede a dimensão do gasto público com saúde no valor total da economia, ou seja, o esforço fiscal com saúde realizado na esfera municipal, demonstrando a aplicação crescente em saúde no período acima, a partir de 21,49% do orçamento público municipal no ano de 2009, chegando a 34,89% em 2015. De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, os Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deveria corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual – LOA. Essa regra, agora revogada pela Emenda Constitucional 86 de 2015, levou a União a gastar em 2014 quase R\$ 92 bilhões em saúde (valor superior ao que foi gasto em 2013, R\$ 83 bilhões).

O percentual de 15% estabelecido pela EC 86 foi escalonado para alcance de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e apenas em 2020 aplicado o percentual de 15% da receita corrente líquida em ações e serviços de saúde de forma plena (artigo 2º, da EC 86). No cômputo desse montante estão incluídos os valores arrecadados de *royalties* do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas à ações e serviços de saúde.

Tabela 29 – Percentual do orçamento próprio municipal aplicado em Saúde:

ANO	Pop.	Despesa Total com Saúde /hab.	Despesa com Recursos Próprio /hab.	Despesa Total com Saúde	Despesas com Recurso Próprio	Receita Total (Impostos + TR Const.)	Transferências SUS	% Partic Muni c na Desp. Total Saude	% Recursos Próprios Aplicados Em Saúde
2002	52.585	153,37	102,92	8.064.794	5.411.897	24.807.663	2.652.897	67,11	21,82
2003	53.270	169,47	113,72	9.027.898	6.057.643	26.581.819	2.970.256	67,10	22,79
2004	53.953	199,88	133,31	10.784.329	7.192.528	29.803.608	3.591.801	66,70	24,13
2005	55.501	228,51	155,34	12.682.671	8.621.620	37.659.785	4.099.789	67,98	22,89
2006	56.290	266,85	181,45	15.020.816	10.213.734	43.655.385	5.053.733	68,00	23,40
2007	53.525	316,33	216,49	16.931.801	11.587.639	48.022.983	5.704.347	68,44	24,13
2008	56.022	391,81	278,27	21.950.139	15.589.172	56.464.678	6.765.744	71,02	27,61
2009	56.476	386,30	213,48	21.816.459	12.056.314	56.090.240	9.127.958	55,26	21,49
2010	56.485	455,11	243,16	25.706.613	13.735.127	61.657.210	11.371.158	53,43	22,28
2011	56.888	493,19	287,88	28.056.389	16.377.152	70.958.268	10.958.083	58,37	23,08
2012	57.286	572,61	300,29	32.802.755	17.202.331	79.126.361	15.545.472	52,44	21,74
2013	59.654	641,60	369,89	38.273.723	22.065.535	87.945.527	16.175.676	57,65	25,09
2014	60.128	671,81	423,54	40.394.974	25.466.763	88.344.850	18.966.290	63,04	28,83
2015	60.589	814,66	532,90	49.359.535	32.288.043	92.544.440	22.388.265	65,41	34,89
2016	61.040	924,30	536,31	56.419.272	32.736.306	100.248.121	24.428.000	58,02	32,66
2017	61.480	882,34	438,04	54.246.334	26.930.650	102.637.460	25.554.726	49,65	26,24
2018	61.480	915,16	621,43	56.264.022	38.205.677	113.150.206	29.290.762	67,90	33,77
2019	62.024	913,89	558,14	56.683.211	34.617.798	122.245.701	26.863.715	61,07	28,32
2020	62.508	1.128,65	619,22	70.549.461	38.706.353	119.255.315	40.141.692	54,86	32,46

Fonte: SIOPS (2020)

Em 2007, o Ministério da Saúde regulamentou o financiamento e as transferências dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, criando cinco Blocos de Financiamento do SUS: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e e Gestão do SUS (Portaria MS/GM nº 204 de 29/01/2007). Posteriormente, foi criado o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Portaria MS/GM nº 837 de 23/04/2009). Em 2013, a Portaria MS/GM nº 412, subdividiu o financiamento da assistência farmacêutica em dois blocos, o do Componente Básico e outro do Componente Excepcional. Por meio da Portaria MS/GM nº 3992 de 28 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde dispõe nova alteração na forma de repasse dos recursos federais a estados e municípios, organizando em duas modalidades: custeio e investimento. Este novo formato permite aos gestores uma maior flexibilidade no manuseio dos recursos no decorrer do exercício contábil, sem, entretanto, permitir que os recursos sejam aplicados e objetos diverso do qual foi destinado.

De acordo com informações prestadas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Público em Saúde - SIOPS, a participação do município no total das despesas com saúde no período acima indica um percentual mínimo de 49,65%, em 2017, e máximo de 71,02%, em 2008, sendo complementado por recursos transferidos de outras esferas de governo.

As despesas com a saúde do município são crescentes, apresentando um gasto per capita de R\$ 153,37, em 2002, e R\$ 1.128,65, em 2020. Importante destacar que no ano de 2020 a despesa da saúde sofreu alta expressiva devido à pandemia do novo coronavírus.

É válido informar que as transferências federais funda a fundo não sofrem reajustes desde 2007, com pontuais exceções. As dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios e Estados são indiscutíveis. A perspectiva para os próximos anos é de enfrentamentos cada vez maiores nesse sentido, considerando a demanda crescente dos serviços de saúde, a alta dos preços de produtos e serviços, e o financiamento federal com valores estagnados há bem mais de 10 anos para o setor da saúde.

TRANSPORTE SANITÁRIO

Os veículos de transporte da saúde são destinados ao transporte eletivo, de urgência/emergência e administrativo. Eletivo é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos previamente agendados, e urgência/emergência para pessoas que correm risco de agravo da saúde ou de morte, sejam no próprio município de residência ou para outro de referência. O transporte administrativo destina-se aos trabalhadores de saúde.

Quadro 21 – Frota de veículos da Saúde de Batatais:

ORD	MODELO	ANO	SETOR	COMB	PLACA
1	GOL 1.6 MI	1998	VIGILÂNCIA (S)	E	BPZ - 5760
2	KOMBI	2007	HEMOD. (S)	E	CPV - 8894
3	GOL 1.0	2007	GESTÃO (S)	E	CPV - 8895
4	M.O. VOLARE V6	2008	CEREST (S)	D	HID - 3162
5	JUMPER / VAN	2012	AT. BASICA (S)	D	EWM - 4633
6	SANDERO	2013	AT. BASICA (S)	E	CPV - 8852
7	SANDERO	2013	AT. BASICA (S)	E	CPV - 8853
8	LOGAN EXPRESSION	2014	VIGILÂNCIA (S)	E	FXB - 3309
9	DOBLO ATRAC. 1.4	2014	CO. DE VET.(S)	E	FYG - 6178
10	DUCATO/ SAMU	2015	MAC (SAMU)	D	GFN - 4010
11	I/M.BENZ 415 MARIMAR	2017	MAC (SAMU)	D	FKD - 0117
12	CITROEN BERLINGO	2018	AT. BASICA (S)	F	EVU - 7170
13	GM SPIM 1.8	2019	GESTÃO (S)	F	EXU - 8899
14	FIAT CRONOS DRIVE GSR	2019	GESTÃO (S)	F	DOD - 1939
15	PARATI 1.8	2007-2008	CEREST (S)	E	CPV - 8893
16	KOMBI	2009-2010	HEMOD. (S)	E	CPV - 8909
17	DUCATO SAMU	2009-2010	AT. BASICA (S)	D	CPV - 8913
18	DUCATO SAMU	2010-2011	MAC (SAMU)	D	CPV - 8832
19	DUCATO AMB	2011-2012	AT. BASICA (S)	D	DJM - 1535
20	DUCATO AMB	2011-2012	AT. BASICA (S)	D	DJM - 1536
21	LOGAN	2012-2013	VIGILÂNCIA (S)	E	CPV - 8836
22	RENAULT MASTER	2018-2019	AT. BASICA (S)	D	FZJ - 8282
23	MMC/L200 TRITON SPT GL	2018-2019	AT. BASICA (S)	D	EEH - 5333
24	RENAULT REVESCAP	2018-2019	AT. BASICA (S)	D	BVT - O720
25	RENAULT MA. P/CADEIR.	2018-2019	AT. BASICA (S)	D	DPP - 7470
26	SPRINTER M. BENZ	2019-2019	HEMOD. (S)	D	DRU - 3007
27	RENAULT/MASTERL2 VER AMB	2020-2021	MAC (SP)	D	EXI-2F16
28	RENAULT/MASTER AMB.	2020-2021	AT. BASICA (S)	D	FGN - 6A38

Fonte: Serviço de Transporte da Secretaria Municipal de Saúde (2021).

II – PLANEJAMENTO

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento para início em 2022 define novas perspectivas a partir da avaliação do quadro atual da saúde no município, visando proporcionar não somente melhor acesso aos usuários dos serviços de saúde, com também uma maior qualidade da atenção em saúde.

O Planejamento Municipal da Saúde está composto por cinco diretrizes, 18 objetivos e 81 metas. As diretrizes estabelecem as linhas das ações que serão seguidas. Os objetivos expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados. Já as metas expressam um compromisso quantificado para que os objetivos sejam alcançados. Por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas, consistindo em ferramenta essencial para o processo de monitoramento e avaliação.

A construção deste Plano Quadrienal teve como princípio o cuidado de prever os objetivos e metas considerando as propostas apuradas na VI Conferência Municipal de Saúde de Batatais, como também com o Plano Municipal de Governo para 2021 a 2024 no tocante à Saúde, e claro, com os objetivos da Agenda 2030.

A Agenda 2030 é um plano de ação global que reúne 17 objetivos de desenvolvimento sustentável e 169 metas, criados para erradicar a pobreza e promover vida digna a todos, dentro das condições que o nosso planeta oferece e sem comprometer a qualidade de vida das próximas gerações. O objetivo de desenvolvimento sustentável segundo a Agenda 2030 (2021) é:

ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, portando as seguintes metas:

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos

3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos

3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis

3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar

3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool

3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais

3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos

O planejamento em saúde do município, conforme bases descritas acima, é apresentado, a seguir, conforme o módulo de planejamento (DGMP) apresentado no DigiSUS, que é um sistema de informação para os Estados e municípios, que foi desenvolvido para normatizar o planejamento do SUS e da lógica do ciclo de planejamento.

A Secretaria Municipal da Saúde de Batatais, apresenta, em conclusão, nos quadros a seguir, as diretrizes, objetivos e metas pactuadas para o município no período de 2022 a 2025.

DIRETRIZ Nº 1 - APERFEIÇOAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE, PRIMANDO PELA EQUIDADE, INTEGRALIDADE, UNIVERSALIDADE E MAIOR QUALIDADE DE VIDA À POPULAÇÃO.

OBJETIVO Nº 1.1 - PROMOVER A AMPLIAÇÃO E A RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FORMA PLANEJADA E INTEGRADA

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;
- Eixo I – Assistência, da VI Conferência Municipal de Saúde de 2021 | 2. Fortalecer as atividades da atenção básica nos territórios adstritos, propiciando o interfaceamento com equipamentos da comunidade (CRAS, equipes de saúde, educação) | 3. Fortalecimento da Atenção básica no tocante à Infraestrutura | 6. Fortalecer a Atenção Básica para assistência e acompanhamento no Pós COVID-19 e pós-pandemia;
- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 17.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Implantar 2 Protocolos/ano das Linhas de Cuidado relacionadas à: Hipertensão e Diabetes, Saúde da Criança e do adolescente, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Gestação, Parto e Puerpério, conforme diretrizes estabelecidas.	Protocolos da Linha de Cuidados implementados no período.	0	2020	Número	7	Número	1	2	2	2
1.1.2	Ampliar o número de ACS para cobertura da população na Atenção Primária.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	79,91	2020	Percentual	83	Percentual	80	81	82	83

1.1.3	Ampliar a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família para 65% da população.	Cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família.	60,71	2020	Percentual	65	Percentual	65	65	65	65
1.1.4	Revitalizar as Unidades da Atenção Básica, com o apoio financeiro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Ministério da Saúde.	Unidades de Saúde revitalizadas no período.	0	2020	Número	8	Número	2	2	2	2
1.1.5	Manter o Programa Mais Médicos conforme disponibilidade do Ministério da Saúde.	Médicos do Programa Mais Médicos em atividade no período.	4	2020	Número	4	Número	4	4	4	4
1.1.6	Fortalecer as atividades da Atenção Básica nos territórios adstritos, propiciando o interfaceamento com equipamentos da comunidade (Educação; Saúde; Assistência Social; Segurança; Conselho Tutelar; Judiciário; Esporte; Cultura; e Conselhos Municipais).	Reuniões de equipe multisetoriais realizadas no período.	0	2020	Número	40	Número	10	10	10	10

1.1.7	Executar o Plano de Contingência de Enfrentamento às Doenças Emergentes no âmbito do município.	Plano de Contingência elaborado, revisado e em execução.	1	2021	Número	4	Número	1	1	1	1
-------	---	--	---	------	--------	---	--------	---	---	---	---

OBJETIVO Nº 1.2 - FORTALECER A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Eixo I – Assistência, da VI Conferência Municipal de Saúde de 2021 | 5. Implantar acompanhamento dos mil dias das crianças;
- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 19.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.2.1	Ampliar para 55% a cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	51,51	2019	Percentual	55	Percentual	52	53	54	55
1.2.2	Fortalecer o Programa Odonto Bebê.	Atendimentos do Programa Odonto Bebê realizados no período.	2.770	2019	Número	11.200	Número	2.800	2.800	2.800	2.800
1.2.3	Garantir os procedimentos coletivos de escovação a pelo menos 60% dos escolares matriculados no ensino fundamental.	Usuários participantes das ações coletivas de escovação dental supervisionada realizadas no município.	2.043	2019	Número	60	Percentual	60	60	60	60
1.2.4	Manter e/ou ampliar os atendimentos de restauração e obturação no CEO I.	Total de atendimentos de restauração e obturação no CEO I.	819	2019	Número	3.400	Número	850	850	850	850

1.2.5	Reduzir percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	12,68	2020	Proporção	6	Percentual	11	9	7	6
-------	---	--	-------	------	-----------	---	------------	----	---	---	---

OBJETIVO Nº 1.3 - MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nota: Este Objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais | 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar | 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos | 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos;
- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 14 e 15.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.3.1	Manter a tendência de queda da mortalidade infantil no município.	Taxa de mortalidade infantil.	6	2020	Número	6	Número	6	6	6	6
1.3.2	Manter a tendência de queda da gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	9,5	2019	Proporção	8,5	Percentual	9,5	9	9	8,5

1.3.3	Executar ações do Programa Saúde na Escola (PSE) previstas para o período de dois anos, conforme Portaria Interministerial.	Ações do PSE executadas no período.	0	2020	Percentual	100	Percentual	50	50	50	50
1.3.4	Manter o Programa de Saúde da Criança de 0 a 5 anos de idade nas UBS.	Consultas médicas de acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos no período.	9.905	2019	Número	39.600	Número	9.900	9.900	9.900	9.900
1.3.5	Manter Programa Municipal de alimentação especial.	Número de crianças atendidas com alimentação especial.	180	2020	Número	800	Número	200	200	200	200

OBJETIVO Nº 1.4 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM TODOS OS CICLOS DE VIDA

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais | 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar | 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;
- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 11, 12 e 13.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.4.1	Prestar atendimento correto às gestantes na Atenção Primária.	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	-	-	Proporção	80	Percentual	65	70	75	80

1.4.2	Ampliar para 30% a proporção de partos normais.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	23,32	2019	Proporção	30	Percentual	24	26	28	30
1.4.3	Ampliar para 0,55 a razão de exames preventivos de rastreamento do câncer de colo de útero das mulheres de 25 a 64 anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	0,49	2020	Razão	0,55	Razão	0,52	0,53	0,54	0,55
1.4.4	Ampliar para 0,35 a cobertura de exames preventivos de rastreamento do câncer de mama das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,26	2019	Razão	0,35	Razão	0,29	0,31	0,33	0,35
1.4.5	Buscar implantar um Centro de Referência da Saúde da Mulher.	Centro de Referência da Saúde da Mulher implantado.	-	-	Número	1	Número	1	0	0	0
1.4.6	Manter Ambulatório de Obstetrícia no ambiente da maternidade com atendimentos a partir da 36ª semana de gestação.	Consultas médicas obstétricas realizadas no Hospital Major Antônio Candido.	1.064	2020	Número	4.400	Número	1.100	1.100	1.100	1.100

OBJETIVO Nº 1.5 - PROMOVER O CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SEUS DIFERENTES CICLOS DE VIDA, CONSIDERANDO OS SEGMENTOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;
- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 1 e 18.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.5.1	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas UBS.	Percentual de pessoas hipertensas estimadas com pressão arterial aferida em cada semestre.	-	-	Percentual	56	Percentual	50	52	54	56
1.5.2	Implantar Programa anti-sedentarismo na 3ª idade em parceria com Universidades.	Percentual de pessoas da faixa etária participantes do programa.	0	2021	Percentual	2	Número	1	1	0	0
1.5.3	Reduzir para 12% as Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).	Percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).	13,56	2019	Percentual	12	Percentual	13	13	12	12
1.5.4	Reduzir a mortalidade prematura por DCNT pelos principais grupos de DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes).	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	113	2020	Número	90	Número	106	100	95	90

1.5.5	Fortalecer o Programa para tratamento de tabagistas.	Pessoas atendidas no Programa para Tabagistas no período.	57	2019	Número	320	Número	80	80	80	80
1.5.6	Promover pelo menos uma ação anual de prevenção às violências, reduzindo sua subnotificação.	Número de capacitações sobre violência interpessoal e autoprovocada realizadas anualmente.	0	2020	Número	4	Número	1	1	1	1
1.5.7	Implementar Protocolo de acolhimento para apoiar a realização de ações para a saúde integral da população LGBT.	Protocolo implantado.	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
1.5.8	Implementar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Adolescentes em Regime de Internação (PNAISARI).	PNAISARI aprovada para o município.	-	-	Número	1	Número	1	0	0	0
1.5.9	Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na Atenção Primária.	Percentual de Unidades da Atenção Primária com oferta de PNAISH.	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.5.10	Acompanhar na Atenção Primária, 75% dos beneficiários do Programa Bolsa família (PBF) nas condicionalidades de saúde.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	75,17	2019	Percentual	75	Percentual	75	75	75	75

DIRETRIZ Nº 2 - GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVO Nº 2.1 - COORDENAR E MELHORAR O ACESSO E A EFICIÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Nota: Este Objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades;
- Plano Municipal de Governo: realizar mutirões de cirurgias e exames.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Manter/Ampliar número de cirurgias hospitalares eletivas de média e alta complexidade.	Número de Cirurgias hospitalares eletivas de média e alta complexidade realizadas no período.	255	2018	Número	1.200	Número	300	300	300	300
2.1.2	Manter Serviço de Atenção Domiciliar com a garantia de 60 vagas a Usuários SUS.	Média mensal de pacientes em atendimento.	60	2020	Número	60	Número	60	60	60	60
2.1.3	Manter o acesso à diagnose e terapias.	Número de Exames de Análises Clínicas.	450.341	2019	Número	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.4	Manter/Ampliar o acesso à medicina especializada para 0,67 consultas por habitante.	Consultas Médicas Especializadas realizadas no período.	40.971	2019	Número	0,67	Percentual	0,66	0,66	0,67	0,67
2.1.5	Manter acesso em oncologia.	Número de atendimentos oncológicos realizados.	221	2019	Número	100	Percentual	100	100	100	100

2.1.6	Revitalizar Unidades de Saúde da Atenção especializada (ACE Egidio Ricco, CAPS, CEO, Laboratório).	Unidade de Saúde da Atenção Especializada revitalizada.	0	2020	Número	4	Número	1	1	1	1
2.1.7	Fomentar junto às instâncias de Saúde do Estado a implantação de 1 Ambulatório Médico Especializado (AME).	AME em funcionamento.	-	-	Número	1	Número	0	1	0	0
2.1.8	Manter acesso organizado à terapia Renal de Substituição.	Número de vagas na Unidade de Terapia Renal no período.	156	2020	Número	160	Número	160	160	160	160

OBJETIVO Nº 2.2 - ORGANIZAR A REDE DE SAUDE PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS EMERGENTES

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.2.1	Ampliar serviços especializados de outros profissionais de nível superior, através de convênios com Universidades e ou Entidades.	Serviço Especializado instalado.	-	-	Número	1	Número	1	0	0	0

OBJETIVO Nº 2.3 - FORTALECER A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;
- Eixo I - Assistência da VI Conferência Municipal de Saúde de 2021 | 1. Fortalecimento do matriciamento das equipes da atenção básica pela equipe da saúde mental;
- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 21

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.3.1	Ampliar em 10% os acolhimentos no CAPS I visando absorver novas demandas.	Número de acolhimentos realizados no CAPS I no período.	10.751	2020	Número	11.826	Número	11.019	11.287	11.555	11.826
2.3.2	Credenciar junto ao Ministério da Saúde e Estado um Serviço de Residência Terapêutica em parceria com entidade, para acolhimento dos pacientes pós-internação psiquiátrica.	Serviço de Residência Terapêutica instalado.	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
2.3.3	Realizar ações de matriciamento em saúde mental nas unidades de atenção básica.	Número de ações de matriciamento realizadas nas UBS.	83	2020	Número	360	Número	90	90	90	90

OBJETIVO Nº 2.4 - PROPORCIONAR ACESSO ARTICULADO À ASSISTENCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;
- Plano Municipal de Governo: implantação de uma UTI Neonatal; Implantação de uma UTI Pediátrica.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.4.1	Manter acesso aos serviços de Pronto Atendimento dentro do preconizado para UPA - Porte II.	Número de Pronto atendimento médico realizado na UPA 24hs de Batatais.	88.281	2019	Número	73.000	Número	73.000	73.000	73.000	73.000
2.4.2	Manter acesso aos serviços do SAMU 192.	Atendimentos pré-hospitalar e inter-hospitalar realizados pela USA e USB no período.	-	2019	Número	16.000	Número	4.000	4.000	4.000	4.000
2.4.3	Manter convênio com a Santa Casa de Batatais para internações hospitalares e demais serviços conforme pactuação.	Internações hospitalares de ocorrência em Batatais.	4.266	2019	Número	16.800	Número	4.200	4.200	4.200	4.200
2.4.4	Revitalizar os serviços públicos de urgência/emergência com apoio financeiro Federal e Estadual (UPA e SAMU).	Unidades de Saúde revitalizadas no período.	0	2020	Número	2	Número	0	1	0	1

2.4.5	Ampliar a UTI Adulto para 20 leitos com apoio financeiro Federal e Estadual.	Leitos em funcionamento.	8	2021	Número	20	Número	-	20	0	0
2.4.6	Fomentar a implantação de UTI Neonatal e/ou Pediátrica com apoio financeiro Federal e Estadual.	UTI Neonatal e/ou Pediátrica em funcionamento.	0	2021	Número	1	Número	0	1	-	-

DIRETRIZ Nº 3 - APERFEIÇOAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PARTE INTEGRANTE DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETIVO Nº 3.1 - PROMOVER AÇÕES QUE GARANTAM E AMPLIEM O ACESSO DA POPULAÇÃO A MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS, COM QUALIDADE, SEGURANÇA, EFICÁCIA, EM TEMPO OPORTUNO, PROMOVENDO SEU USO RACIONAL.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Garantir a dispensação de medicamentos da REMUME.	Proporção de medicamentos adquiridos em determinado ano/medicamentos adquiridos no ano anterior.	100	2020	Proporção	100	Percentual	100	100	100	100

3.1.2	Manter a infraestrutura e melhorias dos serviços de dispensação de medicamentos em conformidade com o QUALIFARSUS.	Número de Unidades com dispensação.	7	2021	Número	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.3	Manter ações coordenadas na Divisão Municipal de Farmácias para enfrentamento das emergências em Saúde Pública.	Plano de Contingência contra doenças emergentes elaborado, revisado e em execução.	1	2021	Número	100	Percentual	100	100	100	100
DIRETRIZ Nº 4 - FORTALECER O SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PROPORCIONANDO CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS VISANDO O CONTROLE DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.											
OBJETIVO Nº 4.1 - REDUZIR OU CONTROLAR A OCORRÊNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS PASSÍVEIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE											
Nota: Este objetivo guarda relação com:											
<ul style="list-style-type: none"> Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos; Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 4, 5, 8 e 15. 											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Reduzir a Incidência de Sífilis congênita.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	6	2019	Número	4	Número	6	5	4	4

4.1.2	Fortalecer as ações de prevenção da mortalidade infantil para redução do risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida na Atenção Primária.	Taxa de mortalidade infantil.	6	2020	Número	6	Número	6	6	6	6
4.1.3	Ampliar a proporção de vacinas com cobertura vacinal preconizada.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada.	0	2020	Proporção	75	Proporção	75	75	75	75
4.1.4	Ampliar a taxa de doenças de notificação compulsória imediatas (DNCI) encerradas em tempo oportuno.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	70,97	2019	Proporção	85	Proporção	85	85	85	85

OBJETIVO Nº 4.2 - APRIMORAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DE FATORES AMBIENTAIS DE RISCO E AGRAVOS À SAÚDE

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 10.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.2.1	Manter em 80% a ação de vigilância da qualidade da água para consumo	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros	81,25	2020	Percentual	80	Percentual	80	80	80	80

	humano preconizada no Plano Estadual.	coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.									
4.2.2	Garantir inspeção sanitária em pelo menos 80% dos estabelecimentos/serviços licenciados para funcionamento.	Inspeções realizadas nos serviços com alvará sanitário.	1.176	2020	Número	80	Percentual	80	80	80	80
4.2.3	Garantir ações sanitárias de enfrentamento às doenças emergentes.	Estabelecimentos fiscalizados previstos na etapa de controle sanitário.	981	2020	Número	80	Percentual	80	80	80	80

OBJETIVO Nº 4.3 - FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 22.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.3.1	Manter ciclos de cobertura de visitas - inspeções domiciliares.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	4	2019	Número	4	Número	4	4	4	4

OBJETIVO Nº 4.4 - APERFEIÇOAR A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM AGRAVOS DECORRENTES E/OU RELACIONADOS AO TRABALHO

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Indicador de Saúde de Pactuação Interfederativa nº 23.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.4.1	Ampliar as ações de investigação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho.	Proporção de ações de investigação dos acidentes e doenças do Trabalhador realizadas pelo CEREST no ano/ número de ações realizadas no ano anterior.	35	2020	Proporção	50	Percentual	35	40	45	50
4.4.2	Ampliar as ações de inspeção nas empresas para maior segurança da saúde do trabalhador.	Ações de inspeção nas empresas pelo CEREST no ano.	18	2020	Número	22	Número	19	20	21	22
4.4.3	Fortalecer as notificações dos agravos relacionados ao trabalho, mantendo em 99,71% a proporção de preenchimento do campo ocupação.	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	99,71	2020	Proporção	99,71	Proporção	99,71	99,71	99,71	99,71

OBJETIVO Nº 4.5 - APRIMORAR A DETECÇÃO E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS3 Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | ODS 3.3 - Acabar com epidemias de AIDS, malária, doenças tropicais negligenciadas, combater hepatites, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.5.1	Alcançar a cobertura vacinal preconizada para vacinação contra a COVID19, nos grupos elencados.	Percentual de pessoas vacinadas com a primeira dose nos grupos elencados para vacinação contra a COVID-19.	71,3	2021	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95
4.5.2	Executar Plano de Contingência de enfrentamento às doenças emergentes no âmbito do município.	Plano de Contingência contra doenças emergentes elaborado, revisado e em execução.	1	2021	Número	4	Número	1	1	1	1

DIRETRIZ Nº 5 - DESENVOLVER POLÍTICAS E AÇÕES PARA FORTALECIMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAUDE

OBJETIVO Nº 5.1 - QUALIFICAR A GESTÃO MUNICIPAL DA ÁREA DA SAÚDE COM POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, HUMANIZAÇÃO, VALORIZAÇÃO DE SEUS ATORES, PROPICIANDO O INTERFACEAMENTO ENTRE OS DIVERSOS SETORES PARA UMA GESTÃO MAIS PARTICIPATIVA.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

- Agenda 2030 - ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades;
- ODS 4 - Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos;
- ODS 5 - Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas;
- Eixo IV da Conferencia Municipal de Saúde de 2021 - 1. Criação de Núcleo de Educação Permanente fomentando a Educação Permanente aos profissionais da saúde | 2. Revisão do Plano de Carreira dos Servidores da saúde | 4. Criação de grupo permanente com representantes dos quatro eixos, para avaliação de todas as ações da saúde | 6. Disponibilização de pesquisa de satisfação do Usuário.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1	Fortalecer o NEPH Municipal para desenvolver ações/projetos de Educação Permanente em Saúde.	Número de capacitações/oficinas/treinamentos realizados pelo NEPH Municipal.	0	2020	Número	20	Número	5	5	5	5
5.1.2	Constituir Comissão Técnica da Saúde com profissionais de diversas áreas visando atender os interesses da população e da gestão da saúde.	Comissão Constituída.	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
5.1.3	Promover ações que motivem e valorizem a atuação dos servidores da área da saúde.	Ações realizadas.	0	2020	Número	2	Número	1	0	1	0
OBJETIVO Nº 5.2 - FORTALECER OUTRAS POLÍTICAS E SERVIÇOS PARA MAIOR CONTROLE DA GESTÃO											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.2.1	Implementar Serviço de Atenção a pacientes em TFD - Tratamento Fora do Domicílio.	Serviço de Atenção a pacientes em TFD.	-	-	Número	1	Número	1	0	0	0

5.2.2	Promover Inventário das Unidades de Saúde da SMS para controle do patrimônio.	Percentual de Unidades com controle do inventário.	0	2020	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
5.2.3	Reestruturar a auditoria criando funções de auditoria na área de enfermagem, odontologia e administrativo/contábil para auditar a rede assistencial própria e contratada.	Número de contratações de profissionais com especialização em auditoria.	1	2021	Número	3	Número	3	0	0	0
5.2.4	Implementar a oferta de teleatendimento como estratégia de aprimoramento e diminuição do tempo de espera, bem como alternativa para diagnóstico especializado.	Disponibilidade de atendimentos por telemedicina nas Unidades de Saúde.	-	-	Percentual	50	Percentual	12,5	12,5	12,5	12,5
5.2.5	Participar do COAPES Regional para Residência médica e ou multiprofissional.	Número de residências em execução.	0	2020	Número	2	Número	1	0	1	0

5.2.6	Implantar nas unidades da rede municipal de saúde sistema de pesquisa de satisfação do usuário.	Número de Unidades de Saúde da rede municipal de com pesquisa de satisfação implantada.	0	2020	Número	15	Número	15	-	-	-
5.2.7	Aumentar a capacidade de armazenamento, processamento e escalabilidade dos servidores de rede e aplicações locais e remotos.	Número de Unidades de Saúde com qualidade de conexão (estabilidade e velocidade de acesso) adequada a demanda.	-	-	Número	15	Número	5	10	-	-

OBJETIVO Nº 5.3 - FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL

Nota: Este Objetivo guarda relação com:

- Eixo II da Conferência Municipal de Saúde de 2021 - 2. Estabelecer processos de capacitação e formação de conselheiros de saúde | 3. Possibilitar a realização de reuniões ampliadas do conselho, com divulgação e possibilidade de participação online | 4. Implantação dos Conselhos Gestores já propostos no Plano Municipal de Saúde | 5. Ampliar as formas de informações sobre o Conselho e suas atividades (mídia, rede social).

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.3.1	Qualificar as reuniões mensais do COMUSA, possibilitando a realização de reuniões ampliadas com divulgação e participação online.	Reuniões realizadas no período.	12	2020	Número	48	Número	12	12	12	12

5.3.2	Ampliar as formas de informações sobre o Conselho e suas atividades (mídias e redes sociais).	Divulgações das ações e reuniões do COMUSA nos canais oficiais de comunicação pela SMS.	-	-	Percentual	100	Percentual	25	25	25	25
5.3.3	Estabelecer processos de capacitação e formação de conselheiros de saúde.	Capacitação realizada no período.	1	2020	Número	4	Número	1	1	1	1
5.3.4	Criar/implementar Conselhos Locais de Saúde em UBS.	Conselhos Locais implementados no período.	0	2020	Número	3	Número	0	1	1	1
5.3.5	Realizar Conferências Municipais de Saúde no período de 04 anos.	Conferencia realizada no período.	1	2021	Número	1	Número	0	0	1	0

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.L.M.; BARBOSA, M.G.M.M.; SANTOS, J.S. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB – resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira Médica farmacêutica e Comunitária**, v2, nº6, jul/set 2006.

BITTAR, T. O. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 77-81, janeiro/abril 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, Recife, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v4, nº4, out/dez 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. O que é e-SUS Atenção Básica? Brasília. 2016. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/o_que_e_esus_ab.php>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção à Saúde - RAS**. Portal da Saúde. Brasília-DF. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>. Acesso em: 21 de ago. 2021.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR J. **Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18, supl.1, p. 48-51, 2009.

CAVALCANTE, R. B. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de poder** [manuscrito] / Ricardo Bezerra Cavalcante. – 2011. 218 f.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, Dec. 2005a.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface -Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005b.

FIGUEIREDO, L. A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 18 (3): 418-23, 2010.

FIGUEIREDO, L.A. **Análise da utilização do Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.** Ribeirão Preto, 2009.

GONÇALVES, F.R.; AUGUSTO, L.G.S. O sistema de informação da Atenção Básica como fonte de informação para vigilância ambiental: limites e potencialidades. **Revista de Enfermagem UFPE**, v2, nº2, abr/jun 2008.

LOPES, S.R.S. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comunicação em Ciências Saúde*, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2006. p. 41-66.

OLIVEIRA, Q. C. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT.** Cuiabá, 2010.

PETERLINI, O. L. G.; ZAGONEL, I. P. S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300005> Acesso em: 07 ago. 2021.

RIGOBELLO, J. L. A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB pelos profissionais médicos das Equipes de Saúde da Família dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde XVIII- Ribeirão Preto, SP. **Medicina**, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/.../tde.../MsRigobelloJL1.pdf> Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVA, L.A.A et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, set. 2010.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno**

deSaúde Pública, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2005000600031&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 ago. 2021.

SORRILHA, M. M. et al. **Análise do acompanhamento das crianças pelas equipes de saúde da família utilizando o sistema de informação da atenção básica**. Maringá, v. 33, n. 2, p. 127-132, 2011.