



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

PERÍODO 2022-2025

Aprovado na reunião ordinária do
Conselho Municipal de Saúde
realizada em 22/09/2021

Raquel Auxiliadora Chini
PREFEITA

Cleber Suckow Nogueira
SECRETÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA



MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA
BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE





Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Período: 2022-2025

**APROVADO NA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE REALIZADA EM 22/09/2021**

RAQUEL AUXILIADORA CHINI
Prefeita

CLEBER SUCKOW NOGUEIRA
Secretário de Saúde Pública



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Período: 2022-2025

COORDENAÇÃO GERAL:

Cleber Suckow Nogueira
Secretário de Saúde Pública

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Elisabet Fátima dos Santos – Subsecretaria de Administração em Saúde
Marcelo Springmann Bechara– Subsecretaria de Atenção à Saúde
Rodrigo França Gomes – Subsecretaria de Planejamento em Saúde

ELABORAÇÃO:

Equipe Técnica da Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande

SUPERVISÃO:

Conselho Municipal de Saúde de Praia Grande

APROVAÇÃO: Resolução COMUSA-PG nº 031/2021, de 22 de setembro de 2021



AGRADECIMENTOS

À população praiagrandense, que aderiu às medidas de distanciamento social estabelecidas na legislação municipal para enfrentamento da Pandemia de Importância Internacional por COVID19, ao Conselho Municipal de Saúde de Praia Grande e todos servidores públicos e parceiros institucionais das diversas Secretarias desta municipalidade, que trabalharam e eventualmente adoeceram no enfrentamento da Pandemia e, muito especialmente, em memória daqueles que bravamente perderam a vida em serviço, como heróis, a quem prestamos saudosas homenagens, pelo atendimento direto ofertado em defesa da atenção à saúde de nossa população.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
PERÍODO: 2022 - 2025

Sumário

Lista de ilustrações	9
CAPÍTULO I – ANÁLISE SITUACIONAL	10
1.1 Introdução	10
1.2 Inserção Regional da Estância Balneária de Praia Grande	11
1.3 História	14
1.4 Potencial Turístico	16
1.5 Localização Geográfica	17
1.6 Análises dos dados demográficos	20
1.7 Condições socio sanitárias e epidemiológicas.	26
1.8 Estrutura do Sistema de Saúde	47
1.9 As Redes de Atenção à Saúde e os fluxos de acesso.....	55
1.10 Recursos Financeiros	62
1.12 Ciência, Tecnologia, produção e inovação em Saúde	67
Diretriz I: Objetivo 1 - Garantir o acesso qualificado e oportuno à Atenção Primária à Saúde	70
Diretriz I: Objetivo 2 – Fortalecer a Atenção Básica como coordenadora do cuidado na Rede municipal de saúde	71
Diretriz II: Objetivo 1 - Aprimoramento do componente ambulatorial especializado e das Redes de Atenção à Saúde.....	74
Diretriz II - Objetivo 2 - Aprimoramento do componente hospitalar	80
Diretriz III: Objetivo 1 - Aprimoramento da Vigilância Epidemiológica	82
Diretriz III: Objetivo 2 - Aprimoramento da Vigilância Sanitária.....	85
Diretriz III: Objetivo 3 - Aprimoramento da Saúde do Trabalhador	86
Diretriz III: Objetivo 4 - Aprimoramento da Vigilância Ambiental	87
Diretriz IV: Objetivo I – Aprimoramento da Educação Permanente em Saúde	88
Diretriz IV: Objetivo II – Aprimoramento da ciência, tecnologia e inovação em saúde.....	90
Diretriz V: Objetivo I – Aprimoramento da Gestão de equipamentos, insumos e Assistência Farmacêutica	91
Diretriz V: Objetivo II – Relações Interfederativas no SUS	92
CAPÍTULO III – O processo de Monitoramento e Avaliação no cenário de retomada da Assistência não COVID	95
3.1 Conselho Municipal de Saúde e Audiências Públicas.....	95
3.2 O cenário de retomada da assistência não COVID	96
3.3. Considerações Finais	117
Referências Bibliográficas	118



Lista de abreviaturas, símbolos e siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPAC	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidados
BPAI	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial – Infantil
CEAS	Centro de Atenção à Saúde
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CHID	Complexo Hospitalar Irmã Dulce
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDESB	Conselho de Desenvolvimento da Baixada Santista
COSIPA	Companhia Siderúrgica Paulista



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

CRATH	Centro de Referência ao Atendimento de Tuberculose e Hanseníase
CTAP	Centro de Testagem Aconselhamento e Prevenção
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DNCI	Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DOE	Diário Oficial do Estado
DRC	Doença Renal Crônica
DRS IV	Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista
DVE	Departamento de Vigilância Epidemiológica
EAD	Ensino à Distância
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP.	Especializado
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAN	Fundo de Alimentação de Nutrição
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GM	Gabinete do Ministério
H1N1	Influenza A subtipo hemaglutinina 1 e neuraminidase 1
HMID	Hospital Municipal Irmã Dulce
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LC	Lei Complementar
MS	Ministério da Saúde



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nº Abs.	Número Absoluto
N.R.	Normas Regulamentadoras
NV	Nascido Vivo
PAREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PDZPS	Plano de Desenvolvimento e Zoneamento do Porto de Santos
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAISH	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
REAB.	Reabilitação
RRAS 07	Rede Regional de Atenção à Saúde da Baixada Santista
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SDM	Serviço de Referência para diagnóstico do câncer de mama
SEPLAN	Secretaria de Planejamento da Prefeitura de Praia Grande
SESAP	Secretaria de Saúde Pública
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAIH01	Programa de Apoio a Entrada de Dados das Autorizações de Internações Hospitalares
SISPP1	Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda
SRC	Serviço de Referência para diagnóstico do câncer de colo de útero
STOU	Serviço em Traumatologia e Ortopedia de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TABWIN	Programa de Tabulação para Windows do DATASUS
TCU	Tribunal de Contas da União
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TGCA	Taxa Geométrica de crescimento anual
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USAFA	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Lista de ilustrações

Figura 1 – Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo	11
Figura 2 - Área, localização geográfica e altitude de Praia Grande/SP.....	17
Figura 3 – Limites geográficos de Praia Grande/SP.....	17
Figura 4 – Áreas territoriais de Praia Grande/SP.....	18
Figura 5 – Hidrografia de Praia Grande/SP.....	18
Figura 6 – Aspectos climáticos e de solo.....	19
Figura 7 – Distâncias Rodoviárias da Capital para a Baixada Santista.....	19
Figura 8 - Taxa Geométrica de Crescimento Anual -TGCA 1991–2000 e 2000-2010.....	20
Figura 9 – População municipal por sexo e faixa Etária – 2016 e 2021.....	21
Figura 10 – Crescimento vegetativo e saldo migratório entre 2006 a 2021.....	22
Figura 11 - Crescimento Populacional Médio Anual.....	23
Figura 12 - Coeficiente da mortalidade geral dos residentes de Praia Grande - 2005 a 2021.....	24
Figura 13 – Pirâmide etária de Praia Grande - 2021.....	24
Figura 14 – Projeção demográfica por faixa etária entre 2020 a 2060.....	25
Figura 15 – Censo demográfico de domicílios particulares – 2010.....	26
Figura 16 – Rendimento médio e mediano de todas as fontes das pessoas.....	27
Figura 17 – Percentual da população economicamente ativa por setor de serviço – 2010.....	27
Figura 18 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.....	28
Figura 19 – Evolução da Taxa de analfabetismo - 1.991 a 2010.....	28
Figura 20 - Crescimento populacional e de equipes de ESF em Praia Grande.....	29
Figura 21– Inauguração de 2 novas unidades da Atenção Básica no PMS 2018 – 2021.....	30
Figura 22 – Cobertura de Atenção Básica na Baixada Santista – 2020.....	31
Figura 23 – Produção multiprofissional da APS na Baixada Santista – 2020.....	32
Figura 24- Consultas Médicas nas Unidades de Pronto Atendimento do Município.....	32
Figura 25– Produção dos Leitos Regionais de Alta Complexidade do CHID – 2019.....	33
Figura 26 – Taxa de Mortalidade Infantil - 1995 a 2021.....	35
Figura 27 - Taxa de Mortalidade Infantil neonatal geral e pós-neonatal entre 2000 – 2021.....	36
Figura 28 – Distribuição dos tipos de parto no CHID em Praia Grande - 2000 a 2021.....	37
Figura 29 – Internações por capítulo de CID no CHID – 2021.....	38
Figura 30 - Distribuição dos óbitos no ano de 2021, segundo a classificação do CID 10.....	39
Figura 31 - Mortalidade por capítulo de CID 10 - 2006 a 2021.....	39
Figura 32 – Mortalidade por Causas externas – 2000 a 2015.....	40
Figura 33 – Distribuição por Agravo das Doenças de Notificação Compulsória – 2016 a 2020.....	41
Figura 34– Incidência de diagnósticos de Tuberculose – 2015 a 2020.....	42
Figura 35– Diagnóstico e mortalidade por Tuberculose na Baixada Santista – 2010 a 2020.....	43
Figura 36– Prêmio Dia Mundial da Tuberculose – 2016.....	44
Figura 37– Incidência de sífilis Congênita em nascidos vivos em Praia Grande – 2000 a 2020.....	45
Figura 38 – Notificação de sífilis congênita na Baixada Santista, São Paulo e Brasil.....	46
Figura 39 – Estrutura Organizacional da SESAP.....	50
Figura 40 - Rede municipal de Atenção Básica.....	52
Figura 41 - Rede ambulatorial especializada.....	53
Figura 42 - Rede municipal de Urgência e Emergência.....	54
Figura 43 - Rede Hospitalar municipal.....	54
Figura 44 – Dimensões da atuação regulatória – SUS.....	55
Figura 45 – Complexo Regulador da Secretaria de Saúde Pública Municipal.....	57
Figura 46 – Fluxograma de Cirurgias Eletivas municipal.....	58
Figura 47 – Atribuições do Fluxo de Cirurgias Eletivas municipal.....	60
Figura 48 – Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde da RRAS 07.....	61
Figura 49 – Participação percentual dos Entes Federativos nas receitas da Saúde – 2021.....	62
Figura 50 – Perspectiva de despesas com saúde por subfunção – ANO 2022.1.11 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.....	63
Figura 51 – Eventos de formatura dos Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.....	66
Figura 52 – Distribuição georreferenciada da população por bairro.....	68
Figura 53 – Distribuição das áreas e microáreas da USAFA Noêmia.....	69



CAPÍTULO I – ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Introdução

Aprovado em Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, em 22 de setembro de 2021, através da Resolução COMUSA-PG nº 031/2021 (Praia Grande, 2021a), o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 expressa a percepção da Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande e os interesses da sociedade praiagrandense, motivada pela busca de soluções para os problemas consequentes ao enfrentamento da maior Pandemia de Importância Internacional do último século e o anseio da população praiagrandense expresso no presente instrumento.

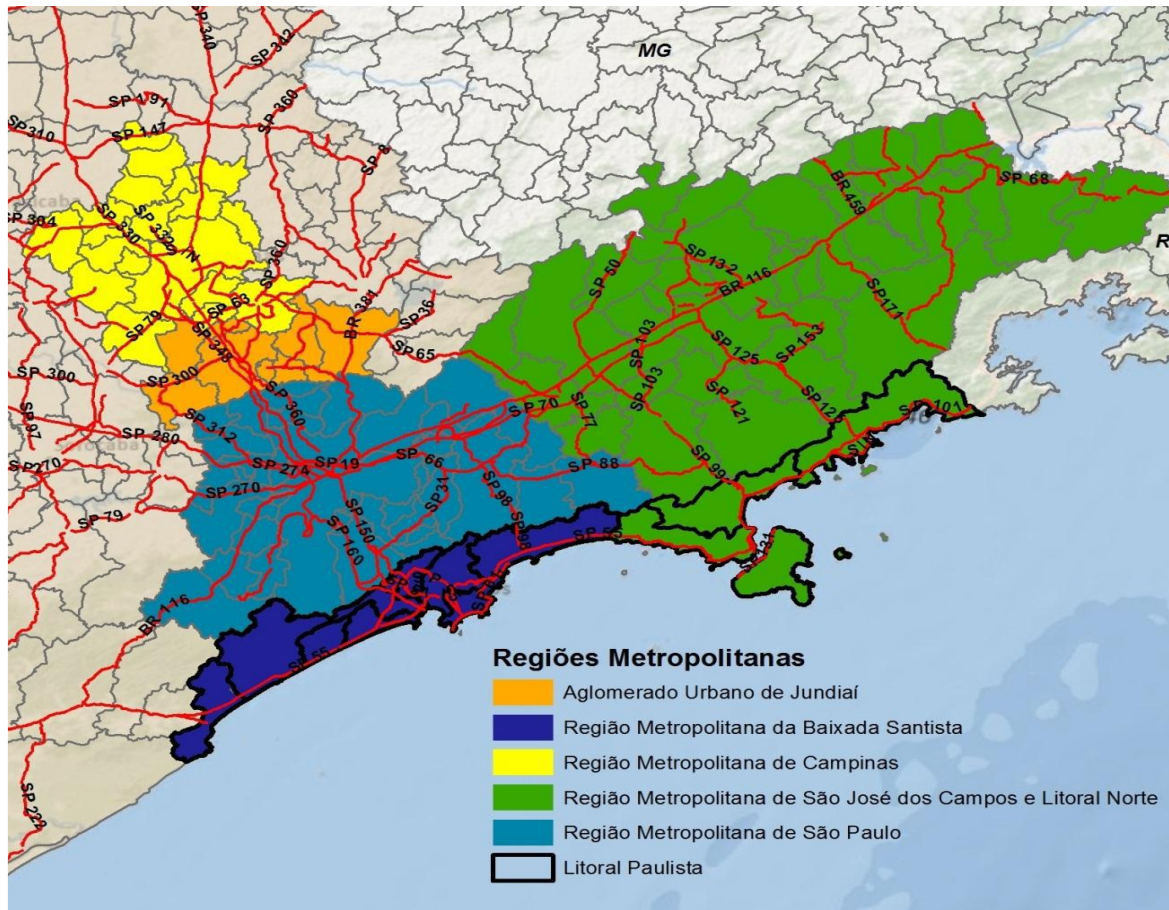
O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 é o produto de uma construção coletiva, com ampla e democrática participação social e de técnicos de diversas secretarias da municipalidade. Ganham destaque, como manifestação e participação da sociedade, as discussões apresentadas nas pré-conferências municipais – todas contando com metodologia síncrona, possibilitando o acesso presencial ou virtual dos participantes conforme preferências individuais - ao longo da primeira quinzena de julho de 2021, culminando na aprovação de 68 propostas no relatório final da 10ª. Conferência da Saúde, ocorrida em 31 de julho de 2021, que contou com ampla participação da sociedade praiagrandense, em atenção ao Decreto Municipal nº7.266, de 01 de julho de 2021 (Praia Grande, 2021b).

Observando os ditames, vigentes na presente data, estabelecidos pela Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), e a compilação da Portaria nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013 (Brasil, 2013), junto ao Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº. 01, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), bem como em consonância com as prioridades estabelecidas pela Plano Nacional de Saúde e Planos Plurianuais das três esferas interfederativas, o Plano Municipal da Saúde 2022-2025 foi metodologicamente construído sob a égide estrutural preconizada pelo Manual de Planejamento no SUS (Brasil, 2016a) e pelo Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores



2016 do Ministério da Saúde (Brasil, 2016b), vigentes até a data da aprovação do presente plano.

1.2 Inserção Regional da Estância Balneária de Praia Grande



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde.

Figura 1 – Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo

Situada no Litoral Sul de São Paulo e integrante da Região Metropolitana da Baixada Santista, a Estância Balneária de Praia Grande possui uma área de 145km², sendo 22,5 km contínuos de Praia e 81 km de rios e costas marítimas, além de territórios de parques estaduais preservados, como os da Serra do Mar e Xixová-Japuí, e o Parque Municipal Piaçabuçú.

O Município de Praia Grande possui fortes articulações com toda a Baixada Santista, que por sua vez, articula-se intensamente com outras regiões do Estado de São Paulo, com outras partes do país e até com países da América Latina e de



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

outros continentes. Tais articulações não são recentes e possuem determinantes históricos, econômicos, políticos, culturais e ambientais. No século XVI, a colonização portuguesa do Brasil começou com a ocupação da costa marítima onde portos foram construídos para permitir a atracagem das embarcações oriundas de outras partes do mundo e também de pontos distintos do extenso litoral brasileiro. Nessa costa, os colonizadores construíram sólidos fortes militares utilizados na defesa do Brasil Colônia. Algumas das primeiras cidades brasileiras se formaram nas proximidades desses fortes militares. Outras, como Santos e Rio de Janeiro, se estruturaram nos arredores daqueles portos marítimos. Essas cidades serviram como pontos de articulação entre a economia colonial das regiões litorâneas e os mercados europeus. Com os avanços da colonização em direção ao interior do Brasil Colônia, outros núcleos urbanos surgiram em pontos mais distantes da orla marítima. O litoral paulista foi um dos locais onde houve os primeiros núcleos de ocupação que logo foram acompanhados por outros que se implantaram nas terras altas do planalto após vencer os obstáculos impostos pelas encostas da atual Serra do Mar. Com o passar do tempo, algumas dessas cidades se tornaram importantes polos regionais, capitais estaduais e sedes de grandes regiões metropolitanas.

As atividades portuárias realizadas no período colonial influenciaram diretamente a formação dos núcleos que deram origem à ocupação urbana na Baixada Santista. No território do atual Município de Santos foram instalados os primeiros trapiches do Porto que passou a ter o mesmo nome. No último quarto do século XIX o Porto de Santos ganha importância econômica com o desenvolvimento da produção do café nas fazendas do interior da então Província de São Paulo direcionada para exportação. Essa produção cafeeira oriunda das fazendas do interior paulista chegava ao Porto de Santos por meio da antiga ferrovia São Paulo Railway, inaugurada em 1867. Na cidade de São Paulo, essa ferrovia atravessava as várzeas dos Rios Tietê e Tamanduateí que, nas décadas seguintes, passaram a receber importantes plantas industriais que buscavam se instalar nos terrenos mais planos. No final do século XIX, o aumento da importância econômica do Porto de Santos colocou a necessidade de expansão física e de melhoramentos nas infraestruturas e nas condições de funcionamento. Em 1892, marco oficial da inauguração desse Porto, a Companhia Docas de Santos entregou



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

os primeiros 260 metros de cais na área que até hoje é denominada como Valongo, localizado no centro histórico de Santos. Nesse período, “os velhos trapiches e pontes fincados em terrenos lodosos foram sendo substituídos por aterros e muralhas de pedra” (Plano de Desenvolvimento e Zoneamento do Porto de Santos -PDZPS, 2012: p. 13).

Já no século XX, o Porto de Santos ganha novo impulso com a abertura da Rodovia Anchieta (SP-150) realizada na década de 1940, com o desenvolvimento industrial da atual Região Metropolitana de São Paulo, especialmente na Região do Grande ABCD (com os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Diadema) e com o processo de industrialização de Cubatão. Esse processo de industrialização representa um ponto de inflexão na economia paulista iniciado a partir da década de 1950. Trata-se de uma inflexão marcada pela instalação de grandes empresas multinacionais em cidades que passaram a receber grandes contingentes migratórios e iniciaram acelerado processo de urbanização periférica baseada na produção de assentamentos precários, muitas vezes irregulares do ponto de vista fundiário, ocupados pelas moradias das populações de baixa renda. Essa imbricação entre crescimento da base econômica e urbanização precária estruturou grande parte dos territórios das grandes cidades brasileiras, inclusive da metrópole paulista e das cidades da Baixada Santista. As características desse processo de urbanização são examinadas adiante.

O fortalecimento e a estruturação do trinômio porto-indústria automobilística-indústria de base no sistema econômico regional formado por Santos, São Paulo e Cubatão é baseado na conexão do Porto de Santos com os parques industriais do Município de São Paulo e da atual Região do Grande ABC, onde se instalaram indústrias da cadeia de produção de bens duráveis, como eletrodomésticos e automóveis, e de Cubatão onde se instalou um polo industrial de base formado pela Companhia Siderúrgica Paulista (COSIPA), hoje parte do grupo USIMINAS, e pela Refinaria de Petróleo Presidente Bernardes da Petrobras. A Rodovia Anchieta (SP-150), importante eixo articulador desse trinômio, amplia a ligação entre o Porto de Santos e aqueles parques industriais formando um complexo sistema econômico e logístico de importância nacional e internacional. Na década de 1970 essa ligação se fortalece com a abertura da Rodovia Imigrantes (SP-160).



Apesar de o Porto de Santos ter forte articulação com os polos industriais mais próximos, é necessário levar em conta a sua influência macrorregional. De acordo com o PDZPS (2012) a vocação natural desse Porto é “atender às necessidades de movimentação de cargas dos estados do Sudeste e de grande parte do Centro-Oeste do país” (PDZPS, 2012: p. 44). O PDZPS define o chamado “vetor Logístico Centro-Sudeste” como a área de influência primária do Porto de Santos. Segundo esse documento, a “área de influência secundária”.

Contribuindo com essa vocação econômica da Baixada Santista, o município de Praia Grande busca retomar as obras do Complexo Empresarial e Aeroportuário Andaraguá. O projeto do Complexo Andaraguá inclui um aeroporto de cargas, com pista de 2,6 km e estrutura para abrigar 212 galpões. O complexo, que prevê a ocupação de uma área total de 5 milhões de metros quadrados, é previsto para ser construído no bairro Andaraguá, às margens da Rodovia Padre Manoel da Nóbrega e, quando operacionalizado, trará milhares de empregos e oportunidades para a população do município e da Baixada Santista.

1.3 História

Piaçabuçú, do tupi “porto grande”, foi o primeiro batismo de Praia Grande. Recentemente, a historiadora Wilma Therezinha Fernandes de Andrade publicou¹, que em 1561, José de Anchieta, ao ir de São Vicente para Itanhaém, passou pela Praia da Conceição (hoje Praia Grande) e escreveu: “... por toda aquela praia estão fazendas de portugueses e sempre se acham nelas alguns escravos...”. Praia da Conceição ou Piaçabuçú, o povoamento desta magnífica faixa territorial de 22,5km à beira-mar, começou logo após o desembarque de Martim Afonso de Sousa no Brasil, em 1532, data do início da colonização portuguesa.

Quatro séculos pós-descobrimento, os núcleos de nativos, colonos e pescadores, que, aos poucos, se estabeleceram entre as encostas dos morros Xixová-Guaçu/Itaipu e a divisa com Mongaguá, ainda eram escassos.

¹ No Livro “Presença da Engenharia e Arquitetura – Baixada Santista” (Empresa das Artes – 2001)



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

A história de Praia Grande, como bairro, a sul, da primeira capitania e vila brasileira, São Vicente, é a própria história, dos primórdios da catequese jesuítica no país.

Praia da área continental, isolada pelo mar de São Vicente, o extenso bairro litorâneo permaneceu esquecido, mesmo após as construções dos fortes, Duque de Caxias (novembro/ 1918) e Jurutuba (outubro/1919), dentro da centenária Fortaleza do Itaipu, instalada em 1902, pelo presidente Campos Sales, dentro de um trecho de Mata Atlântica intacta, na ponta alta, estratégica, do morro de mesmo nome, que avança sobre o oceano.

A construção da imponente, e engenhosa, Ponte Pênsil, em 1914, originalmente idealizada para escorar as tubulações de esgotos da ilha, em direção ao mar continental, determinou o fim do isolamento do Litoral Sul e a ocupação do território praia-grandense.

Em março de 1953, anos e anos longe das decisões do poder vicentino, o bairro de Solemar, em Praia Grande (divisa, a sul, com Mongaguá) se uniu, tendo à frente Júlio Secco de Carvalho, e tentou a emancipação como distrito. O movimento fracassou. Cinco anos depois, surgiu a Comissão Pró-Desmembramento de Praia Grande, liderada pelo vereador Oswaldo Toschi. O seu sonho, e de outros moradores, pouco sensibilizou os políticos da região e a Assembléia Legislativa do Estado.

Da comissão pró-emancipação formada e presidida por Israel Grimaldi Milani, em 1962, ao plebiscito de 08 de dezembro de 1963, quando a população quase por unanimidade votou “sim” à separação, passando por outra comissão em agosto de 1965, chamada de “Executiva” e liderada por Pascholino Borelli, inúmeros recursos foram impetrados defendendo a autonomia de Praia Grande. Em 26 de outubro de 1966, quase três anos após a realização do plebiscito, o Supremo Tribunal Federal reconheceu e legitimou o seu desmembramento de São Vicente.

O dia 19 de janeiro de 1967 passou a ser a data oficial de emancipação político-administrativa de Praia Grande, com a posse do interventor federal Nicolau Paal (nomeado pelo presidente Costa e Silva), no Oclan Praia Clube, onde, provisoriamente, foi instalada a prefeitura do recém-criado município.



Praia Grande tornou-se bastante popular nos anos 60 / 70, com os “balneários”, e durante este período sofreu com as sazonais invasões de um turismo de massa, predatório, que saturou, e comprometeu os principais recantos naturais da cidade.

A criação da Região Metropolitana da Baixada Santista, formada por nove municípios, em 1994, aconteceu, felizmente, quando Praia Grande, que interliga esta bela região do litoral paulista, vivia um outro momento, principalmente porque disciplinou, com lei municipal (janeiro/1993), a entrada dos ônibus, realizou um inédito programa de despoluição das praias e de suas águas com dois modernos emissários submarinos e as estações elevatórias; e através de parcerias urbanizava sua orla marítima, as praças, ruas e avenidas, proporcionando, com uma infra-estrutura urbana básica e moderna, perspectivas de um crescimento sustentável e melhoria na qualidade de vida dos seus moradores, agora, orgulhosos de sua nova cidade.

1.4 Potencial Turístico

Praia Grande ocupa a área central de uma das mais prósperas regiões metropolitanas do país (Baixada Santista). É também a praia mais próxima da capital paulista. Com a abertura ao tráfego da segunda pista da Rodovia dos Imigrantes, a cidade comprovou sua capacidade receptiva e sustentável, absorvendo o impacto de 25% a mais em sua demanda turística, sem perder sua alegria e qualidade de vida.

Com investimentos próprios, Praia Grande vai construindo as bases de seu futuro. Urbanização de sua colossal orla marítima de 22,5 km, e uma grande obra municipal de alcance metropolitano, batizada de Via Expressa Sul, que torna “pista livre” o antigo acesso 291 da rodovia Padre Manoel da Nóbrega, dotada de passagens subterrâneas interligando os bairros, com aprazíveis gramados e ladeada por 20 km de ciclovias.

Preocupada com a balneabilidade de suas águas, a administração Municipal, entregou em dezembro de 2002, a Segunda etapa do projeto de despoluição das praias, extinguindo os últimos córregos de 2,5 km de sua orla marítima.



O pujante mercado da construção civil, o crescimento de pequenas indústrias locais e o moderno e diversificado comércio, constata o amadurecimento do turismo em Praia Grande.

Do monitoramento da cidade com centenas de câmeras de vídeo por sistema de fibra ótica, aos vultosos investimentos em drenagem, pavimentação e modernização de suas vias públicas, inclusive com sinalização turística; da revitalização de antigos centros comerciais, à implantação do selo de qualidade para os quiosques do calçadão da orla; do disciplinamento do seu trânsito, à atenção com a saúde, educação e o lazer, resultou em uma cidade que consolida a cada dia uma consciência cidadã e o orgulho dos seus habitantes por esta promissora estância balneária.

Segundo o Ministério do Turismo, no verão de 2017, Praia Grande aparece como o 4º destino mais procurado pelos brasileiros, ficando atrás somente de São Paulo, do Rio de Janeiro e de Florianópolis.

1.5 Localização Geográfica

Área, Localização Geográfica e Altitude do Município.		
Área	Km ²	147
Extensão de Praias	km	22
Localização Geográfica (Sede)	Latitude	24° 00' 35"
	Longitude	46° 24' 45 "
Altitude (Sede)	Metros	5

Fonte: SEPLAN, 2012.

Figura 2 - Área, localização geográfica e altitude de Praia Grande/SP.

Limites Geográficos	
Norte	Município de São Vicente
Sul	Oceano Atlântico
Leste	Município de São Vicente
Oeste	Município de Mongaguá

Fonte: SEPLAN, 2012.

Figura 3 – Limites geográficos de Praia Grande/SP.



Áreas Territoriais por Tipo e Extensões Marítimas		
<i>Tipo</i>	<i>Área (Km²)</i>	<i>Extensão (km)</i>
Área Territorial	147	
Urbana	88,55	---
Ocupada	34,89	---
Parque Estadual da Serra do Mar	45,31	---
Parque Estadual do Xixová/Japuí	5,54	---
Parque do Piaçabuçu	8,09	---
Costa Marítima	---	31,43
Orla Marítima	---	22,50

Fonte: SEPLAN, 2012.

Figura 4 – Áreas territoriais de Praia Grande/SP.

Hidrografia
Rios
1. Branco ou Boturoca
2. Preto
3. Piaçabuçu
4. Acaraú
5. Acaraú Mirim ⁽¹⁾
6. das Cruzes
7. Guaramar
8. Indaiaúba
9. Monbuatuba
10. Ameija

Fonte: SEPLAN, 2002.

Figura 5 – Hidrografia de Praia Grande/SP.

Aspectos Climáticos e de Solo



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

<i>Descrição</i>	<i>Índices</i>
Clima	Tropical úmido
Temperatura	Máxima 38,5° C
	Mínima 8° C
Pluviometria	2000 e 2500 mm a.a.
Evaporação	Semestre seco 384 mm
	Semestre úmido 642 mm
Umidade	Média anual superior a 80%
Insolação	Média anual de 4,35horas/dia
Ventos	Predominam ventos sul e sudeste
Solo	Arenoso, argiloso, mangue.
Topografia	80% plano
	20% serras/morros

Fonte: SEPLAN, 2002.

Figura 6 – Aspectos climáticos e de solo.

Distâncias Rodoviárias da Capital e dos Municípios integrantes à Região

Metropolitana da Baixada Santista

Municípios	Distância (km) (1)
<i>Bertioga</i>	40
<i>Cubatão</i>	18
<i>Guarujá</i>	30
<i>Itanhaém</i>	43
<i>Mongaguá</i>	24
<i>Peruíbe</i>	74
<i>Santos</i>	12
<i>São Paulo</i>	72
<i>São Vicente</i>	6

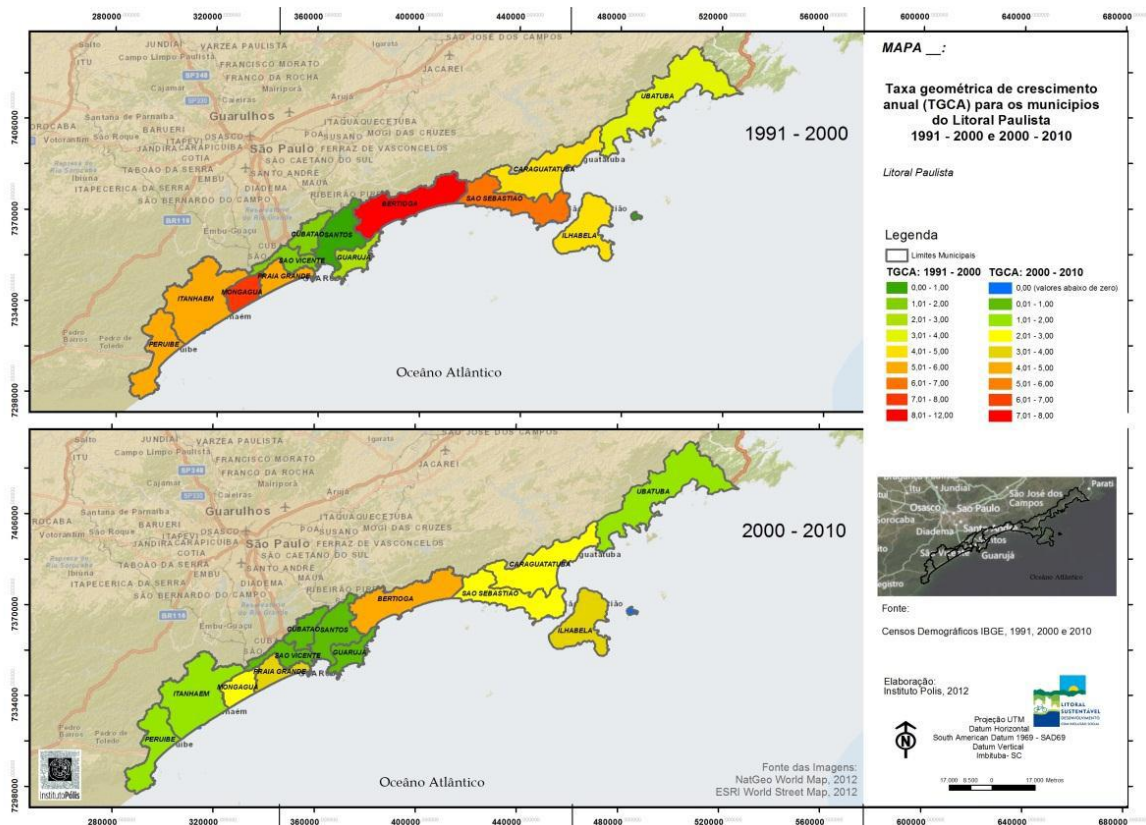
Fonte: Secretaria de Esporte, Turismo e Cultura, 2000.

Figura 7 – Distâncias Rodoviárias da Capital para a Baixada Santista.



1.6 Análises dos dados demográficos

O Município contava com 19.297 habitantes em 1970, crescendo para 65.374 em 1980, depois para 115.710 em 1990 (estimativa populacional/Fonte: TCU). Entre 1991 e 2000 a taxa geométrica de crescimento anual (TGCA) foi de 5,12%a.a., acompanhando a maior parte dos municípios do litoral paulista que, em sua maior parte, durante o mesmo período também apresentaram um alto crescimento. Na década de 2000 a 2010 houve uma queda no ritmo do crescimento populacional que, no entanto, permaneceu alta atingindo 3,07%a.a. Nesse período, Praia Grande saltou de 193.582 para 262.051 habitantes.



Fonte: Censos Demográficos IBGE, 1991 e 2000 e Censos Demográficos IBGE, 2000 e 2010.

Figura 8 - Taxa Geométrica de Crescimento Anual -TGCA 1991–2000 e 2000-2010.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

A Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População entre 2010/2016 foi da ordem de 2,09%a.a. (mais do que o dobro da média do Estado de São Paulo) e entre 2016 a 2021 arrefeceu-se para 1,64%a.a., conforme detalhamento em tabela 9, atingindo em 2021 uma TGCA de 1,31%a.a. para uma realidade no Estado de São Paulo de 0,78% a.a.

Faixa Etária	2016			2021		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	20.913	10.704	10.209	21.961	11.242	10.719
5 a 9 anos	19.868	10.092	9.776	21.473	10.982	10.491
10 a 14 anos	21.199	10.775	10.424	20.656	10.479	10.177
15 a 19 anos	24.391	12.226	12.165	22.624	11.463	11.161
20 a 24 anos	24.409	12.131	12.278	53.800	26.735	27.065
25 a 29 anos	24.350	12.157	12.193	51.646	25.294	26.352
30 a 34 anos	24.773	12.023	12.750	45.393	21.577	23.816
35 a 39 anos	23.711	11.316	12.395	34.865	16.169	18.696
40 a 44 anos	20.913	10.085	10.913	26.920	11.665	15.255
45 a 49 anos	18.501	8.827	9.674	15.617	6.259	9.358
50 a 54 anos	16.591	7.652	8.939	6.053	2.241	3.812
55 a 59 anos	15.034	6.742	8.292	21.961	11.242	10.719
60 a 64 anos	13.139	5.785	7.354	21.473	10.982	10.491
65 a 69 anos	10.542	4.578	5.964	20.656	10.479	10.177
70 a 74 anos	7.703	3.248	4.455	22.624	11.463	11.161
75 a 79 anos	5.423	2.061	3.362	53.800	26.735	27.065
80 anos ou mais	4.383	1.534	2.849	51.646	25.294	26.352
Total da População	295.928	142.069	153.859	321.008	154.106	166.902

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE.

Figura 9 – População municipal por sexo e faixa Etária – 2016 e 2021.

Apesar do fluxo migratório ter sido responsável por mais de 90% do crescimento populacional anual no passado, ainda nos dias atuais – frente às características balneárias que colocaram o município como o quanto maior destino turístico do Brasil – a migração ainda representa entre 60% a 70% do crescimento anual, com a chegada de quase 10 novos habitantes todos os dias, fixando-se no território municipal e trazendo demandas sociais perenes de estruturação da rede pública.

Quando comparados os períodos de vigência do Plano Municipal de Saúde 2006/2009 até o PMS 2018/2021, verifica-se que o crescimento vegetativo manteve-se em pouco mais de 2.000 novos habitantes/ano, salvo no último PMS 2018/2021, onde o crescimento vegetativo de aproximadamente 1.500



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

drasticamente caiu para apenas 567 em 2021, em decorrência da Pandemia de Importância Internacional por COVID19, conforme será detalhadamente descrito junto ao subcapítulo 1.7. Já o saldo migratório, foi progressivamente caindo ao longo dos últimos 15 anos, também refreado em 2021 com a Pandemia, de 3.689 para 2.674, conforme descreve a figura 10.

Ano	Habitantes	Nascidos Vivos	Óbitos	Crescimento vegetativo	Saldo migratório
2006	234.130	3.578	1.571	2.007	4.526
2007	240.918	3.857	1.611	2.246	4.781
2008	247.798	3.865	1.675	2.190	4.634
2009	254.564	3.852	1.823	2.029	4.576
2010	261.391	3.949	1.893	2.056	4.798
2011	267.046	4.355	1.852	2.503	3.599
2012	272.824	4.474	1.950	2.524	3.275
2013	278.727	4.304	2.083	2.221	3.379
2014	284.757	4.385	2.085	2.300	3.809
2015	290.918	4.440	2.283	2.157	3.861
2016	295.928	4.443	2.200	2.243	2.853
2017	301.024	4.553	2.269	2.284	2.853
2018	306.207	4.511	2.472	2.039	2.899
2019	311.480	4.247	2.572	1.675	3.234
2020	316.844	4.371	2.881	1.490	3.689
2021	321.008	4.214	3.647	567	2.674

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE.

Figura 10 – Crescimento vegetativo e saldo migratório entre 2006 a 2021.

O número de nascidos vivos, manteve-se relativamente constante entre últimos 5 planos municipais de saúde (2006 a 2021), mas as mulheres em idade fértil aumentaram de 87.318 para 117.267 no período (figura 11). A explicação da estabilidade em nascidos vivos decorre da queda da Taxa Bruta de Natalidade e Taxa de Fecundidade da praiagrandense que reduziu, respectivamente, de 15,3 e 1,81 para 13,1 e 1,62.

Apesar do fluxo migratório ter sido responsável por mais de 90% do crescimento populacional anual no passado, ainda nos dias atuais a migração representa aproximadamente 60% do crescimento, conforme mostra a figura 10, tendo em 2021 um crescimento vegetativo de 567 e saldo migratório positivo de 2.674 habitantes, com a chegada – em média – de 10 novos habitantes todos os dias.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Ano	Mulheres 10 a 59 anos	Taxa Bruta de Natalidade (/1.000)	Taxa de Fecundidade Total
2006	87.318	15,3	1,81
2007	90.023	16,0	1,90
2008	92.764	15,6	1,87
2009	95.465	15,1	1,82
2010	98.193	15,1	1,83
2011	100.196	16,3	1,96
2012	102.234	16,4	1,97
2013	104.304	15,4	1,87
2014	106.411	15,4	1,88
2015	108.555	15,3	1,86
2016	110.023	15,0	1,83
2017	111.509	15,1	1,85
2018	113.014	14,7	1,81
2019	114.536	13,6	1,67
2020	116.080	13,8	1,69
2021	117.267	13,1	1,62

Fonte: bases de 2000 a 2011 são unificadas SESSP/Fundação SEADE e, a partir de 2011 os dados são da Base Municipal/SINASC/CCD/SESSP

Figura 11 - Crescimento Populacional Médio Anual.

Segundo o IBGE, no início do Sistema Único de Saúde, apesar da intensa redução em relação ao período pós-guerra mundial, ainda se assistia uma taxa de fecundidade de aproximadamente 3 filhos por mulher. Em 2006, a taxa já era inferior ao índice de reposição populacional. Praia Grande seguiu a tendência nacional, chegando em 2021 com uma Taxa de Fecundidade Total de 1,62 filhos por mulher.

ANO	População	Óbitos	Coefficiente de Mortalidade Geral (/100.000)
2005	227.325	1.469	646
2006	234.130	1.571	671
2007	240.918	1.611	669
2008	247.798	1.675	676
2009	254.564	1.823	716
2010	261.391	1.893	724
2011	267.046	1.852	694
2012	272.824	1.950	715
2013	278.727	2.083	747
2014	284.757	2.085	732



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

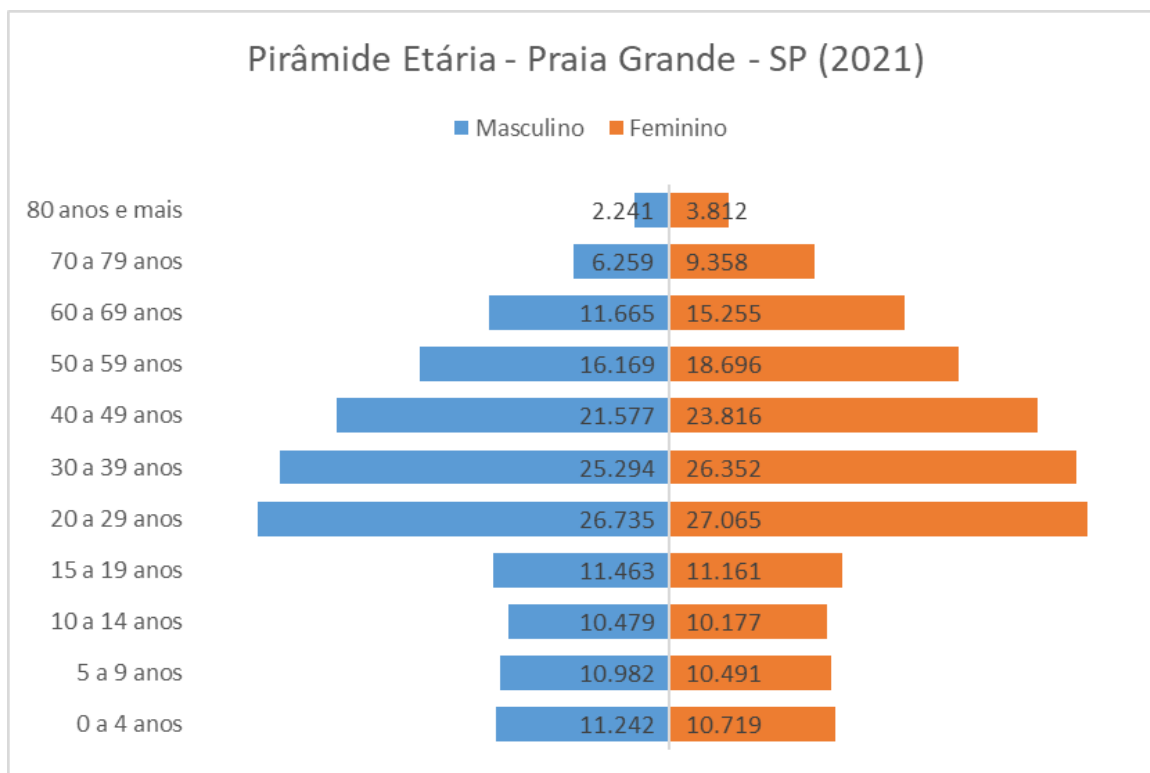
2015	290.918	2.283	785
2016	295.928	2.200	743
2017	301.024	2.269	754
2018	306.207	2.472	807
2019	311.480	2.572	826
2020	316.844	2.881	909
2021	321.008	3.647	1136

Fonte: DATASUS/SIM.

Figura 12 - Coeficiente da mortalidade geral dos residentes de Praia Grande - 2005 a 2021.

Ao longo de quatro gestões, o coeficiente de mortalidade geral do município quase dobrou, avançando de 646 em 2005 para 1.136 óbitos/100.000 habitantes em 2021, sinalizando o processo de envelhecimento populacional com seu respectivo aumento de morbidade.

Esse período de quase 20 anos, comprometendo o índice de reposição populacional, é facilmente identificável na pirâmide etária municipal, que revela o estreitamento da quantidade de adultos jovens até 19 anos e o aumento de idosos que já representam quase 15% da população total.



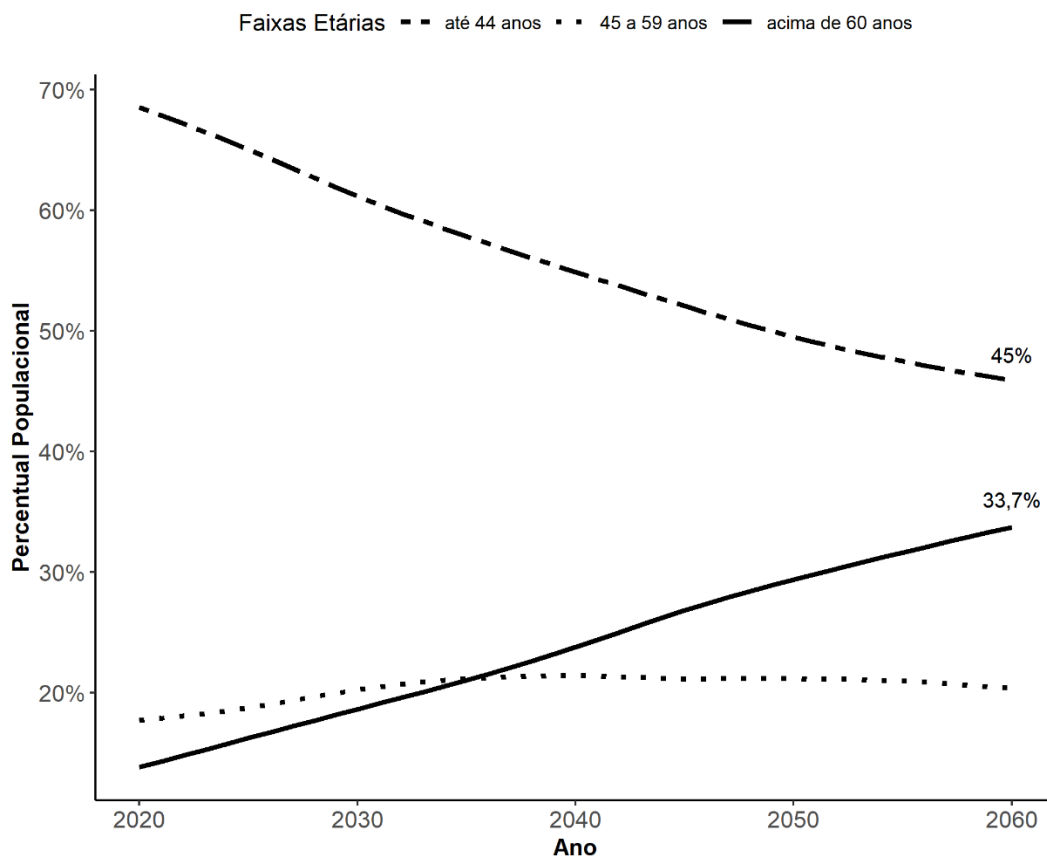
Fonte: SINASC, DATASUS e Fundação SEADE.

Figura 13 – Pirâmide etária de Praia Grande - 2021.



O município assiste a uma profunda mudança em sua pirâmide etária, sendo a melhoria das condições de vida e acesso à assistência à saúde, garantidos pela Constituição de 1988 e implantação do SUS, importantes determinantes do aumento da expectativa de vida e, conseqüente, envelhecimento populacional.

Enquanto em 2021 os idosos representam 13% da população, assistiremos junto ao novo Plano Diretor Municipal 2027-2036 essa faixa etária ultrapassar os adultos da faixa etária de 45 a 59 anos e, em 40 anos, representar um em cada três habitantes.



Fonte: SEADE.

Figura 14 – Projeção demográfica por faixa etária entre 2020 a 2060.

De maneira concomitante, será testemunhada significativa redução da população jovem de até 44 anos, que reduzirá de 70% em 2021 para menos de 50% em 2060.



1.7 Condições socio sanitárias e epidemiológicas.

Em contraposição à média do Estado e do Brasil, Praia Grande é um município com 100% de taxa de urbanização. Tal fato, explica uma produção agrícola municipal temporária, permanente e de cereais, leguminosas e oleaginosas, bem como a silvicultura e pecuária, praticamente nulas.

Frente as indefinições e retrocessos no processo de execução do Censo Demográfico 2020 pelo Ente Federal, conforme justificativas alegadas de dificuldades financeiras e operacionais em decorrência da Pandemia por COVID19, adota-se no Plano Municipal 2022-2025 a manutenção dos resultados apurados no Censo Demográfico 2010, Segundo o IBGE relatou a existência de 262.000 praiagrandenses, à época, sendo que 83.513 viviam em domicílios particulares e 40 domicílios coletivos para um total de aproximadamente 200.000 domicílios particulares, sendo destes 116.000 não ocupados e a maior parte utilizada de forma intermitente para fins de turismo litorâneo.

Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Alvenaria com revestimento	69.793
Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Alvenaria sem revestimento	13.008
Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Madeira aparelhada	246
Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Taipa revestida	12
Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Taipa não revestida	21
Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Madeira aproveitada	392
Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Palha	-
Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - Outro material	69

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Figura 15 – Censo demográfico de domicílios particulares – 2010.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

A tabela acima relevou que praticamente 100% dos habitantes viviam em domicílios de alvenaria, sendo 84% com revestimento, existindo em torno de 740 domicílios de madeira, taipa ou outros materiais em bairros periféricos (ou seja, inferior a 1% do total de domicílios).

Para um PIB per capita a preços correntes de R\$ 18.770,64 (2014), o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio – Urbana era de R\$ 2.580,08 (Censo 2010), tendo o PIB per capita mantido-se relativamente estável nos últimos anos, representando R\$24.522,77 em 2.020.

Rendimento de todas as fontes das pessoas	Médio	Mediano
de 10 anos ou mais de idade	R\$ 1.370,92	R\$ 850,00
dos homens de 10 anos ou mais de idade	R\$ 1.646,98	R\$1.000,00
das mulheres de 10 anos ou mais de idade	R\$ 1.056,65	R\$ 700,00
das pessoas brancas de 10 anos ou mais de idade	R\$ 1.600,21	R\$1.000,00
das pessoas pretas ou pardas de 10 anos ou mais de idade	R\$ 1.039,48	R\$ 750,00

Fonte: IBGE, 2010.

Figura 16 – Rendimento médio e mediano de todas as fontes das pessoas.

Com uma economia lastreada por turismo litorâneo, o setor de serviços representou o peso percentual hegemônico da população economicamente ativo, conforme demonstra tabela abaixo

com 16 anos ou mais de idade, ocupados em setor de atividade	Homens	Mulheres
Agricultura	0,7%	0,3%
Indústria	33,6%	7,3%
Serviços	65,7%	92,4%

Fonte: IBGE, 2010

Figura 17 – Percentual da população economicamente ativa por setor de serviço – 2010.



Ainda que o município tenha vivenciado uma melhora de seu Índice de Desenvolvimento Humanos em todas as dimensões, entre 1991 a 2010, o município caiu da posição 152 para 199 entre os municípios do Estado de São Paulo.

Ano	IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal				Posição no Estado
	IDH-M	IDH-M Educação	IDH-M Longevidade	IDH-M Renda	
1991	0,538	0,336	0,688	0,674	152
2000	0,686	0,551	0,801	0,732	127
2010	0,754	0,692	0,834	0,744	199

Fonte: SEPLAN, 2014.

Figura 18 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

Particularmente a dimensão Educação ofereceu grandes desafios para a melhora do IDH municipal em decorrência das características de crescimento da cidade já apontadas. Posto que o crescimento seja calcado predominantemente pela migração de segmentos com alta taxa de analfabetismo com mais de 25 anos de idade, estabelecesse um degrau entre as taxas de analfabetismo das faixas etárias de 7 a 18 anos e acima de 25 anos.

Taxa de Analfabetismo	2.010	2.000	1.991
Taxa de analfabetismo - 11 a 14 anos	1,59	1,60	2,43
Taxa de analfabetismo - 15 a 17 anos	1,23	1,42	3,24
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais	4,16	5,69	10,33
Taxa de analfabetismo - 18 a 24 anos	1,18	2,29	4,56
Taxa de analfabetismo - 18 anos ou mais	4,36	6,08	10,98
Taxa de analfabetismo - 25 a 29 anos	1,40	3,68	5,82
Taxa de analfabetismo - 25 anos ou mais	4,94	7,02	12,53

Fonte: SEPLAN, 2014

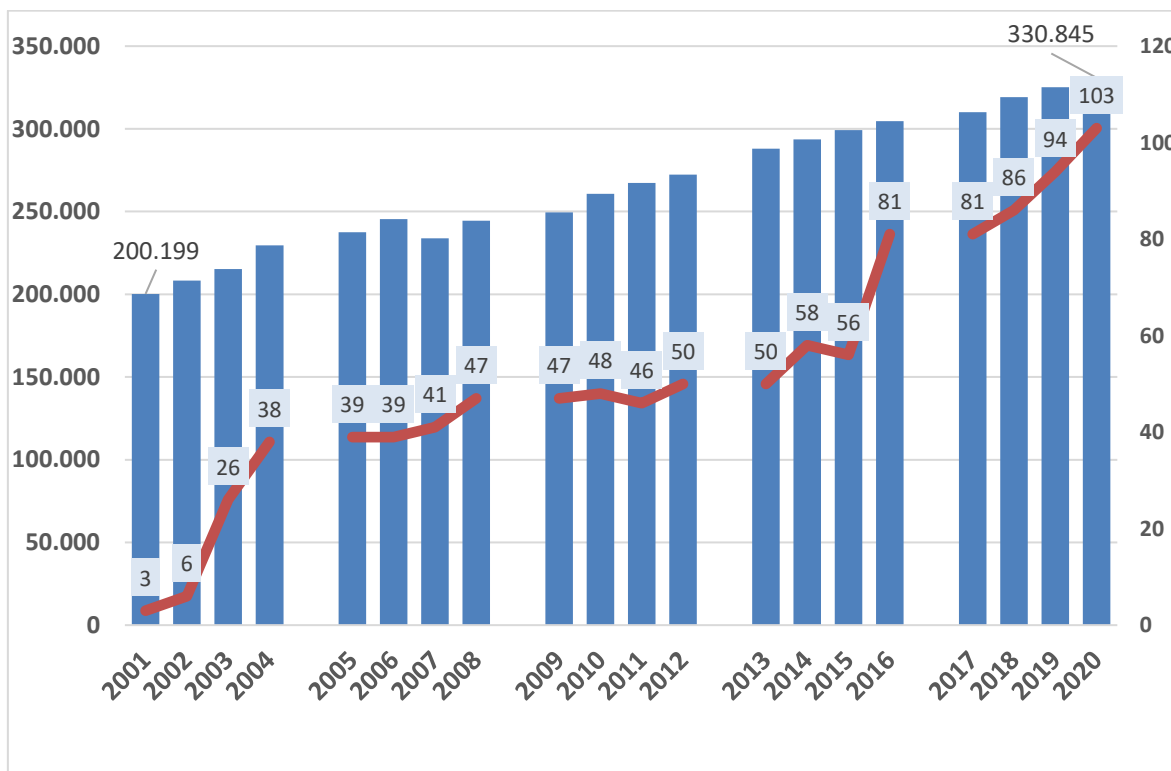
Figura 19 – Evolução da Taxa de analfabetismo - 1.991 a 2010.



Desta forma, apesar da queda de posição de IDH junto ao Censo 2010, com provável reversão no próximo censo, o município tem conseguido avançar a uma média superior ao Estado e Brasil no que tange ao índice de Desenvolvimento da Educação Básica nos últimos anos.

A exemplo do progresso nos índices de Educação, o município vivenciou grande melhoria do acesso em saúde nos últimos anos, particularmente na estruturação da Atenção Básica, mas também nos diversos segmentos ambulatoriais ligados às Redes de Atenção à Saúde e componente Hospitalar.

Entre 2018 a 2021, o município manteve seu forte compromisso com a coordenação do cuidado lastreada pela priorização dos investimentos em Atenção Básica, posta a importância como porta estruturante do Sistema Único de Saúde, norteadora do cuidado e instância fundamental para reduzir o uso inadequado dos serviços de urgência e emergência. A figura abaixo mostra o quanto a última gestão contribuiu para o crescimento do número de equipes de estratégia de saúde da família, ampliado de 81 para 103 equipes (o maior crescimento entre as gestões da última década).



Fonte: IBGE - Projeções Intercensitárias e CNES - Cadastro de Equipes de Saúde
Figura 20 - Crescimento populacional e de equipes de ESF em Praia Grande.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

O crescimento dos recursos humanos na Atenção Básica foi possível em decorrência da ampliação dos recursos humanos do efetivo estatutário e da incorporação de programas de Ensino em serviço, bem como a construção de novas unidades.

Pertinente à expansão dos recursos humanos ligados à Atenção Básica, os programas de Educação do Ministério da Saúde vinculados aos Programas de pós-graduação em Saúde da Família do município, conforme será melhor apresentado em subcapítulo específico, promoveram substancial complementação às contratações do município, em decorrência da ampliação do número de vagas de residência médica.

No campo da infraestrutura necessária, a reforma e ampliação impetradas em todas as unidades básicas de saúde do município, além da construção de mais duas novas Usafas, USAFAS Noêmia e Guilhermina, somaram-se aos 6 novos equipamentos com capacidade para comportar mais 24 equipes (Usafa Aloha, Antártica, Maracanã, Mirim, Rio Branco e Santa Marina), inauguradas no quadriênio anterior.



Fonte: <https://fotos.praiagrande.sp.gov.br/imprensa/fotos>

Figura 21– Inauguração de 2 novas unidades da Atenção Básica no PMS 2018 – 2021.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Estes investimentos em infraestrutura e o salto pontual causado pelos programas de ensino em saúde já citados, fez com que Praia Grande mantivesse a maior cobertura de Atenção Básica dos municípios de grande porte da Baixada Santista.

Município	Equipes de Saúde da Família	População IBGE 2020	Estimativa de População Coberta com AB	Porcentagem de Cobertura de Atenção Básica
Bertioga	3	63.249	38.700	61,19
Cubatão	10	130.705	59.100	45,22
Guarujá	43	320.459	210.840	65,79
Itanhaém	23	101.816	79.350	77,93
Mongaguá	8	56.702	27.600	48,68
Peruíbe	14	68.284	68.284	100
Praia Grande	78	325.073	279.990	86,13
Santos	34	433.311	226.800	52,34
São Vicente	29	365.798	144.750	39,57
Total	242	1.865.397	1.135.414	60,87

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/Ministério da Saúde.

Figura 22 – Cobertura de Atenção Básica na Baixada Santista – 2020.

Esta alta cobertura impactou positivamente nos últimos anos na quantidade de atendimentos individuais médicos e multiprofissionais à população, bem como procedimentos e visitas domiciliares proporcionado pela Atenção Primária a Saúde.

A figura 23 apresenta os parâmetros de produção supracitados para os municípios da Baixada Santista. De maneira compatível com sua alta cobertura e estruturação da Atenção Primária à Saúde nos moldes da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, o município de Praia Grande apresentou em 2020 a maior produção absoluta de atendimentos individuais nas diversas categorias profissionais (212.955) e de procedimentos vinculados à Atenção Básica (452.424).

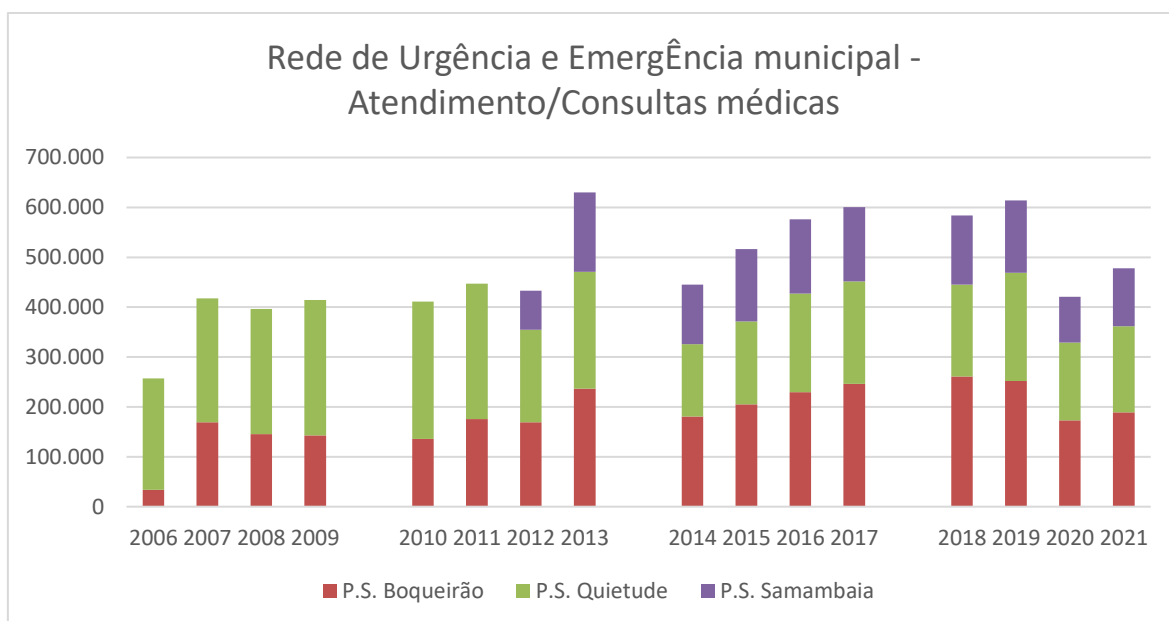


Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Município	Atendimento Individual	Procedimento	Visita Domiciliar
BERTIOGA	24.568	1	15.615
CUBATÃO	50.519	10.410	59.664
GUARUJÁ	244.228	92.496	178.372
ITANHAÉM	84.363	46.367	35.891
MONGAGUÁ	23.749	12.812	34.390
PERUÍBE	72.973	25.957	39.050
PRAIA GRANDE	212.955	452.424	203.635
SANTOS	212.214	332.295	229.741
SÃO VICENTE	87.472	135.054	100.104

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, 2020
Figura 23 – Produção multiprofissional da APS na Baixada Santista – 2020.

A ampliação da Cobertura de Atenção Básica, apesar de implicar em alterações que são refletidas em indicadores no longo prazo, tem promovido reflexos benéficos em diversos indicadores e na redução de agudização de doenças e da demanda espontânea ambulatorial às unidades de urgência e emergência da rede municipal, que apesar do perene crescimento populacional tem conseguido manter estabilidade nos atendimentos agudos.



Fonte: Datasus.

Figura 24- Consultas Médicas nas Unidades de Pronto Atendimento do Município.

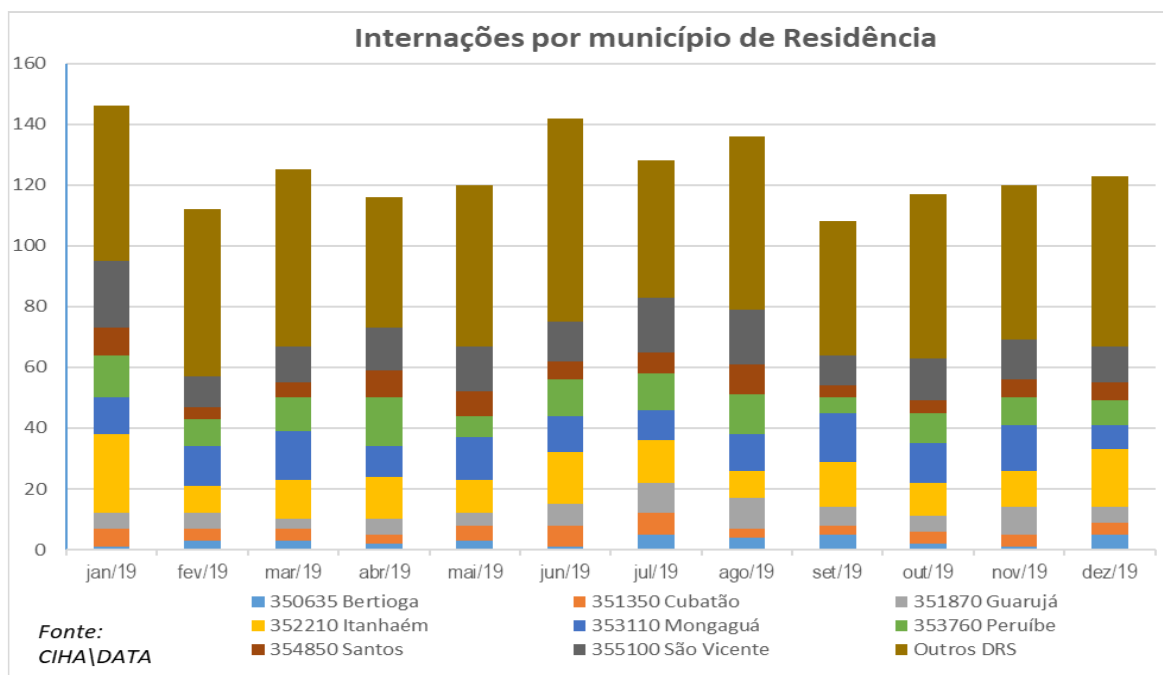
O gráfico acima mostra que nos últimos 4 anos houve estabilização no número de atendimentos de urgência e emergência apesar do crescimento



populacional médio superior a 2% ao ano, refletindo a melhoria do acesso às condições agudas e crônicas na Atenção Básica.

Assim, quando se avalia a oferta de consultas médicas por habitante ano, o município atingiu, em sua rede ambulatorial em 2019, um total de 999.844 atendimentos médicos individuais, garantindo o parâmetro assistencial de referência de 3 (três) consultas por habitante por ano preconizado pelo Ministério da Saúde, destacando-se a grande expansão de oferta de especialidades médicas por meio da ampliação de unidades especializadas e credenciamento de serviços da saúde suplementar.

No que tange ao componente hospitalar, o complexo Hospitalar Municipal ofertou em 2019, antes do cenário determinado pela Pandemia por COVID19, um total de **12.906 internações (41 internações/1.000 habitantes/ano) entre as diversas especialidades clínico cirúrgicas**. Produzindo quase 2.000 consultas médicas diariamente, o Complexo Hospital Irmã Dulce tornou-se uma das mais importantes Portas de Entrada da Baixada Santista. Também no setor ambulatorial, junto ao hospital municipal, mereceu destaque o aumento em mais de 10 vezes na oferta regional de alta complexidade em nefrologia.



Fonte: Plano Operativo Anual 2019 – Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Figura 25– Produção dos Leitos Regionais de Alta Complexidade do CHID – 2019



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Na Atenção Hospitalar, contribuindo historicamente com mais de 50% de todo o atendimento regional referenciado do sistema informatizado CROSS, na RUE/RRAS 07, o Complexo Hospitalar Irmã Dulce – com o apoio do Governo do Estado de São Paulo – passou a ser classificado como Hospital Estruturante para a Baixada Santista.

Submetido ao processo regulatório regional do Ente Estadual através do Sistema CROSS, este papel como Hospital Estruturante garantiu, em 2019, uma oferta de mais de 3.000 internações de alta complexidade hospitalar para a Baixada Santista (2.454 internações) e para os diversos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (20,53% de sua produção anual foi direcionada a outras regiões do Estado, correspondendo a 634 internações), demonstrando o caráter cosmopolita do atendimento do Complexo Hospitalar Irmão Dulce.

Quanto aos leitos complementares de UTI, comparado com o cenário de municípios do Estado de São Paulo, que ofertam leitos de UTI, o município de Praia Grande ocupa o percentil 90, estando entre os 10% de municípios paulistanos com maior oferta de leitos de UTI per capita do Estado de São Paulo.

Cintado o parâmetro sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10 a 30 leitos de UTI/100.000 habitantes, conta com 76 leitos de UTI em seu território (DATASUS/CNES: anexo folha 6), garantindo 23 leitos de UTI/100.000 habitantes e, durante a Pandemia por COVID19, entre 2020 e 2021, o município figurou com a maior oferta de diária de UTI da região, conforme será detalhado no subcapítulo 3.2.

A melhoria do acesso, com a consolidação do Sistema Único de Saúde nas últimas duas décadas, refletiu-se em significativo impacto nos principais indicadores de saúde, como – por exemplo – nos indicadores de mortalidade infantil, conforme apresentado em Figura 26.

ANO	Nº. DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO	NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL
1995	114	2778	41,04
1996	114	3089	36,91
1997	97	3506	27,67
1998	104	3978	26,14
1999	101	4045	24,97
2000	97	3825	25,36



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

2001	96	3599	26,67
2002	82	3550	23,10
2003	82	3490	23,50
2004	66	3646	18,10
2005	73	3741	19,51
2006	55	3628	15,16
2007	88	3885	22,65
2008	65	3889	16,71
2009	75	3843	19,52
2010	49	3928	12,47
2011	60	4335	13,84
2012	63	4424	14,24
2013	62	4282	14,48
2014	54	4391	12,30
2015	77	4447	17,32
2016	61	4441	13,74
2017	63	4553	13,84
2018	61	4511	13,52
2019	69	4247	16,25
2020	46	4371	10,52
2021	54	4215	12,81

Fonte: SIMSINASC MUNICIPAL

Figura 26 – Taxa de Mortalidade Infantil - 1995 a 2021.

Apesar do fechamento de inúmeras maternidades na Baixada Santista durante a crise financeira da última década, gerando grande invasão dos serviços obstétricos municipais entre 2014 a 2015 (aumento superior a 500% da procura espontânea de gestantes de município vizinho), Praia Grande conseguiu, com o processo de estruturação da Atenção Básica nas últimas décadas, reduzir a Razão de Mortalidade Infantil de absurdos valores superiores a 40/1.000 nascidos vivos, figurando entre os piores da região no passado, para valores melhores do que a média da Baixada Santista.

Dos óbitos infantis ocorridos em residentes de Praia Grande, nos últimos seis anos, temos que a maioria ocorreu no período Neonatal, representando 66,3% do total de óbitos em menores de um ano de vida.

O período Neonatal está intimamente ligado às condições de vida da gestante, e a qualidade da assistência prestada no pré-natal, parto e recém-nascido.

ANO	COEFICIENTE DE ÓBITOS DE MENORES DE 28 DIAS	COEFICIENTE DE ÓBITOS ENTRE 28 DIAS E UM ANO	COEFICIENTE DE ÓBITOS EM MENORES DE UM ANO
-----	---	--	--



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

2000	19,08	6,27	25,36
2001	18,34	8,34	26,67
2002	18,03	5,07	23,10
2003	16,62	6,88	23,50
2004	11,25	6,86	18,10
2005	12,56	6,95	19,51
2006	11,30	3,86	15,16
2007	13,90	8,75	22,65
2008	10,80	5,91	16,71
2009	11,71	7,81	19,52
2010	9,16	3,31	12,47
2011	9,92	3,92	13,84
2012	9,50	4,75	14,24
2013	7,94	6,54	14,48
2014	7,74	4,55	12,30
2015	12,37	4,95	17,32
2016	9,68	4,05	13,73
2017	9,22	4,61	13,84
2018	7,54	5,99	13,52
2019	9,65	6,59	16,25
2020	7,55	2,97	10,52
2021	8,07	4,74	12,81

Fonte: SIM/SINASC MUNICIPAL.

Figura 27 - Taxa de Mortalidade Infantil neonatal geral e pós-neonatal entre 2000 – 2021.

O déficit de leitos obstétricos e a baixa cobertura de atenção básica regionais ainda implicam na invasão territorial e sobreutilização dos leitos municipais, refletindo particularmente no componente perinatal e neonatal da Razão de Mortalidade Infantil.

Todavia o município tem buscado diversificar estratégias de qualificação do pré-natal, incluindo aumento do número de consultas de pré-natal e puerpério, trabalhos de matriciamento das equipes do NASF, Educação Permanente integrando as equipes da Atenção Básica e Hospitalar e promovendo agendamento automático informatizado das puérperas e recém-nascidos em alta hospitalar.

ANO	Nascidos Vivos	Parto Vaginal	Parto Cesáreo	% de Cesáreas
2000	2913	1999	914	31,3
2001	2363	1572	791	33,4
2002	2511	1703	808	32,1
2003	2356	1472	884	37,5
2004	2663	1596	1067	40,1
2005	2598	1669	929	35,7
2006	2457	1456	1001	40,7



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

2007	2596	1244	1352	52,1
2008	2514	1208	1306	51,9
2009	2312	1475	837	36,2
2010	2197	1490	707	32,2
2011	2470	1628	842	34,1
2012	2715	1711	1004	37,0
2013	2531	1614	917	36,2
2014	2683	1719	964	35,9
2015	2912	1907	1005	34,5
2016	3018	1953	1065	35,3
2017	2706	1721	985	36,4
2018	2530	1563	967	38,2
2019	1918	1190	728	38,0
2020	2038	1194	844	41,4
2021	1755	1103	652	37,2
TOTAL	54756	34187	20569	37,6

Fonte: SINASC MUNICIPAL

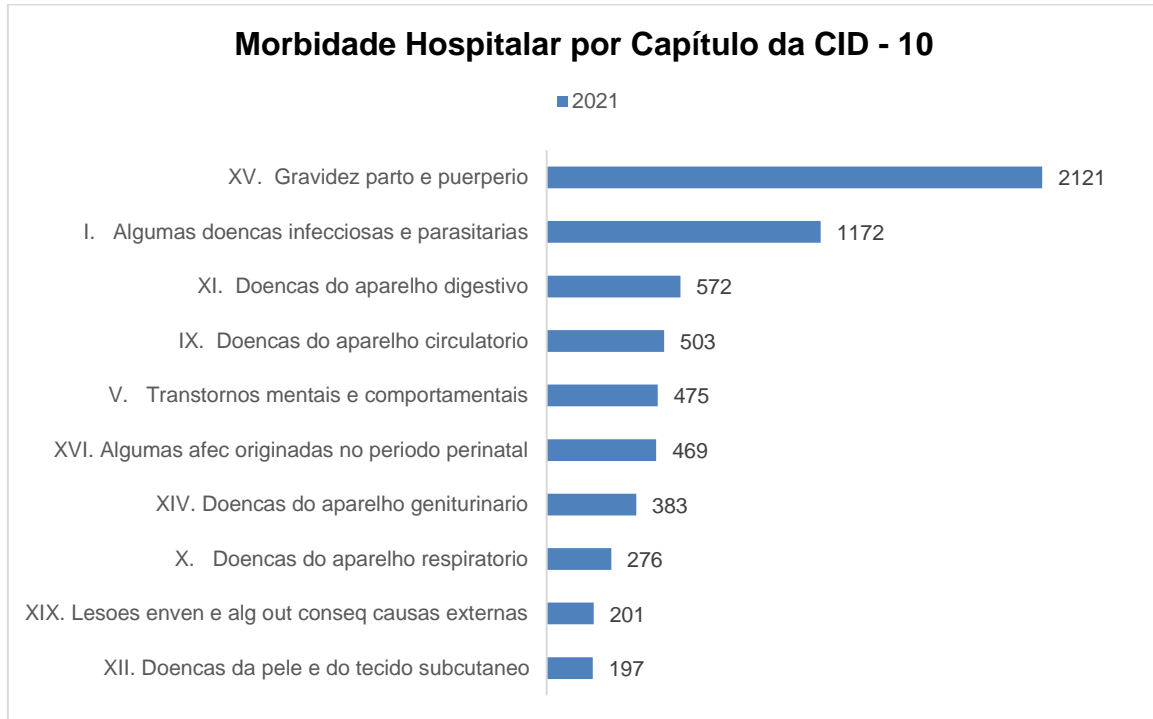
Figura 28 – Distribuição dos tipos de parto no CHID em Praia Grande - 2000 a 2021.

Apesar de vivenciar atendimentos obstétricos progressivamente mais graves e complexos, o hospital municipal (Complexo Hospitalar Irmã Dulce- CHID) tem mantido valores percentuais de Parto Cesário inferiores à realidade apresentada pela Saúde Suplementar. Exemplo disto é que os 37,6% de percentual de Cesárias do CHID sobem para 50% quando inclusas as atividades dos demais hospitais da Saúde Suplementar na distribuição dos tipos de parto no município.

Apesar das características de média e alta complexidade hospitalar em especialidades clínico-cirúrgicas do equipamento hospitalar municipal, por ser a maior Porta de Entrada aberta da RUE/RRAS07, a figura 29 mostra que o atendimento obstétrico continua respondendo pela maior percentual entre as especialidades do equipamento, mesmo com a Pandemia por COVID19, com 4.324 internações obstétricas em 2016 e 2.590 em 2021. Todavia, é notável o impacto da Pandemia por COVID19 no percentual de morbidade hospitalar. Enquanto em 2016 as doenças do aparelho digestivo e circulatório respondiam com segunda (742 pacientes) e terceira causa (683 pacientes) de internações, com doenças infecciosas representando menos de 5%, em 2021 as internações por COVID ampliaram as causas infecciosas para a segunda causa de internação, com 1.172



internações, com doenças gastrointestinais e circulatórias representando, respectivamente, 572 e 503 internações.



Fonte: SIHD - Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado/DATASUS
Figura 29 – Internações por capítulo de CID no CHID – 2021.

O mesmo fenômeno ocorreu na mortalidade específica municipal. As doenças circulatórias e neoplásicas respondem pelas maiores causas de mortalidade específica, tendo em 2016 respondido por respectivamente 778 (34,55%) e 395 (17,54%) óbitos. O impacto da letalidade do SARS-COV-2, em 2021, elevou a participação relativa de doenças infecciosas de 5% para 27,3%, superando as causas cardiovasculares (21,3%) e neoplásicas (10,5%), conforme apresenta a figura 30.

Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.009	27,34
Aparelho Circulatório	786	21,3
Neoplasias	387	10,49
Mal Definido	297	8,05
Aparelho Respiratório	295	7,99
Causas Externas	209	5,66
Doenças endócrinas e metabólicas	186	5,04
Aparelho Digestivo	150	4,07
Doenças do aparelho geniturinário	136	3,69



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Doenças do sistema nervoso	83	2,25
Doenças do período Peri-Natal	64	1,73
Doenças do sangue...	22	0,6
Malformações congênitas	18	0,49
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	16	0,43
Transtornos mentais e comportamentais	14	0,38
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	0,33
Gravidez parto e puerpério	6	0,16
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0
Doenças do olho e anexos	0	0
Total	3.690	100,00

Fonte: DATASUS/SIM.

Figura 30 - Distribuição dos óbitos no ano de 2021, segundo a classificação do CID 10.

Salvo o cenário específico imposto pela Pandemia, a mortalidade municipal acompanha o cenário nacional, conforme aponta a figura 31, que apresenta o número de óbitos bianual dos residentes do município entre 2006 a 2021, onde figura entre as cinco principais causas, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, aparelho respiratório, causas externas e aparelho digestivo.

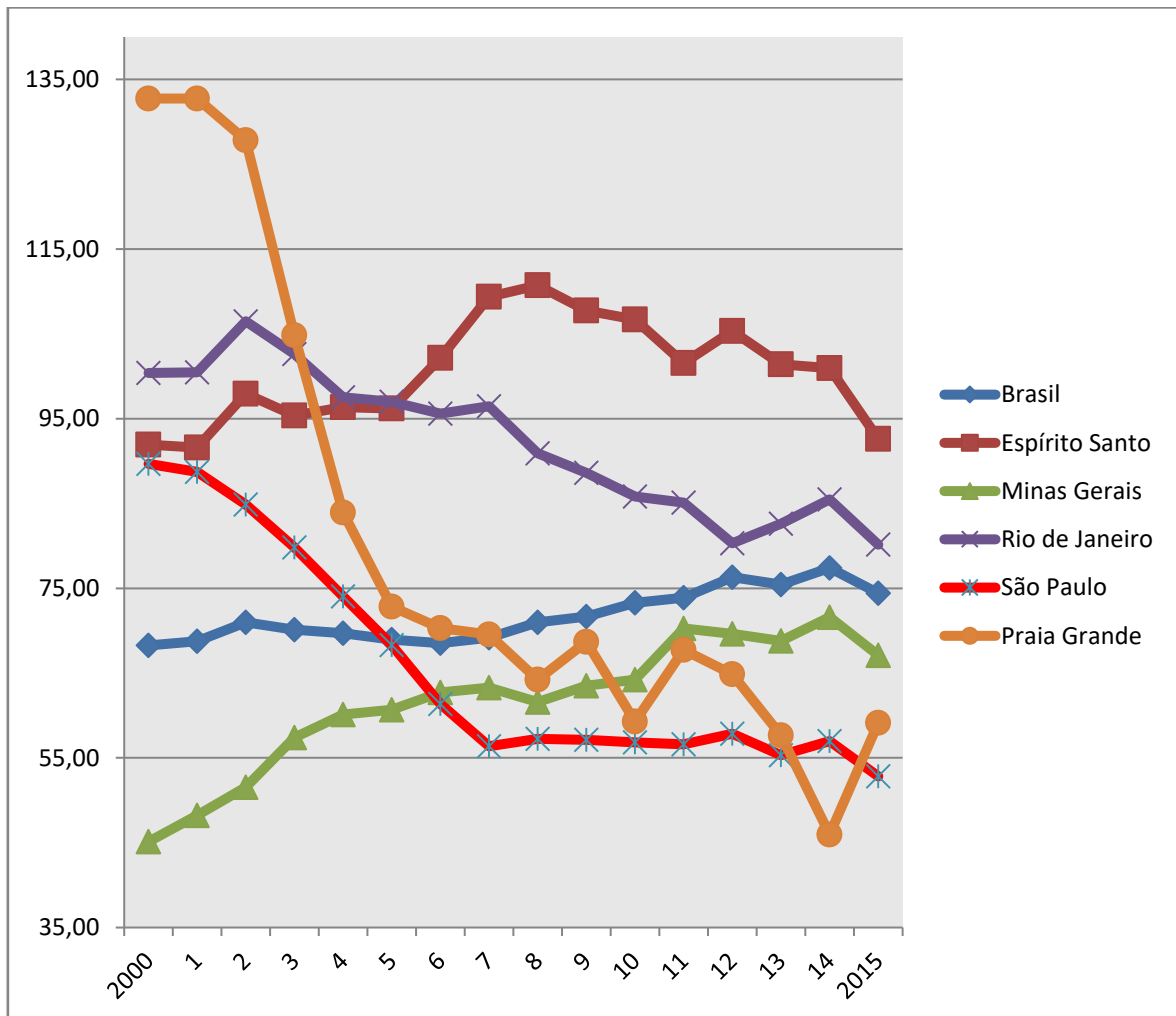
Capítulos CID 10	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	69	81	104	95	86	92	82	560	1009
II. Neoplasias (tumores)	238	292	289	312	345	396	429	417	387
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	86	94	123	114	120	137	176	171	186
IX. Doenças do aparelho circulatório	368	401	609	669	794	781	806	681	786
X. Doenças do aparelho respiratório	123	136	213	228	249	235	299	263	295
XI. Doenças do aparelho digestivo	83	80	110	118	115	137	152	137	150
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	34	41	48	53	50	69	119	85	136
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	67	89	75	77	80	90	67	56	64
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	316	257	96	47	42	38	33	210	297
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	170	163	158	183	135	143	163	174	209
Total	1554	1634	1825	1896	2016	2118	2326	2754	3519

Fonte: SIM MUNICIPAL.

Figura 31 - Mortalidade por capítulo de CID 10 - 2006 a 2021.



Apesar do hospital municipal representar a principal Porta de Entrada de Rede de Urgência e Emergência da região e entre as 30 maiores do Estado de São Paulo, particularmente nas linhas de cuidado de Traumato-ortopedia e neurocirurgia, a mortalidade por causas externas manteve-se estável nos últimos anos, representando apenas 6% do total de óbitos de praiagrandenses em 2021, após significativa redução de 75% nas causas de óbito por agressões entre 2000 e 2005, período onde foram feitos grandes investimentos em segurança pública e a inauguração de um sistema municipal de monitoramento por câmeras de vídeo públicas chamado Centro Integrado de Comando e Operações Especiais (CICOE) que completará 20 anos em 2024.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – DATASUS
Figura 32 – Mortalidade por Causas externas – 2000 a 2015.



Finalmente, no que tange aos indicadores de monitoramento de doença de notificação compulsória, a figura 33 traz a atualização do período 2016 a 2020.

Agravos	2016	2017	2018	2019	2020
AIDS	171	285	142	112	73
Atendimento Antirrábico	497	698	714	735	572
Dengue	34	6	8	163	31
Doenças Exantemáticas	0	0	2	133	13
Esquistossomose	0	1	0	1	0
Evento adverso pós vacinação	2	1	4	2	3
Hepatite Viral	73	68	101	73	16
Leishmaniose Tegumentar	0	0	1	1	0
Leptospirose	1	3	10	18	2
Meningite	19	23	12	23	7
Sífilis não Especificada	215	270	240	383	280
Tuberculose	332	316	327	397	315

Fonte: SINANNET MUNICIPAL.

Figura 33 – Distribuição por Agravo das Doenças de Notificação Compulsória – 2016 a 2020.

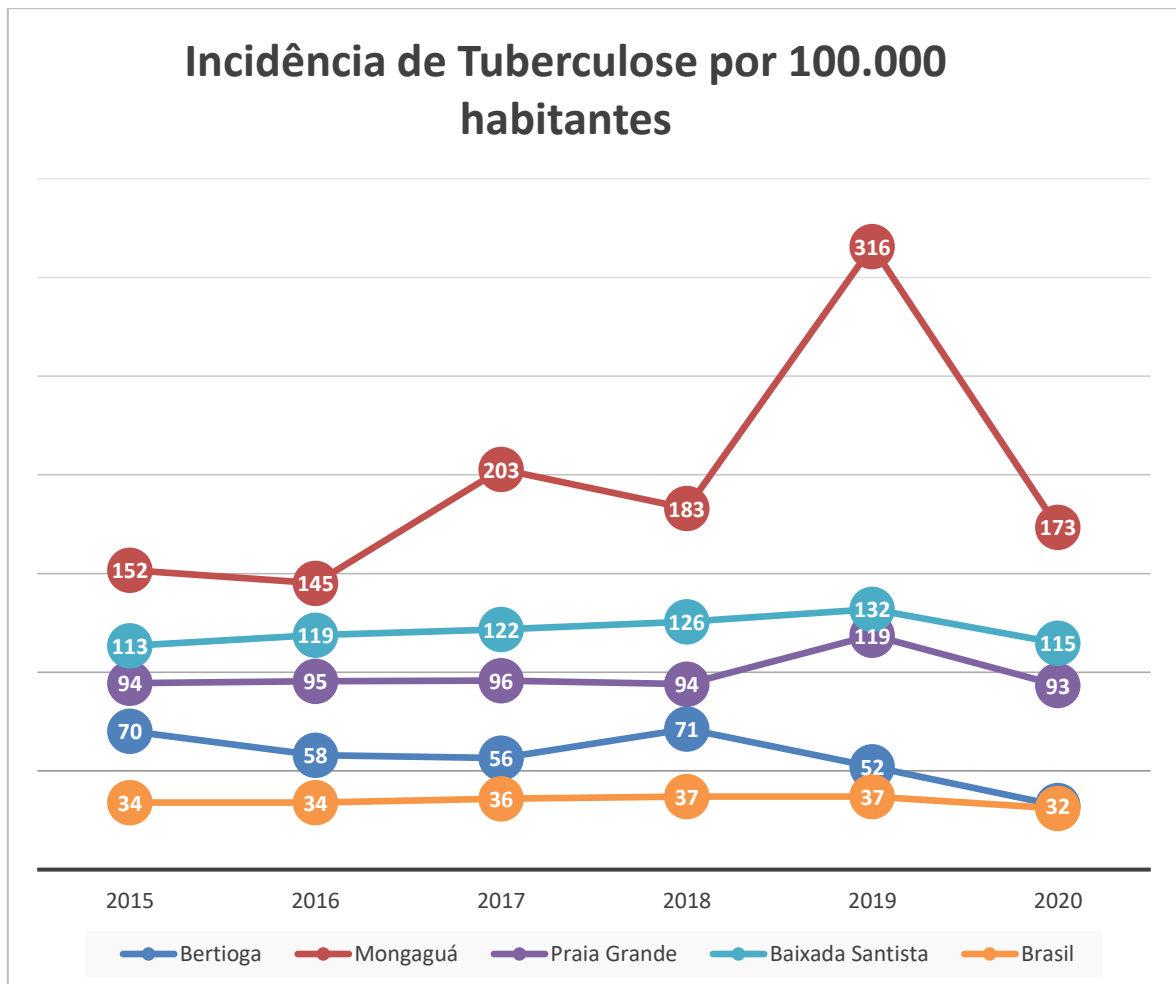
Abrigando o maior complexo portuário do país, a região metropolitana da Baixada Santista oferece condições propícias para a emergência e reemergência de doenças infecciosas e parasitárias, por suas características climáticas, geográficas, ambientais e socioeconômicas e para seu enfrentamento é necessário o fortalecimento da vigilância epidemiológica, especialmente no que diz respeito à sua capacidade de detecção precoce, investir na capacitação dos profissionais, para identificar casos suspeitos e auxiliar no processo de investigação e desencadeamento das medidas de controle. A identificação de novos agentes infecciosos e o ressurgimento de doenças que se considerava controladas levam as "doenças emergentes e reemergentes" a figurarem hoje, ao lado dos efeitos do envelhecimento populacional e da violência urbana, como centro das atenções de profissionais da saúde, acadêmicos, gestores, agentes e atores de políticas públicas, tornando importante questão de saúde pública.

Com a crise financeira, em 2016 e a imposição de um teto de gastos definido pela Emenda Constitucional nº 95/2016 e o enfraquecimento de medidas de



controle de vetores e cobertura vacinal, houve na agenda do SUS o recrudescimento de doenças infecciosas tradicionais previamente controladas – como sarampo, dengue, febre amarela, sífilis e tuberculose – além do surgimento de novas, como Zika e Chikungunya. (JUNIOR *et al*, 2015; OLIVEIRA *et al*, 2019; MARIANO, 2017; SANTOS *et al*, 2019; WALDMAN; SATO, 2016).

A incidência de Tuberculose permaneceu estável no território municipal entre 2017 a 2020, em um patamar abaixo da realidade da região da Baixada Santista, mas três vezes maior do que do Brasil.



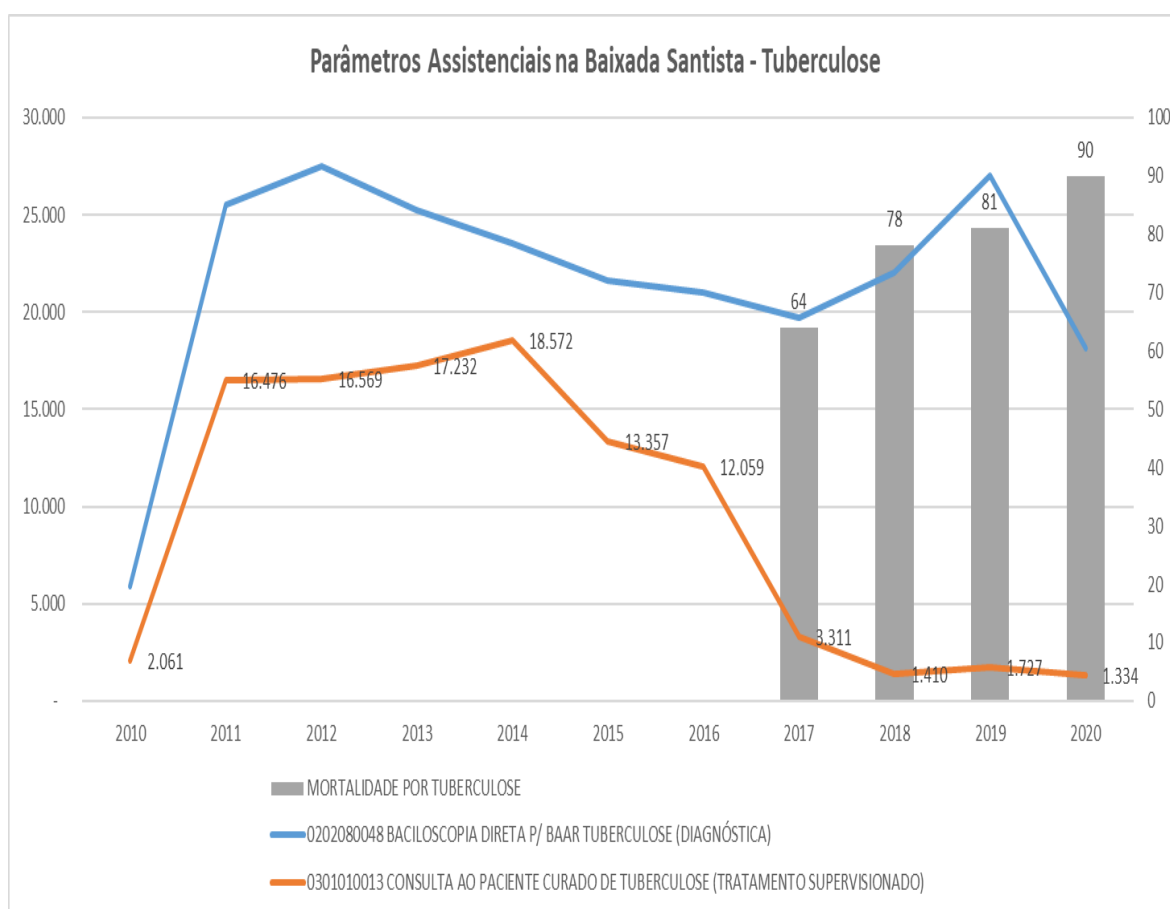
FONTE: SINAN NET MUNICIPAL

Figura 34– Incidência de diagnósticos de Tuberculose – 2015 a 2020.



Diferindo da realidade nacional, que apresentou estabilidade da razão de mortalidade específica por tuberculose em 2,2 óbitos por 100.000 entre 2017 a 2020, a região - que sempre apresentou maior incidência de doença e óbitos que o Brasil - assistiu a um aumento de 3,5 para 4,8 óbitos/100.000 entre 2017 a 2020.

A figura 34 revela que a Baixada Santista, após um período de progressiva redução na oferta de baciloscopia entre 2012 a 2016, retomou a ampliação da oferta entre 2017 a 2020, após campanha estadual em 2016, sendo essa tendência de aumento interrompida pela Pandemia por COVID19.



Fonte: Datasus.

Figura 35– Diagnóstico e mortalidade por Tuberculose na Baixada Santista – 2010 a 2020.

O desencontro de informações gerado pelas mudanças no processo de faturamento de procedimentos ambulatoriais no Brasil e a ausência de integração entre os dados do ESUS para a Atenção Básica e a produção ambulatorial da AB no Sistema de Informação ambulatorial, oferecem dificuldades em todo o Brasil



para apurar dados de acompanhamento de tratamento supervisionado. Apesar dessa realidade, Praia Grande recebeu prêmio por conta do esforço municipal durante a Campanha de Combate à Tuberculose na busca ativa dos sintomáticos respiratório e dos contactantes (pessoas próximas dos portadores de tuberculose). A Cidade superou a meta estipulada pelo Governo do Estado de São Paulo para a ação, durante premiação oferecida em 2016.



Fonte: <http://www.praia grande.sp.gov.br/pgnoticias>.

Figura 36– Prêmio Dia Mundial da Tuberculose – 2016.

No Município, o tratamento da doença é desenvolvido por todas as unidades da Atenção Primária à Saúde municipais gratuitamente e de maneira coordenada pelo Centro de Referência de Atendimento à Tuberculose e Hanseníase (CRATH), e integral junto aos ambulatórios de especialidade e componente hospitalar.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

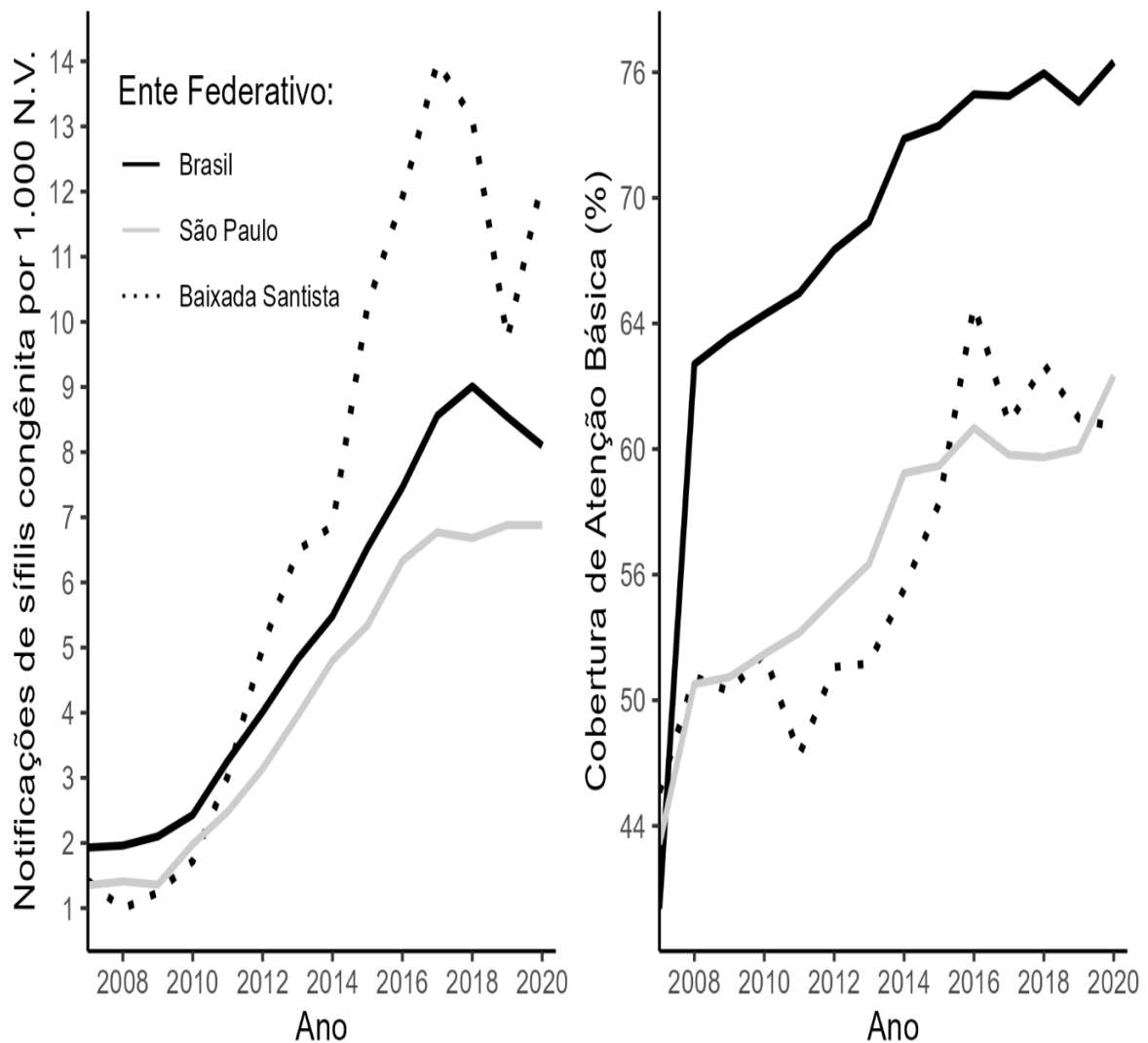
Também entre as doenças reemergentes, a sífilis tornou-se uma grande epidemia nacional na última década, refletindo-se no atendimento materno infantil e nos diagnósticos de sífilis congênita.

ANO	Sífilis Congênita	Nascidos Vivos	Coeficiente de Incidência por 1.000 NV
2000	1	3871	0,26
2001	2	3687	0,54
2002	2	3600	0,56
2003	0	3579	0,00
2004	11	3.714	2,96
2005	12	3.748	3,20
2006	7	3.621	1,93
2007	3	3.804	0,79
2008	2	3.749	0,53
2009	6	3.830	1,57
2010	7	3.928	1,78
2011	18	4.335	4,15
2012	25	4.423	5,65
2013	39	4.283	9,11
2014	52	4.392	11,84
2015	59	4.445	13,27
2016	68	4.441	15,31
2017	83	4.553	18,22
2018	66	4.511	14,63
2019	35	4.247	8,24
2020	55	4.371	12,58

FONTE: SINAN NET MUNICIPAL

Figura 37– Incidência de sífilis Congênita em nascidos vivos em Praia Grande – 2000 a 2020.

O significativo aumento da incidência de sífilis congênita no território municipal acompanha estritamente o cenário epidêmico que assolou o país nos últimos 15 anos, acompanhando o aprimoramento do acesso à saúde no Brasil, com a inauguração de importantes marcos nessa década como a consolidação do Sistema SINAN e a notificação compulsória de sífilis congênita, a melhoria da cobertura de atenção básica com instituição de VDRL no acompanhamento pré-natal da Rede Cegonha e, particularmente como fator determinante, a disponibilização de testes rápidos e regular rastreamento de sífilis congênita nas maternidades, o que fez a incidência, ano a ano ampliar-se entre 2004 a 2017.



FONTE: SINAN NET MUNICIPAL

Figura 38 – Notificação de sífilis congênita na Baixada Santista, São Paulo e Brasil.

A figura 38 revela que a partir de 2017, houve uma reversão de tendência em todos os Entes Federativos, sendo necessário acompanhar o comportamento da epidemia a partir das dificuldades impostas com a Pandemia por COVID19.

Finalmente, destaca-se as considerações específicas trabalhadas nos planos de contingência municipal referentes a análise situacional das arboviroses, particularmente com a inserção do Zika Vírus e Chikungunya na região e o cenário de retomada dos investimentos não COVID, após o arrefecimento da Pandemia em 2021, o qual será detalhado junto ao capítulo 3.2



1.8 Estrutura do Sistema de Saúde

1.8.1. Estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde Pública

A Lei Complementar Municipal nº. 913, de 01 de abril de 2022 (Praia Grande, 2022c), vigente na elaboração do presente, organiza a composição de cargos da Secretaria Municipal de Saúde, conforme abaixo:

- 10 - Gabinete do Secretário de Saúde Pública;
- 10.0.1 - Divisão de Apoio;
- 10.0.2 - Ouvidoria SUS;
- 10.1 – Divisão de Atendimento ao Usuário SUS;
- 10.2 – Divisão de Controle Externo e Interno;
- 10.3 - Subsecretaria de Planejamento em Saúde;
- 10.3.1 - Divisão de Educação Permanente;
- 10.3.2 - Divisão de Auditoria;
- 10.3.3 - Departamento de Informação em Saúde;
- 10.3.3.1 - Divisão de Análise e Desenvolvimento de Sistemas;
- 10.3.3.2 - Divisão de Informação;
- 10.3.3.3 - Divisão de Dados Epidemiológicos;
- 10.3.3.4 - Divisão de Contratos e Convênio;
- 10.3.3.5 - Divisão de Orçamento e Controle de Custos;
- 10.3.3.6 - Divisão de Regulação;
- 10.3.3.6.1 - Seção de Regulação de Próprios;
- 10.3.3.6.2 - Seção de Regulação de Terceiros;
- 10.3.3.7 - Divisão de Avaliação;
- 10.3.3.8 - Divisão de Controle;
- 10.4 - Subsecretaria de Atenção à Saúde;
- 10.4.1 - Divisão de Saúde Bucal;
- 10.4.2 - Divisão de Assistência Farmacêutica;
- 10.4.3 - Divisão de Enfermagem;
- 10.4.4 - Departamento de Atenção Básica;
- 10.4.4.1 – Divisão de Atenção Básica – Região Forte;



- 10.4.4.2 – Divisão de Atenção Básica – Região Boqueirão;
- 10.4.4.3 – Divisão de Atenção Básica – Região Tude Bastos;
- 10.4.4.4 – Divisão de Atenção Básica – Região Guaramar;
- 10.4.4.5 – Divisão de Atenção Básica – Região Aviação;
- 10.4.4.6 – Divisão de Atenção Básica – Região Vila Sonia;
- 10.4.4.7 – Divisão de Atenção Básica – Região Antártica;
- 10.4.4.8 – Divisão de Atenção Básica – Região São Jorge;
- 10.4.4.9 – Divisão de Atenção Básica – Região Tupi;
- 10.4.4.10 – Divisão de Atenção Básica – Região Tupiry;
- 10.4.4.11 – Divisão de Atenção Básica – Região Quietude;
- 10.4.4.12 – Divisão de Atenção Básica – Região Anhanguera;
- 10.4.4.13 – Divisão de Atenção Básica – Região Ocian;
- 10.4.4.14 – Divisão de Atenção Básica – Região Mirim I;
- 10.4.4.15 - Divisão de Atenção Básica – Região Mirim II;
- 10.4.4.16 – Divisão de Atenção Básica – Região Maracanã;
- 10.4.4.17 – Divisão de Atenção Básica – Região Aloha;
- 10.4.4.18 – Divisão de Atenção Básica – Região Vila Alice;
- 10.4.4.19 – Divisão de Atenção Básica – Região Ribeirópolis;
- 10.4.4.20 – Divisão de Atenção Básica – Região Esmeralda;
- 10.4.4.21 – Divisão de Atenção Básica – Região Rio Branco;
- 10.4.4.22 – Divisão de Atenção Básica – Região Santa Marina;
- 10.4.4.23 – Divisão de Atenção Básica – Região Samambaia;
- 10.4.4.24 – Divisão de Atenção Básica – Região Melvi;
- 10.4.4.25 – Divisão de Atenção Básica – Região Caiçara;
- 10.4.4.26 – Divisão de Atenção Básica – Região Real;
- 10.4.4.27 – Divisão de Atenção Básica – Região Solemar;
- 10.4.4.28 - Divisão de Atenção Básica - Região Noêmia;
- 10.4.4.29 - Divisão de Atenção Básica - Região Guilhermina;
- 10.4.4.30 - Divisão de Atenção Básica;
- 10.4.4.31 – Diretor de Divisão de Atenção Básica – Região Jardim Princesa;
- 10.4.4.32 – Diretor de Divisão de Atenção Básica – Região Guilhermina;
- 10.4.4.33 – Diretor de Divisão de Atenção Básica – Região Tupi II;



- 10.4.4.34 – Diretor de Divisão de Atenção Básica – Região Melvi II;
- 10.4.4.35 – Diretor de Divisão de Atenção Básica – Região Forte II;
- 10.4.4.36 - Diretor de Divisão de Atenção Básica – Região Vila Sônia II
- 10.4.5 - Departamento de Atenção Especializada;
- 10.4.5.1 - Divisão de Atenção Especializada;
- 10.4.5.2 - Divisão de Especialidades Médicas Ambulatoriais;
- 10.4.5.3 - Divisão de Atenção a Tuberculose e Hanseníase;
- 10.4.5.4 - Divisão de Programas de Prevenção Especial;
- 10.4.5.5 - Divisão de Especialidades em Reabilitação;
- 10.4.5.6 - Divisão de Atendimento Psicossocial – Região Norte;
- 10.4.5.7 - Divisão de Atendimento Psicossocial – Região Sul;
- 10.4.5.8 - Divisão de Atendimento Psicossocial em Álcool e Drogas;
- 10.4.5.9 - Divisão de Atendimento Psicossocial Infantil;
- 10.4.5.10 - Divisão de Atenção à Saúde da Mulher;
- 10.4.5.11 - Divisão de Atenção Domiciliar - SAD;
- 10.4.6 - Departamento de Vigilância em Saúde;
- 10.4.6.1 - Divisão de Epidemiologia;
- 10.4.6.1.1 - Seção de Imunização;
- 10.4.6.1.2 - Seção de Controle de doenças;
- 10.4.6.2 - Divisão de Vigilância Sanitária;
- 10.4.6.2.1 - Seção de expediente;
- 10.4.6.3 - Divisão de Controle da População Animal;
- 10.4.6.3.1 - Seção de Zoonoses;
- 10.4.6.3.2 - Seção de Controle de Ações;
- 10.4.6.4 - Divisão de Promoção à Saúde;
- 10.4.6.5 - Divisão de Proteção à Vida Animal;
- 10.4.6.6 – Divisão de Saúde Ambiental;
- 10.5 - Subsecretaria de Urgência, Emergência e Atenção Hospitalar;
- 10.5.1 - Departamento de Atenção Pré-Hospitalar – SAMU/UTS;
- 10.5.1.1 - Divisão da Unidade de Pronto Atendimento Quietude;
- 10.5.1.2 - Divisão da Unidade de Pronto Atendimento Guilhermina;
- 10.5.1.3 - Divisão da Unidade de Pronto Atendimento Samambaia;



- 10.5.2 - Departamento de Atenção Hospitalar
- 10.6 - Subsecretaria de Administração;
- 10.6.1 - Departamento de Administração;
- 10.6.1.1 – Divisão Administrativa;
- 10.6.1.2 - Divisão de Gerenciamento de Compras e Licitação;
- 10.6.1.2.1 - Seção de Contratação de Serviços;
- 10.6.1.2.2 - Seção de Compras de Suprimentos;
- 10.6.1.3 - Divisão de Gestão de Materiais e Insumos;
- 10.6.1.3.1 - Seção de Almoarifado;
- 10.6.1.3.2 - Seção de Controle Patrimonial;
- 10.6.1.4 - Divisão de Gestão de Pessoas;
- 10.6.1.4.1 - Seção de Desenvolvimento de Pessoal;
- 10.6.2 - Departamento de Manutenção;
- 10.6.2.1 - Divisão de Transporte e Logística;
- 10.6.2.1.1 - Seção de Logística;
- 10.6.2.1.2 - Seção de Transporte;
- 10.6.2.2 - Divisão de Manutenção;
- 10.6.2.2.1 - Seção de Manutenção Predial;
- 10.6.2.2.2 - Seção de Manutenção de Equipamento;

Fonte: Lei Complementar Municipal nº. 913, de 01 de abril de 2022.

Figura 39 – Estrutura Organizacional da SESAP.



1.8.2. Unidades de Saúde da Atenção Básica

CNES	NOME FANTASIA	ENDEREÇO	TELEFONE
9010971	USAFA ALOHA	RUA ZENJI SASAKI, 269, NOVA MIRIM	3496-5281
4049314	USAFA ANHANGUERA	RUA JOSEFA ALVES DE SIQUEIRA, Nº 649 ANHANGUERA	3496-5216
7951094	USAFA ANTÁRTICA	AV. DOS TRABALHADORES, 3801 – ANTÁRTICA	3496-5246
3057380	USAFA AVIAÇÃO	AV. DR ROBERTO DE ALMEIDA VINHAS, 2929	3496-5202
2715988	USAFA BOQUEIRAO	AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 918 BOQUEIRÃO	3496-5201
2715996	USAFA CAIÇARA	RUA MATHILDE DE AZEVEDO SETUBAL, 630 – CAIÇARA	3496-5204
7420021	USAFA ESMERALDA	RUA MENOTTI DEL PICCHIO, ALTURA 179	3496-5232
2716003	USAFA FORTE	AV. RIO BRANCO, 562 - FORTE	3496-5221
3057399	USAFA GUARAMAR	AV. DOS TRABALHADORES, 1717 – GLORIA	3496-5210
0229261	USAFA GUILHERMINA	AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº 2100 - GUILHERMINA	3496-5200
7965109	USAFA MARACANÃ	RUA CESAR RODRIGUES REIS, 850 – MARACANÃ	3496-5248
4049306	USAFA MELVI	RUA JOÃO CAETANO, 101 - MELVI	3496-5264
2716011	USAFA MIRIM I	AV. DOS SINDICATOS, 635 MIRIM	3496-5203
4049373	USAFA MIRIM II	RUA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 400 -MIRIM	3496-5212
0229962	USAFA NOÊMIA	AV. PRESIDENTE KENNEDY, 4960 – TUPY	3496-5199
7961596	USAFA OCIAN	RUA JOSÉ JORGE, 521 - VILA ASSUNÇÃO	3496-5245
9950621	USAFA PRINCESA	RUA VERGILIO GABRIEL DE SIQUEIRA, 20 – PRINCESA	3496-5166
3042294	USAFA QUIETUDE	RUA RUI MANOEL SAMPAIO SEABRA PEREIRA, 500 - QUIETUDE	3496-5208



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

3388905	USAFA REAL	RUA BEGÔNIAS, 453 - REAL	3496-5219
4049322	USAFA RIBEIRÓPOLIS	RUA ESMERALDO TARQUÍNIO, 471 - RIBEIRÓPOLIS	3496-5265
9010955	USAFA RIO BRANCO	AV. HUGO DE CARVALHO RAMOS, 1521 - ESMERALDA	3496-5278
4049276	USAFA SAMAMBAIA	AV. DAS ARAUCÁRIAS, 181 - SAMAMBAIA	3496-5215
9010693	USAFA SANTA MARINA	RUA PARTICULAR, 598 - JD ANHANGUERA	3496-5282
4049292	USAFA SÃO JORGE	AV. DOS TRABALHADORES, 4242 - ANTÁRTICA	3496-5211
2716038	USAFA SOLEMAR	AV. PRESIDENTE KENNEDY, 19726 - SOLEMAR	3496-5220
4049268	USAFA TUDE BASTOS	RUA MARIA LUIZA LAVALLE, 68 - SITIO DO CAMPO	3496-5206
2716046	USAFA TUPI	RUA MEINACOS Nº 95 TUPI	3496-5205
3021661	USAFA TUPIRY	RUA IDELFONSO GALENO, 368 - TUPIRY	3496-5209
3391868	USAFA VILA ALICE	RUA RENATA CÂMARA AGONDI, 46 - ANHANGUERA	3496-5217
4049357	USAFA VILA SÔNIA	RUA ANTÔNIO CÂNDIDO DA SILVA S/Nº - VILA SÔNIA	3496-5207

Fonte: CNES, 2021.

Figura 40 - Rede municipal de Atenção Básica.

1.8.3. Unidades de Saúde da Atenção Especializada Ambulatorial

CNES	NOME FANTASIA	ENDEREÇO	TELEFONE
2073269	CEMAS PRAIA GRANDE	RUA THOMÉ DE SOUZA, Nº. 1.313 - BAIRRO AVIAÇÃO	3496-5243
6258484	AME – AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE PRAIA GRANDE	RUA VALTER JOSE ALVES, 485 - BAIRRO VILA MIRIM	3496-1700
2792494	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO A TUBERCULOSE E HANSENÍASE (CRATH)	AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, Nº 16.616 – BAIRRO JARDIM REAL	3496-5236



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

2716054	CENTRO DE TESTAGEM, ACONSELHAMENTO E PREVENÇÃO (CTAP)	RUA CIDADE DE SANTOS, 89, 1º ANDAR – BOQUEIRÃO	3496-5240
4049365	SAE - SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	RUA CIDADE DE SANTOS, 89, 1º ANDAR – BOQUEIRÃO	3496-5240
2716070	CER - CENTRO ESP. EM REAB. JOANNA IMPARATO	RUA ROBERTO DE ALMEIDA VINHAS, S/N MIRIM	3496-5218
9222340	CEAS MULHER	RUA SAO JOSE, 701 - VILA CAICARA	3471-4735
3055914	CAPS II BOQUEIRÃO	RUA CIDADE DE SANTOS, 89 – BOQUEIRÃO	3496-5272
9148531	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL - CAPS I BOQUEIRAO	RUA BERNARDO, 401 - BOQUEIRAO	3496-5161
9069593	CAPS II NOVA MIRIM	RUA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 400 – MIRIM	3496-5279
7184344	CAPS AD PRAIA GRANDE	RUA SÃO CAETANO, Nº 400, BOQUEIRÃO	3496-5229
7919697	NEFRO PG	AV PRESIDENTE COSTA E SILVA, 1389, BOQUEIRÃO	3491-4922
7600674	DIVISÃO DE SAÚDE AMBIENTAL	AVENIDA ANTONIO CANDIDO DA SILVA, S/Nº, BAIRRO VILA SÔNIA	3596-1882

Fonte: CNES, 2017.

Figura 41 - Rede ambulatorial especializada.

1.8.4. Unidades pré e não hospitalares de Urgência e Emergência

CNES	NOME FANTASIA	ENDEREÇO	TELEFONE
6946127	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 1	AV PRESIDENTE KENNEDY, 1501 – GUILHERMINA	3496-2447
6946135	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 2	AV PRESIDENTE KENNEDY, 1501 - GUILHERMINA	3496-2447
6946143	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 3	AV DIAMANTINO CRUZ FERREIRA MOURAO, S/N	3496-2447



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

6946151	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 4	AV. MARCOS FREIRE, S/N - QUIETUDE	3496-2447
6946178	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 5	AV. MARCOS FREIRE, S/N - QUIETUDE	3496-2447
9049630	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 6	AV. MARCOS FREIRE, S/N - QUIETUDE	3496-2447
9862420	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 7	RUA DAIR BORGES, 550 - BOQUEIRÃO	3496-2447
6901301	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL	AV PRESIDENTE KENNEDY, 1491 - GUILHERMINA	3496-2447
0149071	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 9	RUA DAIR BORGES, 550 - BOQUEIRÃO	3496-2447
0739146	SAMU 192 REGIONAL LITORAL SUL 10	RUA DAIR BORGES, 550 - BOQUEIRÃO	3496-2447
4049284	PRONTO SOCORRO QUIETUDE	AV MINISTRO MARCOS FREIRE, S/N – QUIETUDE	3471-4221
3896250	PRONTO SOCORRO CENTRAL	AV PRES KENNEDY, 1491 – JARDIM GUILHERMINA	3474-1631
7070713	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DOUTOR CHARLES ANTUNES BECHARA	AV CORRETOR DE IMOVEIS, S/N – SAMAMBAIA	3478-1333

Fonte: CNES, 2017.

Figura 42 - Rede municipal de Urgência e Emergência.

1.8.5. O Complexo Hospitalar Irmã Dulce

CNES	NOME FANTASIA	ENDEREÇO	TELEFONE
2716097	COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE	RUA DAIR BORGES, 550, BOQUEIRÃO	3476-4400

Fonte: CNES, 2017.

Figura 43 - Rede Hospitalar municipal.

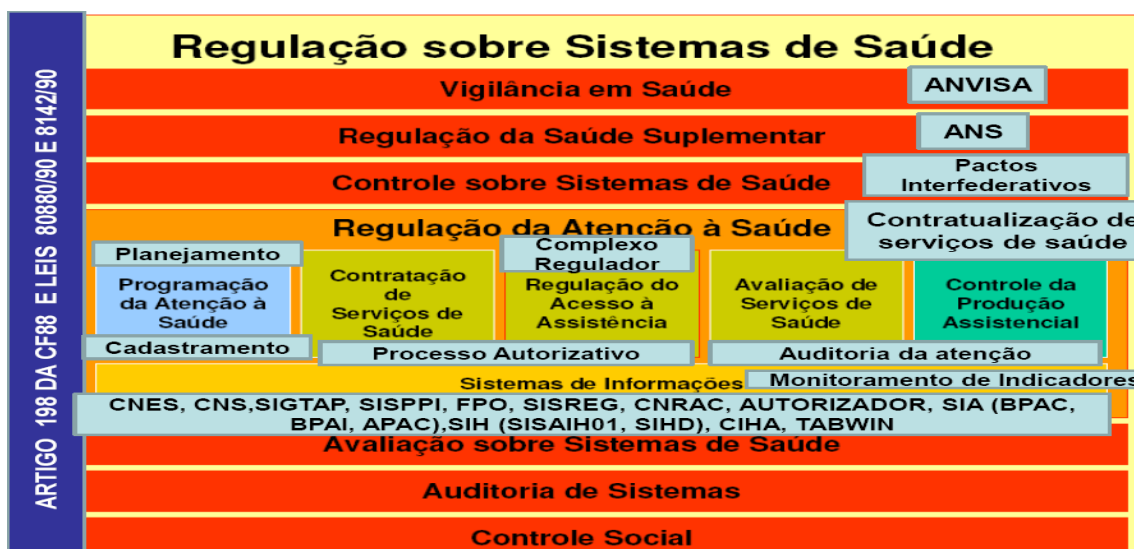


1.9 As Redes de Atenção à Saúde e os fluxos de acesso

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania no Brasil. Por este motivo, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o acesso da população às ações e serviços de saúde de qualidade.

O acesso qualificado se traduz na equidade, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção, que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constitui-se o cerne do esforço empreendido no cenário nacional nos últimos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado de forma regional.

Nesse contexto, a estruturação e articulação da rede de atenção à saúde em Praia Grande visa à organização do sistema, dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde dos usuários.



FONTE: Louvison, 2011.

Figura 44 – Dimensões da atuação regulatória – SUS.



A Figura acima resume os conceitos presentes na Portaria GM nº 1.559, de primeiro de agosto de 2008, que consagra a organização da atuação regulatória em três grandes dimensões: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (Brasil, 2008b).

A regulação assistencial, ou microrregulação, engloba o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Brasil, 2006b), objetivando promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo oferecer a melhor alternativa assistencial disponível às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (Brasil, 2007a). Institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (Brasil, 2006a).

Buscando a operacionalização dos conceitos, a Política Nacional de Regulação (Brasil, 2008a) reforça a sugestão do Complexo Regulador como a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter caráter Estadual, Regional e Municipal. No âmbito municipal, este complexo seria organizado pela Central de Regulação de Consultas e Exames (responsável pela regulação ambulatorial), pela Central de Regulação de Internações Hospitalares (regulando o acesso hospitalar eletivo e, eventualmente, de urgência) e a Central de Regulação de Urgências (regulando o atendimento pré-hospitalar de urgência e, dependendo do serviço, os leitos hospitalares de urgência). Na esfera estadual, a portaria destaca a estrutura de uma Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade.

Frente a esta construção conceitual de estrutura física, Vilarins (2010) destaca alguns desafios na implantação da regulação do acesso: redimensionamento da oferta (qualificando a utilização de recursos assistenciais e financeiros), informatização dos serviços (de modo a se ter uma rede lógica que facilite o funcionamento dos fluxos operacionais), desenvolvimento de recursos assistenciais (com base em critérios epidemiológicos), aplicação dos protocolos operacionais de regulação (com vistas a induzir a melhor alternativa terapêutica



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

para os usuários dos serviços regulados) e combate a fluxos paralelos (baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não-pactuados).

Assim, buscando consonância conceitual com a realidade nacional, o município de Praia Grande, em junho de 2009, como uma das primeiras ações de intervenção, inaugurou as atividades de seu Complexo Regulador. Adotou-se a nomenclatura padrão do Ministério da Saúde sendo constituído na forma de três centrais: Central de Regulação de Consultas e Exames Ambulatoriais, Central de Regulação de Internações Hospitalares e a Central de Regulação de Urgência e Emergência (Brasil, 2006a).

A tabela abaixo, apresenta a estrutura do Complexo Regulador, vinculada à Divisão de Regulação (SESAP 10.3.6).

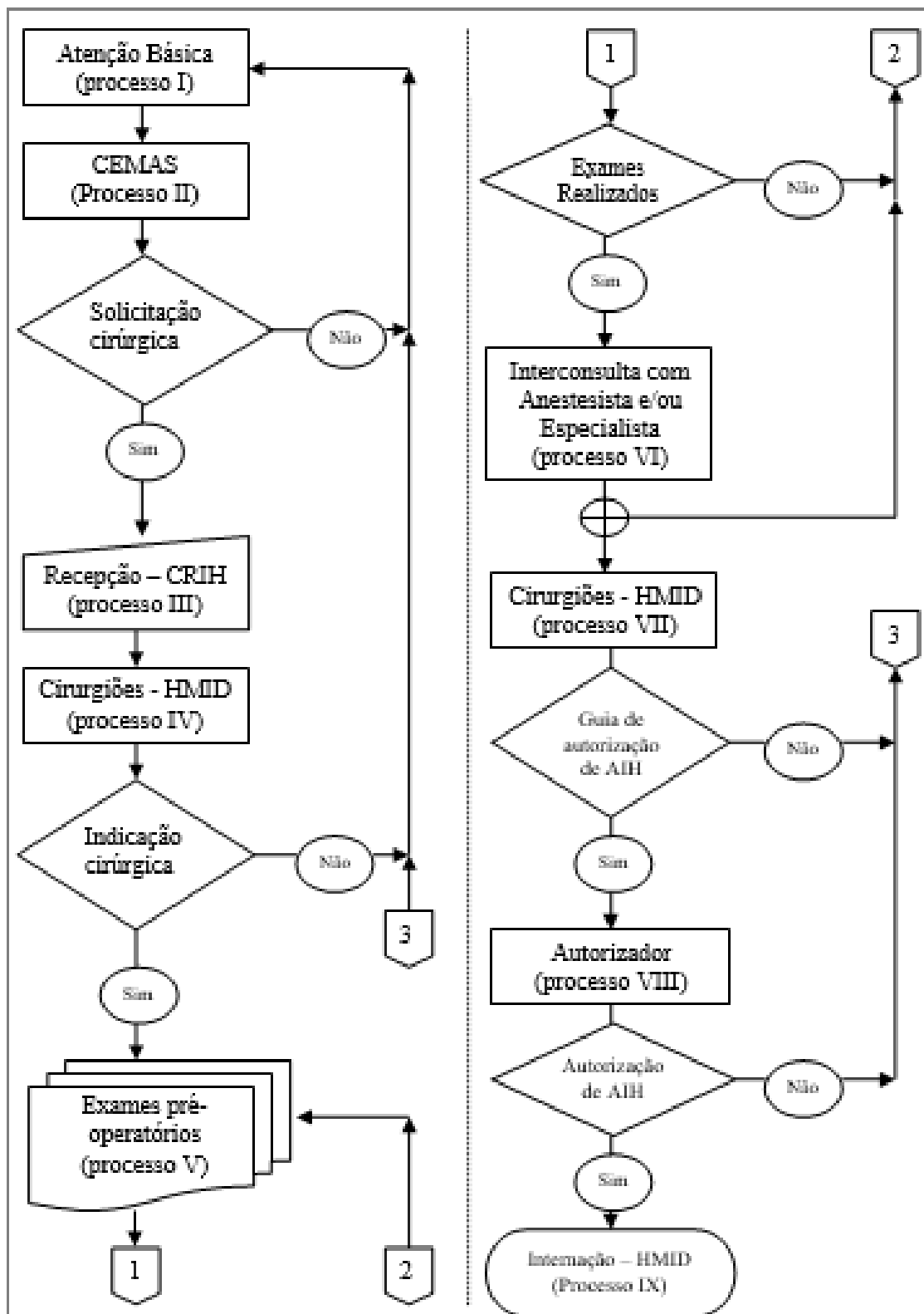
Tabela x – Complexo Regulador da Divisão de Regulação da SESAP.

CNES	NOME FANTASIA	ENDEREÇO
6285112	COMPLEXO REGULADOR DE PRAIA GRANDE – CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	AV PRESIDENTE KENNEDY, 8850, MIRIM
7113064	COMPLEXO REGULADOR DE PRAIA GRANDE – INTERNAÇÕES HOSPITALARES	RUA DAIR BORGES, 550, BOQUEIRÃO
7113072	COMPLEXO REGULADOR DE PRAIA GRANDE – URGENCIA E EMERGENCIA	RUA DAIR BORGES, 550, SALA 44, BOQUEIRÃO

Fonte: CNES, 2017.

Figura 45 – Complexo Regulador da Secretaria de Saúde Pública Municipal.

Como exemplo de fluxo de funcionamento deste Complexo, cita-se o fluxo regulatório de cirurgias eletivas, conforme figura e tabela descritiva que se seguem.



FONTE: Divisão de Regulação.

Figura 46 – Fluxograma de Cirurgias Eletivas municipal.



ATENÇÃO BÁSICA (Processo I):

Faz o primeiro diagnóstico, indicando a necessidade de cirurgia eletiva à luz dos protocolos de acesso às cirurgias eletivas;
Agenda consulta no centro de especialidades médicas (processo II) indicado pelo Sistema informatizado de Regulação através de Ficha de Encaminhamento corretamente preenchida;
Reavalia e acompanha os pacientes que receberam contra-indicação ao ato cirúrgico dentro de seu nível de complexidade;
Mantém acompanhamento clínico do usuário após avaliação pós-operatória.

CEMAS ou Centros referenciados de Especialidade (Processo II):

Avalia a indicação cirúrgica provinda da Atenção Básica ou indicação cirúrgica do paciente atendido no setor de especialidade;
Responde à Ficha de Interconsulta, ratificando ou contra-indicando o procedimento cirúrgico;
Confirma e ratifica indicação cirúrgica, bem como seu grau de prioridade, no sistema informatizado de regulação, formalizando o pedido em fila de espera de eletivas.
Reavalia e acompanha os pacientes que receberam contra-indicação ao ato cirúrgico dentro de seu nível de complexidade;

Central de Regulação – SESAP 10.3.6 (Processo III /VI/ VIII / X):

Gerencia o sistema informatizado de acesso, atualizando de forma regular as referências e contra-referências nas diversas redes de Atenção;
Recepciona a Ficha de Encaminhamento com indicação cirúrgica, promovendo a priorização do acesso aos casos indicados no sistema informatizado ou solicitando esclarecimentos quanto aos critérios utilizados na priorização;
Promove o acompanhamento do usuário ao longo do fluxo de atendimento cirúrgico, promovendo o agendamento de consultas, exames, avaliação anestésica e preparos clínicos necessários como fase pré-operatório (Processo V);
Agenda, com prioridade e após a realização dos exames pré-operatórios, a ou outras interconsultas clínica necessária ao procedimento cirúrgico (Processo VI);
Promove o agendamento da fila de espera para avaliação dos cirurgiões da unidade de referência responsável pelo ato operatório (Processo VIII);
Regula a capacidade instalada mensal de avaliações pré-operatórias, encaminhando ao prestador pertinente;
Promove a avaliação e autorização clínico-cirúrgica dos usuários com indicação de Cirurgia Eletiva, checando a compatibilidade entre o diagnóstico, a indicação cirúrgica e a compatibilidade com os sistemas de informação e faturamento (Processo VIII);



Gerencia a atividade do serviço de videofonia, ou sistema informatizado, na convocação dos usuários em lista de espera;
Zela pelo cumprimento das atribuições pertinentes à Central de Regulação;
Avalia relatório mensal de cirurgias eletivas;
Presta informações, sobre cirurgias eletivas realizadas pelo HMID, pertinente aos relatórios de informações às instâncias de monitoramento, providenciando a realocação do usuário na fila de espera única quando pertinente.

CIRURGIÕES DO HMID (Processo IV / VII):

Avalia a indicação cirúrgica provinda dos Especialistas do CEMAS;
Retém as Fichas de Encaminhamento que recebam contra-indicação cirúrgica, restituindo-os à Atenção Básica por meio de contra-referência;
Solicita eventuais exames pré-operatórios complementares e as interconsultas clínicas que se fizerem necessárias;
Reavalia os resultados de exames pré-operatórios e as respostas de interconsultas (Processo VII);
Preenche a Autorização de Internação Hospitalar (Processo VII);
Promove a reavaliação pós-operatória, emitindo orientações - em receituário - à Atenção Básica quando se fizerem necessárias condutas especiais;

ANESTESISTA /INTERCONSULTA COM ESPECIALISTA (Processo VI):

Analisa o resultado dos exames solicitados pelos cirurgiões do HMID;
Solicita exames pré-operatórios e interconsultas clínicas que se fizerem adicionalmente necessários;
Avalia o risco cirúrgico do usuário, liberando-o para cirurgia caso não haja contra-indicação;
Retém as Fichas de Encaminhamento que recebam contra-indicação cirúrgica, restituindo-as à unidade solicitante para ciência;
Avalia os resultados de exames pré-operatórios e as respostas de interconsultas (adicionalmente realizados);

FONTE: Divisão de Regulação.

Figura 47 – Atribuições do Fluxo de Cirurgias Eletivas municipal.

As Seções de Regulação de próprios e terceiros promovem a contínua atualização dos fluxos de regulação do acesso nas diversas Redes de Atenção, mantendo o sistema informatizado atualizado com eventuais alterações nos fluxos, conforme normativas estabelecidas pelos Grupos Condutores Regionais das Redes de Atenção da Baixada Santista. A tabela abaixo apresenta as principais redes com representatividade do município para deliberações junto à Comissão Intergestores Regional (CIR)/DRS IV.



- Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha
- Comitê Regional de Prevenção do Óbito Materno e Infantil
- Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (CRPOMFI)
- Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial
- Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção às urgência e emergências (RUE/RRAS 07)
- Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção à Pessoa portadora de Doença Crônica
- Grupo Condutor Regional na Linha de Cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica
- Grupo Condutor Regional na Linha de Cuidado à pessoa com Doença Oncológica
- Grupo Condutor Regional na Linha de Cuidado à pessoa com Obesidade
- Grupo Condutor de Áreas Contaminadas pertencente à Câmara Temática de Saúde do CONDESB
- Comissão de Monitoramento Regional – Santas Casas Sustentáveis
- Comissão de Monitoramento Regional – outros auxílios/Subvenções
- Grupo Condutor da Rede Hospitalar
- Grupo Condutor responsável pelo Programa de Prevenção de Violência da Mulher e da Criança
- Grupo Condutor responsável pela Saúde do Homem (PNAISH)
- Grupo Condutor responsável pela saúde indígena
- Grupo Condutor da Pessoa portadora do Espectro Autista
- Grupo Condutor responsável pela Saúde do Idoso
- Núcleo de Assistência Farmacêutica Regional
- Grupo Condutor responsável pela Promoção à Saúde (DCNT/SISVAN/FAN/Ferro e Micronutrientes)
- Grupo Condutor responsável pela Saúde do Trabalho
- Grupo Condutor responsável pela Saúde Bucal
- Comitê Técnico de Saúde da População Negra
- Grupo responsável pela sala de situação das arboviroses
- Grupo de Trabalho de Humanização Regional
- Grupo Responsável pelo Acompanhamento das Condicionalidades do Bolsa Família na Saúde

Fonte: Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista (DRS IV).

Figura 48 – Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde da RRAS 07.

Estas instâncias de atuação regional estabelecem suas pactuações, junto aos planos de ação municipal e regional. Segue, em anexo I deste Plano Municipal, como exemplo, o Plano de Contingência de Arboviroses do município.



1.10 Recursos Financeiros

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021, em sua derradeira anualização em 2021, traz um cenário de participação interfederativa, no que tange ao percentual das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde de aproximadamente 38%, conforme apresentado na figura 49 abaixo, referente à competência 2021.

Indicadores do Ente Federado		
	Indicador	Valor
1.1	Participação da receita de impostos na receita total Do Município	37,81%
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	45,72%
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	19,15%
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	76,80%
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	41,55%
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	52,65%
2.1	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 1.294,76
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	32,99%
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,84%
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	53,49%
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,57%
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos na despesa total com Saúde	0,00%
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	38,80%
3.2	% da receita própria aplicada em ASPS conforme a LC 141/2012	21,65%

Fonte: SIOPS.

Figura 49 – Participação percentual dos Entes Federativos nas receitas da Saúde – 2021.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

O estabelecimento de um teto de gastos definido pela Emenda Constitucional nº 95/2016, em um município de grande porte, com uma das maiores taxas de crescimento vegetativo do país e que manteve o compromisso de crescimento dos serviços ao longo do período, impactaram de forma significativa no percentual citado, que reduziu em quatro anos de 51% para aproximadamente 38%. A Figura 50 traz a estimativa de dotação que se descortina no primeiro ano de vigência do novo Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Funcional Programática	Ação	Unidade Orçamentária (R\$)
10.122	ADMINISTRACAO GERAL	R\$48.292.765,00
10.301	ATENCAO BASICA	R\$ 84.671.690,00
10.302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	R\$ 269.355.618,00
10.303	SUPORE PROFILATICO E TERAPEUTICO	R\$ 5.253.477,00
10.304	VIGILANCIA SANITARIA	R\$ 289.402,00
10.305	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	R\$ 4.536.579,00
10.306	ALIMENTACAO E NUTRICAO	R\$ 46.500,00
10.541	PRESERVACAO E CONSERVACAO AMBIENTAL	R\$ 781.060,00
	TOTAL – GESTÃO ESTRATÉGICA DA SAÚDE	R\$ 413.227.091,00

Fonte: SESAP

Figura 50 – Perspectiva de despesas com saúde por subfunção – ANO 2022.1.11 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

1.11. Gestão do Capital Humano

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população.

Côncios da importância inquestionável de uma Política de Educação Permanente em Saúde, o município de Praia Grande há mais de uma década iniciou um processo de treinamento semanal de suas equipes de Atenção Básica.

Em 19 de maio de 2014, através da Portaria SESAP 12 no 13/2014, o Município instituiu oficialmente um Núcleo de Educação Permanente em Saúde-



NEPS que passou a introduzir mecanismos uniformizadores de uma didática para o aprendizado de adultos, na saúde, de maneira mais sistematizada.

A consolidação da Educação Permanente em Saúde, enquanto instância formal na estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde Pública da Estância Balneária de Praia Grande foi conquistada por força da Lei Complementar Municipal n°. 714, de 11 de dezembro de 2015.

O resultado desta consolidação já se faz sentir de maneira positiva na atuação dos profissionais, em seu local de trabalho, pois – adotadas as ferramentas de andragogia - espaços de aprendizagem com a troca de saberes e experiências vivenciadas, já produzem reflexos nos processos de trabalho desenvolvidos.

EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Outras potencialidades dessa estratégia são: fortalecimento do controle social; repolitização do Sistema Único de Saúde (SUS); incentivo ao protagonismo de usuários e trabalhadores no processo saúde e doença e a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população.

Realiza-se atividades semanais com os profissionais, para discussão de temas sensíveis às práticas de trabalho, cujo cronograma organiza-se da seguinte maneira: a primeira semana está voltada à discussão dos indicadores de Saúde produzido pelas próprias equipes no e-sus, traçando um diagnóstico da rede de atenção à saúde, com reuniões multiprofissionais para propostas estratégicas de ações visando a melhoria da assistência prestada à população; e na última semana, faz-se a Educação Permanente conjuntamente ao Hospital Municipal Irmã Dulce – HMID, com a proposta de discussão dos temas sensíveis nas Redes Básica, Secundária e Terciária, integrando as ações e compartilhando as experiências, para fortalecimento das ações desenvolvidas pelos profissionais em seu ambiente de trabalho.

Existe também uma promulgação sistemática de informações sobre cursos, eventos, palestras, informativos diversos, por meio do correio eletrônico das Unidades de Saúde e também aos pessoais dos profissionais que disponibilizaram os endereços eletrônicos com esta finalidade, em consonância com a programação



municipal e estabelecida pelo Núcleo Regional de Educações Permanente em Saúde através do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

1.11.1 Os Programas municipais de pós-graduação em Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família

A formação de recursos humanos capacitados para uma atuação voltada para a atenção integral à saúde e de práticas que possibilitem as ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação é um dos principais pontos de constrangimento da ESF e a proposta inovadora de implantação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, integradas ao Sistema Público de Saúde, tem como objetivo qualificar esses profissionais para atuar em sistemas e serviços, a partir da inserção dos mesmos em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade do sistema – Redes de Atenção à Saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, onde possam realizar práticas que integrem ensino-pesquisa-extensão-assistência-gestão alinhadas aos Princípios do SUS, Programas estes, únicos na região da Baixada Santista, cujo início ocorreu no segundo semestre de 2015, motivados pelas portarias ministeriais ligadas ao Programa “Mais Médicos”, pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, com residentes inseridos no município em 2016.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade iniciou-se no segundo semestre de 2016, em observância aos editais e portarias interministeriais da Saúde e Educação pertinentes, tendo o ingresso dos estudantes ocorrido em março de 2017.

No cenário nacional existe uma precária interação profissional nas equipes de trabalho nos diferentes níveis de complexidade do SUS, pautada em padrões disciplinares, fragmentados, setorializados e mecanicistas. São estas práticas convencionais nos serviços de saúde que determinam a marcante falta de resolutividade do sistema.

Assim, estes programas de residência propõem uma modalidade inovadora de formação em pós-graduação, balizada na integração entre diferentes níveis de



complexidade do sistema de gestão e de atenção à saúde, via práticas inovadoras de gestão e de assistência, que potencialize o processo de regionalização, descentralização e integralidade da assistência. Tais questões evidenciam que a necessidade de ruptura deste paradigma não diz respeito apenas ao modo de interação profissional no cotidiano dos serviços de saúde, mas também ao modo de interação setorial e institucional, entre os diferentes níveis do sistema, os quais são marcados por sistemas de referência, contra-referência e integração entre as respectivas linhas/ redes de atenção.



Fonte: Divisão de Educação Permanente em Saúde.

Figura 51 – Eventos de formatura dos Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

A Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande, com rica trajetória de referências para os programas ministeriais, destaca-se em especial na Atenção Básica. Para isso, nos últimos anos, tem-se investido na Educação Permanente em Saúde, pensando sempre na qualificação profissional e na aproximação do ensino-pesquisa-extensão-assistência, que possam estar contribuindo para romper, de forma efetiva, com a fragmentação e ampliar a resolutividade do sistema de saúde público, em todos seus níveis de atenção.

É exatamente neste ponto que se justifica esta proposta de desenvolver uma modalidade de residência que integre não apenas ações disciplinares, mas,



também, e principalmente ações intersetoriais/interinstitucionais. Mais especificamente, para dar conta da integralidade nos vários níveis do sistema, é necessário não fragmentar o caráter da formação, ou seja, não reproduzir modos de capacitação focados segundo níveis de atenção vistos isoladamente. Assim sendo, a implantação destas modalidades de Residência oportunizará a integração nos serviços de saúde, fazendo com que a proposta político-pedagógica da formação e o caráter da atenção e gestão sejam reorientados na perspectiva do SUS.

Assim, o município tem traçado uma trajetória de sucesso com um dos maiores programas de residência em Saúde da Família e Comunidade do Brasil e centenas de pós-graduados formados todos os anos no território municipal, observando às diretrizes estabelecidas pelo Plano Diretor Municipal.

1.12 Ciência, Tecnologia, produção e inovação em Saúde

O crescimento populacional associado com o desenvolvimento do município tem trazido desafios para o planejamento estratégico e gestão das ações aos diversos setores da Secretária de Saúde, tornando dessa maneira imprescindível a busca por novos mecanismos que permitam a rápida obtenção de informações e propiciem aos gestores o arcabouço necessário para embasar suas decisões.

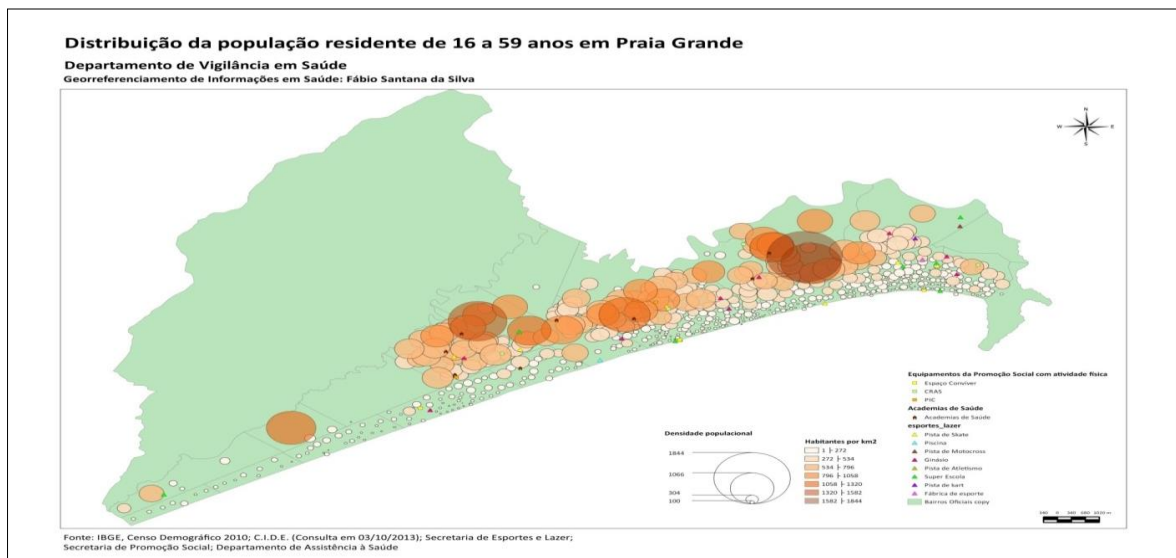
Nesse sentido, buscando aprimorar seus serviços e fazer frente a esses desafios, a Secretaria de Saúde tem lançado mão de instrumentos de apoio que forneçam condições de diagnóstico, análise populacional, acompanhamento de doenças e determinantes sociais de saúde, e que proporcionam aos gestores as informações necessárias para planejamento e intervenção visando a redução de riscos e agravos à saúde.

Dentre estes, cabe destaque a implantação, em 2013, do sistema informatizado de gestão integrada de saúde pública que, dentre vários benefícios, possibilita acesso rápido às informações de saúde e intervenções realizadas, melhora na efetividade do cuidado e redução de custos com otimização dos recursos.



Outro destaque é o emprego do geoprocessamento como instrumento para análise e recuperação de informações relevantes para direcionar a tomada de decisões em diversas áreas da saúde. Sua utilização permite aos gestores o conhecimento do território, as diferenças entre áreas e possibilita a avaliação e o gerenciamento do impacto das políticas públicas no município.

A análise populacional auxilia no estudo da evolução e ocorrência de doenças de notificação de importância epidemiológica e favorece a compreensão dos mecanismos de transmissão em áreas com maior densidade populacional, fator relevante nas doenças de transmissão respiratória.



Fonte: Departamento de Informação em Saúde.

Figura 52 – Distribuição georreferenciada da população por bairro.

Da mesma forma, a análise de casos de dengue quando associados com a localização dos Pontos Estratégicos (ex. borracharias), Imóveis Especiais (edificações com grande fluxo de pessoas) e Construções, possibilita identificar possíveis fontes transmissoras que podem ter papel importante na disseminação da doença e determinar criadouros que precisam ser tratados.

A intersectorialidade de informações permite estudos e diagnósticos epidemiológicos mais ricos e precisos, favorecendo a tomada de decisões, direcionamento de recursos, otimização de serviços e redução de custos.

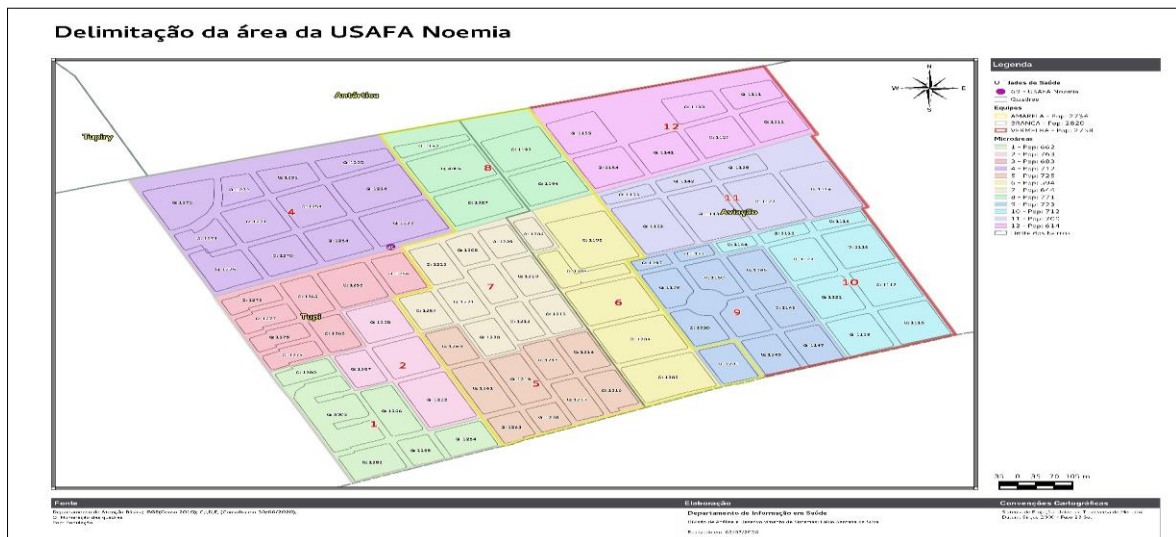


Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande Estado de São Paulo

Ressalta-se também sua utilização para o planejamento de novas unidades de saúde bem como ampliação e/ou redistribuição de equipes, permitindo melhor redistribuição da população entre as áreas.

Buscar adequar como ocorre a distribuição da área, suas equipes e microáreas contribui para melhor aproveitamento do território, otimização de recursos e culmina em beneficiar a população e contribui também para que o trajeto à unidade seja realizado pelo menor percurso possível.

Ter conhecimento da população adscrita permite que se identifique seus problemas, necessidades de saúde e contribui para o planejamento de ações direcionadas.



Fonte: Departamento de Informação em Saúde.

Figura 53 – Distribuição das áreas e microáreas da USAFA Noêmia.

Considerando que seu papel não deve estar restrito somente em responder aos desafios postos, mas também antecipá-los, a Secretaria de Saúde, vem realizando estudos para implementar serviços que propiciarão melhoria no atendimento e contribuirão com interação mais aprimorada com a população.



CAPÍTULO II – Definição de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

Diretriz I - Garantia do cuidado integrado às(aos) cidadãs(os), a partir do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	
Diretriz I: Objetivo 1 - Garantir o acesso qualificado e oportuno à Atenção Primária à Saúde	
1.1.1. Universalizar o atendimento na Atenção Básica, através da distribuição territorial equitativa de Unidades de Saúde da Família (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I e III)	Indicador Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (meta 2022: 0,89/ meta 2023: 0,91/ meta 2024: 0,93/ meta 2025: 0,95)
<ul style="list-style-type: none">• Impetrar esforços interfederativos para a qualificação e regular custeio de 70% para 95% das equipes de ESF.• Operacionalização plena das novas unidades Noêmia e Guilhermina• Projeto de impacto orçamentário de mais uma nova Unidade Básica de Saúde na região do Jardim Melvi (10ª. CMS).• Projeto de impacto orçamentário de mais uma nova Unidade Básica de Saúde na região do Aviação.• Projeto de impacto orçamentário de mais uma nova Unidade Básica de Saúde na região do Vila Sônia.• Projeto de impacto orçamentário de uma nova Unidade Básica de Saúde na região do Xixová.• Crescimento da oferta de médicos proporcional ao crescimento da população da cidade (10ª. CMS).	
1.1.2. Expansão da Cobertura de equipes de Saúde Bucal, garantindo integralidade do cuidado a um Centro de Especialidades Odontológicas em observância à Política Nacional de Saúde Bucal (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, III e XVIII)	Indicador Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica (meta 2022: 0,35/ meta 2023: 0,37/ meta 2024: 0,39/ meta 2025: 0,41)
<ul style="list-style-type: none">• Ampliação da cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica de 32% para 41% em 4 anos.	



- Implantação de novas equipes de odontologia equivalente nas Usafas Aloha, Maracanã, Ocian, Rio Branco, Noêmia e Guilhermina.
- Estudo de impacto orçamentário de equipes de odontologia nos projetos de novas Unidades Básicas de Saúde nos bairros da Aviação, do Jardim Melvi, do Vila Sônia e do Xixová.
- Consolidação e ampliação do serviço de prótese dentária na Atenção Básica em interface com o Centro de Especialidades Médicas.

Diretriz I: Objetivo 2 – Fortalecer a Atenção Básica como coordenadora do cuidado na Rede municipal de saúde

1.2.1. Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos (Meta ODS PPA2022-2025 / Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, II, X, XV, XVI, XVII e XXI)

Indicador

Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família – PBF (meta 2022: 0,6/ meta 2023: 0,3/ meta 2024: 0,4/ meta 2025: 0,5)

- Manutenção das atividades pertinentes à Pasta da Saúde no Programa Bolsa Família, implementando busca ativa de famílias refratárias ao processo de monitoramento de índices antropométricos.
- Estudo de ampliação da parceria com a Secretaria de Promoção Social (SEAS), ampliando a abordagem multiprofissional dos agravos em saúde nas Unidades Básicas da Rede Pública municipal.
- Inclusão de 1 (uma) assistente social em cada Unidade Básica de Saúde (10ª. CMS).
- Elaboração de relatório TRIMESTRAL sobre problemáticas solucionadas/pendentes de pacientes em situação de vulnerabilidade, assinado por profissionais da ESF e paciente (ou responsável) e arquivado em prontuário (10ª. CMS).
- Criação de protocolo de acompanhamento de pacientes em situações de vulnerabilidade (10ª. CMS).
- Incluir psicologia, Terapia Ocupacional, assistência social e Fonoaudiologia na Atenção Básica (10ª. CMS).
- Estudo de impacto orçamentário de ampliação da equipe de Consultório na RUA



<p>1.2.2. Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem estar (Meta ODS PPA2022-2025 / Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I e IV)</p>	<p>Indicador Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária (meta 2022: 0,43/ meta 2023: 0,44/ meta 2024: 0,45/ meta 2025: 0,46)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Ampliação da carta de serviços da APS, permitindo o aumento da resolutividade: insumos para realização de pequenos procedimentos na USAFA, como cantoplastia, drenagem de abscesso, colocação de DIU, biópsia e retirada de cistos/lipomas (10ª. CMS).• Busca ativa de grupos populacionais relacionados às ações públicas de rastreamento, promoção e prevenção desgarrados dos programas em decorrência da Pandemia por COVID19.• Implantação de academia da saúde nos bairros Princesa e Solemar (10ª. CMS).• Ampliação da cobertura dos Agentes comunitários de saúde nos territórios (10ª. CMS).• Treinamento e qualificação dos novos Agentes comunitários de saúde.• Ampliação das equipes NASF com mais profissionais cobrindo todas as USAFAS (10ª. CMS).• Estudo de impacto orçamentário de implantação de Programa de Humanização ao Capital Humano.	
<p>1.2.3. Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis (Meta ODS PPA2022-2025 / Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos VII e XXI)</p>	<p>Indicador Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue (meta 2022: 1/ meta 2023: 4/ meta 2024: 4/ meta 2025: 4)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do cadastro dos imóveis especiais e pontos estratégicos, de ações educativas e de visitas domiciliares de combate ao vetor.• Treinamento e qualificação da Atenção Primária como porta estruturante do SUS e responsável pelo primeiro contato, classificação de risco e coordenação do cuidado dos casos de Dengue, Febre do Chikungunya, Zika Vírus, febre amarela e outros agentes infecciosos.	



<ul style="list-style-type: none">• Garantia, em tempo oportuno, dos insumos, medicamentos, dimensionamento dos recursos humanos, suporte diagnóstico e material de notificação para atendimento dos usuários consonantes com a definição de caso.• Continuação do processo de informatização das Unidades de Saúde, aprimorando o processamento das informações relacionadas às arboviroses.• Garantia da agilidade do sistema logístico e interface com os laboratórios de referência.• Afinamento da alta responsável dos casos graves e críticos junto à Rede de Urgência e Emergência e ações orquestradas de bloqueio e mobilização social com a Vigilância em Saúde.	
1.2.4. Garantir a saúde reprodutiva da população Adscrita (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos III e VII)	Indicador Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. (meta 2022: 0,85/ meta 2023: 0,90/ meta 2024: 0,93/ meta 2025: 0,95)
<ul style="list-style-type: none">• Uniformização do material didático de promoção à saúde reprodutiva e afinamento de atuação com as equipes do SAE no reconhecimento e acompanhamento dos casos.• Ações sistemáticas de rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente as com potencial de cronificação na população (sífilis, hepatites virais, HIV, etc.)• Atuação multissetorial em grupos de maior vulnerabilidade como adolescentes, profissionais do sexo, famílias de privados de liberdade, tuberculosos e outros grupos de risco estatisticamente associados.• Tratamento oportuno e busca ativa de refratários, buscando minimizar sequelas e transmissão na comunidade.	
1.2.5. Estreitar as ações de enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase junto ao CRATH (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, inciso VII).	Indicador Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados (meta 2022: 0,70/ meta 2023: 0,70/ meta 2024: 0,80/ meta 2025: 0,90)
<ul style="list-style-type: none">• Reforço das ações sistemáticas de rastreamento de pessoas com tosse crônica, alterações dermatológicas ou sensitivo-motoras periféricas.• Busca ativa de sintomáticos e refratários em abandono de tratamento.	



- Aprimoramento das informações e gerenciamento dos casos adscritos na comunidade
- Coordenação do cuidado e prevenção terciária e quaternária dos doentes junto às redes de atenção à saúde acionadas.
- Atuação multissetorial aos grupos de risco com rastreamento dos contatos e ações estruturadas de bloqueio a cadeia de transmissão.

Diretriz II - Promover o cuidado integral às pessoas em seus diferentes ciclos de vida, considerando os segmentos específicos da população

Diretriz II: Objetivo 1 - Aprimoramento do componente ambulatorial especializado e das Redes de Atenção à Saúde.

2.1.1. Fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em um modelo centrado no usuário, realizado por equipes multiprofissionais e a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, V, VI, VII e X).

Indicador

Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
(meta 2022: 458/ meta 2023: 458/
meta 2024: 454/ meta 2025: 450)

- Estudos para construção de novo prédio para atendimento da média e alta complexidade em DRC.
- Projeto de impacto orçamentário de implantação de serviços ambulatoriais pós-COVID aos pacientes com doença crônicas (pneumopatias crônicas, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, neoplasias, etc).
- Implementar uma unidade de Onco-mastologia no município (10ª. CMS).
- Redução do tempo de espera para procedimentos diagnósticos (10ª. CMS).
- Manutenção do Serviço de transporte sanitário eletivo intramunicipal nas redes de atenção à pessoa com Doença Renal Crônica, Reabilitação e Rede Cegonha.

2.1.2. Implantar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na esfera SUS municipal, através da criação e habilitação de um Centro Especializado em Reabilitação nas

Indicador

Número de Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências (forma de organização 030107)



Modalidades Física e Intelectual (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos VII, X e XX).

(meta 2022: 20.000/ meta 2023: 15.000/ meta 2024: 15.000/ meta 2025: 15.000)

- Criação de uma comissão especial de avaliação da Rede municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência, buscando qualificar o acesso e a autonomia das pessoas com deficiência.
- Projeto de avaliação do impacto orçamentário de utilização de Entidades (ONGS, OSCs, etc.) para ampliação de projetos e programas à PcD (10ª. CMS)
- Ampliação do acesso para crianças, adolescentes e adultos autistas no CER (10ª. CMS).
- Aprimoramento no sistema informatizado de acesso à assistência municipal para informação do acesso da Pessoa com Deficiência.
- Implantação de Oficina ortopédica no município de Praia Grande (10ª. CMS).
- Capacitação dos servidores que atuam na reabilitação DA PcD (Pessoa com Deficiência) com práticas baseadas em evidência (10ª. CMS).
- Projeto de avaliação do impacto orçamentário de parcerias com Entidades (ONGs, OSCs, etc.) e a Secretaria de Esportes para utilização das quadras para atendimento da PcD (10ª. CMS).
- Articulação dos profissionais da saúde da criança autista com a educação, para que a prática ABA seja feita pra além da saúde (10ª. CMS).
- Estudo de projeto de oficialização do SIPTEA como política pública no município abrangendo o público até faixa etária de 7 anos (10ª. CMS).
- Continuidade das ações do Projeto de Olho no Futuro com manutenção das atividades de rastreamento de ametropias e entrega de óculos na rede municipal de ensino básico.
- Manutenção do rastreamento a deficiências visuais em idosos no Centro de Especialidades Oftalmológicas, bem como manutenção da oferta de cirurgias de catarata e demais terapêutica pertinente, conforme melhores práticas à luz das evidências científicas
- Estudo de aprimoramento de consultório Dentário no CER com profissional capacitado/habilitado para promover sedação.
- Estudo de implantação de reavaliação de casos leves e sem progressão na Rede de Pessoas com Deficiência do município (10ª. CMS).
- Rede de Apoio para todos os familiares e cuidadores das PcD, em especial as mães, com oferta nas Usafas, CAFES, PICs, RAPS e outros equipamentos municipais e parceiros (ONGs, OSCs, etc.), de oficinas de autocuidado, de cursos profissionalizantes e de economia solidária (10ª. CMS).



<p>2.1.3. Qualificar a Rede de Atenção Psicossocial, por meio de protocolos de acesso (às diversas instâncias da rede própria e referenciada), por ações de prevenção e de redução de danos e por ações intersetoriais de reinserção social e de reabilitação (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, XVII e XVIII).</p>	<p>Indicador Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (meta 2022: 1/ meta 2023: 1/ meta 2024: 1/ meta 2025: 1)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Reforço à prevenção e ao tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool (ODS PPA 2022-2025).• Estudo de avaliação do impacto orçamentário de manutenção das estruturas existentes e novas habilitações na Rede de Atenção Psicossocial de Praia Grande, conforme Portaria de Consolidação nº 06/2017/GM/MS, bem como correlatas e subsequentes.• Estudo de avaliação do impacto orçamentário de ampliação da oferta de consultas psiquiátricas e psicológicas a dependentes químicos com programa estruturado de atendimento, com a criação de mais um CAPS AD na zona 3 da cidade (10ª. CMS).• Estudo de avaliação do impacto orçamentário de Construção de um CAPS no bairro Princesa (10ª. CMS).• Implantação de um Programa de prevenção ao suicídio com central de atendimento que preserve o anonimato e se articule com a Rede de Atenção Psicossocial, possibilitando parcerias com Entidades (ONGs, OSCs, etc.) e atendimento presencial (10ª. CMS).• Instituição de serviço ambulatorial de atendimento psicológico pós-COVID.	
<p>2.1.4. Ampliar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências municipal, de forma a consolidar a integração regional e o desenvolvimento de ações articuladas com os serviços pré-hospitalares, não hospitalares e hospitalares de urgência e emergências, com os cuidados prolongados, com o Serviço de Atenção Domiciliar e com as demais instâncias ambulatoriais próprias e referenciadas (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I e V).</p>	<p>Indicador Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (meta 2022: 3/ meta 2023: 3/ meta 2024: 3/ meta 2025: 3)</p>



- Revisão da proposta de adequações estruturais e de processos necessárias para a qualificação do Pronto Socorro Quietude, CNES nº 4049284, como UPA Porte VIII, conforme Portaria nº 10/2017/GM/MS, bem como correlatas e subsequentes, promovendo-se as gestões necessárias para adequação junto ao Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da RRAS 07.
- Qualificar a Rede de Urgência e Emergência no transporte e atendimento às condições agudas de gestantes e prematuros.
- Projeto de implantação de transporte sanitário eletivo com cronograma anual de transporte aos hemocentros da Baixada Santista.
- Inauguração e operacionalização de uma nova base do serviço de Unidade de Transporte de Saúde (UTS) na região do Maracanã, buscando melhor distribuição geográfica do serviço e aprimoramento no tempo-resposta na região sul municipal.
- Ampliação do serviço de SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) em todo o território municipal (10ª. CMS).
- Estudo de impacto orçamentário de Implantação de Programa de Internação Domiciliar (10ª. CMS).
- Estudo de impacto orçamentário de implantação de um equipamento hospitalar e Unidade de Pronto-Atendimento entre a região do Mirim e Solemar (10ª. CMS).
- Estudo de viabilidade de implantação da Central de Regulação do SAMU Litoral Sul em Praia Grande.

2.1.5. Ampliar e qualificar a estrutura, recursos humanos e linhas de cuidado do componente ambulatorial da Rede Cegonha municipal Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos II, VII e XVII)

Indicador

Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos
(meta 2022: 0,1/ meta 2023: 0,1/
meta 2024: 0,1/ meta 2025: 0,1)

- Revisão do plano de ação municipal junto ao Plano Regional da Rede Cegonha pós-pandemia por COVID19.
- Estudo de impacto orçamentário de Construção de nova unidade especializada no atendimento à mulher para: consultas ginecológicas, mastologia, pré-natal de médio e alto risco, planejamento familiar (DIU, Implanon, avaliação para vasectomia e laqueadura, cauterização e biópsia), sala de observação de gestante de risco em emergência, centro cirúrgico para ampliação de cirurgia ginecológica, serviço de ultrassonografia obstétrica e ginecológica, serviço de atendimento à mulher no climatério e menopausa.



- Implementação de ações articuladas de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.
- Estudo do impacto orçamentário de ampliação de serviços e procedimentos diagnósticos de médio e alto risco gestacional.
- Estudo de impacto orçamentário de aprimoramento da vinculação da gestante à Maternidade municipal.
- Projeto de implantação de Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH), conforme parâmetros estabelecidos pela Resolução-RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006, bem como complementares e subsequentes.
- Manutenção dos serviços ambulatoriais especializados de atendimento ao prematuro e recém-nascido de baixo peso.
- Implementação de plano de ação multissetorial de enfrentamento da violência contra a mulher e a criança.

2.1.6. Ampliar o acesso aos serviços de Especialidades Médicas e procedimentos diagnósticos (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I e X).

Indicador

Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
(meta 2022: 0,41/ meta 2023: 0,41/
meta 2024: 0,43/ meta 2025: 0,45)

- Estudo de ampliação da estrutura do novo Centro de Especialidades Médicas com criação de espaço para cirurgias ambulatoriais eletivas ou parceria com ambulatório de especialidades cirúrgicas próprio ou credenciado.
- Estudos para ampliação da oferta de especialidades médicas e exames diagnósticos por meio de credenciamento da capacidade ociosa da saúde suplementar (fixa e em unidades móveis).
- Estudo de impacto orçamentário de implantação de ambulatório de atendimento à síndrome pós-COVID.
- Estudo de impacto orçamentário de mutirões de redução de filas de espera geradas por suspensão de serviços durante a Pandemia por COVID19.
- Estudo de ampliação de procedimentos em cirurgia vascular.
- Estudo de ampliação de consultórios médicos informatizados nos ambulatórios de especialidades médicas.
- Estudo de impacto orçamentário de implantação de ambulatório de Traumatologia.
- Estudo de impacto orçamentário de implantação de ambulatório de Traumatologia infantil.
- Estudo de publicidade para redução de absenteísmo em consultas e exames



<ul style="list-style-type: none">• Instituição de um Comitê Técnico Científico para emissão de pareceres em saúde• Instituição de uma Comissão de Avaliação de Protocolos	
2.1.7. Ampliar o acesso aos serviços do CRATH (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, inciso XXI).	Indicador Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar por critério laboratorial. (meta 2022: 0,5/ meta 2023: 0,5/ meta 2024: 0,6/ meta 2025: 0,7)
<ul style="list-style-type: none">• Revisão das estratégias para aumentar a detecção de casos novos, aumentar a cura e diminuir o abandono de tratamento de Tuberculose e Hansen.• Implementação de estratégias de recaptção de abandono de tratamento decorrente da pandemia por COVID19.• Desenvolver ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, buscando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde.• Ampliar as atividades assistenciais na co-infecção TB, hepatites virais e HIV.• Estudo de impacto orçamentário de informatização e aprimoramento do processamento da informação em interface com a Atenção Básica municipal.	
2.1.8. Ampliar o acesso aos serviços do SAE (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos VII e XXI).	Indicador Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm3 (meta 2022: 0,3/ meta 2023: 0,3/ meta 2024: 0,3/ meta 2025: 0,3)
<ul style="list-style-type: none">• Manutenção da estrutura predial e carteira de serviços disponibilizados no SAE.• Qualificação e atuação conjunta com a Atenção Básica no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente as com potencial de cronificação na população (sífilis, hepatites virais, HIV, etc.)• Atuação multissetorial em grupos de maior vulnerabilidade como adolescentes, profissionais do sexo, famílias de privados de liberdade, tuberculosos e outros grupos de risco estatisticamente associados.• Intensificação da prevenção primária e busca ativa de refratários ao tratamento.• Atuação conjunta com as referências regionais na garantia do oportuno acesso à medicação de alto custo.	



Diretriz II - Objetivo 2 - Aprimoramento do componente hospitalar

2.2.1. Garantir até 2026 a redução da Mortalidade Infantil a valores inferiores à média da Região de Saúde da Baixada Santista, através da continuidade da implementação da Rede Cegonha, particularmente no que tange à assistência hospitalar, através da abertura de novos leitos (maternidade e pediatria), e a integração articulada entre as várias instâncias da linha de cuidado materno-infantil (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos II, V e VIII).

Indicador

Razão de Mortalidade Infantil
(meta 2022: 14/ meta 2023: 13/
meta 2024: 12/ meta 2025: 11)

- Revisão do plano de ação municipal no Plano Regional da Rede Cegonha da RRAS07.
- Estudo de ampliação em 30% no número de leitos obstétricos de risco habitual no município de Praia Grande (32 leitos), conforme definições da Portaria nº 1.459/2011/GM/MS, bem como portarias relacionadas e subsequentes.
- Estudo de ampliação em 6 Leitos novos de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, conforme Portaria nº 930/2012/GM/MS e Portaria nº 1.300/2012/SAS/MS, bem como subsequentes, e pactuação no Plano Regional da Rede Cegonha da RRAS 07.
- Estudo de ampliação em 3 Leitos novos de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal canguru (UCINCa) no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, conforme Portaria nº 930/2012/GM/MS e Portaria nº 1.300/2012/SAS/MS, bem como subsequentes, e pactuação no Plano Regional da Rede Cegonha da RRAS 07.
- Estudo de ampliação em 6 leitos novos de Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo II e 01 (um) quarto PPP no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, conforme Portaria nº 1.020/2013/GM/MS e subsequentes, bem como pactuação no Plano Regional da Rede Cegonha da RRAS 07.
- Estudo de reforma da maternidade no Complexo Hospitalar Irmã Dulce com 3 centros obstétricos e sala de espera.
- Revisão da proposta de avaliação da implantação e habilitação de serviço de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluindo uma Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha e ditames da Portaria nº 1.020/2013/GM/MS, bem como subsequentes.



<p>2.2.2. Ampliar a oferta de serviços de média complexidade hospitalar (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, II e VIII).</p>	<p>Indicador Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (meta 2022: 0,91/ meta 2023: 0,90/ meta 2024: 0,91/ meta 2025: 0,92)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Atualização do Plano Regional de Urgência e Emergência da RRAS07, consolidando o financiamento de 40 Leitos de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência como referência para o SAMU Regional Litoral Sul no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, conforme Portaria nº 2.395/2011/GM/MS e subsequentes e previsto no Plano Regional da Rede de Urgência e Emergência da RUE/RRAS 07.• Estudo de impacto orçamentário de expansão de leitos complementares de UTI Tipo II no contexto de habilitações do legado pós-pandêmico.• Estudo de avaliação do impacto orçamentário da expansão da Porta de Entrada da RUE/RRAS07, junto ao Complexo Hospitalar Irmã Dulce.• Estudo de ampliação de internações de média complexidade e procedimentos diagnósticos no componente hospitalar por meio de credenciamento da capacidade ociosa da saúde suplementar (fixa e em unidades móveis).• Revisão da proposta de reforma estrutural e adequações para apresentação de pleito de habilitação de 10 leitos do Complexo Hospitalar Irmã Dulce como Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, conforme Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Santista e definições da Portaria nº 148/2012/GM/MS e subsequentes.	
<p>2.2.3. Qualificar o acesso à média complexidade hospitalar de forma articulada com as Redes de Atenção à Saúde (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, II, V e VIII).</p>	<p>Indicador Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (meta 2022: 55/ meta 2023: 50/ meta 2024: 50/ meta 2025: 50)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Estudo de impacto orçamentário de criação de um Coordenador Médico em Obstetrícia no acolhimento qualificado das parturientes na Maternidade Municipal.• Estudo de impacto orçamentário de qualificação das informações de internação hospitalar e de acesso a procedimentos diagnósticos entre o componente hospitalar e a Atenção Primária à Saúde municipal.	



- Estudo de impacto orçamentário de implantação de regulação informatizada de leitos de média complexidade hospitalar por Central de Regulação Médica.
- Estudo de impacto orçamentário de qualificação dos fluxos de gestantes, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, pediatria e ambulatório de pós-trauma junto a Porta de Entrada da RUE/RRAS07 municipal.
- Estudo de impacto orçamentário de atendimento de urgências odontológicas – 24h/dia, de forma contínuo, inclusive finais de semana e feriados – na Porta de Entrada do Tipo Geral do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.
- Manutenção do serviço de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) no Complexo Hospitalar Irmã Dulce

Diretriz III - Reduzir e prevenir riscos relacionados à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e prevenção

Diretriz III: Objetivo 1 - Aprimoramento da Vigilância Epidemiológica

3.1.1. Ampliar as políticas públicas de promoção e prevenção em saúde, com ênfase nas ações de um estilo de vida saudável e intervenção em fatores de risco que contribuam para o aparecimento de doenças (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos IV, XVII e XXI).

Indicador

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados
(meta 2022: 0,96/ meta 2023: 0,96/
meta 2024: 0,96/ meta 2025: 0,96)

- Manutenção das atividades de promoção de saúde ligadas nas 9 (nove) academias de saúde implantadas: Aloha (CNES 90855), Antártica (CNES 90776), Esmeralda (CNES 90835), Maracanã (CNES 90837), Melvi (CNES 90777), Ocian (CNES 90794), Samambaia (CNES 91174), Santa Mariana (CNES 91854) e São Jorge (CNES 90614).
- Estudo de impacto orçamentário de implementação de Academia de Saúde para a população dos bairros Princesa e Real (10ª. CMS).
- Diversificação dos métodos de transmissão do conhecimento sobre atividades físicas no combate ao sedentarismo para além das fronteiras das academias de saúde
- Ampliação das atividades de hidroginástica e hidroterapia em parceria com SEEL para gestantes e pacientes em reabilitação, expandindo-as para outros segmentos populacionais.
- Manutenção das ações de orientação populacional relacionadas ao combate às DST e arboviroses.



<ul style="list-style-type: none">• Manutenção das ações de promoção e prevenção às doenças infecto-contagiosas e agravos a doenças crônicas, em parceria com as diversas instâncias das redes de atenção à saúde do município.	
<p>3.1.2. Expandir a capacidade de processamentos dos dados epidemiológicos provenientes de notificações e fortalecer as ações públicas de intervenção no cenário de retomada das atividades pós-pandemia por COVID19 (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos XI, XII, XIII, XXI e XXII).</p>	<p>Indicador Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (meta 2022: 0,5/ meta 2023: 0,5/ meta 2024: 0,6/ meta 2025: 0,8)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Revisão dos fluxos de classificação de risco e manejo das doenças de notificação compulsória.• Estudo do impacto orçamentário de contratação de mais um médico sanitário 20h.• Revisão de manual de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde municipal, promovendo reorganização do fluxo de atendimento das unidades de saúde da família no enfrentamento ao COVID – 19 com a desmobilização progressiva das ações de enfrentamento da pandemia e retomada dos programas ministeriais da Atenção Primária à Saúde.• Manutenção de programa estruturado de educação permanente do capital humano com foco na promoção e prevenção de doenças.• Continuidade do processo de informatização da rede e adequado dimensionamento dos recursos humanos e tecnológicos necessários ao processamento das informações epidemiológicas.• Desenvolvimento de ações de monitoramento articuladas com a Central Telefônica 156, suporte de telemedicina e segunda opinião assistida e manejo de isolamento domiciliar quando pertinentes, das doenças de interesse epidemiológico, particularmente as relacionadas com DSTs, arboviroses e síndromes gripais agudas graves.• Desmobilização responsável da estrutura física e de insumos e medicamentos necessários ao enfrentamento da pandemia por COVID19.• Qualificação da estrutura de materiais, insumos e elementos logísticos necessários às intervenções da Vigilância epidemiológica.	
<p>3.1.3. Coordenar a cobertura vacinal do calendário nacional de imunização no âmbito</p>	<p>Indicador Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores</p>



<p>municipal (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, inciso XXI).</p>	<p>de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 - valente (2ª dose), Poliomielite (3ªdose) e Tríplice viral (1ª dose) com cobertura vacinal preconizada (meta 2022: 0,5/ meta 2023: 0,5/ meta 2024: 0,75/ meta 2025: 1)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Gestão do armazenamento das vacinas e adequado dimensionamento dos insumos, transporte até as USAFAS, vacinação e reforço das ações de treinamento dos recursos humanos para observância ao adequado método de aplicação, registro e controle de temperatura recomendado para garantir a qualidade dos imunobiológicos.• Processamento oportuno das informações de farmacovigilância e investigação de eventos adversos em companhia dos demais Entes Federativos.• Expansão do cadastro das salas de vacinas das novas unidades de saúde no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).• Manutenção da rede de frio com câmara de imunobiológico em 100% das unidades.• Estudo de impacto orçamentário de contratação de serviço de manutenção corretiva e preventiva das câmaras de imunobiológicos.• Estruturação de campanha de vacinação para Coronavírus, conforme cronograma de grupos de risco definidos pelo Ministério da Saúde, garantindo-se insumos e recursos humanos para as campanhas nas unidades básicas de saúde do município.• Campanhas regulares de busca ativa de faltosos junto ao sistema informatizado de controle de imunização da SESAP.	
<p>3.1.4. Aprimorar as ferramentas de monitoramento da mortalidade infantil e atuar preventivamente nos fatores de risco associados (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, II e XVI).</p>	<p>Indicador Proporção de óbitos infantis e Fetais investigados (meta 2022: 0,97/ meta 2023: 0,97/ meta 2024: 0,97/ meta 2025: 0,97)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem intervenção específica de treinamento e capacitação das equipes das unidades.	



- Monitoramento da adesão aos programas de pré-natal e puericultura.
- Estudo de impacto orçamentário de ampliação de recursos humanos e veículos para aprimorar o processo de investigação dos casos de mortalidade.
- Ampliação do quadro de recursos humanos da comissão de mortalidade materno-infantil, agregando novas expertises e envolvendo as equipes básicas de saúde e os conselhos gestores locais no processo de análise situacional de risco e vulnerabilidade dos casos investigados
- Implementação de vistorias regulares na maternidade e leitos complementares, buscando aprimorar a estrutura física e os protocolos e fluxos vigentes

Diretriz III: Objetivo 2 - Aprimoramento da Vigilância Sanitária

3.2.1. Intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços de interesse à saúde, monitorando e qualificando a assistência (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, inciso XXII).

Indicador

Número de casos novos de aids em menores de 5 anos (meta 2022: 1/ meta 2023: 0/ meta 2024: 0/ meta 2025: 0)

- Monitorando os diversos níveis de atenção, coletando as amostras necessárias à análise de controle, lavrando o respectivo termo quando necessário e procedendo à investigação e análise de risco.
- Verificando as condições da estrutura de serviços e a observância aos fluxos, protocolos assistências e portarias vigentes.
- Promovendo inspeção sanitária em depósitos alimentares, comércio e correlatos, drogarias e afins, institutos de beleza sem responsabilidade médica e unidades de saúde sem procedimento invasivo.
- Reconhecendo riscos e instigando as correções necessárias para reduzir criadouros de vetores, transmissão vertical de doenças, cronificação de agravos e prejuízos à saúde humana.
- Induzindo comprometimento do servidor com o trabalho, quanto às responsabilidades a ele destinadas, traduzindo-se em diligência no cumprimento das tarefas.
- Contribuindo com as demais instâncias da Vigilância em Saúde e rede assistência para o adequado funcionamento dos serviços.



Diretriz III: Objetivo 3 - Aprimoramento da Saúde do Trabalhador

3.3.1. Estruturar a legislação municipal de forma a permitir novas formas de gerenciar o patrimônio intelectual, permitindo a proposição de novos modelos de relação de trabalho que valorizem o resultado e permitam o surgimento de horários alternativos de prestação de serviços ao usuário do Sistema Único de Saúde, a exemplo das já existentes Lei Complementar n°. 701/2015 e Decreto n°. 5917/2015 (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos III, V e X).

Indicador

Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho
(meta 2022: 1/ meta 2023: 1/ meta 2024: 1/ meta 2025: 1)

- Realização de oficina de qualificação no preenchimento de notificações de agravos relacionados ao trabalho.
- Estudo de avaliação do impacto orçamentário de pagamento diferencial para profissionais com residência/especialização em Saúde da Família (medicina ou multiprofissional) - adicional por produtividade/ resolutividade - adicional para profissionais com mestrado e doutorado (10ª. CMS).
- Estudo de avaliação do impacto orçamentário de adesão ao Programa Saúde na Hora, conforme ditames estabelecidos na Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020 e subsequentes.
- Projeto de atualização da Lei Complementar Municipal n°. 701/2015, com revisão dos alicerces conceituais e ampliação dos mecanismos de equivalência para ampliação da oferta de serviços à população.
- Humanização da atenção e do Trabalho em Saúde (10ª. CMS).
- Estudo de avaliação do impacto orçamentário de Plano de carreira para profissionais da Atenção Primária a Saúde (10ª. CMS).
- Estudo de avaliação do impacto orçamentário de implantação de Jornada de 30h para a Enfermagem (10ª. CMS).
- Estudo para incentivar e subsidiar, sempre que possível e necessário, o trabalho remoto pelos servidores administrativos sempre que a função assim o permitir, gerando economia ao município e aumento da produtividade, conforme já demonstrado em inúmeros estudos mundo afora (10ª. CMS).
- Estudo de impacto orçamentário de instituição de uma Política Estruturada de Humanização em Saúde para usuários do SUS e trabalhadores da Saúde (10ª. CMS).



Diretriz III: Objetivo 4 - Aprimoramento da Vigilância Ambiental

3.4.1. Incorporar e aprimorar a temática ambiental nas práticas da Saúde Pública (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos XXI, XXII e XXIII).

Indicador

Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (meta 2022: 0,75/ meta 2023: 0,75/ meta 2024: 0,75/ meta 2025: 0,75)

- Deflagrando ações que proporcionem o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.
- Monitorando a exposição a poluentes urbanos e contaminantes químicos em parceria com a Secretaria de Meio Ambiente.
- Garantindo à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021 e subsequentes e correlatas.
- Alimentando e analisando regularmente os sistemas relacionados com a vigilância ambiental (vigiagua, vigipeq, vigiar, vigidesastres, vigifis, etc.).

3.4.2. Aprimorar as ações de combate a zoonoses (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos XXI, XXII e XXIII).

Indicador

número de castrações realizadas no município (meta 2022: 2.174/ meta 2023: 2.174/ meta 2024: 2.174/ meta 2025: 2.174)

- Identificando as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde, particularmente nas endêmicas e epidêmicas.
- Orientando programas de desratização e desinsetização.
- Analisando o impacto ambiental e deflagrando nebulização no combate a vetores relacionados às arboviroses quando tecnicamente indicado.
- Intervindo nos mecanismos de transmissão de zoonoses, estimulando a posse responsável de animais e promovendo ações de controle populacional de hospedeiros intermediários ou definitivos em doenças de interesse para a saúde.



<ul style="list-style-type: none">• Estudo de impacto orçamentário de aquisição de estereomicroscópio.	
3.4.3. Estabelecer parceria com a Secretaria de Meio Ambiente nas atividades de bem-estar animal (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos XXI, XXII e XXIII).	Indicador Taxa de Ocupação de vagas nos canis municipais (meta 2022: 1/ meta 2023: 1/ meta 2024: 1/ meta 2025: 1)
<ul style="list-style-type: none">• Auxiliando as comissões e instâncias responsáveis pela gestão do Fundo Municipal de Bem Estar Animal, junto aos Programas de Proteção e Bem Estar Animal, controle de natalidade de cães e gatos, parcerias com a sociedade civil organizada e abrigos para Pets de moradores de rua junto aos abrigos.• Deflagrando o correto encaminhamento para as instâncias competentes quanto a apreciação de propostas relacionadas a Hospital Escola Veterinário Municipal com campanhas itinerantes sistemáticas de castração e orientação, Pet Terapia e SAMU Pet (10ª. CMS).• Estudo de impacto orçamentário de aquisição de equipamentos para identificação de animais por microchipagem.• Estudo de impacto orçamentário de terceirização de serviço de apreensão de animais de grande porte.• Estudo de impacto orçamentário de aquisição de equipamentos cirúrgicos.	
Diretriz IV – Gestão da educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde	
Diretriz IV: Objetivo I – Aprimoramento da Educação Permanente em Saúde	
4.1.1. Envolver a sociedade no processo de Educação Permanente em saúde, através de modelos de ensino e espaços de interação, que unam profissionais de saúde e população de forma a fortalecer o aprendizado em saúde e o exercício de cidadania (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos IX e XVII, bem como art. 29).	Indicador Proporção de óbitos maternos investigados (meta 2022: 1/ meta 2023: 1/ meta 2024: 1/ meta 2025: 1)



- Capacitação e incentivo de produção de hortaliças e alimentos orgânicos para todos os usuários do SUS (10ª. CMS).
- Estudo de impacto orçamentário da inclusão, no Plano Operativo do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, de atividades letivas de estágios focais em urgência e emergência, obstetrícia e cuidados prolongados/paliativos à Rede municipal e Programas de pós-graduação em residência médica e multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Praia Grande.
- Manutenção dos eventos de formatura de Residentes médicos e multiprofissionais junto aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.
- Manter monitoramento de potenciais editais de expansão de vagas para os Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Praia Grande.
- Projeto de implantação de Parceria e Cooperação entre os Programas de Residência de Praia Grande e da Santa Casa de Santos, na forma de intercâmbio de estudantes residentes especiais em estágios de obstetrícia e outras especialidades focais.
- Elaboração de planos de trabalhos com Instituições de Ensino Superior conveniadas.
- Manutenção das atividades do Núcleo Docente Assistencial Estruturante ligado aos Programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade, através de portaria, e constituição de Regimento Interno e da Comissão Própria de Avaliação – CPA ligada aos Programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade.
- Elaboração de projeto de Educação Permanente para o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência junto ao novo PMS 2022-2026.
- Projeto de Estudo de instituição de uma linha de pesquisa e saúde materno-infantil
- Educação alimentar, treinamento de primeiros socorros e prática esportiva junto ao programa saúde nas escolas e nas unidades básicas de saúde (10ª. CMS).
- Estudo de impacto orçamentário de atendimento em Libras para os Surdos, em todas as unidades de saúde, treinando os funcionários já existentes ou ofertando uma central de libras (10ª. CMS).
- Curso de gestão de pessoas e qualidade em serviços de saúde para profissionais da rede básica (10ª. CMS).
- Curso básico de libras (200h) para os profissionais da rede básica (10ª. CMS).
- Parceria com Universidade Pública, na formação, capacitação, treinamento e pesquisa na área de saúde inclusiva (10ª. CMS).



- Inclusão de Terapêutica Heikiana junto às práticas integrativas e complementares nas Unidades da Rede, buscando parcerias com a sociedade civil organizada (10ª. CMS).
- Estudo de ampliação do Polo Avançado de Integração Ensino-Serviço para campos de estágio de graduação e pós-graduação.

Diretriz IV: Objetivo II – Aprimoramento da ciência, tecnologia e inovação em saúde

4.2.1. Continuar o processo de Informatização da rede básica municipal, de forma articulada às diversas instâncias da Secretaria de Saúde, buscando integração aos demais sistemas informatizados do Ente Federativo Estadual e Federal (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos XII, XV e XIX)

Indicador
Número de Conselhos Gestores Locais vinculados em ambiente virtual ao COMUSA-PG
(meta 2022: 10/ meta 2023: 30/
meta 2024: 31/ meta 2025: 32)

- Estudo de projeto de utilização do Sistema SISREG do Ministério da Saúde, em complementação às atividades informatizadas da rede municipal.
- Transparência, fiscalização e tecnologia da Informação para gerenciamento dos cadastros da Atenção Básica e coordenação do cuidado para as demais Redes de Atenção, como deficiências, doenças crônicas, cegueira e psicossocial (10ª. CMS).
- Elaboração de projeto de aquisição de sistema de videoconferência para disciplinas transversais, eventos acadêmicos e reuniões de trabalho de ensino-serviço dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade.
- Projeto de aquisição de materiais e equipamentos para as salas de capacitação da USAFA Noêmia e USAFA Guilhermina;
- Projeto de Aquisição de utilização de e-learning para atividades pedagógicas junto aos Programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade municipais;
- Projeto de Aquisição de materiais de custeio para atividades de Educação Permanente, ligados à Adesão do Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente, do Ministério da Saúde.
- Projeto de aprimoramento dos sistemas de informação de forma a promover a orientação dos processos de trabalho e fluxo de encaminhamentos aos usuários do sistema (10ª. CMS).
- Manutenção das atividades do Programa Acolhe PG.



- Indicação de representantes na criação de uma Comissão Especial de Proteção de dados pessoais, conforme ditames das Lei Federais nº 13.709/2018 e nº. 13.853/2019 e subsequentes.
- Estudo de aprimoramento do controle de acesso digital (CAD) nas informações de saúde, ou outros mecanismos que assegurem a proteção de dados pessoais (10ª. CMS).
- Estudos para implantação de Central de Monitoramento da Atenção à Saúde, incorporando recursos de Telemedicina, central telefônica e sistemas e aplicativos informatizados de interação com os clientes do Sistema Único de Saúde municipal.

Diretriz V – Financiamento Sustentável do SUS

Diretriz V: Objetivo I – Aprimoramento da Gestão de equipamentos, insumos e Assistência Farmacêutica

5.1.1. Aprimoramento da Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais, em observância aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes no Sistema Único de Saúde e em complementaridade com os demais componentes da Assistência Farmacêutica Especializada e Estratégica, bem como desenvolver instrumentos logísticos de distribuição e ampliação da oferta georreferenciada de dispensação (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos X e XIV).

Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar
(meta 2022: 0,48/ meta 2023: 0,48/
meta 2024: 0,48/ meta 2025: 0,48)

- Aprimoramento da estratégia municipal de acesso à medicamentos pelo SUS com elaboração de projeto de aprimoramento logísticos.
- Garantir oferta de exames laboratoriais de qualidade em tempo oportuno, de toda a tabela de procedimentos do SUS.
- Aprimorar a legislação municipal para ampliar a participação público privada, por meio de credenciamento e outros instrumentos legais, que permitam a utilização da capacidade ociosa da saúde suplementar.
- Fornecimento de suplementos vitamínicos específicos na rede, como Vit. D e citoneurin 5000, solução injetável (10ª. CMS).



Diretriz V: Objetivo II – Relações Interfederativas no SUS

5.2.1. Buscar a garantia do acesso ao atendimento de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, através da habilitação de serviços próprios ou referenciados de alta complexidade nas respectivas Linhas de Cuidado das especialidades de nefrologia, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, oncologia, hematologia e cardiologia (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, V, VIII e XIX).

Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar (meta 2022: 0,48/ meta 2023: 0,48/ meta 2024: 0,48/ meta 2025: 0,48)

- Criação dos conselhos locais de saúde, para fortalecimento do controle popular (10ª. CMS).
- Criação de Conselho Gestor Local na Rede de Urgência e Emergência Municipal (10ª. CMS).
- Inclusão de uma psicopedagoga e equipe de intervenção precoce para crianças com deficiências junto às escolas de cada bairro (10ª. CMS, sendo necessária a cientificação da Pasta Competente).
- Incluir como disciplina escolar a Educação em Saúde Pública desde a infância (10ª. CMS, sendo necessária a cientificação da Pasta Competente).
- Ampliar equipes próprias de intervenção precoce com psicopedagoga junto às escolas para acompanhamento das crianças com deficiências (10ª. CMS, sendo necessária a cientificação da Pasta Competente).
- Disponibilização periódica das principais e mais recorrentes reclamações colhidas pela Ouvidoria SUS para análise e solução do problema (10ª. CMS).
- Manutenção das ações de promoção, de prevenção, de suporte diagnóstico, de estrutura assistencial e de reabilitação necessária para o enfrentamento da pandemia de importância internacional por COVID-19 durante o quadriênio 2022-2025, bem como monitoramento do respectivo censo para alocação responsável desta capacidade instalada, quando pertinente, e estruturação da rede assistencial para aplicação de reforços adicionais à segunda dose de vacina para COVID, em parceria técnica com os Entes Estadual e Federal.
- Promover gestões, junto a Secretaria de Transportes, para a redução do tempo de traslado entre as UPAs e os diversos bairros (10ª. CMS).

5.2.2. Buscar a garantia do acesso ao atendimento de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, através da habilitação de serviços próprios ou referenciados de alta

Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer,



<p>complexidade nas respectivas Linhas de Cuidado das especialidades de nefrologia, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, oncologia, hematologia e cardiologia (Plano Diretor 2017/2026, art. 28, incisos I, V, VIII e XIX).</p>	<p>diabetes e doenças respiratórias crônicas) (meta 2022: 458/ meta 2023: 458/ meta 2024: 452/ meta 2025: 446)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Gestões Interfederativas para o custeio solidário de unidades de caráter regional para os serviços de alta complexidade relacionados às redes regionais de Atenção à Saúde da RRAS07.• Gestões interfederativas junto ao Grupo Condutor regional da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas da Rede de Oncologia para aprimoramento e melhoria do acesso aos serviços de alta complexidade em oncologia aos municípios de Praia Grande junto ao Plano de Ação Regional.• Gestões interfederativas junto ao Grupo Condutor regional da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas na Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio para aprimoramento e melhoria do acesso aos serviços de alta complexidade cardiovascular aos municípios de Praia Grande junto ao Plano de Ação Regional.• Promover gestões junto à instância competente, quanto à implantação de uma carteirinha única para deficiências permanentes a ser utilizadas em todas as esferas públicas de maneira prioritária (10ª. CMS).• Estudo de viabilidade de convênio estadual com Implantação de Hemonúcleo no município (10ª. CMS).• Estudo de viabilidade de parceria com a Cidade da Criança, que se encontra com contrato firmado para a construção de Hospital de Prevenção do Câncer Infantil Cidade da Criança (10ª. CMS).• Estudo de viabilidade orçamentário de implantação de 3 leitos de média complexidade hospitalar para atendimento da população Privada de Liberdade em complementação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).• Revisão do projeto de qualificação/habilitação do Complexo Hospitalar Irmã Dulce com um Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia com as gestões necessárias para a habilitação de 10 leitos, conforme definições da Portaria nº 756/2.005/SAS/MS e subsequentes, bem como adequações junto ao Plano Regional da Rede de Urgência e Emergência da RUE/RRAS 07 para o respectivo pleito.• Revisão da proposta de avaliação da implantação de 10 novos leitos de unidade coronariana (UCO), centro de hemodinâmica e 20 leitos de enfermaria cardiológica, conforme anexo XXXI da Portaria de Consolidação nº 02/2017/GM/MS, junto ao novo PMS 2022-2025.• Estudo de aprimoramento do acesso aos procedimentos diagnósticos de cateterismo, angioplastia e colocação de marca passo.	



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

- Aprimoramento e ampliação do Convênio de leitos regionais de Alta Complexidade com o Governo do Estado de São Paulo.



CAPÍTULO III – O processo de Monitoramento e Avaliação no cenário de retomada da Assistência não COVID

3.1 Conselho Municipal de Saúde e Audiências Públicas

O conselho municipal de saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo. Por isso deve funcionar e tomar decisões regularmente acompanhando a execução da política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamento em seus rumos.

A Lei Federal nº 8.142/90 (Brasil, 1990), que dispõe sobre a participação social no SUS, define, no parágrafo primeiro, artigo segundo, o papel dos conselhos: atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos financeiros.

As Diretrizes, metas, ações e indicadores do atual Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 (PMS2022-2025) é um produto do anseio da população praiagrandense, expressos na 10ª Conferência Municipal de Saúde ocorrida em 31 de julho de 2021, em ambiente híbrido presencial e em sala síncrona.

O evento, convocado pela Sua Excelência a Prefeita Raquel Auxiliadora Chini, através do Decreto Municipal nº 7.266, de 01 de julho de 2021, contou com a intensa participação da população adscrita das 30 unidades de saúde da família do município, que elegeram para participar do evento – conforme descritivo na Resolução COMUSA-PG nº 25/2021 – um total de 72 Delegados representando o segmento usuário, 36 representantes do segmento trabalhador e 36 delegados representantes do segmento gestor.

Os delegados eleitos, representantes e natos que compuseram a plenária da 10ª. Conferência Municipal de Saúde votaram no evento pela aprovação de 68 propostas provenientes dos diversos eixos temáticos, formuladas pela população através de Consulta Pública realizada no período de 12/07/2021 a 18/07/2021 e discutidas pelos grupos de discussão dos eixos temáticos e finalmente chanceladas pela plenária do COMUSA-PG através da Resolução nº 26/2021, durante reunião ordinária de 28 de julho de 2021 e, finalmente, homologadas pelo Titular da Pasta mediante a aprovação do PMS2022/2025 na Resolução COMUSA-PG nº031/2021.



3.2 O cenário de retomada da assistência não COVID

Em meio a todos os desafios impostos pela Pandemia de Importância Internacional por COVID19, conforme detalhadamente descrito nos respectivos Relatórios Anuais de Gestão 2020 e 2021, a Gestão Municipal manteve seu compromisso de cumprimento do Plano Municipal 2018-2021 e prioridades emanadas da 10ª. Conferência Municipal de Saúde junto ao novo Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Após a consolidação de um ciclo de expansão da cobertura de Atenção Básica, planejados junto ao Plano Municipal anterior (PMS 2014/2017) através da construção de 6 (seis) novas unidades de saúde com capacidade para comportar até 5 equipes da Estratégia de Saúde da Família em cada equipamento – quais sejam, Usafa Antártica (13/04/2016), Ocian (30/04/2016), Maracana (09/05/2016), Rio Branco (11/07/2016), Santa Marina (11/07/2016) e Aloha (11/07/2016), bem como a recente Usafa Princesa (30/10/2019), em 2020 foram mantidos os compromissos assumidos de aprimoramento da cobertura de atenção Básica com a inauguração de duas novas unidades de saúde, quais sejam Usafas Noêmia, no Bairro Tupi e a Usafa Guilhermina.

Inaugurada em 22/07/2020, no cume da Pandemia por COVID19 no país, em solenidade em ambiente virtual com todas as medidas de segurança para impedir transmissão viral, foi inaugurada a Usafa Noêmia, que – em estrutura com ambiência contemporânea – conta com quatro consultórios médicos, quatro ginecológicos e quatro odontológicos, bem como demais ambientes necessários ao bom funcionamento de três equipes projetadas de Estratégia de Saúde da Família no equipamento. Em 23/07/2020 foi a vez da inauguração da nova Usafa Guilhermina, que foi projetada para atender aproximadamente 12 mil pessoas e conta com cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cada uma composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, auxiliar de saúde bucal, tendo 12 consultórios médicos, ginecológicos e odontológicos, além de sala de enfermagem, recepção com sala



de espera, sanitários, farmácia, salas de reuniões, inalação, vacinação, coleta, curativo, procedimentos, almoxarifado, copa para funcionários, esterilização, lavagem e todos os demais ambientes necessários ao funcionamento com o padrão de qualidade da Atenção Básica municipal.

Perpetuando este ciclo de investimentos, também foram promovidas em 2020 a reforma e ampliação de diversas unidades de saúde. No Canto do Forte promoveu-se total reestruturação e ampliação da Usafa Canto do Forte, com aumento de 110 m² de área construída e ampliação da sala de espera e total remodelação da farmácia, salas de vacina, curativo e inalação, além de novo setor administrativo. Ao todo a unidade conta agora com 10 consultórios médicos e odontológicos.

Na unidade do Bairro Vila Sônia, ampliada em cerca de 60 metros quadrados, foram construídos 4 novos consultórios, entre eles, um específico para atendimento ginecológico e a construção de mais um consultório odontológico, buscando o aumento da cobertura de odontologia.

As obras de reforma e revitalização das Usafas Aviação, Melvi, Ribeirópolis, Mirim II e Quietude também foram concluídas. As cinco unidades receberam nova pintura e fachada, instalação de moderno sistema elétrico, manutenção geral nas calhas e telhado, reposição de azulejos e troca de esquadrias de metal.

Na mesma esteira de compromisso com uma Atenção Básica de qualidade, o município conquistou a expansão do seus Programas de Pós-graduação, alcançando a plenitude de 30 residentes médicos em Medicina de Família e Comunidade e a manutenção dos programas de residência multiprofissional em Saúde da Família, contando – agora - com 60 residentes médicos e 56 multiprofissionais em Medicina de Família e Comunidade.

Esta complementação do capital humano de pós-graduandos ao corpo técnico de servidores estatutários - já existentes - gerou, como resultado, uma expansão de 42 para 110 equipes de Saúde da Família nos últimos anos, possibilitando ao município atingir a qualificação de 100% de Estratégia de Saúde da Família junto ao PAS 2021.

Gozando de uma estrutura de promoção e prevenção em saúde de ponta, o município de Praia Grande conta com 9 Academias da Saúde, em áreas anexas às Usafas. Esses equipamentos também compõem a estrutura da Atenção Básica.



São elas: São Jorge, Antártica, Samambaia, Aloha, Santa Marina, Maracanã, Esmeralda II, Melvi e Ocian. Desde de suas inaugurações, centenas de munícipes participam gratuitamente das atividades físicas, palestras e trabalhos em grupos nesses espaços. Todas as ações são desenvolvidas por um educador físico e coordenadas pelo Núcleo Ampliado da Saúde da Família na Atenção Básica (Nasf-AB). Com a Pandemia por COVID19, o município inovou, mantendo as atividades de promoção através de aulas virtuais proporcionadas por estes educadores, que - com compromisso e brilhantismo – mantiveram as atividades junto à comunidade. Como exemplo destas inovações, cita-se a realização, também em julho/2020, da 1ª Corrida Virtual Contra o Câncer, iniciativa e coordenação da Enfermeira Viviane Bileski, que através de aplicativo de GPS, observou medidas de distanciamento necessárias para os praticantes do esporte e promoveu estímulo a medidas de rastreamento contra o câncer, demonstrando o compromisso do capital humano com a prevenção em saúde, mesmo em tempos de Pandemia.

A média e alta Complexidade Municipal recebeu a mesma pujança de compromisso. Vultosos investimentos foram realizados no setor ambulatorial de especialidades médicas e junto ao Departamento de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar.

Em 2020, o município inaugurou as novas instalações do Centro de Especialidades Médicas Ambulatoriais e Sociais. O equipamento que atenderá, aproximadamente, 10 mil pessoas por mês entre consultas, exames e procedimentos, tem agora um novo e moderno prédio no Bairro Aviação, na Avenida Tomé de Souza, 1313, com 600 m² de área construída, subdivididos em 14 consultórios, enfermaria, salas de apoio médico, atendimento ao público e recepção com capacidade para 255 pessoas, proporcionando diversas especialidades médicas como reumatologia, oftalmologia, pneumologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, alergologia, endocrinologia pediátrica, cardiologia, nefrologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia de cabeça e pescoço, oncologista, proctologia, urologia, cirurgia vascular, geriatria, dermatologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, ortopedia e neurocirurgia, bem como uma série de outros atendimentos de suporte diagnóstico e terapêutico especializado.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

A exemplo do novo CEMAS, o município realizou uma série de investimentos nas diversas redes de Atenção à Saúde, tendo conquistado em 2020, a habilitação de diversos equipamentos, particularmente nas redes de cuidados as pessoas portadoras de doenças crônicas, deficiências e atenção psicossocial.

No componente hospitalar investimentos da ordem de milhões de reais foram dotados para a ampliação de leitos e melhora da ambiência do Complexo Hospitalar Irmã Dulce. Equipamentos como camas hospitalares, monitores cardíacos, aparelhos hospitalares específicos para diversas especialidades médicas, aparelhos de imagem de última geração e para conforto e ambiência foram realizados. Como exemplos, cita-se a reforma e ampliação do ambulatório de especialidades cirúrgicas, contando com cinco salas de consultório, 3 banheiros e sala de espera para cerca de 60 lugares, o novo refeitório com mais de 100 lugares (em uma área construída especialmente para esse fim para proporcionar um local maior e mais adequado para as refeições dos acompanhantes de pacientes e funcionários), a inauguração de 47 leitos clínicos hospitalares dos mais de 100 planejados junto ao PMS 2018/2021 (objeto do novo PAS 2021) e a inauguração de 30 novos leitos de UTI.

No que tange aos novos leitos de UTI, mereceu destaque o avanço do município na oferta de leitos complementares à população para enfrentamento do período mais crítico da Pandemia por COVID19 em 2021. Ao todo, instalou-se 60 leitos de UTI Adulto, que se somaram aos 20 leitos de UTI adulto, 10 leitos de UTI infantil e 10 leitos de UTI neonatal no Complexo Hospitalar Municipal. Este cenário de investimento foi corroborado com a inauguração de um novo equipamento hospitalar da Saúde Suplementar no município em 2020 (o Hospital Casa de Saúde inaugurou sua nova unidade em Praia Grande, que conta com Centro Cirúrgico, UTI, Pronto Atendimento e Alas de Internação com 122 leitos), colocando o município de Praia Grande em uma condição diferenciada na proporção de leitos complementares em relação aos totais de leitos per capita no cenário nacional.

Inquestionavelmente, em decorrência da Pandemia por COVID19, o setor de urgência e emergência foi objeto de grandes investimentos em 2020. Somando-se a nova base do Samu, no Bairro Boqueirão e as 10 novas ambulâncias com renovação da frota do SAMU, o setor de urgência e emergências recebeu intensa atenção da gestão municipal com a operacionalização de equipamentos



hospitalares (tenda e hospitais de Campanha) que proporcionaram um mapa interfederativo de aprovação em CIB de um limiar de 233 leitos de média complexidade e os já citados 60 novos leitos de UTI para enfrentamento da Pandemia no município e região.

Precocemente, em abril de 2020, buscando minimizar a contaminação cruzada dentro do PS Quietude no início da Pandemia no território municipal, já que o equipamento está instalado fora da unidade, foi inaugurada a Tenda Quietude. A unidade foi estruturada com alas adulta e infantil, salas de medicação, soroterapia, observação, consultórios, ampla sala de recepção e unidade semi-intensiva, destinada a cuidados intensos, bem como suporte diagnóstico laboratorial e de raios-x (o que agilizou a entrega de resultados desse exame, facilitando a operacionalização do fluxo regulatório de enfrentamento da Pandemia.

Também, somando-se aos leitos de média complexidade reservados no Hospital Irmã Dulce, foram investidos outros 188 leitos clínicos montados nos dois Hospitais de Campanha COVID19 planejados no Plano Municipal de Contingência da Pandemia de Importância Internacional por COVID19: 100 leitos no Ginásio Falcão e 88 leitos no Ginásio Rodrigoão.

Precocemente, em seu Plano de Contingência à Pandemia, o município proporcionou o ambiente institucional adequado a execução do plano através do Decreto nº 6928/20, que declarou a situação de calamidade pública e definiu a disposição de medidas adicionais, de caráter emergencial para enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus (COVID-19) em complemento as ações temporárias previstas no Decreto nº 6.922, de 16 de março de 2020.

O município criou um Boletim público diário junto ao endereço eletrônico da municipalidade, de sorte a garantir informações educacionais e a evolução da Pandemia a sua população. Inaugurou também uma iniciativa sofisticada chamada “Acolhe PG”, central telefônica com troncos 162 e (13) 496-2281, contando com uma estrutura informatizada com 40 funcionários, funcionando das 8h às 20h, que proporcionou mais de 150 mil ligações de monitoramento de pacientes com COVID19 em 2020, conferindo conforto e coordenação do cuidado à população assistida.

Buscando as melhores evidências científicas para uma ação baseada em evidências, o município instituiu um Comitê Técnico composto por médicos,



fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos, diretores e gestores. O grupo de trabalho reuniu profissionais dos mais diversos níveis de atenção em saúde, como Atenção Básica, Pronto-Socorro, Especialidades Médicas e SAMU, provenientes da Rede Municipal e do Hospital de Referência para covid-19, o Complexo Hospitalar Irmã Dulce e, segunda as palavras do Titular da Pasta, o secretário de Saúde Pública Cleber Suckow Nogueira, “Os profissionais, em sua maioria, também acadêmicos da área da saúde, ligados a faculdades e universidades da região, vão buscar referências em assistência e tratamento dos pacientes com covid-19”.

Desta forma, precocemente a inserção do novo Coronavírus na Baixada Santista, o município mereceu destaque em âmbito regional e nacional pelo enfrentamento que proporcionou à Pandemia. Em âmbito nacional, foi citado por grandes veículos de imprensa pela estratégia que adotou na priorização de utilizar sua cobertura diferenciada com mais de 100 equipes de Estratégia de Saúde da Família da Atenção Básica no acolhimento das Síndromes Gripais Agudas, enquanto a maior parte dos municípios fechou suas unidades para essa modalidade de atendimento, influenciado importantes pensadores nas diversas esferas interfederativas. Em âmbito regional, demonstrou ter proporcionado uma gestão custo-efetiva na operacionalização do fluxo regulatório municipal entre Atenção Básica, prontos-socorros, Hospitais de Campanha e componente hospitalar (leitos de média e UTI do Complexo Hospitalar Irmã Dulce), proporcionando uma quantidade de leitos acima da média com menor custo e melhor resultado em alguns indicadores de saúde.

O Relatório Anual de Gestão 2020 descreveu, de forma detalhada, o resultado das ações da Secretaria de Saúde Pública para o cumprimento das metas estabelecidas na respectiva Programação Anual de Saúde (PAS 2020) no que tange ao enfrentamento da Pandemia.

Atendendo-se aos ditames estabelecidos pela NOTA TÉCNICA N° 7/2020 – CGFIP/DGIP/SE/MS e buscando adequar e promover a inclusão, junto à Programação Anual de Saúde 2020, das metas e ações necessárias ao Enfrentamento da Pandemia, foi inserido o objetivo n° 2 da Diretriz n° III (Vigilância em Saúde).



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) elevou a classificação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) para pandemia, em 11 de março de 2020, o município de Praia Grande já havia autuado o Processo Administrativo n°. 2592, de 27 de janeiro de 2020, o qual – através de dezenas de volumes em mais de 10 anexos – abrigou o Plano de Contingência para a Pandemia no município.

Precocemente, nos primeiros meses de 2020, junto ao Plano de Contingência para COVID19, coordenado pelo Departamento de Vigilância em Saúde, instituiu-se a busca pelas evidências da literatura disponíveis, que norteasse o adequado dimensionamento da infraestrutura de capital humano, insumos e medicamentos, exames diagnósticos, rede informatizada de comunicação/Boletim Técnico Diário e estrutura de serviços da rede urgência e emergência e componente hospitalar – na forma de leitos de média complexidade em hospitais de campanha e complementares de UTI no Complexo Hospitalar Irmã Dulce - compatíveis com as necessidades futuras da população.

Este período inicial foi marcado por grandes lacunas no conhecimento técnico sobre o novo coronavírus pela Humanidade. A literatura apontava um tempo de duplicação de 7,31 dias (I.C. 95% [6,26-9,66]), segundo o StatPearls Publishing LLC® da National Center for Biotechnology Information, US. National Library of Medicine, em análise de 08 de março de 2020 e a experiência Chinesa inicial em Wuhan revelava uma infecção caracterizada por um quadro clínico de Síndrome Respiratória Aguda de espectro clínico entre assintomático ou com doença leve (86%), até a evolução com casos severos (14%) e críticos (5%), intervalo até aparecimento de dispneia de 8 dias [5;13], incidência similar entre gêneros (56% dos casos no sexo masculino) e atingindo predominantemente uma faixa etária de 15 a 89 anos (média de 59 anos) com uma taxa de letalidade geral de 2,3% .

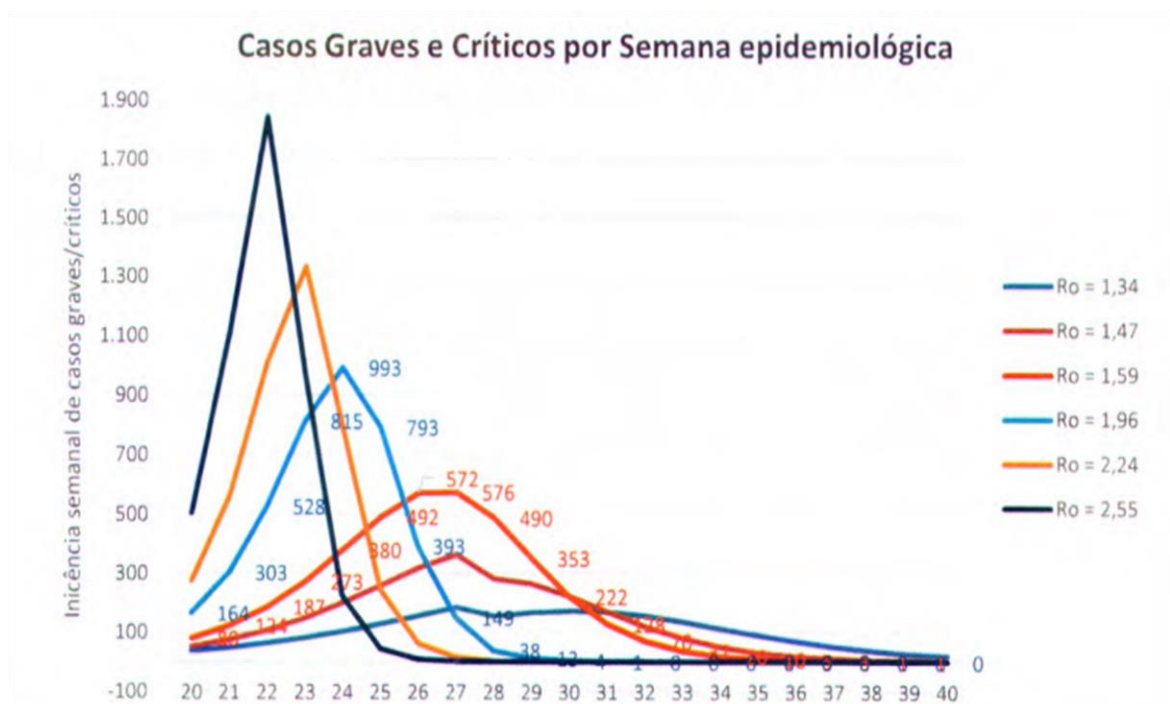
Internações de Média e Alta Complexidade: competências março e abril de 2020		
	Internações Executadas*	Internações previstas
Média Complexidade	53	Média = 41,4 I.C. 95% [10,4 - 107,5]
UTI Tipo II	14	Média = 14,8 I.C. 95% [3,7 - 38,4]

Fonte: SIHD e Memorando n°. 009/2020- SESAP10.3, de 13 de março de 2020.



Durante as competências março e abril/2020, entre as semanas epidemiológicas 14 a 18, a municipalidade testemunhou a inserção do novo vírus na comunidade de Praia Grande e a ocorrência de 53 internações de casos graves confirmados com a doença (CID: 13.34.2) em leitos de média complexidade e 14 internações em leitos complementares de UTI II adulto.

No que tange ao dimensionamento inicial de leitos hospitalares para o enfrentamento da Pandemia pactuados, o município norteou-se pelos apontamentos encontrados da literatura médica, há época, cuja estimativa de número de casos graves e críticos constitui-se elemento fundamental para a tomada de decisão de políticas públicas, sendo as aparentes contradições das informações oficiais em todo o Mundo um grave fator potencial de distorções em investimentos e alocação de serviços de saúde, sujeitando as estimativas à imprecisão inerente aos parâmetros arbitrados de predição.



Fonte: Memorando nº. 017/2020-SESAP 10.3, de 15 de maio de 2020.

Norteando-se pela literatura disponível referente ao número reprodutivo Básico (Ro) viral, sugeridos entre 2,24 [I.C.95%: 1,96 - 2,55] por prévios estudos ,



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

a estimativas mais conservadoras de 1,47 [I.C.95%: 1,34 - 1,59], como no repercutido estudo posterior sobre a Pandemia por SARS-CoV-2 no Brasil, executado pelo Imperial College COVID-19 Response Team (2020), bem como a prevalência de infectados nas enquetes sorológicas protagonizadas pelo pesquisador Marcos Montani Caseiro, no Estudo EPICOBs na Baixada Santista de São Paulo, o município estimou um cume de incidência de internações de graves e críticos de aproximadamente 576 a 993 pacientes/dia/semana entre as semanas epidemiológicas 23 a 28, caso as medidas de distanciamento social não fossem bem sucedidas e adequadamente aderidas pela população. Frente a tais estimadores, o município de Praia Grande precisaria proporcionar a sua população um cenário de média complexidade de aproximadamente 159 [IC95%: 86-237] leitos de média complexidade e 52 [IC95%: 28-77] leitos de UTI durante o período entre maio e junho/2020.

R₀	Parâmetro	N° estimado de internações (60 dias)	Média de Permanência (dias)	Leitos estimados (60 dias)
1,47 I.C.95%: [1,34; 1,59]	Média Complexidade	1.902 [1.028; 2.848]	5	159 [86; 237]
	UTI	222 [120; 329]	14	52 [28; 77]
2,24 I.C.95%: [1,96; 2,55]	Média Complexidade	4.530 [4.341; 4.542]	5	378 [362; 379]
	UTI	503 [484; 505]	14	117 [113; 118]

Fonte: Memorando nº 017, de 15 de maio de 2020.

Neste período inicial, o município deflagrou grandes ações para enfrentamento da Pandemia, (1) criando o ambiente institucional adequado através do Decreto Municipal nº. 6.922, de 16 de março de 2020, (2) mobilizando a Atenção Básica através do Plano de Contingência, Ações de Educação Permanente em Saúde e do manual de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde municipal; (3) instituindo um Comitê Técnico Multiprofissional e Intersetorial que buscasse as melhores evidências científicas para uma ação baseada em evidências; (4) minimizando a contaminação cruzada dentro do PS

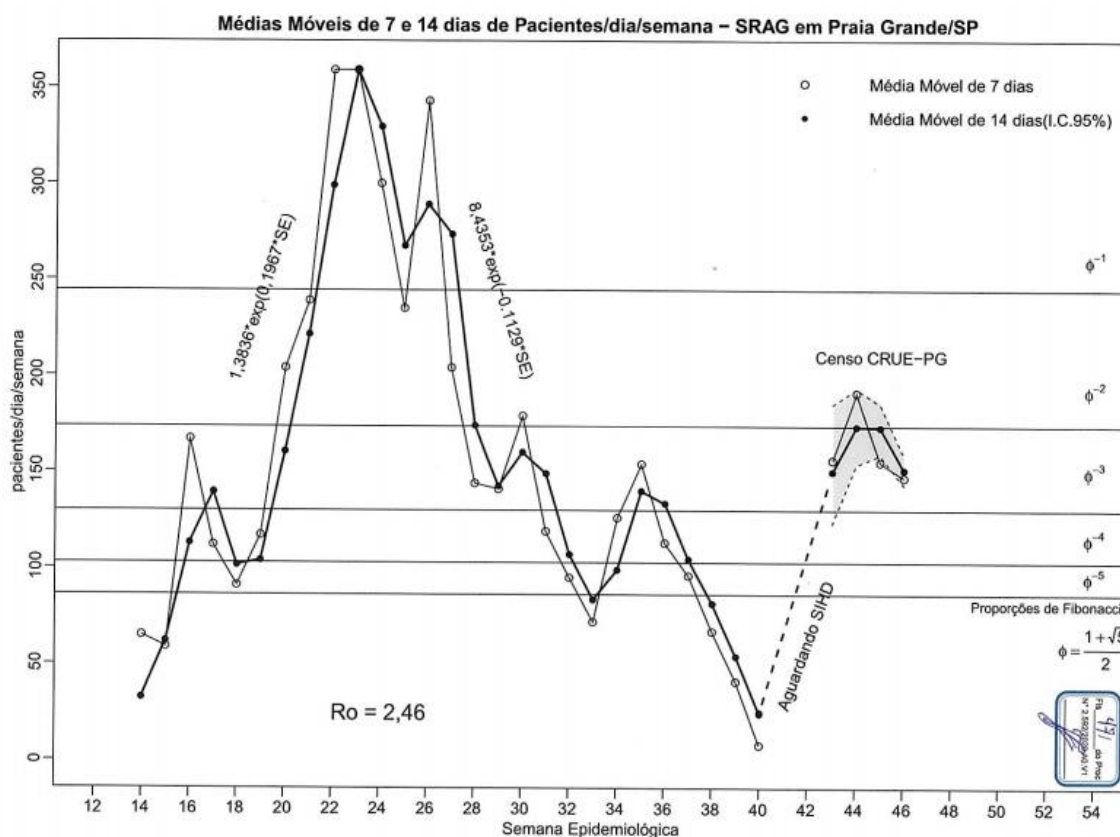


Quietude através de estrutura externa anexa com suporte diagnóstico e leitos para operacionalizar a estratificação de risco dos pacientes e a distribuição de leitos, conforme o Protocolo e fluxo Regulatório municipal (Tenda Quietude); (5) criando um Boletim público diário junto ao endereço eletrônico da municipalidade, de sorte a garantir informações educacionais e a evolução da Pandemia a sua população; (6) inaugurando sofisticada estrutura chamada “Acolhe PG”, central telefônica com troncos 162 e (13) 496-2281, para monitoramento de pacientes com COVID19, conferindo conforto e coordenação do cuidado à população assistida; (7) garantindo a aquisição de exames diagnósticos (moleculares, como o RT-PCR e imunológicos, como as sorologias); (8) bem como de medicamentos, insumos e materiais de proteção individual e coletiva; (9) construindo 188 leitos clínicos montados em dois Hospitais de Campanha COVID19 (100 leitos no Ginásio Falcão e 88 leitos no Ginásio Rodrigão) e (10) operacionalizando 40 leitos de média complexidade e construindo 30 novos leitos de UTI Adulto COVID19 no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, para atendimento de pacientes graves com comorbidades e pacientes críticos, que – somados aos leitos de UTI COVID19 da saúde suplementar (Casa de Saúde de Santos em Praia Grande) e os leitos de média complexidade e UTI infantil do convênio municipal com o Estado de São Paulo – compuseram a pactuação Interfederativa de 233 leitos de média complexidade e 56 leitos de UTI para enfrentamento da Pandemia no município e região junto a Ata da Comissão Intergestores Regional, de 26/03/2020 e a Deliberação CIB nº 29, de 24/04/2020 (Nº. 80 DOE - 25/04/20 - seção 1 - p.15), oportunamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

A evolução da Pandemia em 2020, frente às medidas administrativa adotadas, atrelada ao sentimento difuso de medo da população a um novo vírus desconhecido e a precoce instituição de lockdown em São Paulo, através da quarentena instituída pelo Decreto Estadual nº 64.881, de 22 de março de 2020, com adequada adesão da maior parte dos setores econômicos empregadores, possibilitou que o município vivenciasse um número de pacientes graves e críticos semanais abaixo do potencial estimado.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo



Fonte: Memorando nº 039, de 13 de novembro de 2020.

O período mais intenso de variação da velocidade de reprodução viral foi entre a semana 18 a 34 ($R_0 = 2,4$), atingindo-se o cume de 359 pacientes/dia/semana entre as semanas 22 e 23 de 2020, para um intervalo de cume estimado entre 572 a 993 pacientes/dia/semana. Quando se considera o período de 60 dias, junto ao Memorando n.º. 017/2020-SESAP10.3 (compreendido entre 02/05/2020, no início da semana 18, ao dia 04/07/2020, no final da semana epidemiológica 27), constatou-se um total acumulado de 2.451 pacientes/dia/semana para um total estimado – entre graves e críticos – de 2.124 (1.902+222) [I.C95%: 1.148 – 3.177].

Semana Epidemiológica	n.º. de pacientes/dia/semana em leitos de média complexidade e UTI na Rede municipal
18	91
19	117



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

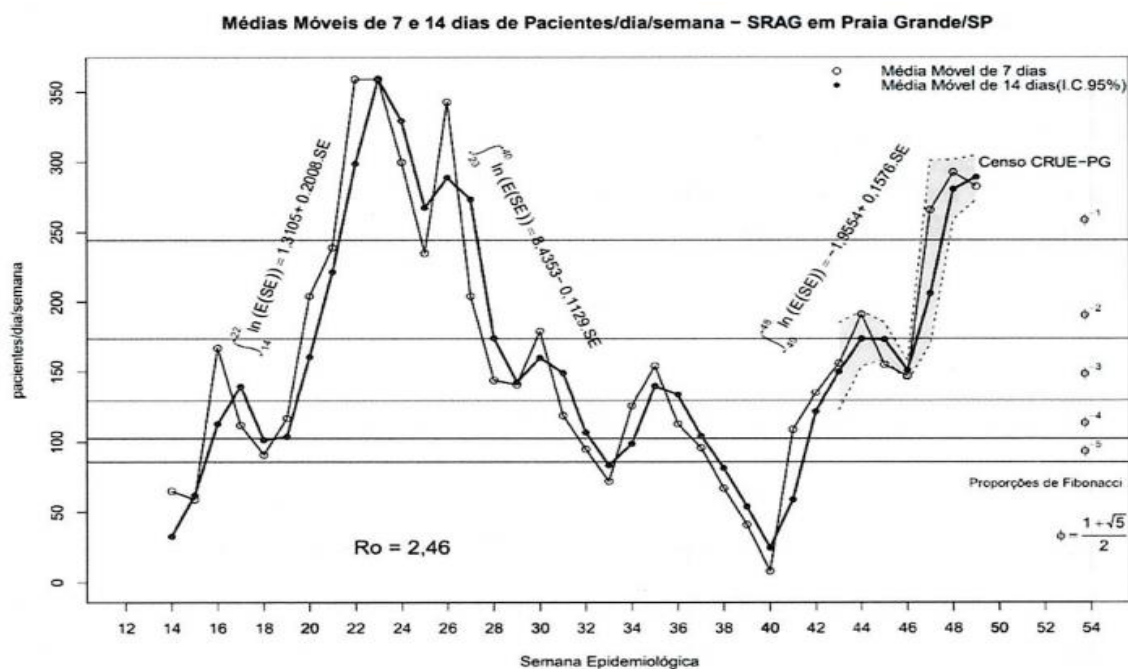
20	204
21	239
22	359
23	359
24	300
25	235
26	343
27	204
Densidade de incidência em 14 semanas	2.451

Fonte: Memorando n° 039, de 13 de novembro de 2020.

No início de novembro, conforme apontado no Memorando n°. 039/2020-SESAP10.3, já se assistia um processo de crescente desvalorização das medidas de distanciamento pela população e uma pressão política para a retomada das atividades econômicas, tendo o Estado publicado a Resolução SS 131, de 09-10-2020, que instituiu, no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o Grupo Técnico Estratégico - GTE, para propor medidas visando à implantação e execução do Plano de Readequação de leitos de assistência à Covid-19 e retomada das atividades assistenciais eletivas no Estado de São Paulo, deflagrando-se a desmobilização de leitos COVID19 e retorno das atividades ambulatoriais e cirúrgicas eletivas, culminando em uma progressiva retomada na incidência de pacientes graves e críticos.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande Estado de São Paulo



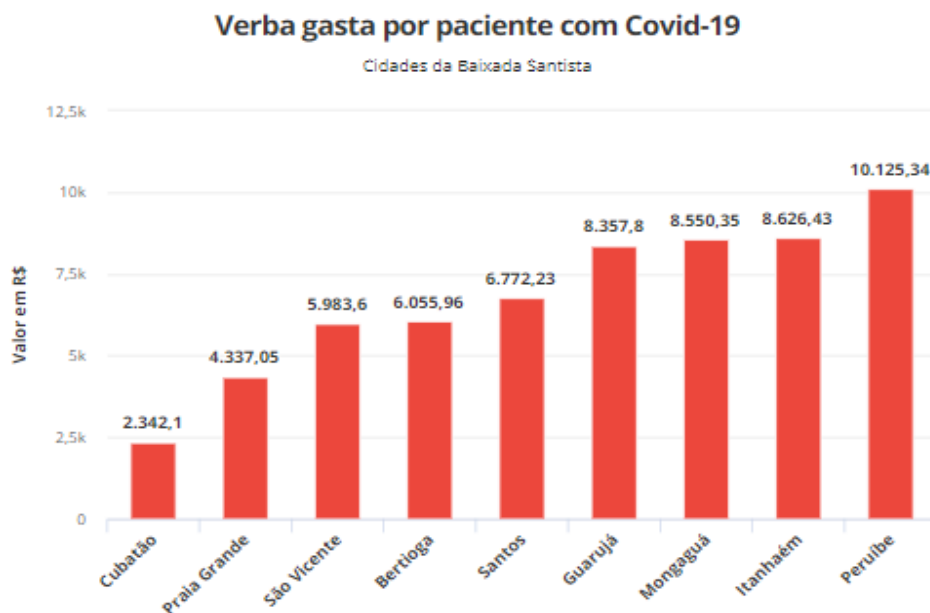
Fonte: Ofício nº 737/SESAP10, de 08 de dezembro de 2020.

Percebendo precocemente a retomada da incidência de casos, no que ficou conhecido posteriormente como “segunda onda”, o município de Praia Grande promoveu reiterados ofícios buscando novamente a habilitação dos leitos de UTI existentes e abertura de novos entre outubro e dezembro, alertando o Ministério da Saúde sobre o coeficiente angular de expansão exponencial entre as semanas 40 a 49 ($\int_{40}^{49} \ln(E(SE)) = -1,9554 + 0,1576.SE$). Finalmente, após a emissão das propostas SAIPS nº 132.170 (08/10/2020), nº. 132.882 (23/10/2020), 133.248 (06/11/2020), 133.667 (18/11/2020) e SAIPS nº. 134144 (Ofício nº. 706/2020 – SESAP10, de 24/11/2020), o Ministério da Saúde sinaliza, na forma de diligência, a possibilidade do município de ser contemplado, o qual efetivamente o foi, com a habilitação para custeio de 15 leitos de UTI Adulto, através da Portaria nº 3.576/GM/MS, de 18 de dezembro de 2020, em resposta ao Ofício nº 737/SESAP10, de 08 de dezembro de 2020.

A atenção ostensiva da cobertura de Atenção Básica como estratégia perene de acolhimento às síndromes gripais agudas conferiu ações custo-efetivas em relação à média dos municípios da região em 2020, com um dos menores gastos por paciente da região, mantendo a capacidade de financiamento com oferta



adequada de leitos, e medidas de planejamento necessárias aos indícios de possibilidade de uma segunda onda no cenário nacional.



Fonte: Tribunal de Contas do Estado

Apesar dos esforços da municipalidade, as festas de final de ano trouxeram um platô de internações de pacientes graves e críticos, com uma incidência entre 260 a 290 pacientes/dia/semana junto aos leitos municipais de média complexidade e UTI, tendo atingido um repique médio não sustentado de 302 pacientes/dia/semana, 14 dias após as festividades de Véspera de Ano Novo (2020/2021).

Temendo um novo aumento da incidência de casos com a proximidade do Carnaval na semana epidemiológica 07, o Governador do Estado de São Paulo, Sr. João Agripino da Costa Dória Júnior suspendeu os pontos facultativos de Carnaval, colocando o Estado em fase vermelha.

Sendo a principal fonte de turismo litorâneo para a Baixada Santista, o município de São Paulo também aderiu a suspensão de Carnaval através do Decreto Municipal nº 60.060, de 29 de janeiro de 2021.



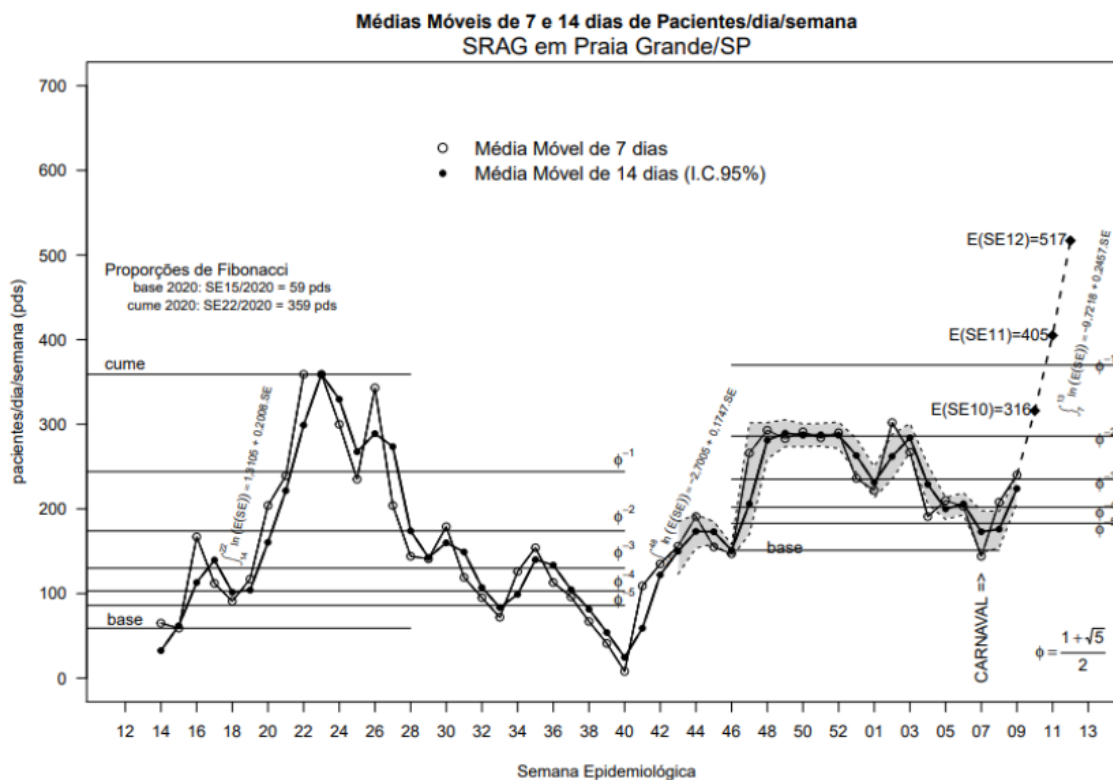
Imagem mostra movimento intenso na faixa de areia de Praia Grande ()

Fonte: atribuna.com.br, de 16/02/2021.

Todavia, apesar dos esforços interfederativos e ações dos prefeitos da Baixada Santista para orientar adesão ao uso de máscara e distanciamento social, observou-se grande movimento de banhistas nas Praias do Litoral Sul paulista, observando-se uma retomada no número de casos graves e críticos nas duas semanas epidemiológicas subsequentes, de 7 a 9, com uma velocidade de expansão de $\int_{07}^{09} \ln(E(SE)) = -9,7218 + 0,2457.SE$, implicando em uma projeção estimada de 405 a 517 pacientes/dia/semana entre as semanas epidemiológicas 11 e 12.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo



Fonte: SESAP10.3 – Subsecretaria de Planejamento em Saúde.

Essa projeção foi apresentada por Sua Excelência a Prefeita Sra. Raquel Auxiliadora Chini, durante evento na Câmara Municipal, em 04 de março de 2021, contando com o apoio do Poder Legislativo, onde foi deliberada a manutenção da fase vermelha no município e a decisão de ampliação do número de leitos complementares de UTI adulta para enfrentamento do que foi caracterizado posteriormente como “segunda onda” através da aquisição de novos 30 ventiladores pulmonares e ampliação de 30 para 60 leitos de UTI adulto COVID19.



Praia Grande recebe respiradores e monitores cardíacos para abrir mais 30 leitos de UTI para Covid-19

Equipamentos possibilitarão a abertura de 30 leitos de UTI para Covid-19 no Hospital Irmã Dulce. Atualmente, todos os leitos de UTI estão ocupados.

Por G1 Santos

27/03/2021 09h28 - Atualizado há 4 dias



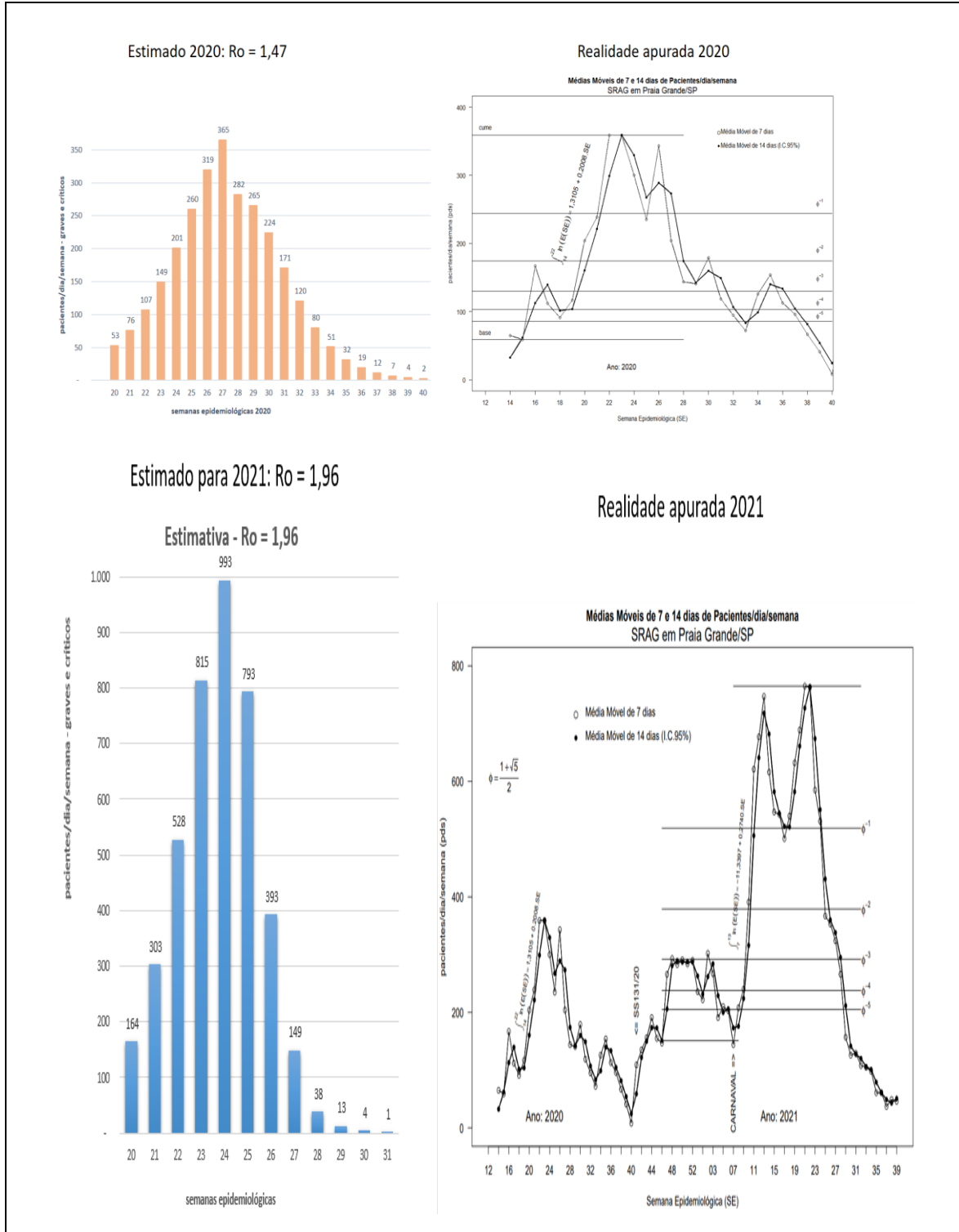
Fonte: G1 Santos, 27 de março de 2021.

Assim, quando se deflagrou as oficinas de elaboração do Relatório Anual de Gestão 2020, entre 24 de fevereiro a 15 de março de 2021, coincidindo com as semanas epidemiológicas 09 e 10 de 2021, o município já havia identificado a retomada do aumento no número de pacientes graves e críticos a uma velocidade de $\int_{07}^{09} \ln(E(SE)) = 17,6543 + 0,3756 \cdot SE$, após festividades de carnaval, o que implicou em esforços da gestão municipal no enfrentamento desta “segunda onda”.

Vivenciando a disseminação das variantes Zeta (P.2) e Delta (B.1.617.2) e a progressiva perda da adesão às medidas mais restritivas de distanciamento social, o município de Praia Grande assistiu ao pleno potencial de reprodução viral apontados pelo estudo do National Center for Biotechnology Information, (Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, et al, 2020) com R_0 em 2,24 [I.C.95%: 1,96 – 2,55],



atingindo um cume de aproximadamente 800 pacientes/dia/semana entre as semanas 21 e 22 de 2021.



Fonte: 10ª. Conferência Municipal de Saúde.



A preparação da capacidade instalada de leitos clínicos e complementares de UTI destinados ao enfrentamento da Pandemia em um cenário estimado de CUME de 993 pacientes/dia/semana, com expansão de 40 para 100 leitos complementares no Complexo Hospitalar Municipal, bem como de novos leitos clínicos em hospital de campanha, possibilitou ao município ofertar um acesso diferenciado em relação aos parâmetros médios regionais.

Esse acesso refletiu-se positivamente quanto ao desfecho duro de razão de mortalidade específica em relação aos demais Entes Federativos no Estado, algo prejudicado posteriormente pelo avanço da demanda espontânea proveniente de municípios vizinhos, mas também na melhora de parâmetros assistenciais.

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce estabeleceu-se como a maior oferta de diária de UTI na Baixada Santista durante o período crítico da pandemia junto ao primeiro semestre de 2021, sendo destino de acesso a leitos complementares para todo a região.

Hospital SP (CNES) – jan/2020 a jul/2021	Diárias de UTI
2716097 COMPLEXO HOSPITALAR IRMA DULCE O S S	5.761
6998704 COMPLEXO HOSPITALAR DOS ESTIVADORES	5.333
0104795 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 HOSPITAL VITORIA	4.872
2025752 SANTA CASA DE SANTOS	4.694
2079720 HOSPITAL GUILHERME ALVARO SANTOS	3.466
2754843 HOSPITAL SANTO AMARO	3.344
3021378 HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO VICENTE	2.980
7544529 INST DE INFECT EMILIO RIBAS II BAIXADA SANTISTA	2.570
2087804 HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN DE ITANHAEM	1.962
2078473 HOSPITAL DR LUIZ CAMARGO DA FONSECA E SILVA	1.943
2080354 HOSPITAL SANTO ANTONIO SANTOS	961
2042894 SECAO PRONTO SOCORRO CENTRAL SEPROS C	901
2698471 SECAO HOSPITAL MUNICIPAL DR ARTHUR D. PINTO	670
2083272 HOSPITAL MUNICIPAL DE BERTIOGA	190

Fonte: DATASUS/SIH.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Também na oferta de leitos hospitalares de média complexidade o município de Praia Grande destacou-se, tendo seu Hospital de Campanha Falcão e Complexo Hospitalar Irmã Dulce, posicionando-se entre as três maiores ofertas de internação hospitalar de síndromes gripais agudas moderadas e graves entre os equipamentos da Baixada Santista.

Hospital SP (CNES) – jan/2020 a jul/2021	Internações
0105589 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 FALCAO	1.724
0104795 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 HOSPITAL VITORIA	1.618
2716097 COMPLEXO HOSPITALAR IRMA DULCE O S S	1.314
3021378 HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO VICENTE	1.298
6998704 COMPLEXO HOSPITALAR DOS ESTIVADORES	1.130
2025752 SANTA CASA DE SANTOS	939
2087804 HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN DE ITANHAEM	753
2078473 HOSPITAL DR LUIZ CAMARGO DA FONSECA E SILVA	655
2079720 HOSPITAL GUILHERME ALVARO SANTOS	630
2754843 HOSPITAL SANTO AMARO	497
2083272 HOSPITAL MUNICIPAL DE BERTIOGA	405
7544529 INST DE INFECT EMILIO RIBAS II BAIXADA SANTISTA	400
0102792 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 UPA CENTRAL	395
0102806 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 UPA ZONA LESTE	285
2698471 SECAO HOSPITAL MUNICIPAL DR ARTHUR D. PINTO	231
2042894 SECAO PRONTO SOCORRO CENTRAL SEPROS C	154
2080354 HOSPITAL SANTO ANTONIO SANTOS	145
0102571 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 AFIP	115
0179914 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 SV CONTINENTAL	40
2698463 SECAO HOSPITAL E MATERN. MUNICIPAL DR S. FONTES	3
2024438 HOSPITAL E MATERN. DR ADONIRAN C. C. MONGAGUA	2

Fonte: DATASUS/SIH.

As ações do Plano Municipal de Contingência à Pandemia de Importância Internacional por COVID19, em sua estratégia de predição e deflagração de ações para adequado dimensionamento entre a oferta de leitos de média complexidade e leitos de UTI no reconhecimento precoce de evolução de pacientes graves para críticos proporcionou a menor razão de mortalidade específica por 1.000 internações entre os hospitais de campanha da Baixada Santista.



Hospitais de Campanha COVID19 jan/2020 a jul/2021	Mortalidade/ 1.000 internações
0179914 Hospital de Campanha Covid 19 SV Continental	350
0104795 Hospital de Campanha Covid 19 Hospital Vitoria	244
0102792 Hospital de Campanha Covid 19 Upa Central	159
0102806 Hospital de Campanha Covid 19 Upa Zona Leste	98
0102571 Hospital de Campanha Covid 19 AFIP	70
0105589 Hospital de Campanha Covid 19 Falcão	19

Fonte: DATASUS/SIH.

Com o arrefecimento da incidência semanal de pacientes graves e críticos, a partir da segunda quinzena de junho de 2021, e a realização da 10ª. Conferência municipal de Saúde, em 31/07/2021, houve o estabelecimento de cenário epidemiológico e institucional para a construção da proposta de retomada das atividades não COVID junto ao novo Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025.

Este Plano Municipal de Saúde 2022-2025 compila a bem-sucedida estratégia municipal de enfrentamento da Pandemia de Importância Internacional por COVID19 e as propostas da Gestão Municipal e anseios da população praiagrandense – junto à 10ª. Conferência Municipal de Saúde ocorrida em 31/07/2021 – para a retomada das atividades não COVID nos próximos quatro anos, conforme o histórico de zelo e de compromisso com a saúde, que caracterizam os atos da administração municipal.



3.3. Considerações Finais

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 estabelece as diretrizes específicas e as metas da ação municipal de curto, médio e longo prazo, em observância aos anseios da sociedade praiagrandense, conforme conferências da saúde registradas nos artigos 28º e 29º do Plano Diretor da Estância Balneária de Praia Grande para o período 2017 a 2026, junto a Lei Complementar Municipal nº. 727, de 16 de dezembro de 2016 (Praia Grande, 2016) e as propostas aprovadas na 10ª. Conferência Municipal de Saúde, de 31 de julho de 2021.

Como principais marcos do presente plano, destacam-se as ações de consolidação para a manutenção da conquista de uma cobertura de 100% de Atenção Básica e a estruturação das redes de atenção à saúde no setor ambulatorial e hospitalar do município, bem como o fortalecimento de uma efetiva política de Educação Permanente em Saúde, em defesa da integralidade e qualidade do acesso em saúde e a valorização do capital humano da rede de saúde municipal.

Entre os grandes desafios para a operacionalização do presente plano, figuram-se uma grave crise financeira no cenário nacional, que culminou na adoção de um teto de gastos definido pela Emenda Constitucional nº 95/2016, e a descontinuidade de financiamento de diversas políticas públicas e o enfraquecimento de medidas de controle de vetores e cobertura vacinal, com recrudescimento de doenças infecciosas tradicionais previamente controladas – como sarampo, dengue, febre amarela, sífilis e tuberculose – além do surgimento de novas, como Zika e Chikungunya. (JUNIOR et al, 2015; OLIVEIRA et al, 2019; MARIANO, 2017; SANTOS et al, 2019; WALDMAN; SATO, 2016), o que implicará em adequações no texto do presente Plano de Saúde ao longo das Programações Anuais de Saúde 2022 a 2025 e análise de cenário de longo prazo junto ao novo Plano Diretor municipal 2027-2036.

Desta feita, o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 mantém as características desenvolvimentistas da arrojada e pujante Gestão Municipal, que pela qualidade administrativa, figura o município no patamar de alta efetividade em saúde.



Referências Bibliográficas

BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J. T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.2, pp. 295-304.

BERNARDO, W. Diretrizes clínicas baseadas em evidência. In: *A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil* / organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2009. p. 132.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil* / organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2009a. p. 132.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 02, de 16 de agosto de 2017. Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 ago. 2016. Seção 1, p. 23. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=29/08/2016>>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Manual de implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 27 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007a. 174 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10). ISBN 978-85-89545-18-19788589545181.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do Trabalho e da Educação Permanente / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011b. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde (CTIIS). *Nota Técnica nº.6 de 25 de julho de 2006. Relatório da Oficina de Trabalho do CONASS para Regulação de Acesso*. Brasília: CONASS, 2006a. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2016-06.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47. 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF). 2006b 23 fev.; Seção 1:43.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM Nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF). 2008 04 ago.; Seção 1:48.2008b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 27 Ago. 2017.



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção 1, p. 69. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013. Seção 1, p. 60. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 2011. Seção 1, p. 79. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção Suplemento, p. 01. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 100 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1).

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/01/2012&jornal=1&pagina=2&totalArquivo=88>>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1.990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 4. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=4&data=31/12/1990>>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

CASCELIA M, RAJNIK M, CUOMO A, et ai. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19) [Updated 2020 Mar 31. In: StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. Y. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: reflexões e desafios. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, vol.16, n.2, pp. 25-33.

IMPERIAL COLLEGE COVID-19 RESPONSE TEAM. Report 21: Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil [relatório na internet]. Londres; 2020 [acesso em 4 mai 2020]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-21-brazil/>

JÚNIOR, O. A. S.; GAFFNEY, C.; RIBEIRO, L. C. Q. Brasil: os impactos da Copa do Mundo 2014 e das Olimpíadas 2016. 1. ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2015.

LI O, GUAN X, WU P, WANG X, ZHOU L, TONG Y, et ai. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-infected Pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 2020 Jan 29; [PubMed].

LOUVISON, M.C.P. A Regulação em Saúde no SUS. In: Apresentação do 10º. Audhosp; Setembro 13-16, 2011; Águas de Lindóia, São Paulo; 2011, p. 13.

MARIANO, C.M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais* [online]. 2017, v. 4, n. 1, pp. 259-281. Disponível em: <<https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>>. Epub 15 Abr 2019. ISSN 2359-5639. <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>.

OLIVEIRA, G. B. *et al.* Cenário atual do sarampo no Brasil e influência da hesitação vacinal: revisão bibliográfica. *Anais VI JOIN / Brasil - Portugal*. Campina Grande: Realize Editora, 2019.

OLIVEIRA, R.R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2012 June [citado 27 ago 2017]; 46(3): 571-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>.

PRAIA GRANDE (Município/SP). Conselho Municipal de Saúde. Resolução COMUSA-PG nº. 013/2017, de 28 de março de 2017. Aprovar o Regimento, o Regulamento e a Programação Oficial da 9ª Conferência Municipal de Saúde abordará o Tema Central: “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas” e como eixo: “Direito do Povo Brasileiro”. 2017a. [citado 27 ago 2017]; Disponível em: < <http://www.praiagrande.sp.gov.br/> >

PRAIA GRANDE (Município/SP). Conselho Municipal de Saúde. Resolução COMUSA-PG nº. 031/2021, de 22 de setembro de 2021. Aprova as diretrizes, objetivos, metas e ações do Plano Municipal de Saúde 2022/2025. 2022a; Disponível em: < <http://www.praiagrande.sp.gov.br/> >

PRAIA GRANDE (Município/SP). Conselho Municipal de Saúde. Resolução COMUSA-PG nº. 045/2017, de 29 de agosto de 2017. Aprova o Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. [citado 27 ago 2017]; Disponível em: < <http://www.praiagrande.sp.gov.br/> > e Planejamento. Gráficos e dados estatísticos. Secretaria de Planejamento, 2014.

PRAIA GRANDE (Município/SP). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Secretaria Municipal de Governo. Processo Administrativo nº 7.298/2021. Decreto nº 7.266, de 01 de julho de



Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande
Estado de São Paulo

2021. "Convoca a realização da 10ª Conferência Municipal de Saúde Pública de Praia Grande, dispõe sobre a composição do Conselho Municipal de Saúde biênio 2021/2023, e adota demais providências". 2022b; Disponível em: <http://www.praiagrande.sp.gov.br/Administracao/leisdecretos_view.asp?codLeis=5389&Acao=busbu>.

PRAIA GRANDE (Município/SP). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Secretaria Municipal de Governo. Processo Administrativo nº 28.216/2010. Lei Complementar nº 913, de 01 de abril de 2022. Dispõe sobre a Estrutura Organizacional, Cargos e funções do quadro de pessoal da Administração Direta do Município da Estância Balneária de Praia Grande, transforma a autarquia Instituto de Previdência Municipal de Praia Grande – IPMPG em órgão da Administração Direta, cria o Fundo Previdenciário dos Servidores de Praia Grande - FPSPG e adota providências correlatas. 2022c. Disponível em: < <https://www.praiagrande.sp.gov.br/>>.

PRAIA GRANDE (Município/SP). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Secretaria Municipal de Governo. Processo Administrativo nº 30.030/2014. Lei Complementar nº 739, de 3 de julho de 2017. "Altera disposições da Lei Complementar nº 714, de 11 de dezembro de 2015, Lei Complementar 726 de 16 de dezembro de 2016, e Lei Complementar 735 de 08 de junho de 2017 e adota providências correlatas". 2017b. [citado 27 ago 2017]; Disponível em: <http://www.praiagrande.sp.gov.br/Administracao/leisdecretos_view.asp?codLeis=5389&Acao=busbu>.

SANTOS, G. E.O. et al . Impactos objetivos e percebidos da Copa do Mundo FIFA de 2014 no Brasil. El periplo sustentable, Toluca , n. 36, p. 295-324, jun. 2019.

_____. Secretaria de Saúde Pública. *Plano Municipal de Saúde – período 2010/2013*. Praia Grande: Secretaria de Saúde Pública, 2010.

_____. Secretaria de Saúde Pública. Programação Anual de Gestão – período 2014. Praia Grande: Secretaria de Saúde Pública, 2014. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>>. Acesso em 27 Ago. 2017.

_____. Secretaria de Saúde Pública. *Relatório Anual de gestão – período 2013*. Praia Grande: Secretaria de Saúde Pública, 2013. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>>. Acesso em 27 Ago. 2017.

VILARINS, G.C.M. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Comun. ciênc. Saúde*. 2010; 21(1): 81-4

WALDMAN, E. A.; SATO, A.P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Rev Saude Publica*, 2016.

WU Z, MCGOOGAN JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24; [PubMed]