

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE SOROCABA 2006-2009

**Prefeitura de Sorocaba
Secretaria Municipal de Saúde
Conselho Municipal de Saúde
Aprovado em 25/01/2006
Atualizado em março de 2007**

Prefeitura de Sorocaba

Prefeito
VITOR LIPPI

Secretário Municipal de Saúde
MILTON RIBEIRO PALMA

Coordenação Geral do Plano
JOSÉ MANOEL AMADIO GUERRERO

Organização
JOSÉ MANOEL AMADIO GUERRERO
VERA CECÍLIA GRAZIOSI FERREIRA

Realização
EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOROCABA

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE SOROCABA 2006-2009

Prefeitura de Sorocaba
Secretaria Municipal de Saúde
Conselho Municipal de Saúde
Aprovado em 25/01/2006
Atualizado em março de 2007

Janeiro 2006

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Gestor: Milton Ribeiro Palma

Colaboradores

Ademir Hiromu Watanabe
Adriana Cristina Guimarães
Ana Beatriz Rabello Miguel Moreno
Ana Marisa Gonçalves Rodrigues
Ana Paula Danola Libório
Angela Monteiro Moraes Sanches
Cândida M^a Betti Pichini
César Luis Tavoraro
Cláudia Cristiane Vivot
Consuelo Taciana Wanderley Matielo
Douglas Harder
Edilberto Silva de Macedo
Edith Maria G. Di Giorgi
Elaine Aparecida Desgualdo Osório
Eliana de Paula Leite
Eliana Pereira de Souza Bertola
Elias Cavalcante
Elvira Aparecida O de A Marco
Érika Amendola
Erinéia M^a de Moraes Lobo
Fernando de Paula Souza Jr.
Franck Ricardo Orefice
Gleidjane da Silva Maciel
Janete Chinen
José Augusto Rabello Jr.
José Jarbas Grecchi Pismel
José Manoel Amadio Guerrero
Ligia Zanella Silveira
Liliane M^a Guimarães Pinho
Lorival Miguel Xavier Freitas

Luís Antônio Areco
Maria Cristina Corrêa Almeida
Maria de Fátima A T Ximenes
Maria do Socorro Souza Lima
Maria José Mitiko N. Saviolo
Maria Luiza Hatem Donatelli
Maria Paula Antunes Teixeira
Maria Teresa Morales Dib
Maximiliano Zanini Neto
Milton Martins Gori
Moema Maria Guedes Borges
Neide Maria Brito Abreu
Noremi Aparecida Nagayama
Paula Rita de Barros Lara de Castro
Paulo Antônio Guariglia Bachir
Paulo de Freitas Dias
Paulo Góes Ribeiro
Pedro Borges de Andrade Filho
Priscila Rangel Dordetto
Regina Fátima Gonzáles
Rogéria Pereira
Rosane Fernandes Garcia Bernardes
Samuel de Figueiredo Leite
Selma Aparecida O Brancalhona
Solange Maluf Dutra
Solange M^a Leite Ismerim
Teonila M^a Ribeiro Puglia
Vagner Guerrero Rinaldo
Valquiria Rosana Carnio Gomes
Vanessa Antunes Marciano
Vera Cecília Graziosi Ferreira

Coordenador Geral do Plano
José Manoel Amadio Guerrero

Organização e revisão:

José Manoel Amadio Guerrero
Vera Cecília Graziosi Ferreira
Evenize de Cássia Batista Marques da Silva

PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

VITOR LIPPI
Prefeito Municipal

Milton Ribeiro Palma
Secretário Municipal de Saúde

ASSESSORIAS

Assessoria Técnica:
Maria Luiza Hatem Donatelli
Maximiliano Zanini Neto

**ÁREA DE ESPECIALIDADES
POLICLÍNICA**
Luiz Antonio Areco

Coordenador Médico
José Augusto Rabello Junior

**Seção de Apoio Administrativo -
Policlínica**
Mônica Fazani Martins
**Seção de Coordenação de Enfer-
magem - Policlínica**
Célia Regina de Carvalho

**ÁREA DE ESPECIALIDADES - URGÊN-
CIA E EMERGÊNCIA**
Paulo Antonio Glariglia Bachir

Coordenador Médico
Vagner Guerrero Rinaldo

Coordenador SAMU
Elias Cavalcante
Seção de Apoio Administrativo
Jacira Aparecida de Jesus
**Seção de Coordenação de Enferma-
gem**
Priscila Rangel Dordetto

**ÁREA DE ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO
EM SAÚDE**
Edith Maria Garboggini Di Giorgi

Divisão de Atenção Básica
Fernando de Paula Souza Junior

**Seção de Controle e Apoio
Administrativo**
Antonio Carlos Alves
**Seção de Enfermagem e A-
tendimento Básico**
Maria José Mitiko N Saviolo

ÁREA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Milton Martins Gori

Divisão de Gestão Financeira de Fundos e Convênios

Maria do Socorro Souza Lima

Seção de Auditoria e Controle

Claudia Narias de Aro Galera

Divisão de Apoio Administrativo, Controle e Avaliação

Edilberto Silva de Macedo

Seção de Planejamento**Seção de Apoio a Gestão de Materiais e Equipamentos**

Rogéria Pereira

Seção de Informação da Saúde

Érica Amendola

ÁREA DE SAÚDE COLETIVA

Eliana de Paula Leite

Seção de Vigilância Epidemiológica

Neide Maria Britto Abreu

Seção de Controle de Zoonoses

Ana Marisa Gonçalves Rodrigues

Divisão de Vigilância Sanitária

Rosane Fernandes Garcia Bernardes

Seção de Gerenciamento Técnico

Maria de Fátima A T Ximenes

Seção de Gerenciamento Operacional

Lourival Miguel Freitas Xavier

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOROCABA

MILTON RIBEIRO PALMA

Presidente

Secretaria Municipal de Saúde	Titular: <i>Dr. Milton Ribeiro Palma</i> Suplente: <i>Dr. Ademir Hiromu Watanabe</i>
Serviços Públicos ligados à Área da Educação	Titular: <i>Lúcia Moreira Bonilha</i> Suplente: <i>Vera Lúcia Belluci Pravasi</i>
DIR XXIII (Gestor Estadual)	Titular: <i>Dr. José Mauro da Silva Rodrigues</i> Suplente: <i>Nelson Paulo Andreazza Silveira</i>
Complexo Hospitalar de Sorocaba	Titular: <i>Sidney Nassif Abdalla</i> Suplente: <i>Cláudio Júlio Ferraresi</i>
Hospitais e Empresas Privadas Prestadoras de Serviços nas Áreas de Saúde, de caráter Filantrópico ou não	Titular: <i>Dr. Celso Aparecido Fattori Junior</i> Suplente: <i>Dr. Paschoal Martinez Munhoz</i>
PUC/Fundação São Paulo	Titular: <i>Francisco Antonio Fernandes</i> Suplente: <i>Carlos Aparecido Drisostes</i>
Área de Saúde Bucal	Titular: <i>Dr. José Willian Leite de Oliveira</i> Suplente: <i>Dra. Maria Antonia de Oliveira Cano</i>
Funcionários Públicos Municipais da Saúde	Titular: <i>Regina Cardoso da Silva</i> Suplente: <i>Luiz Antonio Corsi</i>
Funcionários Públicos Estaduais da Saúde	Titular: <i>Hélio Christino Martins</i> Suplente: <i>Antonio Sérgio Ismael</i>
Funcionários da Rede Privada prestadores de serviços em saúde	Titular: <i>Milton Carlos Sanches</i> Suplente: <i>Dr. Wilson Olegário Campagnone</i>
Profissionais da Área de Saúde que tratam dos doentes e portadores de HIV	Titular: <i>Maria Tereza Morales Dib</i> Suplente: <i>Vilma Lúcia Carmona Gonçalves</i>
Sindicatos de Empregados e Trabalhadores	1º Titular: <i>Artur José Aparecido Bordim</i> 1º Suplente: <i>José Valdecir Rodrigues de Lima</i> 2º Titular: <i>Edvaldo Padilha</i> 2º Suplente: <i>Fernandes Vendrami</i>
Sociedades de Amigos de Bairro	1º Titular: <i>Sandra Maria Romão Pinho</i> 1º Suplente: <i>Suely dos Santos Saul</i> 2º Titular: <i>Lincoln Alexandre Alves Bezerra</i> 2º Suplente: <i>Francisco Gomes de Lima</i>
Movimento da Mulher	Titular: <i>Márcia Regina Niterói Ribeiro</i> Suplente: <i>Dra. Cíntia de Almeida</i>
Associações de Doentes e Deficientes	1º Titular: <i>José Carlos Milan</i> 1º Suplente: <i>Luís Santos Pereira Filho</i> 2º Titular: <i>Douglas de Almeida Parra</i> 2º Suplente: <i>Cleofe Marina Pieroni</i>
Associações de Aposentados e Pensionistas	Titular: <i>Álvaro Ciomak</i> Suplente: <i>Benedito Vanderlei Trindade</i>
Sindicato Patronal	Titular: <i>Jose Antonio Fasiaben</i> Suplente: <i>Paulo Roberto Bacelli</i>

APRESENTAÇÃO

Este plano surge em um momento importante para a saúde de Sorocaba devido à conjunção de vários fatores que facilitam a consolidação do SUS no município. O prefeito eleito Dr. Vitor Lippi, ex-secretário municipal de saúde, conhece as forças e as fraquezas deste setor e está disposto a dar um grande salto de qualidade ao assumir duas agendas internacionais: Cidade Saudável e Cidade Educadora. Esta prefeitura está trabalhando a inclusão social, as parcerias e principalmente o trabalho intersetorial.

A elaboração deste plano foi realizada de forma ascendente, com ampla participação de toda a equipe desta Secretaria e do Conselho Municipal de Saúde. Isto só foi possível devido à maturidade, dedicação e conhecimento das pessoas envolvidas neste processo que permitiu que este instrumento fosse factível e de fácil uso para o acompanhamento das ações. Como um documento político e também técnico-gerencial, tem a preocupação de ser absolutamente coerente com as diretrizes e princípios do SUS e de poder ser colocado em prática considerando o contexto político e a governabilidade local.

Seu prazo de vigência se estende até o final de 2009, atingindo, portanto, o primeiro ano da futura administração, segundo preconiza o Ministério da Saúde. Procuramos dividi-lo, para uma melhor compreensão, em três partes.

Na primeira parte, procurou-se caracterizar o município de Sorocaba, buscando dados e informações das mais diversas fontes disponíveis, para que pudesse constituir-se em um documento de consulta para todos os interessados, sejam eles representantes da comunidade, do setor saúde ou de outros setores da administração.

Na segunda, foi realizada uma análise da situação da saúde do município. Constitui-se de informações epidemiológicas e nosológicas, oferta e produção de serviços, financiamento do sistema, estruturação e organização dos serviços, análise dos modelos de gestão e atenção, entre outras.

A terceira parte, a partir de uma análise situacional e estratégica, contém a formulação das políticas locais, com os objetivos a serem alcançados e as prioridades e estratégias a serem utilizadas.

Finalmente, é importante lembrar que o planejamento da gestão municipal da saúde deve ser um processo dinâmico. A aplicação das diretrizes aqui propostas exigem dos gestores da saúde um permanente repensar das estratégias para o sucesso da gestão. Além disso, as futuras Conferências Municipais de Saúde e a ampliação dos mecanismos de participação popular e controle social, entre os quais a atuação dos conselhos gestores locais, que estão sendo criados, certamente trarão novas contribuições a serem incorporadas.

Sorocaba, 18 de setembro de 2005

Dr. Milton Ribeiro Palma
Secretário Municipal de Saúde

A. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome do município: SOROCABA

Data de criação: 15 de agosto de 1654

População: 565.180 habitantes (IBGE, Projeção populacional para o ano de 2005, baseada no Censo Demográfico 2000)

Extensão territorial: 449,1 km² (IBGE, Sinopse preliminar do Censo Demográfico 2000)

Número IBGE: 355220

Prefeito Municipal: VITOR LIPPI

Secretário Municipal de Saúde: MILTON RIBEIRO PALMA

Endereço da Prefeitura: Avenida Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes, nº 3.041, CEP 18.013-280

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde: Avenida Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes nº 3.041, 3º andar, CEP 18.013-280 – FONE: (15) 3238-2242

B. HISTÓRICO DE SOROCABA

Em 1599, Dom Francisco de Souza, governador-geral do Brasil (entre 1591 e 1602), ainda acreditando na existência de ouro, esteve na região e levantou o pelourinho - símbolo do poder real - na Nova Vila de Nossa Senhora da Ponte de Mont Serrat. Como se confirmasse a existência do metal, o governador retornou à corte.

Em 1654, o capitão Baltazar Fernandes mudou-se para a região com a família e escravaria, e fundou um povoado, ao qual deu o nome de **Sorocaba** que, na linguagem Tupi-Guarani, significa “**Terra Rasgada**”.

Como incentivo para o povoamento da região, doou grande gleba de terras aos beneditinos de Parnaíba, com a condição de que estes construíssem um convento e uma escola, que funcionaria como centro gerador de cultura.

Na época, o comércio de índios era a principal fonte de renda que, a partir do século XVII foi substituída por outra atividade ligada ao comércio - as feiras de muares. A primeira tropa passou por suas ruas no ano de 1733, conduzida pelo Coronel gaúcho Cristóvão Pereira de Abreu, um dos fundadores do Rio Grande do Sul. Sem saber, Pereira de Abreu estava fazendo história e inaugurando um ciclo, o do **Tropeirismo**.

Com o passar dos anos, devido à sua posição estratégica, Sorocaba tornou-se marco obrigatório para os Tropeiros, eixo econômico entre o Norte, o Nordeste e o Sul. A cidade, com o fluxo de tropeiros, ganhou uma Feira de Muares, onde brasileiros de todos os Estados reuniam-se para comprar e vender animais.

O grande fluxo de pessoas e de dinheiro proporcionou desenvolvimento do comércio e da indústria caseira, baseados na confecção de facas, facões, redes, doces e objetos de couro para montaria.

Novos ciclos de desenvolvimento marcaram a história de Sorocaba, incrementados a partir de 1875, com a inauguração da Estrada de Ferro Sorocabana. Indústrias têxteis de origem inglesa instalaram-se na cidade e tornaram-na conhecida como a Manchester Paulista.

Foi pelos trilhos da velha Sorocabana que chegou o progresso, e logo o pequeno vilarejo desdobrou seu espaço, multiplicou sua população, passou a cidade, chegou a município e acabou investida na condição de Comarca.

O declínio da indústria têxtil fez com que a cidade buscasse novos caminhos e, a partir da década de 70, diversificou o seu parque industrial, hoje com aproximadamente 1.600 empresas, entre elas algumas principais do país.

A história de Sorocaba está presente em edifícios seculares, verdadeiras relíquias da arquitetura, como o Mosteiro de São Bento, com suas paredes de taipa; a Igreja Catedral, a Casa da Marquesa de Santos (Museu Histórico Sorocabano), o Casarão de Brigadeiro Tobias, a Estação de Ferro Sorocabana, entre outros.

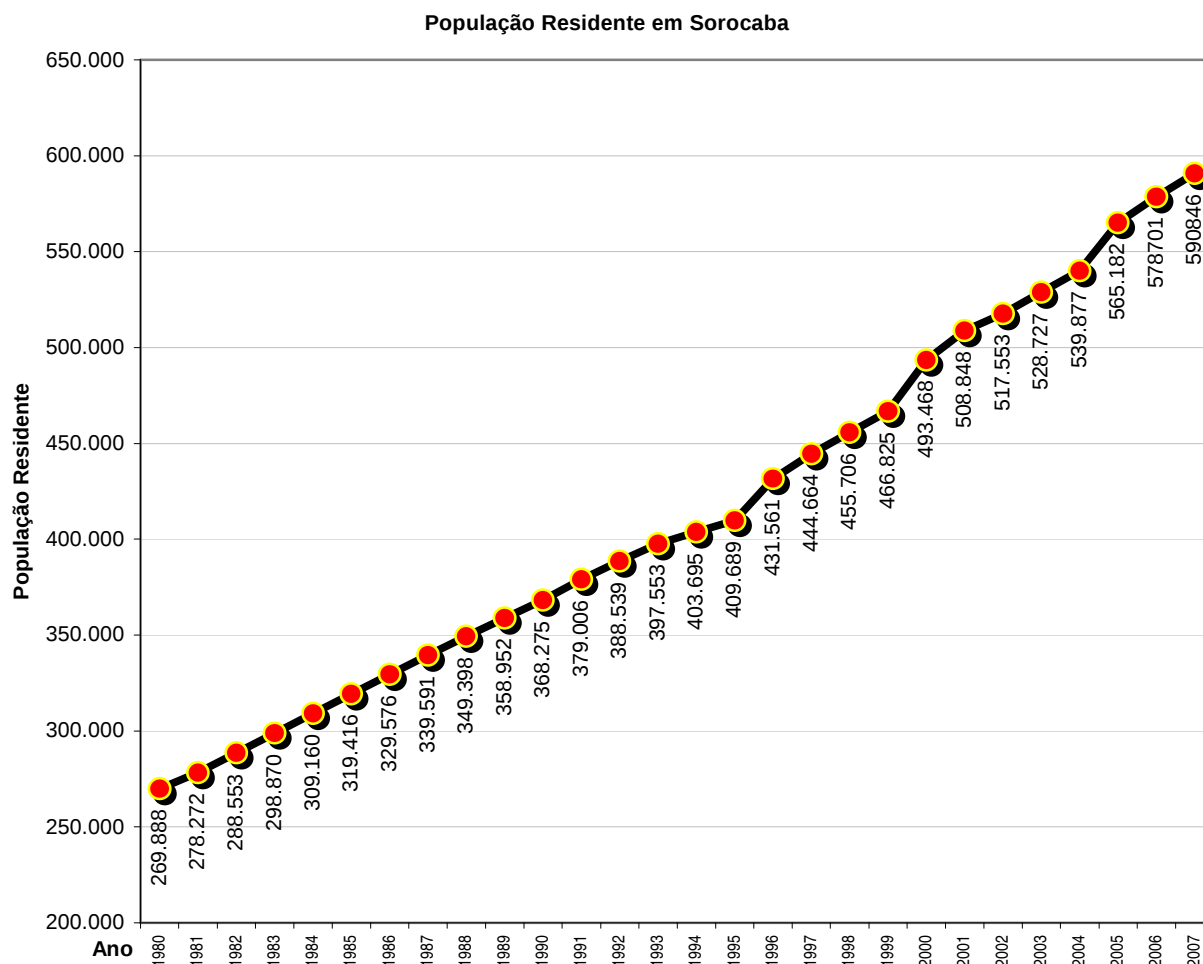
C. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Com uma localização privilegiada, a 96 km da cidade de São Paulo e situada na rota de passagem para o Oeste paulista e para os Estados do Sul e Centro-Oeste do país, Sorocaba tem a população estimada pelo IBGE de 590.846 habitantes para o ano de 2007.

A evolução populacional do município pode ser analisada no Gráfico 1 e mostra uma tendência de crescimento nas últimas décadas diferentemente de muitas regiões do interior do Estado de São Paulo, que alternaram períodos de aumento e redução de sua população¹, muito embora a Taxa Geométrica Anual de Crescimento da população de Sorocaba no período compreendido entre os anos de 1980 e 1991, que foi de 3,12%, tenha caído no período entre 1991 e 2000 para 3,05%, mostrando uma diminuição do ritmo desse crescimento e voltando a aumentar entre 2000 e 2005.

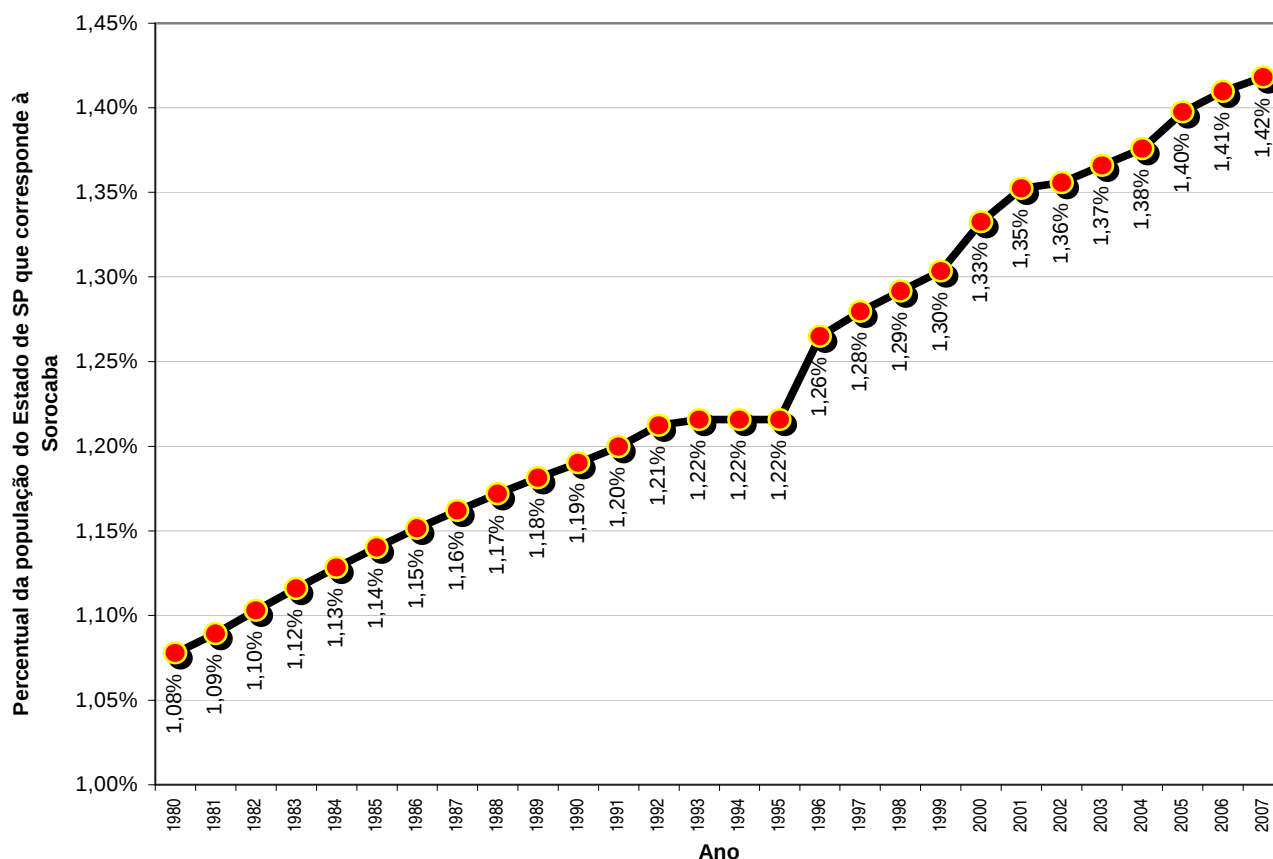
Gráfico 1 População residente em Sorocaba, 1980-2007 - IBGE.



¹ Toledo, JR. **Década revela novos pólos de crescimento**. Cotidiano, São Paulo, 1997.

A relação percentual entre a população residente de Sorocaba e o total do Estado de São Paulo tem aumentado, mostrando um crescimento proporcional superior à média do Estado, conforme pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 Percentual da população do Estado de São Paulo correspondente à população residente em Sorocaba, 1980-2007 - IBGE.



Apresentando uma área total de 449,1 km² e uma densidade demográfica de cerca de 1.258,47 habitantes por km², Sorocaba é um município predominantemente urbano. Em 1996 apenas 0,78% da população tinha domicílio na área rural. Em 2006, o município encontrava-se em oitavo lugar entre os mais populosos do Estado (Tabela 1). Esta característica de ser um município praticamente urbano, com uma Taxa de Urbanização bem superior à do Brasil e à da maioria das regiões do Estado, e sua grande potencialidade econômica, como se verá mais à frente, coloca Sorocaba como um dos mais importantes centros urbanos do interior de São Paulo. A projeção do montante populacional de Sorocaba para o ano de 2007 é de 590.846 habitantes, permanecendo o município como o 8º mais populoso do estado de São Paulo.

Tabela 1 Relação dos doze municípios mais populosos do Estado de São Paulo, 2006.

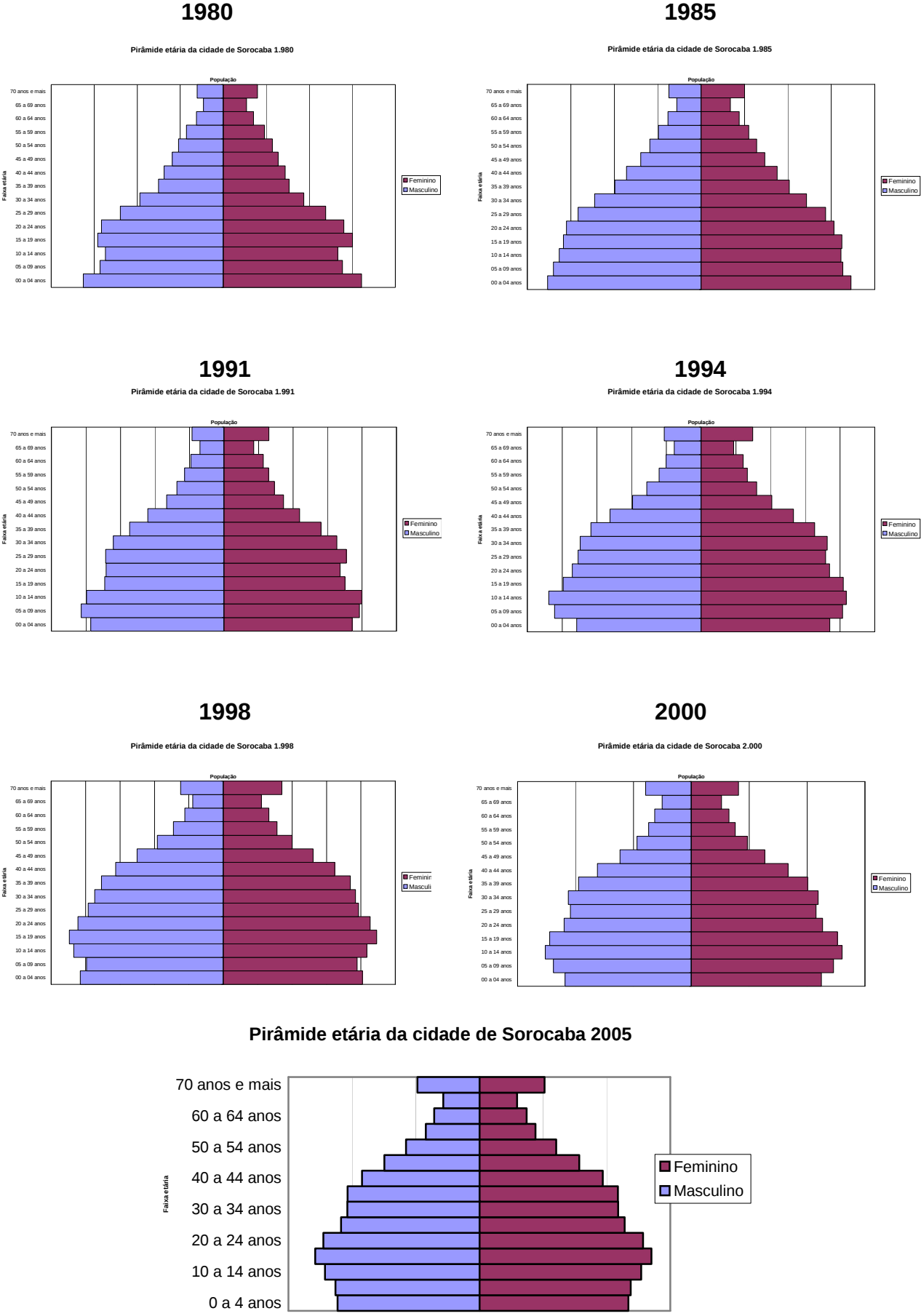
1- São Paulo	11.016.708	7- São José dos Campos	610.962
2- Guarulhos	1.283.253	8- Sorocaba	578.071
3- Campinas	1.059.421	9- Ribeirão Preto	559.651
4- São Bernardo do Campo	803.904	10- Santos	418.375
5- Osasco	714.949	11- São José do Rio Preto	415.509
6- Santo André	673.233	12- Mauá	413.943

A discreta predominância do sexo feminino (50,8%) não difere do que é observado no restante do país.

Na análise da pirâmide populacional dos anos de 1980, 1985, 1991, 1994, 1998, 2000 e 2005 (Figura 1) pode-se identificar, mesmo que discretamente, uma tendência à redução proporcional de crianças na faixa etária de 5 a 14 anos e uma elevação de idosos, acima de 65 anos. As mudanças observadas no município seguem uma tendência nacional. Diversos estudos demográficos têm mostrado que a população brasileira sofrerá importantes modificações na sua estrutura populacional nas próximas décadas: num primeiro momento, pelo aumento proporcional no número de adultos jovens e, num segundo momento, pelo aumento no número de idosos ¹. Estas mudanças se devem à expressiva redução dos níveis de fecundidade no país e ao aumento da expectativa de vida. No Brasil, na década de 80, o número médio de filhos nascidos vivos por mulher (taxa de fecundidade), era de 3,3. Esta taxa caiu para 2,32 em 1996. No Estado de São Paulo, neste mesmo ano, a taxa foi de 2,03. O estreitamento da base da pirâmide populacional, previsto de forma mais acentuada para as próximas décadas, vai ocasionar importantes modificações na demanda por serviços públicos e sociais, especialmente nos aglomerados urbanos.

¹ Duchiate, MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo, MC (org.). **Os muitos Brasil. Saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; 1995.

Figura 1 Distribuição da população segundo faixas etárias quinquenais e sexo. Sorocaba – SP, 1980, 1985, 1991, 1994, 1998, 2000 e 2005.



Outro dado importante que deve ser levado em consideração é o crescimento populacional decorrente do processo migratório que é responsável atualmente por 64,1% do crescimento populacional dos últimos 10 anos.

Tabela 2 Crescimento populacional – vegetativo e por processo migratório. Sorocaba – SP.

	População residente IBGE	Nº de Nascidos Vivos	Nº de óbitos de residentes	Taxa de Mortalidade Geral	Crescimento vegetativo	Imigração* *saldo do crescimento IBGE	Crescimento Total
1996	431.561	8.551	2.972	6,90	5.579	16.293	21.872
1997	444.664	8.803	3.128	7,09	5.675	7.428	13.103
1998	455.706	9.286	3.042	6,73	6.244	4.798	11.042
1999	466.825	9.820	3.080	6,64	6.740	4.379	11.119
2000	493.468	8.782	3.130	6,70	5.652	20.991	26.643
2001	508.848	8.225	3.070	6,28	5.155	10.225	15.380
2002	517.553	8.130	3.099	5,99	5.031	3.674	8.705
2003	528.727	8.006	3.259	6,16	4.747	6.427	11.174
2004	539.877	7.858	3.272	6,06	4.586	6.564	11.150
2005	565.182	7.754	3.298	5,84	4.456	20.849	25.305
2006	578.071	7.598	3.247	5,61	4.351	8.538	12.889
2007	590.846						12.775

Fonte: SIM / SINASC / IBGE

Gráfico 3 Crescimento populacional de 1996 a 2006, próprio e por processo migratório. Sorocaba – SP.

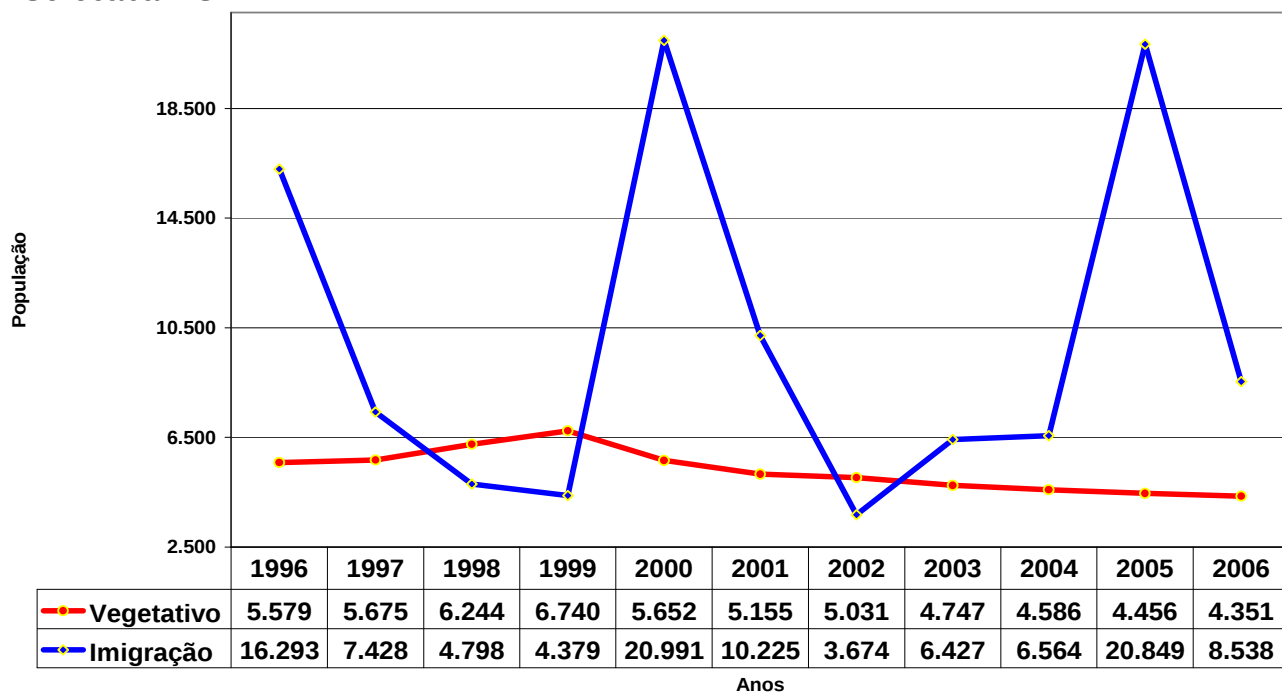
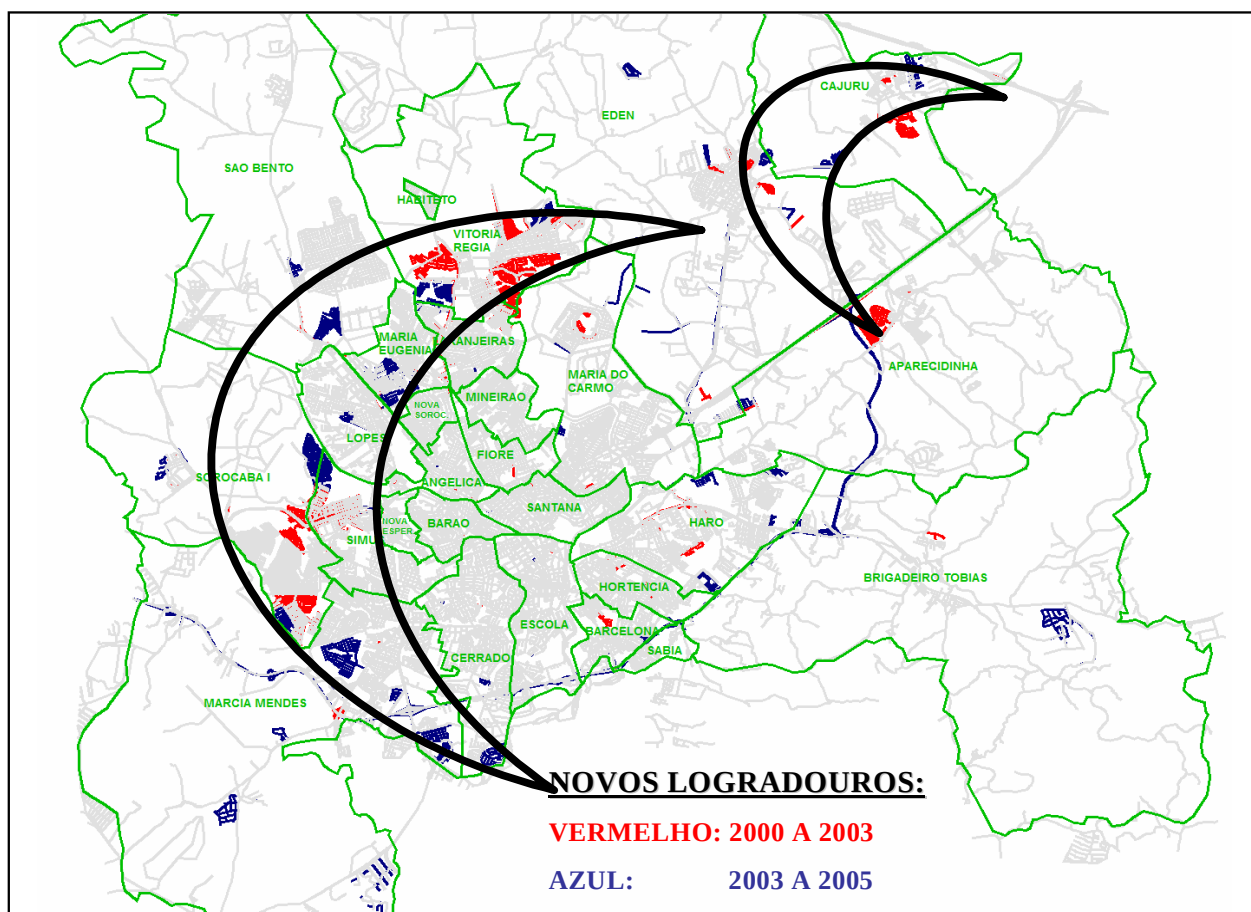


Figura 2 Novos loteamentos que surgiram entre 2000 e 2005, por área de abrangência das unidades básicas de saúde. Sorocaba – SP.



2 ASPECTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS

2.1 Instrução da População

A construção de uma sociedade mais justa e solidária, com inclusão social, depende cada vez mais do nível de educação de sua população. A dificuldade de acesso à educação pode ser considerada como uma das causas das desigualdades sociais. Uma maior escolaridade ajudaria na distribuição da renda num país onde a diferença entre o salário de um analfabeto e de um profissional com nível superior pode chegar a 636% ¹.

2.1.1 Analfabetismo

Segundo dados da Fundação SEADE, em São Paulo, a taxa de analfabetismo da população adulta em 2000 foi de 6,64%, sendo a do município de Sorocaba de 4,66% no mesmo período.

Para o cálculo da Taxa de Analfabetismo da População Adulta, a Fundação SEADE considerou como analfabetas as pessoas com 15 anos e mais, que declararam não serem capazes de ler e escrever um bilhete simples, ou que apenas assinam o próprio nome, incluindo as que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram.

Tabela 3 Comparativo, em porcentagem, das Taxas de Analfabetismo da população adulta (15 anos e mais) entre municípios paulistas selecionados e o total do Estado de São Paulo, 1991 e 2000.

Localidade	1991	2000	Redução
Estado de São Paulo	10,16	6,64	3,52
Santos	5,43	3,56	1,87
São Caetano do Sul	5,62	2,99	2,63
São Bernardo do Campo	7,06	4,98	2,08
São José dos Campos	7,14	4,58	2,56
Sorocaba	7,24	4,66	2,58
São Paulo	7,52	4,89	2,63
Campinas	7,58	4,99	2,59
Bauru	8,05	5,24	2,81
São José do Rio Preto	8,41	5,39	3,02
Osasco	9	5,77	3,23
Guarulhos	10,33	6,3	4,03
Marília	10,74	6,65	4,09

Fonte: Fundação SEADE

Como podemos observar, a taxa de analfabetismo em Sorocaba diminuiu em 2000, ficando em 4,66%.

2.1.2 Número médio de anos de estudo

A classificação anos de estudo foi obtida em função das séries e graus mais elevados, concluídos com aprovação, pelas pessoas que estavam freqüentando ou que haviam freqüentado a escola.

¹ Folha de São Paulo, Página Especial - A mancha do Analfabetismo, 27/03/2001.

Tabela 4 Comparação do número médio de anos de estudo da população de 15 a 64 anos entre municípios paulistas selecionados e o total do Estado de São Paulo, 2000.

Localidade	Média de anos de estudo
Estado de São Paulo	7,64
Santos	9,49
Campinas	8,50
São Bernardo do Campo	8,31
São Paulo	8,37
São José dos Campos	8,42
Bauru	8,24
São José do Rio Preto	8,23
Sorocaba	7,96
Marília	8,00
Osasco	7,66
Guarulhos	7,37
São Caetano do Sul	9,76

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 5 Comparação da população de 25 anos e mais, com menos de 8 anos de estudo, em porcentagem, entre municípios paulistas selecionados e o total do Estado de São Paulo, 2000.

Localidade	População em %
Estado de São Paulo	55,55
Santos	37,68
Campinas	46,31
São Bernardo do Campo	46,62
São Paulo	46,62
São José dos Campos	46,30
Bauru	49,97
São José do Rio Preto	51,70
Sorocaba	53,08
Marília	53,88
Osasco	53,98
Guarulhos	56,76
São Caetano do Sul	38,53

Fonte: Fundação SEADE

2.1.3 Ensino

Antes de começarmos uma análise sobre o ensino em nosso município, necessário se faz conceituar alguns termos :

- **Matrícula Inicial** : foi considerada como o número total de alunos matriculados e freqüentando efetivamente o estabelecimento de ensino 30 dias após o início do ano letivo.
- **Taxas de Transição** :
 - o **Evasão Escolar** : é aqui expressa pela porcentagem de alunos que abandonaram a escola antes da avaliação final, ou que não preencheram os requisitos mínimos de freqüência previstos na legislação, em relação ao total de alunos matriculados no fim do ano letivo.
 - o **Reprovação** : é expressa pela porcentagem de alunos que não preencheram, em

avaliação final, os requisitos mínimos em aproveitamento previstos na legislação, em relação ao total de alunos matriculados no fim do ano letivo.

a. Educação Infantil

A Educação Infantil engloba as antigas pré-escolas e creches. Para melhor visualização, manteremos os dados separados.

a.1 Matrícula Inicial

As Tabelas 5, 6 e 7 mostram o número total de crianças matriculadas no município de Sorocaba, nos anos de 2000 e 2003,

Tabela 6 Número e porcentagem de matrículas iniciais na Pré-escola, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 2000 e 2003.

Pré-escola	2000	%	2003	%
Rede estadual	-	-	-	-
Rede municipal	17.666	90,0	17.774	87,0
Rede particular	1.955	10,0	2.653	13,0
Total	19.621	100,0	20.427	100,0

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 7 Número e porcentagem de matrículas iniciais nas Creches, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 2000 e 2003.

Creches	2000	%	2003	%
Rede estadual	-	-	-	-
Rede municipal	1.714	65,7	1.970	55,6
Rede particular	894	34,3	1.575	44,4
Total	2.608	100,0	3.545	100,0

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 8 Número e porcentagem de matrículas iniciais no total da Educação Infantil, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 2000 e 2003.

Educação Infantil	2000	%	2003	%
Rede estadual	-	-	-	-
Rede municipal	19.380	87,2	19.744	82,4
Rede particular	2.849	12,8	4.228	17,6
Total	22.229	100,0	23.972	100,0

Fonte: Fundação SEADE

b. Ensino Fundamental

A denominação *Ensino Fundamental* substituiu a de *Ensino de 1º Grau*, a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB de 1996, e compõe, juntamente com a Educação Infantil e o Ensino Médio, a Educação Básica. No município de Sorocaba, o Ensino Fundamental é ofertado, na sua grande maioria, por estabelecimentos públicos estaduais.

b.1 Matrícula inicial

No ano de 1999 o município respondia por 12,5% do total de matrículas iniciais. A rede particular possuía, então, 12,6% das matrículas iniciais e os estabelecimentos esta-

duais respondiam por 74,9%.

Já em 2003, a rede particular se manteve em torno de 12,7%, enquanto que a municipal aumentou sua participação, passando para 24,6%, baixando as matrículas na rede estadual para 62,7%.

Tabela 9 Número e porcentagem de matrículas iniciais no Ensino Fundamental, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 1999 e 2003.

Ensino Fundamental	1999	%	2003	%
Rede estadual	63.342	74,9	50.784	62,7
Rede municipal	10.545	12,5	19.959	24,6
Rede particular	10.707	12,6	10.328	12,7
Total	84.594	100,0	81.071	100,0

Fonte: Fundação SEADE

b.2 Taxas de Transição no Ensino Fundamental

b.2.1 Evasão Escolar

Apesar de uma pequena elevação no índice de 2000, em Sorocaba evidencia-se uma diminuição significativa da taxa de evasão escolar nos últimos anos na rede estadual. A rede municipal e a rede particular, no mesmo período, apresentam menores índices.

Tabela 10 Evolução das taxas de evasão escolar no Ensino Fundamental, segundo natureza do estabelecimento. Sorocaba - SP, 1995 a 2000.

Taxa de evasão	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rede municipal	1,24	0,74	1,46	1,33	0,61	1,15
Rede estadual	9,23	7,47	5,60	3,63	3,11	4,13
Rede particular	0,59	0,16	0,41	0,23	1,26	0,32

Fonte: Fundação SEADE

b.2.2 Reprovação

No município de Sorocaba a Taxa de Reprovação no Ensino Fundamental na rede estadual decaiu no período entre 1995 e 1998, mas teve uma elevação nos anos de 1999 e 2000. A rede particular já apresentava, desde 1995, taxas significativamente menores de reprovação. As escolas municipais vêm mantendo um declínio nas reprovações de 1995 a 2000.

Tabela 11 Evolução das taxas de reprovação escolar no Ensino Fundamental, segundo natureza do estabelecimento. Sorocaba - SP, 1995 a 2000.

Taxa de reprovação	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rede municipal	10,03	5,73	4,90	3,19	3,21	2,80
Rede Estadual	12,83	10,18	3,08	1,61	3,16	2,53
Rede particular	5,03	3,25	2,08	1,76	1,36	1,77

Fonte: Fundação SEADE

b.3 Conclusão

A Fundação SEADE só disponibiliza dados de 2001 sobre a conclusão do Ensino Fundamental.

Tabela 12 Número e porcentagem de conclusões no Ensino Fundamental, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 2001.

Conclusão	2001	%
Rede estadual	7.989	80,6
Rede municipal	642	6,6
Rede particular	1.277	12,8
Total	9.908	100,0

Fonte: Fundação SEADE

c. Ensino Médio

A denominação *Ensino Médio* substituiu a de *Ensino de 2º Grau*, a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB 1996.

c.1 Matrícula inicial

Em Sorocaba, no Ensino Médio, cerca de 84% das matrículas efetivadas, no ano de 1999, foram na rede pública, e aproximadamente 16% na rede privada. Já em 2003, esses números sofreram uma pequena alteração, ficando a rede pública responsável por cerca de 86% das matrículas, enquanto que a rede privada teve 14% das mesmas.

Tabela 13 Número e porcentagem de matrículas iniciais no Ensino Médio, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba -SP, 1999 e 2003.

Ensino Médio	1999	%	2003	%
Rede pública	24.137	83,9	25.532	85,8
Rede particular	4.626	16,1	4.227	14,2
Total	28.763	100,00	29.759	100,0

Fonte: Fundação SEADE

c.2 Taxas de Transição no Ensino Médio

c.2.1 Evasão Escolar

No município de Sorocaba, no período entre 1995 e 1998 houve um decréscimo na taxa de evasão escolar em toda rede de estabelecimentos, sendo mais significativo na rede pública. A rede particular, da mesma forma que no Ensino Fundamental, apresenta valores historicamente menores.

De 1999 a 2003 houve alternância nos índices, onde apenas a rede municipal manteve baixa a taxa de evasão.

Tabela 14 Evolução das taxas de evasão escolar no Ensino Médio segundo natureza do estabelecimento. Sorocaba, 1995 a 2000.

Taxa de evasão	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rede municipal	14,61	6,64	6,41	3,89	3,62	3,74
Rede estadual	18,97	12,85	12,40	9,07	8,64	10,65
Rede particular	9,31	4,40	4,34	3,68	6,57	3,03

Fonte: Fundação SEADE

c.2.2 Reprovação

A Taxa de Reprovação no Ensino Médio em Sorocaba também apresentou significativo decréscimo no período compreendido entre 1995 a 1998. Novamente a rede públi-

ca apresentou queda maior se comparada à rede particular, que nos anos de 1997 e 1998 apresentou taxas de reprovação maiores. Porém, nos anos de 1999 e 2000, a rede pública apresentou uma elevação na taxa de reprovação, enquanto que a rede particular manteve a taxa dos anos anteriores.

Tabela 15 Evolução das taxas de reprovação escolar no Ensino Médio segundo natureza do estabelecimento. Sorocaba - SP, 1995 a 2000.

Taxa de Reprovação	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rede municipal	11,33	8,27	3,87	2,54	4,55	7,10
Rede estadual	9,75	11,57	3,05	3,38	6,10	6,11
Rede particular	7,92	7,06	4,59	4,05	4,87	4,19

Fonte: Fundação SEADE

c.3 Conclusão

A Fundação SEADE só disponibiliza dados de 2001 sobre a conclusão do Ensino Médio.

Tabela 16 Número e porcentagem de conclusões no Ensino Médio, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 2001.

Conclusão	2001	%
Rede estadual	5.347	72,9
Rede municipal	518	7,1
Rede particular	1.469	20,0
Total	7.334	100,0

Fonte: Fundação SEADE

d. Educação Superior

Sorocaba possui três instituições universitárias e algumas faculdades:

- Universidade Estadual Paulista – UNESP
- Universidade de Sorocaba – UNISO
- Universidade Paulista – UNIP
- Faculdade de Ciências Médicas – PUC-SP
- Faculdade de Ciências Biológicas – PUC-SP
- Faculdade de Direito de Sorocaba – FADI
- Faculdade de Engenharia de Sorocaba – FACENS
- Faculdade de Tecnologia UIRAPURU – FATU
- Faculdade de Tecnologia – FATEC
- Faculdade de Educação Física de Sorocaba – FEFISO
- Escola Superior de Administração, Marketing e Comunicação de Sorocaba – E-SAMC
- Instituto Manchester Paulista de Ensino Superior – IMAPES
- Instituto de Ensino Superior de Sorocaba – IESS
- Instituto Superior de Educação UIRAPURU – ISEU
- Instituto Superior em Gestão Empresarial

Estas instituições oferecem, juntas, mais de mil vagas em dezenas de cursos, tanto para a produção industrial como nas áreas de administração, projetos, etc. A cidade tem, também, duas escolas técnicas estaduais e uma escola do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI.

Entre os cursos superiores oferecidos estão os de Administração de Empresas, Comércio Exterior, Economia, Análise de Sistemas, Direito, Comunicação Social, Medicina, Enfermagem, Ciências Biológicas, Educação Física, Engenharia Elétrica e Civil, Projetos e Processos de Produção (mecânica), Processamento de Dados, Odontologia e Farmácia, entre outras.

No nível de pós-graduação existem os cursos de Tecnologia de Qualidade, Economia Empresarial, Administração Financeira, Psicopedagogia, Administração e Marketing, Administração de Recursos Humanos, Direito Tributário, Contabilidade Geral e Controladoria e o de Gestão de Produção, Operações e Serviços².

d.1 Matrículas

O número de matrículas no Ensino Superior de Sorocaba cresceu cerca de 75% entre 1995 e 1999, sendo que a grande maioria dos matriculados encontram-se nos estabelecimentos privados. A rede pública possuía, em 1999, 1.428 alunos matriculados, ou seja, 10% do total.

A tabela abaixo mostra a evolução do número de matrículas em nosso município, mostrando que cresceram cerca de 43% de 1999 a 2003.

Tabela 17 Quantitativo de matrículas no Ensino Superior, segundo natureza do estabelecimento. Sorocaba - SP, 1995 a 2003.

Ensino Superior	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Rede Federal	---	---	---	---	-	-	-	-	-
Rede Estadual	---	---	---	---	1.428	1.454	1.436	1.490	---
Rede Municipal	---	---	---	---	-	-	-	-	-
Rede Particular	---	---	---	---	3.502	3.657	4.495	5.598	---
Rede Com./Conf./Filantr.	---	---	---	---	9.114	10.019	10.729	11.193	---
Total	8.008	8.531	7.920	11.920	14.044	15.130	16.660	18.281	20.123

Fonte: Fundação SEADE

--- : sem informação

Tabela 18 Distribuição quantitativa e proporcional do número de matrículas no Ensino Superior, segundo áreas. Sorocaba - SP, 2000 a 2002.

Matrículas por área	2000	%	2001	%	2002	%
Agricultura e Veterinária	-	-	-	-	-	-
Ciências Sociais, Negócios e Direito	6.987	46,2	7.693	46,2	8.308	45,4
Ciências, Matemática e Computação	1.378	9,1	1.654	9,9	1.715	9,4
Educação	2.363	15,6	2.467	14,8	2.855	15,6
Engenharia, Construção e Produção	2.233	14,7	2.295	13,8	2.617	14,3
Humanidade e Artes	--	--	--	--	53	0,3
Saúde e Bem-Estar Social	1.811	12,0	2.077	12,5	2.167	11,9
Serviços	358	2,4	474	2,8	566	3,1
Total	15.130	100,0	16.660	100,0	18.281	100,0

Fonte: Fundação SEADE

d.2 Conclusão dos cursos do Ensino Superior

Concluíram curso superior, no ano de 1998, 1.167 alunos. Aproximadamente 78%

² Fundação SEADE. Guia de investimentos e geração de empregos.

desses alunos são egressos de entidades privadas, sendo a grande maioria oriunda da rede de escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas. Quase 22% dos alunos se formaram pelas escolas públicas.

Tabela 19 Distribuição quantitativa e proporcional do número de concluintes dos cursos do Ensino Superior, segundo natureza do estabelecimento. Sorocaba – SP, 1998 a 2002.

Concluintes do Ensino Superior	1998	1999	2000	2001	2002
Rede Federal	-	-	-	-	-
Rede Estadual	254	--	261	251	264
Rede Municipal	-	--	-	-	-
Rede Particular	207	--	146	876	830
Rede Comunitária/Confessional/Filantrópica	706	--	1.338	1.455	1.698
Total	1.167	--	1.745	2.582	2.792

Fonte: Fundação SEADE
-- sem informação

Com o correr dos anos, em 2002, temos 90% dos concluintes oriundos de entidades privadas. Nos anos de 2000 a 2002 o maior número de concluintes manteve-se na área de ciências sociais, negócios e direito.

Tabela 20 Distribuição quantitativa e proporcional do número de concluintes de cursos do Ensino Superior, segundo áreas. Sorocaba – SP, entre os anos de 2000 a 2002.

Matrículas por área	2000	%	2001	%	2002	%
Agricultura e Veterinária	-	-	-	-	-	-
Ciências Sociais, Negócios e Direito	772	44,2	1.223	47,4	1.179	42,2
Ciências, Matemática e Computação	207	11,9	253	9,8	271	9,7
Educação	366	21,0	430	16,6	526	18,8
Engenharia, Construção e Produção	287	16,4	281	10,9	378	13,6
Humanidade e Artes	-	-	-	-	-	-
Saúde e Bem-Estar Social	113	6,5	337	13,1	352	12,6
Serviços	-	-	58	2,2	86	3,1
Total	1.745	100,0	2.582	100,0	2.792	100,0

Fonte: Fundação SEADE

e. Educação Especial

Os dados para a Educação Especial encontrados no site da Fundação SEADE são apenas para o ano de 2003.

Estão divididos em Educação Especial e Educação Fundamental Especial.

e.1 Matrícula Inicial

Tabela 21 Número e porcentagem de matrículas iniciais na Educação Especial, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 2003.

Educação Especial	2003	%
Rede estadual	188	24,3
Rede municipal	-	-
Rede particular	586	75,7
Total	774	100,0

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 22 Número e porcentagem de matrículas iniciais na Educação Especial, segundo natureza do estabelecimento de ensino. Sorocaba – SP, 2003.

Educação Fundamental Especial	2003	%
Rede estadual	188	38,0
Rede municipal	-	-
Rede particular	321	63,0
Total	509	100,0

Fonte: Fundação SEADE

Em 2006 o MEC realizou um censo escolar cujos dados das matrículas iniciais encontram-se abaixo.

Quadro 1 Dados do Ensino de Sorocaba do ano 2006.

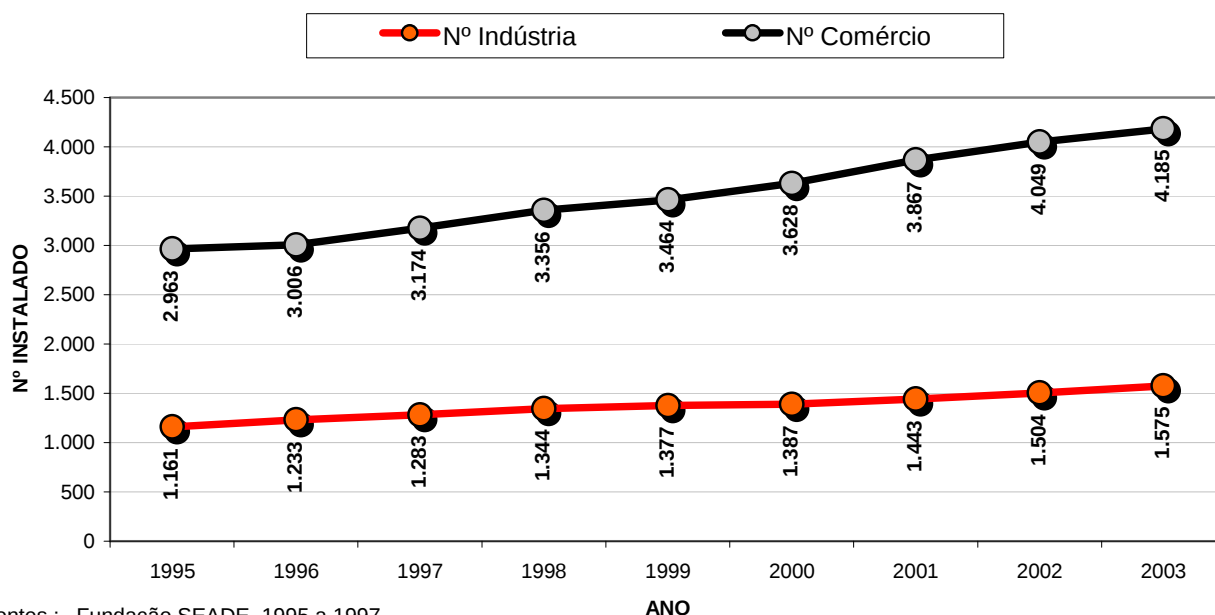
Dependência Administrativa	Matrícula Inicial								
	Creche	Pré-Escola	Ensino Fundamental (Regular)						Ensino Médio (Regular)
			Educação Especial (Incluídos)	Total	1ª a 4ª série	5ª a 8ª série	Anos Iniciais	Anos Finais	
Total	4.462	20.186	865	81.391	39.808	40.865	640	78	27.787
Estadual	10	0	551	47.380	14.402	32.978	0	0	22.443
Municipal	2.446	17.103	230	22.904	20.528	2.376	0	0	1.292
Privada	2.006	3.083	84	11.107	4.878	5.511	640	78	4.052
Dependência Administrativa	Educação Profissional Nível técnico	Educação Especial		Educação de Jovens e Adultos (Supletivo presencial)			Educação de Jovens e Adultos (Supletivo semi-presencial)		
		Total	Fundamental	Total	Fundamental	Médio	Total	Fundamental	Médio
Total	8.019	703	393	7.206	3.213	3.993	9.025	3.777	5.248
Estadual	3.946	117	115	5.057	1.819	3.238	8.966	3.761	5.205
Municipal	79	0	0	1.434	1.220	214	0	0	0
Privada	3.994	586	278	715	174	541	59	16	43

Fonte: Censo Escolar - MEC

2.2 Atividade Econômica

A localização geográfica privilegiada de Sorocaba contribui para que esse município, pólo da região de mais antiga industrialização do Estado, consolide sua vocação industrial. Como mostra o Gráfico 3, o número de estabelecimentos industriais e comerciais está tendo um crescimento contínuo nos últimos anos. Segundo dados mais recentes, fornecidos pela SEDE – Secretaria de Desenvolvimento Econômico de Sorocaba, o município já conta com mais de 1.600 indústrias instaladas em sua zona industrial, distribuídas em 16 setores de produção.

Gráfico 4 Número de estabelecimentos industriais e comerciais instalados em Sorocaba – SP, 1995 a 2003.



Fontes : Fundação SEADE, 1995 a 1997.
SEDE – Secr. de Desenv. Econômico, 1998 a 2003.

O perfil industrial do município é bastante diversificado, e compreende desde o tradicional setor de fiação e tecelagem, até os setores de componentes aeronáuticos, eletroeletrônicos, telecomunicações, metal, mecânico e alimentos, entre outros.

O crescimento da indústria, do comércio e dos serviços tem gerado uma série de novos investimentos de infra-estrutura. Podem ser destacadas as melhorias do aeroporto local, a instalação da Estação Aduaneira do Interior (EADI) da Receita Federal (Porto Seco) e melhorias na zona industrial, nas proximidades da rodovia Senador José Ermírio de Moraes, com cerca de 25 milhões de metros quadrados. Outro fato de relevância foi a instalação da rede de gás canalizado que já atende parte das zonas industrial e residencial.

Sua política de desenvolvimento industrial tem como principal estratégia oferecer incentivos para a atração de uma indústria e atrair, com ela, toda uma cadeia de fornecedores, reduzindo o custo dos insumos e matérias-primas.

O município, voltado para a indústria e o comércio e, tipicamente urbano, como já foi referido, possui uma pequena agricultura diversificada. Algumas informações sobre a agropecuária local podem ser visualizadas nas Tabelas 23 a 25.

Tabela 23 Ocupação das terras, com o tipo de lavoura, em hectares. Sorocaba - SP, 2003.

Lavoura permanente		Lavoura temporária	
Laranja	200	Arroz	12
Limão	15	Cana de açúcar	200
Tangerina	18	Feijão	280
Uva	11	Mandioca	15
		Milho	600
		Tomate	6

Fonte : IBGE - Censo Agropecuário 2003.

Tabela 24 Efetivos de bovinos, suínos e aves, por cabeça. Sorocaba – SP, 1996 e 2003.

Pecuária	1996	2003
Total de bovinos	2.701	7.043
Total de suínos	192	1.224
Total de galinhas, galos, frangas, frangos e pintos	60.000	64.010
Total	62.893	72.277

Fonte : IBGE - Censo Agropecuário 1995-1996 e 2003.

Tabela 25 Produção de leite de vaca e ovos de galinha. Sorocaba – SP, 1996 e 2003.

Leite de vaca (mil litros)		Ovos de galinha (mil dz)	
1996	2003	1996	2003
13	26	1.281	1.052

Fonte : IBGE - Censo Agropecuário 1995-1996 e 2003.

O PIB *per capita* de Sorocaba em 2003 foi de R\$ 13.857,00, superior ao do Estado (R\$ 12.619,00) e ao do país (R\$ 8.694,00).

O momento de dinamismo pelo qual passa o município elevou o PIB local para 1,5% do PIB do Estado , o que representa 0,5% do PIB do Brasil.

Tabela 26 Comparativo do PIB de Sorocaba com os do Estado de São Paulo e do Brasil, 1998 e 2003.

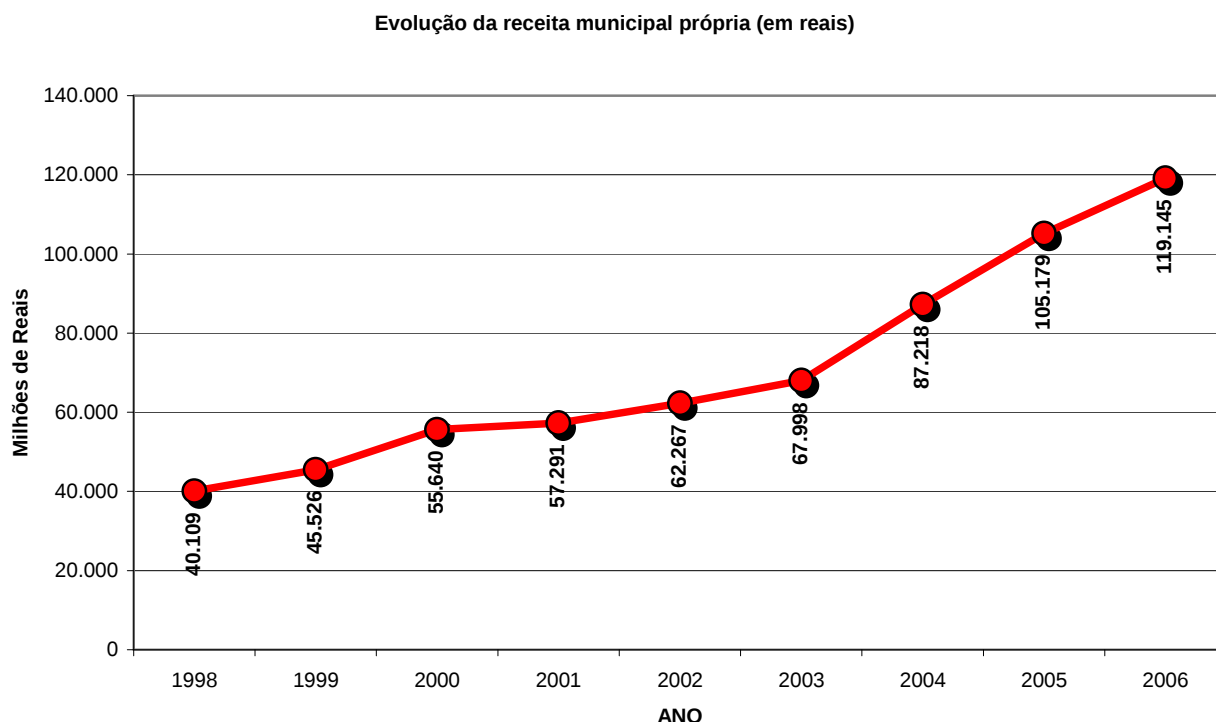
	População	PIB (bilhões de dólares)	População	PIB (bilhões de dólares)	PIB (bilhões de reais)
	1998		2003		
Sorocaba	431.561	3	531.987	3,35	7,47
Estado de São Paulo	32.000.000	280	38.718.301	222	495
Brasil	157.000.000	700	176.876.251	700	1560

Fonte: Prefeitura Municipal de Sorocaba. SEDE - Secretaria de Desenvolvimento Econômico.

2.2.1 Fontes de recursos financeiros e arrecadação municipal

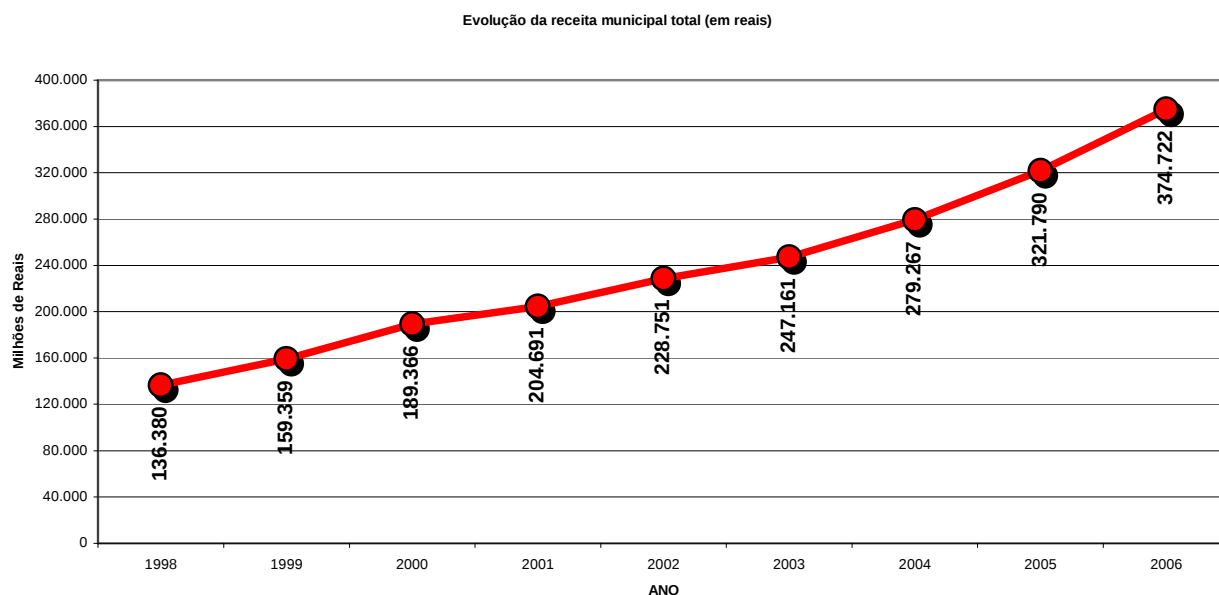
O crescimento econômico, como era de se esperar, tem sido acompanhado de um comportamento positivo das receitas municipais, o que pode ser observado nos Gráficos e Tabelas a seguir:

Gráfico 5 Evolução da receita municipal própria, em reais. Sorocaba – SP, 1998 a 2006.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sorocaba. SEF – Secretaria das Finanças.

Gráfico 6 Evolução do total da receita municipal, em reais. Sorocaba – SP, 1998 a 2006.



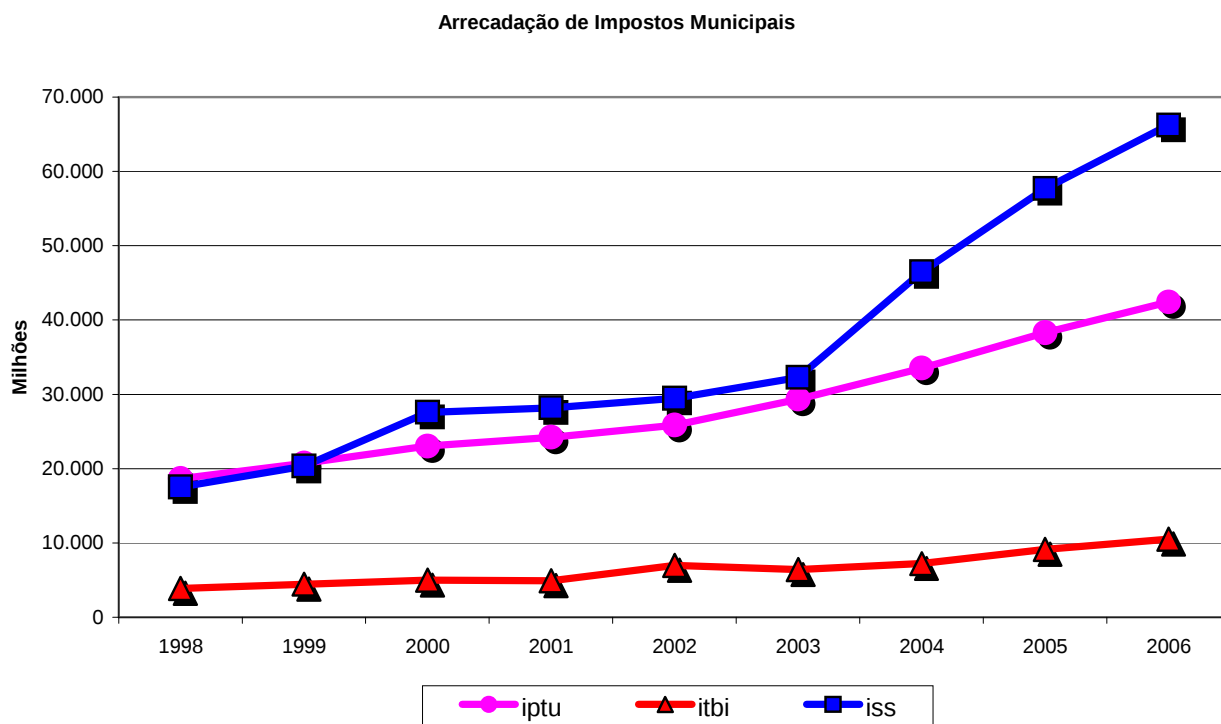
Fonte: Prefeitura Municipal de Sorocaba. SEF – Secretaria das Finanças.

Tabela 27 Evolução da arrecadação dos impostos municipais, em reais. Sorocaba - SP, 1980 a 2006.

Ano	IPTU	ITBI	ISS	IVVC	Total
1980	5.198.753	-	7.338.982	-	12.537.735
1981	4.276.356	-	6.245.200	-	10.521.556
1982	4.181.795	-	6.843.363	-	11.025.158
1983	3.512.435	-	5.519.488	-	9.031.923
1984	3.756.944	-	4.735.588	-	8.492.531
1985	3.889.176	-	5.469.453	-	9.358.628
1986	6.071.763	-	7.604.234	-	13.675.998
1987	4.183.852	-	7.541.854	-	11.725.706
1988	1.901.345	-	6.874.224	-	8.775.570
1989	767.003	1.697.339	6.720.226	1.497.664	10.682.231
1990	5.015.113	1.418.377	12.407.538	1.888.231	20.729.259
1991	9.998.329	2.878.763	11.514.748	1.932.880	26.324.720
1992	6.273.527	2.323.293	9.863.876	1.812.619	20.273.315
1993	2.896.685	1.864.986	9.800.748	1.891.253	16.453.672
1994	3.308.501	2.271.856	13.317.465	2.093.613	20.991.435
1995	11.193.189	3.014.656	17.490.725	1.166.464	32.865.034
1996	10.936.181	2.830.919	17.385.808	132.638	31.285.546
1997	10.354.705	3.341.123	18.847.970	8.108	32.551.905
1998	18.641.000	3.906.000	17.558.000	4.000	40.109.000
1999	20.704.000	4.453.000	20.369.000	-	45.526.000
2000	23.046.000	5.001.000	27.593.000	-	55.640.000
2001	24.210.000	4.905.000	28.176.000	-	57.291.000
2002	25.854.000	6.978.000	29.435.000	-	62.267.000
2003	29.315.000	6.414.000	32.269.000	-	67.998.000
2004	33.509.000	7.226.000	46.483.000	-	87.218.000
2005	38.308.000	9.163.000	57.708.000	-	105.179.000
2006	42.413.000	10.514.000	66.218.000	-	119.145.000

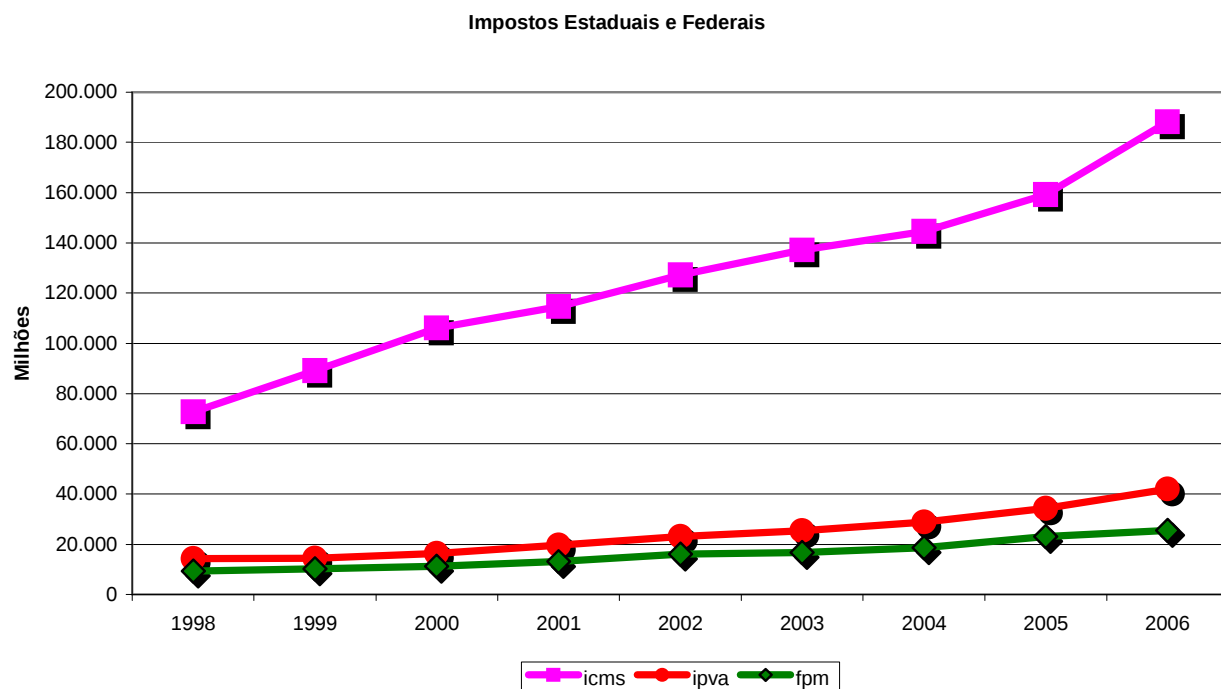
Fontes: Fundação SEADE (80/97) / SEF (98/04)

Gráfico 7 Evolução da arrecadação de impostos municipais, em reais. Sorocaba – SP, 1998 a 2006.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sorocaba. SEF – Secretaria das Finanças.

Gráfico 8 Evolução do total da receita municipal por transferências correntes de impostos da União e do Estado, 1998 a 2006.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sorocaba. SEF – Secretaria das Finanças.

Gráfico 9 Receita municipal própria e por transferências da União e dos Estados (impostos), 1998 a 2006.

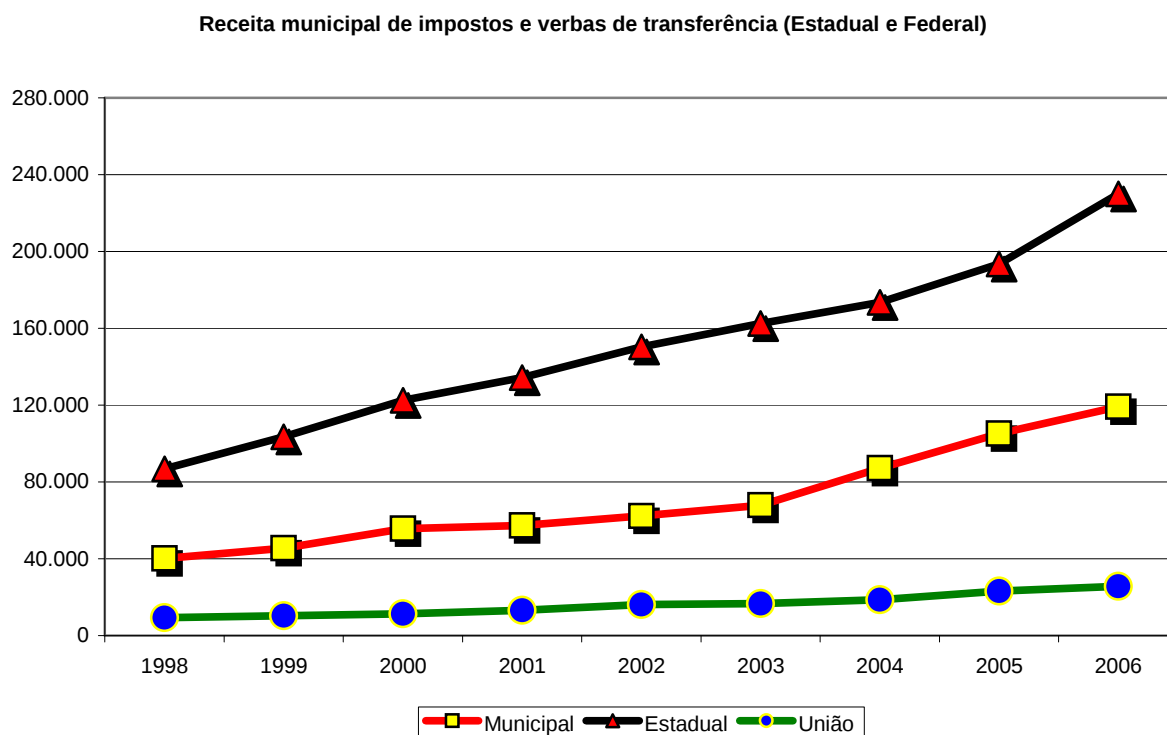
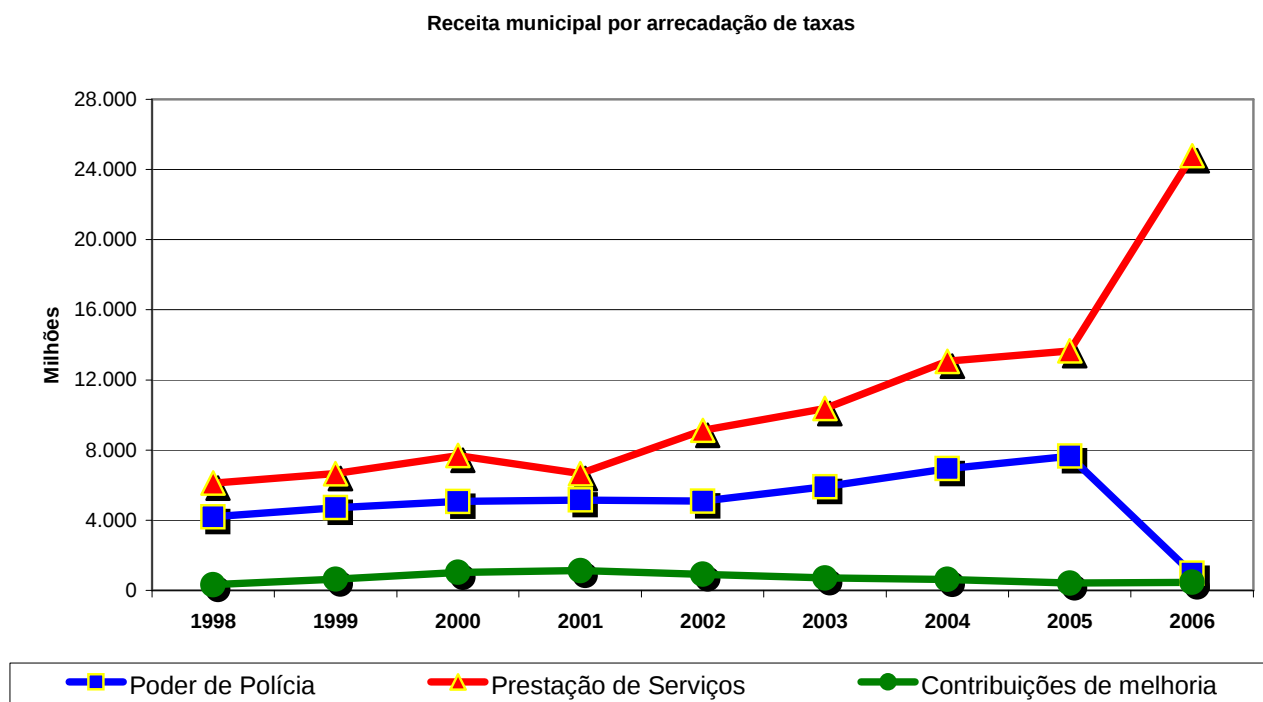


Tabela 28 Evolução da arrecadação dos impostos municipais. Sorocaba - SP, 1998 a 2006.

ano	iptu	itbi	iss	Total	icms	ipva	fpm	Total geral
1998	18.641	3.906	17.558	40.105	72.631	14.308	9.332	136.376
1999	20.704	4.453	20.369	45.526	89.096	14.487	10.250	159.359
2000	23.046	5.001	27.593	55.640	106.072	16.382	11.272	189.366
2001	24.210	4.905	28.176	57.291	114.611	19.680	13.109	204.691
2002	25.854	6.978	29.435	62.267	127.209	23.127	16.148	228.751
2003	29.315	6.414	32.269	67.998	137.121	25.372	16.670	247.161
2004	33.509	7.226	46.483	87.218	144.513	28.919	18.617	279.267
2005	38.308	9.136	57.708	105.152	159.274	34.229	23.108	321.763
2006	42.413	10.514	66.218	119.145	188.057	41.966	25.554	374.722

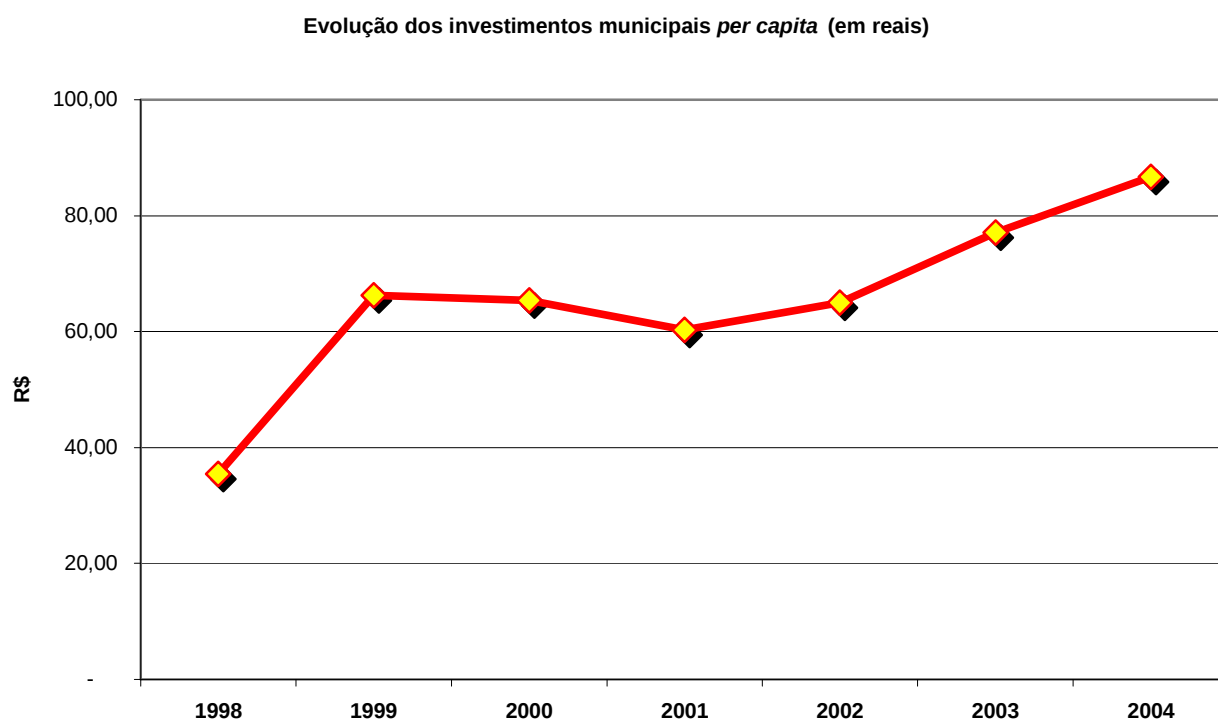
Fonte: Prefeitura Municipal de Sorocaba. SEF – Secretaria das Finanças.

Gráfico 10 Evolução do total da receita municipal arrecadada com taxas, em reais. Sorocaba – SP, 1998 a 2006.



A queda observada no valor da receita arrecadada pelo poder de polícia se deve à mudança na forma de analisar este dado; até 2005 o valor arrecadado pela emissão de licença de funcionamento e a taxa de apreensão eram consideradas arrecadação pelo poder de polícia. A partir de 2006, deixaram de ser assim consideradas.

Gráfico 11 Evolução dos investimentos municipais *per capita*, em reais. Sorocaba – SP, 1998 a 2004.



Quadro 2 Distribuição percentual das atividades econômicas cadastradas na Secretaria de Finanças de Sorocaba, 2006.

ATIVIDADES ECONÔMICAS - SOROCABA - 2006		Nº	%
	Autônomos	24.974	47,29%
Comércio; Reparação de Veículos Automotores, Objetos Pessoais e Domésticos		15.135	28,66%
Atividades Imobiliárias, Aluguéis e Serviços Prestados às Empresas		3.997	7,57%
Indústrias de Transformação		2.309	4,37%
Outros Serviços Coletivos, Sociais e Pessoais		1.494	2,83%
Alojamento e Alimentação		1.312	2,48%
Transporte, Armazenagem e Comunicações		1.177	2,23%
Construção		807	1,53%
Saúde e Serviços Sociais		720	1,36%
Intermediação Financeira		447	0,85%
Educação		380	0,72%
Administração Pública, Defesa e Seguridade Social		32	0,06%
Agricultura, Pecuária, Silvicultura e Exploração Florestal		14	0,03%
Indústrias Extrativas		7	0,01%
Produção e Distribuição de Eletricidade, Gás e Água		3	0,01%
Serviços Domésticos		1	0,00%
Total		52.809	100,0%

Fonte: www.sorocaba.sp.gov.br, 2006.

2.3 Saneamento

Em Sorocaba, o serviço de saneamento é municipalizado e está sob a responsabilidade de uma autarquia, o Serviço Autônomo de Água e Esgoto – SAAE. Criado em 31 de dezembro de 1965, através da Lei Municipal nº 1.390, o SAAE é o órgão responsável pelo Sistema de Água (captação, adução, tratamento, reservação, distribuição e manutenção) e pelo Sistema de Esgotamento Sanitário (ramais e redes coletoras, interceptores, emissários, disposição final de despejos e manutenção). Além das atividades descritas o SAAE também executa serviços públicos relacionados à roçagem, desassoreamento e urbanização de córregos e canais, bem como executa projetos de construção, manutenção e limpeza do sistema de escoamento de águas pluviais. Seu Plano Diretor define as áreas a serem cobertas de acordo com as suas especificidades: área residencial, área industrial ou área mista.

2.3.1 Abastecimento de água

Em 2005, a cobertura de abastecimento de água atingiu 99% da população, com água tratada nas ETA-Cerrado e ETA-Éden, através de 45 reservatórios distribuídos em pontos da cidade e nos respectivos centros de distribuição.

Em 2007 encontram-se registradas 162.907 ligações de água nas diversas categorias e 186.315 economias³.

³ SAAE, 2005.

Tabela 29 Evolução do abastecimento de água por economias residenciais. Sorocaba – SP, 1985 a 2005.

Economias	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1995	1997	2000*	2005*
Número	73.516	81.431	85.855	90.751	96.992	105.151	115.454	126.063	142.311	186.315
Atendimento (%)					98,47				99,00	99,00

Fontes: Fundação SEADE e SAAE*

O SAAE adota como política de cobrança do serviço de fornecimento de água, valores escalonados, proporcionais ao volume de metros cúbicos consumidos. O usuário do serviço de fornecimento de água com menor volume de metros cúbicos consumidos, paga menos (Tabela 29).

Tabela 30 Custo do metro cúbico de água, segundo volume consumido, para a categoria residencial. Sorocaba – SP, 1998 e 2000.

Volume consumido (m³)	Valor em 1998 (US\$)	Valor em 2005 (US\$)	Valor em 2.005 (R\$)
Até 30	0,96	0,56	1,25
31 – 50	1,51	0,73	1,62
51 – 100	1,92	0,89	1,99
101 – 200	2,16	1,23	2,74
Acima de 200	2,38	1,49	3,32

Fontes: Prefeitura Municipal de Sorocaba. Relatório Técnico, 1998
SAAE – 2005

2.3.2 Esgotamento sanitário

Também está sob a responsabilidade do SAAE, cujo Plano Diretor estabelece as diretrizes para cobertura que priorizam as áreas protegidas, localizadas na bacia de drenagem dos mananciais de água da cidade, os coletores e a Estação de Tratamento de Esgoto – ETE.

Atualmente 98% da cidade tem esgotamento sanitário coletado e lançado nos interceptores¹.

Encontra-se em execução o programa de despoluição do Rio Sorocaba que prevê a implantação de 5 (cinco) estações de tratamento e emissários que vão proporcionar a cobertura de toda a cidade, atendendo as condições estabelecidas pelo Termo de Ajuste de Conduta Ambiental firmado com a CETESB, sendo que a maior ETE, que representa o tratamento de 50% dos efluentes coletados no município, encontra-se em operação e funcionando, representando uma redução de cerca de 60% da carga biológica que era lançada no rio Sorocaba.

Existe registro de 152.022 ligações de esgotos com 173.228 economias servidas. A Tabela 31 mostra a evolução da rede coletora de esgoto sanitário no município.

Tabela 31 Evolução da rede coletora de esgoto sanitário. Sorocaba – SP, 1985 a 2005.

Economias	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1995	1999	2000*	2005*
Número	126.348	69.057	77.578	82.227	87.375	93.232	111.163	136.752	154.673	173.228
Atendimento (%)	95,63					94,9			98,0	98,0

Fontes: Fundação SEADE e SAAE*

¹ SAAE, 2.005.

Apesar da rede coletora de esgoto sanitário propiciar um elevado nível de atendimento da população, grande parte do esgoto coletado ainda continua sem tratamento (Tabela 32).

Tabela 32 Evolução do tratamento de esgoto, em valores percentuais. Sorocaba – SP, 1992 a 2005.

	1992	1995	1997	1999	2005*
Estação de Tratamento Secundário	-	1	-	-	50
Fossa Filtro		-	-	-	-
Lagoa de Estabilização	-	-	-	-	-
Outros Tipos	1	-	-	-	-
Valo de Oxidação		1	2	2	2
Estação de Tratamento Primário	-	-	3	3	3
Sem Tratamento	99	98	95	98	45

Fontes: Fundação SEADE e SAAE*

2.3.3 Drenagem

De forma programada são executados os serviços de desassoreamento e roçagem dos córregos da cidade e do Rio Sorocaba.

Também são executadas obras de implantação de galerias e serviços de limpeza periódica das “bocas de lobo”. Nos últimos anos, graças a essas medidas, Sorocaba não enfrentou problemas maiores em relação às enchentes.

Em 2006 foi inaugurada a Bacia de Contenção do Jardim Abaeté, uma reivindicação antiga dos moradores daquele bairro que conviviam com o problema há, pelo menos, 20 anos, e que solucionou o problema das enchentes.

2.3.4 Coleta e destinação de lixo

O lixo de Sorocaba é coletado por empresas privadas contratadas e depositado no Aterro Sanitário Municipal cuja capacidade atingiu seu limite máximo em 2007. Estão sendo realizados estudos sobre o destino do lixo e provavelmente a solução para este problema se dará de forma regional.

Os resíduos industriais são depositados em valas abertas no Aterro Industrial que possui 32 unidades de valas. Nesse aterro, 16 valas estão destinadas aos resíduos classificados como altamente perigosos e 16 para resíduos orgânicos (domiciliares) em forma de lama com certo grau de contaminação. Cada vala, com dimensões de 20mx50m, tem ótimo nível de compactação dos resíduos. Para efeito de deposição de resíduos nos aterros é obedecida a classificação da CETESB/ABNT.

A evolução do serviço de coleta de lixo e da sua destinação está detalhada nas tabelas seguintes:

Tabela 33 Evolução da coleta de lixo. Sorocaba – SP, 1991 a 2005.

	1991	1992	1995	1997	1999	2000	2005*
Nível de atendimento (%)	97,7					99,5	99,5
Área urbana atendida (%)		100	98	100	100	100	100

Fontes : Fundação SEADE e SEOB* - Secretaria de Obras e Infra Estrutura Urbana.

Tabela 34 Evolução da forma de destinação do lixo. Sorocaba – SP, 1992 a 2005.

	1992	1995	1997	1999	2005*
Domiciliar/Comercial - Céu Aberto (%)	-	-	-	-	-
Domiciliar/Comercial - Aterro Sanitário (%)	95	-	100	100	100
Domiciliar/Comercial - Aterro Controlado (%)	-	-	-	-	-
Domiciliar/Comercial - Incinerado (%)	-	-	-	-	-
Domiciliar/Comercial - Usina de Compostagem (%)	-	-	-	-	-
Domiciliar/Comercial - Reciclado (%)	5	-	-	-	-
Domiciliar/Comercial - Outros Tipos (%)	-	-	-	-	-
Rejeitos Industriais em área especificada pela Prefeitura	-	Não	Sim	Sim	Sim
Rejeitos Industriais em área comum ao Lixo Domiciliar/Comercial	-	Não	Não	Sim	Sim
Rejeitos Industriais em área de propriedade de cada indústria	-	Não	Não	Não	Não
Rejeitos industriais através de outra forma	-	Sim	Não	Não	Não

Fontes : Fundação SEADE e SEOB* - Secretaria de Obras e Infra Estrutura Urbana.

Existe na cidade a coleta de lixo hospitalar e encontra-se em andamento o processo licitatório para o tratamento do lixo dessa origem em toda a cidade, exceto o dos 9 maiores geradores. Desde outubro de 2005, a Prefeitura Municipal de Sorocaba já realiza o tratamento dos resíduos coletados nos serviços de saúde da rede municipal através de uma empresa contratada para essa finalidade. O tratamento abrange 4.500 quilos/mês.

2.4 Habitação

As condições de habitação nos grandes centros urbanos brasileiros têm sido influenciadas pelo processo de urbanização e pela queda do poder aquisitivo de parte da população. O crescimento populacional expressivo ocorrido no período entre as décadas de 40 e 70 contribuiu para piorar os problemas urbanos com o “inchaço” da periferia das cidades e a falta de infra-estrutura. As inabitabilidade e insalubridade dos domicílios com famílias de baixa renda e a alta densidade domiciliar, continuam sendo graves problemas urbanos. A densidade domiciliar média tem decrescido em função da diminuição do tamanho das famílias.

A Tabela 35 mostra a distribuição das unidades domiciliares e domicílios em Sorocaba segundo resultados das Contagens da População pelo IBGE em 1996 e 2000. O IBGE considerou como domicílio a moradia estruturalmente independente, constituída por um ou mais cômodos, com entrada privativa. Por extensão, os edifícios em construção, embarcações, veículos, barracas, tendas, grutas e outros locais que estavam, na data de referência da contagem, servindo de moradia, também foram considerados como domicílio. As unidades domiciliares são compostas pelos domicílios particulares e unidades de habitação em domicílio coletivo.

Tabela 35 Distribuição das unidades domiciliares e domicílios. Sorocaba - SP, 1996 e 2.000.

	1996	2000	medida
Unidades domiciliares - domicílios particulares e unidades de habitação - domicílios coletivos	117.274	139.113	unidades
Domicílios particulares	113.960	135.335	domicílios
Domicílios particulares permanentes	113.630	135.115	domicílios
Domicílios particulares improvisados	330	220	domicílios
Unidades de habitação - domicílios coletivos	3.314	3.778	unidades
Domicílios particulares permanentes - área urbana	112.738	133.425	domicílios
Domicílios particulares permanentes - área rural	892	1.789	domicílios
Domicílios particulares permanentes - aglomerado rural	109	--	domicílios

Domicílios particulares permanentes - área rural exceto aglomerado	783	--	domicílios
Domicílios particulares permanentes – cômodos	--	1.262	domicílios
Domicílios particulares permanentes – casas	--	124.071	domicílios
Domicílios particulares permanentes - apartamentos	--	9.881	domicílios
Unidades domiciliares da área urbana / unidades domiciliares (em %	99,24		

Fontes: IBGE. Contagem da população, 1996
Fundação SEADE – 2000
-- sem informação

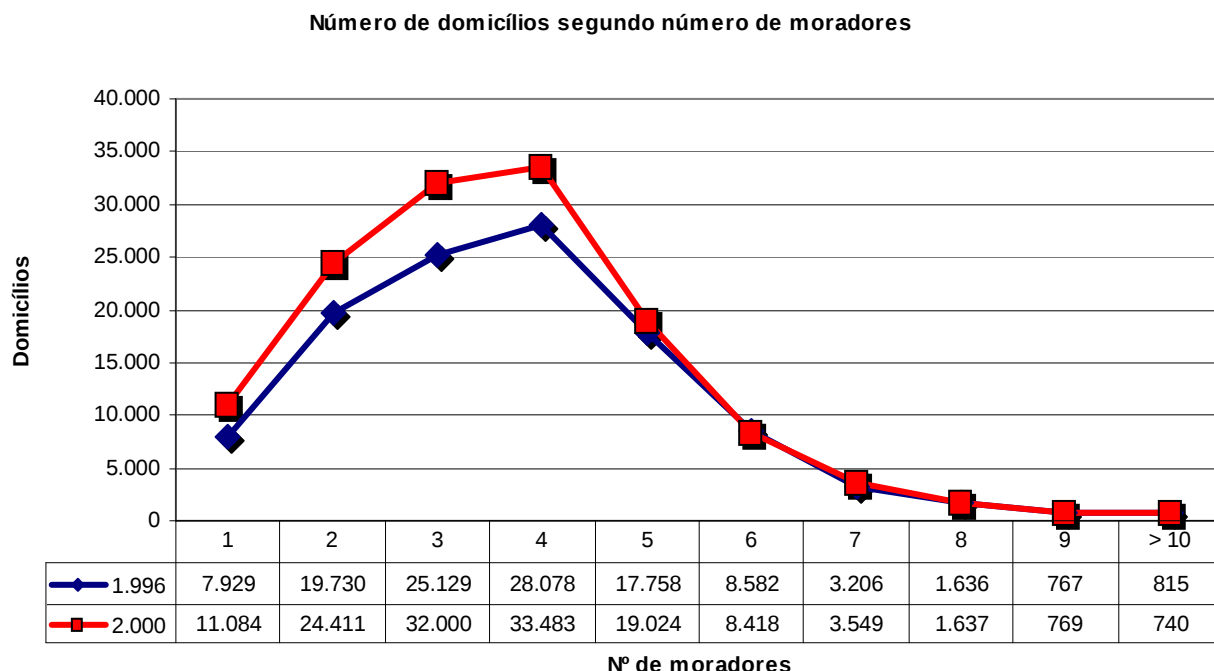
O IBGE também considerou domicílio particular permanente aquele domicílio que na data da referência da contagem abrigava uma, duas ou, no máximo, cinco famílias ou até cinco pessoas sem laços de parentesco e/ou dependência doméstica e que foi construído com a finalidade exclusiva de servir para moradia.

Domicílio particular improvisado, por sua vez, era o que não atendia a condição anterior, embora servisse de moradia na época da contagem.

A Contagem da População pelo IBGE em 1996 mostrou a existência de 117.274 domicílios em Sorocaba sendo que destes, apenas 3,11% em situação de domicílio improvisado e coletivo. Já em 2000, o mesmo Instituto apontou 139.113 domicílios em nossa cidade, com 2,87% de improvisados ou coletivos.

O Gráfico 12 mostra a densidade domiciliar nos domicílios particulares permanentes onde, em 1996, aproximadamente 80% destes, abrigavam de 2 a 5 pessoas, cerca de 22% dos domicílios abrigavam 3 pessoas e 25% abrigavam 4 pessoas. Em 2000 esses números não se alteraram.

Gráfico 12 Distribuição dos domicílios particulares permanentes, segundo número de moradores. Sorocaba – SP, 1996 e 2000.



Fontes : Fundação SEADE e IBGE – Censo Demográfico de 2000.

2.5 Emprego, Trabalho e Renda

Dados da Fundação SEADE mostram um aumento de aproximadamente 3% no total de empregos ocupados em Sorocaba comparando os anos de 1991 e de 1997, sendo que o setor industrial apresentou queda de 10,9%. O comércio e o setor de serviços apresentaram elevação de 40,2% e 33,5%, respectivamente, no número de empregos ocupados para o mesmo período.

Na comparação dos dados de 1997 e 2003, observamos um aumento de 19,8% no total de empregos ocupados em nossa cidade.

Os empregos no setor industrial tiveram um aumento de 4,7%, enquanto que, no comércio e nos serviços, os aumentos foram de 34,8% e 16,2%, respectivamente.

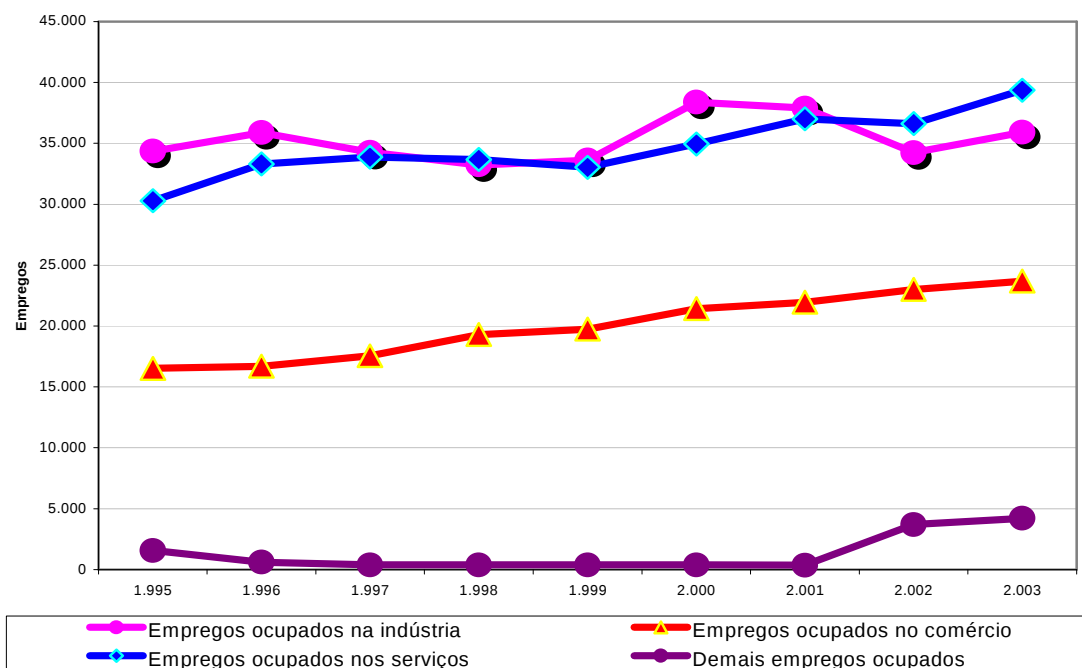
Tabela 36 Evolução do número de empregos ocupados e de pessoal ocupado no setor público. Sorocaba – SP, 1995 a 2003.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total de empregos ocupados	82.744	86.487	86.089	86.595	86.786	95.137	97.218	97.534	103.166
Empregos ocupados na indústria	34.357	35.882	34.264	33.230	33.629	38.372	37.886	34.227	35.897
Empregos ocupados no comércio	16.540	16.695	17.563	19.298	19.740	21.423	21.956	23.002	23.684
Empregos ocupados nos serviços	30.279	33.303	33.870	33.669	33.027	34.957	37.011	36.061	39.368
Demais empregos ocupados	1.568	607	392	398	390	385	365	3.691	4.217
Pessoal Ocupado na Adm. Direta	6.827	--	5.414	--	--	--	--	--	--
Pessoal Ocupado na Adm. Indireta	695	--	1.165	--	--	--	--	--	--
Pessoal Ocupado no Legislativo	--	--	114	--	--	--	--	--	--
Nº de func. da Pref. em relação à população total do município, em %	1,79	--	1,49	--	--	--	--	--	--

Fonte: Fundação SEADE

-- sem informação

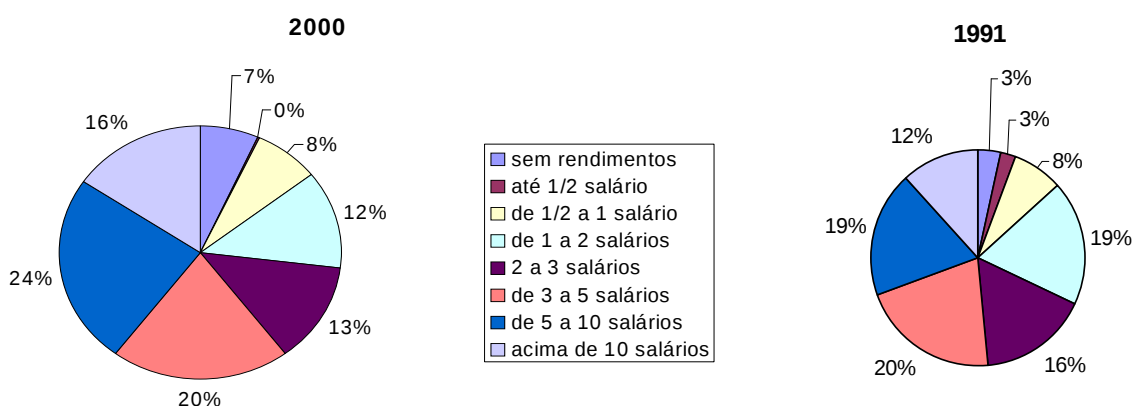
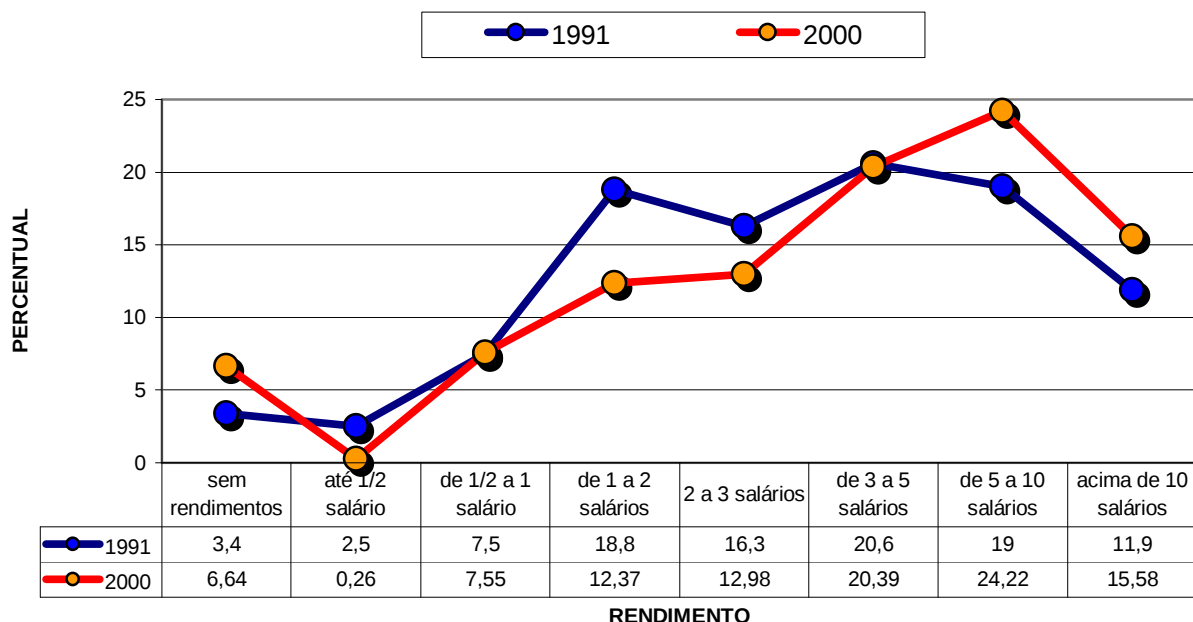
Gráfico 13 Evolução do número de empregos ocupados. Sorocaba – SP, 1995 a 2003.



Fonte : Fundação SEADE

A comparação da renda dos chefes de família, nos anos de 1991 e 2000, apresenta a distribuição mostrada no Gráfico 14.

Gráfico 14 Distribuição percentual dos chefes de família segundo rendimentos (em salário mínimo). Sorocaba - SP, 1991 e 2000.



Fonte : Fundação SEADE

Por este gráfico, podemos notar que em nossa cidade houve aumento nos números das pessoas sem renda e das que recebem mais de 10 salários/mês. Isto nos leva a um aumento da desigualdade social, fator de suma importância para o entendimento da realidade e planejamento de nossas políticas sociais.

É difícil prever o comportamento do desemprego e da distribuição de renda na região para os próximos anos, pois diversos fatores locais e regionais podem interferir nestes índices, em especial na estrutura regional do mercado de trabalho. A perspectiva do país, no entanto, mesmo sendo temerário e difícil fazer previsões definitivas nessa área, aponta para a manutenção de taxas elevadas de desemprego e de desigualdade na distribuição de renda para os próximos anos.

Sorocaba porém apresenta, em 2005, um crescimento do emprego com carteira

assinada na ordem de 9,66%, aumento este o maior em 7 anos, ficando 3,46% acima da média nacional. O Estado de São Paulo apresenta, no mesmo ano, um aumento de 7,98%.

Tabela 37 Variação da atividade econômica nos 10 primeiros meses do ano de 2005. Sorocaba – SP.

Atividade Econômica	Admissão	Desligamentos	Saldo	Variação (%)
Extrativa Mineral	34	4	30	34,48
Industria Transformação	12.778	10.380	2.398	6,18
Serv. Ind. Util. Pública	51	65	-14	-16,87
Construção Civil	7.099	3.565	3.534	82
Comércio	12.359	10.636	1.723	6,68
Serviços	14.766	12.729	2.037	5,82
Administração Pública	683	163	520	33,96
Agropecuária	84	79	5	1,47
Outros	2	0	2	--
Total	47.856	37.621	10.235	9,66

Fonte : Jornal Cruzeiro do Sul (28.11.2005, p. A-5)

O setor que mais se destacou foi o da construção civil, seguido da indústria. Na opinião de economistas da PUC/SP, o fato de Sorocaba apresentar índices de evolução do emprego superiores às médias nacional e do Estado de São Paulo, pode ser atribuído à forte predominância da indústria exportadora local e à instalação de novos condomínios residenciais.

Para auxiliar no planejamento em saúde de Sorocaba, interessante analisar os dados da Tabela 38.

Tabela 38 Número de profissionais de saúde e o seu coeficiente em relação à população de Sorocaba, 2000.

LOCALIDADES	Médicos		Dentistas		Enfermeiros		Aux. Enfermagem	
	CRM	coef	CRO	coef	COREN	coef	COREN	coef
Região Administrativa de Sorocaba	3.303	1,34	2.191	1,78*	1.003	0,41	9.261	3,76
Região de Governo de Sorocaba	1.883	1,51	1.269	2,03*	586	0,47	5.306	4,25
Município de Sorocaba	1.289	2,61	749	3,04*	419	0,85	3.012	6,10

Fonte: Fundação SEADE

* Apenas o coeficiente dos dentistas é calculado para cada 2.000 habitantes. Os demais são calculados para cada 1.000.

2.6 Condições de Vida

Para direcionar melhor as políticas públicas no sentido de enfrentar os problemas decorrentes da desigualdade social e da pobreza, é preciso lançar mão de informações que possam sustentar o processo de tomada de decisão dos executores de ações que buscam a melhoria da qualidade de vida da população mais carente.

Com esse objetivo, são utilizados índices que delineiam um retrato da população.

2.6.1 Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O IDH possibilita avaliar o nível de atendimento das necessidades humanas considerando igualmente três aspectos: vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e padrão de vida digno. Esses indicadores quantificam as desigualdades de desenvolvimento

humano existentes entre países, estados, municípios ou mesmo entre bairros.

O **IDH** é calculado pela ONU desde 1990 e publicado anualmente em relatório específico.

Cada um dos aspectos citados é representado por uma variável específica e mensurável: expectativa de vida ao nascer, nível de instrução e nível de renda. Até bem pouco tempo o indicador de desenvolvimento humano mais utilizado era o **PIB per capita**. O **IDH** inova ao introduzir os aspectos relacionados à educação e longevidade.

A metodologia de cálculo do **IDH** envolve a medição desses três aspectos que variam entre 0 (pior) e 1 (melhor). A combinação desses índices ponderados igualmente gera um indicador síntese. Quanto mais próximo de 1, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região.

Para efeito de análise comparada do **IDH**, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) estabeleceu três principais categorias:

$0 \leq \text{IDH} < 0,5$	Baixo desenvolvimento humano
$0,5 \leq \text{IDH} < 0,8$	Médio desenvolvimento humano
$0,8 \leq \text{IDH} \leq 1$	Alto desenvolvimento humano

A mudança ou a manutenção no valor não assegura uma alteração no ranking dos países, já que as mudanças ocorridas num país são sempre relacionadas ao desempenho dos demais. O mesmo ocorre com os municípios.

Uma das grandes vantagens deste índice é a utilização de dados de existência quase que universal. Assim é possível a realização de seu cálculo para unidades subnacionais tais como regiões, estados e municípios, ou mesmo grupos ou partições de populações segundo variados atributos. Os indicadores desagregados são especialmente úteis para mensurar as desigualdades de desenvolvimento humano existentes num país. No Brasil, com imensa vastidão territorial, é indispensável.

2.6.2 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M

A desagregação por Estado não é suficiente para captar as desigualdades espaciais no Brasil, então, a partir de 1996, o **IDH** vem sendo calculado para os municípios (**IDH-M**). Para isso foram procedidas algumas alterações metodológicas no índice. A maior restrição para a utilização desse novo indicador é a dependência das informações divulgadas nos Censos Demográficos que ocorrem, em média, a cada 10 anos.

O **IDH-M** também varia de 0 a 1. Para efeito de comparação, a tipologia de classificação em baixo, médio e alto desenvolvimento humano obedece aos limites estabelecidos para o **IDH**.

A evolução desse indicador mostra que, em 1970 não havia um único município na faixa do alto desenvolvimento. Já em 1991, 80 municípios situavam-se no patamar do alto desenvolvimento. Para o mesmo ano, o Estado de São Paulo apresentou **IDH** de 0,773, classificado, segundo os critérios do PNUD, como de médio desenvolvimento.

Através dos dados de 2000 esta situação melhorou, levando o nosso Estado para a condição de alto desenvolvimento, com um índice de 0,814.

A Tabela 39 mostra um comparativo de **IDH-M** de municípios paulistas nos anos de 1991 e 2000, e suas respectivas posições do *ranking* do Estado de São Paulo.

Tabela 39 IDH-M de alguns municípios paulistas e respectivas posições no *ranking* do Estado nos anos de 1991 e 2000.

	1991		2000	
	IDH-M	Posição	IDH-M	Posição
Estado de São Paulo	0,773	---	0,814	---
Diadema	0,763	195	0,790	245
Guarulhos	0,773	152	0,797	191
Osasco	0,784	86	0,818	73
Santo André	0,813	9	0,836	23
São Bernardo do Campo	0,808	12	0,834	28
São Caetano do Sul	0,820	4	0,919	1
São Paulo	0,804	13	0,841	18
Santos	0,830	1	0,871	3
São José dos Campos	0,815	7	0,849	11
Sorocaba	0,799	25	0,828	40
Campinas	0,816	5	0,852	8
Jundiaí	0,810	11	0,857	5
Ribeirão Preto	0,825	2	0,855	6
Bauru	0,802	21	0,825	48
São José do Rio Preto	0,802	22	0,834	27
Presidente Prudente	0,795	33	0,846	14
Marília	0,784	84	0,821	58

Fonte: Fundação SEADE.

O município de **Sorocaba** ocupava a 25ª posição em 1991, com 0,799 de **IDH-M**, situando-se no limite superior da categoria de médio desenvolvimento humano. Já no ano de 2000, apesar de ter elevado o índice para 0,828 e passado para o grupo de alto desenvolvimento, caiu para a 40ª posição devido aos melhores desempenhos dos outros municípios.

2.6.3 Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS

Entre as dificuldades de um estudo sobre condições de vida e pobreza, destaca-se a definição do que é ser pobre e como operacionalizar este conceito. Tal fenômeno é muito complexo e constituído por múltiplos aspectos e por mecanismos geradores e reprodutores que se superpõem.

Por outro lado, pode-se recorrer à noção de vulnerabilidade social de pessoas, famílias ou comunidades, entendida como uma combinação de fatores que possam produzir uma deterioração de seu nível de bem-estar. A vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais refere-se à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade (Katzman, 1999).

Assim, a vulnerabilidade à pobreza não se limita em considerar a privação de renda, mas também a composição familiar, as condições de saúde e o acesso a serviços médicos, o acesso e a qualidade do sistema educacional, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequadas, a existência de garantias legais e políticas, etc.

Dessa opção analítica, decorre um importante aspecto: a dificuldade de se construir uma única escala ordenada, uma vez que cada dimensão possui significados próprios que dificilmente podem ser comparados entre si, além da necessidade de um amplo e diversificado conjunto de informações sobre a população a ser caracterizada, seja ela de indivíduos, famílias ou coletividades.

Nesse sentido, buscou-se operacionalizar esse conceito por meio de um indicador

que permitisse classificar áreas geográficas, segundo os recursos que a população ali residente possui. Como unidade dessas áreas, foi adotado o setor censitário (território contíguo que abriga em média 300 domicílios), produzido no âmbito do Censo Demográfico 2000.

O indicador resultante consiste em uma tipologia derivada da combinação entre duas dimensões – socioeconômica e demográfica –, que classifica o setor censitário em seis grupos de vulnerabilidade social, denominado **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS**.

A dimensão socioeconômica compõe-se da renda apropriada pelas famílias e do poder de geração da mesma por seus membros. Considerou-se que níveis baixos de renda definem a situação de pobreza, enquanto a escassez de fontes de rendimentos seguros e regulares delimitam situações concretas de riscos à pobreza. Entre os maiores riscos destacam-se o desemprego e a inserção precária no mercado de trabalho que, além da irregularidade dos rendimentos, deixa grandes contingentes de trabalhadores excluídos dos benefícios disponíveis para aqueles que estão inseridos de forma regular no mercado.

Já a dimensão demográfica está relacionada ao ciclo de vida familiar.

Os seis grupos, ou tipos de áreas, que constituem o **IPVS**, são um importante instrumento para subsidiar a definição de prioridades e estratégias para a ação pública, visando o combate à pobreza. São eles:

Grupo 1 – Nenhuma Vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muito alta), com os responsáveis pelos domicílios possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e de moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.

Grupo 2 – Vulnerabilidade Muito Baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

Grupo 3 – Vulnerabilidade Baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.

Grupo 4 – Vulnerabilidade Média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas. A escolha do chefe do domicílio decorre do fato de que, na maioria das famílias, é ele o principal provedor. De acordo com a Pesquisa de Condições de Vida, em 1998, no Estado de São Paulo, o responsável pela família respondia por mais de 70% da renda familiar total.

Grupo 5 – Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6 – Vulnerabilidade Muito Alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza.

Alguns esclarecimentos adicionais devem ser feitos para permitir o uso adequado

do **IPVS** enquanto instrumento de mensuração da pobreza sob o enfoque multisetorial. Recorde-se que essa tipologia classifica cada um dos setores censitários do Estado de São Paulo segundo níveis de vulnerabilidade social a que estão sujeitos seus residentes.

Importa destacar que os grupos foram gerados com base nas características socioeconômicas e demográficas dos residentes no conjunto do Estado, garantindo, assim, a maior cobertura possível da população paulista e tornando todos os municípios do Estado comparáveis entre si.

Outro fato a ser mencionado é o caráter relativo do estudo. Os critérios que definiram a escala de vulnerabilidade são relativos à realidade do conjunto do Estado de São Paulo, em 2000.

Tabela 40 Porcentagem da população de alguns municípios e da população total do Estado de São Paulo, segundo o **IPVS** e o grupo a que pertencem, 2000.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
Total do Estado de São Paulo	6,9	23,3	22,2	20,2	17,6	9,8
Diadema	0,7	4,0	28,5	50,1	6,1	10,6
Guarulhos	3,4	12,5	24,9	44,4	2,3	12,6
Osasco	4,7	20,1	30,4	33,3	1,7	9,8
Santo André	4,3	49,0	26,4	11,9	2,2	6,2
São Bernardo do Campo	13,1	26,7	20,8	24,4	4,4	10,5
São Caetano do Sul	12,5	82,2	5,3	-	-	-
São Paulo	13,9	26,8	24,1	22,3	3,4	9,5
Santos	12,5	64,0	7,6	3,2	7,5	5,1
São José dos Campos	15,7	13,0	35,9	23,3	9,1	3,0
Sorocaba	6,1	28,6	30,7	24,8	4,1	5,7
Campinas	17,9	29,9	22,0	13,9	7,4	8,9
Jundiaí	7,8	42,4	27,1	8,9	7,9	6,0
Ribeirão Preto	16,3	31,8	25,1	14,3	6,2	6,3
Bauru	12,0	37,0	20,1	15,6	7,3	8,1
São José do Rio Preto	11,1	31,7	26,2	8,8	19,1	3,0
Presidente Prudente	5,2	31,6	25,0	11,7	24,6	1,8
Marília	8,2	25,2	23,8	12,6	25,2	5,0

Fonte : Fundação SEADE.

Em **Sorocaba**, a maioria da população, em torno de 31%, encontra-se no **Grupo 3** (baixa vulnerabilidade).

2.6.4 Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS

O indicador tenta traçar um retrato detalhado do Estado de São Paulo em termos de desenvolvimento, compartilhando com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) o entendimento de que o desenvolvimento humano é um processo complexo que, ao lado dos aspectos econômicos, considera as dimensões relativas à vida social e à qualidade de vida dos indivíduos. Procurou-se, assim, construir um indicador que identificasse o estágio de desenvolvimento de um determinado município nas três dimensões consideradas pelo IDH: renda, escolaridade e longevidade.

Para o Estado de São Paulo, no entanto, incorporaram-se três importantes inovações decorrentes das suas condições particulares:

- inclusão de variáveis capazes de caracterizar mudanças num prazo mais curto, captando, na medida do possível, os resultados dos esforços dos municípios em avançar nas três dimensões consideradas pelo indicador;
- construção de uma tipologia que permite conhecer simultaneamente o estágio de desenvolvimento de um determinado município nas três dimensões, possibilitando a imediata identificação dos seus principais problemas econômicos e sociais;

- adoção de uma estrutura de escalas compatível com a realidade dos 645 municípios do Estado de São Paulo, apresentando, assim, um quadro mais complexo e detalhado da diversidade dos municípios paulistas.

A partir desses parâmetros, compôs-se o **IPRS** de quatro indicadores: três indicadores sintéticos setoriais, que mensuram as condições atuais do município em termos de renda, escolaridade e longevidade – permitindo o ordenamento dos 645 municípios do Estado segundo cada uma dessas dimensões; e uma tipologia constituída de cinco grupos, denominada **grupos do IPRS**, que resume a situação dos municípios segundo os três eixos considerados, sem, no entanto, ordená-los.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social já teve duas edições, em 2000 e 2003.

Para a edição de 2004, a principal alteração foi a geração do indicador de escolaridade baseado em registros administrativos. Isso porque, nas edições anteriores do IPRS, esse indicador baseava-se, quase exclusivamente, em informações do Censo Demográfico, o que impossibilitava sua reprodução para os anos intercensitários. Da mesma forma, alteraram-se as faixas etárias consideradas nos seus componentes, com a finalidade de garantir a adequação dos indicadores à realidade do Estado de São Paulo.

O indicador de riqueza também sofreu pequena alteração, decorrente de mudança no cálculo do consumo anual de energia elétrica por ligação residencial, para os 61 municípios definidos por lei como estâncias turísticas.

Tais alterações impuseram a necessidade de refazer os indicadores do IPRS de 2000, no sentido de permitir a comparação entre 2000 e 2002. Assim, todos os resultados apresentados a seguir já incorporam as mudanças metodológicas, expressando a realidade existente em 2002.

Quadro 3 Variáveis selecionadas, por contribuição, para o indicador sintético, segundo dimensões do IPRS.

Dimensão do IPRS	Variáveis Selecionadas	Contribuição para o indicador sintético
Riqueza Municipal	Consumo residencial de energia elétrica	44%
	Consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços	23%
	Remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público	19%
	Valor adicionado fiscal <i>per capita</i>	14%
Longevidade	Mortalidade perinatal	30%
	Mortalidade infantil	30%
	Mortalidade de pessoas de 15 a 39 anos	20%
	Mortalidade de pessoas de 60 anos e mais	20%
Escolaridade	Percentagem de jovens de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental	36%
	Percentagem de jovens de 15 a 17 anos com pelo menos 4 anos de escolaridade	8%
	Percentagem de jovens de 18 a 19 anos que concluíram o ensino médio	36%
	Percentagem de crianças de 5 a 6 anos que freqüentam pré-escola	20%

Fonte: Fundação SEADE - Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

Quadro 4 Critérios de Formação dos Grupos do IPRS.

Grupos	do Critérios de Formação	Descrição
Grupo 1	Alta riqueza, alta longevidade e média escolaridade	Municípios que se caracterizam por um nível elevado de riqueza com bons níveis nos indicadores sociais
	Alta riqueza, alta longevidade e alta escolaridade	
	Alta riqueza, média longevidade e média escolaridade	
	Alta riqueza, média longevidade e alta escolaridade	
Grupo 2	Alta riqueza, baixa longevidade e baixa escolaridade	Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores sociais
	Alta riqueza, baixa longevidade e média escolaridade	
	Alta riqueza, baixa longevidade e alta escolaridade	
	Alta riqueza, média longevidade e baixa escolaridade	
Grupo 3	Baixa riqueza, alta longevidade e média escolaridade	Municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores sociais
	Baixa riqueza, alta longevidade e alta escolaridade	
	Baixa riqueza, média longevidade e média escolaridade	
	Baixa riqueza, média longevidade e alta escolaridade	
Grupo 4	Baixa riqueza, baixa longevidade e média escolaridade	Municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade
	Baixa riqueza, baixa longevidade e alta escolaridade	
	Baixa riqueza, média longevidade e baixa escolaridade	
	Baixa riqueza, alta longevidade e baixa escolaridade	
Grupo 5	Baixa riqueza, baixa longevidade e baixa escolaridade	Este grupo concentra os municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais

Fonte: Fundação SEADE - Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

Tabela 41 Parâmetros para a classificação dos municípios, por categoria, segundo dimensões do IPRS. Estado de São Paulo, 2000 e 2002.

Dimensões do IPRS	Categoria					
	Baixa		Média		Alta	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002
Riqueza Municipal	Até 49	Até 40	--	--	50 e mais	41 e mais
Longevidade	Até 64	Até 66	65 a 71	67 a 72	72 e mais	73 e mais
Escolaridade	Até 40	Até 50	41 a 46	51 a 55	47 e mais	56 e mais

Fonte: Fundação SEADE - Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

Tabela 42 IPRS do Estado de São Paulo e de alguns de seus municípios, 1999 a 2003.

	Escolar. 2000	Escolar. 2002	Longev. 99/01	Longev. 01/03	Riqueza 2000	Riqueza 2002	Grupo 2000	Grupo 2002
Total do Estado	44	52	65	67	61	50	-	-
Diadema	38	49	60	62	56	47	2	2
Guarulhos	39	43	60	64	64	52	2	2
Osasco	43	49	61	63	66	55	2	2
Santo André	53	64	64	66	64	52	2	2
São B. do Campo	50	57	67	71	68	56	1	1
São Caetano do Sul	63	89	67	71	72	60	1	1
São Paulo	45	56	65	67	70	58	1	1
Santos	59	71	63	66	76	63	2	2
São J. dos Campos	53	58	66	69	66	56	1	1

Sorocaba	49	56	68	69	60	48	1	1
Campinas	46	51	71	72	67	55	1	1
Jundiaí	49	64	68	71	64	53	1	1
Ribeirão Preto	50	57	71	75	61	49	1	1
Bauru	54	59	69	70	55	45	1	1
São J. do Rio Preto	57	61	72	73	58	46	1	1
P. Prudente	56	68	72	73	54	45	1	1
Marília	55	60	69	71	49	39	3	3

Fonte : Fundação SEADE.

Com relação às variáveis, tanto em 2000 quanto em 2002, temos em Sorocaba: Alta Escolaridade, Alta Riqueza e Média Longevidade, conforme Tabela 42.

Sorocaba se encaixa **no Grupo 1**, o grupo dos municípios que se caracterizam por um nível elevado de riqueza com bons níveis nos indicadores sociais.

D. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA SAÚDE

Anualmente Sorocaba pactua com a Diretoria Regional de Saúde (atual DRS16) os indicadores de saúde. Este processo permite o acompanhamento, ao longo dos anos, da situação desses indicadores. No quadro 5 está a série histórica de 2000 a 2005 e os campos em cinza representam que naquele ano o indicador não era pactuado.

Quadro 5 Indicadores pactuados em 2005 e série histórica.

Eixo 1 - Avaliação da Atenção Básica

Item 1.1 - Redução da Mortalidade Infantil e Materna

Sub-Item 1.1.A - Saúde da Criança

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coeficiente de mortalidade infantil	16,54	16,85	13,94	16,88	12,99	13,41
Coeficiente de mortalidade neonatal	10,28	10,59	8,8	11,38	9,29	10,06
Proporção de óbitos infantis de residentes investigados por ocorrência		79,29	100	100	42,16	43,27
Coeficiente de mortalidade neonatal tardia						3,75
Proporção de nascidos vivos com baixo peso			9,65	9,77	7,81	8,68
Número de casos notificados de Sífilis Congênita	2	2	1	7	4	5

Sub-Item 1.1.B - Saúde da Mulher

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coeficiente de mortalidade materna por ocorrência	44,7	96,27	90,56	98,05	78,96	50,53
Coeficiente de mortalidade materna por residência	22,35	12,03	36,67	49,52	50,91	38,69
Percentual de parturientes com cobertura de 7 ou mais consultas pré-natais	71,99	75,2	78,19	84,94	90,13	90,56
Número de óbitos por causas maternas por ocorrência			9	9	8	5
Número de óbitos por causas maternas por residência			3	4	4	3

Item 1.2 - Controle de Doenças e Agravos Prioritários

Sub-Item 1.2.A - Saúde da Criança

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cobertura vacinal em menores de 1 ano de idade com TETRA			93,18	92,83	96,45	90,47
Coeficiente de internações por Infecções Respiratórias Agudas em menores de 5 anos por residência	31,86	29,65	28,16	28,14	22,99	24,85

Sub-Item 1.2.B - Saúde da Mulher

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coeficiente de mortalidade por câncer de colo	8,78	3,09	2,28	4,47	5,47	1,8
Coeficiente de mortalidade por câncer de mama	27,53	15,47	17,12	16,39	12,4	14,71
Proporção de partos e abortamentos em adolescentes	23,72	22,85	22,17	20,63	16,36	14,27

Sub-Item 1.2.C - Controle de Hipertensão

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coeficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral	14,47	9,77	9,72	10,33	7,23	8,06
Proporção de óbitos precoces (menores de 60 anos de idade) por Acidente Vascular Cerebral	24,05	21,62	23,79	20	19,2	19,87
Coeficiente de mortalidade por doenças cérebro-vasculares			53,52	52,96	55,94	51,67

Sub-Item 1.2.D - Controle de Diabetes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coeficiente de internação por complicações de Diabetes Mellitus por residência	9,5	7,27	5,31	3,52	4,04	2,75
Proporção de óbitos precoces (menores de 60 anos de idade) por Diabetes Mellitus	25,36	22,46	24,62	18,39	22,91	26,99

Sub-Item 1.2.E - Controle de Tuberculose

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera		26,33	25,7	25,73	25,92	19,29
Coeficiente de mortalidade por Tuberculose		1,77	1,35	1,71	1,12	3,19

Sub-Item 1.2.G - Saúde Bucal

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Índice CPOD (dentes cariados, perdidos ou obturados) em crianças até 12 anos		2,33	1,38	1,38	1,38	1,38

Sub-Item 1.2.H - Gerais

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Indicador bacteriológico de qualidade de água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	99,59	100	91,67	100	98,23	92,98
Indicador flúor de qualidade de água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	82,14	96,08	93,51	88,32	70,52	75,56
Indicador cloro residual livre de qualidade da água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	99,58	98,24	95	98,84	95,92	97,6

Item 1.3 - Melhoria da Gestão, Acesso e Qualidade**Sub-Item 1.3.A - Saúde da Mulher**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e população nesta faixa etária			0,27	0,33	0,36	0,21

Sub-Item 1.3.B - Controle de Tuberculose

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Percentual de abandono de tratamento			10	5,24	4,17	5,07

Sub-Item 1.3.C - Eliminação de Hanseníase

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Percentual de abandono de tratamento			5,09	4,93	Zero	Zero
Deteção de casos por residência			1,1	0,84	1,25	1,44
Grau de incapacidade I e II no momento de diagnóstico			45,29	20,46	22,23	12,66

Sub-Item 1.3.D - Saúde Bucal

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal na população de 0 a 14 anos	35,69	38,93	51,59	26,76	24,12	34,33
Taxa de acesso à primeira consulta odontológica		15,63	16,78	17,42	13,24	10,49

Sub-Item 1.3.F - Gerais

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Consultas nas especialidades e atendimentos de urgência em clínicas básicas por habitante/ano	2,05	1,86	1,99	1,62	1,82	1,6
Proporção de óbitos por causas mal definidas	4,16	10,6	13,05	10,76	9,65	7,73
Percentual de hipertensos cadastrados no SISHIPERDIA (pactuação facultativa)				27,67	33,71	23,84
Percentual de diabéticos cadastrados no SISHIPERDIA (pactuação facultativa)				22,51	26,01	21,3

Item 1.4 - Reorientação e Descentralização**Sub-Item 1.4.A - Gerais**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Percentual da população coberta pelo Programa de Saúde da Família		1,74	5,09	5,09	6,92	6,69

Item 1.5 - Qualificação do Controle Social**Sub-Item 1.5.A - Gerais**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de conselhos gestores locais por Unidade de Saúde (pactuação facultativa)		0,92	1	1	1	1
Número de reuniões dos Conselhos de Saúde no ano	Zero	12	12	12	12	12

Eixo 2 - Vigilância em Saúde**Item 2.1 - Notificação****Sub-Item 2.1.A - Gerais**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coeficiente de detecção de Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos					4,16	2,65
Proporção de Unidades notificantes notificando (negativa ou positivamente) casos suspeitos de sarampo					100	100

Item 2.2 - Investigação**Sub-Item 2.2.A - Gerais**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente		100	100	93,75	94,34	81,57
Proporção de casos de doenças exantemáticas (Sarampo + Rubéola) investigados em 48 horas				88,61	100	100
Proporção de casos de PFA com coleta oportuna de 1 amostra de fezes				66,67	100	100
Proporção de surtos de doenças transmitidas por alimentos investigados oportunamente					100	100

Item 2.3 - Diagnóstico Laboratorial de Agravos de Saúde Pública**Sub-Item 2.3.A - Gerais**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de casos de Sarampo e Rubéola investigados laboratorialmente				91,43	100	100
Proporção de casos de meningite bacteriana * diagnosticados laboratorialmente *					43,67	84,38
Proporção de gestantes SUS com pelo menos 1 VDRL realizado no momento do parto*					100	74,8
Realizar testagem do HIV em gestantes						100

Item 2.4 - Vig. de Doenças Trans. por Vetores e Antropozoonos**Sub-Item 2.4.A - Vigilância entomológica**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de inspeções em imóveis para o controle da dengue					23,38	19,39
Proporção de pontos estratégicos pesquisados para o controle da dengue					87,36	79,08
Proporção de pesquisas larvárias em imóveis para levantamento de índices por <i>Aedes aegypti</i>				10	66,67	80,1
Proporção de armadilhas pesquisadas					Zero	Zero

Sub-Item 2.4.B - Controle Vetorial

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de tratamento de imóveis com focos de mosquitos visando o controle da dengue *					100	

Sub-Item 2.4.C - Imunização de reservatórios

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de cães vacinados em relação a população canina estimada				71,29	78,13	77,51
Proporção de gatos vacinados em relação a população de gatos estimada				45,16	78,83	83,61
Proporção de amostras de SNC de cães encaminhadas para diagnóstico laboratorial para detecção da raiva					88,43	82,11
Proporção de amostras de SNC de gatos encaminhadas para diagnóstico laboratorial para detecção da raiva					Zero	12,5

Item 2.5 - Controle de Doenças**Sub-Item 2.5.A - Geral**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Percentual de pacientes de Tuberculose curados por local de residência	71,3	65,45	75	86,2	86,12	81,88
Percentual de cura da Hanseníase por residência					94,88	100
Proporção de casos novos de Leishmaniose Tegumentar Americana-LTA curados				66,67	100	85,72
Proporção de casos novos de Leishmaniose Visceral-LV curados				Zero	Zero	Zero
Proporção de exames coprocópicos realizados para controle de esquistossomose e outras helmintoses					Zero	Zero

Item 2.6 - Imunizações**Sub-Item 2.6.B - Vacinação de campanha**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cobertura vacinal de influenza em idosos				70,14	71,93	78,67
Cobertura vacinal contra Poliomielite em < 5 anos				84,84	89,55	87,86

Sub-Item 2.6.C - Vigilância de eventos adversos pós vacinação

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de investigações realizadas em eventos adversos graves pós-vacinação					100	100

Item 2.7 - Monitoração de agravos de relevância epidemiológica**Sub-Item 2.7.A - Geral**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Detectar surtos de Doenças Diarréicas Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (DDA)					100	100
Elaboração de plano de ação para implementação da vigilância e prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT						100
Investigar óbitos maternos		46,31	100	97,52	100	100

Item 2.8 - Alimentação e Manutenção de Sistemas de Informação**Sub-Item 2.8.A - SIM**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de óbitos captados pelo SIM					99,96	100
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica mal definida					8,44	10,01

Sub-Item 2.8.B - SINASC

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Proporção de nascidos vivos captados pelo SINASC					101,53	100

Sub-Item 2.8.C - SINAN

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Regularidade de envio dos bancos de dados SINAN à SVS					98,08	98,08

Sub-Item 2.8.D - CCIH

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Realizar envio regular de dados das Comissões de Infecção Hospitalar dos hospitais alvo da área de abrangência do município						100

Item 2.9 - Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária

Sub-Item 2.9.A - Geral

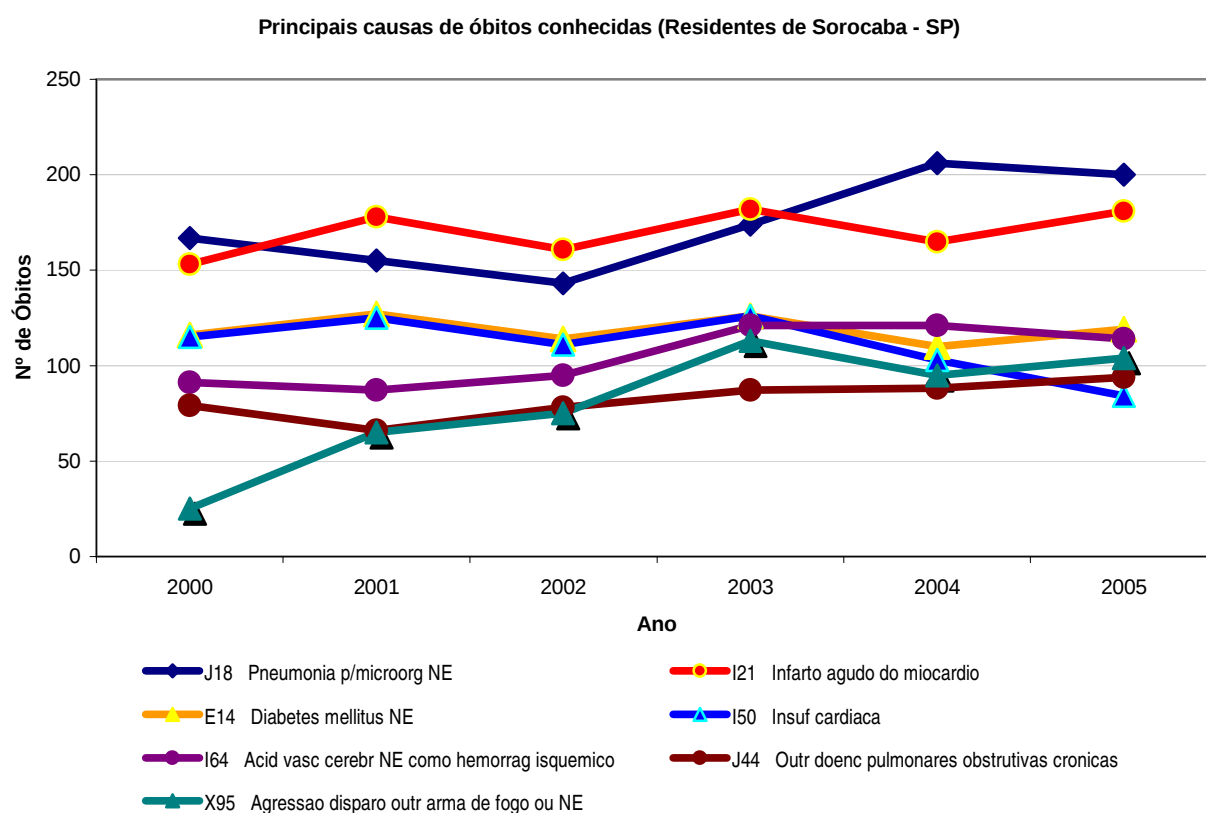
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ação educativa em Vigilância Sanitária						54,55
Proporção de equipes do PSF/PACS capacitados a desenvolver ações educativas em Vigilância Sanitária				Zero	86,96	
Proporção de inspeções com qualidade satisfatória em estabelecimentos que comercializam alimentos				3,57	15,52	
Proporção de estabelecimentos sujeitos ao controle da VISA cadastrados					33,87	85,13

1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1.1 Mortalidade Geral

Em relação ao perfil de mortalidade no município de Sorocaba, observa-se que tem aumentado o número de óbitos por pneumonia (principalmente na população idosa, devido à mudança no perfil demográfico) e por agressão / disparo de arma de fogo. No Gráfico 15 são apresentadas as principais causas de mortalidade dos residentes em Sorocaba nos últimos 6 anos.

Gráfico 15 Sete principais causas de mortalidade geral, excluindo-se as causas mal definidas e os óbitos sem assistência médica. Sorocaba –SP, 2000 a 2005.



Na Tabela 43 apresentamos as causas de mortalidade dos últimos seis anos, apresentadas por capítulo do CID 10.

Tabela 43 Causas de Mortalidade, segundo capítulo do CID 10, das pessoas residentes no município. Sorocaba – SP, 2000 a 2005.

Causa (Cap CID10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	128	125	144	131	102	134	764
II. Neoplasias (tumores)	447	447	442	462	455	488	2741
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	14	7	12	17	13	20	83
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	172	181	147	181	160	163	1004
V. Transtornos mentais e comportamentais	11	24	28	34	29	20	146
VI. Doenças do sistema nervoso	42	33	35	52	56	62	280
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	1	0	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	869	837	837	884	797	946	5170
X. Doenças do aparelho respiratório	337	322	308	363	379	395	2104
XI. Doenças do aparelho digestivo	167	176	149	189	151	170	1002
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	4	3	4	4	10	26
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6	5	12	7	10	16	56
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	49	47	50	61	43	56	306
XV. Gravidez parto e puerpério	1	0	2	4	1	4	12
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	193	160	139	144	120	140	896
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	34	28	33	37	25	23	180
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	379	350	411	353	310	330	2133
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	280	324	347	335	271	321	1878
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0
Total	3130	3070	3099	3259	2926	3298	18782

Fonte: SIM

No Quadro 6 observa-se a distribuição dos óbitos, nos diferentes grupos etários, nos últimos seis anos. Estas informações são usadas no planejamento para nortear ações da Secretaria da Saúde.

Quadro 6 Principais causas de óbitos distribuídos nos diferentes grupos etários. Sorocaba – SP, 2000 a 2005.

Número de óbitos em menores de 1 ano	Percentual dos óbitos:			4,07%				
Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total	169	135	111	130	95	104	744	
P22 Desconforto respirat do recém-nascido	26	25	17	20	15	26	129	17,34%
P36 Septicemia bacter do recém-nascido	24	25	16	25	8	21	119	15,99%
P21 Asfixia ao nascer	7	5	4	5	7	4	32	4,30%
Q89 Outr malformacoes congen NCOP	6	4	7	5	6	3	31	4,17%

Número de óbitos nas faixas de 1 a 4 anos	Percentual dos óbitos:			0,56%				
Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total	18	22	23	12	11	17	103	
J18 Pneumonia p/microorg NE	1	3	3	4	1	3	15	14,56%
C74 Neopl malig da gland supra-renal	0	0	0	0	0	2	2	1,94%
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	0	2	0	0	0	2	4	3,88%
A39 Infecc meningococica	1	0	1	1	0	1	4	3,88%

Número de óbitos nas faixas de 5 a 14 anos	Percentual dos óbitos:			0,66%				
Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total	20	20	20	19	23	19	121	
G80 Paralisia cerebral infantil	1	1	0	1	2	3	8	6,61%
I42 Cardiomiopatias	1	0	1	3	1	1	7	5,79%

V09 Pedestre traum outr acid transp e NE	1	3	0	2	1	0	7	5,79%
W69 Afogamento e submersao em aguas naturais	1	3	0	1	0	2	7	5,79%
Número de óbitos nas faixas de 15 a 24 anos	Percentual dos óbitos:			3,99%				
Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total	100	113	140	143	108	124	728	
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	13	27	41	65	51	50	247	33,93%
X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	29	18	28	6	1	0	82	11,26%
V89 Acid veic mot n-mot tipos de veic NE	6	4	3	6	6	5	30	4,12%
V29 Motociclista traum outr acid transp e NE	0	4	4	5	0	5	18	2,47%
X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	0	5	3	1	2	5	16	2,20%
V09 Pedestre traum outr acid transp e NE	0	6	5	3	0	1	15	2,06%
Y00 Agressao p/meio de um objeto contundente	0	2	6	4	0	3	15	2,06%
J18 Pneumonia p/microorg NE	2	2	1	2	3	4	14	1,92%
W69 Afogamento e submersao em aguas naturais	3	2	4	1	0	2	12	1,65%
V03 Pedestre traum colis automov pickup caminhon	1	0	2	1	4	2	10	1,37%
V23 Motocicl traum colis automov pickup caminhon	2	0	1	3	2	2	10	1,37%
V49 Ocup automovel traum outr acid transp e NE	0	4	2	3	1	0	10	1,37%

Número de óbitos nas faixas de 25 a 34 anos	Percentual dos óbitos:			5,52%				
Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total	177	177	178	174	151	152	1.009	
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	6	24	21	33	30	33	147	14,57%
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	31	18	21	18	11	10	109	10,80%
X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	36	15	17	8	1	0	77	7,63%
R99 Outras causas mal definidas e NE mortalidade	5	8	13	5	6	5	42	4,16%
J18 Pneumonia p/microorg NE	4	6	6	5	6	5	32	3,17%
V89 Acid veic mot n-mot tipos de veic NE	1	5	5	8	4	3	26	2,58%
X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	2	6	5	1	2	4	20	1,98%
B24 Doenc p/HIV NE	1	7	5	2	1	1	17	1,68%
R98 Morte s/assist	5	2	2	1	2	5	17	1,68%
V29 Motociclista traum outr acid transp e NE	3	2	5	2	1	4	17	1,68%
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	1	3	1	3	5	3	16	1,59%
I21 Infarto agudo do miocardio	0	2	2	1	6	4	15	1,49%
Y00 Agressao p/meio de um objeto contundente	1	3	2	1	5	3	15	1,49%
B22 Doenc p/HIV result em outr doenc espec	2	4	2	3	1	2	14	1,39%
K70 Doenc alcoolica do figado	3	2	1	1	3	3	13	1,29%
V09 Pedestre traum outr acid transp e NE	1	5	4	1	0	2	13	1,29%
V49 Ocup automovel traum outr acid transp e NE	0	3	2	7	1	0	13	1,29%
I42 Cardiomiopatias	2	1	4	1	2	1	11	1,09%
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	2	1	0	3	3	1	10	0,99%

Número de óbitos nas faixas de 35 a 44 anos	Percentual dos óbitos:			7,28%				
Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total	223	262	219	220	197	208	1.329	
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	13	18	20	20	13	17	101	7,60%
R99 Outras causas mal definidas e NE mortalidade	17	17	13	14	13	15	89	6,70%
J18 Pneumonia p/microorg NE	4	10	7	10	14	5	50	3,76%
I21 Infarto agudo do miocardio	7	9	6	4	6	12	44	3,31%
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	3	6	6	10	8	11	44	3,31%
R98 Morte s/assist	14	8	3	8	4	3	40	3,01%
K70 Doenc alcoolica do figado	4	7	4	10	5	7	37	2,78%
K74 Fibrose e cirrose hepaticas	7	9	4	7	4	3	34	2,56%
I61 Hemorragia intracerebral	9	8	4	3	4	5	33	2,48%
C50 Neopl malig da mama	7	6	10	4	2	2	31	2,33%
X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	4	2	5	6	4	2	23	1,73%
X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	12	9	1	0	0	0	22	1,66%
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	2	4	6	2	5	2	21	1,58%
E14 Diabetes mellitus NE	2	2	5	1	4	5	19	1,43%

I50	Insuf cardiaca	4	4	2	0	4	3	17	1,28%
I42	Cardiomiopatis	3	3	4	1	1	4	16	1,20%
I60	Hemorragia subaracnoide	7	4	1	1	2	1	16	1,20%
J81	Edema pulmonar NE de outr form	2	3	2	2	1	6	16	1,20%
V09	Pedestre traum outr acid transp e NE	1	4	1	3	1	5	15	1,13%
X70	Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	3	3	5	1	2	1	15	1,13%
B22	Doenc p/HIV result em outr doenc espec	0	7	1	1	1	4	14	1,05%
C34	Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	1	0	4	2	4	1	12	0,90%

Número de óbitos nas faixas de 45 a 54 anos		Percentual dos óbitos: 11,04%							
Causa (CID10 3C)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total		325	340	346	353	294	358	2.016	
I21	Infarto agudo do miocardio	18	28	22	27	24	24	143	7,09%
R99	Outr causas mal definidas e NE mortalidade	34	29	28	13	14	22	140	6,94%
R98	Morte s/assist	12	17	16	23	16	14	98	4,86%
E14	Diabetes mellitus NE	11	15	13	11	11	12	73	3,62%
J18	Pneumonia p/microorg NE	10	17	9	17	9	10	72	3,57%
I61	Hemorragia intracerebral	11	8	9	13	8	12	61	3,03%
K74	Fibrose e cirrose hepaticas	9	15	7	7	13	9	60	2,98%
K70	Doenc alcoolica do figado	9	10	10	11	7	10	57	2,83%
C50	Neopl malig da mama	10	8	10	10	3	13	54	2,68%
C34	Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	7	6	11	4	15	9	52	2,58%
I50	Insuf cardiaca	14	9	8	10	7	4	52	2,58%
I42	Cardiomiopatis	6	5	7	7	6	8	39	1,93%
I64	Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	6	6	8	9	6	4	39	1,93%
B20	Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	4	2	9	5	2	15	37	1,84%
C16	Neopl malig do estomago	5	6	3	5	3	5	27	1,34%
F10	Transt mentais comport dev uso alcool	5	2	5	8	3	2	25	1,24%
X95	Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	2	4	3	5	3	6	23	1,14%
C15	Neopl malig do esofago	2	4	4	5	6	1	22	1,09%
I10	Hipertensao essencial	1	6	3	6	3	3	22	1,09%
I11	Doenc cardiaca hipertensiva	3	3	3	5	1	4	19	0,94%
I63	Infarto cerebral	5	2	4	3	0	5	19	0,94%
C71	Neopl malig do encefalo	2	5	2	2	4	3	18	0,89%
I25	Doenc isquemica cronica do coracao	6	1	4	2	3	2	18	0,89%
A41	Outr septicemias	3	2	2	4	4	2	17	0,84%
C18	Neopl malig do colon	3	2	3	4	4	1	17	0,84%
C25	Neopl malig do pancreas	0	2	4	3	2	6	17	0,84%
I60	Hemorragia subaracnoide	2	5	0	2	4	4	17	0,84%
J44	Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	2	1	3	3	3	5	17	0,84%
C53	Neopl malig do colo do utero	5	2	1	4	0	4	16	0,79%
B57	Doenc de Chagas	1	3	4	2	1	4	15	0,74%

Número de óbitos nas faixas de 55 a 64 anos	Percentual dos óbitos: 14,02%							
Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Total	443	397	411	437	402	471	2.561	
I21 Infarto agudo do miocardio	38	33	41	48	36	38	234	9,14%
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	29	27	37	28	17	26	164	6,40%
E14 Diabetes mellitus NE	33	24	18	21	18	22	136	5,31%
R98 Morte s/assist	20	19	18	30	27	19	133	5,19%
I50 Insuf cardiaca	9	20	18	16	9	12	84	3,28%
J18 Pneumonia p/microorg NE	18	12	9	16	14	15	84	3,28%
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	11	11	13	9	12	16	72	2,81%
C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	16	7	12	7	9	19	70	2,73%
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	16	6	10	12	8	8	60	2,34%
I61 Hemorragia intracerebral	7	11	3	8	17	12	58	2,26%

I63	Infarto cerebral	6	8	16	10	8	7	55	2,15%
I42	Cardiomiopatias	11	5	11	9	9	9	54	2,11%
C16	Neopl maligno do estomago	6	6	7	6	12	12	49	1,91%
K74	Fibrose e cirrose hepaticas	9	7	5	15	3	8	47	1,84%
C50	Neopl maligno da mama	9	4	8	6	8	7	42	1,64%
I11	Doenc cardiaca hipertensiva	5	6	7	0	8	13	39	1,52%
I25	Doenc isquemica cronica do coracao	3	6	10	2	6	9	36	1,41%
C18	Neopl maligno do colon	7	1	6	6	3	7	30	1,17%
C15	Neopl maligno do esofago	9	3	3	2	5	7	29	1,13%
I10	Hipertensao essencial	4	6	3	7	4	4	28	1,09%
C25	Neopl maligno do pancreas	1	4	4	5	4	5	23	0,90%
C80	Neopl maligno s/especificacao de localiz	6	4	2	4	5	2	23	0,90%
K92	Outr doenc do aparelho digestivo	6	3	6	3	4	1	23	0,90%
C20	Neopl maligno do reto	1	1	2	5	4	9	22	0,86%
K70	Doenc alcoolica do figado	2	7	0	6	3	4	22	0,86%
C71	Neopl maligno do encefalo	4	4	1	6	3	3	21	0,82%
B57	Doenc de Chagas	3	4	1	2	4	4	18	0,70%
C22	Neopl maligno figado vias biliares intra-hepat	2	6	2	0	5	3	18	0,70%
I24	Outr doenc isquemicas agudas do coracao	4	3	1	2	3	5	18	0,70%
N18	Insuf renal cronica	2	1	4	3	6	2	18	0,70%
C32	Neopl maligno da laringe	4	2	2	2	2	4	16	0,62%
C61	Neopl maligno da prostata	3	0	3	3	3	4	16	0,62%
I69	Sequelas de doenc cerebrovasculares	1	6	3	2	2	2	16	0,62%
I71	Aneurisma e dissecacao da aorta	3	1	2	1	4	5	16	0,62%

Número de óbitos nas faixas > 65 anos		Percentual dos óbitos: 52,86%						Total	%
Causa (CID10 3C)		2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Total		1.525	1.513	1.577	1.693	1.579	1.769	9.656	
J18	Pneumonia p/microorg NE	114	102	104	112	156	151	739	7,65%
R98	Morte s/assist	89	93	114	128	135	118	677	7,01%
I21	Infarto agudo do miocardio	88	106	89	100	91	103	577	5,98%
R99	Outr causas mal definidas e NE mortalidade	94	90	136	86	53	80	539	5,58%
I64	Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	71	66	74	101	99	93	504	5,22%
I50	Insuf cardiaca	86	88	81	100	83	63	501	5,19%
E14	Diabetes mellitus NE	67	84	78	92	74	80	475	4,92%
J44	Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	60	58	63	72	75	81	409	4,24%
I25	Doenc isquemica cronica do coracao	42	45	60	52	28	45	272	2,82%
I63	Infarto cerebral	52	38	41	31	27	29	218	2,26%
I42	Cardiomiopatias	45	31	35	29	23	41	204	2,11%
I69	Sequelas de doenc cerebrovasculares	38	32	35	18	27	43	193	2,00%
C34	Neopl maligno dos bronquios e dos pulmoes	31	25	29	30	28	22	165	1,71%
C16	Neopl maligno do estomago	23	20	22	26	33	23	147	1,52%
C61	Neopl maligno da prostata	15	28	23	21	27	25	139	1,44%
I11	Doenc cardiaca hipertensiva	24	16	12	27	19	32	130	1,35%
C18	Neopl maligno do colon	18	17	19	25	14	20	113	1,17%
I24	Outr doenc isquemicas agudas do coracao	20	18	8	14	21	23	104	1,08%
I61	Hemorragia intracerebral	17	20	12	25	11	18	103	1,07%
I10	Hipertensao essencial	12	10	6	27	16	24	95	0,98%
C50	Neopl maligno da mama	15	16	14	19	13	17	94	0,97%
J96	Insuf respirat NCOP	14	14	20	13	12	17	90	0,93%
I67	Outr doenc cerebrovasculares	12	10	15	14	17	12	80	0,83%

Fonte: SIM.

O índice de mortalidade geral tem diminuído em Sorocaba. No ano de 2000 era de 6,7 óbitos por 1000 habitantes, enquanto em 2005 foi de 5,7.

Quadro 7 Mortalidade Geral, Nascidos vivos e Mortalidade Infantil. Sorocaba – SP, 1996 a 2005.

Ano	NÚMEROS ABSOLUTOS									COEFICIENTES							
	Pop (1)	Nascimento		Óbitos						Natali- dade(2)	Natimor- talidade (3)	Mort. Geral	Mortalidade Infantil(4)				
				Gerais	< 1 ano								Pós neonatal	Total	Neonatal		
		Neonatal			Total	Precoce	Tardia	Total									
		Vivos	Mortos						Precoce						Tardia	Total	
1996	430.612	8.551	107	2.972	125	38	163	58	221	19,86	12,36	6,9	14,62	4,44	19,06	6,78	25,84
1997	441.333	8.803	75	3.128	118	41	159	67	226	19,95	8,45	7,09	13,4	4,66	18,06	7,61	25,67
1998	452.320	9.286	69	3.042	116	26	142	46	188	20,53	7,38	6,73	12,49	2,8	15,29	4,95	20,25
1999	463.581	9.820	60	3.080	110	40	150	59	209	21,18	6,07	6,64	11,2	4,07	15,27	6,01	21,28
2000	466.823	8.782	107	3.130	79	35	114	55	169	18,81	12,03	6,7	8,99	3,98	12,98	6,26	19,24
2001	489.088	8.225	73	3.070	57	45	102	33	135	16,82	8,79	6,27	6,93	5,47	12,4	4,01	16,41
2002	517.553	8.130	72	3.099	60	29	89	22	111	15,71	8,77	5,98	7,38	3,56	10,95	2,71	13,65
2003	528.727	8.006	73	3.259	61	30	91	39	130	15,14	9,04	6,16	7,62	3,74	11,36	4,87	16,24
2004	539.877	7.858	66	3.272	43	30	73	29	102	14,56	8,27	5,94	5,47	3,82	9,29	3,69	12,98
2005	565.182	7.754	71	3.298	49	29	78	26	104	13,72	9,07	5,71	6,32	3,74	10,06	3,35	13,41

1- População residente

2- Por mil habitantes

3- Por mil nascidos vivos + nascidos mortos

4- Por mil nascidos vivos

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Sorocaba – SP / SIM / SINASC

1.2 Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortalidade infantil em Sorocaba no ano de 2005 foi de 13,69 por mil nascidos vivos segundo a Fundação SEADE e 13,41 por mil nascidos vivos segundo a Vigilância Epidemiológica municipal. Este coeficiente é maior do que a média do Estado de São Paulo que foi de 13,44 no mesmo período. Os dados da tabela abaixo mostram que o conjunto de ações desenvolvidas pelo município para a redução da mortalidade infantil tem sido efetivo; porém, no ano de 2003, houve incremento expressivo na mortalidade, momento em que a Secretaria da Saúde sofreu dificuldades com a falta de profissionais para atender na atenção básica (final de 2002 até meados de 2003).

Tabela 44 Mortalidade Infantil do município, destacando com fundo cinza os valores que são superiores aos do Estado de São Paulo. Sorocaba – SP, 1995 a 2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mortalidade Infantil	24,60	25,84	25,67	20,25	21,28	16,54	16,85	13,81	16,87	13,52	13,69
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	14,35	14,62	13,40	12,49	11,20	6,82	7,10	7,33	7,58	5,63	6,34
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	3,19	4,44	4,66	2,80	4,07	3,46	5,42	3,55	3,79	3,76	3,80
Taxa de Mortalidade Pós Neonatal	7,06	6,78	7,61	4,95	6,01	6,26	4,33	2,93	5,50	4,13	3,55

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 45 Mortalidade Infantil no Estado de São Paulo, 1995 a 2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mortalidade Infantil	24,58	22,74	21,60	18,67	17,49	16,97	16,07	15,04	14,85	14,25	13,44
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	12,95	11,93	11,55	9,78	9,29	8,67	8,03	7,72	7,28	7,00	6,53
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	2,97	3,08	3,1	2,83	2,78	2,78	2,89	2,73	2,78	2,75	2,65
Taxa de Mortalidade Pós Neonatal	8,66	7,73	6,95	6,07	5,42	5,53	5,15	4,59	4,79	7,00	4,26

Fonte: Fundação SEADE

A mortalidade infantil do município está mais concentrada no período neonatal (9,39 /1000) indicando a necessidade de incremento das ações ligadas ao pré-natal e ao parto.

Em 2004, após análise da mortalidade infantil de 2003, que detectou o aumento da mortalidade pós-neonatal, a Secretaria Municipal da Saúde iniciou o Programa Bebê Saudável. Tal programa realiza visitas diárias nas Enfermarias Pediátricas dos Hospitais SUS, e agenda os menores de 1 ano, após a alta hospitalar, na Unidade Básica de Saúde de sua referência, com o resumo da alta. Com isso houve a melhora do acompanhamento e da vigilância aos menores, fato constatado já que, após a implantação deste programa, houve uma diminuição das reinternações nesta faixa etária, assim como o número de óbitos destas crianças.

Estão sendo mantidas as estratégias do Programa Recém-Nascido de Risco, que funciona desde junho de 2000 e conta com uma equipe multiprofissional. Realiza o acompanhamento do recém-nascido com risco biológico e/ou social, através da captação nas maternidades que integram o SUS e posterior encaminhamento à Policlínica Municipal, UBS e Clínica DST/AIDS. As crianças com maior risco recebem visitas domiciliares. São agendadas consultas para o bebê até o 15º dia de vida e para a mãe no puerpério.

A Área de Atenção à Criança tem como objetivo a promoção, prevenção e assistência à saúde da criança, respeitando a equidade e buscando melhorias das condições de saúde das mesmas, realizando nas UBS ações que visam o acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor, do estado nutricional e vacinal da criança, caracterizando e classificando os fatores de risco conforme os Protocolos estabelecidos.

O Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN), implantado em 1998, avalia o estado nutricional de todas as crianças da UBS, possibilitando o atendimento médico e assistencial diferenciado às crianças com risco. Foi reformulado em 2005, sendo integrado ao Programa Bolsa Família (Programa do Governo Federal).

O Programa Nutrir é uma parceria entre as Secretarias da Saúde, da Cidadania e o Rotary Manchester, para a produção de multimistura e leite nutritivo (leite de soja), destinado às crianças com risco nutricional, carentes, adultos e gestantes com indicação médica.

Em agosto de 2004 foi implantado o Programa de Controle da Asma, inicialmente na Policlínica Municipal de Sorocaba, reduzindo assim a exarcebação de sintomas respiratórios, melhorando a qualidade de vida destas crianças. Em 2005, foi realizada uma avaliação das crianças em acompanhamento pelo Programa na Policlínica, onde observou-se que após 1 ano, houve queda de 87% das internações das crianças inscritas.

Em abril de 2006, estendeu-se o Programa de Controle da Asma às 27 Unidades Básicas de Saúde (crianças de 0 a 13 anos), obtendo uma maior satisfação das famílias com o controle das doenças de seus filhos, garantindo uma melhor qualidade de vida para todos. Após 6 meses do programa nas Unidades Básicas, verificou-se uma queda de 94% das internações das crianças inscritas.

Em janeiro de 2007 iniciamos o Programa Gestante Saudável, primeiramente na Santa Casa e depois se estendendo às demais maternidades do SUS. Tal programa se destina às gestantes que durante o Pré-Natal necessitaram de internação hospitalar, independente do motivo. Quando recebe alta, é realizado um agendamento na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua casa, acompanhado do resumo de alta. Esta ação auxilia o acompanhamento e vigilância destas gestantes que necessitaram de tratamento clínico durante o seu Pré-Natal.

O Comitê de Mortalidade Infantil, composto por representantes das Secretarias da Saúde e afins, dos Hospitais de Sorocaba, Conselhos representativos das categorias profissionais de saúde. Tem por objetivo analisar os óbitos de todas as crianças menores de 1 ano do município, classificando-os em “evitáveis” e “não evitáveis”, além de definir ações que visem a diminuição dos óbitos por causas evitáveis, reduzindo assim o coeficiente de mortalidade infantil. Foi proposta a fusão do Comitê de Mortalidade Materna, que analisa os óbitos de mulheres gestantes e puérperas. Dentre as ações do Comitê de Mortalidade Infantil está sendo realizada a Revisão do Protocolo de Atendimento à Gestante,

Educação Continuada dos Profissionais e a Revisão da Ficha de Investigação de Óbito com o acréscimo de alguns itens.

1.3 Morbidade

1.3.1 Doenças Imunopreveníveis

Não tem havido registro de casos de Sarampo em Sorocaba desde 1999, por conta da adoção do “Plano de Erradicação de Sarampo” no município.

Com relação à tuberculose, no nosso município, em 1999 foram detectados 231 casos novos e, em 2000, foram 203 casos com uma incidência, em 1999, de 49,5 casos por 100.000 habitantes. Em 2001, nota-se um aumento na detecção de casos novos. O índice de cura tem aumentado e o percentual de abandono de tratamento diminuído. Em 2003 tivemos 219 casos novos de Tuberculose, o que nos leva a uma taxa de incidência de 41,42 casos por 100.000 habitantes, com taxa de abandono de 4% no mesmo período. Já em 2006, tivemos 168 casos novos, 6 recidivas, 293 pacientes em tratamento, 111 altas e 4 abandonos de tratamento.

Nossa cobertura para a vacina tetravalente, em menores de 1 ano, foi de 88,56% em 2003, 93% em 2004 e 90,47% em 2005.

1.3.2 Doenças de Notificação Obrigatória

O município de Sorocaba não registrava casos autóctones de Dengue até o ano de 2005. O número de focos encontrados de *Aedes aegypti*, por outro lado, continuava aumentado e, em 2006, registramos 44 casos autóctones.

Sorocaba registrou, até o final de 2000, 51 casos novos de Hanseníase. O número de casos diagnosticados tem aumentado por melhor sensibilização do Sistema de Atenção à Saúde. A taxa de detecção de Hanseníase foi de 16,64 casos por 100.000 habitantes em 2003 e de 12,6 casos por 100.000 habitantes em 2004, com taxa de abandono zero.

Tabela 46 Número de casos confirmados de doenças de notificação obrigatória – Sorocaba – SP, 2001 a 2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
AIDS	151	152	134	112	111	52	712
Coqueluche	5	1	6	0	6	4	22
Dengue - Casos Importados	15	61	25	5	7	62	175
Dengue - Casos Autóctones	0	0	0	0	0	44	44
Esquistossomose	48	17	22	18	18	19	142
Eventos Adversos Pós Vacinação	28	34	27	37	38	78	242
Hanseníase	58	56	86	67	75	45	387
Hepatites Virais	80	106	371	525	580	545	2.207
Leishmaniose Tegumentar Americana	14	22	18	20	6	7	87
Leishmaniose Visceral	2	0	0	0	0	0	2
Leptospirose	8	7	2	37	5	25	84
Malária	4	0	1	2	0	2	9
Meningite	134	268	131	140	140	150	963
Sífilis Congênita	1	0	0	4	2	1	8
Sífilis em gestante	0	0	0	0	0	3	3
Total	548	724	823	967	988	1.037	5.087

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

A taxa de incidência de meningites bacterianas foi de 9,27 por 100.000 habitantes em 2003 e de 7,78 em 2004, sendo que a confirmação foi por cultura e/ou contraímuno e/ou látex em 30,6% dos casos em 2003 e em 42,9% dos casos em 2004. Entretanto há uma baixa sorotipagem para doença meningocócica.

Tabela 47 Casos de meningite e suas etiologias. Sorocaba – SP, 2001 a 2006.

Etiologia - Meningite	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Meningocócemia	2	5	3	4	2	7	23
Meningite Meningocócica	4	3	0	2	2	6	17
Meningite Meningocócica com Meningocócemia	4	4	5	3	7	7	30
Meningite Tuberculosa	5	3	3	2	1	2	16
Meningite Bacteriana	38	61	39	25	21	23	207
Meningite não especificada	15	36	14	33	36	19	153
Meningite Viral	58	138	58	59	60	74	447
Meningite outra etiologia	5	14	6	2	9	8	44
Meningite por Pneumococos	2	4	2	9	2	4	23
Meningite pós vacinal	0	0	0	1	0	0	1
Total	133	268	130	140	140	150	961

1.3.3 Morbidade Hospitalar

As principais causas de internações no município de Sorocaba, no ano de 2005, foram as agrupadas no capítulo XV do CID 10: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério. Isso ocorre pelo fato de todos os partos, com ou sem complicações, serem classificados neste capítulo.

A segunda causa são as doenças do aparelho respiratório, principalmente na população acima de 60 anos, acompanhando as mudanças no perfil demográfico.

As “Causas Externas” são a quinta causa de internação em Sorocaba, o que mostra um perfil de grandes centros. Neste capítulo se enquadram todas as lesões, inclusive aquelas advindas do trânsito e de outras formas de violência. Esta é a principal causa de internações na população de 20 a 49 anos.

No quadro 8 temos o número total de internações por causa e faixa etária.

Quadro 8 Internações por faixa etária, segundo Capítulo do CID-10. Sorocaba-SP, 2005.

Internações: outubro 2004 a setembro 2005	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	>79 anos	Total
Gravidez parto e puerpério	-	-	-	37	1.180	3.160	1.389	164	2	1	1	-	5.934
Doenças do aparelho respiratório	532	694	488	157	64	145	159	192	218	267	368	332	3.616
Doenças do aparelho circulatório	3	8	8	7	14	117	291	501	752	758	711	369	3.539
Doenças do aparelho digestivo	46	170	200	99	102	262	334	473	515	347	248	114	2.910
Causas externas	14	109	123	116	252	640	408	362	224	112	117	81	2.558
Transtornos mentais	-	-	1	6	63	414	569	582	264	76	31	7	2.013
Doenças do aparelho geniturinário	43	164	150	70	79	228	256	272	261	215	178	65	1.981
Neoplasias (tumores)	3	53	39	24	36	115	193	337	252	278	234	81	1.645
Doenças do sistema nervoso	46	34	20	21	32	64	105	157	203	212	263	242	1.399
Doenças infecciosas e parasitárias	117	185	87	28	22	84	125	88	80	43	43	19	921
D. sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	11	34	25	31	112	123	147	134	75	60	22	774
Algumas afec do período perinatal	470	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	473
D. endócrinas nutricionais e metabólicas	21	50	38	19	16	24	21	31	56	50	55	34	415
Doenças do olho e anexos	1	10	21	21	10	47	33	30	41	57	88	35	394
Sint sinais achad anorm ex clín/ laborat	4	13	19	14	20	50	45	51	52	47	54	17	386
Imunidade e Sistema Hematopoiético	8	23	28	19	16	31	41	47	26	28	47	30	344
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	30	26	27	16	48	39	44	33	26	9	7	310

Malformações congênitas	53	75	44	39	15	32	10	6	8	4	7	5	298
Contatos com serviços de saúde	-	2	9	9	7	32	53	40	15	6	1	-	174
D. do ouvido e da apófise mastóide	1	2	7	9	6	5	10	1	3	-	-	-	44
TOTAL	1.367	1.635	1.342	748	1.981	5.610	4.204	3.525	3.139	2.602	2.515	1.460	30.128

Fonte: DATASUS

1.4 Nascimentos

O município de Sorocaba, por se constituir pólo regional de atenção à saúde, apresenta ocorrência anual de nascidos vivos em torno de 10.000 partos. Destes, em média histórica, 25% dos nascimentos pertencem a outros municípios. No ano de 2005, nasceram em Sorocaba 9.886 bebês, número bem inferior aos 12.161 que haviam nascido no ano 2000. Deste total, 7.754 são de pessoas residentes em Sorocaba, número também inferior aos 8.782 sorocabanos que nasceram no ano 2000.

Através da tabela 48 é possível observar que em torno de 15 % das mães são adolescentes e que 8,7% dos bebês tiveram baixo peso ao nascer.

Tabela 48 Peso do bebê ao nascer e idade materna dos residentes no município. Sorocaba-SP, 2005.

	-de 14	15-19	20-34	35e+	Ign	Total	%
101g a <500g	0	3	2	1	0	6	0,1%
501g a <1Kg	2	5	34	3	0	44	0,6%
1kg a 1,4kg	0	6	29	9	0	44	0,6%
1,5Kg a 2,4Kg	5	93	409	67	0	574	7,4%
2,5Kg a 2,9Kg	11	337	1442	192	0	1982	25,7%
3Kg a 3,9Kg	18	663	3515	530	2	4728	61,3%
4Kg e +	0	36	262	42	0	340	4,4%
Total	36	1143	5693	844	2	7718	100,0%
	% 0,5%	14,8%	73,8%	10,9%	0,0%	100,0%	

Fonte: SINASC

Na tabela 49 observa-se que 7,5% dos bebês foram prematuros, coincidindo com o baixo peso ao nascer (destacado em amarelo).

Tabela 49 Duração da gestação e peso ao nascer de bebês de mães residentes no município. Sorocaba – SP, 2005.

	Menos de 22 semanas	22-27 semanas	28-31 semanas	32-36 semanas	37-41 semanas	42 e+ semanas	Não informado	Total
101g a <500g	2	3	1	0	0	0	0	6
501g a <1Kg	2	28	11	3	0	0	0	44
1kg a 1,4kg	0	3	23	18	0	0	0	44
1,5Kg a 2,4Kg	0	0	14	262	297	0	1	574
2,5Kg a 2,9Kg	0	0	0	148	1831	3	0	1982
3Kg a 3,9Kg	0	1	1	60	4655	9	2	4728
4Kg e +	0	0	1	1	336	2	0	340
Total	4	35	51	492	7119	14	3	7718
	0,1%	0,5%	0,7%	6,4%	92,2%	0,2%	0,0%	100,0%

Fonte: SINASC

A tabela 50 mostra que 549 pessoas (destacadas em amarelo) realizaram número de consultas de pré-natal em quantidade inferior ao preconizado (7,11%), considerando

que o número de consultas de pré-natal depende da duração da gestação.

Tabela 50 Número de consultas de pré-natal e duração da gestação. Sorocaba-SP, 2005

Cons Natal	Pré- 22 sem.	Menos de 22-27 semanas	28-31 semanas	32-36 semanas	37-41 semanas	42 e+ semanas	Não informado	Total
Nenhuma	2	0	0	6	28	1	0	37
1-3 vezes	1	6	7	24	66	0	0	104
4-6 vezes	1	13	9	77	451	3	0	554
7 e +	0	16	35	385	6573	10	3	7022
Ignorado	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	4	35	51	492	7119	14	3	7718

1.5 Imunizações

A cobertura vacinal deve ser alcançada e mantida para haver impacto epidemiológico sobre a situação das doenças ou agravos objetos de controle.

No município de Sorocaba, embora em níveis de segurança, a cobertura vacinal mostra-se insatisfatória com relação aos índices preconizados pelo Ministério da Saúde (Tabela 51).

No ano de 2005 detectou-se uma diminuição nos índices de cobertura vacinal que teve como causas possíveis o atraso no calendário, o sub-registro de vacinas aplicadas e problemas de recursos humanos.

Tabela 51 Índice de cobertura vacinal em menores de 1 ano, segundo imunoterápico. Sorocaba-SP, 2005 e 2006.

Imunobiológico	Cobertura em 2005 (%)	Cobertura em 2006 (%)	Meta (%)
Sabin (3ª dose)	91,39	91,99	95,00
B.C.G. (1ª dose)	87,70	101,91*	95,00
Tetavalente (3ª dose)	90,47	91,71	95,00
Hepatite B (3ª dose)	83,06	86,79	95,00

Fonte: API/VE/PMS

* A partir de 2006 o município passou a vacinar todos os bebês nas maternidades, inclusive os residentes em outros municípios.

2 MODELO DE GESTÃO

2.1 Organização e funcionamento do sistema municipal de saúde de Sorocaba

O município de Sorocaba está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB SUS 96 desde maio de 1998. No processo de municipalização da saúde, com exceção do Conjunto Hospitalar de Sorocaba que continua sob gestão estadual, todos os outros serviços vinculados ao SUS estão sob a coordenação do gestor municipal.

A rede ambulatorial do SUS é formada em grande parte (72%) pela rede ambulatorial pública municipal, principalmente através de suas Unidades Básicas de Saúde. Na atenção hospitalar, ao contrário, 90% dos prestadores do SUS de Sorocaba são do setor privado filantrópico e contratado.

2.1.1 Conselho Municipal de Saúde de Sorocaba

O Conselho Municipal de Saúde de Sorocaba foi criado pela Lei Municipal nº 3.623 de 28 de junho de 1991 com caráter de órgão colegiado consultivo e opinativo nas questões referentes à política de saúde do município. Sua composição de 14 membros não respeitava a divisão paritária entre o segmento de usuários e os outros segmentos. Com essa característica de órgão colegiado consultivo e não paritário funcionou por 6 anos quando, em 18 de junho de 1997, a Lei Municipal nº 5.396 veio conferir ao Conselho a condição de órgão deliberativo e de composição paritária entre os segmentos dos usuários e dos prestadores de serviços de saúde. A mesma lei amplia seus objetivos, estabelece mandato coincidente com o do Prefeito Municipal e confere ao Secretário Municipal de Saúde a condição de Presidente.

Atualizou então o seu Regimento Interno, sendo aprovado através de Decreto Municipal nº 10.641, de 24 de junho de 1998.

Em outubro de 2006, a Lei nº 7.978 alterou o artigo 4º da antiga lei, passando a ser a composição do Conselho:

"Art. 4º - O Conselho será presidido pelo Secretário Municipal da Saúde e integrado por membros das entidades abaixo:

I - Representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde:

a) Dos Gestores

1) 01 (um) representante da Secretaria da Saúde do Município, na pessoa do seu Secretário;

2) 01 (um) representante da Secretaria da Educação;

3) 01 (um) representante do Conjunto Hospitalar de Sorocaba;

b) Dos Hospitais e Empresas

1) 01 (um) representante dos Hospitais/Empresas privadas, prestadores de serviços na área da saúde, de caráter filantrópico;

2) 01 (um) representante dos Hospitais/Empresas privadas, prestadores de serviços na área da saúde, de caráter não filantrópico;

3) 01 (um) representante da Fundação São Paulo PUC/Santa Lucinda;

c) Dos Profissionais na Área de Saúde

1) 01 (um) representante da área de saúde bucal;

2) 03 (três) representantes dos Funcionários Públicos da Saúde, sendo: um da área médica; um da enfermagem e um das demais áreas;

3) 01 (um) representante dos Funcionários Públicos Estaduais da Saúde;

4) 01 (um) representante dos Funcionários da Rede Privada, Prestadores de Serviços de Saúde;

II - Representantes dos Usuários

- a) 02 (dois) representantes do Sindicato de Empregados e Trabalhadores;
- b) 02 (dois) representantes das Sociedades Amigos de Bairro - SAB's;
- c) 1 (um) representante dos Movimentos da Mulher;
- d) 02 (dois) representantes das Associações de Doentes e Deficientes;
- e) 01 (um) representante das Associações de Aposentados e Pensionistas;
- f) 01 (um) representante do Sindicato Patronal;
- g) 01 (um) representante das ONG's/AIDS, que trabalham com assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e prevenção às DST/AIDS;
- h) 01 (um) representante das Entidades que trabalham com programas de saúde voltados para crianças e adolescentes;
- i) 01 (um) representante dos usuários dos Conselhos Locais das Unidades Básicas de Saúde".

Reúne-se em sessões ordinárias que ocorrem mensalmente ou em caráter extraordinário. As deliberações são registradas em livro ata.

2.1.2 Fundo Municipal de Saúde

A Lei Orgânica do Município de Sorocaba, promulgada em 05 de abril de 1990, já estabelecia que os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde constituiriam o Fundo Municipal de Saúde (FMS) e que o montante das despesas de saúde não poderia ser inferior a 13% das despesas globais do orçamento anual do município, antecipando-se ao que viria ser, posteriormente, objeto da Emenda Constitucional nº 29, aprovada em setembro de 2000.

Conforme disposto na Lei Orgânica do Município a regulamentação do FMS se deu através da Lei Municipal nº 3.767, de 20 de novembro de 1991. A lei estabelece como objetivo maior do FMS o gerenciamento e o controle dos recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde. O mesmo documento legal define que a presidência do FMS é do Secretário Municipal de Saúde com o apoio da Secretaria de Finanças, que seu funcionamento será estabelecido em Regimento e que o mesmo será acompanhado pelo Conselho Municipal de Saúde. As fontes de receita do FMS, bem como a necessidade da prévia autorização do Secretário Municipal de Saúde para a aplicação dos recursos financeiros disponíveis, também estão previstos na Lei 3.767. O Regimento Interno do FMS prevê como atribuições do Secretário Municipal de Saúde, seu presidente, entre outras, ordenar empenho e pagamento de despesas.

Atualmente existe uma comissão do Conselho Municipal de Saúde de Sorocaba para acompanhamento do FMS e a prestação de contas é feita a cada trimestre com a apresentação de balanço contábil. O FMS de Sorocaba movimenta, por ano, aproximadamente 60 milhões de reais.

2.1.3 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

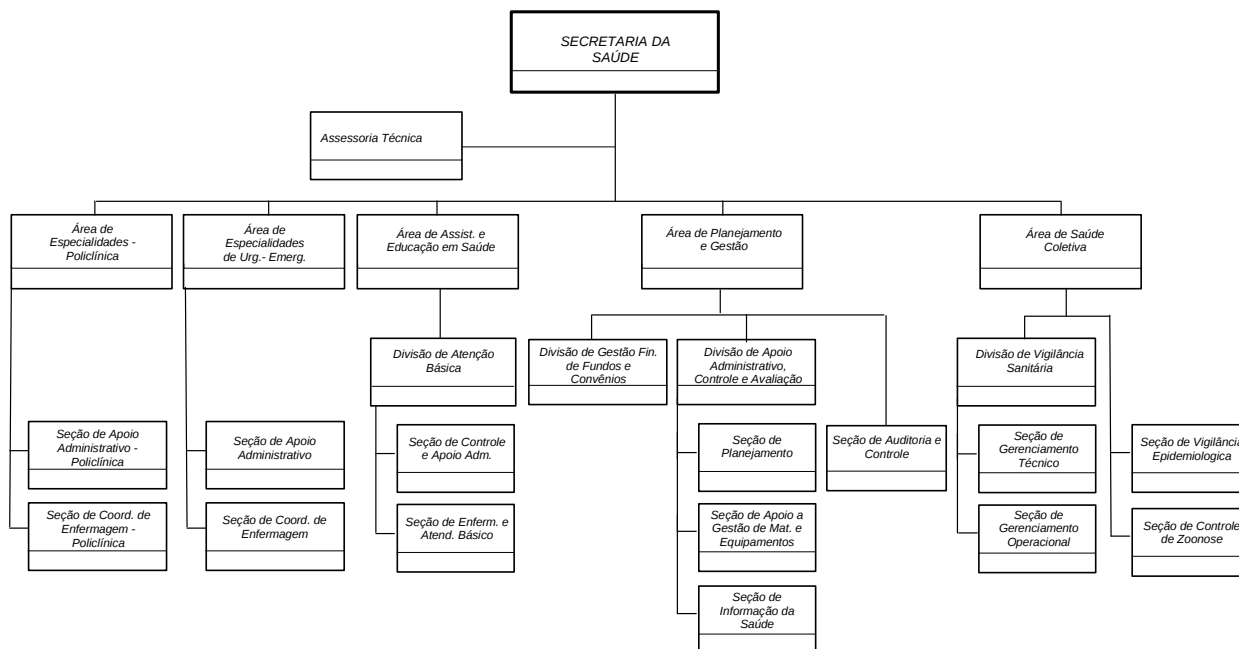
A Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba existe desde 28 de dezembro de 1982 quando foi criada pela Lei Municipal nº 2.184, integrada à Secretaria de Promoção Social (SESAP). A partir de 27 de outubro de 1989, a Lei 3.134 / 89 separou estas secretarias.

Em 17 de junho de 1997, a Lei Municipal nº 5.394 estabeleceu como competência da Secretaria Municipal de Saúde, além das atribuições genéricas das demais secretarias, também planejar, executar e fiscalizar as atividades referentes à saúde pública de sua responsabilidade, ou realizada supletivamente ao Estado e/ou União. Da mesma forma cabe a Secretaria Municipal de Saúde o desenvolvimento e aprimoramento dos serviços prestados à população, atuando diretamente com a comunidade para reduzir a necessi-

dade de assistência, através de ações em saúde preventiva.

A Figura 3 retrata a estrutura vigente do organograma criado na reforma administrativa realizada em 2005, pela Lei Municipal nº 7.370, de 02 de maio de 2005.

Figura 3 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Sorocaba-SP, 2005



As pessoas que ocupavam estes cargos, à época da elaboração deste plano, encontram-se citadas no início deste documento.

Existem instâncias da organização da Secretaria Municipal da Saúde, introduzidas como decorrência da Territorialização e do processo de Planejamento, e que vêm se mostrando úteis no aspecto gerencial e político interno. Trata-se das supervisões regionais e supervisores de ações programáticas.

2.2 Recursos Humanos

No ano 2.000 a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba possuía 1.577 funcionários atuando nos seus vários serviços, sendo 92% constituído de servidores públicos municipais e 8% de servidores municipalizados: 109 da esfera de governo estadual e 29 da União, conforme tabela abaixo.

Tabela 52 Conjunto de funcionários da Secretaria da Saúde. Sorocaba – SP, 2000.

Cargo	Quantitativo por esfera de governo			
	Municipal	Estadual	Federal	Total geral
Administrativos	71	9	3	83
Agente de vigilância sanitária	20	0	0	20
Assistente social	0	2	0	2
Atendente	0	26	0	26
Atendente de consultório dentário	59	0	0	59
Auxiliar de enfermagem	413	11	5	429
Auxiliar de enfermagem plantonista	78	0	0	78
Auxiliar de serviços	0	13	2	15
Cirurgião dentista	140	7	3	150

Enfermeiro	100	3	2	105
Médico	325	24	14	363
Médico plantonista	70	0	0	70
Motoristas	53	0	0	53
Psicólogo	0	5	0	5
Recepcionista de pronto atendimento	32	0	0	32
Serventes	62	0	0	62
Técnico de laboratório	16	0	0	16
Telefonista	0	2	0	2
Terapeuta ocupacional	0	2	0	2
Visitador sanitário	0	5	0	5
Total	1.439	109	29	1.577

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba

Os servidores de nível superior representavam a maior parte do total de 1.577 funcionários. O maior contingente dessa mão de obra é a da categoria médica com 395 profissionais ou 27% do total. Os profissionais de nível médio correspondem a 40,1% do total e, destes, a grande maioria é formada por auxiliares de enfermagem. O pessoal administrativo representa 7,4% e o pessoal de apoio (serventes, motoristas e auxiliares de serviços) 8,2%. Em 02/02/1999 foi contratada empresa para execução de serviços de limpeza e zeladoria.

Essa quantidade de funcionários era insuficiente para operacionalizar os serviços e programas e para fazer frente as responsabilidades da gestão municipalizada. Diante das dificuldades de substituição de pessoal e ampliação de seu quadro, o município lançou mão da contratação temporária através de testes seletivos. Esse procedimento mostrou-se impróprio para os propósitos da Secretaria Municipal de Saúde, e acarretou uma série de dificuldades para a gestão, principalmente rotatividade dos componentes das equipes, quando uma das metas preconizadas era a criação de vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, e a integração da equipe. Outro problema constatado foi a perda do investimento na capacitação do servidor que, após vencimento do contrato teria, obrigatoriamente, que ser desligado do quadro. Havia também um desgaste político da gestão ao ter que demitir, periodicamente, servidores da saúde. Para minimizar estes problemas a Prefeitura Municipal de Sorocaba programou, para o ano de 2001, a realização de concurso público para diversas categorias profissionais.

No decorrer dos anos a Prefeitura tem procurado adequar o número de funcionários conforme podemos ver nas tabelas a seguir:

Tabela 53 Número de pessoas que trabalham na Secretaria da Saúde e sua proporção em relação à população do município. Sorocaba-SP, 2002 a 2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
Assistência	1.120	1.089	1.109	1.207	1.287
Chefias / supervisão	64	60	61	78	78
Saúde Coletiva	34	34	34	33	39
Função administrativa	134	140	136	132	138
Staf Assistencial	132	125	120	120	115
Total Funcionários:	1.484	1.448	1.460	1.570	1.657
População	517.553	528.727	539.877	565.182	578.071
Funcionários / 10.000 hab.	28,7	27,4	27,0	27,8	28,7

Tabela 54 Número de pessoas que trabalham na Secretaria da Saúde, por função. Sorocaba-SP, 2002 a 2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
ADMIN.PROPRIOS III	1	0	0	0	0
ADMINISTRADOR AUTONOMO	1	0	0	0	0
AGENTE DE VIG.SANITARIA I	19	19	19	17	22
AJUDANTE GERAL	2	1	1	1	1
ASSESSOR TECNICO	3	4	3	2	2
ASSIST.DE ADMIN.I	19	21	21	20	19
ASSIST.DE ADMIN.II	27	28	29	27	28
ASSIST.DE ALMOXARIFE	2	2	2	2	2
ASSIST.DE SECRET.EXPEDIENTE	1	1	0	0	0
ASSIST.SOCIAL I	7	5	7	8	8
ATENDENTE DE CONSULT. DENTARIO	50	48	53	53	55
AUX.DE ADMINISTRACAO	10	9	7	7	7
AUX.DE ENFERMAGEM	377	352	355	367	404
AUX.DE SAUDE	11	9	8	8	8
AUX.DE SERVICOS	27	26	26	26	25
AUX.ENFERM.PLANTONISTA	80	91	95	117	143
BIOLOGO I	0	0	0	2	2
BIOMEDICO I	1	1	1	1	1
CH.DE DIVISAO	4	5	5	4	4
CH.DE SECAO	7	6	5	13	13
CIRURGIAO DENTISTA **	6	5	7	5	5
CIRURGIAO DENTISTA I	123	121	117	119	124
COMPRADOR II	1	1	1	1	1
COORD. TECN. UNID.DE SAUDE	34	33	36	38	38
DIR.DE AREA	3	3	2	5	5
ENCANADOR	0	0	1	1	1
ENFERMEIRO **	5	3	3	3	3
ENFERMEIRO I	83	83	81	86	94
ESTAG.NIV.MEDIO 6 HORAS	6	7	4	3	2
ESTAG.NIV.SUPERIOR 6 HORAS	13	11	12	12	8
FARMACEUTICO	1	1	1	4	4
FISCAL DE SAUDE PUBLICA	12	11	11	9	9
FISIOTERAPEUTA I	5	5	4	4	4
FONOAUDIOLOGO	1	1	1	1	1
MEDICO CLIN.GERAL	14	12	11	12	12
MEDICO DO TRABALHO	1	1	1	1	1
MEDICO GERIATRICO	2	2	2	2	2
MEDICO GINECO/OBSTETRA	3	3	3	3	3
MEDICO I	260	253	262	292	280
MEDICO OFTALMOLOGISTA	1	1	1	0	0
MEDICO ORTOPEDISTA	1	1	1	1	1
MEDICO PEDIATRA	16	15	15	14	14
MEDICO PLANTONISTA	76	78	81	107	120
MEDICO PSIQUIATRA	1	1	1	1	1
MEDICO RADIOLOGISTA	1	1	1	1	1
MEDICO VETER. I	1	2	2	2	2
MEDICO VETER. ZOONOSE	2	2	2	3	4
MOT.ESPEC.VEIC.PESADO	2	2	2	2	2
MOT.ESPECIALIZADO	31	30	30	30	29
MOT.VEICULOS PESADOS	6	6	5	6	6
MOTORISTA	30	29	27	24	23

OF.ADMINIST. I	6	11	11	9	10
OF.ADMINIST. II	0	2	2	2	2
PROFESSOR CURSOS LIVRES AUTON.	2	0	0	0	0
PSICOLOGO I	5	5	5	8	9
RECEP.PRONTO ATENDIMENTO	29	28	26	29	35
SECRETARIA DE GABINETE	1	2	3	1	1
SECRETARIO	1	1	1	1	1
SERVENTE	21	19	19	19	18
SUPERV.AREA DE SAUDE	10	8	9	15	15
TEC.EM RAO X	2	2	2	2	2
TEC.LAB.ANAL.CLIN. I	16	15	16	16	19
TEC.LAB.ANAL.CLINICAS	1	1	0	0	0
TELEFONISTA	0	0	0	1	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL I	2	2	2	2	2
Contagem global	1.486	1.448	1.461	1.572	1.659

Fonte: Divisão de Recursos Humanos e Secretaria Municipal de Saúde.

No processo de planejamento local, que vem sendo executado através de oficinas de trabalho periódicas, com a participação dos servidores das unidades básicas de saúde, foram destacados diversos problemas, relacionados aos recursos humanos, que impedem ou dificultam o alcance da missão estabelecida pela equipe. Esses problemas, apontados pelos próprios trabalhadores das unidades, refletem aspectos corporativos particulares da categoria dos servidores públicos municipais, como a insatisfação com a remuneração recebida, mas também contribuem para mostrar outras dimensões de problemas no sistema de saúde.

Entre estes se destacam: (1) falta de rotinas de atendimento; (2) falta de conhecimento sobre o SUS; (3) falta de motivação; (4) falta de integração entre a equipe e desta com a comunidade; (5) falta de um canal de comunicação entre as unidades básicas de saúde e o nível central da Secretaria Municipal de Saúde; (6) falta de ações para inverter a lógica do modelo da doença. Para abordar estes problemas, estão sendo propostas várias operações, através da estratégia da Educação Permanente.

O processo de planejamento tem-se mostrado um elemento aglutinador da equipe e uma boa iniciativa inclusive no campo de desenvolvimento de recursos humanos.

Tomando como base o mês de agosto de 2001, os 1.528 servidores públicos do município de Sorocaba, que atuavam diretamente na Secretaria Municipal de Saúde, correspondiam a 25,8 % do total de funcionários da Prefeitura e o impacto financeiro da sua folha de pagamento sobre o montante total era de 30,12 %. Em 2006, este montante chegava a 38%.

A organização da carreira, cargos e salários dos servidores públicos municipais da saúde está contemplada na Lei Municipal nº 3.971, de 24 de julho de 1992.

2.3 Processo de planejamento e acompanhamento

Em 17 de julho de 1998, foi realizada a primeira Oficina de Planejamento Estratégico Organizacional da gestão que estabeleceu como missão da Secretaria Municipal de Saúde: *Definir, viabilizar e executar políticas e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida da população de Sorocaba.*

No período de 16 de março até 24 de junho de 1999, foi realizado o Curso de Capacitação para Gerentes de Unidades Básicas de Saúde de Sorocaba com carga horária de 196 horas, que contou com a participação de 45 dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde. O evento foi muito importante para consolidar a importância do planejamento no processo de gestão da saúde.

Com essa determinação, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou, a partir de novembro de 1998, o processo de Territorialização e, em seguida, o Planejamento Estratégico Local nas 26 unidades básicas da rede municipal de saúde. Esse processo contou com o auxílio de uma empresa de consultoria com experiência neste tipo de atividade, e mobilizou a todos os servidores que atuam nos Centros de Saúde, proporcionando 212 horas treinamento. Além da delimitação das áreas de abrangência da unidade básica de saúde e da sua caracterização em microáreas homogêneas de risco, o processo de Territorialização serviu também para estimular a criação dos Conselhos Locais de Saúde.

Após a realização da Oficina de Territorialização, foram realizadas Oficinas de Planejamento Local. Novamente as unidades básicas de saúde, com seus servidores, foram mobilizadas para, democraticamente, construir um plano de ação que consiste em: (1) definição da sua missão; (2) levantamento dos principais problemas que dificultam ou impedem o alcance dessa missão; (3) análise minuciosa de cada problema levantado como prioritário e, ao final, (4) proposição de operações para resolver os problemas.

A partir de então, foram incorporadas na rotina da unidade básica de saúde, oficinas mensais de planejamento onde os problemas identificados são analisados e as operações em curso são avaliadas. Os problemas sem a governabilidade da unidade básica são remetidos para o Planejamento do Nível Central da Secretaria. Desse processo surgiu a necessidade da criação de uma instância de gerência regional que aglutinasse várias unidades básicas de saúde. Estas *5 supervisões regionais* tinham a incumbência de incentivar o processo de planejamento, estimulando a participação dos servidores, estimular a criação dos conselhos locais de saúde e servir de elo de ligação com o nível central, dando encaminhamento à solução dos problemas que forem sendo identificados.

Nos anos de 2002 e 2003 a Secretaria passou por uma grande crise devido ao vencimento de contratos temporários sem a devida reposição destes pela administração. Este cenário favoreceu para que as oficinas e o processo de planejamento local fossem abandonados pelas unidades. Em 2003 foi retomada a capacitação dos coordenadores de unidade básica de saúde e foi renovada a equipe de supervisão, agora para trabalhar com outro enfoque: consolidar o modelo de Vigilância em Saúde nas UBSs. Esta estratégia envolvia a pactuação da unidade com a equipe de supervisores para alterar as rotinas da unidade de saúde com base na consolidação dos princípios do SUS. Durante o processo eleitoral, em 2004, houve troca do Secretário Municipal de Saúde porque o atual era candidato à prefeitura de Sorocaba. Durante este período houve a desestruturação da “supervisão de vigilância em saúde”.

A partir de 2005 o planejamento ficou restrito ao nível central da Secretaria da Saúde e a supervisão passou a ter enfoque operacional.

Em 2006, optou-se pela Educação Permanente como estratégia para retomar o processo de planejamento. Para isso foi criado o Núcleo de Educação Permanente. O Núcleo optou por criar em cada UBS uma equipe de educação permanente local que tem por função repensar os processos de trabalho das unidades com o enfoque na vigilância em saúde e o atendimento integral ao usuário. Esta equipe se reúne mensalmente e, em 2007, retomou o processo de planejamento local.

2.4 Ações de controle, avaliação e auditoria

Foi através da Lei Municipal nº 5.394, de 17 de junho de 1997, que as ações de controle, avaliação e auditoria foram institucionalizadas com a criação da Área de Planejamento e Gestão da Saúde na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Esta Área era composta por duas divisões e uma seção. A Divisão de Planejamento e Controle possuía seis profissionais médicos que realizavam auditoria analítica das ações ambulatoriais e hospitalares. Possuía também 2 administradores que realizavam ações de avaliação e controle dos serviços ambulatoriais, credenciados e próprios, como laborató-

rios de patologia clínica, centros de saúde e pronto atendimentos. Os oito auxiliares administrativos cadastravam as unidades de saúde e cuidavam da recepção e expedição de documentos. A divisão também fazia acompanhamento e controle dos contratos e convênios firmados pelo município.

O componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria foi criado através do Decreto Municipal nº 11.061, de 11 de agosto de 1998, que conceituou as ações de controle, avaliação e auditoria, definiu seu âmbito de ação, estabeleceu restrições para o exercício das funções previstas, remeteu a apuração de eventuais indícios de irregularidade a um processo administrativo e deu ao Conselho Municipal de Saúde a prerrogativa de solicitar auditoria especial, quando necessário.

Em dezembro de 1998, tendo em vista os novos desafios do setor com a habilitação do município de Sorocaba na Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB SUS/96, o setor realizou seu planejamento estratégico definindo como missão: *programar, avaliar e auditar com eficiência as ações de saúde e os recursos do SUS no município de Sorocaba, em consonância com a missão da SES.*

Os principais problemas do setor foram levantados:

- Falta de diagnóstico da situação do setor;
- Ausência do setor no organograma oficial da SES;
- Não definição da competência legal (cargos, salários e funções) nas atividades do setor;
- Insuficiente integração entre as atividades do setor com outros setores da SES, das outras Secretarias e com outras esferas de governo;
- Insuficiente infra-estrutura física, de material e recursos humanos;
- Relação contratual inadequada com os prestadores de serviços;
- Repasses financeiros da Gestão Plena insuficientes (inferior à média histórica).

As principais propostas para enfrentamento destes problemas foram:

- Sistematização da coleta de dados;
- Modificação do atual organograma, com a criação da divisão de Auditoria e Controle;
- Criação de rotina de reuniões entre os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde;
- Criação de mecanismos e instrumentos padronizados para acompanhamento dos recursos do SUS;
- Elaboração de plano para estruturação física do setor;
- Contratação e capacitação de pessoal para o setor;
- Parcerias entre o município e os prestadores de serviços através de instrumentos contratuais e convênios;
- Fornecimento de subsídios para o gestor negociar o teto financeiro do município;
- Criação de mecanismos efetivos de controle interno e externo

Em 2005 foi reestruturado o setor com a reforma administrativa sendo criada a Área de Planejamento e Gestão, a Divisão de Gestão Financeira de Fundos e Convênios, a Seção de Auditoria e Controle, a Divisão de Apoio Administrativo, Controle e Avaliação, a Seção de Planejamento, a Seção de Apoio à Gestão de Materiais e Equipamentos e a Seção de Informação da Saúde.

2.4.1 Gestão da prestação de serviços pelo setor privado

A gestão da prestação de serviços realizados pelo setor privado se dá através dos instrumentos contratuais ou convênios firmados. Na área hospitalar são 9 entidades privadas conforme discriminação contida na tabela abaixo e 2 hospitais Estaduais. Na área ambulatorial são 23 entidades que prestam serviços ao SUS municipal.

Tabela 55 Entidades privadas prestadoras de serviço de saúde para o SUS de Sorocaba na área hospitalar, segundo natureza. Sorocaba-SP, 2007.

Nome da entidade	Natureza
Hospital Evangélico	Filantropico
Banco de Olhos de Sorocaba	Filantropico
GPACI (Hosp. Sarina R. Caracante)	Filantropico
Santa Casa Misericórdia de Sorocaba	Filantropico
Associação Protetora dos Insanos	Filantropico
Hospital Psiquiátrico Vera Cruz	Não filantropico
Instit. Psiquiátrico André Teixeira Lima	Não filantropico
Mental Medicina Especializada	Não filantropico
Hospital Santa Lucinda	Universitário

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 56 Entidades privadas prestadoras de serviço de saúde para o SUS de Sorocaba na área ambulatorial, segundo natureza. Sorocaba-SP, 2007.

Nome da entidade	Natureza
Hospital Evangélico	Filantropico
Banco de Olhos de Sorocaba	Filantropico
GPACI (Hosp. Sarina R. Caracante)	Filantropico
Santa Casa Misericórdia de Sorocaba	Filantropico
Associação Protetora dos Insanos	Filantropico
Bioclínica Lab. Análises Clínicas	Não filantropico
Clínica Radiológica de Sorocaba	Não filantropico
Lab. de Análises Clínicas de Sorocaba	Não filantropico
Lab. de Patol. e Citologia de Sorocaba	Não filantropico
Nucleon Rad. Fis. Médica	Não filantropico
Ass. Pro-Reinteg. S. Criança	Filantropico
Instit. Patol. e Citologia de Sorocaba	Não filantropico
Souza Areas Lab. Análises Clínicas	Não filantropico
Siaclin Serv. Integ. Anal. Clínicas	Não filantropico
Clínica Ultr. Dr. Alúzio C. Bardi	Não filantropico
Serv. de 3ºs – Médicos – cod. 7	Não filantropico
Assoc.P.Aud.Sor.-APADAS	Filantropico
Ambulatório Associação Criança	Filantropico
Centro Atenção Psicossocial	Não filantropico
FSP - HospSanta Lucinda	Universitário
Santa Luzia - fisioterapia	Não filantropico
Linus Pauling	Não filantropico
Felizola e Sigashi/ Diagplus	Não filantropico

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Os contratos e convênios, inicialmente, foram sub-rogados do Estado de São Paulo para o município de Sorocaba na ocasião da municipalização; posteriormente, houve a contratação através de processo licitatório e, no caso das entidades filantrópicas, foram celebrados convênios.

2.5 Relação com as demais esferas gestoras do SUS

2.5.1 Articulação com outros municípios

A Comissão Intergestores Bipartite Regional de Sorocaba – CIR, sob a presidência do 16º Departamento Regional de Saúde – DRS XVI, é composta por 48 municípios e membros representantes da Secretaria de Estado de Saúde e seus serviços regionais.

A CIR faz reuniões mensais, com pauta previamente definida, para deliberação de assuntos pertinentes à organização do SUS na região. O Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo – COSEMS/SP, não possui instância descentralizada operante na região de Sorocaba. O processo de programação e pactuação da referência é conduzido pela DRS XVI e discutido na CIR.

2.5.2 Ações conjuntas ou exclusivas executadas pelas esferas estadual e federal

No processo de municipalização, com a habilitação de Sorocaba na Gestão Plena do Sistema Municipal ocorrido em 1998, o Complexo Hospitalar de Sorocaba permaneceu sob a gestão do governo estadual.

O complexo Hospitalar de Sorocaba é formado pelo Conjunto Hospitalar de Sorocaba, entidade pública estadual, e pelo Hospital Santa Lucinda, entidade privada filantrópica, mantida pela Fundação São Paulo. O complexo Hospitalar, é um hospital universitário, servindo de campo de estágio para os cursos de medicina e enfermagem. Tem uma Unidade Regional de Emergência e um Ambulatório Regional de Especialidades, sendo referência nas médias e altas complexidades para o município de Sorocaba e região.

3 Financiamento

Apesar da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/91 e Lei Federal 8142/91) já disporem sobre o financiamento do setor saúde, foi a Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, que definiu o percentual das receitas vinculáveis que cada esfera de governo deve destinar ao setor saúde partindo, no caso dos municípios, do mínimo de 7% em 2000 até atingir 15% no exercício de 2004, numa razão de acréscimo anual nunca inferior a 1/5 da diferença por ano.

Para a vinculação das receitas, o tratamento dado aos Municípios é semelhante àquele dado aos Estados. A Emenda deixa explícita a obrigatoriedade de vincular recursos para financiamento das ações e serviços de saúde. Esse cálculo deve ser feito sobre a receita proveniente dos impostos a que se refere o artigo 156 da Constituição Federal e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, I, “b” e §3º, bem como a Lei Complementar n.º 87/96.

Quadro 9 Emenda Constitucional 29 – Receitas Vinculáveis dos Municípios

Receitas (Fontes)
Receitas de Impostos Municipais:
• Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU • Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS • Imposto sobre a Transmissão Inter-Vivos de Bens e Direitos sobre Imóveis – ITBI
Receitas de Impostos Transferidos pela União e pelo Estado:
• Fundo de Participação dos Municípios – FPM • Imposto Territorial Rural – ITR • Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF • ICMS • IPVA • IPI / Exportação • ICMS Exportação – Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir) • Receita de Dívida Ativa Tributária de Impostos

Fonte: NOTA TÉCNICA SIS/DPI N.º 002/2001. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde. 2001.

O município de Sorocaba, na sua Lei Orgânica promulgada em 5 de abril de 1990, já explicitava sua proposta de garantir recursos financeiros mínimos para saúde. Antecipando-se à Emenda Constitucional nº 29, o §2º do Artigo 136 da Lei Orgânica Municipal já previa que o montante das despesas de saúde não poderia ser inferior a 13% das despesas globais do orçamento anual.

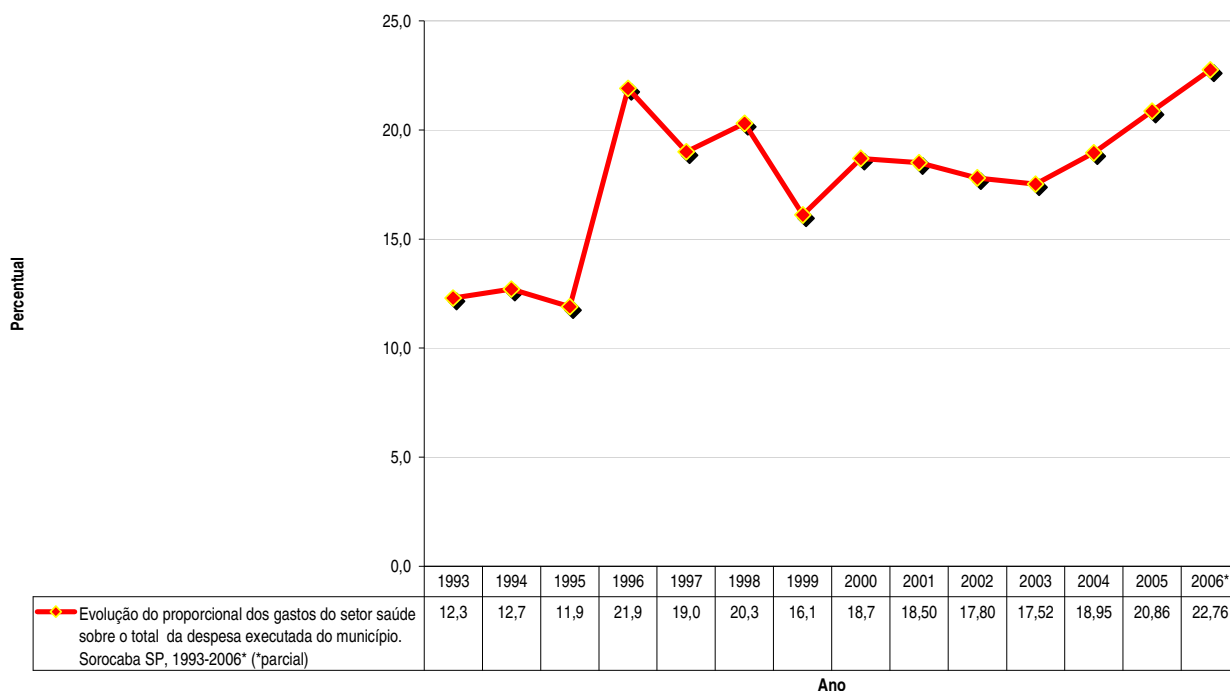
Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba mostram que o município, em 1993, já gastava aproximadamente 12% do orçamento próprio em saúde e que, a partir de 1996, aumentou significativamente esses gastos para 21%. Em 2006, os dados do Sistema de Informações do Orçamento Público da Saúde – SIOPS, mostram que o município de Sorocaba gastou 22,76% em saúde, o que supera em muito as exigências da Emenda Constitucional nº 29.

O município tem participado cada vez mais do financiamento do setor saúde e os repasses das outras esferas têm se mostrado insuficientes. Analisando as despesas com saúde e a receita tributária, corrigindo os valores pelo IGPM, observamos que, ano a ano, as despesas com saúde são crescentes e, apesar da receita tributária ser também crescente, os gastos com o custeio do sistema tem limitado o poder de investimento no setor. Por outro lado, o repasse financeiro do SUS não tem crescido proporcionalmente às necessidades do município.

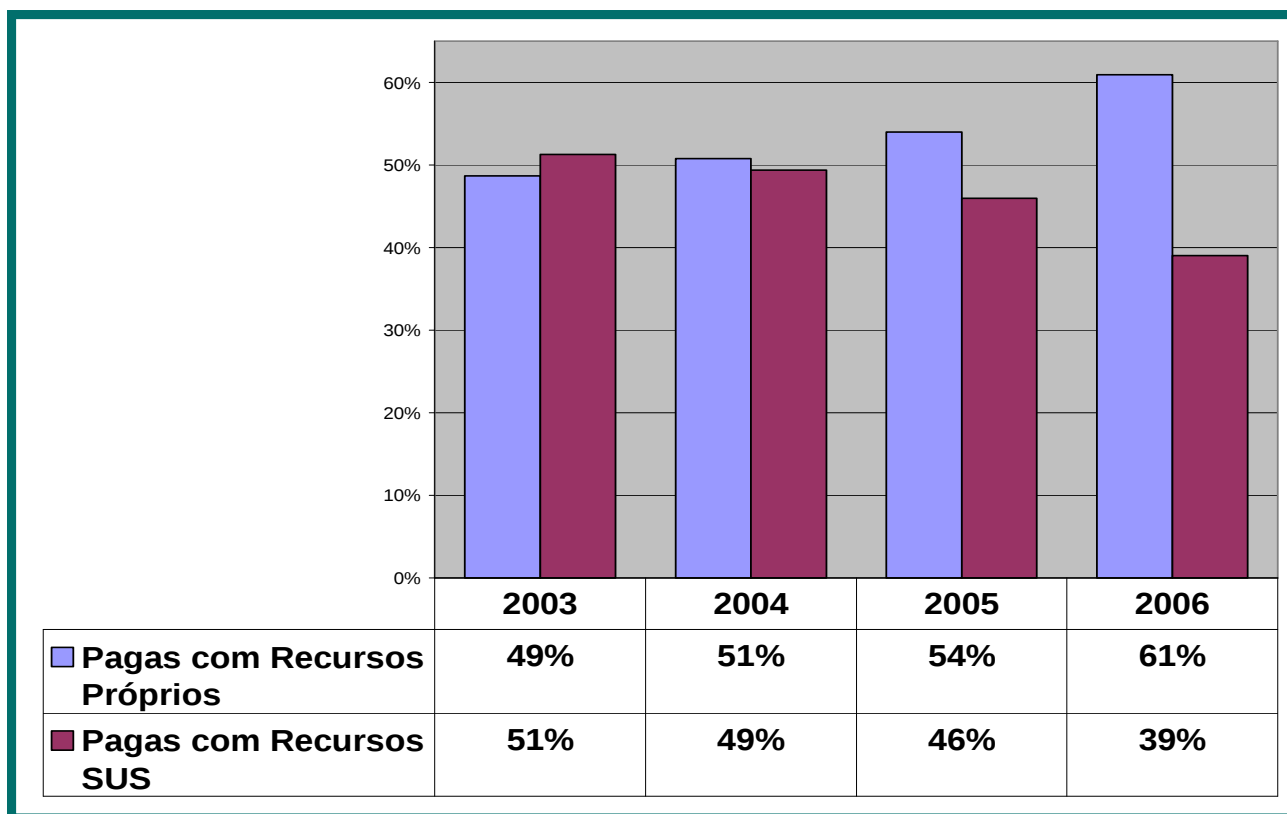
Os demonstrativos a seguir foram construídos através de dados obtidos no SIOPS.

Gráfico 16 Evolução do proporcional dos gastos do setor saúde sobre o total da despesa executada do município. Sorocaba-SP, 1993 a 2007.

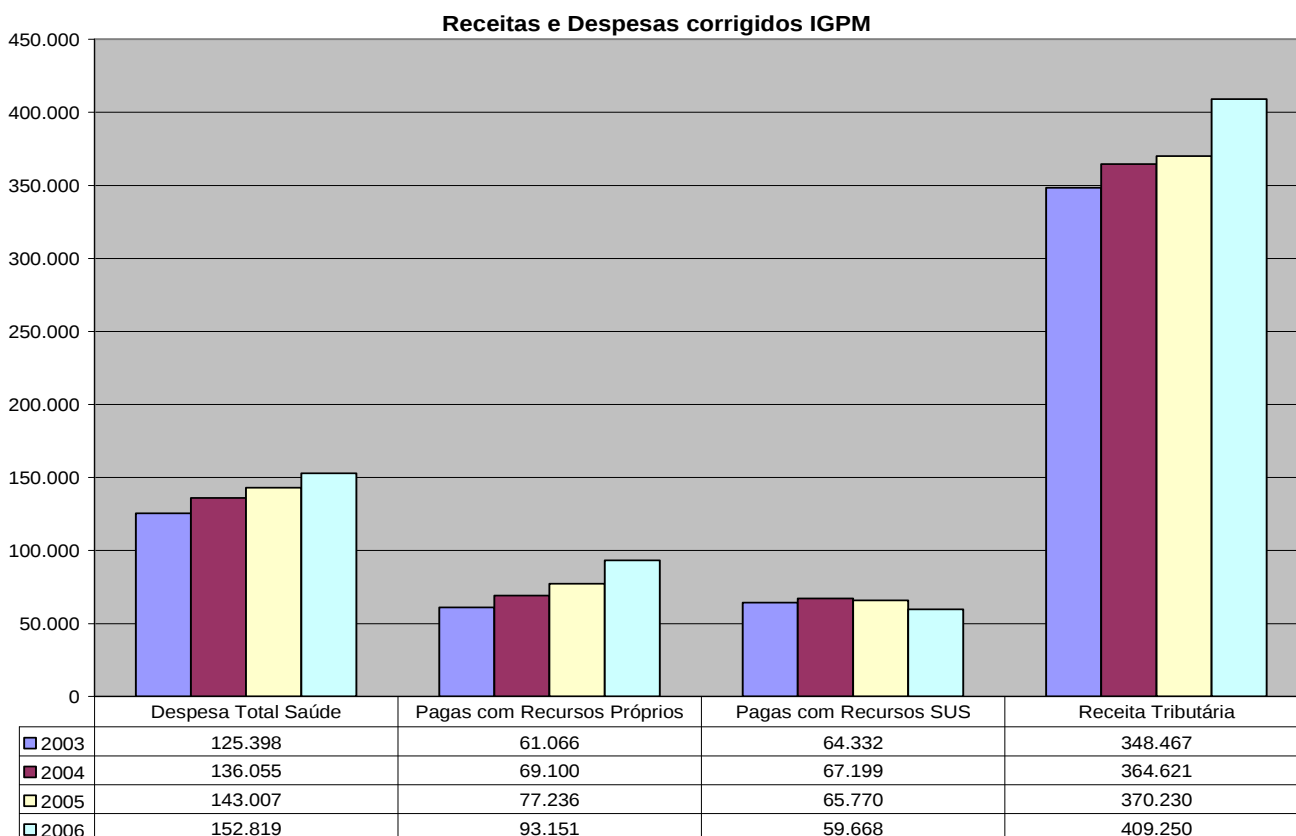
Evolução do proporcional dos gastos do setor saúde sobre o total da despesa executada do município. Sorocaba SP, 1993-2006* (*parcial)



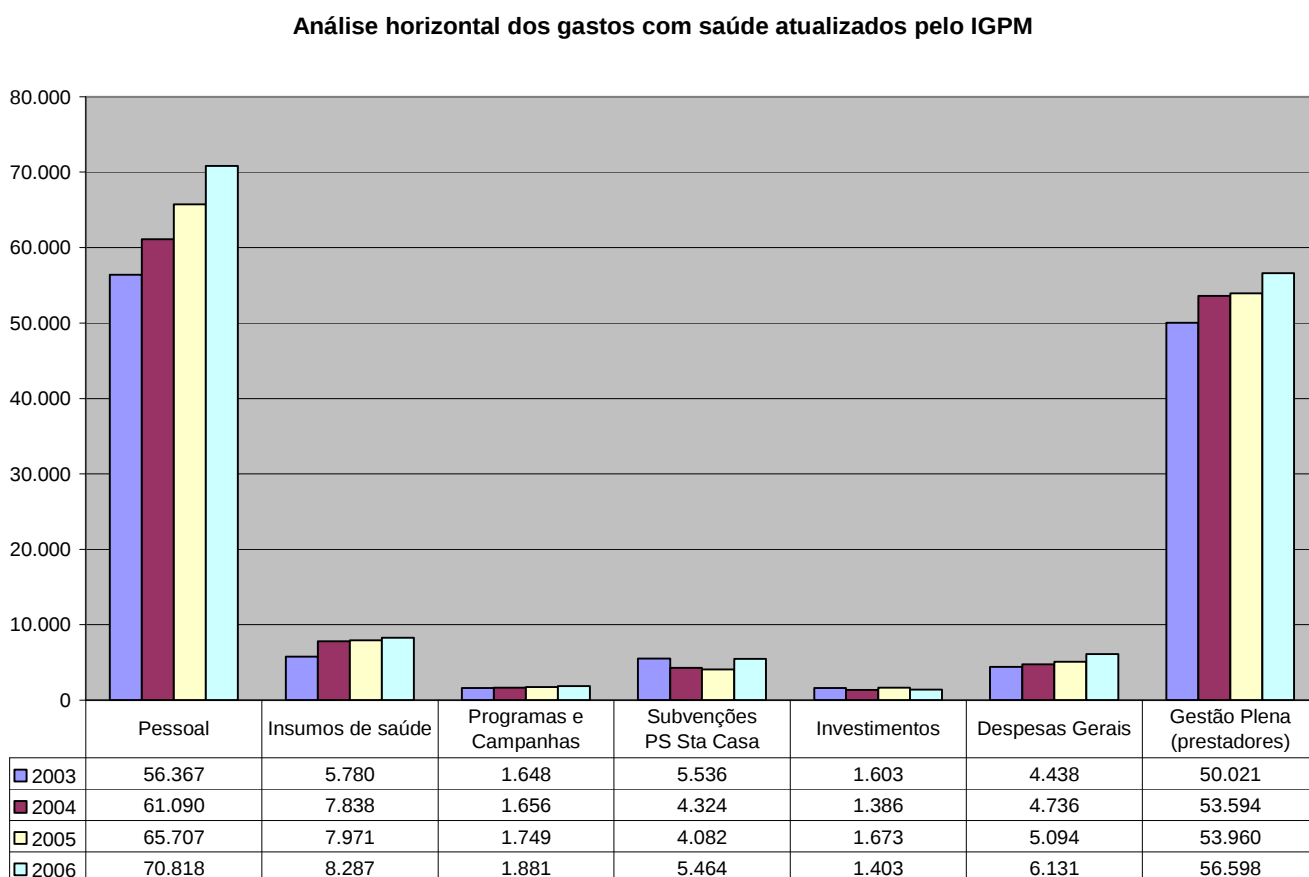
Quadro 10 Relação entre as despesas pagas com recursos próprios do município e as pagas usando os recursos de repasse do SUS. Sorocaba-SP 2003 a 2006.



Quadro 11 Despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais e do SUS, e receita tributária do município, corrigidas pelo IGPM. Sorocaba-SP, 2003 a 2006.



Quadro 12 Série histórica das despesas com saúde por natureza de gasto. Sorocaba – SP, 2003 a 2006.



E. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O objetivo deste planejamento é o de garantir que as ações propostas possam ser abrangentes, respeitando as singularidades de etnia, cor, idade, deficiências, orientação sexual, cultura e religião, proporcionando acessibilidade a serviços mais eficientes e humanizados, onde o foco da atenção é a autonomia do sujeito. Entendemos como autonomia o empoderamento das pessoas e a co-responsabilização pela saúde, buscando conhecimento que promove desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida (indivíduo, família e comunidade). Simultaneamente faz-se necessária uma contínua reflexão sobre os processos de trabalho na saúde, estabelecendo uma estratégia de educação permanente dos trabalhadores da saúde e da comunidade. É neste contexto que se impõe a consolidação do conceito de vigilância em saúde, que tem como foco o indivíduo e não apenas a doença, onde se procura identificar diferenças, vulnerabilidades, conhecer e atuar sobre o território e estimular a prática participativa no processo de trabalho.

1 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

Sorocaba conta com uma rede de atenção básica composta por 27 Centros de Saúde e 5 Unidades de Pronto Atendimento. Dos 27 Centros de Saúde, 4 operam como unidades de Saúde da Família. Além dessas unidades, contamos com serviços móveis para o atendimento odontológico e saúde da mulher.

As UBSs trabalham em conjunto com o Conselho Local de Saúde e direcionam suas ações às necessidades locais. Periodicamente realizam oficinas de planejamento para melhor atender às necessidades da população da sua área de abrangência.

Quadro 12 Unidades básicas de saúde e a população estimada por faixa etária para o ano 2006 (projeção), tendo como base o CENSO IBGE 2000. Sorocaba-SP.

2006	População Total na área	Pop. SUS estimada	População Aivo (SUS) na área Clín. Médica	População Aivo (SUS) na área Pediatria	População Aivo (Gineco SUS) na área	População Aivo (Obstetra SUS) na área
ANGELICA	15.173	10.924	11.930	3.242	6.388	3.521
APARECIDINHA PSF	9.194	9.194	7.081	2.112	2.690	1.676
BARAO	16.308	11.741	12.402	3.905	6.536	3.743
BARCELONA	17.231	12.406	14.070	3.160	7.404	3.760
BRIGADEIRO TOBIAS	12.920	9.302	9.739	3.180	4.959	2.935
CAJURU	7.220	5.198	5.338	1.881	2.679	1.669
CERRADO	33.245	23.936	27.734	5.510	15.162	7.486
EDEN	18.107	13.037	13.748	4.358	6.947	4.281
ESCOLA	19.065	13.726	16.525	2.539	9.284	3.860
IORE	18.392	13.242	14.671	3.720	7.797	4.233
HABITETO PSF	4.985	4.985	2.896	2.088	1.513	1.103
HARO	25.745	18.536	20.929	4.815	11.397	6.063
HORTENCIA	20.801	14.976	17.406	3.394	9.501	4.369
LARANJEIRAS	37.673	27.124	27.259	10.413	13.985	9.122
LOPES	27.711	19.951	20.143	7.567	10.437	6.500
MARCIA MENDES	40.624	29.249	32.532	8.091	16.911	9.346
MARIA DO CARMO	31.214	22.474	24.955	6.258	13.201	7.274
MARIA EUGENIA	21.244	15.295	15.625	5.618	8.110	5.216
MINEIRAO	25.041	18.029	18.766	6.274	9.729	5.902
NOVA ESPERANCA	12.732	9.167	8.792	3.939	4.529	2.933
NOVA SOROCABA	12.191	8.777	9.203	2.987	4.809	2.945
SABIA PSF	8.138	8.138	6.007	2.130	3.088	1.913
SANTANA	23.921	17.223	20.520	3.400	11.342	4.853
SAO BENTO	17.876	12.870	12.783	5.092	6.618	4.266
SIMUS	26.069	18.769	20.196	5.872	10.671	6.205
SOROCABA I	31.636	22.777	22.346	9.289	11.793	7.787
VITORIA REGIA área não PSF	28.795	20.732	20.117	8.677	10.483	6.926
VITORIA REGIA PSF	15.450	15.450	10.793	4.656	5.625	3.716
Todos CSs	578.701	416.664	444.506	134.167	233.588	133.603

Os Centros de Saúde desenvolvem atividades direcionadas à sua área geográfica de abrangência, nas seguintes áreas de atenção:

1.1 Área de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

Tem como objetivo a equidade, promoção, prevenção e assistência à saúde, para as pessoas na faixa etária de 0 a 18 anos, 11 meses e 29 dias, priorizando o grupo de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias.

Promove ações que visam o acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor, do estado nutricional e vacinal, caracterizando e classificando os fatores de risco. Realiza busca ativa dos indivíduos em situação de risco biológico e social. Realiza também discussão e análise de 100% das investigações de óbito em menores de 1 ano, através do Comitê de Mortalidade Infantil.

São estratégias dessa área:

- Programa RN de Risco: realiza acompanhamento específico ao recém-nascido com risco biológico e/ou social por uma equipe multiprofissional, através da captação nas maternidades que integram o SUS e posterior encaminhamento, conforme o risco, à Policlínica Municipal de Sorocaba, UBS, Clínica DST/AIDS, e também realiza visitas domiciliares e agenda consultas para o RN até quinze dias de vida e consulta às mães (puerpério);
- Bebê Saudável: acompanhamento das crianças menores de 1 ano internadas nos Hospitais que integram o SUS, agendando, após a alta da criança, consulta na UBS de referência e também realizando visitas domiciliares quando necessárias;
- Programa de Asma: atendimento de crianças portadoras de Asma (0 a 12 anos completos) e fornecimento das medicações específicas para o tratamento e controle da doença. Este atendimento, no momento, é realizado na Policlínica Municipal de Sorocaba ou nas UBSs, de acordo com a classificação do caso;
- Unidade Básica de Saúde: porta de entrada preferencial a todas as crianças da área de abrangência, garantindo atendimento no dia aos menores de 5 anos. Realiza vigilância ativa aos menores de 1 ano e crianças em situação de risco; incentiva o Aleitamento Materno exclusivo até 6 meses (amamentação); orienta a doação ao Banco de Leite Humano; realiza Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); fornece Suplementação Alimentar e seu acompanhamento e garante 100% de cobertura vacinal;
- Unidade Pré Hospitalar Zona Norte e Pronto Socorro Municipal: atendimento em urgência e emergência por pediatras 24 horas.

Existem outras ações já citadas no item 1.2 deste plano.

1.2 Programa Escola Saudável

Este programa visa contribuir para o desenvolvimento das potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos escolares, professores e pessoas que se relacionam com a comunidade escolar, através de ações pedagógicas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Tem como público alvo as crianças de 0 a 10 anos matriculadas nas escolas públicas do município. Desenvolve as seguintes ações:

- Saúde visual: procura detectar precocemente problemas que possam levar a alguma perda de visão, melhorando a aprendizagem e o desempenho escolar em alunos de 1ª a 4ª séries;
- Saúde bucal: promove saúde bucal através de orientações sobre escovação diária e alimentação saudável;
- Saúde geral: orienta e incentiva hábitos saudáveis, melhorando a qualidade de vida da população;
- Saúde auditiva: detecta precocemente distúrbios auditivos, melhorando a aprendizagem e o convívio social da criança;
- Projeto Agente de Saúde Mirim: estratégia para o combate à dengue, que proporciona

uma melhor conscientização dos alunos de 1ª a 4ª séries para que os mesmos sejam capacitados a identificar, orientar e eliminar os criadouros do *Aedes aegypti*;

- Capacitação de profissionais: oferece oportunidade de aquisição e fortalecimento de conceitos sobre educação e saúde, contando com parcerias;
- Alimentação saudável: promove e amplia a consciência dos alunos e da comunidade sobre hábitos alimentares saudáveis que podem ser adquiridos na infância;
- Ambiente saudável: orienta e desenvolve ações que possibilitam o bem estar diário;
- Espaço jovem nas escolas: enfoca a saúde física, psíquica e social do jovem;
- Aprendendo com a diversidade: possibilita a convivência acolhedora e harmônica entre todas as pessoas que compõem a comunidade escolar. Busca detectar precocemente distúrbios psicológicos e da fala, melhorando a aprendizagem e o convívio social da criança.

1.3 Área de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Objetiva o atendimento integral à saúde das mulheres, com enfoque gineco-obstétrico considerando diversos fatores tais como seu meio social e etnia. Atua priorizando o atendimento humanizado e qualificado das gestantes, objetivando a assistência e redução da mortalidade materno-infantil. Promove ações de planejamento familiar, de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e de redução da morbimortalidade por câncer ginecológico e de mamas. Estimula atividades coletivas, visando a inserção integral da mulher na comunidade.

Realiza investigação, através do Comitê de Mortalidade Materna, de 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.

São estratégias desta área:

- Unidade Básica de Saúde:
 - Atendimento clínico-ginecológico;
 - Atendimento para 100% das gestantes de baixo risco biológico;
 - Exames de triagem para prevenção de câncer ginecológico e de mama;
 - Planejamento Familiar, incluindo orientação e fornecimento dos métodos anticoncepcionais;
 - Prevenção e tratamento de DST/AIDS;
 - Atendimento das puérperas pré agendadas.
- Policlínica:
 - Atendimento das gestantes de alto risco biológico e social;
 - Tratamento do câncer ginecológico e de mama;
 - Núcleo de Planejamento Familiar, para realização de vasectomia e laqueadura tubária;
 - Ambulatório de acompanhamento psicológico para mulheres vítimas de violência sexual.
- Clínica DST / AIDS:
 - Acompanhamento ginecológico das mulheres soropositivo para HIV, incluindo pré-natal para as mesmas (Programa de Transmissão Vertical Zero).
- Maternidades:
 - As parturientes são referenciadas, evitando falta de leitos no momento do parto. Sorocaba conta com 3 maternidades de referência.
- Ambulatório de Cirurgia Ginecológica:
 - Parceria com a Santa Casa de Sorocaba para realização de cirurgias ginecológicas.

1.4 Área de Atenção à Saúde do Adulto

Faz atendimento integral à saúde da população com idade maior que dezenove anos, com o acompanhamento periódico das doenças crônicas de maior prevalência nessa faixa etária, como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Atua na promoção de saúde com atividades de melhoria nos hábitos da população, objetivando uma vida mais saudável através de projetos como: Caminhada, Vida Saudável e Controle do Tabagismo.

1.5 Área de Saúde Bucal

Desenvolve ações de promoção, prevenção e assistência na área de odontologia a todas as faixas etárias, prevenindo e/ou minimizando os danos causados pelas doenças bucais de maior prevalência.

Tem como diretriz a equidade, utilizando a epidemiologia para o seu planejamento. Desenvolve ações na Policlínica, UBSs e escolas públicas do município.

São estratégias desta área:

- Unidade Básica de Saúde:
 - Realiza ações de promoção e prevenção para todas as faixas etárias, através de palestras, orientações sobre higiene bucal e alimentação saudável, aplicação de flúor e teste de placa bacteriana;
 - Promove assistência odontológica nas áreas de dentística, doenças gengivais, cirurgias de pequeno porte e urgências para todas as faixas etárias;
 - Prioriza crianças de 0 a 14 anos (fase de crescimento facial), gestantes e diabéticos, utilizando critérios de risco, evitando que os agravos das doenças bucais tragam danos à saúde geral.
- Policlínica
 - Atua nas especialidades de endodontia, periodontia, dentística (restaurações de resina com pinos intrarradicular), cirurgia oral menor, diagnóstico bucal e pacientes especiais.
- DST/AIDS:
 - Desenvolve ações de saúde bucal em pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, com um enfoque maior voltado à lesões orais.
- Escolas:
 - Módulos e trailer: realizam ações de promoção, prevenção e assistência aos escolares, priorizando as áreas de maior risco social na faixa etária de 0 a 10 anos;
 - Serviço de Educação, Prevenção e Triagem Odontológica - SEPTO: realiza ações de educação, prevenção e triagem odontológica, referenciando às UBSs as crianças que necessitam de tratamento.

1.6 Estratégia Saúde da Família

Estratégia realizada nas UBSs de Aparecidinha, Vila Sabiá, Vitória Régia e Habite-to. Desenvolvem atividades de assistência básica dentro das diretrizes do PSF/ Ministério da Saúde, tais como:

- Diagnóstico de saúde local, mantendo cadastro atualizado das famílias da sua área de abrangência;
- Mapeamento da região focalizando áreas de risco e equipamentos sociais (Igrejas, Escolas, Sociedades de Amigos de Bairro, ONGs);
- Mapeamento das microáreas para a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde;

- Visitas domiciliares para garantir a efetiva vigilância dos grupos de maior risco (recém-nascidos, acamados, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansenianos, etc.);
- Reuniões sistemáticas com a comunidade buscando o desenvolvimento local através do exercício da cidadania, da autonomia e do auto-cuidado, contribuindo para o protagonismo social.

2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento de urgência e emergência municipal é realizado pela Unidade Regional de Emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, pelo Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, pela Unidade Pré-Hospitalar Zona Norte e por quatro unidades de Pronto Atendimento (Laranjeiras, Humberto de Campos, Éden e Brigadeiro Tobias).

As urgências oftalmológicas são atendidas pelo Hospital Oftalmológico.

O Ministério da Saúde regulamenta a Unidade Regional de Emergência do Conjunto Hospitalar como sendo de nível terciário e o Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia como nível secundário.

Durante o ano de 2006, as unidades de Pronto Atendimento e a Unidade Pré-Hospitalar da Zona Norte atenderam em torno de 550.000 consultas.

A partir de meados do ano de 2004, foram iniciados estudos para a implantação do SAMU-192, que teve seu Regimento Interno, aprovado pelo Decreto Nº 14.280, de 24 de novembro de 2004. Em 28 de setembro de 2005 foi dada posse ao Comitê Gestor do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Município de Sorocaba, cuja primeira Reunião Ordinária ocorreu em 27 de outubro do mesmo ano. Em 2007 iniciou o atendimento nas ruas.

A expectativa com esse novo serviço, através da ação efetiva do médico regulador no sistema é:

- Otimizar os recursos disponíveis;
- Regular a utilização, disponibilização e referência das vagas existentes;
- Diminuir o tempo de resposta para atendimento dos casos urgentes;
- Pronta orientação técnica qualificada com o objetivo de reduzir seqüelas e melhorar o prognóstico dos pacientes atendidos.

Entender o ambiente de uma sala de urgência como o retrato instantâneo do que está ocorrendo na cidade naquele momento, permite traçar correções que se mostrem pertinentes, visando a excelência no serviço público em todas as áreas, prevenindo acidentes e mapeando agravos.

3 REDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A rede de atenção secundária hoje é composta por: Policlínica Municipal de Especialidades, Ambulatório de Saúde Mental, Clínica DST/AIDS, Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e Serviço de Atendimento Domiciliar aos Acamados.

3.1 Policlínica Municipal

O ambulatório de especialidades da Policlínica está instalado no prédio do antigo Hospital São Severino, que foi adquirido pelo município e totalmente reformado. Possui uma área física de 3.000 m² que abriga os seguintes serviços:

- Especialidades: cardiologia adulta e infantil, endocrinologia adulto e infantil, neurologia adulto e infantil, nefrologia, oncologia, ortopedia, reumatologia, pneumologia adulto e infantil, tisiologia, alergologia, hansenologia, oftalmologia adulto e infantil, dermatologia, ginecologia, obstetrícia (pré-natal de alto risco), cirurgia plástica, otorrinolaringolo-

gia, gastro-cirúrgica, urologia, cirurgia vascular, pequenas cirurgias, cirurgia pediátrica, Recém-nascido de risco e gastroenterologia adulto e infantil;

- Diagnose: endoscopia digestiva, ultrassonografia e radiologia;
- Pequenas cirurgias: pequenos procedimentos cirúrgicos não contaminados;
- Centro cirúrgico: procedimentos cirúrgicos de média complexidade;
- Ambulatório dos Programas da Hanseníase e Pé Diabético: atendimento dos pacientes em controle e tratamento da hanseníase e pacientes diabéticos com lesões nos pés. Realização de curativos e prevenção de incapacidade física. Conta com sala de espera, dois consultórios e sala administrativa;
- Programa da Tuberculose: atendimento dos pacientes em controle e tratamento da tuberculose. Conta com sala de espera própria, consultório, sala da coordenação e sala administrativa;
- Programa do Atendimento ao Recém Nascido de Risco: atendimento dos recém nascidos com maior risco, biológico e social, de adoecerem. Conta com equipe multidisciplinar envolvendo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, administrativo e motorista;
- Central de agendamento: realiza a gestão das agendas das especialidades e a distribuição de vagas entre os Centros de Saúde e outras unidades que partilham as vagas de especialidades. Estas vagas são, na sua maioria, disponibilizadas através de sistema de informática;
- Ambulatório de tratamento das feridas: serviço onde são realizados curativos para úlceras venosas, arteriais e neuropáticas. O paciente é tratado em sua fase aguda e encaminhado para o Centro de Saúde com orientação para continuidade do tratamento;
- Setor de fisioterapia: conta com 5 salas de terapia, sala de trabalho de grupo, consultório para avaliações e sala de espera exclusiva, onde fisioterapeutas da prefeitura e da UNIP, através de convênio, prestam serviços aos pacientes;
- Farmácia: distribuição de medicamentos para os pacientes em tratamento na Policlínica;
- Serviço Odontológico: referência odontológica para toda a rede básica. Oferece atendimento nas áreas de: endodontia (tratamento de canal), periodontia (tratamento de patologias da gengiva), dentística (tratamento restaurador para grandes destruições dentárias), cirurgia oral menor, diagnóstico bucal e pacientes especiais;
- Serviço de raio X odontológico : realiza apenas radiografia periapical;
- Serviço de avaliação audiométrica: realização de exames simples de audiometria;
- Serviço de assistência social: centraliza as ações de assistência social promovidas pelos programas estabelecidos na Policlínica, bem como prestam atendimentos gerais durante o plantão social.

A Policlínica possui 254 funcionários entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, auxiliares de consultório dentário, psicólogos, assistentes sociais e funcionários administrativos .

No ano 2004, a Policlínica realizou 209.422 atendimentos, sendo 114.621 consultas médicas e 94.801 (36,8 %) procedimentos (exames + procedimentos médicos, odontológicos, de enfermagem e outros). Desde a sua inauguração a capacidade produtiva desta unidade já foi ampliada em 44%, sendo 25% na área de atendimento ambulatorial e 77% nos procedimentos. Esta ampliação continuou com a inauguração, em 2005, do serviço de fisioterapia, com a adequação do espaço do programa de hanseníase e curativos, com o início do programa de atendimento aos portadores de pé diabético, além da ampliação do atendimento de especialidades como cardiologia e urologia.

Em 2006 o número total de atendimentos foi de 246.033, sendo 130.112 (54%)

consultas médicas e 115.921 (46%) procedimentos.

3.2 Ambulatório de Saúde Mental

O Ambulatório de Saúde Mental até o ano de 1996, era regional, sendo responsabilidade do Estado, quando foi municipalizado, passando a ser administrado pela Prefeitura Municipal de Sorocaba.

Hoje a equipe multiprofissional faz atendimento e orientação à pacientes e seus familiares. O grupo é composto por médicos psiquiatras, psicólogos, farmacêutico, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem e pessoal de apoio administrativo.

Os pacientes chegam ao serviço através:

- da central de vagas do próprio do ambulatório;
- por encaminhamento interno;
- por pedidos judiciais;
- por demanda livre para alcoolistas.

O Ambulatório oferece os seguintes serviços:

- Atendimento psiquiátrico;
- Atendimento psicológico a partir de 0 (zero) anos;
- Atendimento com terapeuta ocupacional pelos alunos da UNISO;
- Consulta de enfermagem;
- Atendimento de enfermagem;
- Fornecimento de medicamentos;
- Orientação aos demais funcionários das Unidades Básicas de Saúde;
- Supervisão dos hospitais psiquiátricos da cidade de Sorocaba, conforme normas do Ministério da Saúde;
- Apoio psicoterápico a pais de crianças atendidas pelos GPACI, Associação Criança e FEBEM;
- Laudos para adoção.

No ambulatório de saúde mental são desenvolvidos os seguintes programas:

- Psicóticos;
- Neuróticos;
- Sexualidade;
- Alcoolismo;
- Grupo de orientação aos pais;
- Grupo de medicamentos;
- Atendimento geriátrico.

3.3 Atendimento Domiciliar ao Acamado

O Atendimento Domiciliar ao Acamado da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba iniciou-se em 17 de dezembro de 1999.

Este serviço é voltado ao atendimento às pessoas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde por estar sem condições biológicas de locomoção. Acompanha pacientes estáveis, que não necessitem de complexidade tecnológica hospitalar, proporcionando melhor qualidade de vida e oferecendo atendimento personalizado.

O atendimento valoriza o vínculo familiar, reduz risco de infecção hospitalar e contribui para otimização dos leitos hospitalares. Promove também ações de saúde, higiene e nutrição visando melhoria das condições de vida do paciente e seus familiares, minimizando os efeitos das doenças crônicas degenerativas ou neoplásicas e suas incapacidades.

Uma equipe multidisciplinar realiza consultas médicas, procedimentos de enfermagem, curativos, troca de sondas, orientações higieno-dietéticas, inalações, procedimentos

de reabilitação (fisioterapia e terapia ocupacional), coleta de exames no domicílio (laboratoriais, diagnose e E.C.G.) e treinamento de prestadores de cuidados.

Para ser atendido pelo programa, basta qualquer pessoa solicitar a visita da equipe através do telefone 0800-554060. Este pedido passa pela avaliação do serviço e se preencher os critérios estabelecidos pelo programa, uma equipe é enviada à casa do paciente, faz um plano de acompanhamento e o tratamento é iniciado.

Com o objetivo de facilitar a operacionalização, o município foi dividido em 5 áreas geográficas, sempre atendidas pela mesma equipe. Parte do pessoal (10 médicos, 5 enfermeiras, 10 auxiliares de enfermagem) está dividida em 5 equipes de assistência, uma para cada região geográfica. Outro grupo faz parte da equipe de apoio: 1 médico fisiatra, 3 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicóloga, 2 assistentes sociais e um terceiro grupo é responsável pela central 0800: 1 enfermeiro, 1 auxiliar administrativo e 2 teleatendentes que realizam o gerenciamento operacional e de atendimento. O serviço possui 10 veículos com rádio e motoristas.

3.4 Clínica de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) / AIDS e Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)

Em Sorocaba, o atendimento foi instituído em 1992, com um médico que atendia durante 4 horas por dia no Centro de Especialidades Municipal. Durante o ano de 1993, o Ministério da Saúde ofereceu proposta de financiamento de um Centro de Apoio Sorológico (COAS) que foi inaugurado em dezembro do mesmo ano ampliando, assim, a disponibilidade de testes ANTI HIV e as ações educativas no município.

Em 1995, foi inaugurada a Clínica de DST / AIDS e atualmente conta com equipe multiprofissional que faz o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, e também é referência em infectologia para todas as unidades básicas de saúde.

A análise temporal da AIDS mostra que a epidemia em Sorocaba, no momento, está em regressão, pois há diminuição do número de casos, redução na prevalência da infecção na população e que mostra nítida tendência de ser uma epidemia, veiculada por transmissão sexual, que acomete em iguais proporções homens e mulheres.

De maneira complementar, é fundamental destacar que as intervenções terapêuticas adotadas estão determinando que a transmissão vertical no município já se constitua em evento raro, e que a mortalidade pela doença em geral sofreu drástica redução.

Assim, conclui-se que: a doença no município nos próximos anos deve acometer um número cada vez menor de pessoas que serão, na sua grande maioria, adultos na maturidade, os quais terão quadros clínicos crônicos de longa duração; as intervenções comportamentais serão as principais armas neste próximo período, haja vista que ainda não há boas perspectivas de vacinas eficazes em curto prazo.

No período entre 1985 e 2004, tivemos 2.238 casos notificados de AIDS no município; destes, 1.499 (67%) são do sexo masculino e 739 (33%) do sexo feminino; esses valores acompanham a tendência do estado de São Paulo.

No ano de 2004, tivemos 81 casos notificados de AIDS onde 67% eram homens e 33% mulheres mantendo a relação de M/F de 2/1. Em relação à faixa etária, Sorocaba não notificou nenhum caso de 0-14 e 15-19 anos, sendo que 42% dos casos foram notificados na faixa etária de 20-34 anos, 49% na de 35-49 anos e 9% na de 50 anos e mais.

No período de 1985 a 2004, segundo categoria de exposição, tivemos 12% dos casos entre os bi e homossexuais, 36% entre usuários de drogas e 40% entre heterossexuais. Visualizamos nesses dados a queda para 0% em 2004 para os hemofílicos, transfusionados e transmissão vertical.

A transmissão vertical em nosso município vem apresentando, desde sua implantação em 1998, ótimos resultados sendo que, desde 2003, não houve transmissão do vírus da AIDS para nenhuma das crianças acompanhadas.

4 Rede Hospitalar

Sorocaba possui 11 hospitais vinculados ao SUS, cadastrados no SIH/SUS. Aproximadamente 27,3% destes estabelecimentos são privados com fins lucrativos e 45,5% privados sem fins lucrativos (filantrópicos).

Tabela 57 Hospitais vinculados ao SUS. Sorocaba-SP, 2007.

Hospital	Tipo	Natureza
Associação Protetora dos Insanos	Psiquiátrico	Filantrópico
Banco de Olhos de Sorocaba	Oftalmologia e Otorrinolaringologia	Filantrópico
GPACI (Hosp. Sarina R. Caracante)	Câncer Infantil	Filantrópico
Hospital Evangélico	Geral	Filantrópico
Hospital Leonor Mendes de Barros	Geral	Público Estadual
Hospital Psiquiátrico Vera Cruz	Psiquiátrico	Não Filantrópico
Hospital Regional	Geral	Público Estadual
Hospital Santa Lucinda	Geral	Universitário
Instit. Psiquiátrico André Teixeira Lima	Psiquiátrico	Não Filantrópico
Mental Medicina Especializada	Psiquiátrico	Não Filantrópico
Santa Casa Misericórdia de Sorocaba	Geral	Filantrópico

Fonte: CNES

No tocante à oferta de leitos cadastrados por habitante, o município de Sorocaba mostra expressiva diferença quando comparado com os dados do estado de São Paulo ou de outros estados. Em Sorocaba a oferta é de aproximadamente 4,6 leitos/1.000 habitantes, enquanto no estado temos 2,6 leitos/1.000 habitantes. A oferta de leitos por habitante é inferior à do Estado quando se exclui do cálculo os leitos psiquiátricos, que representam 52% do total.

Tabela 58 Comparação do número de leitos entre Sorocaba e estado de São Paulo. 2007.

Número de leitos / 1000 habitantes (março 2007)	Existente	Sus	Não Sus
Estado de São Paulo	2,6	1,6	0,9
Sorocaba (todos)	4,6	3,9	0,7
Sorocaba (excluindo Psiquiatria)	2,2	1,5	0,7

Fonte: CNES

Na tabela a seguir verificamos o número de leitos hospitalares existentes no município de Sorocaba em março de 2007. A distribuição desses leitos hospitalares, segundo especialidades, mostra uma grande disparidade se comparada com os dados do estado de São Paulo. Mais da metade dos leitos hospitalares de Sorocaba (52%) são psiquiátricos, quando a proporção no estado é de 14%.

Tabela 59 Número de leitos, por especialidade, no município. Sorocaba-SP, 2007.

Tipo de Leito	Existente	Percentual	Sus	Não Sus
Cirúrgico	388	14,4%	300	88
Clínico	452	16,7%	289	163
Obstetrícia	129	4,8%	78	51

Pediatria	98	3,6%	72	26
UTI Adulto	78	2,9%	28	39
UTI Infantil	13	0,5%	9	4
UTI Neonatal	30	1,1%	7	13
Unidade Isolamento	1	0,0%	1	0
Crônicos	80	3,0%	80	0
Psiquiatria	1403	52,0%	1400	3
Reabilitação	24	0,9%	0	24
Tisiologia	4	0,1%	4	0
TOTAL GERAL	2700	100,0%	2289	411

Fonte: CNES

A rede hospitalar do SUS de Sorocaba apresentou, segundo dados do SIH/SUS, no ano de 2006, 51.315 internações, o que corresponde a 10,6% da população estimada para o referido ano e 2,3% do total de internações realizadas no estado de São Paulo. Das 51.315 internações realizadas, 15.707 são do setor público e 35.608 são do setor privado.

A especialidade que teve o maior número de internações foi a cirúrgica, seguida pela clínica médica e obstetrícia. No estado de São Paulo, as especialidades que mais internaram foram cirurgia, clínica médica e obstetrícia, como em Sorocaba. O que chama a atenção porém, é o fato de que as internações psiquiátricas representaram 9,93% do total de internações no município, enquanto no estado de São Paulo representaram apenas 3,22%.

Tabela 60 Número de internações, por especialidade, no município. Sorocaba-SP, 2006.

	Estado de São Paulo	Sorocaba	% correspondente à Sorocaba
TOTAL	2.282.498	51.315	2,2%
Clínica cirúrgica	762.449	25.427	3,3%
Obstetrícia	442.662	6.196	1,4%
Clínica médica	733.836	10.175	1,4%
Cuidados prolongados (Crônicos)	5.207	118	2,3%
Psiquiatria	73.465	5.094	6,9%
Tisiologia	3.990	35	0,9%
Pediatria	255.213	4.270	1,7%
Reabilitação	193	0	0,0%
Psiquiatria - hospital dia	5.483	0	0,0%

Fonte: DATASUS

5 Laboratório Municipal

O Laboratório Municipal “Dr. Djair Íscaro” faz exames de análises clínicas de toda a rede municipal de atenção básica e secundária da saúde. Faz também exames Anti HIV e Tuberculose aos presos das duas penitenciárias da cidade.

A partir de 1997 o laboratório, passou por um processo de modernização dos equipamentos dobrando a capacidade de produção e aumentando a oferta de exames de maior complexidade.

Atualmente os resultados dos exames são enviados aos Centros de Saúde e Policlínica através de sistema “on line”, sendo possível receber um exame colhido pela manhã no mesmo dia, dependendo da sua natureza. A impressão dos resultados é feita na própria unidade que solicitou o exame, eliminando o fluxo de papéis entre unidades. Realiza aproximadamente 45.000 exames por mês, o que corresponde a 65% de toda produção ambulatorial do município.

Anexos

Serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba

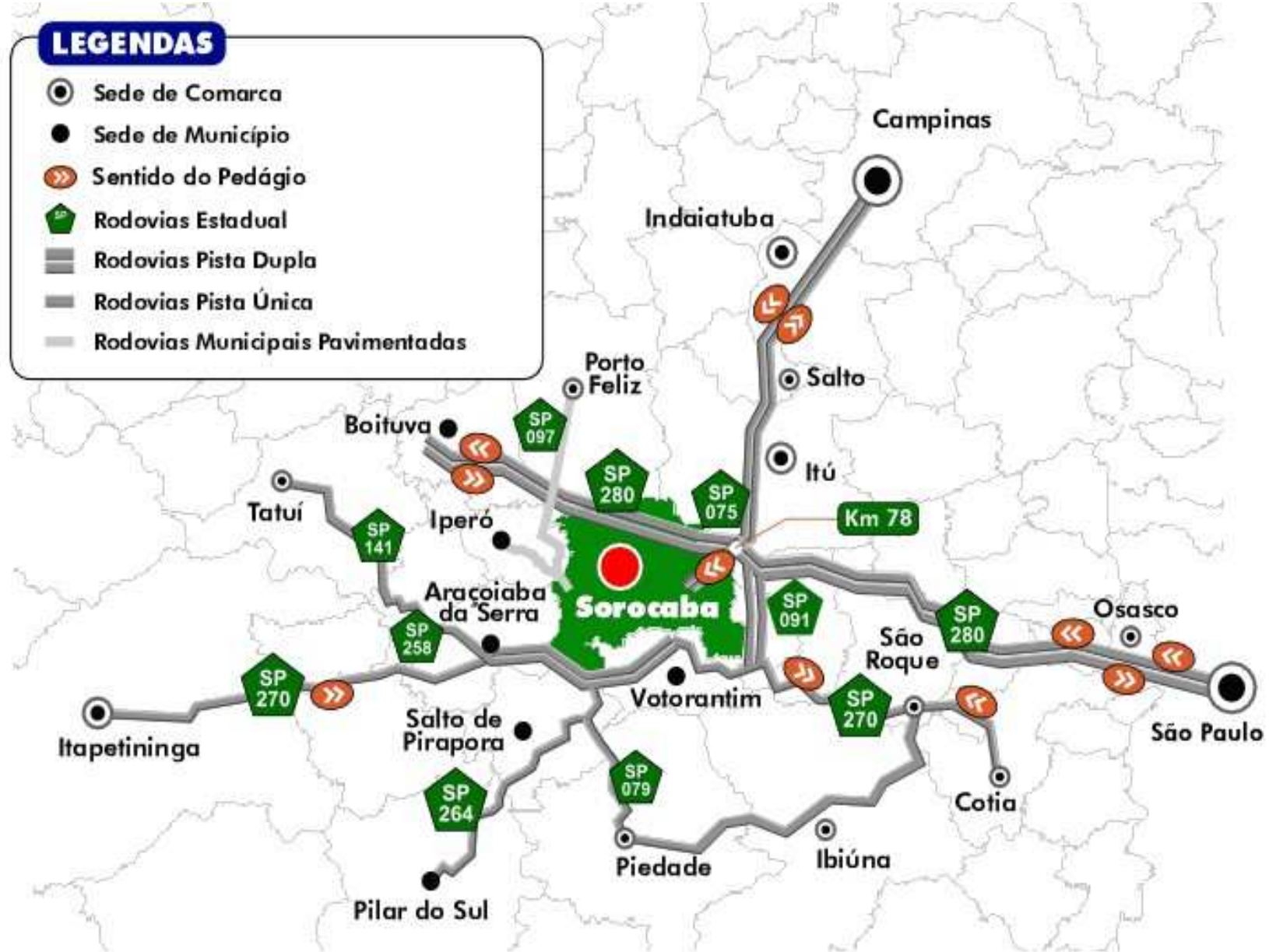
	Unidade	Tipo de Unidade	Endereço	Bairro	CEP	Telefone	e-mail	Horário
1	Centro de Saúde Angélica	Unidade Básica de Saúde	R. Major Silva Vilela, 27	Vila Angélica	18065-430	3223-3113	csangeli@splicenet.com.br	7 as 19h
2	Centro de Saúde Aparecidinha - Programa Saúde da Família (Unidade Básica de Saúde Dr Juarez Dal Pian)	Unidade Básica de Saúde	R. Joaquim Machado, 620	Aparecidinha	18087-280	3225-2759	csaparec@splicenet.com.br	7 as 19h
3	Centro de Saúde Barão (Unidade Básica de Saúde Dr Luiz Garcia Duarte)	Unidade Básica de Saúde	R. Afonso Muraro, 41	Vila Barão	18061-250	3233-1559	csbarao@splicenet.com.br	7 as 19h
4	Centro de Saúde Barcelona (Unidade Básica de Saúde Domingos Matteis)	Unidade Básica de Saúde	R. Colombia, 253	Barcelona	18026-060	3227-4346	csbarcel@splicenet.com.br	7 as 19h
5	Centro de Saúde Brig. Tobias (Unidade Básica de Saúde Ver. Rubens Matheus)	Unidade Básica de Saúde	R. Ana Gomes Correa, 55	Brigadeiro Tobias	18108-185	3236-6005	csbrigad@splicenet.com.br	7 as 19h
6	Centro de Saúde Cajuru (Unidade Básica de Saúde Dr Luiz Latuf)	Unidade Básica de Saúde	R. Jorge Elias, 42	Cajuru	18105-000	3225-1121	cscajuru@splicenet.com.br	7 as 19h
7	Centro de Saúde Cerrado / Vila Jardim (Unidade Básica de Saúde Dr Carlos Duarte)	Unidade Básica de Saúde	R.Visc. Rio Branco, 885	Vila Jardim	18044-000	3221-7445	cscerrado@splicenet.com.br	7 as 19h
8	Centro de Saúde Éden	Unidade Básica de Saúde	R. Salvador Leite Marques, 993	Eden	18103-240	3225-3105	cseden@splicenet.com.br	7 as 19h
9	Centro de Saúde Escola (Unidade Básica de Saúde Dr Durval Fernando Tricta)	Unidade Básica de Saúde	Av. Com. Pereira Inácio, 500	Jd Emilia	18031-000	3232-9150	csescola@splicenet.com.br	8 as 16h
10	Centro de Saúde Fiore	Unidade Básica de Saúde	R. Osvaldo Cruz, 814	V Odim	18080-770	3233-3585	csfiore@splicenet.com.br	7 as 19h
11	Centro de Saúde Habiteito - Programa Saúde da Família	Unidade Básica de Saúde	Av. Itavuvu, 7000	Ana Paula Eleutério	18074-000	3239-8686	cs habitet@splicenet.com.br	8 as 17h
12	Centro de Saúde Haro (UBS Dr José Phelippe de Camargo Barros)	Unidade Básica de Saúde	R. Aristides Silva Lobo, 379	V. Haro	18016-050	3227-2370	csvlharo@splicenet.com.br	7 as 19h
13	Centro de Saúde Hortencia (Unidade Básica de Saúde Rui Coelho De Oliveira)	Unidade Básica de Saúde	R. Teodoro Kaisal, 677	V. Hortencia	18021-020	3227-5438	csvhorten@splicenet.com.br	7 as 19h
14	Centro de Saúde Laranjeiras (Unidade Básica de Saúde Francisco Pagliato)	Unidade Básica de Saúde	R. Sonia Bernuncio, 24	Pq das Laranjeiras	18077-544	3226-1461	cslaranj@splicenet.com.br	7 as 19h
15	Centro de Saúde Lopes de Oliveira (Unidade Básica de Saúde Dr Celso F. Machado Araujo)	Unidade Básica de Saúde	R. Riusaku Kanizawa, 795	Lopes de Oliveira	18071-270	3223-3256	csolivei@splicenet.com.br	7 as 19h
16	Centro de Saúde Marcia Mendes (Unidade Básica de Saúde Manoel Pinto)	Unidade Básica de Saúde	Praça Jose A. Rabello Jr, 91	Jd. Vera Cruz	18050-180	3221-3984	csmmende@splicenet.com.br	7 as 19h
17	Centro de Saúde Maria do Carmo (UBS Drª Maria Fernanda De Barros Arruda)	Unidade Básica de Saúde	R. Joaquim F. Barbosa, 727	Jd. Maria do Carmo	18081-050	3232-6520	cs carmo@splicenet.com.br	7 as 19h
18	Centro de Saúde Maria Eugenia (Unidade Básica de Saúde Maximo Alfredo Simoni)	Unidade Básica de Saúde	R. Mario Romano, 264	Jd. Maria Eugênia	18074-530	3226-1370	cseugeni@splicenet.com.br	7 as 19h
19	Centro de Saúde Mineirão (Unidade Básica de Saúde Dr Mario Schimidt Inglez De Souza)	Unidade Básica de Saúde	R. Ten. Érico Oliveira, 110	V. Mmineirão	18076-410	3233-7165	csminera@splicenet.com.br	7 as 19h
20	Centro de Saúde Nova Esperança (UBS Dr Nelson Ferreira Da Costa Chaves)	Unidade Básica de Saúde	R. Paula Mayer Cattini, 689	Jd. Nova Esperança	18061-393	3221-1214	csespera@splicenet.com.br	7 as 19h
21	Centro de Saúde Nova Sorocaba (Unidade Básica de Saúde Drª Sandra De Fatima Barbosa)	Unidade Básica de Saúde	Av. Americana, 351	V. Nova Sorocaba	18070-679	3223-2488	csnsoroc@splicenet.com.br	7 as 19h
22	Centro de Saúde Sábila - Programa Saúde da Família (Unidade Básica de Saúde Arlindo Gonçalves De Almeida)	Unidade Básica de Saúde	R. Dionizio Bueno Sampaio, 91	V. Zacarias	18022-253	3233-0974	cssabia@splicenet.com.br	7 as 19h
23	Centro de Saúde Santana (Unidade Básica de Saúde Claudio Caserta)	Unidade Básica de Saúde	R. Deodoro Reis, 150	Vi. Cândido Ribeiro	18095-200	3233-1160	cssantan@splicenet.com.br	7 as 19h
24	Centro de Saúde São Bento (Unidade Básica de Saúde Jacyra Bragança Russo)	Unidade Básica de Saúde	R. Benedito de Oliv. Lousada, 196	Pq. São Bento	18072-120	3223-1365	cssaben@splicenet.com.br	8 as 20h
25	Centro de Saúde Simus (Unidade Básica de Saúde Dr Décio Tavares)	Unidade Básica de Saúde	R. Alameda dos Lirios, 327	Jd. Simus	18055-580	3221-1177	csjsimus@splicenet.com.br	7 as 19h
26	Centro de Saúde Sorocaba I (Unidade Básica de Saúde Jorge Jamil Zamur)	Unidade Básica de Saúde	Av. Américo Figueiredo, 3171	Cj Habitacional Júlio de Mesquita Filho	18055-000	3221-7922	cssoroc1@splicenet.com.br	7 as 19h
27	Centro de Saúde Vitoria Regia - Programa Saúde da Família (Unidade Básica de Saúde Dr Osmar Elias Guimar)	Unidade Básica de Saúde	R. Francisco Silva Martins, 35	Pq. Vitória Régia	18078-347	3226-1001	csvitreg@splicenet.com.br	7 as 20h
28	Policlínica Municipal	Clínica de Especialidades	Av. Sen. Roberto Simonsen, 987	Jd Sta Rosália	18090-000	3219-2200	polclinic@splicenet.com.br	7 as 19h
29	Laboratório Municipal Djair Íscaro	Laboratório Municipal Análises Clínicas	R. Manoel Lopes, 220	Além Ponte	18020-310	3233-1616	labmun@splicenet.com.br	7 as 18h
30	Unidade de Pronto Atendimento Éden	PA 24 horas (Pronto Atendimento)	R. Salvador Leite Marques, 933	Éden	18103-240	3225-3105	cseden@splicenet.com.br	19 as 7h
31	Unidade de Pronto Atendimento Brig. Tobias	PA 24 horas (Pronto Atendimento)	R. Ana Gomes Correa, 55	Brigadeiro Tobias	18108-185	3236-6005	csbrigad@splicenet.com.br	19 as 7h
32	Unidade de Pronto Atendimento Humberto de Campos	PA 24 horas (Pronto Atendimento)	R. Humberto de Campos, 541	V. Radio Club	18061-000	3229-7322	dsc_ses@telefonica.com.br	24 h
33	Unidade de Pronto Atendimento Laranjeiras	PA 24 horas (Pronto Atendimento)	R. Sônia Bernucio, 24	Pq. das Laranjeiras	18077-544	3226-1461	cslaranj@splicenet.com.br	24 h
34	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU	Atendimento Móvel de Urgência	Av. Itavuvu, s/n	V. Tortelli	192	3234-3199	pauph@splicenet.com.br	24 h
35	Unidade Pré-Hospitalar Zona Norte	PA 24 horas (Unidade Pré Hospitalar)	Av. Itavuvu, s/n	V. Tortelli	18074-000	3234-3199	pauph@splicenet.com.br	24 h
36	Ambulatório de Saúde Mental	Clínica de Especialidade	R. Pedro José Senger, 223	Jd. Prestes de Barros	18015-000	3227-2941	saudemental@splicenet.com.br	8 as 17h
37	Clínica DST/AIDS	Clínica de Especialidade	R. Cel. José Pedro de Oliveira, 520	Jd. Faculdade	18030-330	3231-8777	clinicadst@ig.com.br	8 as 17h
38	COAS	Clínica de Especialidade	R. da Penha, 770	Centro	18010-000	3224-2472	dst_aids@splicenet.com.br	8 as 17h
39	Área de Saúde Coletiva	Serviço de Vigilância à Saúde	R. Humberto de Campos, 541	V. Radio Club	18061-000	3229-7320	dsc_ses@telefonica.com.br	7 as 19h
40	Vigilância Sanitária	Serviço de Vigilância à Saúde	Av. Pereira da Silva, 1156	Jd Sta Rosália	18095-340	323421-91	visasorocaba@bol.com.br	8 as 17h
41	Vigilância Epidemiológica	Serviço de Vigilância à Saúde	R. Humberto de Campos, 541	V. Radio Club	18061-000	3229-7302	gerente_vem@ig.com.br	7 as 19h
42	Seção Controle de Zoonoses	Serviço de Vigilância à Saúde	R. Humberto de Campos, 541	V. Radio Club	18061-000	3229-7313	zoonoses@splicenet.com.br	8 as 17h
43	Centro de Ref em Saúde do Trabalhador (CEREST)	Serviço de Vigilância à Saúde	R. Humberto de Campos, 541	V. Radio Club	18061-000	3229-7324	cerestps@hotmail.com	8 as 17h
44	Programa Nutrir	Unidade de Produção de Suplementação Alimentar	Av. Itavuvu, 5830	Cj Habitacional Hebert de Souza	18074-000	3239-7602	programanutrir@gmail.com	8 as 17h
45	Central de Ambulâncias	Serviço de Atendimento Móvel	Av. Itavuvu, s/n	V. Tortelli	18074-000	192	pauph@splicenet.com.br	24 h
46	Central de Esterilização	Serviço de Esterilização de Materiais	Av. Angélica, 1048	V. Angélica	18065-450	3233-6661	msaviolo@sorocaba.sp.gov.br	8 as 17h
47	Arquivo morto	Arquivo Morto	R. Paes de Linhares, 236	V. Fiore	18075-630	3233-0401	aalves@sorocaba.sp.gov.br	8 as 17h
48	Atendimento Domiciliar aos Pacientes Acamados (Centro Operacional do Médico da Família)	Atendimento Móvel ao Paciente Acamado	Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes, 3140	Alto da Boa Vista	18013-280	0800-554060	medfam@splicenet.com.br	8 as 17h

Sorocaba

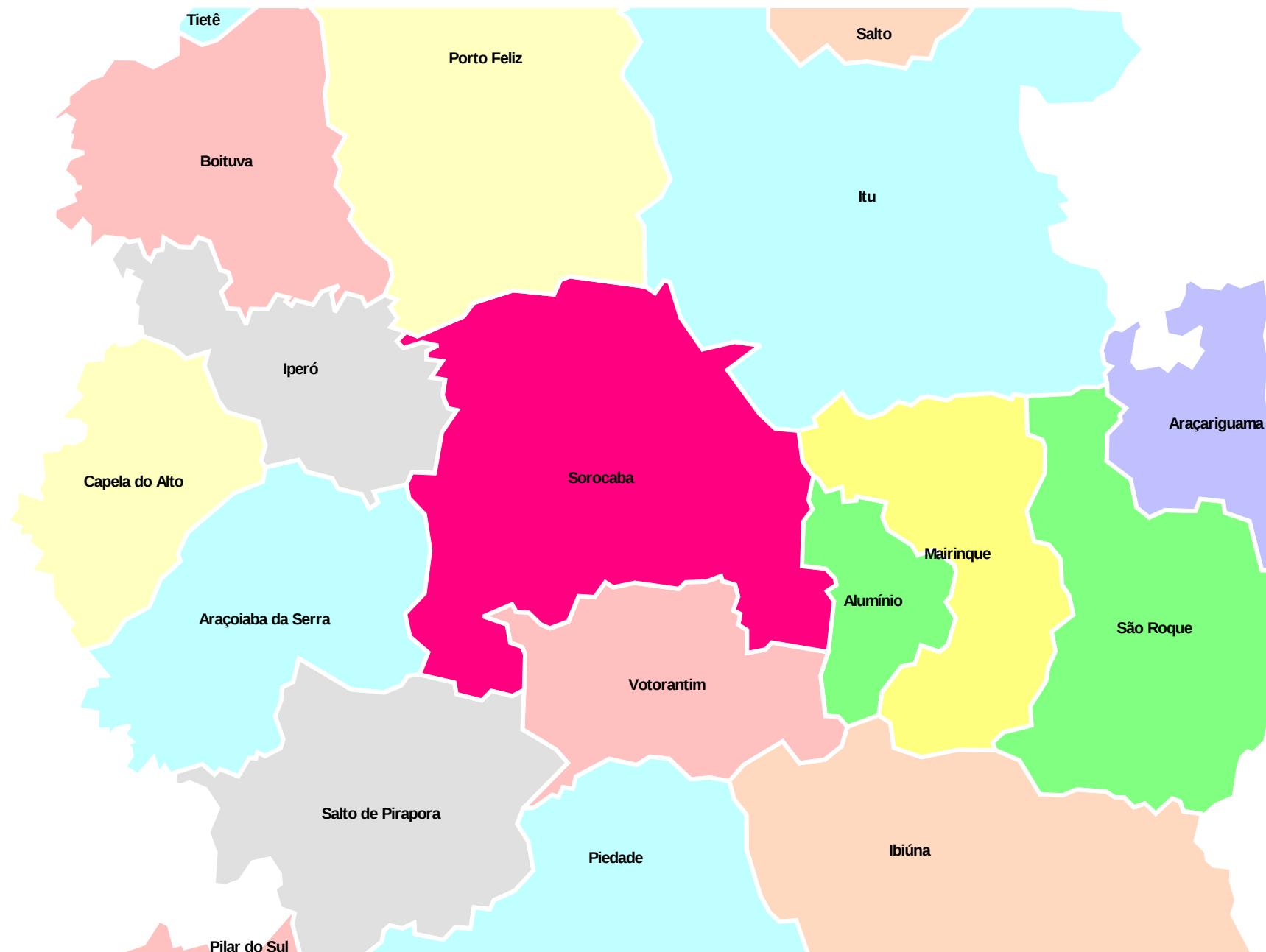


Sorocaba

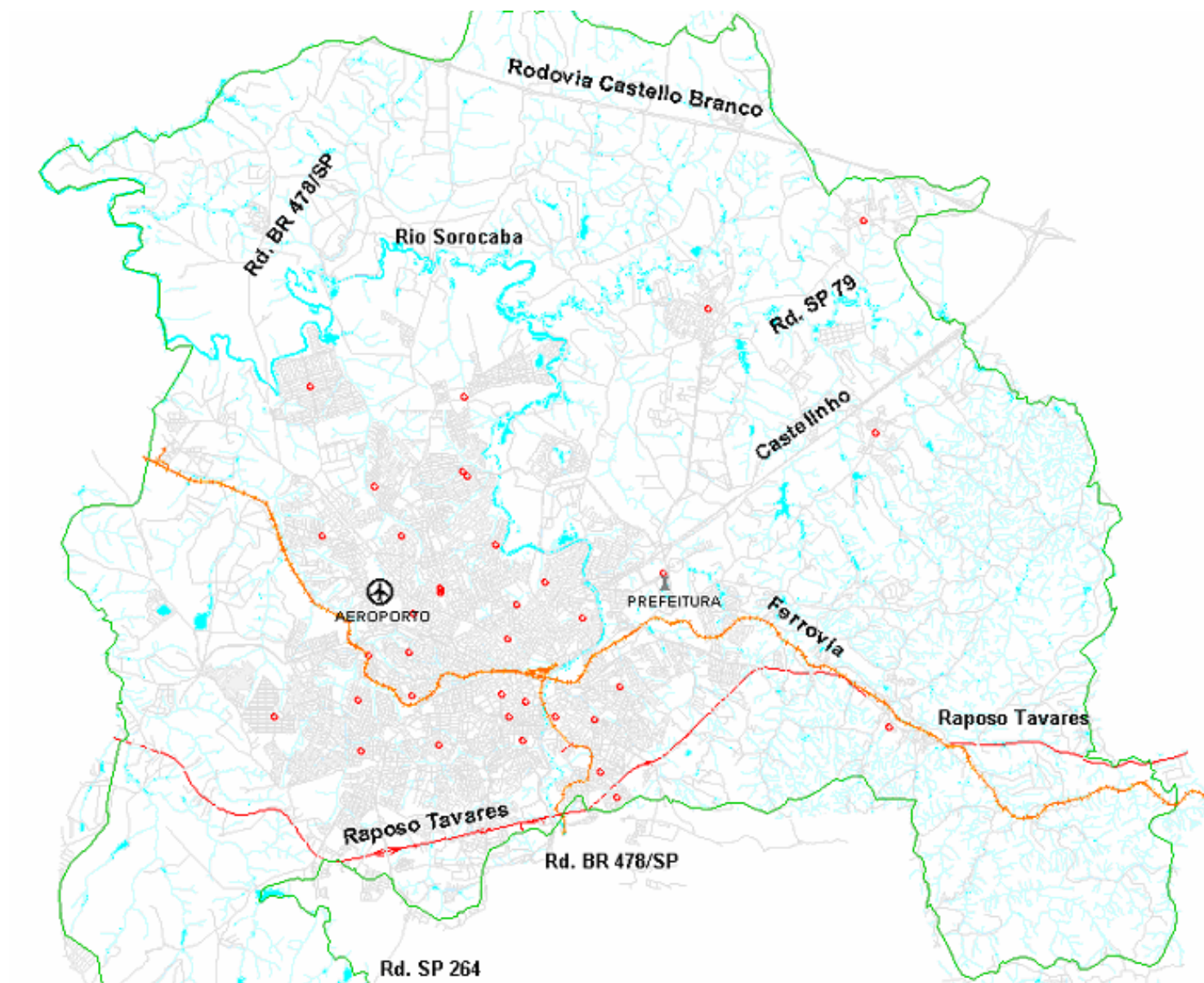
Como chegar a Sorocaba



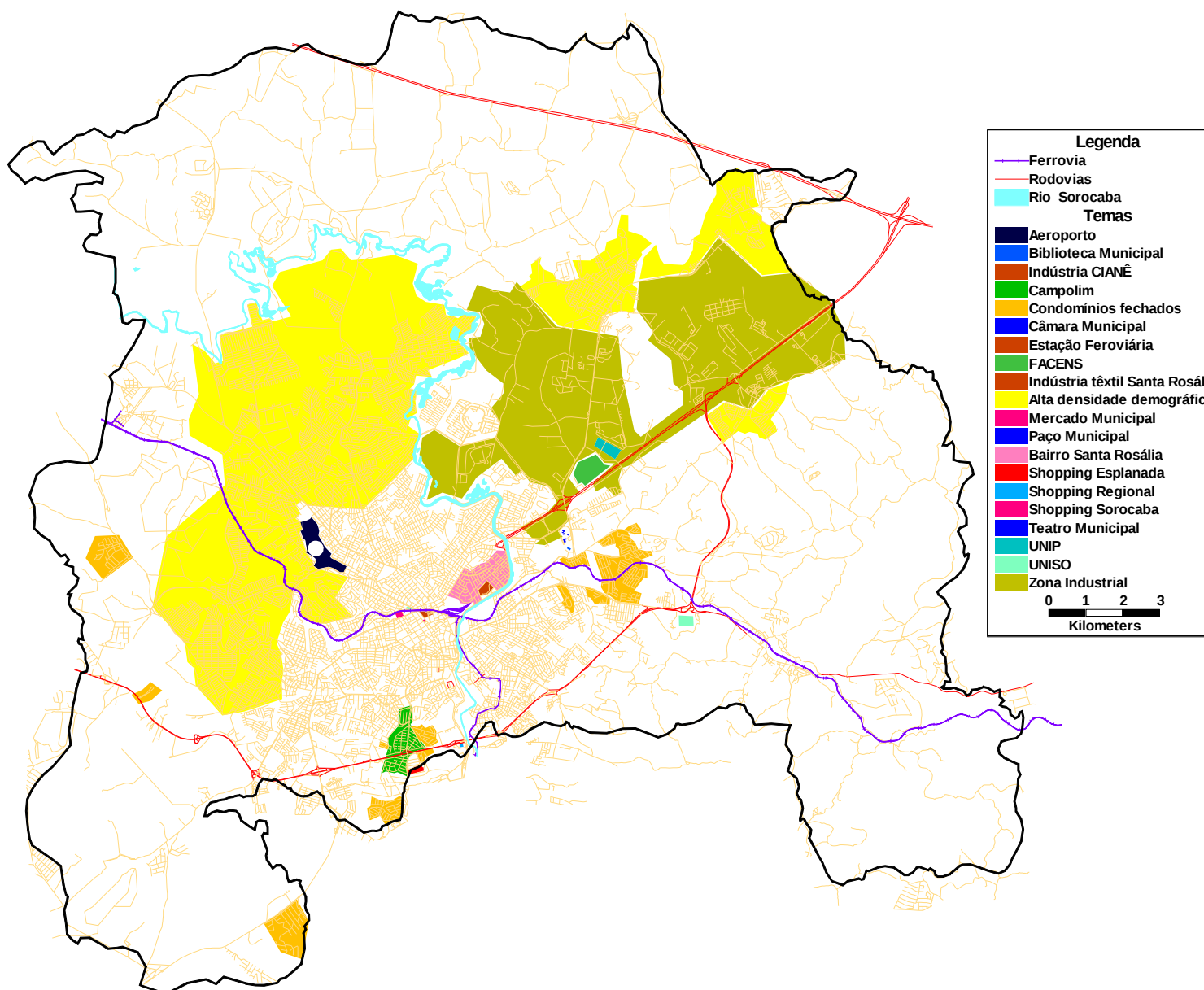
Municípios próximos de Sorocaba



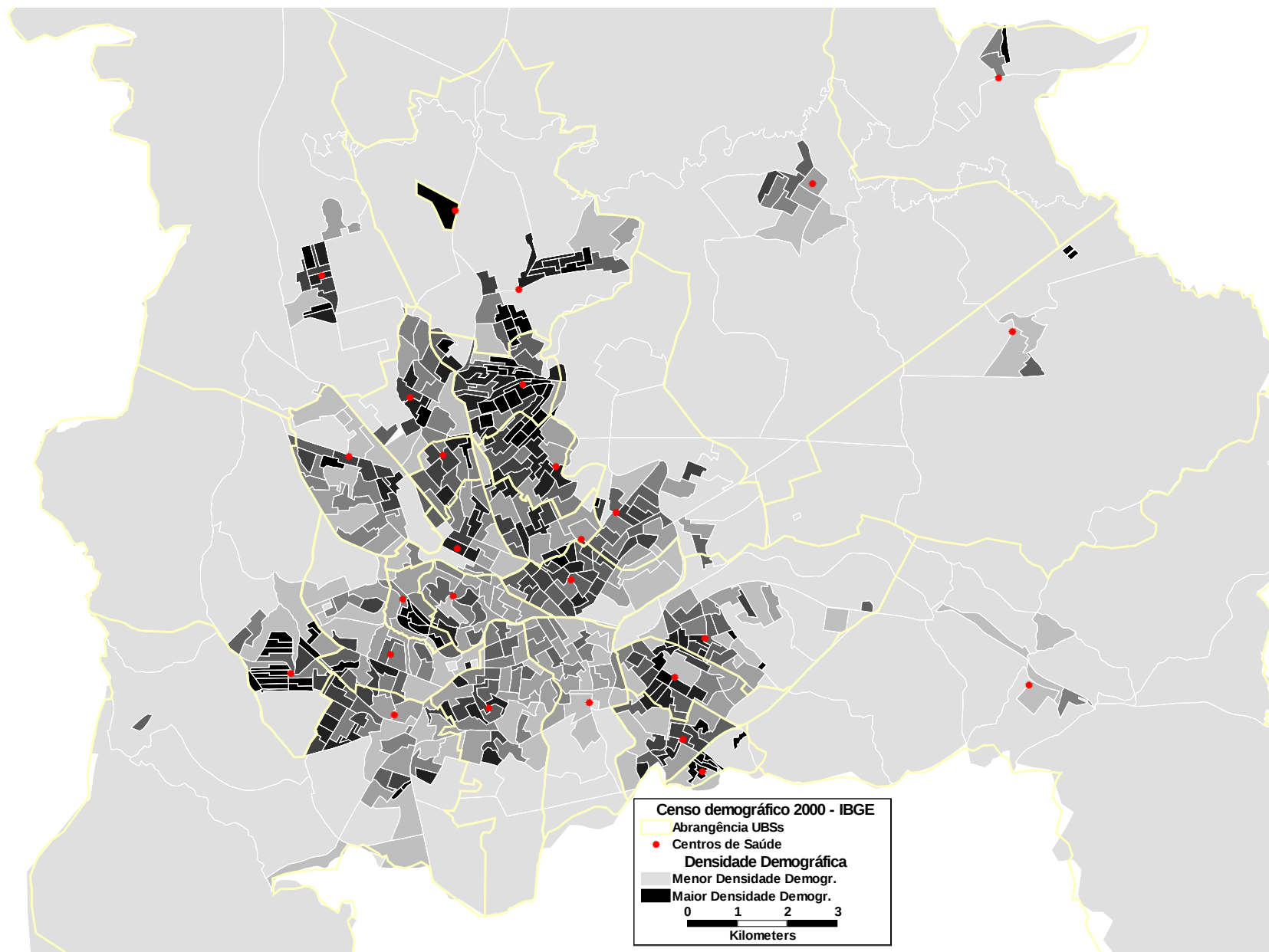
Principais barreiras de acesso e posição das unidades básicas de saúde. Sorocaba-SP,2006



Pontos de Referência



Densidade demográfica no ano 2000 (IBGE – setores censitários)



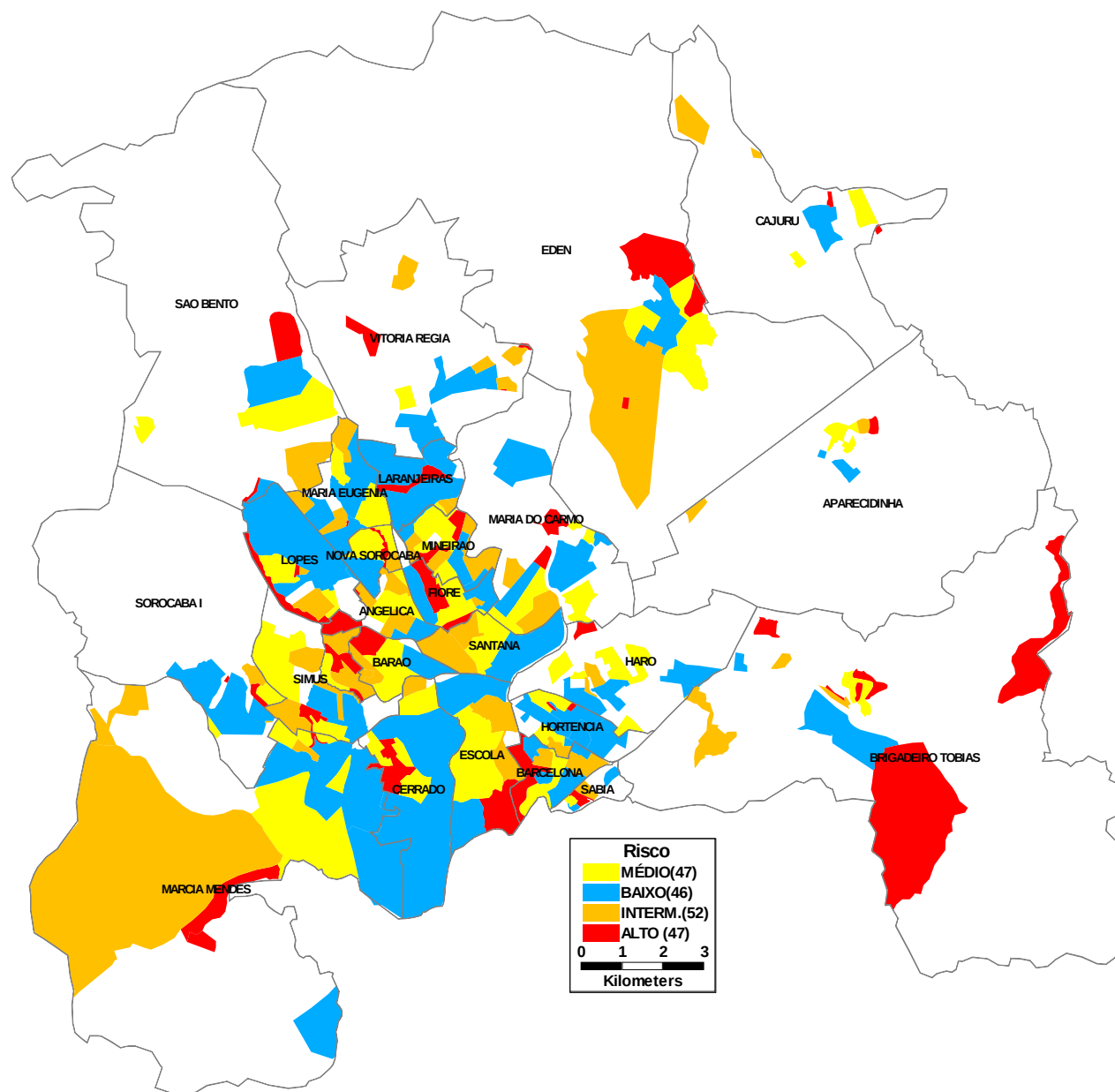
Área de abrangência das unidades básicas de saúde



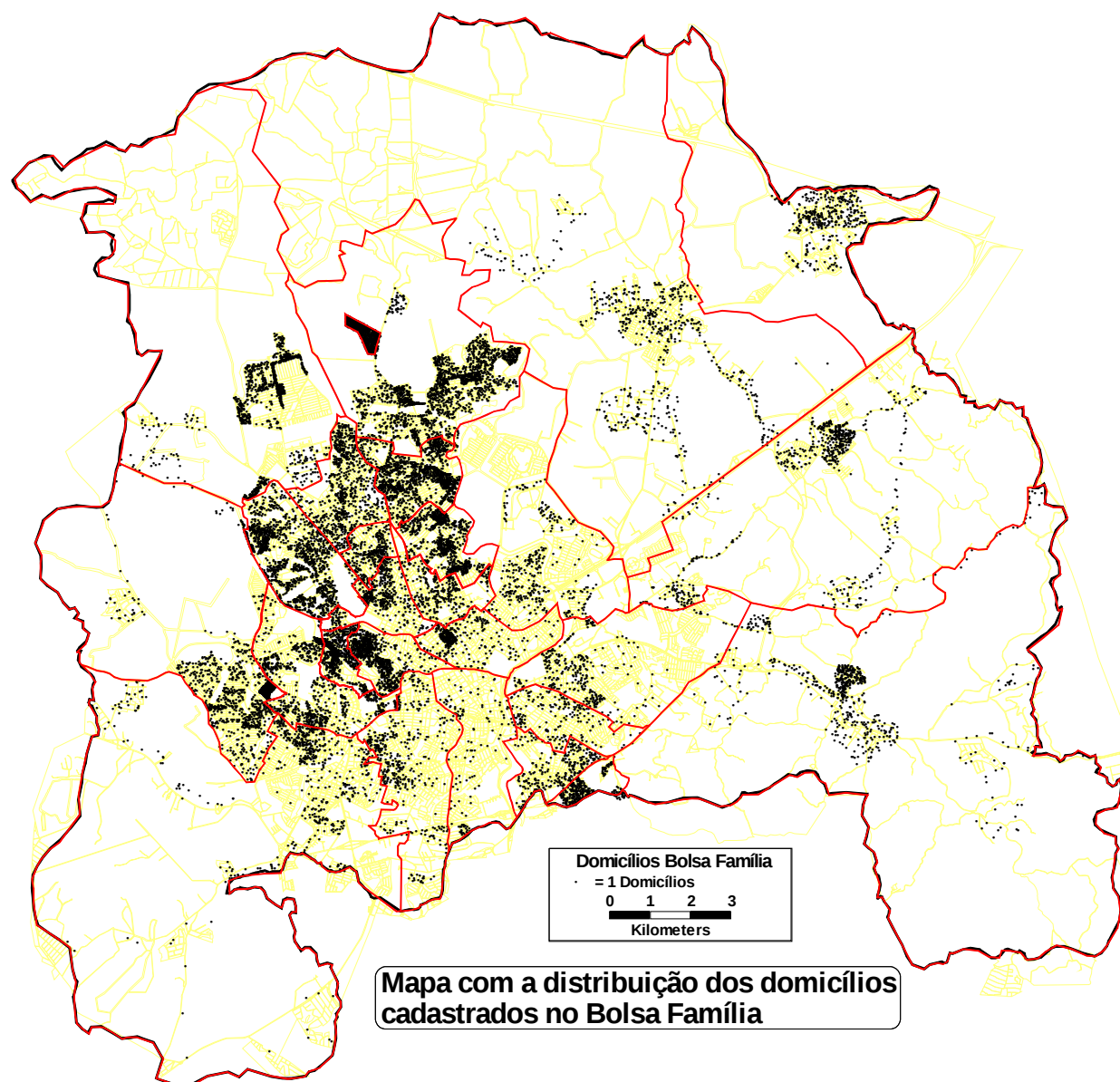
Hospitais, Unidade Pré Hospitalar e Pronto Atendimentos



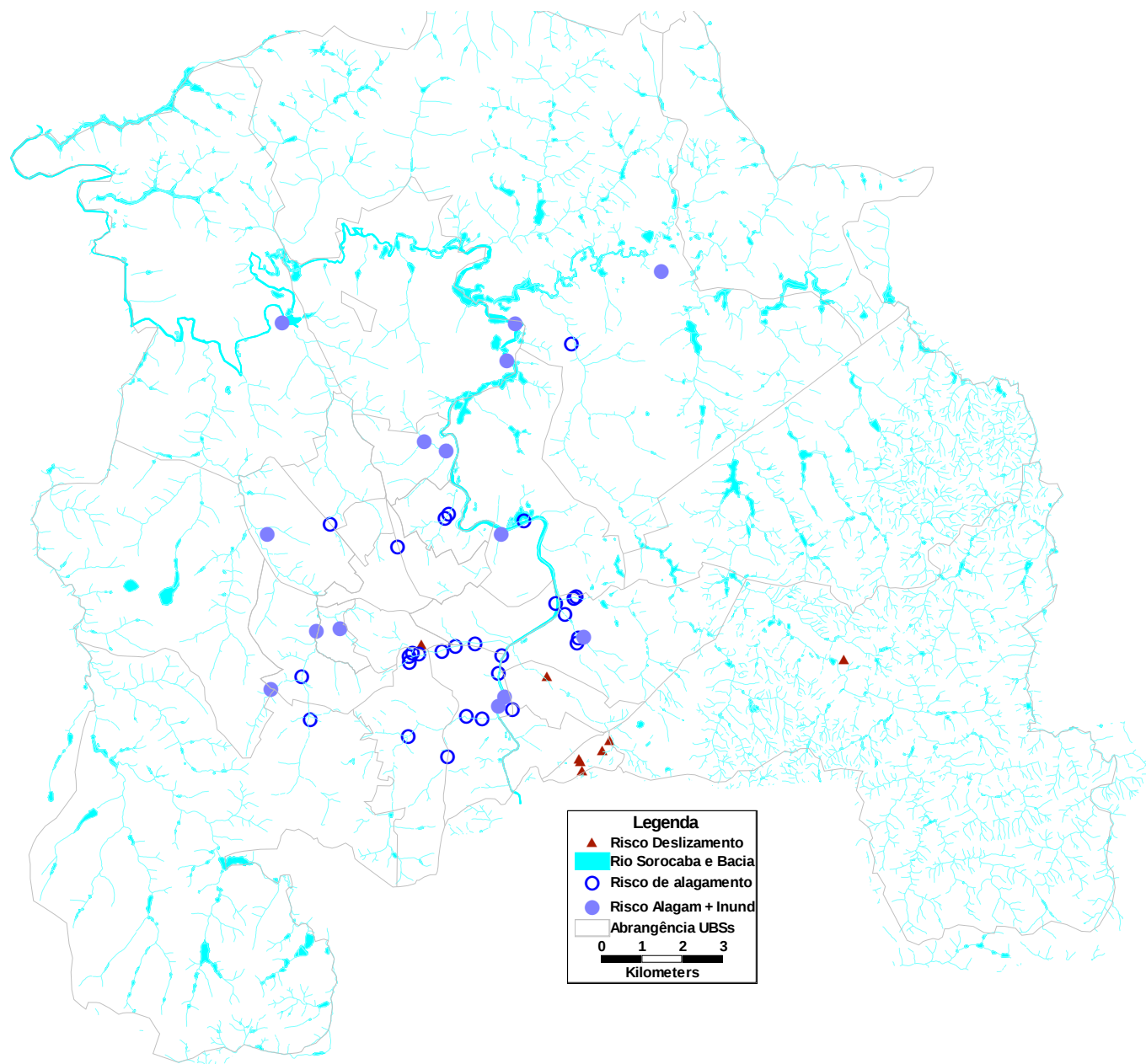
Micro áreas de risco – saúde – territorialização – ano 2000.



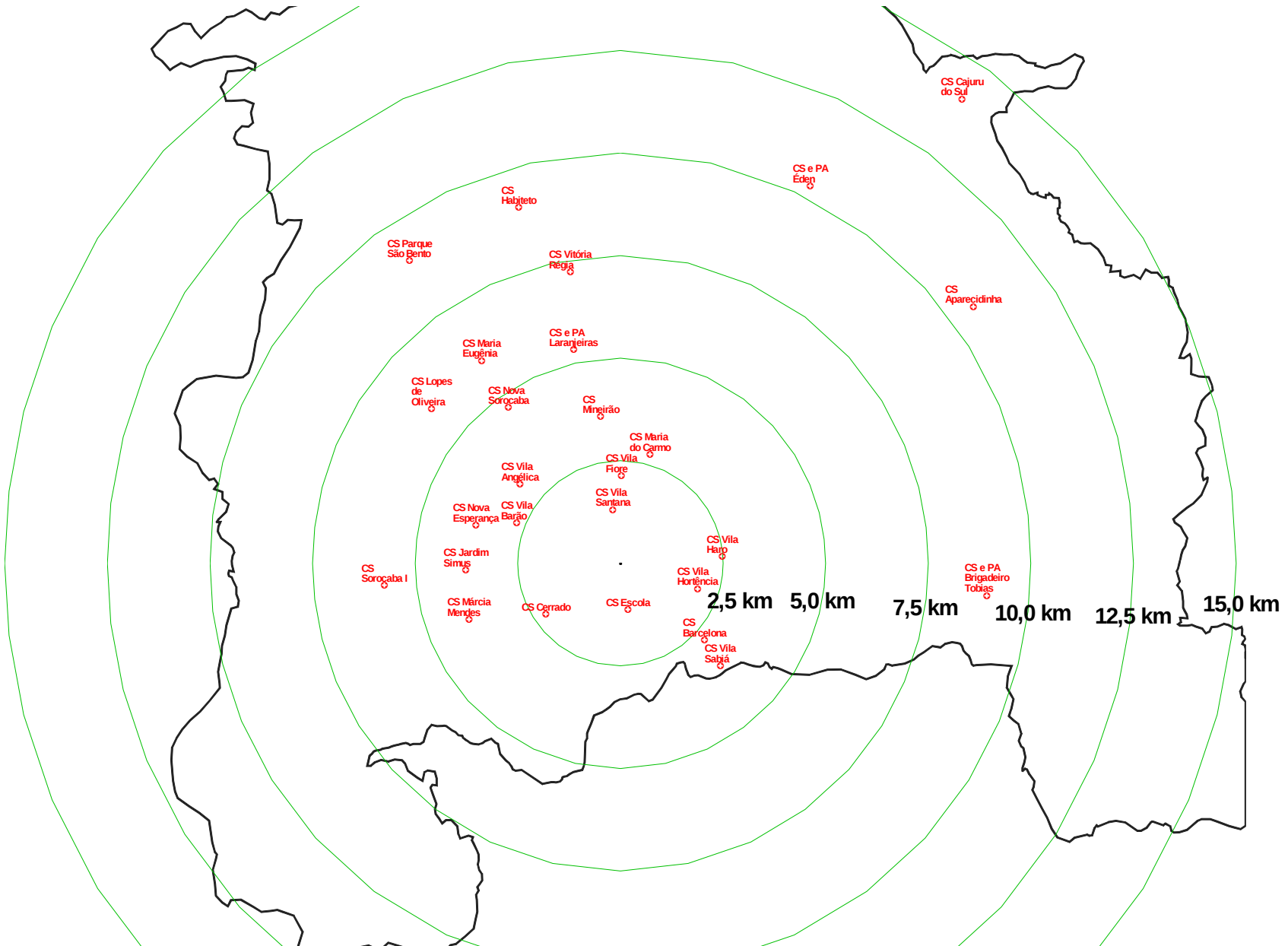
Concentração de domicílios por setores do censo que recebem o benefício do programa Bolsa Família. Sorocaba-SP, 2006



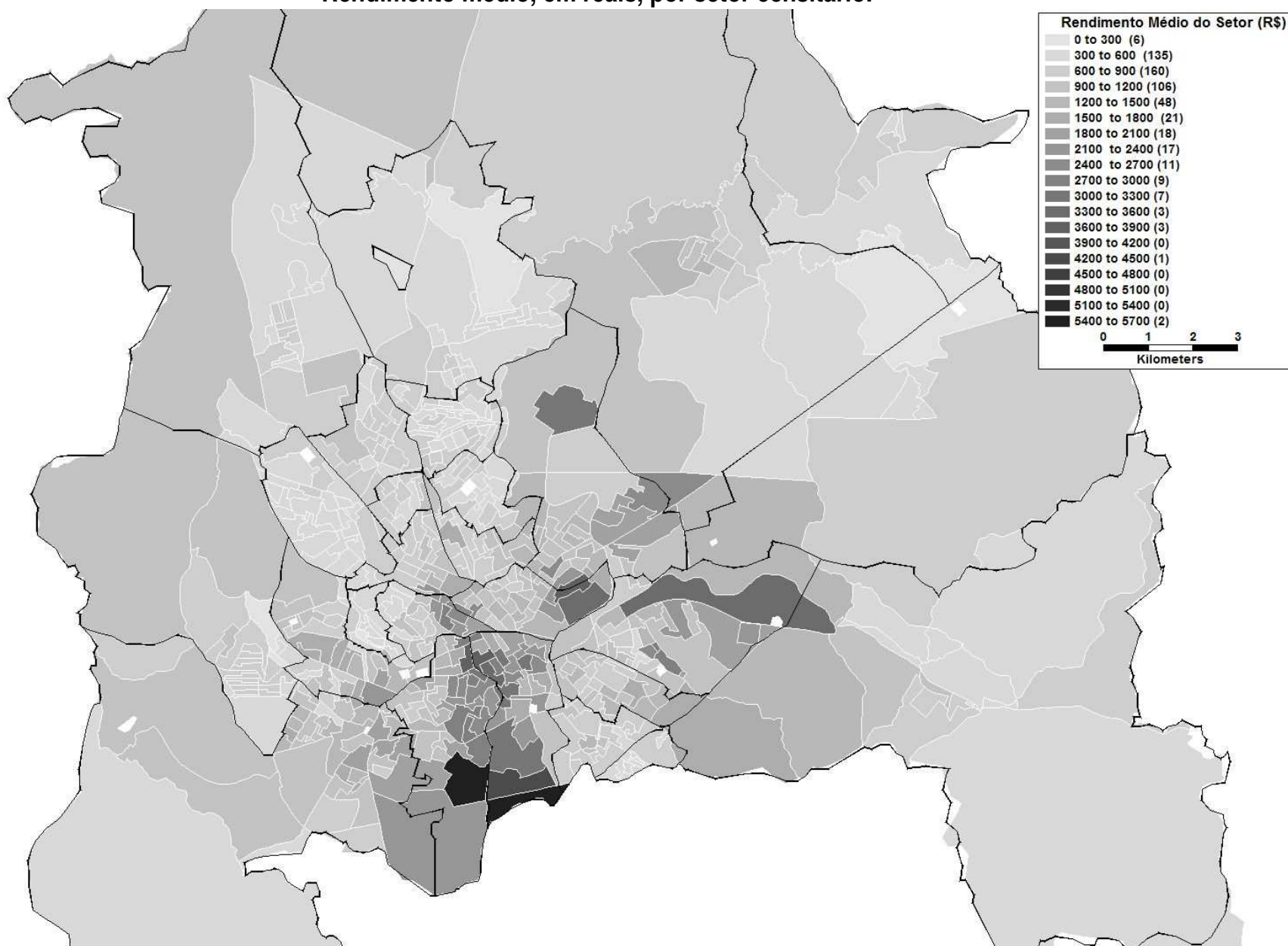
Áreas de risco de deslizamento de terra, alagamentos e inundações. Sorocaba, 2003.



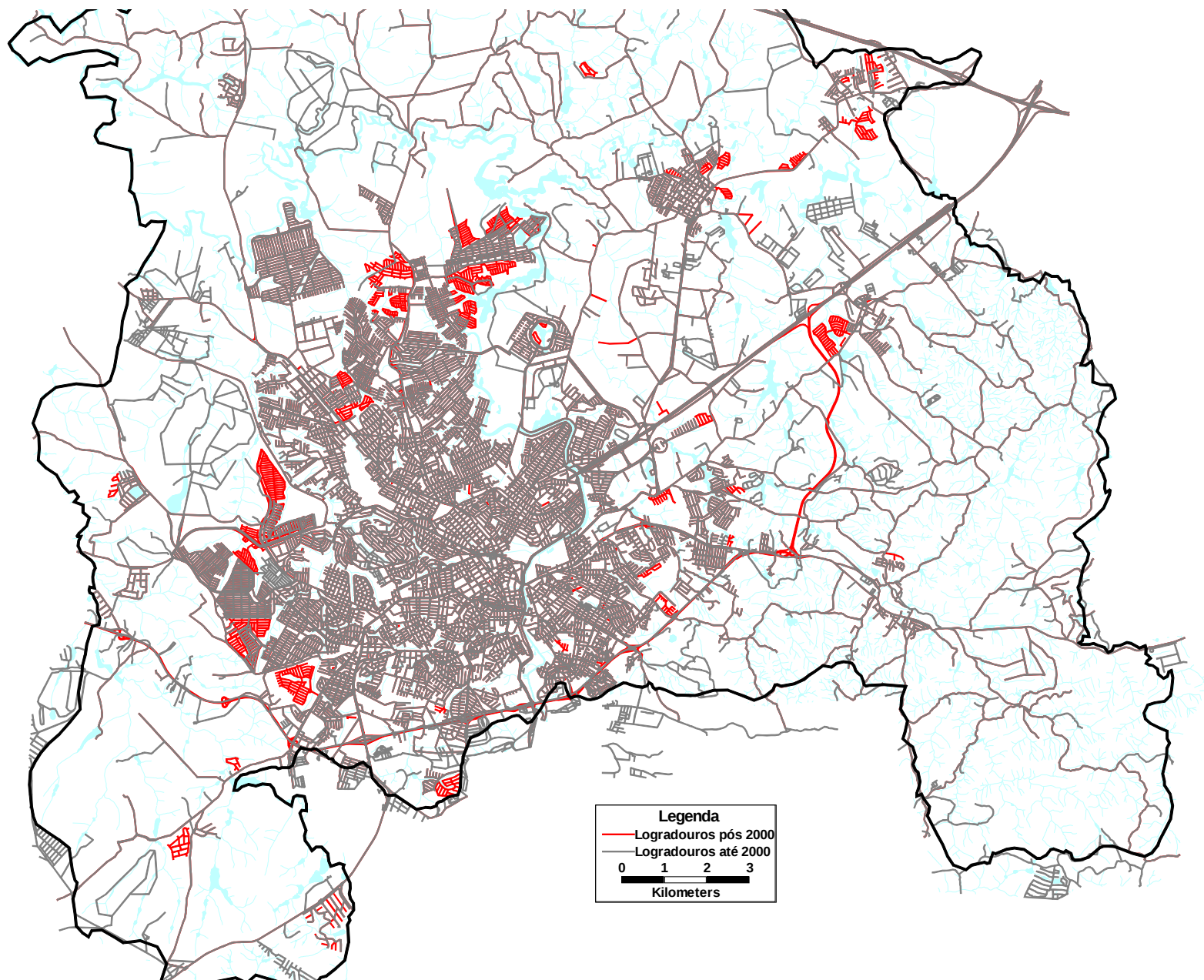
Distância das unidades básicas de saúde em relação ao centro de Sorocaba.



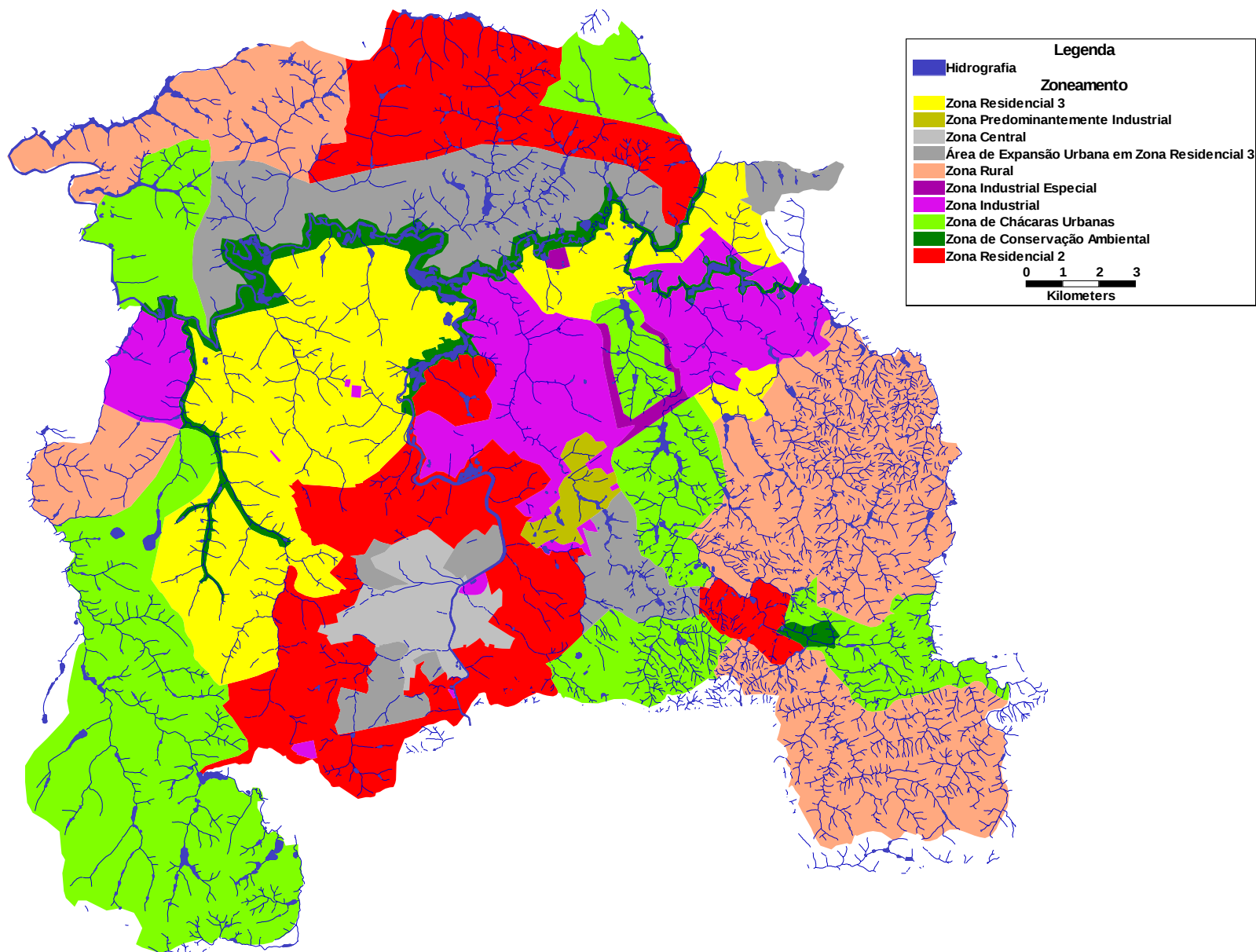
Rendimento médio, em reais, por setor censitário.



Crescimento urbano – novos logradouros após o ano 2000. Sorocaba-SP, 2006.



Zoneamento – Plano Diretor de Sorocaba



Eixo 1: Gestão e Planejamento do Sistema Municipal de Saúde

OBJETIVO	PRIORIDADES	ESTRATÉGIAS	METAS 2006	INDICADORES
1 – Elaboração de planejamento periódico e programação para atenção integral à saúde da população de Sorocaba	1.1 – Estruturar o setor de planejamento e programação SMS/ Área de Gestão	1.1.1 - Formar grupo de trabalho em caráter emergencial para definir a estruturação do setor de planejamento e programação da SMS/ Área Gestão	Proposta de estruturação elaborada pelo grupo de trabalho e aprovada pelo Secretário, Conselho Municipal e Prefeito	Proposta Aprovada
	1.2 – Garantir a realização adequada dos programas, campanhas e prevenções	1.2.1 - Desenvolver atividades permanentes para prever a adequação e realização dos programas, campanhas e prevenção. Ex.: Nutrir, Asma, Tabagismo, Informatização, Acolhimento, Dengue, Escola Saudável, Vida Saudável, etc.	Trabalho conjunto da área de assistência com área de planejamento garantindo adequada realização dos programas e campanhas	Cronogramas e reuniões conjuntas
	1.3 - Revisar periodicamente a padronização de produtos, serviços e equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde	1.3.1 – Estabelecer protocolo de serviços em conjunto com a área de assistência	Ter estratégia de elaboração e aplicação dos protocolos de serviços e produtos com a participação de funcionários da rede de assistência	Uso do protocolo
		1.3.2 – Padronizar produtos e equipamentos	Iniciar o protocolo e padronização e estabelecer protocolos e padronizações destas prioridades	Padronização estabelecida
		1.3.3 – Revisar padronizações e protocolos	Revisar o protocolo e a padronização	Revisão periódica
		1.3.4 – Estabelecer fluxo de acompanhamento da qualidade dos produtos e equipamentos utilizados	Estabelecer protocolos e fluxo das prioridades	Fluxo estabelecido
	1.4 – Subsidiar as decisões de criação e ampliação, e criar novos serviços e ampliar os já existentes segundo definições do gestor	1.4.1 - Desenvolver atividades permanentes de planejamento e programação para a criação e ampliação de serviços de saúde	Criação do grupo técnico para planejamento e programação das atividades de 2006/ 2007	Grupo técnico instituído e atuante
		1.4.2 – Planejar a estruturação de novas unidades ou serviços de saúde, baseando-se em necessidades, demandas e crescimento observados e/ou projetados	Atuação do grupo de planejamento	Serviços reavaliados/ ampliados / criados
	1.5 – Planejar as ações de atenção integral à saúde	1.5.1 - Elaborar calendário de programas e campanhas, adequando programas do MS, SES e SMS em tempo hábil	Estabelecer cronogramas de 2006 e 2007	Cronograma anual estabelecido

	1.6 – Buscar aprimoramento constante das informações em saúde	1.6.1 - Melhorar a coleta das informações	Levantar necessidades quanto a treinamentos e reciclagens e aplicá-los	Melhora nas informações fornecidas
		1.6.2 - Dar retorno das informações geradas pelos diversos serviços com análise qualitativa e quantitativa	Elaborar fluxo, rotina de análise e elaboração de relatórios para divulgação das informações em saúde	Relatório com as informações de saúde divulgados com amplo acesso à todos
2 – Gestão de recursos financeiros próprios e oriundos dos governos Federal e Estadual de forma adequada	2.1 – Planejar e programar ampliação dos recursos financeiros do FMS	2.1.1 - Formar grupo de trabalho, em caráter emergencial para definir a estruturação do setor de planejamento da SMS/ Área Gestão	Formar o grupo	Grupo formado
		2.1.2 - Definir programação orçamentária para cada prestador contratado e/ou conveniado	Realizar programação orçamentária para cada prestador	100% das FPO (fichas de programação orçamentárias) realizadas
		2.1.3 - Definir tetos financeiros para aquisição de medicamentos e materiais (enfermagem, odontologia e outros), mobiliários, equipamentos	100% dos tetos definidos	Definição de teto
		2.1.4 - Definir e programar reforma, ampliação e construção de US.	Elaborar e aplicar um cronograma de reformas, ampliações e construções em parceria com os setores da assistência	Cronograma e reuniões conjuntas
	2.2 – Contabilizar o FMS	2.2.1 - Formar grupo de trabalho, em caráter emergencial para definir a estruturação do setor de gestão de recursos financeiros	Proposta de estruturação elaborada pelo grupo de trabalho e aprovada pelo Secretário, Conselho Municipal e Prefeito	Proposta Aprovada
		2.2.2 - Estabelecer mecanismos de comunicação entre o setor de gestão de recursos financeiros e o setor de informação em saúde	Planejamento conjunto entre os setores e estabelecimento dos fluxos de informações	Integração dos setores

3 – Auditoria em Saúde	3.1 – Adequar o setor de Auditoria em Saúde às normas SUS - Lei Federal Nº 8.080 de 19/09/90; NOB – SUS 1996; Decreto municipal Nº 11.061, de 11 de agosto de 1.998 que institui o Sistema Municipal de Auditoria e Avaliação do Sistema Único de Saúde; NOAS 01/01 e NOAS/SUS 01/02)	3.1.1 – Formar grupo de trabalho, em caráter emergencial para definir a estruturação do setor de Auditoria em Saúde.	Elaborar propostas diversas para viabilizar o setor, se necessário contratar consultoria externa e escolher a mais adequada junto com Secretário Municipal de Saúde e Conselho Municipal	Proposta definida e aprovada
		3.1.2 – Prover o setor com pessoal habilitado e com equipamentos adequados ao exercício de suas atividades	Contratação de pessoal habilitado e aquisição de equipamentos adequados	Contratações e aquisições realizadas
		3.1.3 – Estabelecer local adequado às funções de Auditoria, com garantia de privacidade de trabalho e de informações	Setor funcionando em local adequado	Local definido e mudança realizada
		3.1.4 – Possibilitar a efetiva atuação em auditoria de próprios e de terceiros (contratados/ conveniados), técnico-administrativa e de campo	100 % das demandas de auditorias realizadas	Auditorias realizadas
		3.1.5 – Prover o setor de recursos facilitadores para o acompanhamento da legislação vigente e de suas contínuas alterações, com pessoal capacitado e equipamentos adequados	100% da legislação sendo acompanhada.	Legislação sendo integralmente acompanhada
		3.1.6 – Estabelecer protocolos de atuação possibilitando à Auditoria trabalhar de modo síncrono com o setor de Ouvidoria	100 % das demandas de integração auditoria/ ouvidoria estabelecidas	Auditoria e Ouvidoria trabalhando de modo síncrono
		3.1.7 – Garantir canal de comunicação e de cooperação entre o setor de Auditoria e a Secretaria de Negócios Jurídicos da PMS	100 % das demandas relacionadas ao setor jurídico resolvidos	Canal de cooperação e comunicação funcionando
4 – Previsão e execução de ampliações e manutenção adequada do funcionamento da estrutura de atenção à saúde	4.1 – Conhecer com antecedência as diretrizes políticas estabelecidas para o período	4.1.1 - Formar grupo de trabalho, em caráter emergencial para definir a estruturação do setor de planejamento da SMS/ Área Gestão	Proposta de estruturação elaborada pelo grupo de trabalho e aprovada pelo Secretário, Conselho Municipal e Prefeito	Proposta Aprovada

	4.2 – Garantir condições de Assistência à Saúde, adequada às diversas regiões do município, levando-se em conta o crescimento populacional e a demanda de serviços	4.2.1 – Estabelecer fluxo de dados e avaliar indicadores de produção e consumo	Adequação do Sistema de Informações com a elaboração dos fluxos e levantamento de indicadores. Estabelecer o fluxo de 50% dos processos	Fluxo estabelecido. Banco de dados alimentado e séries históricas estabelecidas
		4.2.2 – Analisar série histórica de demandas e crescimento populacional, discutir tecnicamente e projetar necessidades e ofertas loco-regionais	Estabelecer rotina de análise das informações demográficas. Estabelecer 50% das séries históricas necessárias	Série histórica analisada, discutida e projetada
		4.2.3 – Municionar o setor de planejamento com dados técnicos para a definição de prioridades a fim de suprimir as demandas existentes	Analisar, discutir e projetar necessidades sobre as séries históricas estabelecidas, conhecer as prioridades definidas	Definição das prioridades
	4.3 – Garantir o apoio administrativo, técnico e operacional	4.3.1 - Garantir estrutura administrativa adequada para oferecer apoio técnico e operacional aos serviços de saúde do município	Adequação do quadro técnico do setor	Setor estruturado
	4.4 – Manter as US em condições plenas de funcionamento, quanto a estrutura física, materiais, equipamentos e medicamentos	4.4.1 – Manutenção preventiva, corretiva e substituição	Manutenção preventiva, corretiva e substituição dos equipamentos necessários de 100% das unidades de saúde	% de equipamentos com problemas resolvidos
		4.4.2 - Prover mecanismos de avaliação técnica das compras com informações qualitativas e quantitativas	Formar equipe técnica atuante	Equipe técnica de avaliação atuante
		4.4.3 - Voltar para a Secretaria da Saúde as definições e priorizações de aquisições de medicamentos, materiais, equipamentos, mobiliários e serviços	100% das aquisições definidas pela Secretaria da Saúde.	% de definições de aquisição de material e medicamentos definidos pela Secretaria da Saúde
	4.5 - Garantir que o Almoxarifado de Medicamentos e Material de Consumo da área da saúde seja gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, incluindo sua estrutura ao organograma da SES	4.5.1 - Trabalhar junto ao Sr. Prefeito solicitando a transferência do Almoxarifado de Medicamentos e Material de Consumo para a SES	Negociação com as partes envolvidas	Assumir a gestão do Almoxarifado de medicamentos.

	4.6 - Garantir que o serviço de manutenção seja gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, incluindo sua estrutura ao organograma da SES	4.6.1 - Trabalhar junto ao Sr. Prefeito solicitando a transferência que o serviço de manutenção dos equipamentos da saúde seja gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, incluindo sua estrutura ao organograma da SES	Negociação com as partes envolvidas	Gestão do Serviço
	4.7 - Viabilizar projetos ligados à prevenção, promoção e recuperação da saúde	4.7.1 – Trabalhar em conjunto com DAB para viabilizar projetos ligados à prevenção, promoção e recuperação da saúde	Definir grupo de trabalho e elaborar ações ligados à prevenção, promoção e recuperação da saúde	Grupo definido e ações executadas
		4.7.2 - Prover mecanismos de compras programadas para a viabilização e manutenção dos projetos	Programar os mecanismos de compras de acordo com a estratégia proposta pelo grupo de trabalho da DAB	Mecanismos de compra funcionando agilizando os processos
	4.8 – Garantir que os materiais e medicamentos tenham condições adequadas para atendimento dos serviços de saúde, com qualidade e quantidade necessária	4.8.1 - Programar qualitativamente e quantitativamente os materiais e medicamentos a serem adquiridos para atender as UBS	Elaborar e acompanhar processos de compras e licitações	Processos acompanhados
5 – Implantação do serviço de informação	5.1 - Estruturar o setor de informação para que funcione em sua plenitude	5.1.1 – Determinar e adequar espaço físico para a centralização das informações (Núcleo de informações)	Ampliar o espaço físico para instalação do Núcleo de Informações, dentro da Secretaria da Saúde	Área adequada para o funcionamento.
		5.1.2 – Dotar o Núcleo de informações de hardware, softwares e RH capacitados para o volume de informações a serem centralizados e processados	Compra de hardware e software e contratação de RH	Custo de investimento x benefícios em agilidade
		5.1.3 – Criar um banco de dados único, contemplando todo o universo de serviços prestados pela SMS	Consultar especialista sobre o melhor banco de dados para esse fim, envolver o setor de informática da prefeitura para viabilizar projeto	Banco de dados
	5.2 – Cumprir normas quanto a compilação e envio de dados ao Ministério e ao Estado	5.2.1 – Cadastrar, faturar, processar, gerar e enviar arquivos formatados ao MS e SES, para fins de repasse de verbas e outros	Efetuar o faturamento de acordo com o determinado pela DRS e MS	Diminuição do número de pagamentos administrativos

	5.3 – Garantir a democratização das informações em saúde	5.3.1 – Utilizar efetivamente a internet ('site' da prefeitura) na divulgação das ações realizadas pela SMS, bem como os resultados obtidos	Criar link no site da prefeitura para divulgação das ações	Diminuição na quantidade de solicitações por parte dos municípios (via telefone, balcão, etc.), para informações em saúde
	5.4 – Viabilizar a obtenção e atualização de hardware e software, bem como insumos específicos de informática para a saúde	5.4.1 – Estudar compatibilização entre equipamentos x sistemas x MS x suporte x suprimentos, dentro da especificidade da SMS para aquisição e/ou criação de softwares para atendimento das necessidades específicas da SMS	Consultar especialista sobre o assunto, para melhor direcionarmos as aquisições/ contratações. Envolver o setor de informática da prefeitura	Diminuição no número de inconsistências e fragmentação de dados
		5.4.2 – Padronizar os equipamentos e sistemas	Estabelecer padronização e aquisição de sistemas e equipamentos, junto à informática da prefeitura	Sistema e equipamentos padronizados
		5.4.3 – Planejar a atualização constante de hard e software; bem com insumos específicos de informática	Acompanhar as inovações na área e atualizar quando necessário	Aumento na eficácia do processamento de dados
	5.5 – Viabilizar treinamento contínuo de funcionários na área de informática	5.5.1 – Treinar funcionários na área de informática	Elaboração de treinamento para os funcionários da saúde (já em andamento) e aplicar para 30% dos funcionários	Diminuição na perda de dados e solicitações de manutenção
	5.6 – Estabelecer política de atendimento à manutenção de equipamentos de informática na saúde, garantindo o atendimento ininterrupto	5.6.1 – Possuir ou terceirizar estrutura de equipamento de backup, para atendimento imediato à uma solicitação de manutenção	Estudar junto à administração, e efetuar solicitação de compra ou serviço	Diminuição no tempo de conserto de equipamentos
		5.6.2 – Alocar veículo e RH para utilização exclusiva dos atendimentos de solicitação de manutenção	Efetuar contrato	Aumento do pronto atendimento das solicitações de manutenção
		5.6.3 – Estudar soluções corporativas	Solicitar periodicamente à Divisão de Tecnologia da Informação, propostas corporativas	Diminuição de gastos com manutenção e insumos
	5.7 - Viabilizar a comunicação e transferência de informações entre os próprios da saúde	5.7.1 – Instalar rede lógica de dados, desde o consultório médico até o Núcleo de Informações	Efetuar solicitação de serviço para instalação de rede lógica nos próprios da saúde	Maior agilidade e segurança na transferência de dados
	6 – Regulação e controle dos serviços prestados, contratados e/ou conveniados.	6.1 – adequar a demanda dos SADTs aos recursos disponíveis	6.1.1 – Conhecer e controlar os SADTs emitidos pelas Unidades de Saúde	Programa elaborado

	6.2 – Garantir acesso aos serviços de saúde não disponíveis pelo município	6.2.1 – Criar serviço de triagem e encaminhamento (inclusive Ass. Social e médico)	Criar serviço de triagem	Serviço criado
		6.2.2 – Associar ao setor de triagem e encaminhamento as autorizações de Tratamento Fora do Domicílio	Instituir rotina no serviço de triagem criado, com autorização de Tratamento Fora do Domicílio	Rotina instituída
	6.3 – Garantir controle e fluxo das autorizações de internação e de procedimentos de alta complexidade/ custo	6.3.1 – estruturar o setor, adequando espaço físico, equipamento, RH em conformidade com o atendimento SUS no município	Criar estrutura de funcionamento adequado para emissão de AIH, APAC	Estrutura criada
		6.3.2 – estabelecer fluxos adequados das autorizações de AIH e APAC para eletivos (autorização pré) e de AIH e APAC de urgência (autorização pós)	Implementar as rotinas de autorização, emissão e controle de AIH e APAC	Rotinas definidas e implantadas
		6.3.3 – Prover RH adequado (equipe) para autorização de internação “in loco”	Contratar RH adequado	Contratação efetivada
	6.4 – Garantir o fluxo das informações geradas com a autorização e controle visando sua compilação, destinação (MS), faturamento e arquivo	6.4.1 – prover ao setor: local, pessoal e equipamento, inclusive com orientação de organização e métodos e com apoio pessoal de programação de dados	Criar estrutura de funcionamento adequado para garantir o fluxo das informações	Estrutura criada
7 – Gestão de Serviços Contratados e Conveniados pela SMS	7.1 – Garantir RH adequado e capacitado às funções de gestão de contratos e convênios da SES	7.1.1 – Contratar RH capacitado, por concurso, para a gestão de contratos e convênios	Contratar RH	RH contratado
	7.2 – Garantir a adequada elaboração, acompanhamento e cumprimento dos contratos e convênios da SES	7.2.1 – Criar comissão para elaboração, acompanhamento e fiscalização dos contratos e convênios	Criar comissão	Comissão criada
		7.2.2 – Elaborar contratos e convênios da SES	100% dos contratos e convênios elaborados, acompanhados e fiscalizados	Número de contratos e convênios elaborados, acompanhados e fiscalizados
8 – Implantação de Serviço de Ouvidoria.	8.1 – Melhorar o atendimento às queixas dos usuários de saúde do município	8.1.1 – Criar serviço estruturado, para atendimento às queixas dos munícipes, usuários da saúde do município, quanto aos serviços próprios ou contratados / conveniados do SUS	Criação do serviço	Serviço criado
		8.1.2 – Prover o setor com pessoal habilitado (inclusive contando com Assistente Social e Ombudsman)	Setor funcionando em local adequado	Local estabelecido
			70% dos protocolos da necessidade atual, funcionando.	Protocolos e fluxos criados e funcionando

	8.1.3 – Estabelecer local adequado às funções de Ouvidoria, com garantia de privacidade de trabalho e de informações, e prover o setor com equipamentos adequados ao exercício de suas atividades	Estabelecimento de comunicação adequada entre ouvidoria e demais setores	Comunicação estabelecida
	8.1.4 – Criar protocolos para atendimentos aos munícipes, com fluxos, destinação e orientações a serem dadas para buscar solução às queixas recebidas	Estabelecer protocolos de atuação para ouvidoria	Protocolos estabelecidos
	8.1.5 – Garantir canal de comunicação e de cooperação facilitado e continuado entre a Ouvidoria e os setores de Assistência à Saúde (UBS, UPS, Policlínica, vigilâncias, DST, laboratórios, hospitais e Serviços de Referenciamento)	Estabelecer protocolos de atuação para ouvidoria	Protocolos estabelecidos
	8.1.6 – Estabelecer protocolos de atuação possibilitando à Ouvidoria trabalhar de modo síncrono com o setor de Auditoria	Estabelecer protocolos de atuação para ouvidoria	Protocolos estabelecidos

Eixo 2: Atenção Básica e Educação em Saúde

OBJETIVOS	PRIORIDADES	ESTRATÉGIAS	METAS 2006	INDICADORES
1 - Aperfeiçoamento da atenção básica segundo os princípios e diretrizes do SUS	1.1 - Qualificação e humanização permanente do processo de trabalho	1.1.1 - Contribuir para ampliar a participação e aperfeiçoar as ações locais do Pólo de Educação Permanente	Realização de encontros periódicos	Número de entidades participantes; Quantidade/qualidade dos eventos produzidos pelo Polo.
		1.1.2 - Criação de um Núcleo de Educação Permanente na Secretaria da Saúde integrado ao setor de assistência	Realização mensal de eventos relacionados a capacitação dos profissionais do serviço de saúde	Quantidade/ qualidade das capacitações realizadas
		1.1.3 - Estabelecer parcerias com Universidades e instituições públicas ou privadas para fins de assessoria na área de educação para saúde	Realizar um estudo em conjunto com as Universidades para o desenvolvimento de abordagens pedagógicas para a educação em saúde	Avaliação qualitativa do estudo
		1.1.4 - Revisão dos processos de trabalho possibilitando a criação de espaços para a reflexão crítica das práticas de ação no nível local (criação de ambiente de trabalho saudável, incentivo à satisfação do trabalhador, trabalho em equipe e utilização de indicadores e metas)	Inclusão do tema nos planejamentos da DAB e locais.(unidades)	Número de unidades que incluíram efetivamente o espaço para o desenvolvimento desta ação

		1.1.5 - Adequação permanente do RH às necessidades do serviço	Realização de concurso público para os cargos da saúde. Criação do cargo de Técnico de Enfermagem	Concurso realizado e criação do cargo
		1.1.6 - Implantação do acolhimento em todas as UBS	Implantar acolhimento em 6 UBSs	Número de UBS's com acolhimento funcionando
	1.2 - Incrementar as ações de melhoria da qualidade de vida	1.2.1 - Desenvolver ações para valorização do núcleo familiar	Discussão conjunta entre técnicos do nível central, UBS's, outras secretarias e ONGs para propor estratégia e implementar ações	Estratégia implantada
		1.2.2 - Intensificar as ações do Projeto Caminhada e outras práticas de atividade física	Planejamento de ações em conjunto com as Secretarias de Esportes e Lazer e da Educação. Implantação de grupos de caminhada nos períodos da manhã e da tarde em todas as UBS	Realização do planejamento
		1.2.3 - Estender a todas as UBS o Projeto Vida Saudável e estabelecer parcerias com as universidades e/ou outras instituições para o seu aprimoramento	Implantação de grupos de orientação alimentar em todas as UBS. Contatar as escolas técnicas e universidades com curso de nutrição e o SESI, para estabelecer parcerias. Divulgação em massa, de boas práticas de vida	Grupos de caminhada por período por UBS. Número de campanhas realizadas. Número de publicações
		1.2.4 - Intensificação do Controle do tabagismo	Credenciar o programa junto ao MS. Criar grupos de acompanhamento no centro de referência.	Número de pessoas que deixaram de fumar/ Número de pessoas atendidas no ano. Credenciamento do programa no Ministério da Saúde
		1.2.5 - Desenvolver ações para combater a obesidade infantil (orientação para cantina saudável nas escolas, revisão e adequação do cardápio da merenda e implantação do projeto horta na escola, através do Programa escola Saudável)	Extensão das ações para todas as escolas municipais. Ações em todas as unidades básicas focadas ao combate da obesidade infantil	% escolas com ações de combate à obesidade infantil. % UBSs com ações de combate à obesidade infantil

	1.2.6 - Discussões com a sociedade civil, Conselho Local de Saúde, Conselho do Idoso, enfocando o ambiente físico e social do idoso	Levantar o número de acidentes com idosos	Número de acidentes com idosos no ano
		Tornar acessível a toda cidade orientações sobre um ambiente físico que evite acidentes com o idoso, utilizando para isso meios de comunicação regionais e/ou municipais	Número de encontros realizadas no ano
		Possibilitar eventos, em parcerias, visando oportunidades de convivência social do idoso (cursos, passeios, etc)	Número de eventos de divulgação realizados no ano
	1.2.7 - Desenvolver ações integradas psico-sociais (auto-estima, sexualidade, estresse, uso de drogas lícitas e ilícitas)	Parcerias com ONGs e outras secretarias	Número de projetos realizados
	1.2.8 - Ampliar e intensificar as ações do Programa Escola Saudável (saúde visual, saúde auditiva, saúde bucal, alimentação saudável, ambiente saudável, saúde mental nas escolas, projeto “Espaço Jovem nas Escolas”)	Extensão das ações para todas as escolas	Número de escolas onde ocorreram as ações / número de escolas
	1.2.9 - Desenvolver ações educativas para prevenção e detecção precoce de tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus, e outras doenças (anemia, neoplasias) através de capacitações para professores do ensino fundamental da rede municipal e estadual, através do Programa Escola Saudável	Capacitação de professores multiplicadores no ensino fundamental das redes municipal e estadual	Número de capacitações realizadas no ano
	1.2.10 - Discussão com a sociedade civil, Conselho Local de Saúde, ONGs e profissionais de saúde enfocando o autocuidado e a responsabilidade do indivíduo no processo saúde - doença	Desenvolver estratégias para estimular o autocuidado e a responsabilidade do indivíduo no processo saúde - doença	Estratégias desenvolvidas
1.3 - Redução da mortalidade infantil	1.2.11 - Ampliar as parcerias para capacitação de pessoas que cuidam de pacientes acamados (hospitalizados ou não), visando a humanização	Desenvolver parcerias com ONGs visando a humanização do atendimento sócio - espiritual aos pacientes hospitalares e domiciliares	Número de treinamento realizado
	1.3.1 - Propor aumento do número de leitos de UTI infantil à CIR	Credenciamento dos 3 leitos de UTI infantil da Santa Casa junto ao Ministério da Saúde	Número de leitos credenciados

1.3.2 - Vigilância ao recém nascido de risco pela equipe multiprofissional visando o empoderamento social, valorizando a potencialidade do indivíduo e sua família nas relações e no cuidar	Vigilância a todas as crianças de risco (100%) e sua família	% de crianças de risco acompanhadas
1.3.3 - Realizar a vigilância nutricional e alimentar em parceria com a Secretaria da Educação/ Secretaria da Cidadania visando a construção de projetos para a melhoria da qualidade alimentar de acordo com a faixa etária, recursos da população e seus costumes	Vigilância de 100% da população da faixa etária de 0 a 5 anos	% da população de 0 a 5 anos vigiada
1.3.4 - Fornecimento de suplementações alimentares, realizando ações grupais de orientações sobre alimentação, risco nutricional, higiene e alternativas de preparo dos alimentos para enriquecer a qualidade alimentar da criança e de seu núcleo familiar, com parcerias de outras secretarias e entidades	Fornecimento para todas as UBSs e entidades afins do leite nutritivo (soja) e da multimistura. Avaliação da evolução dos trabalhos de grupo, assim como a melhora do estado nutricional e alimentar	Número de unidades e entidades atendidas e o número de pessoas beneficiadas
1.3.5 - Ação de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, construindo com a mãe e seu núcleo familiar o conhecimento e importância do aleitamento materno, fortalecendo o seu vínculo com o bebê e seus familiares. Intensificando e posicionando o direito do aleitamento materno exclusivo e realizando as articulações com outras Secretarias para garantir o direito da mãe e do bebê	Realizar ações grupais sobre a importância do Aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida para 100 % dos nascidos-vivos de Sorocaba, com início destas ações no pré-natal, criando uma dinâmica e evolução dos trabalhos grupais, construindo a importância do aleitamento materno junto à mãe, para que esta também possa transmitir o seu conhecimento no núcleo familiar e sua comunidade	Número de crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo/ número de nascidos nesta faixa etária
1.3.6 - Melhorar o controle das crianças internadas nos hospitais conveniados ao SUS, através do Programa Bebê Saudável que realiza o controle e faz a marcação de consulta pediátrica para acompanhamento médico após a alta hospitalar, realiza orientações alimentares, higiene, etc.	100% das crianças até 2 anos de idade acompanhadas pelo Programa Bebê saudável. Redução do número de reinternações	Número de reinternações, enfocando a faixa etária de 0 a 2 anos

		1.3.7 - Aumentar a cobertura vacinal. Divulgar as orientações sobre imunização através da mídia, eventos, trabalhos educativos periódicos, e parcerias com entidades ONGs, etc... busca ativa efetiva de faltosos para cobertura de 100%	100% de cobertura vacinal	Cobertura vacinal
		1.3.8 - Estender a todas as UBS a oferta de tratamento efetivo para as crianças portadoras de asma, melhorando a qualidade de vida e reduzindo complicações da doença (inclusive internação). Capacitação a todos os profissionais envolvidos no acompanhamento da criança (de 0 a 12 anos completos) inscrita no Programa da Asma	Redução na internação por asma através do treinamento e orientações a todos os profissionais das UBS para o acompanhamento da criança asmática	Número de crianças asmáticas/ número de internações de acordo com sua área de abrangência
		1.3.9 - Elaboração de protocolo de urgência e emergência, incluindo Pronto Socorro Municipal, visando aumentar a resolutividade do tratamento. Criação de um instrumento de verificação da frequência de procura dos serviços de urgência e emergência num determinado período de tempo	Implementar o protocolo em 100% das unidades de urgência e emergência	% de unidades com protocolos implementados
		1.3.10 - Organizar ações grupais em parceria com a Secretaria da Educação com enfoque na prevenção de acidentes na infância	Realizar reuniões com a Secretaria de Educação e desenvolver estratégias	Estratégias implantadas
		1.3.11 - Implementação do serviço de pediatria em todos os Pronto atendimentos	40% dos PAs com pediatras	Número de pronto atendimento com serviço de pediatria 24 h
		1.3.12 - Fusão dos Comitês de Mortalidade Infantil e Materna	Integrar os dois comitês	Comitê conjunto em funcionamento
		1.3.13 - Aprimorar as ações de combate e prevenção às carências nutricionais e de controle do crescimento e desenvolvimento	Implantar em todas as UBS o novo programa de controle de crescimento e desenvolvimento através do SISVAN e fornecimento de suplementação alimentar	% de unidades com SISVAN e fornecimento de suplementação alimentar
	1.4 - Garantir o acesso do adolescente às ações de saúde	1.4.1 - Capacitar os profissionais para abordagem integral do adolescente	Discutir estratégias com grupo de educação permanente e realizar capacitação	Capacitação Realizada
		1.4.2 - Implantação do projeto "Espaço Jovem" nas escolas	Todas as UBS envolvidas e implantação do projeto em 100% das escolas municipais	% escolas com projeto implantado
		1.4.3 - Parceria com as Universidades para ações conjuntas destinadas a este público	Estabelecer parcerias e elaborar projetos	Parceria com as Universidades para ações conjuntas destinadas a este público

	1.4.4 - Estruturar na UBS espaços de diálogos voltados para as demandas dos adolescentes	Em 50% das UBS	% UBSs
	1.4.5 - Garantir acesso a todos os métodos contraceptivos, de acordo com as indicações e de prevenção às DST/ AIDS	Em todas as UBS (100%)	% UBS com garantia de acesso
1.5 - Aperfeiçoar as ações de atenção à saúde da criança/ adolescente	1.5.1 - Estabelecer parcerias com outras secretarias como Juventude, Educação, Cultura e etc	Estabelecer parcerias e desenvolver ações conjuntas	Nº de ações conjuntas (em parceria)
1.6 - Enfoque integral da saúde da mulher	1.6.1 - Promover ações na área da saúde da mulher na fase do climatério	Realizar encontros entre os profissionais da área e discutir a formação de um Protocolo para atendimento da mulher no climatério, incluindo as medicações específicas	Protocolo elaborado e aprovado pelo Secretário Municipal e Conselho Municipal de Saúde
	1.6.2 - Promover ações na área da saúde da mulher com comprometimento da saúde mental	Estabelecer parceria e fluxo com o ambulatório de saúde mental, para atendimento de mulheres com transtornos mentais	Número de mulheres atendidas em saúde mental
	1.6.3 - Promover discussões sobre o tema: sexualidade da mulher em diversas fases de sua vida com os profissionais da área, visando melhor interlocução com as usuárias sobre o tema	Convidar os profissionais da área de saúde e realizar debates e discussões sobre o tema	Número de encontros realizados sobre o tema: a sexualidade feminina. Análise qualitativa do desenvolvimento do tema pelos profissionais
1.7 - Melhorar a eficiência das ações de Planejamento Familiar/ sexualidade, prevenção e tratamento de DST/AIDS	1.7.1 - Estabelecer parcerias com escolas, UBSs através do Programa Escola Saudável para se desenvolver o protagonismo juvenil e o empoderamento da mulher adolescente, assim como capacitar multiplicadores, através de trabalhos educativos, reuniões, feiras, etc.	40% das UBSs realizando atividades para se desenvolver o protagonismo juvenil e o empoderamento da mulher adolescente, assim como capacitar multiplicadores, através de trabalhos educativos, reuniões, feiras, etc.	% das UBSs realizando atividades para se desenvolver o protagonismo juvenil e o empoderamento da mulher adolescente, assim como capacitar multiplicadores, através de trabalhos educativos, reuniões, feiras, etc.
	1.7.2 - Implantar local de atendimento multidisciplinar ao adolescente	Criar um local de atendimento multidisciplinar voltado ao público adolescente	Criação do local de atendimento multidisciplinar voltado ao público adolescente
	1.7.3- Criar equipe multidisciplinar para atuar em projeto de apoio, divulgação e formação de multiplicadores sobre Planejamento Familiar, atingindo inclusive uma população que normalmente não frequenta a UBS	Equipe criada e atuando	Número de equipes criadas

		1.7.4 - Ampliar parcerias com a sociedade civil, instituições e outras secretarias da Prefeitura para o desenvolvimento de ações visando o empoderamento da mulher e discussão de políticas de planejamento familiar	Estabelecer maior número de parcerias em todas as áreas de abrangências (comunidades, empresas, ONGs, etc.)	Número de instituições parceiras
		1.7.5 - Elaboração e distribuição de cartilhas educativas sobre planejamento familiar	Distribuição de cartilhas em todas as UBSs	Taxa de consumo dos métodos anticoncepcionais
		1.7.6 - Realizar educação permanente com médicos e enfermeiros sobre planejamento familiar e a discussão sobre a proposta da inclusão do tratamento sintomático da DST/ AIDS no protocolo da Saúde da Mulher	Realizar encontros trimestrais com os profissionais. Fazer análise qualitativa através de questionários aplicados aos usuários	Análise qualitativa (questionários referente a qualidade do atendimento por parte dos profissionais participantes do processo realizados pelos usuários)
		1.7.7 - Implantar ações de aconselhamento e discussão sobre DST/ AIDS nas UBS	Realizar discussão com todos os profissionais para a atividade e implantar ações	Ações implantadas
		1.7.8 - Divulgar informações educativas sobre DST/ AIDS	Elaboração e distribuição de cartilhas educativas nas UBS	Número cartilhas distribuídas
		1.7.9 - Criação de ambulatório de Infertilidade e solicitação a DRS 16 para criar referência para a Reprodução Assistida	Elaboração de Protocolo para atendimento	Protocolo criado
		1.7.10 - Promover ações de planejamento familiar diferenciadas e prevenção de DST/ AIDS em famílias com membros em situação de prisão	Realização de diagnóstico da situação. Realizar ações em parceria com a FUNAP	Ações implantadas
	1.8 - Melhorar a eficiência da atenção obstétrica e neonatal	1.8.1 - Realizar a educação permanente e sensibilização da equipe de trabalho sobre a humanização e qualificação da atenção obstétrica e neonatal	Realizar encontros trimestrais com os profissionais	Número de encontros realizados
		1.8.2 - Promover discussões conjuntas entre profissionais da saúde, sociedade civil organizada, entidades e comunidade sobre gravidez, amamentação e a importância do pré-natal	Promover reuniões com a comunidade, escolas, Conselhos Locais de Saúde, etc.	Número de reuniões realizadas. Número de gestantes inscritas no Pré Natal
		1.8.3 - Realizar o teste de gravidez no momento em que for detectada essa necessidade ou solicitado pela mulher	Realizar o teste de gravidez no momento em que for detectada essa necessidade ou solicitado pela mulher em 100% dos casos	Número de gestantes inscritas com menos de 120 dias de gestação/ total de gestantes
		1.8.4 - Inscrição imediata no pré-natal (teste positivo) no Sistema de Informação	100% das gestantes inscritas	Número das gestantes inscritas/ total de gestantes
		1.8.5 - Atuar no Projeto Madrinha Social com as demais parceiras	Identificação e monitoramento de 60% das gestantes com risco social e 100% com risco biológico	Número de gestantes identificadas e monitoradas/ total de gestantes

	1.8.6 - Garantir oferta de ácido fólico e sulfato ferroso	Fornecimento da medicação para 100% das gestantes	Número de gestantes que estão recebendo a medicação/ total de gestantes
	1.8.7 - Aperfeiçoar através de encontros a interface entre os serviços que compõe a rede de atenção obstétrica (UBS, Policlínica, Maternidade, Clínica DST/ AIDS, Urgência e Emergência)	Realizar encontros trimestrais com os responsáveis pelos respectivos serviços	Número de encontros realizados. Taxa da Mortalidade Materna e Infantil
	1.8.8 - Busca ativa periódica através do sistema de informação das gestantes e puerperas faltosas	Garantia do acompanhamento de 100 % das gestantes e puerperas	Taxa de adesão
	1.8.9 - Fusão dos Comites de Mortalidade Materna e Infantil	Pleno funcionamento do Comitê	Número de óbitos avaliados/ total de óbitos. Taxa de adesão às reuniões. Número de relatórios com ações indicativas
1.9 - Melhorar a eficiência das ações de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama	1.9.1 - Educação permanente dos profissionais de saúde sobre ações de prevenção do câncer ginecológico e mama	Participação de 100% dos profissionais no processo	Número de diagnóstico precoce de câncer
	1.9.2 - Promover discussões com a sociedade civil, Conselho Local de Saúde e realizar trabalhos educativos, estimulando a realização de exames de triagem do câncer ginecológico e mama	Realização de palestras pela equipe da UBS, e encontros com Conselhos Locais de Saúde e as comunidades. Adequar a oferta de exames para detecção de câncer de acordo com a demanda	Número de coletas de papanicolaou e mamografias
	1.9.3 - Aumentar o acesso a exames de diagnóstico precoce para o câncer de colo de útero	Aumentar para 40% a cobertura de papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos	Número de papanicolaou colhido entre 25 a 59 anos/ total de mulheres de 25 a 59 anos
	1.9.4 - Melhorar a cobertura de papanicolaou e prevenção de câncer de mama, através de identificação de áreas de risco	Realizar uma campanha/ ano em áreas de risco identificadas	Número de coletas de papanicolaou e mamografias destas áreas
1.10 - Ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento às doenças respiratórias, gástricas, oncológicas e dermatológicas	1.10.1 - Capacitação permanente dos profissionais de saúde	Realizar capacitação dos profissionais nos moldes da Educação Permanente	Redução das filas nas especialidades citadas
	1.10.2 - Criar protocolo de atendimento envolvendo os serviços de urgência e centros de saúde para pacientes com diagnóstico de doença respiratória aguda ou agudizada	Promover discussões entre os profissionais para realizar o protocolo	Protocolo estabelecido e rotina implantada

	1.10.3 - Inclusão na grade de medicamentos das UBSs e dos PAs, de corticoide oral 20mg (tipo meticorten ou prednisolona) e broncodilatador inalatório de curta duração (tipo combivent)	Distribuição das medicações nas referidas unidades de saúde após análise dos custos e criação de protocolos de uso	Medicamentos disponíveis nas UBS
	1.10.4 - Articular e promover a integração das unidades básicas e o serviço de referência para ostomizados	Divulgar o serviço de referência às UBS	Trabalho integrado com serviços para ostomizados
	1.10.5 - Inclusão na grade de medicamentos das UBSs de bloqueadores H2 tipo omeprazol	Levantamento de custos e elaboração do protocolo	Oferta do medicamento para a população
	1.10.6 - Ampliar a atuação do Ambulatório do Homem	Realizar estudo e ampliar a atuação	Aumento da oferta de serviços e aumento do número de pacientes que usam o ambulatório
	1.10.7 - Promover horários alternativos de funcionamento das UBSs, visando a inclusão do público trabalhador	Realizar estudo de impacto financeiro	Oferta de serviços em horários alternativos para o público trabalhador
1.11 - Reduzir os coeficientes de internação e morte por doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus e suas complicações	1.11.1 – Garantir, no conselho local de saúde, a apresentação e debate do diagnóstico de saúde local e dos recursos disponibilizados pela UBS e a partir desses, buscar parcerias para enfrentamento em conjunto	100% das UBSs buscando soluções conjuntas	% das UBSs buscando soluções conjuntas
	1.11.2 - Criação dentro do Conselho Local de Saúde de grupos para discussão e atuação nos fatores de risco para as doenças de maior prevalência da área, objetivando promover maior qualidade de vida, reduzir internações/ seqüelas e mortes	100% das UBSs buscando soluções conjuntas	% das UBSs buscando soluções conjuntas
	1.11.3 - Criação de grupo responsável pela atualização da grade de medicação e protocolos de tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações	Grupo de estudo envolvendo técnicos da assistência com técnicos da área de gestão e planejamento	Grade de medicamentos atualizada e protocolos implementados
1.12 - Reduzir os índices de cárie dental, doença periodontal, câncer bucal e demais doenças da boca	1.12.1 - Priorizar o atendimento odontológico na fase de desenvolvimento facial (0 a 14 anos) com acompanhamento por risco e retornos programáticos, reforçando orientações de higienização bucal, dieta e hábitos saudáveis	80% das crianças de 0-14 anos passando pelo menos por trabalho educativo nas UBSs e Escolas	Nº de crianças de 0 -14 anos que passaram no programa odontológico
	1.12.2 - Ampliar o SEPTO, de maneira a melhorar a interação com os módulos e CSs, potencializando as ações de promoção prevenção em saúde bucal	Elaboração do Projeto de ampliação com participação dos profissionais da rede básica, módulo e SEPTO	Projeto elaborado

1.13 - Aperfeiçoar as ações de promoção em saúde bucal	1.12.3 - Aumentar a oferta de procedimentos cirúrgicos e restauradores (abertura de novas unidades e reestruturação dos processos de trabalho)	Construção de mais uma unidade de saúde	Número de procedimentos executados nessas UBSs
	1.12.4 - Capacitar todos os funcionários, tornando-os multiplicadores em saúde bucal em suas UBSs	50% dos funcionários capacitados em 2006	Número de profissionais capacitados
	1.12.5 - Intensificar a utilização de critérios de risco para prevenção e detecção precoce de câncer bucal com enfoque maior ao idoso	Aumento em 30% a detecção precoce do câncer bucal	Número de casos detectados precocemente
	1.12.6 - Levantamento epidemiológico a ser realizado periodicamente	Realização de um levantamento epidemiológico (2006)	Relatório epidemiológico concluído
	1.13.1 - Trabalhar em conjunto com a VISA no controle do flúor da água de abastecimento	Discussão conjunta com a VISA das ações de controle do flúor da água	Ações conjuntas desenvolvidas
	1.13.2 - Incrementar as ações preventivas em saúde bucal, através do Programa Escola Saudável em crianças de 0 a 10 anos	100% das Escolas Municipais com escovação supervisionada	Índice de placa bacteriana
	1.13.3 - Capacitação em saúde bucal para os educadores para que orientem e supervisionem a escovação dos escolares	Aumentar a estrutura do programa Escola Saudável para executar a capacitação e a avaliação das ações	Número de profissionais capacitados
	1.13.4 - Executar supervisão periódica das ações realizadas pelos professores	Aumentar a estrutura do programa Escola Saudável para executar a capacitação e a avaliação das ações	Número de escolas e frequência de supervisão
	1.13.5 - Propiciar acesso à escova de dente para a população de maior risco social	Identificação da população de risco e distribuição de escova e pasta de dente	% da população de risco atendida
	1.13.6 - Estabelecer parcerias com Universidades, ONGs, grupos religiosos, etc, com o objetivo de multiplicar a discussão sobre saúde bucal e disseminar conhecimento e estabelecer Projetos Conjuntos	Disseminar multiplicadores em saúde bucal. Projeto de parceria com a Pastoral da Criança	Projeto de parceria com a Pastoral da Criança
	1.13.7 - Adequação de todas as unidades às normas da VISA	Adequar 25% das unidades	Quantidade de unidades adequadas/ total de unidades existentes
	1.13.8 - Promover discussões com cirurgiões dentistas com o objetivo de ampliar seus conhecimentos sobre manifestações bucais que sugiram DSTs	100% dos cirurgiões dentistas participando das discussões promovidas	Número de cirurgiões dentistas participantes. Avaliação qualitativa

	1.13.9 - Elaboração de cartazes e folders para incrementar ações educativas nas UBS e escolas, sobre autocuidado em saúde bucal	Distribuição do material em 100% das UBS	Material distribuído
1.14 - Ampliar o acesso ao serviço de odontologia	1.14.1 - Aumentar o acesso das gestantes ao tratamento odontológico relacionando doença periodontal, parto prematuro e pré eclâmpsia, fazendo encaminhamento às ações de odontologia, prioritariamente coletivas no momento da inscrição do pré-natal	Cobertura de 80% das gestantes inscritas no pré natal	Número de gestantes atendidas no serviço odontológico/ total de gestantes inscritas no pré-natal
	1.14.2 - Aumentar o acesso das crianças de 0 a 14 anos das UBSs, priorizando as de 0 a 5 anos, às ações odontológicas, no momento da entrada dessas crianças na UBS, enfatizando as ações coletivas	Cobertura de 80% das crianças de 0 a 5 anos das UBSs em ações coletivas	Total de crianças assistidas (0 a 5 anos) pelas ações odontológicas/ número total estimado de crianças das UBSs desta faixa etária
	1.14.3 - Ampliar o acesso dos diabéticos às ações odontológicas, trabalhando em conjunto com a área de atenção à saúde do adulto, priorizando ações coletivas	Cobertura de 50% dos diabéticos da UBS, em ações coletivas de odontologia	Número de diabéticos assistidos por ações de odontológicas (coletivo)/ total de diabéticos inscritos na UBS
	1.14.4 - Organizar o atendimento às urgências odontológicas através de acolhimento	100% das UBSs com acolhimento das urgências implantado	Número de UBSs com acolhimento implantados
	1.14.5 - Implantação do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) na Policlínica, proporcionando um aumento no número de especialidades	Implantação do CEO	CEO implantado
	1.14.6 - Implantar o PA odontológico na UPH	Implantação do PA odontológico	PA implantado
1.15 - Reduzir a morbimortalidade por agravos externos e violência	1.15.1 - Capacitação permanente para pais, cuidadores, educadores, conselhos gestores, comunidades em geral, envolvendo os profissionais de saúde em parceria com outros setores, afim de ampliar as ações de promoção, prevenção e os cuidados para todos os indivíduos em situação de risco	Envolvimento entre UBS, escolas, conselhos de saúde, ONGs e setores afins com objetivo de desenvolver ações permanentes visando a redução da violência	Reuniões e ações conjuntas
	1.15.2 - Articular canais de comunicação com a sociedade, imprensa, associações, conselhos, ONGs, universidades, etc.	Proporcionar espaços para discussões periódicas sobre o assunto com a sociedade, imprensa, associações, conselhos, ONGs, universidades, etc.	Setores da Prefeitura, sociedade, imprensa, associações, conselhos, ongs e universidades trabalhando articulados

	1.16 - Promover a articulação entre os setores da Saúde	1.16.1 - Articular a aproximação dos setores, buscando a facilitação dos fluxos e otimização dos serviços (PA, UBS, Policlínica, Vigilância, Ambulatórios, Hospitais, etc.)	Realizar reuniões quinzenais com as chefias dos setores	Número de reuniões
2 - Oferecer estratégias equânimes / diferenciadas de atenção à saúde mais eficazes, conforme estratificação de risco epidemiológico e social, contribuindo para o desenvolvimento da comunidade	2.1 - Consolidar a Estratégia Saúde da Família nas áreas já atendidas e nas contíguas de mesmo perfil epidemiológico e social	2.1.1 - Adequação de estrutura física, de acesso e de potencial humano	Construção de mais uma Unidade Saúde da Família para 4 equipes (parte do Vitória Régia I, VR II, VR II e JS Carvalho, Jd Cardoso e Setor B do Sorocaba Park)	Unidade Saúde da Família construída
		2.1.2 - Rever política de RH para PSF, que contemple o quadro de funcionários necessários e possibilite a contratação da equipe matricial (Psicólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Assistente Social e Fisioterapeuta), visando reduzir a rotatividade e ampliar as ações	Redução da taxa de rotatividade dos profissionais contratados para o PSF (Enfermeiros e Médicos)	Taxa de rotatividade de profissionais
			Contratação de duas equipes matriciais	Equipes Matriciais contratadas
	2.2 - Introduzir nas áreas de risco (bolsões) estratégia modificada e ampliada de atenção à saúde com inclusão do Agente Comunitário de Saúde ("PACS MODIFICADO")	2.2.1 - Redefinir formato de convênio para contratação de agentes comunitários para as áreas de risco	Forma de contratação definida	ACS contratado
		2.2.2 - Envolvimento de todos os profissionais das unidades de saúde e da população representada (Conselho Local de Saúde ampliado, demais conselhos e outras organizações públicas e privadas) em oficinas de trabalho, tendo como estratégias: reconhecimento da área de abrangência, mapeamento de áreas homogêneas de risco e de recursos, planejamento e monitoramento das ações	Implantar "PACS MODIFICADO" nas áreas: Nova Esperança, Vila Barão	"PACS MODIFICADO" implantado
		2.2.3 - Desenvolver em parcerias com universidades, sistemas de gerenciamento e monitoramento de impacto por território de responsabilidade	Criação de Sistemas de Informação específica de acompanhamento e avaliação	Sistema de Informação e Software desenvolvido.
	2.3 - Mapeamento das famílias com risco social	2.3.1 - Parceria com a Secretaria da Cidadania para mapeamento das famílias com risco social. Participar do processo de implementação do SUAS	Trabalhar em conjunto com a SECID nos projetos com fim social	Projetos conjuntos visando equidade

3 - Aprimorar o controle social sobre as políticas de saúde	3.1 - Qualificar os conselhos de saúde	3.1.1 - Capacitação permanente dos conselheiros de saúde (CMS e Conselho Local de Saúde), para o pleno exercício de suas funções (participar da elaboração de políticas locais de saúde, com enfoque na busca da qualidade de vida)	Capacitação de 50% dos Conselhos Gestores Locais de Saúde	% de Conselhos Gestores Locais de Saúde capacitados
		3.1.2 - Criação e aplicação de instrumento de acompanhamento do desenvolvimento dos Conselhos Locais de Saúde	Criar instrumento de avaliação com ampla participação dos conselheiros	Instrumento elaborado
	3.2 - Melhorar a comunicação entre usuários e o serviço de saúde	3.2.1 - Criação de ouvidoria específica para o serviço municipal de saúde	Visitas aos Municípios, que já possuam serviços de ouvidoria para subsidiar a implantação do nosso, realizar projeto e implantar	Serviço criado
		3.2.2 - Criação de fóruns locais para discussão de temas relacionados a saúde com a participação de conselhos, comunidade, trabalhadores de saúde, entidades, ongs, representante de universidades, a serem realizados com periodicidade	Realização de 5 (cinco) Fóruns Regionais (Pré Conferência Municipal de Saúde). Realizar Conferência Municipal de Saúde	Número de Fóruns realizados e Conferência Municipal de Saúde realizada
		3.2.3 - Parceria com Universidades (curso da área de humanas, para participação e acompanhamento do desenvolvimento dos conselhos)	Vincular um grupo de alunos para cada Conselho Local de Saúde	Número Conselhos acompanhados, através da realização de relatórios
	3.3 Ampliar a representatividade nos Conselhos Gestores Locais de Saúde, aprimorando sua atuação.	3.3.1 - Revisão do decreto que instituiu os Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde	Criar grupo de trabalho envolvendo coordenadores de UBSS, membros dos Conselhos Municipal e Local de Saúde e Supervisores para rever o decreto	Revisão do decreto
	3.4 - Garantir que seja apresentado ao Conselho Municipal de Saúde a previsão orçamentária (Plano Plurianual) de forma didática, possibilitando o acompanhamento	3.4.1 - Apresentar anualmente de forma simplificada o Plano Plurianual.	Apresentar de forma didática o PPA 2006	PPA apresentado
4 - Ampliação da oferta de exames de análises clínicas realizadas pelo laboratório municipal (LAMAC)	4.1 - Ampliar estrutura funcional do LAMAC, aumentando a capacidade de produção de 50 para 75 mil exames/ mês	4.1.1 - Reforma do prédio atual	Licitar/ reformar	Prédio reformado
		4.1.2 - Ampliação de 200 m² da área física	Ampliação em 200 m²	Ampliação

		4.1.3 - Reposição de equipamentos obsoletos	Troca e atualização dos equipamentos de análises clínicas e de informática	Equipamentos repostos
		4.1.4 - Aumento do quadro de técnicos	Adequação do quadro com a contratação de um biomédico e três técnicos de laboratório	Aumento do número de exames realizados
5- Ampliação do acesso aos Serviços de Atenção Básica	5.1 - Construção de novas Unidades Básicas de Saúde	5.1.1 - Construção de cinco novas unidades básicas de saúde	Construção de três novas unidades básicas de saúde e elaboração do projeto das outras duas.	Obras iniciadas e projeto elaborado
	5.2 - Adequação do espaço físico das unidades básicas de saúde cujo espaço está inadequado	5.2.1 - Ampliação e adequação das unidades básicas de saúde conforme programação da Secretaria	Ampliação do espaço físico de cinco unidades básicas de saúde	Número de unidades ampliadas

Eixo 3: Atenção à Urgência e Emergência

OBJETIVOS	PRIORIDADES	ESTRATEGIAS	METAS 2006	INDICADORES
1 - Aperfeiçoamento do atendimento à urgência e emergência	1.1 - Pronto Atendimento, UPH-ZN e Pronto Socorro Municipal	1.1.1 - Educação permanente dos profissionais que atuam na área de Urgência e Emergência	80% de profissionais treinados	Percentual de profissionais treinados
		1.1.2 - Implantação de Urgência Ortopédica e odontológica na UPH-ZN	Implantar serviço odontológico	Serviço implantado
		1.1.3 - Melhorar a integração do PS Municipal com as UBSs, PAs, SAMU e Policlínica Municipal	Reunião mensal entre os setores	Número reuniões realizadas
		1.1.4 - Manutenção e modernização dos equipamentos de uso rotineiro	Manutenção em 100% dos equipamentos	Número de manut. efetuadas/ Número de manut. solicitadas
		1.1.5 - Dispensação de medicamentos para os munícipes nas Unidades de Pronto Atendimento e UPH-ZN nas 24h do dia	Implantar serviço em 100% dos PAS e UPH-ZN	% de unidades com o serviço
		1.1.6 - Revisão da grade de medicamentos e a dinâmica de reposição para a área	Rever 100% da grade a adequar se necessário	% da grade avaliada e revista
		1.1.7 - Implementação de mecanismos mais eficientes para avaliação da assistência do Pronto Socorro Municipal da Santa Casa	Discussão com os setores da Assistência e de Avaliação e Controle para desenvolver e implementar mecanismos de avaliação da assistência conforme proposto	Instrumento concluído e implementado

1.2 - Serviço Municipal de Verificação de Óbito	1.2.1 - Implantação desse serviço	Implantar o serviço	Serviço implantado e funcionando.
1.3 - Hospital Evangélico	1.3.1 - Implantação do atendimento de Urgência e Emergência em Obstetrícia no Hospital Evangélico	Implantar o serviço	Serviço implantado
1.4 - Hospital Santa Lucinda	1.4.1 - Ampliação dos leitos de retaguarda para pediatria, no Hospital Santa Lucinda	15 leitos de retaguarda para pediatria	Número de leitos
1.5 - UPH-ZO	1.5.1 - Construção da Unidade Pré-Hospitalar da Zona Oeste	Aquisição do terreno e projeto	Terreno e o projeto
1.6 - SAMU	1.6.1 - Criar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Implantar o serviço	Serviço implantado
	1.6.2 - Através de dados do SAMU, monitorar os agravos orientando a prevenção	Construção de instrumento de monitoramento	Instrumento concluído
	1.6.3 - Grupo de estudo dos casos encaminhados via SAMU ao PS Municipal e Conjunto Hospitalar, visando o acompanhamento e a resolubilidade dos mesmos	Criar o grupo e realizar reuniões mensais	Número de reuniões realizadas
	1.6.4 - Grupo educação permanente em Urgência e Emergência com enfoque no serviço e atuação do SAMU, para os profissionais das UBS e PA's	Criação do grupo e realização de capacitação para 50% dos profissionais da UBSs e 80% dos profissionais dos Pas	% de profissionais capacitados
	1.6.5 - Ampliação e modernização da frota de ambulâncias	Renovar 50 % da frota	% da frota renovada
1.7 - Parceria para treinamento de pessoal	1.7.1 - Parceria com o Ministério da Saúde e universidades para a capacitação dos Profissionais que atuarão na Área de Emergência (SAMU)	Treinamento no primeiro semestre de 2006 para 100% dos profissionais do SAMU	% profissionais treinados
1.8 - Sistema de informação informatizado	1.8.1 - Implantar um sistema de Informações que integre todas as informações existentes nas diversas unidades prestadoras de atendimento à saúde no município	Articulação com a informática para viabilizar	Projeto concluído

Eixo 4: Ações nas Áreas de Especialidades e Atenção Hospitalar

OBJETIVOS	PRIORIDADES	ESTRATÉGIAS	METAS 2.006	INDICADORES
1 - Desenvolvimento de ações educativas e preventivas que abordem patologias preveníveis e de importância epidemiológica	1.1 - Redução dos índices de morbi-mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho	1.1.1 - Incentivar as ações realizadas pelo CEREST com melhoria de sua estrutura física e de recursos humanos, assim como parcerias com organizações governamentais e não governamentais afins	Adequação do espaço físico para ampliação das ações do CEREST	Novo local de trabalho para o CEREST

1.2 - Desenvolver ações educativas para prevenção e detecção precoce de Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	1.2.1 - Identificação e treinamento de líderes na comunidade para divulgação dos sinais e sintomas das doenças e combate ao preconceito	Garantir no conselho local de saúde a apresentação e debate do diagnóstico de saúde local e dos recursos disponibilizados pela UBS e a partir desses, buscar parcerias para enfrentamento em conjunto	Trabalho em conjunto com a comunidade para desenvolver ações educativas para prevenção e detecção precoce de Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
	1.2.2 - Treinamento para professores do ensino fundamental	Envolver o programa Escola Saudável na estratégia de capacitar professores	% professores capacitados
	1.2.3 - Treinamento para Agentes Comunitários de Saúde	Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde	% de agentes capacitados
	1.2.4 - Treinamento para equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Fisioterapeuta, Podólogo, Nutricionista e Assistente Social para ambulatório do pé diabético)	Educação Permanente para equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Fisioterapeuta, Podólogo, Nutricionista e Assistente Social para ambulatório do pé diabético)	Número de profissionais capacitados
1.3 - Aperfeiçoar as ações de prevenção e controle de tuberculose e hanseníase e Neuropatia Diabética	1.3.1 - Manter equipe multiprofissional treinada e ampliação das ações dos programas para as UBSs, oferecendo orientações sobre todas as fases das doenças e possíveis intercorrências	Programar e realizar capacitação da equipe	Número de profissionais capacitados
	1.3.2 - Garantir a profilaxia através da vacinação. BCG em 100% das crianças e contatos intradomiciliares dos casos de Hanseníase	100% de vacinação da população alvo	Cobertura vacinal
	1.3.3 - Garantir a Realização de exames diagnósticos em todos os casos suspeitos Tuberculose	Realização de baciloscopia para 1% da população	Número de baciloscopias
	1.3.4 - Hanseníase- garantir o exame dermatoneurológico de todos os contatos intra- domiciliares dos casos novos, assim com os exames de revisão pós alta	Examinar 100% da população alvo	Número de exames realizados
	1.3.5 - Busca ativa dos suspeitos, dos comunicantes e pacientes faltosos	Realizar a busca em todas as faltas de pacientes em terapia ou dos comunicantes	Número de pacientes que abandonaram o tratamento
	1.3.6 - Realização de campanhas educativas e orientativas que promovam o conhecimento da população para identificação precoce da hanseníase e tuberculose	Realizar 2 vezes ao ano	Número de campanhas educativas

1.3.7 - Atendimento social e suplementação alimentar para pacientes com Tuberculose e AIDS quando necessário	Manter a atenção a 100% dos casos	% de casos atendidos
1.3.8 - Desenvolver ações específicas para melhoria do nível do autocuidado com grupos de portadores de diabetes, com enfoque na prevenção ao pé diabético	Desenvolver ação de abordagem do problema junto às UBSs e programas da Policlínica	Ampliação do número de pacientes recebendo apoio para o auto cuidado
1.3.9 - Montar equipe multiprofissional e dotá-la de recursos adequados para supervisão e acompanhamento do tratamento dos pacientes	Melhorar o aporte de recursos ao programa de Tuberculose e garantir recursos humanos para o acompanhamento dos pacientes	Incidência de tuberculose e hanseníase
1.3.10 - Implantar estratégias de detecção precoce da Hanseníase e Tuberculose envolvendo profissionais de saúde e população	Elaborar projeto de descentralização das ações de prevenção em Hanseníase e Tuberculose. Reduzir a prevalência de Hanseníase em menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes e diminuir a incidência de Tuberculose para valores abaixo de 35 para 100.000 habitantes	Taxa de incidência de tuberculose e Taxa de prevalência de hanseníase
1.3.11 - Criar comissão técnica multidisciplinar para elaboração de rotinas para o atendimento ao hipertenso e diabético e prevenção ao pé diabético	Criação da comissão e elaboração de protocolo	Protocolos estabelecidos
1.3.12 - Atualizar a lista de medicamentos essenciais para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes na rede e medicamentos de auto custo para o tratamento do pé diabético	Atualização da lista com ampla participação dos técnicos da área de assistência e da área de planejamento	Número de itens de medicamentos oferecidos
1.3.13 - Desenvolver ações específicas para melhoria do nível de auto cuidados com grupos de portadores de hipertensão arterial e diabetes e prevenção ao pé diabético	Implantação de rotina de ações em 50% das unidades básicas de saúde	Número de unidades com rotina implantada
1.3.14 - Reforçar as estratégias de detecção precoce da Hanseníase e Tuberculose envolvendo profissionais de saúde e líderes da comunidade	Garantir no conselho local de saúde a apresentação e debate do diagnóstico de saúde local e dos recursos disponibilizados pela UBS, junto com os demais funcionários das UBSs e, a partir desses, buscar parcerias para enfrentamento em conjunto	Aumento na detecção precoce da Hanseníase e Tuberculose

	1.4 - Desenvolver estratégias para atenção aos acidentes de trabalho	1.4.1 - Todas unidades deverão ser capacitadas para o reconhecimento, atendimento e registro adequado dos acidentes de trabalho, dentro do seu nível de complexidade	Programar capacitação e fluxo para as UBSs	Reconhecimento, atendimento e registro adequado dos acidentes de trabalho, dentro do seu nível de complexidade, pelas unidades básicas de saúde
2 - Aperfeiçoamento das ações assistenciais de atenção hospitalar segundo os princípios e diretrizes do SUS	2.1 - Estabelecer parcerias com entidades hospitalares públicas e privadas para desenvolvimento de ações voltadas a ampliação do atendimento aos usuários	2.1.1 - Realizar parcerias com os Hospitais Santa Casa de Misericórdia, Santa Lucinda, Oftalmológico, GPACI, Evangélico e outros para realização de serviços considerados como estratégicos pra melhor atendimento da demanda reprimida	Levantamento de demandas e desenvolvimento de ações	Redução nas demandas reprimidas que dependem da assistência hospitalar
		2.1.2 - Melhorar o sistema que regula o fluxo de atendimento ambulatorial e hospitalar para cirurgias eletivas	Aprimoramento da Central de Regulação de consultas na Policlínica	Central de regulação aprimorada
		2.1.3 - Ampliar o número de cirurgias eletivas	Levantamento de demandas e desenvolvimento de ações	Redução das filas para cirurgia eletiva
3 - Aperfeiçoamento das ações assistenciais de atenção especializada	3.1 - Ampliar o atendimento nas especialidades	3.1.1 - Ampliar o atendimento nas áreas de gastroenterologia adulto e infantil, neurologia adulto e infantil, pneumologia infantil, dermatologia, especialidades odontológicas	Contratação de médicos das especialidades ou transferência de profissionais que atualmente prestam serviços na rede básica	Número de vagas disponíveis para o atendimento nas especialidades citadas
		3.1.2 - Re-adequação das cotas de distribuição de vagas de acordo com a atual realidade demográfica de nossa cidade	Realização de pesquisa do número de habitantes atendidos por cada unidade de saúde considerando a taxa de SUS dependência e elaboração de planilha de distribuição, procurando manter a equidade	Nova distribuição concluída
		3.1.3 - Implantar o serviço de hospital dia dentro da policlínica municipal	Aquisição de material para as salas de observação e para adequação do centro cirúrgico, contratação de equipe de anesthesiologia	Hospital-dia funcionando
		3.1.4 - Implantar, dentro da central de agendamento, serviço de regulação de atendimento de consultas ambulatoriais preferenciais, com número telefônico único de acesso para todas as unidades básicas	Estabelecimento de estratégia com a realização de oficinas entre a equipe da Central de Agendamento e as equipes das UBS's	Central de Regulação ativa
		3.1.5 - Melhorar a integração do PS Municipal e do corpo clínico da Santa Casa com a Policlínica	Reuniões periódicas com a diretoria técnica da Santa Casa	Número de reuniões realizadas

	3.2 - Reduzir dos índices de morbi- mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho	3.2.1 - Incentivar as ações realizadas pelo CEREST com melhoria de sua estrutura física e de recursos humanos, assim como parcerias com organizações governamentais e não governamentais afins	Adequação da estrutura física e dos recursos humanos do CEREST	Adequação realizada
4 - Política municipal de saúde mental	4.1 - Manter cobertura assistencial ambulatorial, com o objetivo de reduzir progressivamente o número de internações hospitalares psiquiátricas através de uma política de valorização da atenção ambulatorial sempre buscando a humanização do atendimento	4.1.1 - Ampliar vagas de atendimento ambulatorial através dos serviços conveniados	Elaborar projeto	Projeto elaborado
		4.1.2 - Ampliar as ações de saúde mental na rede básica de saúde	Inserir ações visando à saúde mental nos programas da atenção básica. Discutir as estratégias de abordagem da saúde mental com as unidades básicas de saúde	Ações desenvolvidas
		4.1.3 - Credenciar junto ao Ministério os CAPS do município	Criar CAPS III	CAPS III criado
	4.2 - Implementar ações voltadas para prevenção e tratamento da droga adicção	4.2.1 - Envolver a participação do COAS nas ações de prevenção e tratamento da droga adicção	Desenvolver ações em parceria	Ações desenvolvidas
		4.2.2 - Criação do CAPS AD	Projeto em andamento - Funcionamento do CAPS no segundo semestre	CAPS AD funcionando
		4.2.3 - Iniciar programa de redução de danos	Elaborar projeto	Projeto elaborado
	4.3 - Incentivar as ações assistenciais de atenção hospitalar	4.3.1 - Recriar leitos hospitalares de curta permanência no Conjunto Hospitalar de Sorocaba	Reunião com diretor da DRS, CHS e hospitais gerais municipalizados	Leitos criados
	4.4 - Aperfeiçoar ações específicas de atenção à saúde mental nas escolas através do programa Escola Saudável	4.4.1 - Reunião com a Secretaria da Educação para elaborar projeto	Elaborar projeto e iniciar ações	Projeto elaborado

	4.5 - Aumentar as parcerias com o setor privado para atuação complementar na prestação de serviços em todos os níveis de atendimento, inclusive nas ações de prevenção e tratamento da droga adicção	4.5.1 - Convênio com entidades habilitadas visando aumentar o atendimento ambulatorial e a capacitação de multiplicadores	Realizar reuniões para elaboração do projeto e desenvolvimento de parcerias	Projeto elaborado
	4.6 - Ampliar os serviços próprios de Saúde Mental	4.6.1 - Ampliação do Ambulatório Municipal de Saúde Mental	Ampliação da oferta de consultas em 10%	% de aumento da oferta de consultas
	4.7 - Atenção aos moradores de rua	4.7.1 - Desenvolver estratégias, com foco nas pessoas em situação de rua com distúrbio mental, visando acolher e trabalhar a sua reinserção	Buscar parcerias com entidades que trabalham com moradores de rua e desenvolver atividades conjuntas	Número de moradores de rua reinseridos

Eixo 5: Ações de Saúde Coletiva

OBJETIVOS	PRIORIDADE	ESTRATÉGIAS		
1 - Aperfeiçoar o modelo de vigilância em saúde	1.1 - Criar as unidades descentralizadas (SILOS) organizadas segundo perfil epidemiológico	1.1.1 - Caracterizar o perfil epidemiológico de cada UBS e sua área de abrangência para agrupá-las	100% das Unidades caracterizadas	Número de Unidades caracterizadas/número de Unidades existentes
		1.1.2 - Criar a equipe matricial de cada SILOS	Ter uma Equipe Matricial e um SILOS criados	Número de Equipes criadas/Número de Silos existentes
		1.1.3 - Criar o desenho operacional de cada SILOS, conforme o limite, as potencialidades e capacidades de cada área e equipe	50% dos Silos operantes	Número de Silos operantes/Silos criados
			100% de participação Área de Saúde Coletiva (VISA, VE e Zoonoses) e área de assistência no planejamento da criação dos SILOS	Números de reuniões participadas/Número de reuniões realizadas

2 - Adequação do serviço de Vigilância Sanitária ao módulo descentralizado de Vigilância em Saúde	2.1 - Desenvolver ações visando à Vigilância em Saúde para as regiões predeterminadas, definidas e organizadas segundo o perfil epidemiológico; cadastrando e mapeando os estabelecimentos, serviços, equipamentos e outros de interesse à saúde	2.1.1 - Análise da proposta estratégica do levantamento epidemiológico e perfil de cada unidade descentralizada (SILOS), referente às ações de Vigilância Sanitária que deverão ser desenvolvidas para viabilização	Análise de 100% das propostas	Número de propostas analisadas/Número de propostas criadas
		2.1.2 - Análise das regiões (SILOS) quanto ao perfil das ações relacionadas à Vigilância Sanitária	Análise de 100% das propostas	Número de propostas analisadas/Número de propostas criadas
		2.1.3 - Utilizar o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA) para levantamento dos estabelecimentos e equipamentos cadastrados	Levantar 50% dos estabelecimentos e equipamentos cadastrados pelo SIVISA	Número de estabelecimentos levantados por SILOS/Número de estabelecimentos cadastrados no SIVISA
		2.1.4 - Levantar procedimentos realizados nas unidades (SILOS)	Ter 50% dos SILOS caracterizados	Número de SILOS caracterizados/Número de SILOS propostos
		2.1.5 - Análise e avaliação dos serviços que poderão ser descentralizados pela equipe responsável pelo gerenciamento das ações (DIVISA), junto com a Área de Assistência, bem como planejamento das ações junto às unidades dos diferentes SILOS	Ter 01 SILOS (Piloto) com 100% dos serviços descentralizados	Número de Serviços descentralizados/Número de Serviços existentes
		2.1.6 - Elaborar quadro das necessidades de recursos humanos, materiais e equipamentos, para estruturação do serviço descentralizado	Levantar 100% das necessidades para estruturação do serviço Piloto	Número de recursos utilizados/Número de recursos existentes
		2.1.7 - Criar estrutura administrativa de acordo com as necessidades para aplicação dos dispositivos legais	Ter 50% da estrutura administrativa criada	Número de procedimentos administrativos revistos/Número de procedimentos existentes
		2.1.8 - Capacitação dos profissionais envolvidos para o desenvolvimento das ações	Capacitar 50% dos profissionais	Número de profissionais capacitados/Número de profissionais existentes
		2.1.9 - Avaliação sistemática das ações desenvolvidas por parte da equipe central (DIVISA), juntamente com as unidades (SILOS) e demais setores afins.	Avaliar mensalmente as ações desenvolvidas nos SILOS	Número de avaliações realizadas/12 meses

3 - Adequar o serviço de vigilância e controle de Zoonoses ao modelo descentralizado de vigilância à saúde.	3.1 - Desenvolver ações específicas para prevenção e controle de zoonoses visando a vigilância à saúde nos diferentes SILOS.	3.1.1 - Levantamento para subsidiar diagnóstico situacional.	Ter diagnóstico situacional do SILOS Piloto	Elaboração de um "mapa" com os riscos e condicionantes sociais e ambientais da região
		3.1.2 - Adequação de recursos humanos, materiais e equipamentos.	Levantar 100% das necessidades para estruturação do serviço Piloto	Número de recursos utilizados /Número de recursos existentes
		3.1.3 - Capacitação de profissionais para composição dos SILOS.	Capacitar 100% dos profissionais	Número de profissionais capacitados/Número de profissionais existentes
		3.1.4 - Avaliação transversal e adequação permanentes dos processos das ações.	Avaliar mensalmente as ações desenvolvidas nos SILOS	Número de avaliações realizadas/12 meses
	3.2 - Adequação da estrutura do setor de zoonoses	3.2.1 - Construção do Centro de Zoonoses com verba do Ministério da Saúde e do Município	Elaboração do projeto	Projeto elaborado
4 - Caracterizar o perfil epidemiológico de cada UBS e sua área de abrangência para agrupá-las.	4.1 - Garantir a participação da seção de Vigilância Epidemiológica nas discussões sobre o assunto.	4.1.1 - Utilização dos dados (SIM, SINAN, SINASC, API e outros), na caracterização dos SILOS.	Caracterizar 100% das áreas de cada UBS	Número de dados de cada área/População de cada área
5 - Capacitar profissionais para composição dos SILOS.	5.1 - Descentralizar as ações da área de doenças e agravos de notificação.	5.1.1 - Capacitar os profissionais na investigação de doenças.	Capacitar 100% dos profissionais	Número de profissionais capacitados/Número de profissionais existentes
	5.2 - Descentralizar as ações da área do Programa Nacional de Imunização.	5.2.1 - Implantar, acompanhar e avaliar o banco de dados (SINAN) em cada SILOS.	Avaliar quinzenalmente as ações desenvolvidas nos SILOS	Número de avaliações realizadas/26 quinzenas
		5.2.2 - Implantar, acompanhar e avaliar o banco de dados (API) em cada SILOS.	Avaliar mensalmente as ações desenvolvidas nos SILOS	Número de avaliações realizadas/ 12 meses
6 - Acompanhar o Plano Municipal de Saúde, considerando as metas do PPI-ECD e VIGI-SUS II	6.1 - Avaliar a execução do Plano Municipal de Saúde.	6.1.1 - Reuniões periódicas entre os diferentes setores que compuserem o Plano.	100% de participação em reuniões de acompanhamento do PMS	Número de reuniões participadas/Número de reuniões realizadas
7 - Aperfeiçoamento das ações de epidemiologia e controle de doenças	7.1 - Ampliar serviço de controle de zoonoses	7.1.1 - Contratação de recursos humanos para o setor de zoonoses.	Reposição dos funcionários e ampliação do quadro	Contratação de recursos humanos para o setor de zoonoses
		7.1.2 - Criar programa de controle de super população de pequenos animais (cães e gatos) através de esterilização e ou outros métodos.	Ampliação e reforma do canil	Ampliação e reforma do canil

		7.1.3 - Ampliar a captura de animais soltos nas ruas dentro dos critérios técnicos exigidos pelo Ministério da Saúde.	Elaborar projeto em parceria com outras secretarias	Projeto elaborado
	7.2 - Desenvolver ações específicas para prevenção e controle de doenças reemergentes como dengue em perfeita integração com outros setores da Secretaria Municipal de Saúde	7.2.1 - Campanhas de esclarecimento e conscientização da população e trabalho conjunto com os Conselhos de Saúde e Escola Saudável	Realizar campanhas para prevenção da Dengue com ampla divulgação. Trabalho junto às escolas através do Programa Escola Saudável. Trabalho junto aos Conselhos de Saúde	Campanhas de esclarecimento e ações conjuntas
8 - Aperfeiçoamento das ações de vigilância sanitária	8.1 - Ampliar a cobertura do Serviço Municipal de Vigilância Sanitária.	8.1.1 - Intensificar ações de vigilância sanitária junto aos estabelecimentos que comercializam alimentos, domissanitários e medicamentos, equipamentos coletivos públicos ou privados, como escolas, creches, asilos e clínicas.	Realizar ações de VISA de básica e média complexidade, com adequação do número de técnicos e de equipamentos	Ações executadas
9 - Desenvolvimento de ações focalizadas sobre grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis	9.1 - Reduzir as taxas da morbimortalidade	9.1.1 - Intervir sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de água destampada.	Ampliar as ações conjuntas com outras secretarias para redução dos danos ao meio ambiente	Número de ações conjuntas
		9.1.2 - Otimizar o programa de qualidade da água.	Avaliar e readequar às necessidades	Número de coletas de amostras realizadas
	9.2 - Reduzir situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.	9.2.1 - Controlar a populações de animais (insetos, ratos e outros roedores, cachorros, etc.) que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças que acometem o homem.	Adequar às necessidades, realizar parcerias com ONG e Conselhos de Saúde	Número de ações realizadas
		9.2.2 - Desenvolver ações de controle da super população de animais (caninos e felinos)	Desenvolver parcerias com ONG para castração de animais e campanhas de esclarecimento da população	Ações realizadas
10 - Desenvolvimento de ações de controle de qualidade de produtos e serviços, em especial a de alimentos e serviços de saúde	10.1 - Estimular a melhoria dos serviços prestados e produtos oferecidos pelos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.	10.1.1 - Campanhas de orientação aos donos de estabelecimentos e aos manipuladores de alimentos	Continuar com as orientações e desenvolver plano de adequação de acordo com as necessidades locais	Número de ações realizadas

	10.2 - Diminuição dos erros e falhas na prestação dos serviços e na qualidade dos produtos, pelos estabelecimentos.	10.2.1 - Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos que lidam com a produção e/ou comercialização de bens e de prestação de serviço de interesse da saúde	Manter inspeções e adequar se necessário	Número de inspeções
--	---	--	--	---------------------