



PMS 2022 – 2025



# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

## 2022 – 2025

### DOURADO





**PREFEITO**

**Gino José Torrezan**

**VICE-PREFEITA**

**Ângela Maria De Rosa Sciarretta**

**DIRETOR DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DANILO ELIAS**

**DIRETORA DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ZONÓSES E  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**THAÍS MUNHOZ CELESTINO**

**COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA**

**Nílvia Maria Munhoz**

**COORDENADORA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**Vânia Gastaldi Moreira**

**COORDENADORA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Renata Sordi de Lima**



**ELABORAÇÃO**

**Renata Sordi de Lima**

**COLABORAÇÃO**

**Elaine Aparecida Pirangelo Carlos**

**Cristiane Aparecida D'Angelo**

**Bruna Rogante**

**Silvia Helena Fiamengui**

**Nílvia Maria Munhoz**

**Luciana Magalhães**

**Naiara Seisdodos**

**Ana Paula Garbelini**

**Mayra Valencise**

**Priscila Panza**

**Thaís Munhoz Celestino**

**Giovana Prado**

**Ana Luiza Xavier Ribeiro**

**Ana Marta Antônio**



## ÍNDICE

	Página
APRESENTAÇÃO	05
1 - INTRODUÇÃO	06
2 - ESTRUTURA	08
3 – ANÁLISE SITUACIONAL	08
I – HISTÓRICO DO MUNICÍPIO	09
II – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS	10
II.1 – CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS	10
II.2 – ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	11
III – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	15
III.1 – POPULAÇÃO	15
III.2 – NATALIDADE	17
III.3 – MORBIDADE HOSPITALAR	18
III.4 – MORBIDADE POR DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	23
III.5 – MORTALIDADE	25
III.5.1 – OUTROS INDICADORES DE MORTALIDADE	27
III.6 – COBERTURAS VACINAIS	30
III.7 – INDICADORES SISPACTO	31
IV – ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE	34
IV.1 – REGIÃO DE SAÚDE	34
IV.2 – ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE – REGIÃO CORAÇÃO	35
IV.3 – ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE – MUNICÍPIO DE DOURADO	38
IV.3.1 – COMPOSIÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	39
IV.4 – FLUXOS DE ACESSO	45
IV.5 – RECURSOS FINANCEIROS	45
IV.6 – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	47
V – PRIORIDADES	47
4 – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES PARA REALIZAÇÃO DAS PRIORIDADES ELENCADAS	47
EIXO I – APERFEIÇOAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO E DA ATENÇÃO À SAÚDE	49
EIXO II – DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS E AÇÕES PARA SEGMENTOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO	52
EIXO III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE	56
EIXO IV – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO	60
EIXO V – ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO CORONAVIRUS (COVID-19)	62
5 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	64
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	66



## APRESENTAÇÃO

O PMS norteia todas as ações para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde (PAS), tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), com a participação e controle da comunidade por meio do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde. O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), se consolidando como instrumento de planejamento fundamental.

O PMS configura-se como base para execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde, contemplando todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da assistência.

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde - PMS 2022-2025 mobilizou diferentes áreas do Departamento Municipal de Saúde (Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Serviço Hospitalar, etc.) e os segmentos da sociedade civil representados no Conselho Municipal de Saúde, possibilitando a elaboração de um Plano com diferentes focos. Foi baseado em um alinhamento com as diretrizes nacionais e estaduais, a partir da identificação dos principais problemas e necessidades da população do município. O PMS estabelece as diretrizes e o conjunto de ações a serem executadas na área da saúde para os próximos quatro anos.

A construção e a finalização do presente plano se deu em meio ao enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), agravo de saúde mundial que trouxe desafios para a gestão da saúde no município de Dourado, no sentido de produzir ações rápidas e necessárias, bem como orientações para as ações em saúde e a pactuação entre os gestores. Além de fazer a gestão da crise junto aos profissionais que realizam a atenção à saúde aos usuários, também foi necessário atuar diretamente nos serviços de saúde sob a gestão do município. Assim, neste plano, são apresentadas as ações desenvolvidas pelo Departamento Municipal de Saúde de Dourado para o enfrentamento da COVID-19 em 2020/2021 e o planejamento das ações para o quadriênio 2020-2025.

O PMS 2022-2025 será revisado e atualizado levando-se em conta, o monitoramento e avaliação contínuos da situação de saúde da população através das Conferências de Saúde, Indicadores do Sispacto e demais Pactuações.



## 1 - INTRODUÇÃO

O processo de planejamento é estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, sua importância e potencialidade vêm sendo crescentemente reconhecidas, em especial nos últimos anos. Os avanços na construção do SUS são inegáveis, sendo que os desafios atuais exigem a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades do Sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores. Tais esforços devem se traduzir, na prática, na implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios, diretrizes e normativas que regem o SUS (PLANEJASUS, 2009).

O Pacto pela Saúde previa a constituição de um sistema de planejamento no SUS, “que deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão” e baseado nas necessidades de saúde da população (item 4 do anexo da Portaria MS/ GM 399/06). Este Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS) foi regulamentado pela Portaria MS/GM 3.085 de 01/09/2006. As Portarias MS/GM 3.332/06 e MS/GM 3.176/08 aprovaram orientações gerais acerca da elaboração, aplicação e fluxos de seus instrumentos básicos: Plano de Saúde, Programações Anuais e Relatórios Anuais de Gestão. Em 2009, publicou-se a Portaria MS/GM 2.751, que regulamentou a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do PLANEJASUS, do Pacto pela Saúde e do planejamento de governo, expresso no Plano Plurianual (PPA), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA).

Desde 2007, a elaboração e a execução do Plano Municipal de Saúde vêm ocorrendo em sintonia com a implantação do Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo, sendo que os processos são acordados na Comissão Intergestores Regionais e no Conselho Municipal de Saúde.

Segundo o componente Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde, na diretriz referente ao Planejamento e Programação, são responsabilidades sanitárias da esfera municipal:

- Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano Municipal de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- Todo município deve formular, no Plano Municipal de Saúde, a política municipal de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Todo município deve elaborar relatório de gestão anual a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- Todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica e vigilância em saúde conforme normas do Ministério da Saúde e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais existentes bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos.

O Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, quanto à organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à



saúde e a articulação interfederativa, em seu Capítulo III, DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE, estabelece que:

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1o O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2o A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3o O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

O Plano Municipal de saúde, Quadriênio 2018 a 2021, estabeleceu como principais desafios da política de saúde:

- O aperfeiçoamento da universalidade da atenção à saúde, da integralidade e equidade;
- Adequar a infraestrutura de toda a rede municipal de saúde;
- Envolvimento da comunidade nas tomadas de decisões e melhorias no sistema municipal de saúde.

A cada ano, foram elaboradas as Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão (2018, 2019, 2020 e 2021), com vistas à execução do Plano. Esse processo proporcionou aprendizado organizacional, embora se reconheça que ainda há muito o que melhorar.

O processo de construção do novo Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025 observou os marcos legais acima descritos e considerou preliminarmente:

- A análise situacional do município;
- Reuniões para levantamento de problemas com as equipes da SMS e com as equipes de governo (Prefeito);
- Avaliação preliminar sobre a execução do Plano 2018-2021;
- Prioridades nacionais, estaduais e regionais em saúde pactuadas em 2021 (SISPACTO) e;
- Os relatórios finais das Conferências Estadual (2019) e Municipal de Saúde (2019 e 2021).

Deve-se considerar, ainda, a inter-relação entre os instrumentos de planejamento no SUS, o Plano Plurianual (PPA) e projetos previstos no DMS/Do como o aprimoramento do planejamento.



## 2 - ESTRUTURA

Segundo o PLANEJASUS, o Plano compreende os momentos:

1. Análise situacional (identificação e priorização de problemas de saúde e de gestão);
2. Definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

Em conformidade com o Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006, os eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde são:

- As condições de saúde da população (concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde);
- Os determinantes e condicionantes de saúde (concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores além do setor saúde) e;
- A gestão em saúde (concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão da saúde, tais como: recursos humanos, participação social, infraestrutura, descentralização, regionalização, regulação).

**Definição dos Eixos:** nível estratégico - prioridades nacionais e responsabilidades sanitárias estabelecidas no Pacto pela Saúde, prioridades de governo, eixos temáticos das Conferências Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

**Diretrizes:** indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva sob a forma de um enunciado e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano.

**Objetivos:** expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. É importante destacar que a proposição de objetivos deve considerar as análises de viabilidade política, econômica e técnico-organizacional.

**Metas:** são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e quantificam “o que”, “para quem” e “quando”.

**Indicadores:** índices que refletem uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permitem medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.

## 3 – ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional permite a identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade para orientar a definição de prioridades. Deve abordar as condições de saúde, seus determinantes e aspectos da gestão do sistema de saúde.

A análise apresentada a seguir foi elaborada a partir dos temas contidos no Mapa da Saúde, conforme Portaria nº 2.135/13.





## I - Histórico do Município

O surgimento de Dourado e de outros municípios do interior paulista foi consequência de um movimento migratório surgido no início do século 19. À época, o estado de Minas Gerais passava por uma forte crise econômica em decorrência do declínio das minas de ouro e o cenário contribuía para o início da imigração. De acordo com relatos e registros históricos, o município de Brotas chamava mais a atenção dos migrantes mineiros. Foi nesse período que surgiu uma capela na Serra de Itaqueri, na região que pertencia Araraquara, conhecida como Fazenda Velha. Foi nessa localidade que começaram a se estabelecer as primeiras famílias mineiras. Mais adiante em outro local, conhecido como “Serra do Dourado”, foram chegando migrantes que utilizaram uma estrada aberta pelos bandeirantes. Eles construíram algumas choupanas, que deram origem a um pequeno burgo chamado Bebedouro.

Por volta de 1880, o capitão José Modesto de Abreu, doou uma gleba de terras incultas, situadas na “Serra do Dourado”, dando início à formação do povoado local, que recebeu o nome de São João Batista de Dourados. À José Modesto de Abreu, aliás, é creditada a fundação do que mais tarde seria o município de Dourado, por ter construído um rancho em suas terras situadas justamente na “Serra do Dourado”, em torno do qual deu-se início ao povoado. São João Batista de Dourados crescia e, naturalmente, com o passar do tempo adquiriu supremacia em relação a Bebedouro, que se transformou, por sua vez, num bairro da localidade principal. Em 1876 o povoado tornou Curato e depois, em 1891, foi elevado à condição de Distrito de Paz, quando passou a ser denominado de Dourado. Apenas seis anos depois, em 19 de maio de 1897, o então distrito de Brotas recebeu o título de município de Dourado.

Nessa época (de 1891 a 1897) a agricultura já exercia papel determinante na vida econômica do recém-criado município. Entretanto, em 1900 era inaugurada a Companhia de Estrada de Ferro do Dourado (Douradense), com sede na cidade de Dourado. A ferrovia teve seu apogeu concomitantemente à cultura de café, que ocupava em 1920 uma área de 5.902 hectares, o equivalente a 27,7% do território total, cujo cultivo era feito por 60% das propriedades de Dourado. A Companhia de Estrada de Ferro do Dourado atendia às cidades de Ribeirão Bonito, Boa Esperança do Sul, Bocaina, Bariri, Jaú, Borborema, Tabatinga, Gavião Peixoto, Nova Europa, Ibitinga, Itápolis e Trabiujú, dentre outras localidades, ultrapassando a extensão de 300 quilômetros de trilhos.

De 1900 até 1930 Dourado viveu seu apogeu, chegando a possuir aproximadamente 18.000 habitantes, e exercia relativa influência nas cidades que integravam a sua microrregião. Com a crise de 1929, começou a redução das áreas de café do município. As áreas foram aos poucos substituídas pela cultura do algodão e milho. Na década de 60 a estrada de ferro deixou de operar. Com esse fato, aliado à queda da cultura do café, Dourado, que já apresentava dificuldades para se manter no mesmo nível de desenvolvimento dos anos anteriores, sofre enorme impacto, que refletiu intensamente na sua situação socioeconômica.

Mesmo com essas fortes transformações, Dourado nunca chegou a exercer um papel de grande centro econômico regional, sempre conservou suas características de pequena cidade do interior. Hoje vivem em Dourado aproximadamente nove mil pessoas.



## II – Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

### II.1 – Condições Socio sanitárias

Dourado está localizado na Região Central do estado de São Paulo. É considerado o Centro Turístico e Geográfico do Estado. Graças a essa característica, Dourado apresenta uma certa equidistância em relação a importantes municípios paulistas e até mesmo estados. Por esse motivo, nenhuma cidade paulista apresenta distância superior a 431 quilômetros.

**Limites à Norte:** Ribeirão Bonito e Trabijú. **À Sul:** Dois Córregos. **À Leste:** Brotas. **À Oeste:** Jaú, Bocaina e Boa Esperança do Sul.

**Relevo:** Montanhoso. **Vegetação:** Cerrado. **Altitude:** 699 metros do nível do mar.

**Temperatura média:** 35°C no verão; 22°C no outono; 19°C no Inverno e 27°C na primavera.

**Economia:** Agricultura, pecuária, avicultura e comércio.

**Características Edafoclimáticas:** Dourado está localizado em uma zona de clima quente, com temperaturas anuais médias em torno de 20°C. De acordo com a carta de solos semi-detalhada da quadrícula de Brotas, os tipos de solos por ordem de importância são: latossolo vermelho amarelo, latossolo vermelho escuro e roxo, terra roxa estruturada, podzolizado vermelho e areias quartzozas profundas.

**Hidrografia:** A hidrografia em Dourado é considerada rica. Em suas divisas e em seu interior são encontrados os seguintes recursos hidrográficos:

- Rio Jacaré-Pepira, que desemboca no Rio Tietê
- Ribeirão do Dourado
- Ribeirão do Potreiro
- Ribeirão Vermelho
- Ribeirão Bebedouro
- Córrego dos Melle, todos integrantes do Jacaré-Pepira.

**Fornecimento de energia elétrica:** Companhia Paulista de Força e Luz (CPFL)

**Saneamento:** Sabesp (Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo)

**Estradas:** Dourado é cortado pela Rodovia SP-215, interligando-o aos grandes centros. Fica a 48 quilômetros da Rodovia Washington Luiz. Além da SP-215, a cidade conta ainda com as seguintes estradas de categoria inferior:

- Dourado—Brotas: 28 quilômetros
- Dourado—Trabijú (via Fazenda Estrela): 8 quilômetros, quatro dos quais asfaltados
- Dourado—Rio Jacaré-Pepira: 7 quilômetros
- Dourado—Santa Clara—Trabijú: 14 quilômetros



**Transporte intermunicipal:** São Carlos, Araraquara, Jaú, Pederneiras, Bauru, Campinas, São Paulo, Ribeirão Bonito, Bocaina e Boa Esperança do Sul.

**Quadro 01:** Dados Populacionais do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.

Território e População	Ano	Dourado	R. G.	R. A.	Estado
Área (Km2)	2021	205,87	3.858,07	11.093,32	248.219,94
População	2021	8.410	413.724	1.028.148	44.892.912
Densidade Demográfica (Habitantes/km2)	2021	41,12	107,24	92,68	180,86
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População – 2010/2017 (Em % a.a.)	2021	-0,15	0,73	0,71	0,78
Grau de Urbanização (Em %)	2021	91,73	95,73	95,98	96,56
Índice de Envelhecimento (Em %)	2021	132,27	101,34	99,74	83,88
População com Menos de 15 Anos (Em %)	2021	15,85	17,11	17,19	18,77
População com 60 Anos e Mais (Em %)	2021	20,97	17,34	17,14	15,75
Razão de Sexos	2021	100,81	96,89	96,58	94,80

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/> (data da consulta: 25/08/2021)

## II.2 – Aspectos Socioeconômicos

**Quadro 02:** Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.

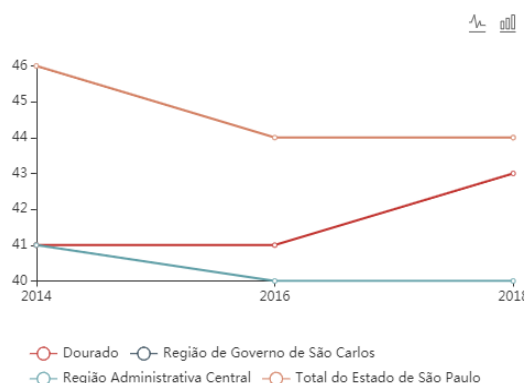
Condições de Vida	Ano	Dourado	R. G.	R. A.	Estado
IPRS – Dimensão Riqueza	2016	41	:::	40	44
	2018	43	:::	40	44
IPRS – Dimensão Longevidade	2016	73	:::	73	72
	2018	70	:::	74	72
IPRS – Dimensão Escolaridade	2016	51	:::	55	51
	2018	45	:::	58	53
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS	<b>Grupos Desiguais - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores em ambas as dimensões sociais</b>				

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/> (data da consulta: 25/08/2021)

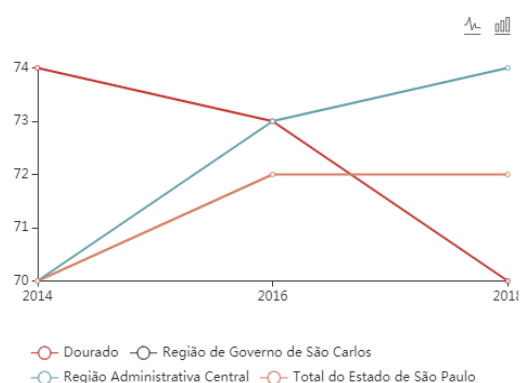
Nas edições de 2016 e 2018 do IPRS, Dourado classificou-se no Grupo dos Desiguais, que agrega os municípios com altos níveis de riqueza, bom indicador de longevidade e baixo indicador de escolaridade.



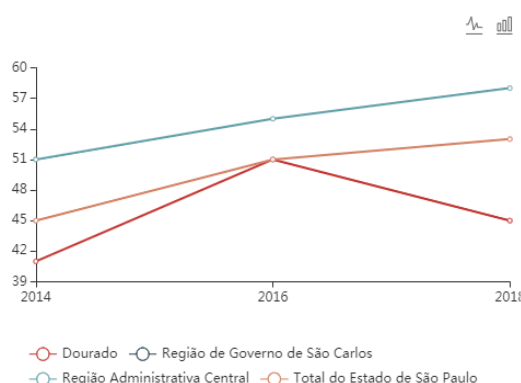
**Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza - 2014/2016/2018**



**Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade - 2014/2016/2018**



**Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade - 2014/2016/2018**



**Figura 01 – Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) – Dimensão Riqueza, Longevidade e Escolaridade.**

No âmbito do IPRS, o município teve seus indicadores agregados de longevidade e escolaridade decrescentes, em oposição ao melhor desempenho na riqueza. Do ponto de vista de indicadores sociais, os escores de longevidade e escolaridade caíram abaixo da média do Estado, em 2018.

**Quadro 03: Índice de Desenvolvimento Humano do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.**

Condições de Vida	Ano	Dourado	R. G.	R. A.	Estado
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM	2010	0,738	::	::	0,783
Renda per Capta (em reais correntes)	2010	621,72	804,74	754,69	853,75
Domicílios Particulares com Renda per Capita de até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2010	5,14	4,39	4,80	7,42
Domicílios Particulares com Renda per Capita de até 1/2 Salário Mínimo (Em %)	2010	15,29	14,00	15,05	18,86

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/> (data da consulta: 25/08/2021)



**Quadro 04:** Indicadores de Habitação e Infraestrutura do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.

Habitação e Infraestrutura Urbana	Ano	Dourado	R. G.	R. A.	Estado
Coleta de Lixo – Nível de Atendimento (Em %)	2010	99,96	99,86	99,85	99,66
Abastecimento de Água – Nível de Atendimento (Em %)	2010	99,31	99,62	99,50	97,91
Esgoto Sanitário – Nível de Atendimento (Em %)	2010	98,69	98,98	98,96	89,75

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/> (data da consulta: 25/08/2021)

**Quadro 05:** Indicadores de Educação do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.

Educação	Ano	Dourado	R. G.	R. A.	Estado
Taxa de Analfabetismo da População ≥ 15 Anos (Em %)	2010	7,76	4,70	5,36	4,33
População de 18 a 24 Anos c/ Ensino Médio Completo (Em %)	2010	60,99	:::	60,22	57,89

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/> (data da consulta: 25/08/2021)

**Quadro 06:** Indicadores de Emprego e Rendimento do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.

Emprego e Rendimento	Ano	Dourado	R. G.	R. A.	Estado
Participação dos Empregos Formais da Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	10,67	5,11	8,56	2,32
Participação dos Empregos Formais da Indústria no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	38,91	27,80	28,48	17,20
Participação dos Empregos Formais da Construção no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	0,47	3,41	3,43	4,20
Participação dos Empregos Formais do Comércio Atacadista e Varejista e do Comércio e Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	9,99	21,28	19,67	19,81
Participação dos Empregos Formais dos Serviços no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	39,96	42,40	39,86	56,48
Rendimento Médio dos Empregos Formais da Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura (Em reais correntes)	2019	2.220,57	1.995,61	1.951,07	2.085,74
Rendimento Médio dos Empregos Formais da Indústria (Em reais correntes)	2019	2.865,99	3.428,13	3.275,26	3.930,94



Rendimento Médio dos Empregos Formais da Construção (Em reais correntes)	2019	1.688,81	2.424,04	2.575,87	2.792,65
Rendimento Médio dos Empregos Formais do Comércio Atacadista e Varejista e do Comércio e Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas (Em reais correntes)	2019	1.931,92	2.011,19	2.003,27	2.683,51
Rendimento Médio dos Empregos Formais dos Serviços (Em reais correntes)	2019	2.046,79	3.719,34	3.167,03	3.781,97
Rendimento Médio do Total de Empregos Formais (Em reais correntes)	2019	2.371,29	3.144,95	2.847,41	3.510,79

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/> (data da consulta: 25/08/2021)

A Taxa de Analfabetismo no município de Dourado é bem maior que a da Região Administrativa Central, da Região de Governo de São Carlos e a do Estado. Entretanto, ao longo dos anos, esta taxa vem apresentando uma queda significativa (16,90 em 1991; 11,90 em 2000). A renda per capita está abaixo das regiões e do Estado, embora o percentual de domicílios com renda abaixo de 1/4 e 1/2 salário mínimo está abaixo do percentual do Estado, indicando uma melhor distribuição de renda no município de Dourado em comparação a média do Estado de São Paulo. A indústria e a prestação de serviços representam quase 70% dos empregos formais no município, o que condiz com um grau de urbanização de mais de 91%.

**Quadro 07:** Indicadores da Economia do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.

Economia	Ano	Dourado	R. G.	R. A.	Estado
Participação nas Exportações do Estado (Em %)	2016	0,000003	0,616561	5,207218	100,00
Participação da Agropecuária no Total do Valor Adicionado (Em %)	2015	3,17	2,49	3,39	1,62
Participação da Indústria no Total do Valor Adicionado (Em %)	2015	16,29	33,02	30,64	21,93
Participação dos Serviços no Total do Valor Adicionado (Em %)	2015	80,54	64,49	65,97	76,45
PIB (Em mil reais correntes)	2015	635.258,61	14.826.844,19	33.957.175,77	1.939.890.056,24
PIB per Capita (Em reais correntes)	2015	74.386,25	37.229,15	34.258,06	45.064,93
Participação no PIB do Estado (Em %)	2015	0,032747	0,764314	1,750469	100,000

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/> (data da consulta: 25/08/2021)



### III – Perfil Epidemiológico

#### III.1 – População

Segundo as estimativas de população do IBGE (2018), Dourado possui 8.466 habitantes. Sendo a população masculina ligeiramente maior que a feminina.

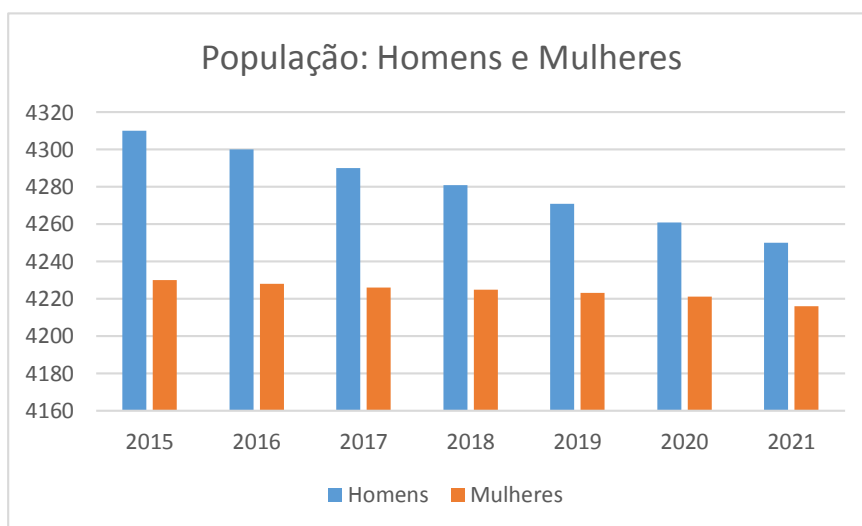
A evolução populacional de Dourado, porém, merece destaque. Relatos históricos dão conta de que em 1920 sua população fora estimada em 18 mil habitantes. Com a crise do café houve uma forte migração de moradores para outras localidades. A saída de pessoas que viviam na cidade continuou, alcançando seu menor nível em 1970, quando havia 5.634 habitantes. A partir de 1970, contudo, a linha de queda é revertida e ocorre o início de um lento crescimento populacional em Dourado. No Censo de 1996 esse número saltou para 8.374 e em 2000 para 8.606 moradores.

A partir do ano 2000, observa-se, entretanto, que a população de Dourado está entre 8600 e 8610 habitantes, ou seja, o número de habitantes do município mantém-se constante, mas a partir de 2010 observa-se o fenômeno de decréscimo da população em virtude da migração da população mais jovem em busca de qualificação e melhores oportunidades de emprego e a diminuição progressiva na taxa de natalidade.

**Tabela 01** – População Residente: Homens e Mulheres

Sexo/Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Homens	4310	4300	4290	4281	4271	4261	4250
Mulheres	4230	4228	4226	4225	4223	4221	4216
Total	<b>8540</b>	<b>8528</b>	<b>8516</b>	<b>8506</b>	<b>8494</b>	<b>8482</b>	<b>8466</b>

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/> (data da consulta: 26/08/2021)



**Gráfico 01** – Gráfico População Residente: Homens e Mulheres (série histórica 2015 a 2021)



Tabela 02 – População Residente por Faixa etária

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0 a 4 anos	463	458	453	448	443	438	430
5 a 9 anos	468	466	464	463	460	458	453
10 a 14 anos	522	509	497	486	473	461	459
15 a 19 anos	587	570	555	540	525	511	499
20 a 24 anos	683	659	636	614	590	569	553
25 a 29 anos	690	694	687	674	667	661	637
30 a 34 anos	672	671	672	672	679	669	671
35 a 39 anos	628	634	639	646	649	655	655
40 a 44 anos	604	605	608	611	611	612	618
45 a 49 anos	577	579	581	585	587	589	591
50 a 54 anos	586	581	576	571	565	561	564
55 a 59 anos	550	552	554	559	561	565	561
60 a 64 anos	430	447	465	484	504	524	527
65 a 69 anos	378	382	387	391	395	400	417
70 a 74 anos	250	265	282	300	319	339	344
> 75 anos	452	456	460	462	466	470	487
<b>Total</b>	<b>8540</b>	<b>8528</b>	<b>8516</b>	<b>8506</b>	<b>8494</b>	<b>8482</b>	<b>8466</b>

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE – disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/> (data da consulta: 26/08/2021)

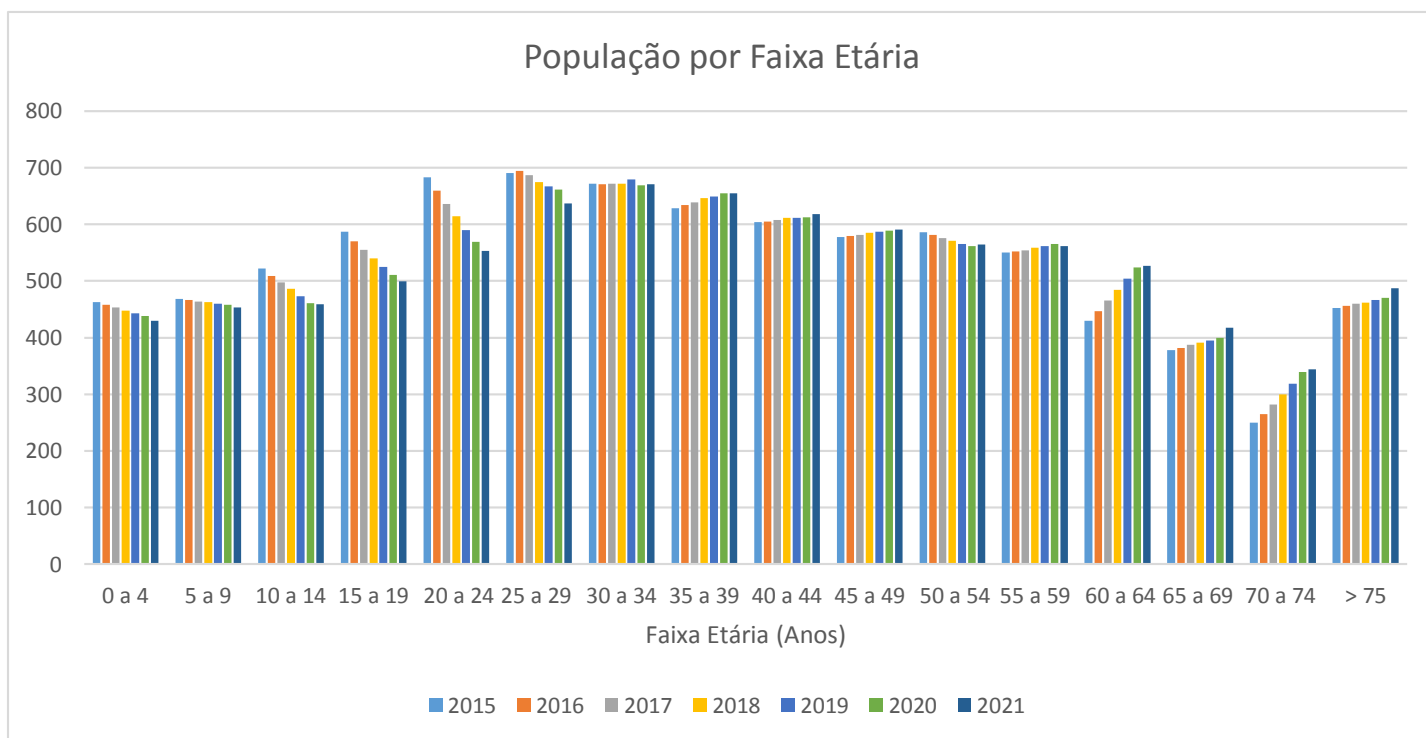


Gráfico 02 – Gráfico População Residente por faixa etária.





Observa-se pelos dados de faixa etária, que a população douradense está em processo de “envelhecimento” que se iniciou a partir do ano de 2007, onde percebe-se um crescente aumento da população na faixa de 60 a 80 anos e também a diminuição da população na faixa de 10 a 24 anos. Observa-se ainda que a população na faixa de 40 a 59 anos mantém-se constante em toda série histórica.

Segundo a Fundação SEADE, o crescimento populacional do Estado de São Paulo na última década foi o menor desde 1950, fruto de uma acentuada queda da fecundidade, combinada à redução do ritmo migratório. Além disso, verifica-se, no município de Dourado, uma queda na taxa de natalidade (de 14,9 em 2000 para 10,6 em 2019). Estas mudanças, entre outras, ocasionaram gradativo envelhecimento da população. O envelhecimento da população traz óbvias consequências para o setor de saúde, como a modificação dos padrões de morbimortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas, atendimento geriátrico e saúde mental), cujo tratamento envolve medicamentos de uso contínuo e ampliação de custos.

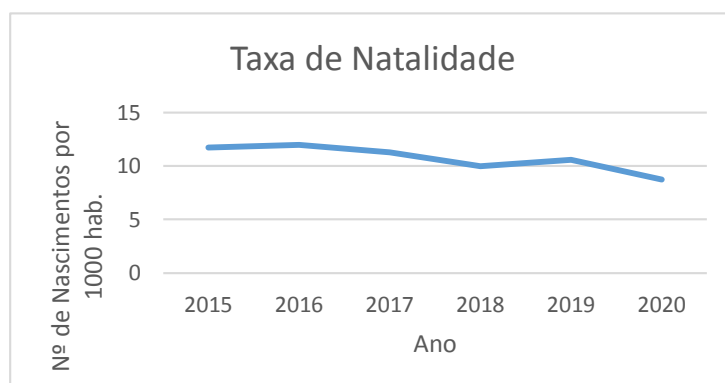
## III.2 – Natalidade

O município de Dourado apresenta, desde 2015, queda na Taxa de Natalidade, o que justifica a diminuição progressiva da população do município, visto que a taxa de mortalidade se mantém mais ou menos constante. Esse fenômeno está relacionado ao processo de transição demográfica, que desencadeou a queda da fecundidade, diretamente associada à redução do tamanho das famílias. Além disso, o envelhecimento populacional e as mudanças nos arranjos familiares também têm afetado essa tendência.

**Tabela 03** – Taxa de Natalidade e Número Absoluto de Nascimentos

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nascidos Vivos (Nº)	100	102	96	85	90	74
Taxa de Natalidade	11,71	11,96	11,27	9,99	10,60	8,72

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (data da consulta: 26/08/2021)



**Gráfico 03** – Taxa de Natalidade (Nascimentos por 1000 habitantes): série histórica.



### III.3 – Morbidade Hospitalar

As doenças que mais tiveram internações de 2014 até 2020, em ordem decrescente, foram doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, doenças do Aparelho Circulatório, Lesões e doenças do Aparelho Geniturinário.

As internações por doenças do aparelho circulatório continuam em primeiro lugar devido aos poucos investimentos na medicina preventiva com programas de promoção em saúde, porém contrário a média nacional os índices de internação por doenças do aparelho respiratório vem diminuindo devido a investimentos em campanhas de vacinação, prevenção de doenças como H1N1, gripe sazonal e outras de controle epidemiológico.

As doenças do aparelho circulatório estão ligadas à importância do controle das doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes. Por controle das doenças crônicas entende-se a implementação de protocolos com ações de promoção de saúde e assistência. Para as doenças do aparelho digestivo, pode-se inferir a ligação com consumo de álcool e outras drogas, além de uso inadequado de medicamentos. Internações por doenças infecciosas e parasitárias também apresentou queda nos últimos 10 anos, fruto de investimentos na área de saneamento e educação. O aumento observado no número de internações por Doenças do olho se deve aos mutirões de Cirurgia de Catarata e Pterígio realizadas na Santa Casa de São Carlos.

Das internações por neoplasias, o maior número foi por neoplasias malignas em locais mal definidos, seguida por neoplasias malignas de pele e mama. De 2014 a 2020 o maior número de internações por Transtornos Mentais foi devido ao uso de álcool, sugerindo a necessidade da criação de programas educativos e informativos, junto ao Departamento de Educação. Das 158 internações por Doenças do Aparelho Respiratório, ao longo dos últimos 7 anos, 156 foram por Pneumonia. É preciso avaliar a cobertura vacinal pela Influenza e também os determinantes e condicionantes que provocam esse distúrbio, de forma a minimizar a morbidade.

No grupo de Doenças do Aparelho Digestivo e Endócrinas, Colelitíase e Colecistes foi a causa que mais internou de 2014 a 2020, indicando a urgente necessidade de implantação de programas de promoção da saúde e combate à obesidade e o sedentarismo, incentivo à alimentação saudável e controle do diabetes.

Até o final da Semana Epidemiológica (SE) 34/2021 foram confirmados 997 casos positivos para SARS-COV-2 no município de Dourado. Destes, 68 foram hospitalizados, explicando o aumento considerável nas internações por doenças virais nestes dois últimos anos.

**Tabela 04** – Morbidade hospitalar por grupo de causas (série histórica).

Capítulo CID-10	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	4	4	5	6	13	20	26
II. Neoplasias (tumores)	62	49	56	39	43	53	48	22
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	3	--	1	3	5	--
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1	6	4	4	3	1	2



V. Transtornos mentais e comportamentais	3	1	3	8	5	4	7	6
VI. Doenças do sistema nervoso	7	4	9	13	5	4	8	--
VII. Doenças do olho e anexos	6	10	13	14	29	33	19	5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	--	1	1	3	1	--
IX. Doenças do aparelho circulatório	48	40	54	80	64	63	63	23
X. Doenças do aparelho respiratório	19	20	19	21	33	28	18	7
XI. Doenças do aparelho digestivo	40	47	49	55	56	42	39	10
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	4	1	5	4	4	2	--
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	5	8	3	5	5	3	--
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	16	30	28	30	27	28	26	11
XV. Gravidez parto e puerpério	20	12	20	12	13	11	20	13
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	5	8	2	9	7	4	6
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9	6	1	5	8	4	--	1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	8	11	21	14	15	23	13
XIX. Lesões /out conseq causas externas	44	34	42	32	32	45	43	28
XXI. Contatos com serviços de saúde	6	9	9	--	--	3	5	--
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>291</b>	<b>344</b>	<b>350</b>	<b>359</b>	<b>371</b>	<b>355</b>	<b>174</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas: 2021 – dados parciais referentes às competências de janeiro a julho/2021

## Morbidade Hospitalar - 2014 a 2021

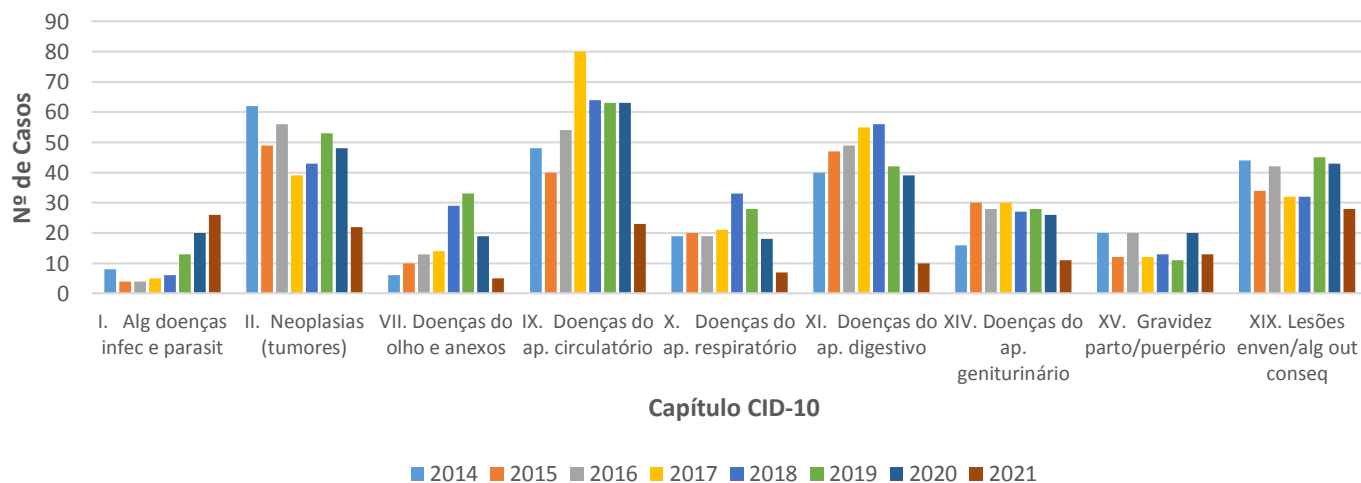


Gráfico 04 – Morbidade hospitalar por grupo de causas (série histórica).

**Tabela 05 – Maiores Causas de Internação no município de Dourado (série histórica).**

Lista de Morbidades (principais causas de internação)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
.. Septicemia	1	1	-	-	3	3	2	1
.. Outras doenças bacterianas	3	2	-	1	1	3	1	-
.. Outras doenças virais	1	-	-	-	-	-	14	25
.. Neoplasia maligna do lábio cavid oral e faringe	1	2	4	2	1	3	4	2
.. Neoplasia maligna da mama	6	7	4	9	9	6	4	2
.. Neoplasia maligna da próstata	6	2	6	2	3	4	3	1
.. Leucemia	-	-	7	-	-	9	1	-
.. Outr neopl in situ benign e comport incert desc	5	2	4	2	4	3	2	-
.. Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	-	-	-	1	-	2	2	1
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	3	1	1	5	4	-	-	4
.. Catarata e outros transtornos do cristalino	6	6	9	11	28	31	18	4
.. Infarto agudo do miocárdio	5	6	8	10	7	11	13	5
.. Outras doenças isquêmicas do coração	11	11	22	24	11	15	16	4
.. Insuficiência cardíaca	5	5	7	5	14	6	7	2
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	10	5	1	2	11	7	12	5
.. Veias varicosas das extremidades inferiores	10	3	5	7	3	3	2	-
.. Pneumonia	7	2	9	7	12	6	11	-
.. Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	6	12	7	3	5	6	2	-
.. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	2	-	1	1	2	7	3	2
.. Doenças do apêndice	5	7	7	4	6	6	7	1
.. Hérnia inguinal	3	4	3	5	9	5	2	1
.. Outras hérnias	1	3	6	4	11	4	6	-
.. Outras doenças dos intestinos e peritônio	4	2	4	5	5	1	4	3
.. Colelitíase e colecistite	21	22	17	24	18	10	9	1
.. Insuficiência renal	1	6	8	6	5	6	5	3
.. Urolitíase	6	9	5	2	7	6	7	3
.. Outras doenças do aparelho urinário	2	7	3	9	3	4	9	3
.. Outras complicações da gravidez e do parto	14	4	9	6	2	3	6	6
.. Parto único espontâneo	1	4	4	2	8	2	3	3
.. Dor abdominal e pélvica	3	6	4	8	3	6	5	4
.. Outr sist sinais achad anorm ex clín labor NCOP	4	2	7	12	11	9	18	9
.. Fratura do fêmur	13	7	3	7	1	5	1	3
.. Fratura de outros ossos dos membros	11	8	18	10	10	15	21	9
.. Traumatismo intracraniano	3	4	1	2	4	6	4	2
.. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	7	1	10	4	7	6	9	7
.. Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	2	5	2	1	3	5	3	-
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>291</b>	<b>344</b>	<b>350</b>	<b>359</b>	<b>371</b>	<b>355</b>	<b>174</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas: 2021 – dados parciais referentes às competências de janeiro a julho/2021



### Principais Causas de Internação: 2014 a 2021

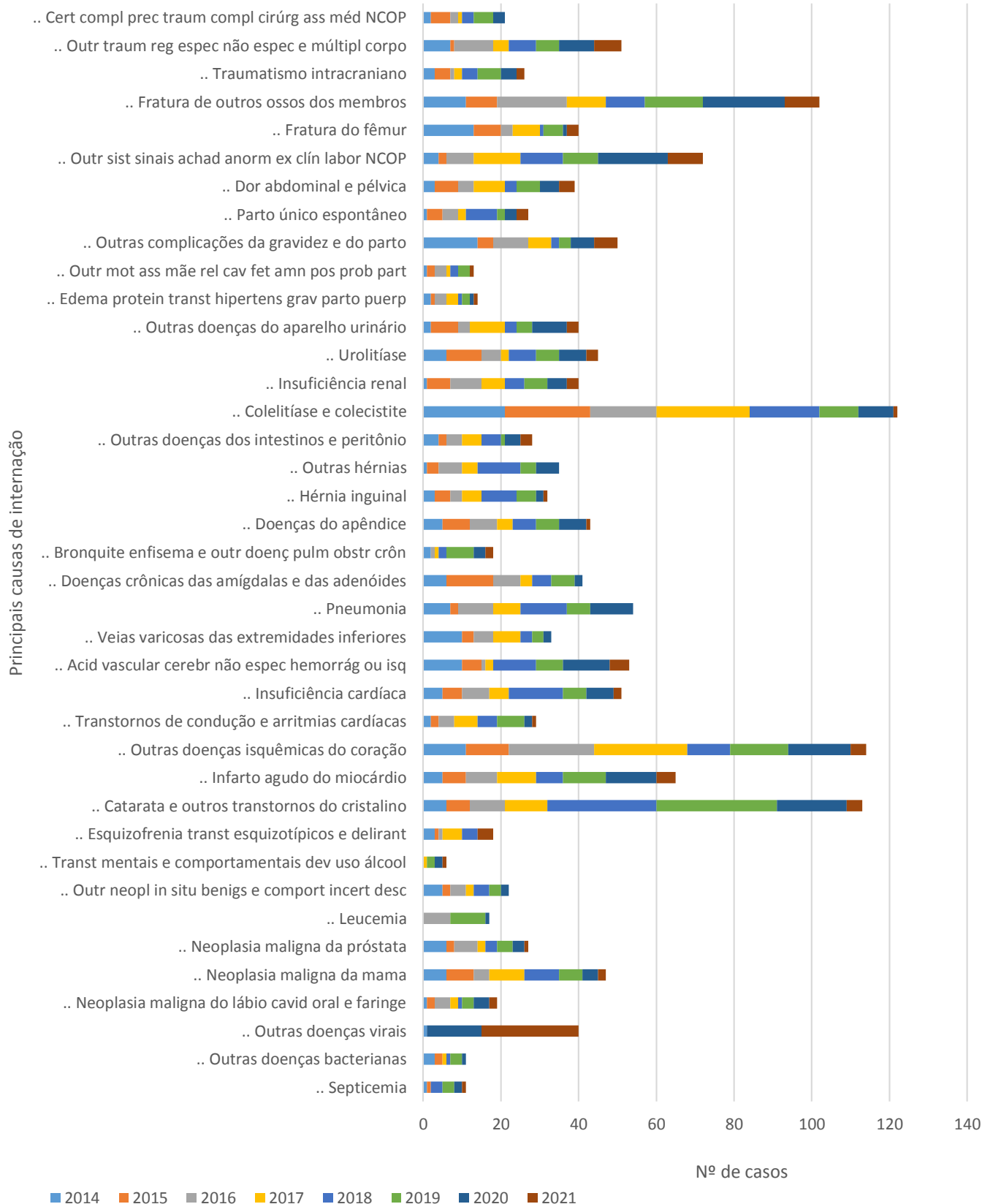
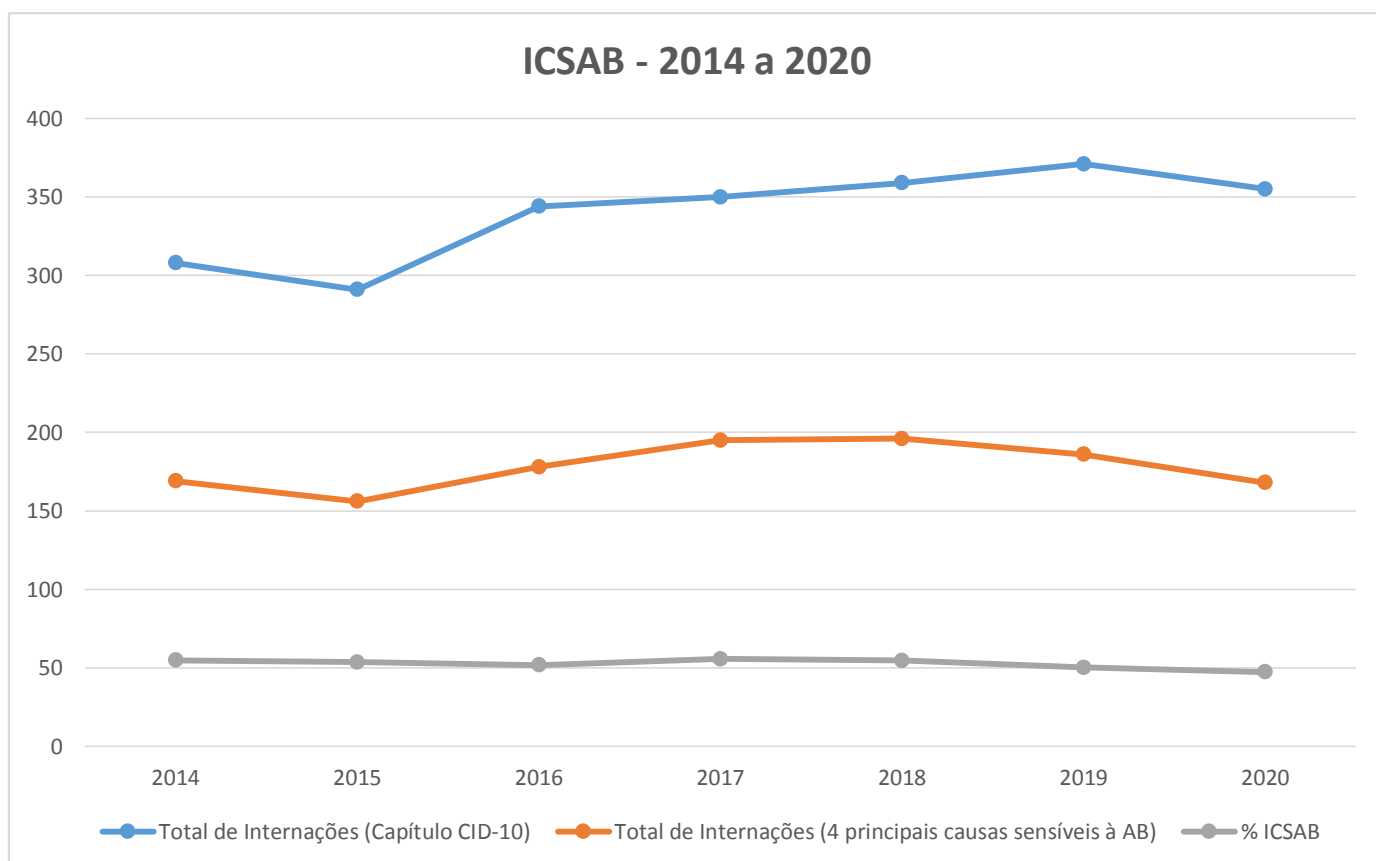


Gráfico 05 – Lista de morbidades: Principais causas (série histórica).



**Tabela 06** – Internações pelas 4 principais Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB 2014 a 2020.

Capítulo CID-10	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
II. Neoplasias (tumores) (%)	22,08	16,84	16,28	11,14	11,97	14,29	13,52
IX. Doenças do ap. circulatório (%)	15,58	1,37	15,70	22,86	17,83	16,98	17,75
X. Doenças do ap. respiratório (%)	6,17	6,87	5,52	6,00	9,19	7,55	5,07
XI. Doenças do ap. digestivo (%)	12,99	16,15	14,24	15,71	15,60	11,32	10,99
Total de Internações (Nº absoluto)	<b>308</b>	<b>291</b>	<b>344</b>	<b>350</b>	<b>359</b>	<b>371</b>	<b>355</b>



**Gráfico 06** – Número e percentual de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - ICSAB no SUS do município de Dourado, 2014 a 2020.

Finalmente apresenta-se, no Gráfico 06, o indicador de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - ICSAB no SUS que permite a avaliação da qualidade da atenção básica e da integração entre os serviços hospitalares e a rede primária de saúde. Observa-se uma queda muito sutil no número e no percentual de ICSAB a partir de 2018, mas em virtude do advento da Pandemia de COVID-19, é demasiado cedo para associar essa queda às ações realizadas na Atenção Básica ou ao aumento do número de internações relacionadas à infecção pelo novo coronavírus.

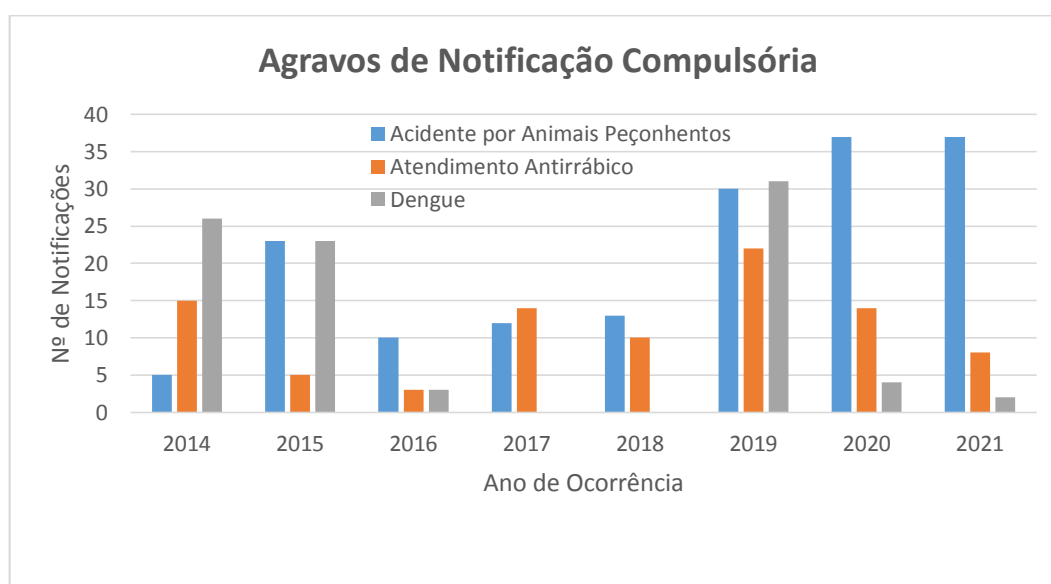


### III.4 – Morbidade por Doenças de Notificação Compulsória

**Tabela 07** – Agravos de Notificação Compulsória (série histórica)

Agravo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Acidentes de Trabalho c/ exp. Mat. Bio.	2	2	--	--	1	2	3	5
Acidente de Trabalho Grave	--	--	--	--	--	1	5	--
Acidente por Animais Peçonhentos	5	23	10	12	13	30	37	37
Atendimento Antirrábico	15	5	3	14	10	22	14	8
Dengue (casos confirmados)	26	23	3	0	0	31	4	2
Hanseníase	--	--	--	--	--	1	--	--
Hepatites Virais	1	1	--	--	1	--	--	1
HIV	--	2	--	--	--	1	--	--
Intoxicação Exógena	--	--	--	--	--	--	6	2
Leishmaniose Tegumentar Americana	--	1	--	--	--	--	--	--
Leptospirose	--	1	--	--	--	--	--	--
Meningite	--	--	1	--	1	--	1	--
Sífilis em Gestante	--	2	2	1	1	4	1	--
Sífilis Congênita	--	--	--	1	1	--	--	--
Tuberculose	--	--	2	1	2	1	1	--
Violência doméstica, sexual e/ou outras	--	--	--	1	--	1	4	5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net 2021 – dados parciais – data da consulta: 13/10/2021



**Gráfico 07** – Agravos de Notificação Compulsória (série histórica).



A série histórica dos últimos 7 anos de registros de notificações de agravos no SINAN mostra que o município de Dourado apresenta epidemiologia controlada, visto que são poucos e esparsos os casos de agravos notificados, principalmente no tocante à doenças transmissíveis. Os agravos com maior número de notificações no município de Dourado são: Acidentes por Animais Peçonhentos, Dengue e Atendimento Antirrábico.

O aumento populacional de animais peçonhentos em áreas urbanizadas está relacionado à exploração de áreas naturais, extração de madeiras, desmatamentos, atividades agrícolas não mecanizadas, e à falta de educação da população que descarta restos de alimentos nos terrenos baldios favorecendo a proliferação de insetos que servem de atrativo, aumentando a possibilidade de contato do homem com os animais peçonhentos e consequentemente aumentando os acidentes.

A partir da implantação da notificação dos acidentes escorpiônicos no país, em 1988, verifica-se que o maior número de notificações é proveniente dos estados de Minas Gerais e São Paulo responsáveis por 50% do total. Outros aspectos preocupantes são a crescente disseminação do escorpião amarelo *Tityus serrulatus*, o mais perigoso do Brasil em centros urbanos populosos. Esta é a espécie predominante no município de Dourado e corresponde a 100% dos acidentes com animais peçonhentos notificados na série histórica apresentada.

O desmatamento é um dos principais fatores que levaram e continuam levando os escorpiões das matas para a área urbana, pois causa a diminuição dos inimigos naturais ou até o desaparecimento de animais que ocupariam o mesmo nível do escorpião na cadeia alimentar. No município de Dourado, a partir de 2019, a formação de novos loteamentos (surgimento de 3 novos bairros) observa-se um grande aumento no número de notificações, em virtude da destruição do habitat natural dos escorpiões, como é o caso de cupinzeiros, barrancos, pedras e touceiras de capim, acarretando, em última análise, o deslocamento desses artrópodes à procura de novos abrigos. Além disso, o *T. serrulatus* adaptou-se facilmente às condições oferecidas pelas moradias humanas, tais como grande número de abrigos (esgotos, lixo, entulho, pilhas de tijolos e telhas, etc.), e alimentação farta (baratas).

A ocorrência de epidemias de dengue, chikungunya e Zika – aqui denominadas arboviroses urbanas – está intimamente relacionada à dinâmica populacional, envolvendo aspectos socioculturais e econômicos e suas inter-relações com os demais componentes da cadeia de transmissão. Nos últimos anos o Estado de São Paulo (ESP), assim como o restante do país, vem sendo afetado por uma série de epidemias de doenças transmitidas por mosquitos, em sua maioria epidemias causadas pelos vírus da dengue (DENV), chikungunya (CHIKV), Zika (ZIKV) e Febre Amarela (YFV), que apresentam como característica principal a ciclicidade da transmissão, com anos de disseminação explosiva e anos de declínio acentuado da circulação destas doenças.

No município de Dourado houve um aumento no número de casos desde o ano de 2012; antes casos esporádicos eram notificados, porém nenhum caso confirmado. Em 2015 a transmissão começou na semana epidemiológica 01 e terminou na semana 22. A faixa etária mais atingida esteve entre os 20 e 34 anos. O vírus circulante em 2014 foi o DEN 1 e 2015 e 2016 não houve isolamento viral.

Nos anos de 2017 e 2018 houve uma queda significativa dos casos notificados e nenhum caso confirmado, tal situação classifica o município na fase silenciosa.





Em 2019, o Brasil registrou o segundo maior número de casos de dengue desde 1990 — ano em que a notificação obrigatória começou —, ficando atrás apenas de 2015. O município de Dourado não ficou de fora das estatísticas, registrando 31 casos positivos de Dengue. Neste ano também, foi registrado 01 óbito (em São Carlos), entretanto até o momento não houve a confirmação de que a causa do óbito foi Dengue ou Guillain-Barré. Em 2020 e 2021, considera-se a possibilidade de uma “subnotificação” no município em virtude da pandemia de Covid-19, ou seja, especula-se que o número real de casos tenha sido muito maior, visto que os números de casos de Dengue pelo Brasil não se reduziram tanto em relação a 2019 (Em 2019, o Brasil registrou 1.544.987 casos da doença e até novembro de 2020 foram registrados 971.136 casos).

Em 2021, iniciou-se em Dourado, o programa de cadastramento animal em conjunto com a vacinação antirrábica de rotina. Até o momento foram cadastrados/vacinados 1454 animais (entre cães e gatos). Analisando-se as informações fornecidas pelos tutores dos animais, constata-se que destes, 371 tem acesso à rua. Estes são dados preliminares pois, baseando-se nos dados de vacinação da última campanha realizada em 2019, estima-se que a população de cães e gatos no município de Dourado seja de mais de 2500 animais.

Considerando-se o contingente de animais com acesso à rua, somado ao fato de Dourado ser um município com atividades econômicas predominantemente rurais, em que o contato com animais suspeitos (equinos e bovinos mordidos por morcegos, por exemplo) é muito frequente, entende-se o grande número de atendimentos antirrábicos realizados no Pronto Socorro Municipal.

### III.5 – Mortalidade

Assim como ocorre em todo território Nacional, o município de Dourado apresenta como principal causa de mortalidade as doenças cardiovasculares, seguida pelos diversos tipos de neoplasias, que tendem a aumentar em função do envelhecimento da população, e doenças do aparelho respiratório. Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares (derrames) representam mais de 50% dos óbitos em ambos os sexos. O perfil das causas de morte em Dourado reflete a transição epidemiológica e demográfica (envelhecimento) já citados.

Ao longo da série histórica apresentada, os óbitos por Neoplasias Malignas do sistema respiratório (laringe, traqueia, brônquios e pulmão), estômago, esôfago e mama e lideram o ranking de mortalidade por Neoplasias.

As doenças do aparelho respiratório que representam o terceiro maior grupo de causas de mortalidade no município tiveram as pneumonias como causa predominante, com mais de 50% dos diagnósticos deste grupo. Os coeficientes de mortalidade por pneumonia são semelhantes entre homens e mulheres.

Essas doenças causam alto impacto ao sistema de saúde e trazem a necessidade de pensar modelos de atenção diferenciados, complementares ao ambiente hospitalar tradicional atualmente voltado apenas na medicina curativa. Deve-se investir no cuidado preventivo envolvendo o atendimento domiciliar, cuidadores comunitários e suporte familiar, reestruturação da Atenção Básica do cuidado e em programas de promoção a saúde como as caminhadas orientadas, estímulo as atividades físicas e avaliações nutricionais objetivando as mudanças de hábitos que visem a qualidade de vida da população que assim como em todo Brasil tendem a envelhecer.



Tabela 08 – Mortalidade por grupo de causas (série histórica)

Capítulo CID-10	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3	-	4	3	4	6	15
II. Neoplasias (tumores)	16	13	10	17	12	17	14	8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	1	1	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	3	1	4	4	5	2	4
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1	2	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	2	6	1	5	2	4	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	22	19	25	29	26	21	27	24
X. Doenças do aparelho respiratório	12	14	10	11	9	11	16	12
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	1	2	2	3	4	3	4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	-	-	-	-	1	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	-	-	-	-	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4	4	5	3	3	6	5	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	-	2	2	1			-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	-	-	2	1	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	5	6	5	13	7	3	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	8	7	5	5	3	7	11	2
Total	82	72	72	84	84	87	95	78

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM 2021 – dados parciais – data da consulta: 13/10/2021

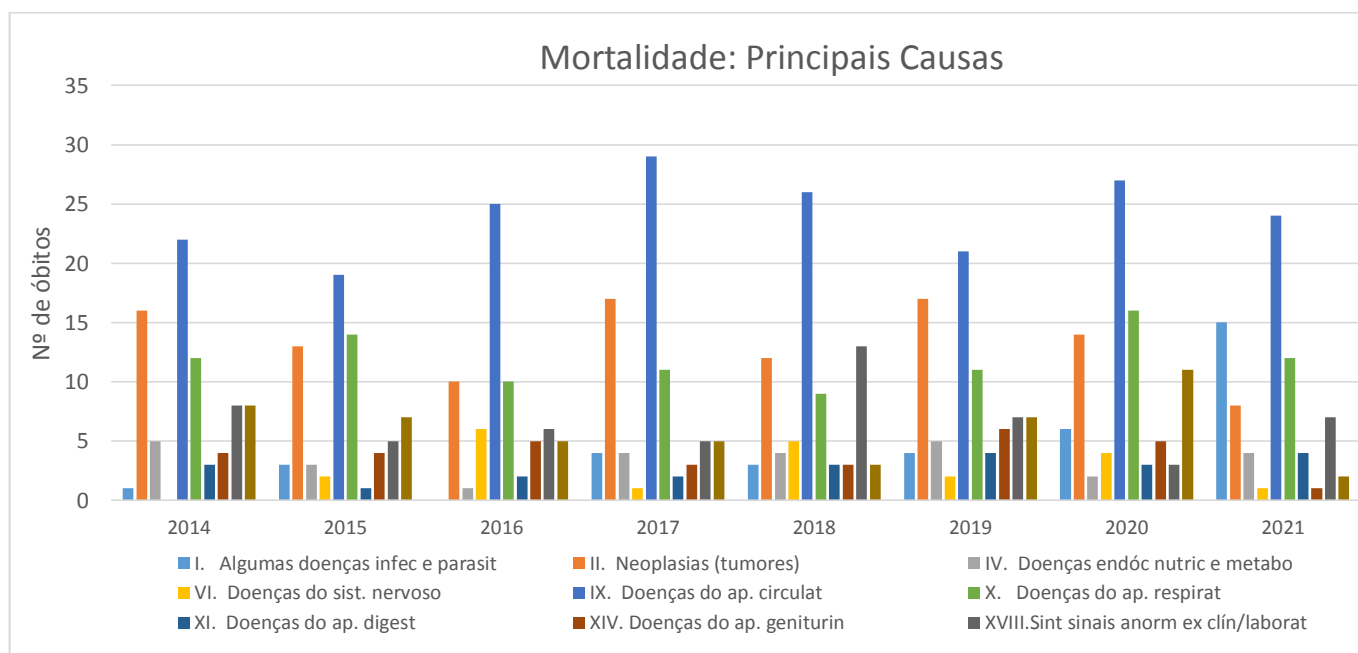


Gráfico 08 – Principais Causas de mortalidade (série histórica).



### III.5.1 - Outros Indicadores de Mortalidade

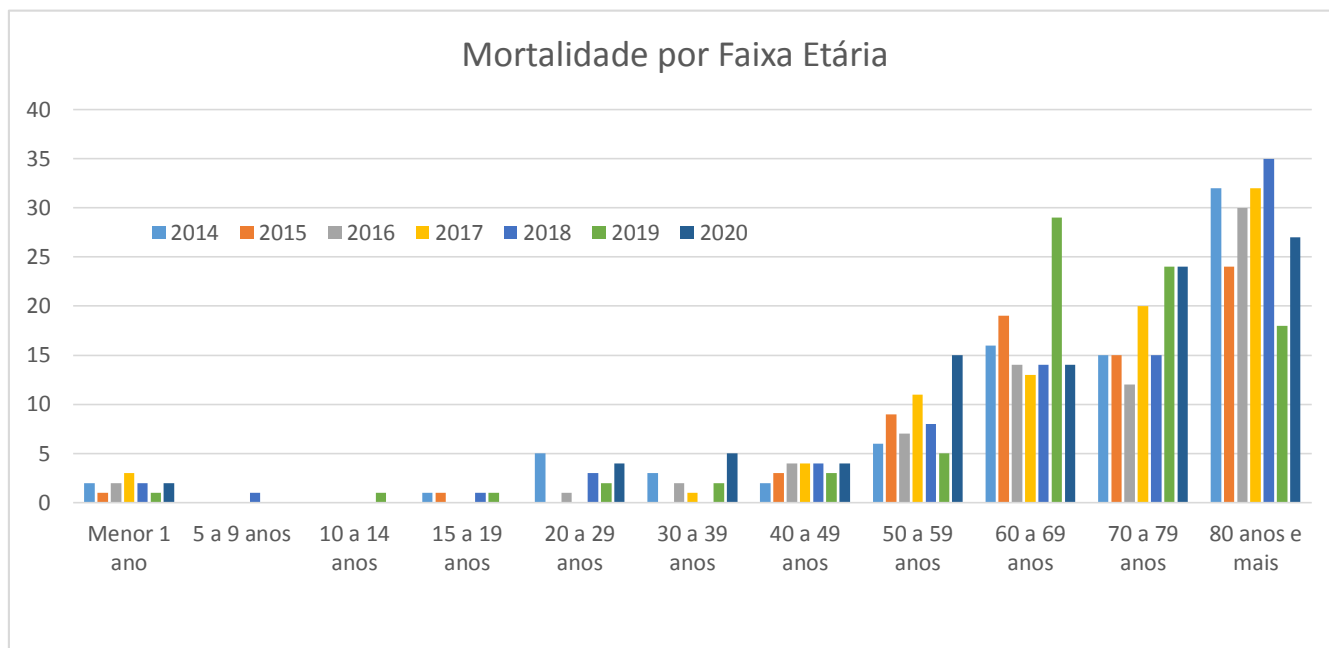


Gráfico 09 – Mortalidade por faixa etária (série histórica).

Os indicadores de mortalidade por faixa etária confirmam as análises feitas anteriormente a respeito do envelhecimento da população. Os dados mostram que o maior número de óbitos ao longo da série histórica ocorre na faixa etária acima de 80 anos. Observa-se que ocorre um grande número de óbitos nas faixas etárias entre 60 e 79 anos, mostrando uma possível fragilidade nas ações de promoção à saúde realizadas na atenção básica do município. Os dados de mortalidade descritos anteriormente mostram que doenças do aparelho circulatório e respiratório geram o maior número de óbitos no município.

Tabela 09 – Número de óbitos por faixa etária (série histórica).

Óbitos por Faixa Etária	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Menor 1 ano	2	1	2	3	2	1	2
5 a 9 anos	-	-	-	-	1	-	-
10 a 14 anos	-	-	-	-	-	1	-
15 a 19 anos	1	1	-	-	1	1	-
20 a 29 anos	5	-	1	-	3	2	4
30 a 39 anos	3	-	2	1	-	2	5
40 a 49 anos	2	3	4	4	4	3	4
50 a 59 anos	6	9	7	11	8	5	15
60 a 69 anos	16	19	14	13	14	29	14
70 a 79 anos	15	15	12	20	15	24	24
80 anos e mais	32	24	30	32	35	18	27
Total	82	72	72	84	84	87	95

**Tabela 10 – Número de óbitos por sexo e grupo de causas (série histórica).**

Capítulo CID-10	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
I. Algumas doenças infecc parasit	1	-	2	1	-	-	2	2	2	1	2	2	5	1
II. Neoplasias (tumores)	8	8	6	7	4	6	8	9	9	3	8	9	8	6
III. Doenças sangue órg hemat/transmunit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
IV. Doenças endóc nutric e metab	1	4	1	2	1	-	1	3	2	2	2	3	-	2
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	2	3	3	1	-	4	1	1	1	3	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	5	17	9	10	16	9	17	12	11	15	11	10	13	14
X. Doenças do aparelho respiratório	6	6	3	11	6	4	4	7	6	3	8	3	8	8
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	3	1	-	2	-	1	1	2	1	3	1	3	-
XII. Doenças da pele e do tecido subcut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
XIII. Doenças sist osteomusc e tec conjunt	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	2	3	1	3	2	2	1	2	1	2	4	2	3
XVI. Algumas afec orig no per perinatal	1	-	-	-	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-
XVII. Malf cong e anomal cromoss	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-
XVIII. Sint sinais anorm ex clín e laborat	2	6	1	4	3	3	3	2	6	7	5	2	2	1
XX. Causas externas de morbimortalidade	6	2	6	1	5	-	3	2	3	-	5	2	9	2
XXII. Códigos p/ propósitos especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	33	49	33	39	45	27	44	40	50	34	49	38	55	40

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Tabela 11 – Número de óbitos por sexo e faixa etária (série histórica).**

Faixa Etária/Sexo	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Menor 1 ano	-	-	1	-	2	-	2	1	2	-	-	1	2	-
5 a 9 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
10 a 14 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
15 a 19 anos	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
20 a 29 anos	2	3	-	-	1	-	-	-	3	-	1	1	3	1
30 a 39 anos	2	1	-	-	2	-	-	1	-	-	2	-	3	2
40 a 49 anos	1	1	1	2	3	1	1	3	4	-	1	2	3	1
50 a 59 anos	2	4	5	4	6	1	4	7	8	-	4	1	11	4
60 a 69 anos	8	8	11	8	10	4	8	5	8	6	18	11	9	5
70 a 79 anos	9	6	9	6	7	5	11	9	8	7	13	11	11	13
80 anos e mais	7	25	5	19	14	16	18	14	15	20	7	11	13	14
Total	33	49	33	39	45	27	44	40	49	34	49	38	55	40

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

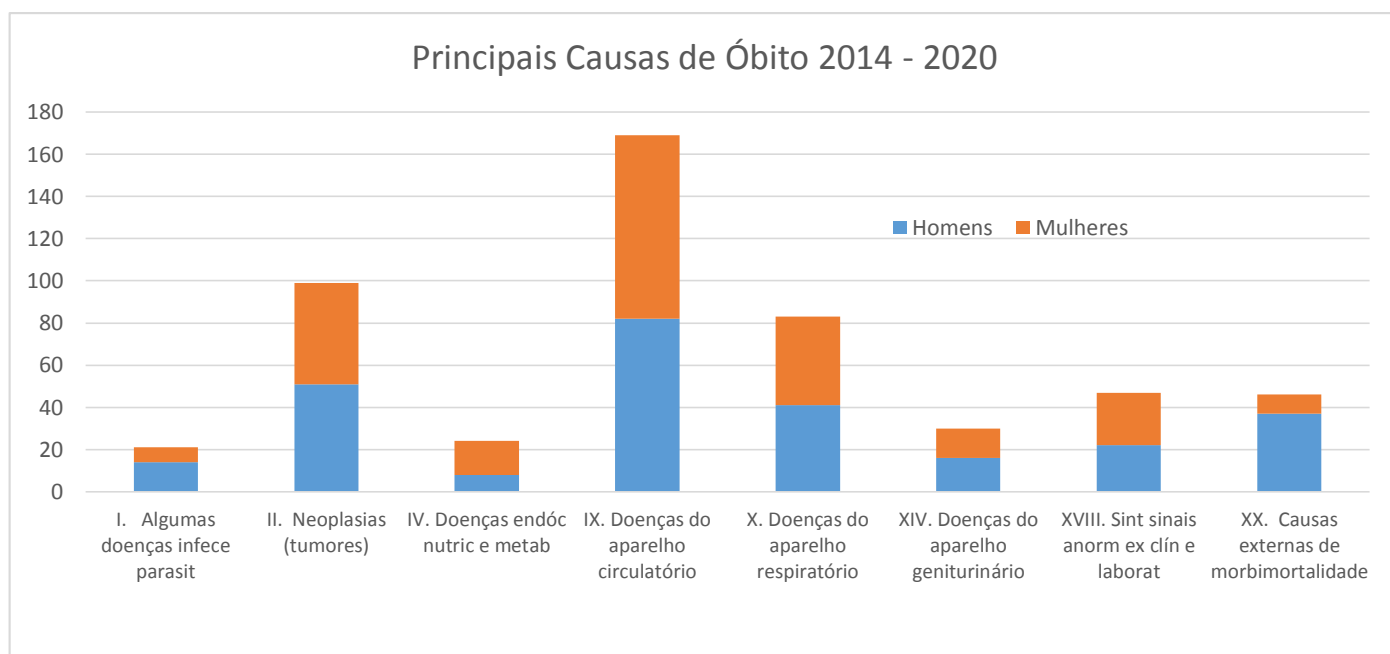


Com relação aos sexos, no que se refere à proporção de óbitos por capítulo da CID – 10, o sexo masculino tem predomínio significativo das mortes por neoplasias, que é a segunda maior causa de óbitos, enquanto que o sexo feminino predomina entre os óbitos por doenças do aparelho circulatório que é a maior causa de óbitos no município de Dourado.

Com base nisso, pode-se supor que as neoplasias ocasionem mortalidade mais precoce no sexo masculino que no feminino, tendo em vista que os homens buscam atendimento em serviços de saúde com menor frequência que as mulheres, comportamento que atrasa os diagnósticos e as medidas terapêuticas necessárias.

A terceira maior causa de mortes tanto na população masculina, quanto na feminina são as doenças do aparelho respiratório. A diferença significativa entre os óbitos causados por causas externas entre homens e mulheres pode ser explicada pela maior tendência dos homens se envolverem em brigas, acidentes de trânsito e trabalhos em alturas e maquinários pesados.

Em 2014 e 2015 os óbitos femininos superaram os óbitos masculinos. Este aumento significativo e fora de tendência se deu por óbitos relacionados a doenças endócrinas e metabólicas (6 óbitos de mulheres nestes dois anos) e 10 óbitos por Sintomas e Achados Anormais em Exames Clínicos e Laboratoriais. Investigações deste fenômeno não foram conclusivas. Excluindo-se esses dois anos atípicos, pode-se observar pela série histórica que os óbitos masculinos superam os femininos em todos os anos, sendo mais um indicativo de que os homens buscam atendimento em serviços de saúde com menor frequência que as mulheres e também estarem expostos a mais riscos externos.



**Gráfico 10** – Principais causas de óbito no período de 2014 a 2020.

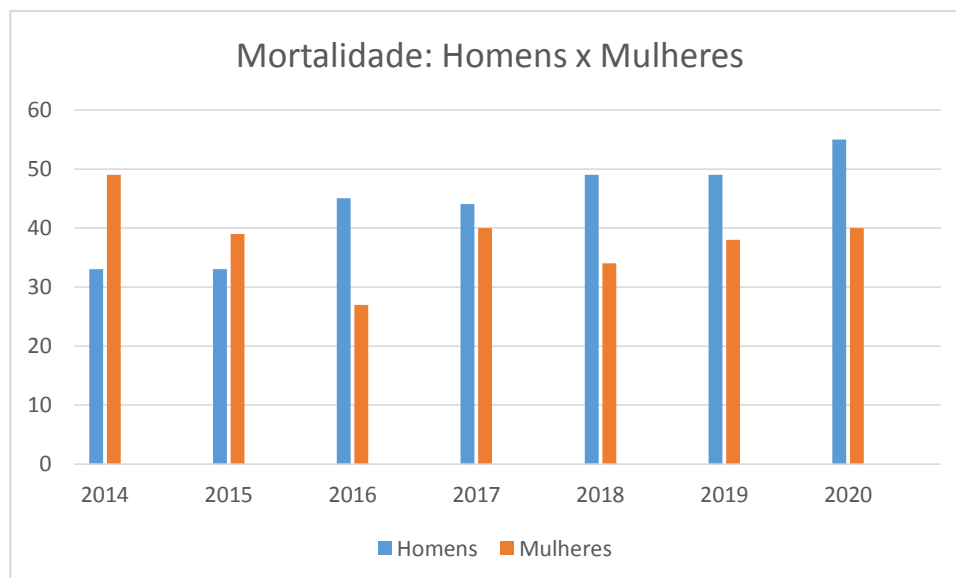


Gráfico 11 – Mortalidade por sexo no período de 2014 a 2020.

Tabela 12 – Indicadores de mortalidade (série histórica).

Ano do Óbito	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Óbitos por Residência	82	72	72	84	84	87
Óbitos p/ causa evit < 5anos	2	1	2	3	1	1
Óbitos p/ causa evit 5 a 74 anos	39	40	34	39	38	52
Óbitos infantis	2	1	2	3	2	1
Óbitos mulheres idade fértil	5	2	1	4	0	3
Óbitos fetais	0	1	1	0	0	0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Observa-se que os óbitos infantis, fetais e maternos são os menos frequentes, evidenciando que as ações realizadas relativas à promoção da saúde da criança e da gestante, na atenção básica, estão sendo eficazes na prevenção de doenças assim como as ações de média e alta complexidade. Entretanto, as demais ações de promoção à saúde não estão impactando no número de óbitos por causas evitáveis.

### III.6 – Coberturas Vacinais

Através dos dados das coberturas vacinais realizadas no município de Dourado ao longo da série histórica apresentada (2014 a 2019) pode-se observar que o trabalho realizado pela atenção básica vem sendo eficaz através dos anos. Soma-se a este fato, a cobertura da atenção básica ser de 100% da população.

**Tabela 13 – Coberturas vacinais por imunobiológicos (%).**

Imunobiológico	2014	2015	2016	2017	2018	2019
BCG	86,81	92,68	5,33	5,33	34,65	22,92
Hepatite B em crianças até 30 dias	13,19	42,68	2,67	8,00	33,66	20,83
Rotavírus Humano	127,47	104,88	128,00	113,33	68,32	67,71
Meningococo C	117,58	117,07	118,67	142,67	67,33	65,63
Hepatite B	127,47	118,29	120,00	145,33	76,24	57,29
Penta	127,47	118,29	104,00	145,33	76,24	57,29
Pneumocócica	119,78	118,29	137,33	116,00	71,29	67,71
Poliomielite	120,88	110,98	85,33	145,33	79,21	57,29
Poliomielite 4 anos	0,00	0,00	0,00	69,00	32,00	63,00
Febre Amarela	115,38	97,56	85,33	118,67	60,40	55,21
Hepatite A	65,93	120,73	65,33	114,67	55,45	70,83
Pneumocócica (1º ref)	105,49	112,20	98,67	113,33	66,34	65,63
Meningococo C (1º ref)	103,30	101,22	97,33	118,67	72,28	67,71
Poliomielite (1º ref)	125,27	106,10	92,00	118,67	54,46	62,50
Tríplice Viral D1	92,31	80,49	116,00	125,33	76,24	69,79
Tríplice Viral D2	136,26	118,29	74,67	118,67	47,52	54,17
Tetra Viral(SRC+VZ)	136,26	118,29	76,00	25,33	0,00	3,13
DTP	127,47	118,29	104,00	0,00	0,00	0,00
DTP REF (4 e 6 anos)	0,00	0,00	9,31	65,00	34,00	61,00
Tríplice Bacteriana (DTP) (1º ref)	138,46	123,17	62,67	114,67	52,48	65,63
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	25,27	54,88	5,33	1,33	14,67	30,67
dTpa gestante	0,00	15,85	5,33	5,33	28,00	57,33
Tetavalente (DTP/Hib) (TETRA)	121,98	106,10	2,67	0,00	0,00	0,00

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

### III.7 – Indicadores SISPACTO

Visando a consolidação dos instrumentos de planejamento, a seguir serão apresentados os principais indicadores de saúde propostos pelo Ministério de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde. Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para:

- Embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão;
- Contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais;
- Analisar comparativamente o desempenho.

**Quadro 08:** Série histórica dos Indicadores SISPACTO (2017 – 2020).

Nº	Indicador	2017		2018		2019		2020		2021
		Meta	Obtido	Meta	Obtido	Meta	Obtido	Meta	Obtido	Meta
1	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo cjto das 4 principais DCNT (N. Abs)	10	20	14	9	9	19	15	21	9
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
3	Proporção de registro de óbitos c/ causa básica definida (%)	95	98,81	95	94,83	95,29	91,95	95,59	98,90	97
4	% de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 2 anos - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) - com cobertura preconizada	100	100	75	100	75	50	75	71	75
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação (%)	100	100	100	0	100	40	100	100	100
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnost. nos anos das coortes (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
8	Número de casos novos de sífilis congênita em < 1 ano (N. Abs.)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
9	Número de casos novos de AIDS em < 5 anos (N. Abs.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (%)	39	35,65	39	73,15	60,19	54,63	60	35,19	72,22
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a pop. equiv	0,35	0,26	0,40	0,30	0,40	0,18	0,40	0,15	0,40
12	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e pop. equiv.	0,40	0,36	0,35	0,27	0,45	0,35	0,35	0,25	0,37
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar (%)	10	8,99	10	16,98	25	5,36	14	16,22	12
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (%)	12	11,24	12	9,43	9	11,11	10	8,33	7,00
15	Taxa de mortalidade Infantil (N. Abs.)	1	3	1	2	1	1	1	2	1
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (N. Abs.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
18	Cobertura de acompanhamento das condic. de saúde do programa Bolsa Família	80	41,14	68	39,01	68	60,31	69,99	0	70
19	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica	67,39	37,39	70	67,39	70	67,43	67,66	67,66	67,43
21	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22	Núm. ciclos que atingiram mín. de 80% de cobertura de imóveis visitados p/ controle da dengue	4	4	4	4	4	4	4	4	4
23	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas Notificações de agravos relacionados ao trabalho (%).	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00





Ao longo da série histórica, observa-se uma piora da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT. Essas doenças causam alto impacto ao sistema de saúde e trazem a necessidade de pensar modelos de atenção diferenciados, complementares ao ambiente hospitalar tradicional atualmente voltado apenas na medicina curativa. Deve-se investir no cuidado preventivo envolvendo o atendimento domiciliar, cuidadores comunitários e suporte familiar, reestruturação da Atenção Básica do Cuidado e em programas de promoção a saúde como as caminhadas orientadas, estímulo as atividades físicas e avaliações nutricionais.

Observa-se pelo quadro acima que há uma dificuldade em atingir a cobertura de acompanhamento preconizada pelo Programa Bolsa Família em Dourado, isso se dá em virtude da baixa procura pelas famílias beneficiadas, embora o Departamento de Saúde faça ampla divulgação em todos os meios de comunicação do município das datas de realização da antropometria. Os baixos resultados obtidos neste indicador ao longo da série histórica exige novas estratégias para captação da população.

Em relação às ações direcionadas à Saúde da Mulher, a dificuldade em se atingir a meta de exames citopatológicos e mamografias, consiste no fato de que muitas mulheres do município usam serviços particulares e convênios. Isso demonstra a necessidade de conscientização da população feminina das faixas etárias prioritárias e ampliação das ofertas destes exames.

As ações programadas em Saúde da Gestante e da Criança foram suficientes para atender as metas pactuadas e atingir os objetivos. Na Saúde da Criança, o número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos permanece nulo. A cobertura de vacinas do calendário básico vem se mostrando efetiva. Em saúde bucal, apesar da realização de atendimento odontológico diário nas 03 unidades de saúde, a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica não atinge % em virtude do município não possuir Equipe de saúde bucal com auxiliar de dentista em nenhuma das 3 unidades.

No âmbito da Vigilância em Saúde, o controle de doenças infectocontagiosas mostra-se eficaz. Quanto à Vigilância Sanitária e Controle de Vetores, a proporção de análise das amostras de água está dentro do preconizado e o número de ciclos de imóveis visitados com pelo menos 80% estão sendo realizadas satisfatoriamente.

Dourado, em 2020, assim como o restante do mundo, teve de lidar com uma crise sanitária sem precedentes instalada pela pandemia do novo coronavírus. O surgimento da covid-19 impactou a rotina dos serviços de saúde, que se voltaram para controlar a transmissão do SARS-cov-2 e tratar os doentes, através de esforço para abertura de leitos de enfermagem, testagem da população e a organização dos serviços, incluindo o distanciamento social. Diante deste cenário algumas diretrizes ficaram prejudicadas (Metas não alcançadas e ações que não puderam ser realizadas). Por exemplo: o acompanhamento dos beneficiários do bolsa família foi suspenso por tempo indeterminado; os eventos como oficina de prevenção de quedas para idosos e a semana do bebê também não foram realizados por serem atividades estritamente presenciais; A atividade de escovação supervisionada nas escolas, o projeto saúde na escola e a pesquisa de tracoma em escolares não foram realizadas pois as aulas estão suspensas no município.

Outros indicadores tiveram uma queda significativa pois as visitas domiciliares foram suspensas e só retornaram, parcialmente, no final do segundo semestre de 2020 e não se normalizaram até o final de 2021, além disso a procura da unidade pela população também teve uma queda significativa. Outras ações foram prejudicadas pela Pandemia de COVID-19, pois a demanda de ações relacionadas à Pandemia sobrecarregou os profissionais do Sistema de Saúde municipal, visto que o quadro de pessoal já era insuficiente para as demandas existentes.



## IV – Estrutura da Rede de Atenção à Saúde

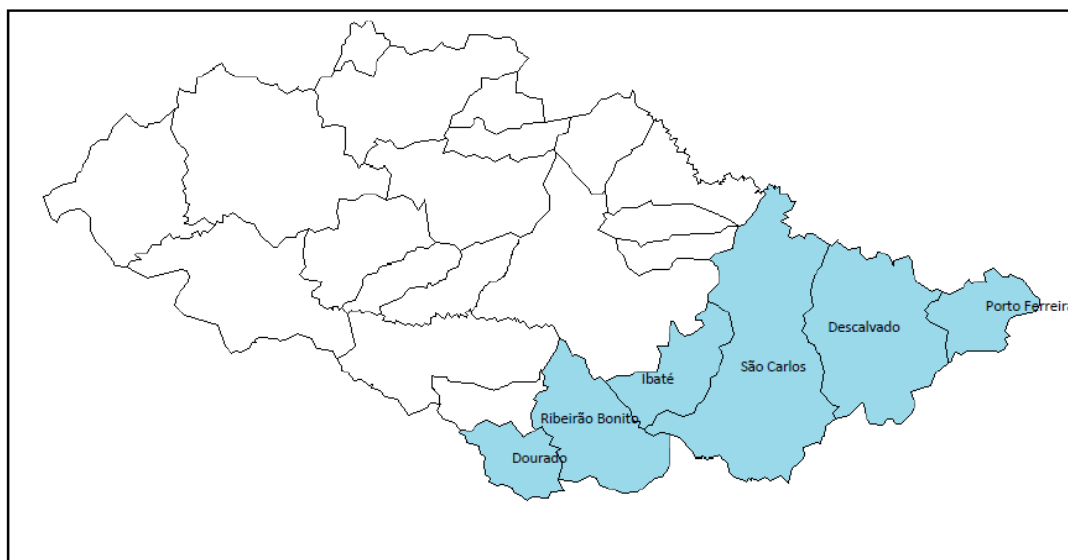
### IV.1 – Região de Saúde

Dourado é parte integrante do CGR Coração do DRS III de Araraquara e à RRAS (Região Regional de Atenção à Saúde) 13, juntamente com os municípios pertencentes aos DRS de Ribeirão Preto, Franca e Barretos. O Sistema de Saúde de Dourado se compromete com os princípios constitucionais do SUS para garantir a população o acesso a um serviço de saúde com qualidade garantindo-lhes ações de atenção básica, ações de maior complexidade através do serviço hospitalar e do sistema regional de referência e contra referência (CROSS). Participa do financiamento Tripartite do SUS para promover ações de saúde no município.



Figura 2 – Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 13





**Figura 4** – Região de Saúde (CIR): 35034 Coração do DRS III (Araraquara)

Na RS Coração residem 38% da população do DRS III, porém existe significativa disparidade entre o menor e o maior município, no que se refere ao porte populacional, o que implica também em diversidade nas necessidades de saúde da população e nos recursos envolvidos no seu atendimento.

Acima de 50% dos municípios da RS Coração possui mais que 50.000 habitantes, sendo que apenas 01 município possui mais que 100.000. Dentre as dificuldades vivenciadas pelos municípios de menor porte, no que se refere a proporcionar assistência à saúde aos seus munícipes, podem ser elencadas, entre outras, dificuldade em alocar recursos humanos especializados e/ou em oferecer remuneração aos profissionais de saúde compatível com a oferecida pelos de maior porte. Há ainda uma maior dependência no provimento de ações de saúde em relação aos municípios maiores, além de demandar eficiente logística de transporte sanitário e recursos financeiros adicionais para garantia do acesso.

Embora a densidade populacional da RS seja inferior à do Estado e compatível com a da RRAS. Nos municípios com menor densidade populacional há necessidade de estratégias de organização dos serviços de saúde para atender a população rural, implicando em maior necessidade de recursos financeiros. Por outro lado, a densidade maior pode também gerar maior demanda para os serviços de saúde e exige maior agilidade dos mesmos na atenção às doenças transmissíveis.

Como anteriormente apontado, o índice de envelhecimento da Região Coração merece destaque em virtude de sua tendência crescente. Embora seja compatível com o do DRS III, o índice é maior do que o apresentado pela RRAS 13 e pelo Estado de São Paulo. Cabe destacar que o menor município da região (Dourado) possui também o maior índice de envelhecimento. A taxa de natalidade é compatível com os dados já apontados de envelhecimento da população e acompanha os indicadores do DRS III, RRAS XIII e Estado de São Paulo, apresentando tendência decrescente.

**Tabela 14** – Tipos de estabelecimentos de saúde – Região de Saúde Coração do DRS III

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Total
CENTRAL DE REGULAÇÃO	-	2	2
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	1	1
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	-	1	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	-	1	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	-	5	5
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	-	69	69
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	1	86	87
CONSULTÓRIO	-	931	931
FARMÁCIA	-	7	7
HOSPITAL GERAL	-	11	11
POLICLÍNICA	-	67	67
POSTO DE SAÚDE	-	3	3
PRONTO ATENDIMENTO	-	6	6
PRONTO SOCORRO GERAL	-	2	2
SECRETARIA DE SAÚDE	-	6	6
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	-	68	68
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	-	3	3
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	-	8	8
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	-	3	3
Total	1	1280	1281

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

**Tabela 15** – Tipos de estabelecimentos por nível de atenção – Região de Saúde Coração do DRS III

Estabelecimentos por nível de atenção	Nº Estabelecimentos
Quantidade Geral	1284
Ambulatorial Básica estadual	-
Ambulatorial Básica municipal	380
Ambulatorial Média complexidade estadual	1
Ambulatorial Média complexidade municipal	988
Ambulatorial Alta complexidade estadual	-
Ambulatorial Alta complexidade municipal	36
Hospitalar Média complexidade estadual	-
Hospitalar Média complexidade municipal	14
Hospitalar Alta complexidade estadual	-
Hospitalar Alta complexidade municipal	3

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES



## IV.3 – Estrutura da Rede de Atenção à Saúde – Município de Dourado

### Modelo de Gestão - Formas de Atuação

**I** - Convênios entre a Prefeitura Municipal de Dourado através da Diretoria de Saúde de Dourado com a Secretária de Estado de Saúde (SES);

**II** - Convênio entre a Prefeitura Municipal de Dourado através da Diretoria de Saúde de Dourado com o Ministério da Saúde (Governo Federal);

**III** - Conselho Municipal de Saúde. Composição e atuação do Conselho Municipal da Saúde respeitando a Lei Federal nº 8.142 de 28/12/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS e a Lei Municipal nº 986 de 05/04/2001, de criação do CMS-Dourado. O Conselho Municipal de Saúde de Dourado, como determina a lei, atua na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros;

**IV**- O Fundo Municipal de Saúde criado através da Lei Municipal nº 619 de 20/03/91, conforme a lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 – artigo 33º, Lei Orgânica de Saúde nº 8142/90 – artigo 4º, Emenda Constitucional nº 29 – artigo 7º. – parágrafo 3º, Lei Complementar 141/2012. Deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde – Dezembro /2000, e Código de Saúde de São Paulo – Lei 791 – artigo 49º;

**V** - Participação da CGR Coração da DRS III de Araraquara, tendo como referência para consultas/exames e procedimentos de média e alta complexidade as cidades de São Carlos, Araraquara, Ibaté e Américo Brasiliense, conforme estabelecido na PPI (Programação Pactuada e Integrada) de 2007. Para casos mais complexos, o município de Dourado tem como referência as cidades de Ribeirão Preto, Bauru, Campinas, São Paulo e São José do Rio Preto.

### Órgão Gestor do Sistema

**Departamento Municipal de Saúde:** Gerencia de toda a rede pública de serviços de atenção básica, desenvolvendo a partir da identificação das necessidades um processo de planejamento e regulação da atenção à saúde. Configura a Rede de Atenção com base no processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Realiza o acompanhamento dos serviços de referência da atenção que ocorre fora do seu território. Promove a estruturação da Assistência Farmacêutica e garante o acesso da população aos medicamentos constantes da RENAME. Realiza a gestão e execução das ações de Vigilância em Saúde no território de acordo com as normas vigentes.

**Conselho Municipal da Saúde:** Órgão permanente e deliberativo, com função de natureza consultiva, de articulação, informação e formas de controle por parte da população sobre as decisões que afetam as suas vidas, saúde e bem estar. Cabe ao Conselho fiscalizar os recursos destinados a área da saúde no Orçamento do município; deve também exercer o controle, planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde. É o Conselho Municipal de Saúde quem aprova, acompanha e avalia o Plano Municipal de Saúde.



### IV.3.1 – Composição do Sistema Municipal de Saúde

a) **Atenção Básica** - O município conta com 03 Unidades de Saúde da Família (USF):

- ✓ USF I – Dr. Heronides de Arruda Cruz (Posto do Centro);
- ✓ USF II – Dr. Fernando Luiz da Silva (Posto da Popular);
- ✓ USF III – Maria Guadalupe Ballestero Martins “Dona Quinha” (Posto do Aeroporto).

As 03 USF participam do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB (PMAQ) do Ministério da Saúde, e irão passar por avaliação externa no ano de 2018. Quanto à territorialização, a abrangência geográfica e a cobertura populacional estão descritas no Quadro 9.

**Quadro 09** – Cobertura e Área de Abrangência das USF de Dourado.

USF I – Dr. Heronides de Arruda Cruz – CNES 2747278				
Área de Abrangência	Micro áreas	População	Número de Famílias	Cobertura Total
Jardim Central	01	306	98	População: 3.157  Famílias: 1.166
Jardim Paulista	02	488	163	
Jardim das Flores	03	578	209	
Parque Dourado I	04	446	148	
Parque Dourado II	05	621	225	
Jardim Maria Luiza	06	438	223	
Residencial Violindo Rogante Centro	07	280	100	
USF II – Dr. Fernando Luiz da Silva – CNES 3004074				
Área de Abrangência	Micro áreas	População	Número de Famílias	Cobertura Total
Jardim Novo Dourado	01	656	183	População: 2.318  Famílias: 797
Vila São José	02	535	197	
Jardim Paulista	03	567	216	
	04	560	201	
USF III – Maria Guadalupe Ballestero Martins “Dona Quinha” – CNES 3011046				
Área de Abrangência	Micro áreas	População	Número de Famílias	Cobertura Total
Jardim Aeroporto	01	702	234	População: 3.393  Famílias: 1.131
Jardim Elite	02	636	212	
Jardim Primavera	03	690	230	
Jardim Azaléas	04	735	245	
Jardim Paulista	05	630	210	



A porcentagem de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município no último quadriênio é de 100% da população. Atualmente o município possui 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) implantados, com um teto de 18 como possibilidade de credenciamento.

Na USF I (Posto do Centro) também funciona o Centro de Saúde III onde são realizados os atendimentos das especialidades. As especialidades de Ginecologia e Fisioterapia, apesar de estarem credenciadas no Centro de Saúde III, são realizadas no ambulatório do Hospital Municipal. Isto ocorre devido ao espaço na USF I/Centro de Saúde III ser insuficiente para tais atendimentos.

O atendimento odontológico é realizado nas três unidades todos os dias da semana, com exceção da USF II que não atende às sextas-feiras. O Programa Mais Médicos possibilitou a contratação e fixação de 02 profissionais médicos (sendo que um se encontra afastado), um para a USF I e um para a USF III. O Posto Municipal de Dispensação de Medicamentos está localizado também na USF I/Centro de Saúde III.

Por questões de espaço, algumas especialidades também estão alocadas na USF III que são os atendimentos TEA (Atendimento Especializado em Transtorno do Espectro Autista) e de Oftalmologia.

As USF não contam atualmente com veículo para realização das ações em campo, sejam específicas da Saúde da Família ou de atenção domiciliar multiprofissional. Para a realização destas atividades, as USF solicitam veículo e motorista ao Setor de Transporte Sanitário. Isto, na maioria das vezes, gera conflitos por falta de veículo ou motorista no momento das atividades de campo, indicando a necessidade futura da aquisição de veículo específico para a AB.

### **b) Média Complexidade:**

O sistema municipal de saúde do município de Dourado, conta atualmente com 01 Neurologista, 01 Ginecologista, 01 Pediatra, 01 Ultrassonografista e 01 Oftalmologista, sendo que explora-se a possibilidade da contratação de mais um especialista. O fato de alguns desses atendimentos se darem nas próprias USF causa distorção no que diz respeito às clínicas básicas e ao papel da atenção básica na rede de saúde. O município ainda conta com atendimento em Fisioterapia alocado no ambulatório do Hospital Municipal e Psicologia, que funciona na USF I e III.

Na área de Saúde Mental, o município de Dourado implantou em 2019 o Atendimento Especializado em Transtorno do Espectro Autista (TEA) com atendimentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e psicologia comportamental. Em relação às internações, devido ao processo de desinstitucionalização preconizado pela reforma psiquiátrica e o recente encerramento das atividades do hospital Cairbar Schutel de Araraquara, faz-se necessária a pactuação com um Centro de Atenção Psicossocial Regional (CAPS) para o atendimento de casos graves e persistentes, e a implantação de um Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) municipal para fornecer apoio matricial às equipes de AB. Para internações em álcool e outras drogas advindas de ordens judiciais, o município recorre às comunidades terapêuticas e clínicas particulares de outros municípios.

O município não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e o serviço de próteses odontológicas encontra-se inativo.





**c) Urgência e Emergência:**

O município de Dourado possui 01 Pronto Socorro (PS) anexo ao prédio do Hospital Público de Dourado, com plantão presencial de 24 horas para clínica geral e produção de aproximadamente 2.500 atendimentos/mês. O Pronto Socorro Municipal conta com o sistema de regulação de vagas da urgência e emergência (CROSS Urgência/Emergência) para a transferência de casos mais complexos à Santa Casa de São Carlos e outras unidades da região.

O Pronto Socorro Municipal de Dourado realiza atendimento pré-hospitalar em área urbana, rural e em rodovias.

**d) Assistência Hospitalar:**

A assistência hospitalar é realizada no Hospital e Maternidade Público de Dourado. Até o primeiro semestre de 2017 este hospital era uma entidade filantrópica sem fins lucrativos que prestava serviços ao SUS e chamava-se Hospital e Maternidade Dr. Idio Carli, sendo que a partir do segundo semestre de 2017, o município passou a assumir sua gestão plena. O Hospital conta com 18 leitos gerais disponíveis ao SUS, e realiza em média 13 internações/mês, com Taxa de Ocupação Hospitalar Geral de 25% e Média de Permanência Hospitalar de 04 dias.

**e) Vigilância em Saúde:**

A Vigilância em Saúde do município de Dourado é composta pela Vigilância Epidemiológica, Controle de Vetores, Vigilância Sanitária e Zoonoses.

A **Vigilância Epidemiológica (VE)** disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como de seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção. Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas. São funções da VE: coleta, processamento, análise e interpretação de dados, recomendação, promoção e avaliação da eficácia de medidas de controle apropriadas, divulgação de informações pertinentes. Está também sob o comando deste serviço o suprimento de vacinas e soros (antirrábico). A VE funciona no prédio do Centro de Saúde III e conta com 01 enfermeira responsável técnica que realiza as investigações, coleta de dados e digitações.

O **Setor de Zoonoses (CCZ)** é responsável pelas seguintes atividades: vacinação antirrábica de rotina, cadastros de animais de estimação para emissão do Registro Gera Animal (RGA), atendimento de denúncias sobre maus tratos animais, controle populacional de gatos colonizados em prédios públicos e em situação de abandono pelo método CED (Captura, esterilização e Devolução) através da contratação de serviço veterinário de castração, realização de inspeções zoonosológicas em prédios públicos e privados, controle de populações de animais de relevância para a saúde pública (*Aedes aegypti*, Escorpiões, roedores, caramujos africanos), realização de campanhas educativas, resgate de animais silvestres em parceria com a Defesa Civil e encaminhamento a Polícia Ambiental da Cidade de São Carlos e desenvolvimento e distribuição de manual de guarda responsável e bem estar animal.



O **Controle de Vetores (CV)** executa ações relativas ao controle do mosquito *Aedes aegypti* e o Controle de escorpiões. São atividades do setor de Controle de Vetores, a realização das visitas Casa a Casa, Avaliação de Densidade Larvária, Controle de Pontos Estratégicos e Imóveis Especiais, Atividades de bloqueio de transmissão, Nebulização e Atividades de Informação, Educação e Comunicação. A Equipe de CV está alocada no prédio do Departamento Municipal de Zoonoses e Vigilância Sanitária e conta com 01 Coordenadora e 04 Agentes de Controle de Vetores. O CV do município possui um veículo, 02 bombas costais para aplicação de inseticida e EPI's individuais.

A **Vigilância Sanitária (VISA)** pode ser compreendida, hoje, como um conjunto integrado de ações educacionais, informativas e de fiscalização, que exerce o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia de produção e de consumo, de potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e a promoção da saúde da população. A Vigilância Sanitária Municipal de Dourado fiscaliza aproximadamente 250 estabelecimentos de interesse à saúde, registrando suas atividades no SIVISAWEB

A VISA municipal é responsável pelo PROAGUA, com coletas mensais de amostras de água nos Sistemas de Abastecimentos de Água e Sistemas de Abastecimento Alternativo Coletivos (SAA e SAC) do município para controle analítico. As amostras coletadas são enviadas ao Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto. O monitoramento é realizado pela digitação dos resultados no SISAGUA. A VISA municipal realiza atividades referentes à saúde do trabalhador; atividades em toxicovigilância e inspeções de fiscalização das campanhas de proibição de venda de bebidas alcoólicas para menores e uso de produtos fumígenos em ambientes fechados. Em Dourado, a VISA está alocada no prédio do Departamento Municipal de Zoonoses e Vigilância Sanitária e conta com 01 Supervisor apenas.

### f) Apoio Logístico:

- **Regulação** - Os serviços de alta complexidade e urgência hospitalar são regulados pelo Complexo Regulador Estadual via sistema CROSS. Dentro do município há ainda uma Central de Regulação de Vagas que é responsável pelo controle e regulação dos procedimentos e serviços realizados pelas referências regionais. Os principais problemas enfrentados atualmente estão nos procedimentos de alta complexidade e algumas especialidades como: cirurgia vascular, neuropediatria, cardiologia e endocrinologia. Em diagnose, o maior problema acaba sendo a realização de ressonâncias magnéticas, endoscopias, EEG, teste ergométrico e USG de articulações.
- **Auditoria, Controle e Avaliação** - O município não possui serviço de auditoria, controle e avaliação próprio.
- **Transporte Sanitário** - O transporte de pacientes para as referências é realizado por veículos do município. O setor de Transporte Sanitário fica alocado no Departamento Municipal de Saúde e a frota da saúde consta com 10 veículos (03 carros, 02 Vans, 04 ambulâncias e 01 Kombi). O Transporte sanitário de Urgência e Emergência é realizado por 04 ambulâncias (02 para uso dentro do município e 02 para transferências intermunicipais). O município também utiliza um serviço de locação de automóveis para complementação da frota, sendo que atualmente 02 veículos estão alugados.



- **Informações em Saúde** - As unidades de saúde utilizam os sistemas e-SUS e SISCAN, sendo que cada unidade faz a digitação de sua produção e envia seu fechamento à Secretaria Municipal de Saúde (e-SUS), onde são acompanhados. Para 2022, o sistema municipal de saúde será 100 % informatizado devido a contratação de empresa para fornecimento de software de ERP.
- **Assistência Farmacêutica** - O município possui 01 Farmácia Municipal, a qual distribui de forma padronizada os medicamentos básicos nas USF. O sistema de controle de estoque é informatizado (Sistema Fiorilli). As atividades da Farmácia Municipal compreendem a normalização terapêutica, o armazenamento adequado, a distribuição para outras unidades básicas, a dispensação para a população por receita médica, o acompanhamento do Programa Dose Certa, Insumos para Diabetes, DST-Aids, Planejamento Familiar e dispensação e controle de Medicamentos de Alto Custo, além de distribuição de medicamentos de ordem social e judicial.
- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico** - A Prefeitura Municipal de Dourado possui convênio com 01 Laboratório de Análises Clínicas, localizado no centro da cidade, responsável pela coleta e realização da maior parte dos exames laboratoriais do município. Para alguns tipos de exames, o município possui como referência o Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto (sorologia de dengue, raiva, etc.), Instituto Pasteur em São Paulo (óbito animal suspeito de raiva), Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Unesp de Araraquara (COVID) e o Instituto Jô Clemente (Teste do Pezinho). A realização de alguns exames (PSA, BK, Papanicolau, PPD, biópsias de pele, etc) é pactuada com a Secretaria Municipal de São Carlos.

O município conta ainda com 01 equipamento de Raio-X e 01 equipamento de Ultrassonografia, localizados no Hospital Municipal. Os demais exames de média e alta complexidade são realizados nas referências como o AME de Américo Brasiliense, de São Carlos e de Taquaritinga, a Santa Casa e o Hospital Universitário de São Carlos. Todas as Unidades de Saúde realizam testes rápidos de HIV, Hepatite B e C, Sífilis, e o TIG. Os exames de ECG são realizados nas 03 USF e no Pronto Socorro Municipal.

**Tabela 16** – Número de leitos por tipo de prestador e especialidade (Dourado).

Especialidade	Existentes	SUS	Não SUS
Cirúrgicos	2	2	0
Clínicos	9	9	0
Obstétrico	2	2	0
Pediátrico	2	2	0
Unidade de Isolamento	3	3	0
Total	18	18	0

Fonte: CNES. DATASUS (competência set/2021).

**Tabela 17** – Número e tipo de estabelecimentos por tipo de prestador (Dourado).

Tipo de estabelecimento	Público	Privado	Total
Estratégia de Saúde da Família	3	-	3
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	1	2	3
Clínica Básica	5	9	14
Não médicos	3	2	5
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Pop.	1	-	-
Hospital Geral	1	-	1
Pronto Socorro Geral	1	-	1
Secretaria de Saúde	1	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	3	1	4
Consultório Odontológico	3	7	10

Fonte: DATASUS (competência set/2021).

**Tabela 18** – Número de Estabelecimentos por tipo de Serviço Prestado (Dourado).

Classificação do Serviço Prestado	Quantidade
SAUDE DA FAMILIA	3
DIAGNOSTICO E TRATAMENTO	1
ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	2
ASSISTENCIA DOMICILIAR	3
DENTISTICA	3
ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	2
RADIOLOGIA	3
ULTRASONOGRAFIA	1
EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	4
FARMACIA HOSPITALAR	1
ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA E NEUROLOGIA	2
ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIO/PNEUMO E MUSCULO ESQUELE	2
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
VIGILANCIA SANITARIA	1
COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	1
EXAMES HEMATOLOGICOS, SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	3
EXAMES COPROLOGICOS, DE UROANALISE, HORMONAI S E BIOQUIMICOS	3
EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	1
EXAMES MICROBIOLÓGICOS E EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	1
EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	2

Fonte: DATASUS (competência set/2021).

Nota: Número total de estabelecimentos, prestando ou não serviços ao SUS



## **IV.4 – Fluxos de Acesso**

As principais referências de procedimentos de média complexidade para o município de Dourado são o Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB/AME), AME, Santa Casa, CE e Hospital Universitário de São Carlos, Hospital Amaral Carvalho de Jaú e Hospital dos Olhos de Araraquara. Para os procedimentos de alta complexidade as referências são: Hospital das Clínicas (HC) de Ribeirão Preto, Hospital de Base de São José do Rio Preto, Unesp de Botucatu, HÁ de Barretos, Centrinho, Instituto Lauro Souza Lima e Cedalvi de Bauru, Unicamp de Campinas, HC e INCOR de São Paulo. As pactuações de referências são realizadas no CGR/CIR e baseiam-se na PPI (Programação Pactuada Integrada) construída em 2007. Há dificuldades no cumprimento de diversas pactuações, as quais estão desatualizadas e não condizem com a realidade municipal.

Apesar dos protocolos e fluxos de acesso estarem bem estruturados, a oferta de vagas é insuficiente, e muitos ambulatórios encontram-se fechados para casos novos. Para a Oncologia a referência principal é Jaú, mas há também atendimento no Ambulatório Oncológico de São Carlos e no Hospital de Barretos. Em Dermatologia, temos como referência Bauru, porém ainda há demanda reprimida do serviço.

Os serviços de Neuropediatria, Cirurgia Ortopédica, Psiquiatria, Pneumologia, Urologia, Endocrinologia e Cirurgia Vascular são atualmente os que apresentam maior demanda reprimida, e estamos sem referência para Geriatria. Alguns atendimentos acabam sendo feitos na Urgência, sem resolutividade dos casos. Atualmente foi incluído o CRESEP em Araraquara como referência para Oftalmologia. O município não possui protocolos de fluxos internos.

## **IV.5 – Recursos Financeiros**

O município de Dourado, de pequeno porte, necessita das receitas da União e do Estado para atender todas as demandas provenientes da área da saúde. Mesmo assim o município através das receitas municipais, que são precárias procura atender todas as demandas possíveis atingindo o que a Constituição determina. Conforme dados apresentados verifica-se que o município investe em ações de saúde principalmente em atenção básica acima de 15% como demonstra a série histórica apresentada.

O Departamento Municipal de Saúde em consonância com o Departamento de Contabilidade da Prefeitura Municipal procuram cumprir os blocos de atenção onde iniciam os repasses financeiros, pois as despesas são classificadas de acordo com as especificações de cada bloco. O gasto com pessoal está dentro dos limites permitidos. Não há grande gasto com serviços terceirizados e, há uma oscilação no gasto com medicamentos.

**Tabela 19:** Indicadores Financeiros obtidos no último quadriênio.

<b>Indicadores</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Participação da receita de impostos total do município (%)	8,79	10,9	11,22	9,96
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município (%)	84,36	83,97	86,31	88,17
Participação das Transferências para a Saúde (SUS) no total de Transferências p/ o Município (%)	4,97	5,49	5,64	6,93
Participação das Transferências da União para a Saúde no total de Transferências para a saúde no Município (%)	99,26	90,34	85,41	95,58
Participação das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União p/ o Município (%)	12,58	13,83	14,02	17,07
Participação da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município (%)	71,51	74,18	75,44	71,27
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante (R\$)	898,24	1004,88	1114,83	1231,04
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde (%)	34,58	39,79	40,76	42,26
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde (%)	8,24	7,97	8,13	7,07
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde (%)	19,83	41,42	41,75	42,21
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde (%)	2,19	3,86	2,17	0,92
Despesas com Saúde por subfunção: Atenção Básica (R\$)	7.805.907,82	8.754.663,61	9.601.007,58	10.306.699,51
Despesas com Saúde por subfunção: Vigilância Sanitária (R\$)	189.482,53	197.782,11	285.311,93	349.626,40
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde (%)	17,55	19,23	20,85	25,18
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 (%)	29,42	26,81	25,75	25,92
Receita de Impostos e Transferências Constitucionais (R\$)	23.057.191,80	27.043.843,29	31.893.933,92	32.079.195,73
Receita de transferências para a Saúde (SUS) (R\$)	1.404.279,37	1.721.341,26	2.060.918,83	2.750.509,95
Receita de transferências para a Saúde (SUS)/Hab (R\$)	157,62	193,21	232,4	309,99
Despesas com pessoal (R\$)	2.767.040,26	3.562.464,89	4.029.610,79	4.616.039,72
Despesas com Recurso próprio (R\$)	6.782.408,44	7.249.956,64	8.213.442,97	8.313.883,95
Despesas com Recurso próprio/Hab (R\$)	761,3	813,78	926,19	936,99
Despesa total em saúde (R\$)	8.002.390,35	8.952.445,72	9.886.319,51	10.923.040,17

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS - <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>



## **IV.6 – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

O município de Dourado possui, em sua maioria (> 90%), pessoal contratado através da administração direta (concurso público). Há também cargos comissionados e contratação por credenciamento (profissionais médicos). Não há Planos de Carreira e Salário implantados. Há uma defasagem salarial dos profissionais em relação à região e não há gratificação por desempenho. Ocorrem reuniões de equipe mensalmente em conjunto com o interlocutor de Educação Permanente e Humanização. Em 2019 se iniciou-se um projeto de Educação Permanente no SUS no qual foram realizadas oficinas com as equipes de Atenção Básica para verificação da demanda de ações prioritárias. Entretanto, em 2020, o projeto foi suspenso devido à Pandemia de Covid-19, sendo retomado somente em novembro/2021.

## **V – Prioridades**

A partir da análise situacional da saúde do município de Dourado apresentada anteriormente, fica claro a necessidade da realização de ações para a Promoção da Saúde da Mulher, em virtude dos baixos índices obtidos na prevenção do câncer de colo do útero e mama e de parto normal.

O baixo índice obtido no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família demonstra a fragilidade nas rotinas das equipes de Saúde da Família e portanto, planeja-se para o próximo quadriênio o desenvolvimento de Programas de Educação Permanente e Adequação dos Processos de Trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

O grande número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) ao longo dos últimos anos requer urgência na qualificação das ações de atenção básica para prevenção e promoção da saúde da população. Esta qualificação deverá ser iniciada com a criação, implantação e monitoramento das Linhas do Cuidado (Hipertensão, Diabetes, Saúde do Homem, Saúde da Mulher, etc.).

Com a municipalização do serviço hospitalar em Dourado, torna-se prioritária a modernização da estrutura hospitalar e de pronto atendimento. Contratações, reformas e aquisição de equipamentos e revisão de processos e protocolos para essa modernização serão as primeiras ações na saúde para este quadriênio.

## **4 – Diretrizes, objetivos, metas e indicadores para realização das prioridades elencadas**

Os eixos do Plano Municipal de Saúde de 2022-2025 contemplam os compromissos assumidos pelo Gestor Municipal no Pacto pela Saúde, as prioridades estabelecidas pelo Decreto Federal 7508/2011, a análise situacional de saúde, os eixos temáticos das Conferências Nacional e Estadual de Saúde e as propostas aprovadas nas III e IV Conferências Municipais de Saúde. Os eixos são transversais e as divisões têm como objetivo facilitar o processo de planejamento e o entendimento dos compromissos assumidos.



Para cada eixo foram definidas diretrizes, estabelecidos objetivos, metas e indicadores para o quadriênio. O Departamento Municipal de Saúde é coletivamente responsável pela execução do Plano e pelos resultados a serem alcançados pela gestão municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde acompanhar o seu desenvolvimento.

### **EIXOS**

Eixo I – Aperfeiçoamento e Qualificação do Acesso e da Atenção à Saúde.

Eixo II – Desenvolvimento de Programas e Ações para Segmentos Específicos da População.

Eixo III – Vigilância em Saúde.

Eixo IV – Fortalecimento da Gestão do SUS no município.

Eixo V – Enfrentamento da Pandemia do Coronavírus (Covid-19)





## Eixo I – Aperfeiçoamento e Qualificação do Acesso e da Atenção à Saúde.

O aperfeiçoamento e a qualificação da atenção à saúde são fundamentais para reduzir as desigualdades encontradas na situação de saúde da população. A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde, sendo estruturante de todo o sistema de saúde, devendo articular-se com a atenção secundária e terciária como uma rede, com competências distintas e fluxos multidirecionais de referenciamento e contrarreferenciamento das demandas.

A implantação de mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integral, deve ser priorizada para assegurar a equidade na atenção. O acesso da população aos medicamentos de qualidade e no momento apropriado é fundamental para garantir a resolubilidade dos atendimentos realizados pelo SUS, sendo de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal. Na área de assistência farmacêutica, o município vem desenvolvendo ações para o estímulo ao uso racional e controlado dos medicamentos, priorizando a medicação padronizada, ampliando desta forma o acesso, com custos factíveis para o SUS. O município conta com a Farmácia Popular do Brasil, que tem como objetivo ampliar as ações da Assistência Farmacêutica e oferecer à população mais uma opção de acesso aos medicamentos considerados essenciais a baixo custo. O desenvolvimento de estratégias de planejamento e gestão é fundamental para o aperfeiçoamento da rede municipal de saúde, na busca de racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde.



<b>DIRETRIZ Nº 1</b>		<b>GARANTIA DE ACESSO A SERVIÇOS DE QUALIDADE MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA</b>									
<b>OBJETIVO Nº 1.1</b>		Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a atenção básica									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Realizar o recadastramento de 100% da população do município, no e-SUS pelas Equipes de Saúde da Família	% de recadastramento = (população recadastrada x 100) / população total	---	---	Percentual	100,00	Percentual	15	25	30	30
1.1.2	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	55,0	2016	Percentual	70,00	Percentual	10	10	20	30
1.1.3	Realizar o levantamento das famílias residentes na área rural do município.	% de recadastramento = (população recadastrada x 100) / população total	---	---	Percentual	90	Percentual	15	25	25	25
1.1.4	Completar o quadro de Agentes Comunitários de Saúde do município através de concurso público	% do teto máximo de ACS de acordo com a população residente no município.	---	---	Percentual	100,00	Percentual	25	25	25	25
1.1.5	Adquirir veículo para o Programa de Saúde da Família	Proporção disponibilidade de transporte = Nº de veículos adquiridos/Nº de USF	---	---	Proporção	1	Proporção	0	0	0	1
1.1.6	Separação da USF I do Centro de Saúde III e aquisição e adequação de imóvel para abrigar a USF I.	USF I em funcionamento no novo prédio	1	---	Número	1	Número	1	0	0	0

<b>OBJETIVO Nº 1.2</b>		Utilizar mecanismos que propiciem a melhoria do atendimento aos usuários na atenção básica									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.2.1	Organizar o fluxo de atendimento nas USF através da revisão/implantação de linhas de cuidado e acolhimento com classificação de risco visando diminuir o número de óbitos prematuros.	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT	9	2018	Número	9	Número	9	9	9	9
1.2.2	Aquisição de novos equipamentos, mobiliários e materiais para melhoria na qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família.	Equipamentos, mobiliários e materiais adquiridos.	1	---	Número	4	Número	1	1	1	1

<b>DIRETRIZ Nº 2</b>		<b>APERFEIÇOAR O ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL E URG/EMERG. COM QUALIDADE E EQUIDADE</b>									
<b>OBJETIVO Nº 2.1</b>		Melhorar o acesso e a eficiência da atenção especializada à saúde no município.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Contratação de Especialidades Médicas através do sistema de Credenciamento	Nº de Médicos especialistas credenciados	1	---	Número	2	Número	0	0	1	1
2.1.2	Informatizar o Sistema de Saúde Municipal, permitindo que Hospital, Pronto Socorro e Unidades de Saúde compartilhem informações.	Proporção de implantação = (Nº de Unidades de Saúde Municipais informatizadas/ Nº total de Unidades de Saúde Municipais) x 100	100	---	Percentual	100,00	Percentual	25	25	25	25



<b>OBJETIVO Nº 2.2</b>		Melhorar a qualidade do serviço de Urgência e emergência no município.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.2.1	Reforma/ampliação do Pronto Socorro em parceria com a SES/SP ou MS.	Pronto Socorro reformado/ampliado	1	---	Número	1	Número	0	0	0	1
<b>OBJETIVO Nº 2.3</b>		Garantir o acesso do usuário douradense aos serviços de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico nas especialidades oferecidas na Região de Saúde									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.3.1	Garantir a participação da Gestão nas reuniões de CIR e Câmaras Técnicas do DRS III de Araraquara para discussão das demandas municipais.	Proporção de Participação= (Nº reuniões participadas/Nº total de reuniões) x 100	100	---	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
<b>DIRETRIZ Nº 3</b>		<b>GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO À SERVIÇOS HOSPITALARES DE QUALIDADE</b>									
<b>OBJETIVO Nº 3.1</b>		Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Hospitalar em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde da população do município									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Aumentar o percentual de Parto Normal	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	10,00	2018	Percentual	12,00	Percentual	12	12	12	12
3.1.2	Adequar o Centro Cirúrgico com aquisição de equipamentos, materiais e insumos para realização de cirurgias eletivas de média complexidade no Hospital Municipal.	Centro cirúrgico adequado	---	---	Número	1	Número	0	0	0	1
3.1.3	Ampliar o quadro de médicos cirurgiões do Hospital Municipal.	Médicos credenciados	1	---	Número	1	Número	0	0	0	1
<b>DIRETRIZ Nº 4</b>		<b>GARANTIR E APERFEIÇOAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO</b>									
<b>OBJETIVO Nº 4.1</b>		Qualificar os serviços de assistência Farmacêutica no município									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Assegurar a aquisição de medicamentos sob gestão municipal, mantendo a regularidade no abastecimento.	% Falta = (Receitas não atendidas/Receitas recebidas) x 100	0	---	Percentual	0	Percentual	0	0	0	0
4.1.2	Ampliar a equipe do serviço farmacêutico municipal através de concurso público.	Profissionais Contratados	1	---	Número	1	Número	0	0	0	1



## Eixo II – Desenvolvimento de Programas e Ações para Segmentos Específicos da População.

A elaboração de políticas relativas à saúde evoca questões importantes relacionadas a identificação de problemas prioritários para populações específicas com vulnerabilidade, física ou psicossocial, aos riscos de doença e para as necessidades diferenciais de distintos grupos sociais. A integralidade enquanto princípio constitutivo da atenção à saúde deve atentar para a incorporação dos cuidados integrais em áreas que os indicadores epidemiológicos apontam sua relevância social.

A universalidade deve ser qualificada pela integralidade, incluindo as necessidades específicas de ciclos de vida, de pessoas com deficiência, entre outras. A equidade na atenção à saúde deve ser promovida considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades de saúde e ampliação do acesso do usuário às políticas setoriais, especialmente aquelas voltadas para mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, trabalhadores, saúde mental e populações em situação de desigualdade por fatores genéticos ou por condicionantes de exclusão social.

A formulação de políticas públicas e a organização do sistema de saúde devem produzir respostas suficientes e qualificadas que diminuam as iniquidades e promovam ações que devem ser priorizadas a essas populações. Para isto, é fundamental a organização dos serviços de uma forma abrangente, desde a atenção primária até a atenção especializada, a qual deve estar organizada de forma relacionada quanto à sua complexidade, através de redes hierarquizadas e regionalizadas de oferta de serviços que devem ser compreendidas como ferramentas estratégicas de disseminação das ações de saúde.



DIRETRIZ Nº 5		GARANTIR E APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL									
OBJETIVO Nº 5.1		Aprimorar o Programa de Saúde Bucal no Município									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1	Aumentar o percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	67,66	2020	Percentual	80,00	Percentual	80	80	80	80
5.1.2	Aquisição de equipamentos e materiais para garantir o atendimento odontológico nas USF	Equipamentos e materiais adquiridos	100,00	---	Percentual	100,00	Percentual	25	25	25	25
5.1.3	Promover orientações de prevenção e escovação dental supervisionada, nas USF e nas escolas municipais	$[N^{\circ} \text{ participantes (mesmo local e período)} \div 12] / N^{\circ} \text{ habitantes (no mesmo local e período)} \times 100$	75,00	---	Percentual	75,00	Percentual	75	75	75	75
5.1.4	Ampliar em 10% a oferta e a qualidade de atendimento	$\% = (N^{\circ} \text{ atendimentos mensais} \times 100) / 200$	10,00	---	Percentual	10,00	Percentual	10	10	10	10
5.1.5	Atender 100% das gestantes cadastradas no e-sus durante o pré-natal, mantendo pelo menos uma consulta por trimestre	$(N^{\circ} \text{ gestantes atendidas} \times 100) / \text{gestantes cadastradas}$	100,00	---	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

OBJETIVO Nº 5.2		Reorganizar a atenção em Saúde bucal da atenção básica.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.2.1	Implantar sistema de classificação de risco em saúde bucal em 100% das unidades de saúde do município.	Cobertura de Unidades que realizam a Classificação de Risco (CR): $(N^{\circ} \text{ de Unidades que realizam CR-SB} \div \text{total de Unidades com eSB}) \times 100$	100,00	---	Percentual	100,00	Percentual	25	25	25	25
5.2.2	Implantar agenda vinculada às prioridades de risco (Classificação de risco) em 100% das Unidades de saúde com saúde Bucal	Cobertura de Unidades que implantaram agenda vinculada à CR: $(N^{\circ} \text{ de Unidades com agenda vinculada às prioridades de risco} \div \text{total de Unidades com eSB}) \times 100$	100,00	---	Percentual	100,00	Percentual	25	25	25	25
5.2.3	Realizar a prospecção (semanal) de 28 vagas para o tipo de atendimento de consulta agendada nas 04 unidades de saúde do município.	Média atendimentos de consultas agendadas por unidade (vide e-sus): $N^{\circ} \text{ de atendimentos de consultas agendadas realizadas pelas Unidades que prospectaram as vagas} \div N^{\circ} \text{ de unidades que realizaram os atendimentos do mesmo local e período}$	28	---	Número	28	Número	28	28	28	28
5.2.4	Realizar busca ativa sobre 7 grupos populacionais de maior vulnerabilidade segundo as principais afecções bucais, para prevenção, diagnóstico precoce e condutas em tempo hábil. (Primeiríssima infância, crianças, adolescentes, deficientes, diabéticos, hipertensos e gestantes).	Total de examinados por grupos populacionais vulneráveis às principais afecções bucais (vide sistema estadual de classificação de risco em saúde bucal, SECR-SB): $N^{\circ} \text{ de examinados por grupo identificados no SECR-SB no campo "público alvo" em determinado local e período}$	416	---	Número	416	Percentual	416	416	416	416



<b>DIRETRIZ Nº 6</b>		<b>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>									
<b>OBJETIVO Nº 6.1</b>		Avaliar a saúde integral da criança acompanhando seu crescimento e seu desenvolvimento									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
6.1.1	Manter em zero o índice de mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil	1	2018	Número	0	Número	0	0	0	0
6.1.2	Atingir 75% de cobertura vacinal de rotina e de campanha.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação p/ crianças menores de 2 anos de idade – Pentavalente 3ª dose, Pneumoc. 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose – c/ cobertura vacinal preconizada	75,00	2017	Percentual	75,00	Percentual	75	75	75	75
6.1.3	Manter 100% das crianças cadastradas e acompanhadas no SISVAN	% cadastro = (Nº crianças cadastradas/Nº total crianças) X100	100,00	---	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.4	Garantir a continuidade do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância no município.	Número de Eventos (Semana do Bebê) /ano	1	---	Número	4	Número	1	1	1	1
<b>OBJETIVO Nº 6.2</b>		Desenvolver ações específicas para promoção da saúde da criança.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
6.2.1	Realizar triagem neonatal dentro de 28 dias.	% Recém Nascidos triados	100,00	---	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.2.2	Manter o índice zero de crianças com déficit no desenvolvimento por doenças congênicas transmitidas na gestação e/ou aleitamento.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	---	Número	0	Número	0	0	0	0
<b>DIRETRIZ Nº 7</b>		<b>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER</b>									
<b>OBJETIVO Nº 7.1</b>		Reduzir a morbimortalidade da mulher em todas as fases de seu ciclo biológico, principalmente as complicações no período gravídico-puerperal.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
7.1.1	Diminuir os óbitos por neoplasias malignas de colo de útero.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	0,18	2019	Razão	0,40	Razão	0,40	0,40	0,40	0,40
7.1.2	Diminuir os óbitos por neoplasias malignas de mama	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	0,35	2019	Razão	0,37	Razão	0,37	0,37	0,37	0,37
7.1.3	Diminuir a Proporção de gravidez na adolescência.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	8,33	2020	Percentual	7,00	Percentual	7	7	7	7
7.1.4	Manter em zero o Número de óbitos maternos.	Número de óbitos maternos/ano	0	---	Número	0	Número	0	0	0	0
<b>DIRETRIZ Nº 8</b>		<b>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL</b>									
<b>OBJETIVO Nº 8.1</b>		Ampliar o acesso a atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais									



Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
8.1.1	Qualificar as equipes de Atenção Básica para o trabalho em saúde mental e atenção psicossocial.	Nº de Equipes qualificadas	3	---	Número	3	Número	0	0	0	3
8.1.2	Participar da RAPS, de acordo com o planejamento do grupo condutor regional e diagnóstico municipal.	Proporção de Participação do município na RAPS	100	---	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

<b>DIRETRIZ Nº 9</b>		<b>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA</b>									
<b>OBJETIVO Nº 9.1</b>		Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida. Organizando a rede de atenção e estabelecendo estratégias de gestão do cuidado ao idoso.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
9.1.1	Elaborar e Implantar a Linha de Cuidado do Idoso	Linha do cuidado implantada	1	---	Número	1	Número	0	0	0	1
9.1.2	Realizar Oficina sobre prevenção de Quedas e de Acidentes Domésticos no município anualmente	Nº oficinas/ano	1	---	Número	4	Número	1	1	1	1

<b>DIRETRIZ Nº 10</b>		<b>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM</b>									
<b>OBJETIVO Nº 10.1</b>		Redução de mortalidade de homens por neoplasias.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
10.1.1	Implementar o Programa de Atenção à Saúde do Homem (Novembro Azul)	Nº de Campanhas/ano	1	---	Número	4	Número	1	1	1	1
10.1.2	Busca ativa da população masculina de 40 a 59 anos para orientações sobre medidas de detecção precoce do câncer de próstata, entre outros agravos geniturinário.	Nº de campanhas de busca ativa/ano	1	---	Número	4	Número	1	1	1	1



## Eixo III – Vigilância em Saúde.

A vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2014).

A Vigilância em Saúde engloba as Coordenadorias de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Vetores. Apresenta interfaces de atuação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, nas ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador e com o Serviço Especializado de Prevenção e Assistência – DST/AIDS/Hepatites.

No âmbito da saúde coletiva, a responsabilidade é de acompanhar a resposta municipal às doenças, agravos e riscos existentes ou potenciais, em consonância com a coordenação estadual – SES/SP e os princípios e diretrizes do SUS. São atribuições do Departamento Municipal de Saúde: coordenar as ações de vigilância em saúde no município, recomendar e adotar medidas de prevenção, proteção e controle de doenças, riscos e agravos, por meio do desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, diagnóstico laboratorial, imunização, documentação histórica e educação continuada.

No quadriênio 2018-2021, serão quatro as diretrizes ligadas a esse eixo do Plano Municipal: Aperfeiçoar o sistema de vigilância em saúde municipal, fortalecer a vigilância epidemiológica e o controle das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, fortalecer as ações de vigilância em saúde das doenças transmitidas por vetores e hospedeiros intermediários e aprimorar as ações da Vigilância Sanitária Municipal para atuar nos condicionantes e determinantes da saúde.

No Pacto pela Saúde, este eixo se alinha com as seguintes prioridades: Prioridade III do Pacto pela Vida – Redução da mortalidade infantil e materna, Prioridade IV do Pacto pela Vida – Fortalecimento da Capacidade de Resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, Aids, Prioridade VII do Pacto pela Vida – Saúde do Trabalhador, Prioridade X do Pacto pela Vida – Atenção Integral as pessoas em situação de risco ou violência e com as Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS.

As ações de prevenção devem ser vistas como prioritárias, pois possibilitam repercussões de alta eficácia e baixo custo, quando comparadas a ações curativas de alta complexidade.





DIRETRIZ Nº 11		APERFEIÇOAR O SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MUNICIPAL									
OBJETIVO Nº 11.1		Aprimorar a detecção e resposta às emergências em saúde pública									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
11.1.1	Adequar com recursos físicos e humanos as Equipes de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Controle de Vetores	% de Equipes adequadas	---	---	---	100	Percentual	25	25	25	25
11.1.2	Manter em 100% as notificações (SINAN) e investigações dos agravos e eventos adversos à saúde de qualquer natureza.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
11.1.3	Aumentar a Proporção de Óbitos com Causa Básica Definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	98,90	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
OBJETIVO Nº 11.2		Desenvolver ações de Promoção e a Vigilância em Saúde									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
11.2.1	Criar e implantar um Programa de Educação e Informação em Vigilância em Saúde abrangendo a população e o setor regulado, incluindo ciclo de palestras, informativos audiovisuais e impressos.	Programa criado e implantado.	---	---	---	1	1	0	0	0	1
OBJETIVO Nº 11.3		Aperfeiçoar as ações de Controle de Zoonoses									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
11.3.1	Cadastrar 100% da população de animais domésticos (cães e gatos com tutores)	Nº de animais cadastrados	1.890	2021	Número	4.000	Número	1000	1000	1000	1000
11.3.2	Redução de 10% no número de acidentes com animais peçonhentos (picadas)	Nº de notificações de acidentes com animais peçonhentos (SINAN)	37	2021	Número	33	Percentual	33	33	33	33
11.3.3	Realizar vacinação antirrábica de rotina	Proporção = (animais vacinados/animais cadastrados) x 100	100	---	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
11.3.4	Criar e implantar Programa de Controle de População de cães e gatos	Programa de Controle de População de cães e gatos criado e implantado	1	---	Número	1	Número	0	0	0	1
11.3.5	Participar do Programa Estadual “Convênio Meu Pet”	Município participando do convênio	1	---	Número	1	Número	0	0	0	1
11.3.6	Realizar campanhas educativas e informativas sobre guarda responsável, bem-estar animal e prevenção de zoonoses e doenças transmitidas por vetores	Nº de Campanhas realizadas	1	---	Número	4	Número	1	1	1	1
11.3.7	Atender 100% das denúncias e reclamações relativas à questões zoonosárias	% atendimento = (Nº de visitas zoonosárias realizadas/Nº de denúncias e/ou reclamações) x 100	100	---	---	100	Percentual	100	100	100	100
DIRETRIZ Nº 12		FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.									



OBJETIVO Nº 12.1		Aprimorar ações de vigilância, promoção e proteção às doenças imunopreveníveis.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
12.1.1	Atingir 100% de cobertura vacinal da Tríplice Viral e Poliomielite.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças < de 2 anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
12.1.2	Atingir no mínimo 80% de cobertura na Campanha de Vacinação contra a Influenza na população acima de 60 anos.	% = (Nº Pop. > 60 vacinada/Nº Pop. > 60 total) x 100	80,00	2018	Percentual	80,00	Percentual	80	80	80	80
12.1.3	Atingir no mínimo 80% de cobertura na Campanha de Vacinação contra o HPV na população na faixa etária de 09 a 13 anos.	% = (Nº Pop. 9 a 13 vacinada/ Nº Pop. 9 a 13 total) x 100	80,00	2018	Percentual	80,00	Percentual	80	80	80	80

OBJETIVO Nº 12.2		Aprimorar ações de vigilância em saúde voltadas para doenças de transmissão persistente.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
12.2.1	Manter a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em 100%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%)	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
12.2.2	Implantar a Linha de Cuidado DST/AIDS e Hepatites Virais	Linha de cuidado implantada	1	-	Número	1	Número	0	0	0	1

OBJETIVO Nº 12.3		Aprimorar ações de vigilância para doenças em eliminação									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
12.3.1	Manter em 100% a proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
12.3.2	Avaliação anual dos escolares na faixa etária de 4 a 6 anos para Tracoma.	% = (Nº escolares 4 a 6 examinados/Nº escolares 4 a 6 total) x 100	80,00	-	Percentual	80,00	80,00	80	80	80	80
12.3.3	Manter em zero o número de ocorrência de casos de Raiva Humana	Nº de casos de raiva humana	0	-	Número	0	Número	0	0	0	0

OBJETIVO Nº 12.4		Contribuir para o monitoramento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
12.4.1	Reduzir o número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, respiratório, câncer e diabetes.	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo cjt das 4 principais DCNT (doenças do ap. circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	9	2018	Número	9	Número	9	9	9	9



12.4.2	Cadastrar, acompanhar e orientar os pacientes hipertensos e diabéticos e inseri-los nas Linhas de Cuidado.	% = (Nº pacientes acompanhados/ Nº pacientes cadastrados) x 100	100,00	-	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
--------	--	---	--------	---	------------	--------	------------	-----	-----	-----	-----

**DIRETRIZ Nº 13 FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS**

**OBJETIVO Nº 13.1** Apoiar ações de prevenção e controle de doenças zoonóticas.

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
13.1.1	Realizar anualmente 4 ciclos de visitas domiciliares com no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle do mosquito Aedes aegypti	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	4	2019	Número	16	Número	4	4	4	4
13.1.2	Manter em 100% a proporção de Pontos Estratégicos e Imóveis Especiais visitados quinzenalmente para controle do mosquito Aedes aegypti	Proporção de Pontos Estratégicos e Imóveis Especiais visitados quinzenalmente para controle do mosquito Aedes aegypti	100,00	2019	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
13.1.3	Realizar e monitorar as ações propostas no Plano de Contingência para Prevenção e Controle de Arboviroses	Ações realizadas e monitoradas	100,00	-	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

**DIRETRIZ Nº 14 APRIMORAR AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL PARA ATUAR NOS CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA SAÚDE**

**OBJETIVO Nº 14.1** Fortalecer as ações de fatores ambientais de risco e agravos à saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
14.1.1	Manter a pactuação regional na proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre, Cor Aparente e Turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	72	2021	Percentual	288	Percentual	72	72	72	72
14.1.2	Manter atualizados os Cadastros dos Ecopontos com a realização de 01 inspeção anual.	Nº Inspeções de Ecoponto/ano	2	2021	Número	8	Número	2	2	2	2

**OBJETIVO Nº 14.2** Controlar o risco sanitário relacionado ao consumo de produtos de interesse à saúde e à prestação de Serviços de Saúde e de Serviços de interesse à saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
14.2.1	Controlar o risco sanitário relacionado ao consumo de alimentos	% dos Estabelecimentos na área de alimentos inspecionados/ano	80,00	-	Percentual	80,00	Percentual	20	20	20	20
14.2.2	Controlar o risco sanitário relacionado ao uso de medicamentos	% de Postos de Medicamentos, Farmácias e Drogeries inspecionados/ano	80,00	-	Percentual	80,00	Percentual	20	20	20	20
14.2.3	Controlar o risco sanitário das Instituições De Longa Permanência De Idosos (ILPI) do município	Nº de inspeções em ILPI/ano	1	2021	Número	4	Número	1	1	1	1
14.2.4	Controlar o risco sanitário dos Hospitais e serviços de saúde do município	% de inspeções em Serviços de Saúde/ano	80,00	---	Percentual	80,00	Percentual	20	20	20	20



## Eixo IV – Fortalecimento da Gestão do SUS no município.

A Secretaria/Fundação Municipal de Saúde é responsável pela gestão do SUS, no âmbito municipal. Dentre as suas competências destacamos o desenvolvimento de processo de planejamento ascendente e participativo, com base nas necessidades de saúde da população. O município de Dourado vem buscando o aprimoramento da organização e gestão do sistema de saúde municipal, integrando as redes regionais de saúde e fortalecendo a gestão compartilhada do SUS, sendo necessários o aprimoramento e a implementação dos processos de planejamento, regulação, controle e avaliação.

Há necessidade de investimentos em informação e informatização da rede municipal, proporcionando suporte aos serviços, melhoria das condições de trabalho dos profissionais, subsídios aos processos de planejamento e monitoramento da gestão. A implantação de rede informatizada permitirá o gerenciamento e operacionalização das funções da regulação, o controle de acesso dos usuários, o aperfeiçoamento da hierarquização dos serviços, ampliando a qualidade e resolutividade da rede de saúde sob gestão do município. A auditoria deverá ser qualificada, atuando como suporte às funções de controle, avaliação e regulação, voltada à análise de resultados, com foco na qualidade do serviço e no acesso com equidade à atenção da saúde.

Objetivando o fortalecimento da gestão, a Política de Humanização e Educação Permanente do município deverá ser implementada, sendo norteadas pelos princípios da transversalidade e a inseparabilidade entre atenção e gestão. A Humanização e a Educação Permanente pressupõe a criação de espaços de comunicação e diálogo entre gestores nos diversos níveis da rede, adoção de práticas de gestão participativa que promovam a integração entre profissionais, o compartilhamento de responsabilidades e a busca constante de melhorias nos serviços com base em uma capacidade crescente para ouvir a voz dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde.

Considerando as atribuições do gestor municipal e o contexto legal, técnico, político e econômico (crise, que deve afetar a disponibilidade de aporte de recursos para a saúde no país, no estado e nos municípios), este novo ciclo de planejamento, que tem início em 2018, prevê estratégias a partir da avaliação do que foi alcançado e do que requer melhorias em termos do fortalecimento da capacidade de gestão do SUS no município.



<b>DIRETRIZ Nº 15</b>		<b>GARANTIR E APRIMORAR AS FERRAMENTAS DE GESTÃO PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA SAÚDE</b>									
<b>OBJETIVO Nº 15.1</b>		Elaborar e monitorar os instrumentos de planejamento do SUS									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
15.1.1	Monitorar e avaliar 100% das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025	Nº reuniões de gestão/ano	2	-	Número	8	Número	2	2	2	2
15.1.2	Realizar anualmente a pactuação Regional das metas do Caderno de Diretrizes, Metas e Indicadores (SISPACTO).	Pactuação realizada	1	-	Número	4	Número	1	1	1	1

<b>DIRETRIZ Nº 16</b>		<b>GARANTIR E APRIMORAR A ADEQUADA FORMAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS</b>									
<b>OBJETIVO Nº 16.1</b>		Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
16.1.1	Implantação de protocolo de integração de novos profissionais	Protocolo de Integração implantado	1	-	Número	1	Número	0	0	0	1
16.1.2	Implantação de manual de rotinas nas Unidades de Saúde	Manual criado e implantado	1	-	Número	1	Número	0	0	0	1
16.1.3	Garantir a participação dos servidores municipais nos cursos e capacitações oferecidos pelo Estado e pela União	Proporção de participação = (Nº de capacitações oferecidas/Nº de capacitações realizadas)	100	-	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

<b>OBJETIVO Nº 16.2</b>		Garantir e aprimorar a aplicação da Política de Educação Permanente e Humanização no SUS									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
16.2.1	Realizar Encontros Mensais de Educação Permanente em Saúde para qualificação e valorização dos profissionais e do serviço de saúde no município de Dourado	Proporção de encontros = (Nº de encontros programados/Nº de encontros realizados)	1	-	Número	48	Número	12	12	12	12
16.2.2	Elaborar e implantar o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS)	PMEPS elaborado	1	-	Número	1	Número	0	0	0	1



## Eixo V – ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO CORONAVIRUS

Com o advento da emergência Sanitária de importância internacional relacionada ao Novo Coronavírus, várias ações que não estavam no planejamento das Secretarias Municipais de Saúde tiveram que ser programadas e executadas, e os municípios elaboraram os Planos de Contingência Municipal da Epidemia. O registro dos objetivos, metas, indicadores e das ações nos instrumentos de planejamento do SUS vem de encontro com as orientações dos órgãos de controle externo e Ministério da Saúde. As despesas no enfrentamento da COVID-19 estão balizadas em ações programadas no Plano Municipal de Contingenciamento Epidemia, que por sua vez está incorporada à Programação Anual de Saúde do exercício.

A partir da publicação da Lei 13.979/20 e demais atos normativos correlatos, instaura-se um regime jurídico de exceção que permitiu inclusive a destinação de recursos extraordinários da União, através do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde. As principais transferências de recursos federais, de repasses diretos adicionais extraordinários, para os fundos municipais de saúde foram realizadas através da publicação das portarias números 395/2020, 480/2020, 774/2020, 1.666/2020 e 2.027/20. A Lei Federal nº 173/2020, dentre outras disposições, também destinou recursos financeiros extraordinários aos municípios (Saúde e Assistência Social), através de complementação dos repasses relacionados ao Fundo de Participação dos Municípios não na modalidade fundo a fundo. Por fim, houve a publicação da Lei Federal nº 172/2020 deu autorização legislativa para uso dos saldos remanescentes dos fundos de saúde de estados e municípios para ações que se façam prioritárias neste exercício.

O Estado de São Paulo destinou recursos extraordinários aos Fundos Municipais de Saúde através de Resoluções da Secretaria Estadual de Saúde; as principais até o momento foram: a Resolução SS nº41/2020 (recurso fundo a fundo parcela única, escalonado por porte populacional em incremento ao PAB Estadual) e diferentes Resoluções relacionadas às Emendas e Demandas Parlamentares (SS 48/2020, SS 55/2020, SS 57/2020, SS 86/2020, SS 94/2020, SS 105/2020 e SS 120/2020). Esse conjunto de recursos extraordinários foram acolhidos nos orçamentos municipais por crédito extraordinário, em dotações orçamentárias específicas, no código de aplicação exclusivo criado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (código nº 312), classificados a título de Transferências da União na conta contábil da receita de número 1.7.1.8.03.9.0 (Transferência de Recursos do SUS – Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo).

Estes recursos foram empregados no conjunto de medidas que se fizeram necessárias ao enfrentamento da pandemia do coronavírus (COVID-19), mediante ações de prevenção, assistência à população e reabilitação. O financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreende ações de atenção básica, vigilância, e média e alta complexidade, incluindo aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, aquisição de equipamentos, contratação de serviços de saúde, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população, e outras despesas necessárias para o enfrentamento do coronavírus (com exceção às emendas estaduais e federais com objetos específicos e restrição para uso em despesa com pessoal).



<b>DIRETRIZ Nº 17</b>		<b>IMPLANTAR MEDIDAS SÓCIO SANITÁRIAS PARA DIMINUIR A TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO PELO SARS COV 2 NO MUNICÍPIO</b>									
<b>OBJETIVO Nº 17.1</b>		Prevenir a transmissão do SARS CoV 2 no Município									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
17.1.1	Comitê Administrativo Extraordinário Covid-19 criado e em funcionamento	Número de reuniões do CAE municipal realizadas durante a pandemia	1	2020	Número	8	Número	2	2	2	2

<b>DIRETRIZ Nº 18</b>		<b>REORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE/RAS PARA ATENDER OS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID 19</b>									
<b>OBJETIVO Nº 18.1</b>		Garantir atenção integral à saúde de casos suspeitos e confirmados de COVID 19									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
18.1.1	Acolher 100% de casos suspeitos e confirmados de COVID 19 na Rede Básica Municipal	Nº de UBS que estabelecem fluxo para atendimento COVID-19	3	2020	Número	3	Número	3	3	3	3
18.1.2	Destinar área específica para atendimento de pacientes suspeitos e positivos de COVID-19 (Covidário)	Covidário instalado e em funcionamento	1	2020	Número	1	Número	1	1	1	1
18.1.3	Destinar 3 leitos de internação para atendimento de casos suspeitos e confirmados de COVID19	Nº de leitos ampliados de Clínica Médica	3	2020	Número	3	Número	3	3	3	3

<b>OBJETIVO Nº 18.2</b>		Garantir ações de vigilância em saúde para o controle da COVID 19									
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
18.2.1	Investigar 100% dos casos leves e moderados de COVID19 notificados no e-SUS Notifica	Número de casos leves e moderados de COVID19 investigados /Número de casos de COVID19 notificados no e-SUS VE X100	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
18.2.2	Investigar 100% SRAG notificadas no SIVEP Gripe	Nº de SRAG concluído/Número de SRAG notificadas X100	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
18.2.3	Investigar 100% de surtos de Covid19 notificados	Nº de surtos de COVID19 investigados/ Nº de surtos de COVID19 notificados	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
18.2.4	Monitorar 100% dos casos suspeitos e confirmados (leves e moderados) e de comunicantes de COVID19	Nº de casos leves e moderados de COVID19 em monitoramento/Nº de casos leves e moderados de COVID19 notificados X100	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
18.2.5	Confirmar 100% de casos de COVID 19, por meio do RT-PCR ou Teste Rápido para pesquisa de antígeno	Nº de casos confirmados de COVID 19 por meio do RT-PCR e/ou TR/ Nº total de casos confirmados	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
18.2.6	Realizar as etapas da campanha de Vacinação contra o COVID19 de adultos e crianças de acordo com o Cronograma Estadual estabelecido.	$\% = (\text{N}^\circ \text{ Pop. Alvo vacinada} / \text{N}^\circ \text{ Pop. Alvo total}) \times 100$	100,00	2020	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100



## **5 – Monitoramento e Avaliação**

O município de Dourado ainda não possui um setor de Auditoria e Controle implantado. A equipe de gestão deverá organizar o cronograma de execução e avaliação das atividades propostas. O presente plano também será avaliado através do Relatório de Gestão, das Programações Anuais de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Gestores locais (das Unidades de Saúde). Para atender à legislação vigente, o acompanhamento dos indicadores e metas também estará contido nas prestações de contas quadrimestrais apresentados nas audiências públicas. Há que se qualificar a gestão de forma a atender às prerrogativas do controle, monitoramento e avaliação, com o intuito de qualificação do Sistema Único de Saúde e atender aos objetivos e metas propostas no presente Plano Municipal de Saúde.





## 6 – Referências Bibliográficas

1. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**, 2017.
2. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Programação Anual de Saúde 2017**, 2016.
3. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Programação Anual de Saúde 2018**, 2017.
4. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Programação Anual de Saúde 2019**, 2018.
5. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Programação Anual de Saúde 2020**, 2019.
6. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Relatório Anual de Gestão 2017**, 2018.
7. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Relatório Anual de Gestão 2018**, 2019.
8. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Relatório Anual de Gestão 2019**, 2020.
9. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Relatório Anual de Gestão 2020**, 2021.
10. Lei Nº 1.735 de 06 de Dezembro de 2021 “**Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Dourado para o exercício financeiro de 2022**”.
11. Lei Nº 1.734 de 06 de Dezembro de 2021 “**Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA do município de Dourado, para o período de 2022 a 2025 e dá outras providências**”.
12. Lei Nº 1.721 de 13 de Julho de 2021 “**Dispõe sobre as diretrizes Orçamentárias para o exercício de 2022 e dá outras providências**”.
13. Lei Nº 986 de 05 de Abril de 2001 – **Criação do Conselho Municipal de Saúde de Dourado**.
14. Dourado, Conselho Municipal de Saúde, **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Dourado**, Maio/2005.
15. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Relatório Final da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Dourado**, 2019.
16. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Relatório Final da 1ª Reunião Plenária Municipal de Saúde da Mulher de Dourado**, 2017.
17. São Carlos, Conselho Municipal de Saúde, **Relatório Final da 1ª Reunião Plenária de Vigilância em Saúde da Região Coração do DRS III - Araraquara**, 2017.
18. Dourado, Departamento Municipal de Saúde, **Relatório Final da 4ª Conferência Municipal de Saúde de Dourado**, 2021.
19. Araraquara, DRS III, **Relatório da Situação de Saúde – Região de Saúde 4**, 2010.
20. São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde, **Plano Estadual de Saúde – PES 2016 - 2019**, 2015.
21. São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde, **Plano Estadual de Saúde – PES 2020 - 2023**, 2019.
22. Brasil, Ministério da Saúde, **Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013**.
23. Brasil, Ministério da Saúde, **Plano Nacional de Saúde 2020 – 2023**, 2019.
24. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Portal IBGE – [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
25. Informações de Saúde (TABNET) – **Indicadores, pactuações, situação de saúde, informações epidemiológicas, socioeconômicas e demográficas, morbidade, estatísticas vitais e rede assistencial de Dourado – séries históricas 2014 a 2021** - [www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br).
26. SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados – Portal SEADE – [www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br).
27. Sistemas de informações: SI-PNI, SIA, AIH, SINAN, SIM, SINASC, SISPRENATAL, CNES, SISCOLO/SISMAMA, HIPERDIA, SISVAN, SIVISA WEB, SISAWEB.
28. SIOPS, Sistema de Informações sobre Orçamento Pública na Saúde, **Demonstrativos Orçamentários**, [www.saude.gov.br/siops](http://www.saude.gov.br/siops)



# Anexos



## LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** - População Residente: Homens e Mulheres
- Tabela 02** - População Residente por faixa etária
- Tabela 03** - Taxa de Natalidade e Número Absoluto de Nascimentos.
- Tabela 04** - Morbidade hospitalar por grupo de causas (série histórica).
- Tabela 05** - Maiores Causas de Internação no município de Dourado (série histórica).
- Tabela 06** - Internações pelas 4 principais Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB 2014 a 2020
- Tabela 07** - Agravos de Notificação Compulsória (série histórica)
- Tabela 08** - Mortalidade por grupo de causas (série histórica)
- Tabela 09** - Número de óbitos por faixa etária (série histórica).
- Tabela 10** - Número de óbitos por sexo e grupo de causas (série histórica).
- Tabela 11** - Número de óbitos por sexo e faixa etária (série histórica).
- Tabela 12** - Indicadores de mortalidade (série histórica).
- Tabela 13** - Coberturas vacinais por imunobiológicos (%).
- Tabela 14** - Tipos de estabelecimentos de saúde – Região de Saúde Coração do DRS III.
- Tabela 15** - Tipos de estabelecimentos por nível de atenção – Região de Saúde Coração do DRS III.
- Tabela 16** - Número de leitos por tipo de prestador e especialidade (Dourado).
- Tabela 17** - Número e tipo de estabelecimentos por tipo de prestador (Dourado).
- Tabela 18** - Número de Estabelecimentos por tipo de Serviço Prestado (Dourado).
- Tabela 19** - Indicadores Financeiros obtidos no último quadriênio.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 01** - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) – Dimensão Riqueza, Longevidade e Escolaridade.
- Figura 02** - Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 13
- Figura 03** - DRS III - Araraquara e Região Coração
- Figura 04** - Região de Saúde (CIR): 35034 Coração do DRS III (Araraquara)



## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 01** - Dados Populacionais do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.
- Quadro 02** - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.
- Quadro 03** - Índice de Desenvolvimento Humano do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.
- Quadro 04** - Indicadores de Habitação e Infraestrutura do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.
- Quadro 05** - Indicadores de Educação do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.
- Quadro 06** - Indicadores de Emprego e Rendimento do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.
- Quadro 07** - Indicadores da Economia do Município, Região de Governo de São Carlos (R.G.), Região Administrativa Central (R. A.) e Estado de São Paulo.
- Quadro 08** - Série histórica dos Indicadores SISPACTO (2017 – 2020).
- Quadro 09** - Cobertura e Área de Abrangência das USF de Dourado.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

- Gráfico 01** - População Residente: Homens e Mulheres (série histórica 2015 a 2021)
- Gráfico 02** - População Residente por faixa etária
- Gráfico 03** - Taxa de Natalidade (Nascimentos por 1000 habitantes): série histórica.
- Gráfico 04** - Morbidade hospitalar por grupo de causas (série histórica).
- Gráfico 05** - Lista de morbidades: Principais causas (série histórica).
- Gráfico 06** - Número e percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS do município de Dourado, 2014 a 2020.
- Gráfico 07** - Agravos de Notificação Compulsória (série histórica).
- Gráfico 08** - Principais Causas de mortalidade (série histórica).
- Gráfico 09** - Mortalidade por faixa etária (série histórica).
- Gráfico 10** - Principais causas de óbito no período de 2014 a 2020.
- Gráfico 11** - Mortalidade por sexo no período de 2014 a 2020.