

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



2022-2025



GOVERNADOR NUNES FREIRE-MA

MAIO 2022



MENSAGEM DA SECRETÁRIA DE SAÚDE

Entendemos que o planejamento é um processo permanente de trabalho, e não uma coletânea de documentos elaborados anualmente. O gestor deve saber valorizar os fluxos com governabilidade e governança, nesta perspectiva, deve-se garantir a participação de todos os seus atores no planejamento, propiciando uma interface de comunicação e integralidade que são vitais para o sucesso dos instrumentos de gestão.

Nesta perspectiva elaboramos o Plano Municipal Saúde 2022-2025, instrumento exigido pelas normativas que regulamentam o SUS, é a expressão das prioridades de uma gestão para a área de saúde. Dúvidas surgiram, mas para respondê-las, buscamos também entender o propósito da SEMUS e as razões de estarmos aqui e no que acreditamos.

Sabemos que podemos melhorar e para alcançarmos o que nos propusemos a fazer é fundamental que todo esse propósito seja traduzido em mudança da realidade. Tudo isto, através, principalmente, da ampla participação popular, ouvindo os/as munícipes sobre as necessidades das áreas em que vivem e/ou que trabalham.

Nesse contexto que apresentamos o Plano Municipal de Saúde para o período de 2022-2025, convictos de que este Plano, além de tecnicamente robusto, é representativo e desafiador. Nele, indicamos os caminhos que percorreremos nos próximos anos para superar os desafios em linguagem simples e com a máxima transparência, apontamos as diretrizes, os objetivos estratégicos e as metas que balizarão nossas políticas de saúde nos próximos anos. Reforço meu compromisso com a constante construção de um SUS eficiente, equitativo, universal e integral objetivando garantir a Saúde dos nossos munícipes e da população referenciada. Agradeço ao Prefeito JOSIMAR ALVES DE OLIVEIRA pelo compromisso, empenho e dedicação para a concretização deste instrumento, bem como às instâncias de participação e controle social, que cumprem papel importantíssimo nessa formulação e fiscalização. E, finalmente, agradeço a todos esses trabalhadores e trabalhadoras de diferentes áreas, essenciais e imprescindíveis para atingirmos o objetivo de fortalecimento do nosso SUS municipal.

**ANGELA MARIA RABELO DE SOUSA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

JOSIMAR ALVES DE OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL

ANGELA MARIA RABELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

ALBECY MACHADO DA SILVA
PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE

COLABORAÇÃO

ANGELA MARIA RABELO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MARLETE SILVA CUNHA
COORDENADORA ATENÇÃO BÁSICA

LEONARDO FARIAS DE ALBUQUERQUE
CORDENADOR DA VIGILANCIA EM SAÚDE

ENZA RAFAELA BRANDÃO GUIDA
DIRETORA DO HOSPITAL MUNICIPAL

EQUIPE TECNICA DE ELABORAÇÃO

DORALINA MARQUES DE ALMEIDA
ASSESSORA TÉCNICA

MAURE ANNE MENDES MOURA
ASSESSORA TÉCNICA

SUMÁRIO

1.	- IDENTIFICAÇÃO	6
1.1	- INFORMAÇÕES TERRITORIAIS	6
1.2	- SECRETARIA DE SAÚDE	6
1.3	- INFORMAÇÕES DA GESTÃO	6
1.4	FUNDO DE SAÚDE	6
1.5	- PLANO DE SAÚDE	6
1.6	- INFORMAÇÕES SOBRE REGIONALIZAÇÃO	7
1.7	- CONSELHO DE SAÚDE	7
1.8	- LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS	8
2.	- INTRODUÇÃO	10
2.1	- PRIORIDADES DA GESTÃO	12
3.	- CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO	13
3.1	- Histórico	14
3.2	- População	15
3.2.1	População estimada por sexo e faixa etária	16
3.3	- Trabalho e rendimento	16
3.4	- Educação	17
3.5	Economia	18
3.6	Território e ambiente	19
4.	- DADOS DEMOGRÁFICOS E DE MORBIMORTALIDADE	20
4.1	- Dados Epidemiológicos	20
4.2	- Nascimento	20
4.3	- Mortalidade	20
4.4	Morbidade	24
5.	ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA ATENÇÃO À SAÚDE	25
5.1	- ATENÇÃO BÁSICA	26
5.1.1	- Programa Mais Médicos	27
5.1.2	- Política de Alimentação e Nutrição (PAN)	29
5.1.3	- Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	29
5.1.4	- Programa Bolsa Família (PBF)	30
5.1.5	- Atenção à Saúde Materno Infantil	31
5.1.6	- Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente	33
5.1.7	- Programa Saúde na Escola	34
5.1.8	- Saúde do Adolescente	34

5.1.9	- Atenção à Saúde do Homem	35
5.1.10	- Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	35
5.2	- ATENÇÃO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	39
5.2.1	- Assistência Farmacêutica	39
5.2.2	Vigilância em Saúde	39
5.2.2.1	- Vigilância Epidemiológica	43
5.2.2.2	- Vigilância Sanitária	45
5.2.2.3	- Vigilância Ambiental	46
5.2.2.4	- Vigilância em Saúde do Trabalhador	46
5.2.2.5	- Atenção Secundária e Terciária	47
5.2.3	- Rede de Atenção Psicossocial	47
5.2.4	- Rede Hospitalar	57
6.	- REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS	50
7.	- PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS	52
8.	- COVID-19 NO MUNICÍPIO	53
9.	- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	54
10.	- PARTICIPAÇÃO SOCIAL	55
11	- EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE TRABALHO	55
12.	- FINANCIAMENTO	56
13.	- ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	60
13.1	- ANÁLISE EM RELAÇÃO A GESTÃO	60
13.2	- ANÁLISE EM RELAÇÃO AO CONTROLE SOCIAL	62
13.3	- ANÁLISE EM RELAÇÃO AO PLANEJAMENTO	62
13.4	- ANÁLISE EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO	63
13.5	- ANÁLISE EM RELAÇÃO A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	64
13.6	- ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE	65
14.	- DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	70
15.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. INFORMAÇÕES TERRITORIAIS

UF	MA
Município	GOVERNADOR NUNES FREIRE
Região de Saúde	Zé Doca
Área	1.037,12 Km ²
População	25.502 Hab
Densidade Populacional	25 Hab/Km ²

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

1.2. SECRETARIA DE SAÚDE

NOME DO ÓRGÃO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Número CNES	5367042
CNPJ da Mantenedora	01612834000110
Endereço	Rua da paz, nº 611
Email	semus.gnf2@hotmail.com
Telefone	(98) 33712017

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

1.3. INFORMAÇÕES DA GESTÃO

PREFEITO(A)	JOSIMAR ALVES DE OLIVEIRA
Secretário(a) de Saúde em Exercício	ANGELA MARIA RABELO DE SOUSA
E-mail secretário(a)	angelaolebar@gmail.com.br
Telefone secretário(a)	98983122428

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

1.4. FUNDO DE SAÚDE

Instrumento de criação	LEI
Data de criação	07/1998
CNPJ	02.130.473/0001-39
Natureza Jurídica	FUNDO PUBLICO DA ADMINISTRACAO DIRETA MUNICIPAL
Nome do Gestor do Fundo	ANGELA MARIA RABELO

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

1.5. PLANO DE SAÚDE

Período do Plano de Saúde	2018-2021
Status do Plano	Aprovado

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

1.6. INFORMAÇÕES SOBRE REGIONALIZAÇÃO

Região de Saúde: Zé Doca

MUNICÍPIO	ÁREA (Km²)	POPULAÇÃO (Hab)	DENSIDADE
AMAPÁ DO MARANHÃO	442.319	7047	15,93
ARAGUANÃ	804.394	15675	19,49
BOA VISTA DO GURUPI	401.433	8494	21,16
CARUTAPERA	1255.555	24095	19,19
CENTRO DO GUILHERME	1074.039	13876	12,92
CENTRO NOVO DO MARANHÃO	8294.828	22056	2,66
CÂNDIDO MENDES	1731.794	20376	11,77
GODOFREDO VIANA	640.093	12104	18,91
GOVERNADOR NUNES FREIRE	1037.121	25502	24,59
JUNCO DO MARANHÃO	539.126	4334	8,04
LUÍS DOMINGUES	466.762	7016	15,03
MARACAÇUMÉ	629.33	21773	34,60
MARANHÃOZINHO	956.064	16754	17,52
NOVA OLINDA DO MARANHÃO	2464.124	21228	8,61
PRESIDENTE MÉDICI	437.665	7124	16,28
SANTA LUZIA DO PARUÁ	904.946	25487	28,16
ZÉ DOCA	2413.751	52190	21,62

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

1.7 CONSELHO DE SAÚDE

Instrumento Legal de Criação	OUTRO
Endereço	Rua capitao magalhaes 0 0 centro
E-mail	albecymachado767@gmail.com
Telefone	9881967423
Nome do Presidente	ALBECY MACHADO DA SILVA

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AIDS: Síndrome da imunodeficiência Adquirida

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS: Atenção Primária à Saúde

BK: Bacilo de Koch

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS IJ : Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CIB: Comissão Intergestor Bipartite

CID: Classificação Internacional de Doenças

CIR-Comissão Intergestora Regional

CMS: Conselho Municipal de Saúde

COVID-19: Coronavírus

CRAS: Centro de Referência em Assistência Social

CSAP: Condições Sensíveis da Atenção Primária

DANTs: Doenças e Agravos Não Notificáveis

ICSAB: Internações por Condições Sensíveis da Atenção Básica

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

eAP: equipe de Atenção Primária

eSF: equipe de Saúde da Família

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: O Índice de Desenvolvimento Humano

ILTB: Infecção Latente da Tuberculose

LIRAs: Levantamento de Índice Rápido do Aedes Aegypti

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAS: Programação Anual de Saúde

PEP: Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PBF: Programa Bolsa Família

PMS: Plano Municipal de Saúde

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica
PPA: Plano Plurianual
PrEP: Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PSE: Programa Saúde na Escola
RAG: Relatório Anual de Gestão
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RDQA: Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SARS-CoV2: Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH: Sistema de Informações Hospitalares
SIM: Sistema de Informações em Mortalidade
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC: Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SRAG: Síndrome Respiratória Aguda
SUS: Sistema Único de Saúde
TB: Tuberculose
TDO: Tratamento Diretamente Observado
TSB: Técnico de Saúde Bucal
UAA: Unidade de Acolhimento Adulto
UBS: Unidade Básica de Saúde
UNICEF: Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para Infância
USF: Unidade de Saúde da Família
VIGIAGUA: Sistema de Vigilância da Qualidade da Água
VISA: Vigilância Sanitária

2. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) expressa as intenções da gestão municipal na construção de políticas e ações de saúde, a partir de um diagnóstico das condições e necessidades da população, objetivando a oferta de serviços de qualidade e a redução da iniquidade do sistema. Trata-se de um dos principais instrumentos de gestão e planejamento do Sistema Único de Saúde, preconizado em dispositivos legais que norteiam o processo de descentralização do SUS, destacando-se a Lei nº. 8.080/1990, o Decreto nº 7.508/2011, Portaria nº 2.135/2013 e Lei Complementar 141/2012, tendo como intenção conduzir a política municipal de saúde e divulgar seus objetivos, metas, ações e indicadores. no tocante ao planejamento da saúde, assistência à saúde, articulação interfederativa e regionalização, dentre outros.

O planejamento de ações e a definição de objetivos, metas e indicadores são atividades cotidianas na atuação de gestores do setor público em saúde. Este Plano Municipal de Saúde foi elaborado com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário representando a síntese de diversas discussões e decisões sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de desafios da saúde pública e, para tanto, reúne metas globais, regionais e locais contidas em diferentes instrumentos de planejamento: Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021, Planejamento Regional Integrado (PRI), Plano Plurianual (PPA) 2022-2025.

A Portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, define como instrumentos do planejamento da saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG)

- **O Plano de Saúde**, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor da saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades de cada esfera.

- **A Programação Anual de Saúde** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

- **O Relatório de Gestão** é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Objetivou-se elaborar um documento conciso com objetivos condizentes com a realidade sanitária local, procurando atrelar as ações ao orçamento disponível, debatidos nos encontros do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde, Assessorias e com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), para discussão do diagnóstico da saúde do município e os desafios do SUS considerando temáticas relevantes como o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental na pandemia COVID-19 e o contexto das doenças emergentes e reemergentes em nosso município.

O Plano Municipal de Saúde para o quadriênio **2022-2025** está organizado de acordo com eixos que foram pensados com o objetivo de promover o acesso qualificado aos serviços de saúde, respeitando as especificidades do território, quais sejam:

- ✚ Eixo I - Atenção Primária em Saúde
- ✚ Eixo II - Atenção Especializada
- ✚ Eixo III - Vigilância em Saúde
- ✚ Eixo IV - Assistência Farmacêutica
- ✚ Eixo V - Assistência de Urgência, Emergência e Hospitalar
- ✚ Eixo VI: Gestão do SUS.

De forma a consolidar o processo de planejamento, estão previstos a implementação de uma metodologia de monitoramento e avaliação do PMS tendo como base seus indicadores, os quais nortearão a elaboração dos demais instrumentos de gestão do SUS, dentre os quais a Programação Anual das Ações e os Relatórios Anuais de Gestão. O propósito é sempre buscar a adequação da proposta orçamentária às necessidades do território, em consonância com os princípios do SUS.

O Plano Municipal de Saúde de Governador Nunes Freire MA 2022-2025 (PMS 2022-2025) foi elaborado a partir das Diretrizes; do Plano Nacional de Saúde 2020-2023 e do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, além de ter considerado o Planejamento Estratégico, como ferramentas de gestão que definem as diretrizes para nortear as ações que contribuem diretamente na redução dos principais problemas de saúde do município..

Por fim, ainda em relação à situação de saúde, foi destinado um item especial sobre as ações realizadas pela SEMUS para o combate à pandemia de covid-19 no ano de 2021 cuja configuração apresenta, em nível mundial, impacto em diversas áreas,

afetando desde a economia até a redução da expectativa de vida da população.

2.1 PRIORIDADES DA GESTÃO

A Agenda Municipal da SEMUS a partir do diagnóstico situacional - parte integrante deste documento elaborou em conjunto com a área técnica e a participação do da Sociedade ,as principais prioridades para elaboração das METAS.

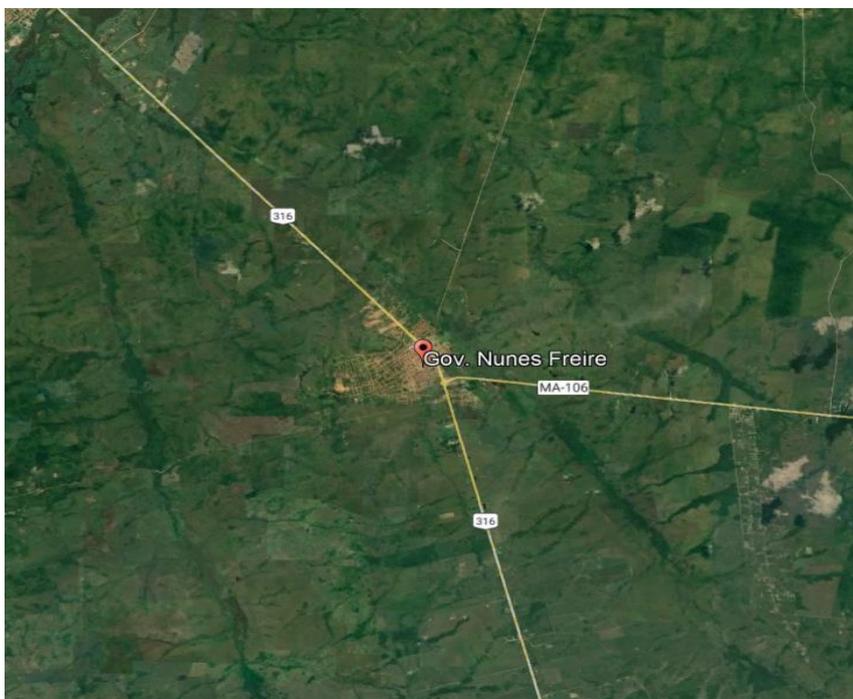
- Garantir a atenção integral à saúde do indivíduo por meio do modelo de Atenção Primária centrada na Estratégia Saúde da Família e na articulação inter-setorial com os demais níveis de complexidade do SUS;
- Promover a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção do sistema mediante aprimoramento da política de atenção especializada;
- Aperfeiçoar a urgência e emergência e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde do município de Governador Nunes Freire ,
- Promoção da atenção integral da saúde da mulher e da criança e implementação da Rede RAMI com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade;
- Fortalecimento da Rede de Saúde Mental;
- Garantia da atenção integral ao idoso e aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis;
- Consolidação e qualificação do sistema de Vigilância à Saúde;
- Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS municipal;
- Aprimoramento da gestão do SUS, da gestão participativa e controle social;
- Aprimoramento da gestão do trabalho e educação permanente;
- Continuidade das ações de enfrentamento da Pandemia devido ao Covid-19.

Estas prioridades, validadas pelo Conselho Municipal de Saúde e que guardam coerência com as diretrizes e prioridades nacionais, servirão como referência para todo o processo de planejamento no desempenho de ações e estratégias e na definição de recursos do Plano Municipal de Saúde .

3. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Governador Nunes Freire é um município brasileiro localizado na microrregião do Gurupi, oeste do estado do Maranhão. Foi criado pela Lei Estadual nº. 6.174, de 10 de novembro de 1994, quando foi desmembrado do município de Cândido Mendes é conhecido por moradores, caminhoneiros e pessoas mais velhas pelo seu antigo nome de Encruzo.

O município é sede da Região de Planejamento do Baixo Turi (Lei Complementar 108/2007). O topônimo é homenagem póstuma a Osvaldo da Costa Nunes Freire, médico e político maranhense. Foi deputado Federal pelo Maranhão de 1967 a 1975 e Governador do Maranhão de 31 de março de 1975 a 15 de março de 1979. A indicação ao governo do Maranhão pelo partido do ex-senador Vitorino Freire de quem o grupo Sarney substituiu no governo.



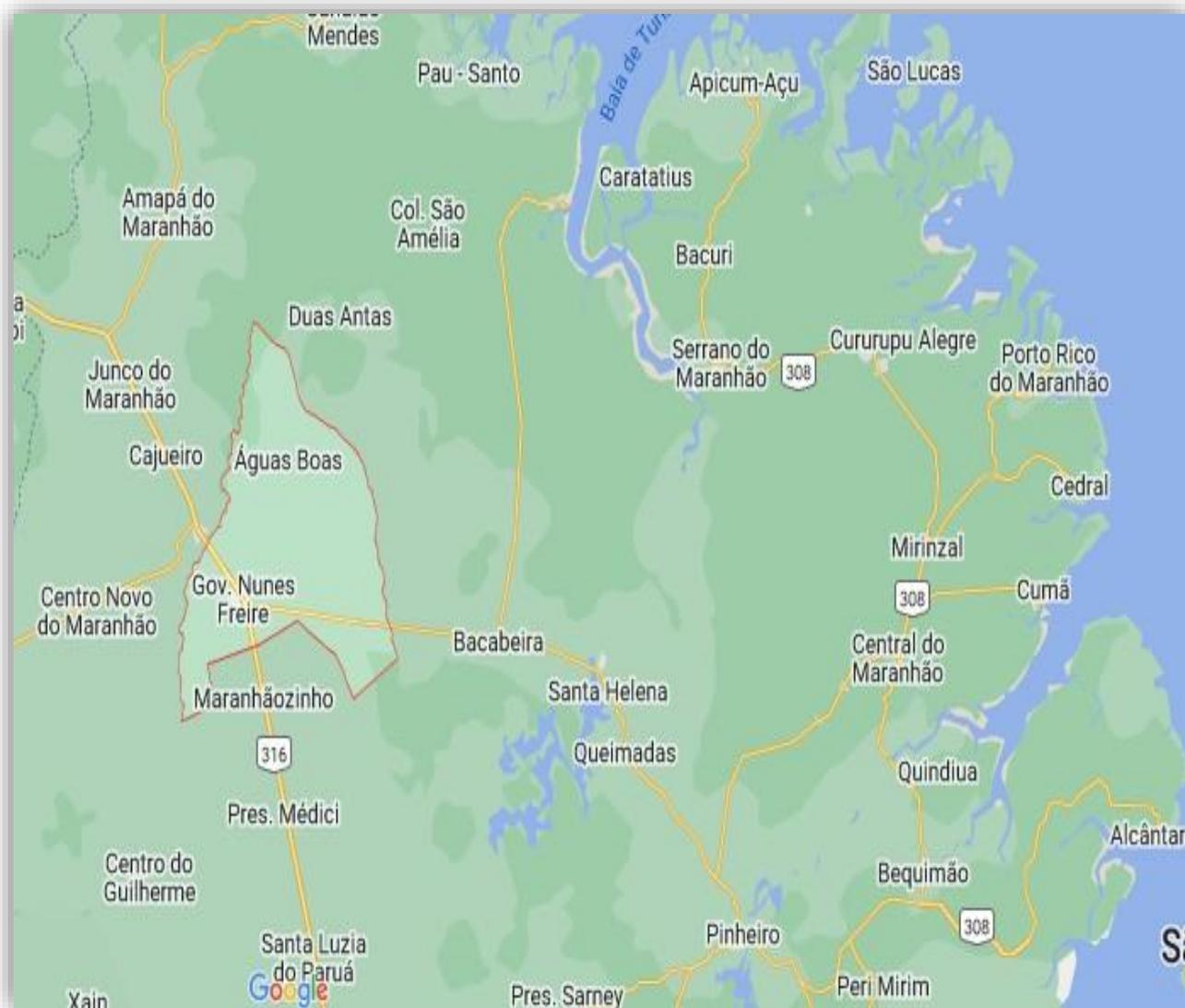
Localizado na BR 316, a aproximadamente (95 km) da fronteira com o Pará, seu clima equatorial quente-úmido seco e sofre grande influência da região amazônica, tendo como bacia dois rios Macaxeira e do Maracaçumé. O grande contraste em Governador Nunes Freire são as serrarias legalizadas que impulsionam o comércio local gerando empregos de forma direta e indiretamente

3.1 Histórico

Foi criado, pela Lei nº 6.174, de 10 de novembro de 1994, o município de Governador Nunes Freire, com sede no Povoado de Encruzo, desmembrado do município

de Cândido Mendes, subordinado à Comarca de Cândido Mendes.

Municípios limítrofes Maracaçumé, Maranhãozinho, Cândido Mendes, Amapá do Maranhão, Presidente Médici, Centro do Guilherme.

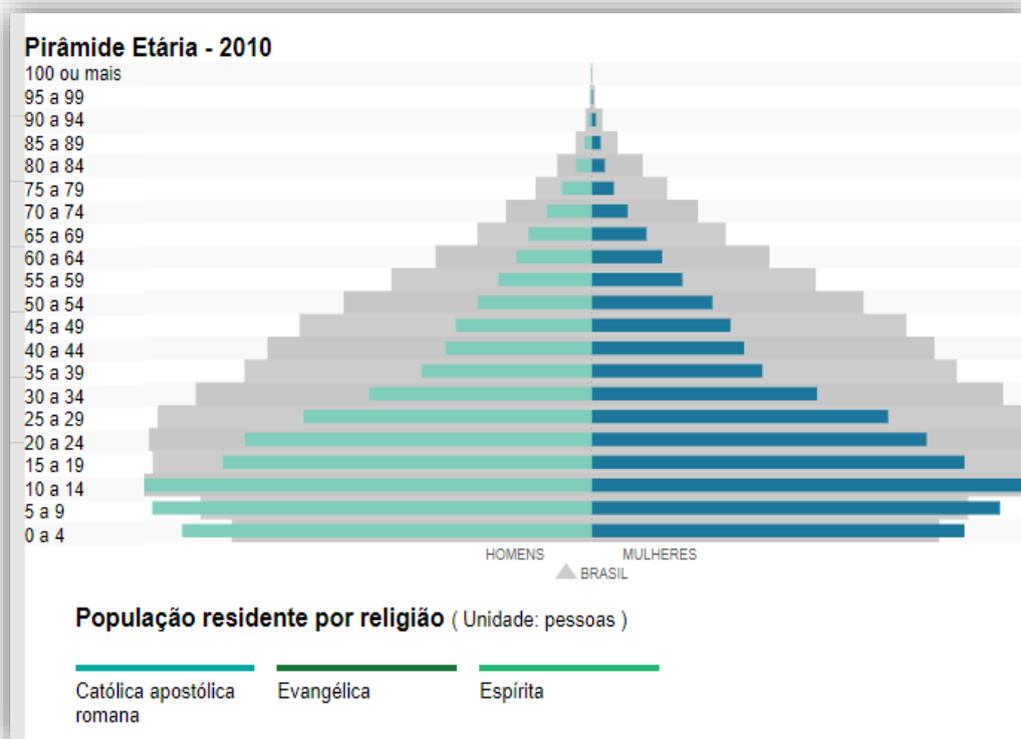
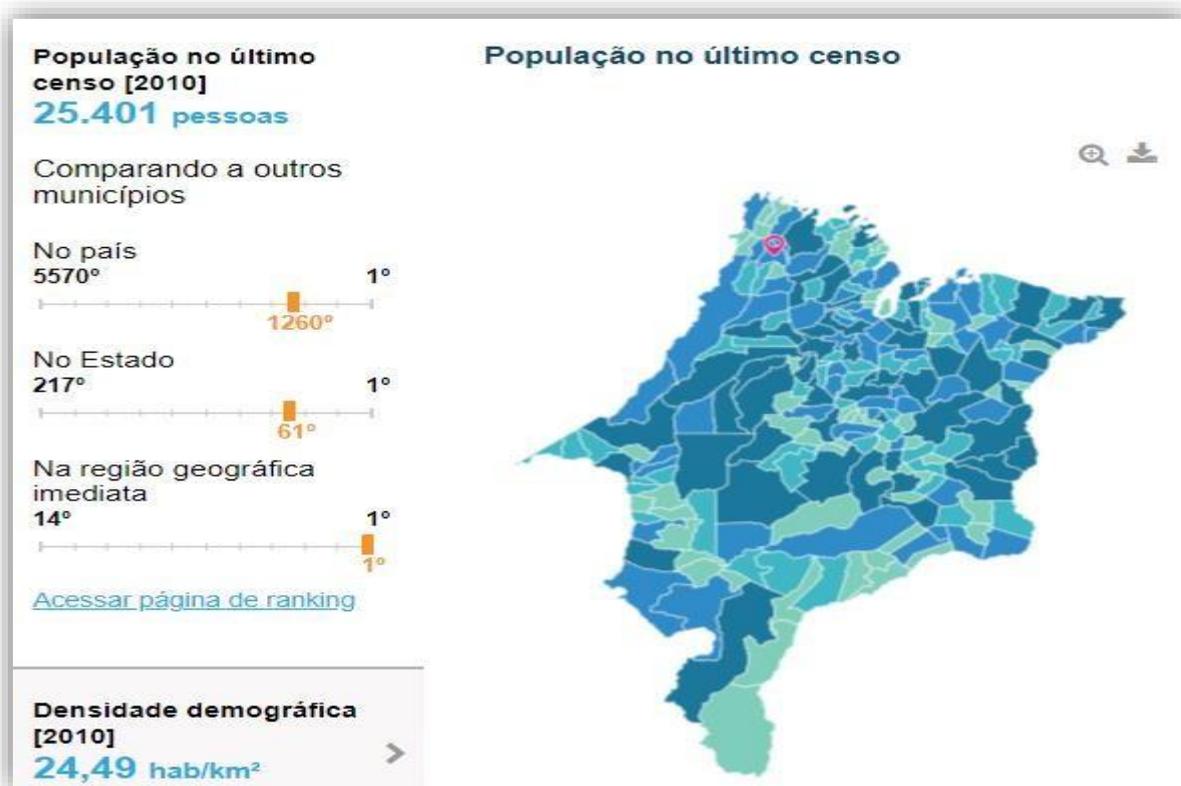


Cidades próximas a Governador Nunes Freire

- Maracaçume (12 kms)
- Maranhãozinho (14 kms)
- Centro Novo do Maranhão (32 kms)
- Centro do Guilherme (33 kms)
- Junco do Maranhão (39 kms)

3.2 População

População estimada [2021]	25.502 pessoas
População no último censo [2010]	25.401 pessoas



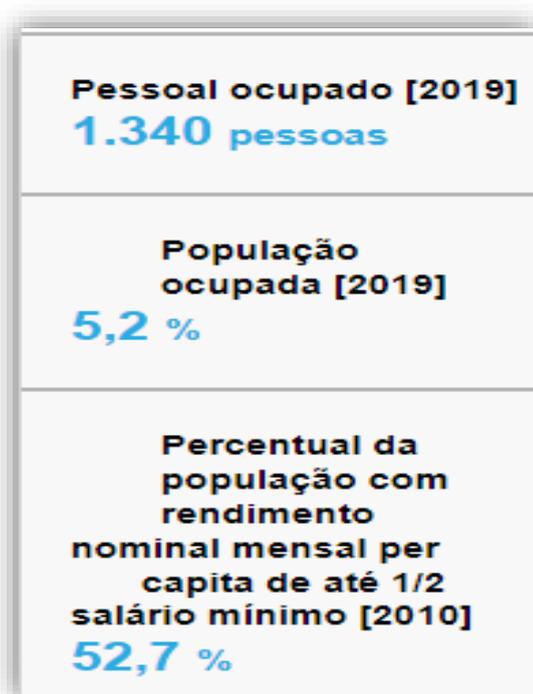
3.2.1 População estimada por sexo e faixa etária

Período: 2020

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	1315	1261	2576
5 a 9 anos	1285	1234	2519
10 a 14 anos	1413	1275	2688
15 a 19 anos	1428	1339	2767
20 a 29 anos	2359	2426	4785
30 a 39 anos	1696	1854	3550
40 a 49 anos	1165	1287	2452
50 a 59 anos	829	985	1814
60 a 69 anos	621	680	1301
70 a 79 anos	379	384	763
80 anos e mais	156	168	324
Total	12646	12893	25539

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet)

3.3 Trabalho e rendimento



Em 2019, o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5.2%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 34 de 217 e 101 de 217, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1530 de 5570 e 5198 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 52.7% da população nessas condições, o que o colocava na posição 140 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 855 de 5570 dentre as cidades do

Brasil.

Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2019]

2,1 salários mínimos

Comparando a outros municípios

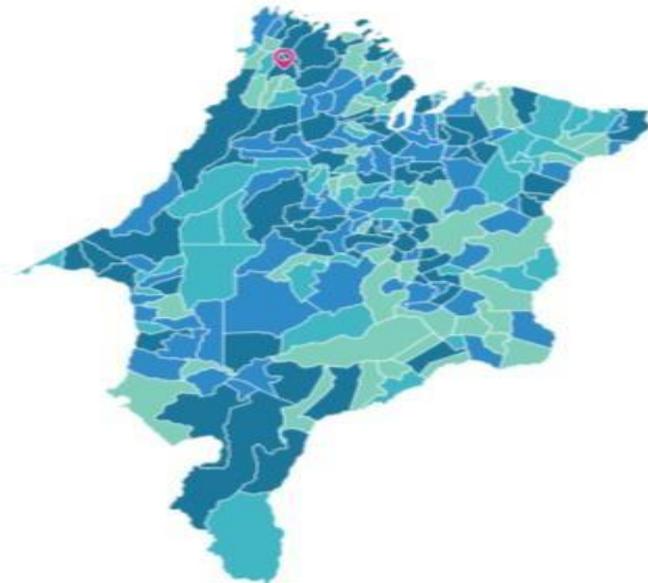


[Acessar página de ranking](#)

Pessoal ocupado [2019]

1.340 pessoas

Salário médio mensal dos trabalhadores formais



3.4 Educação

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]

96,3 %

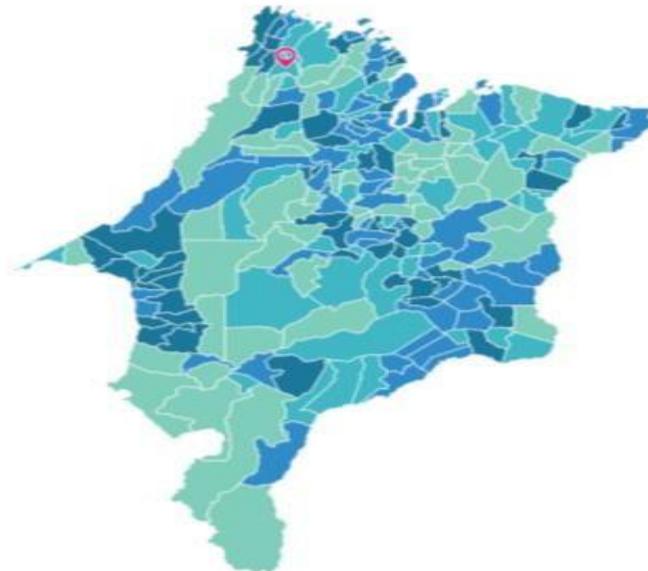
Comparando a outros municípios



IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]

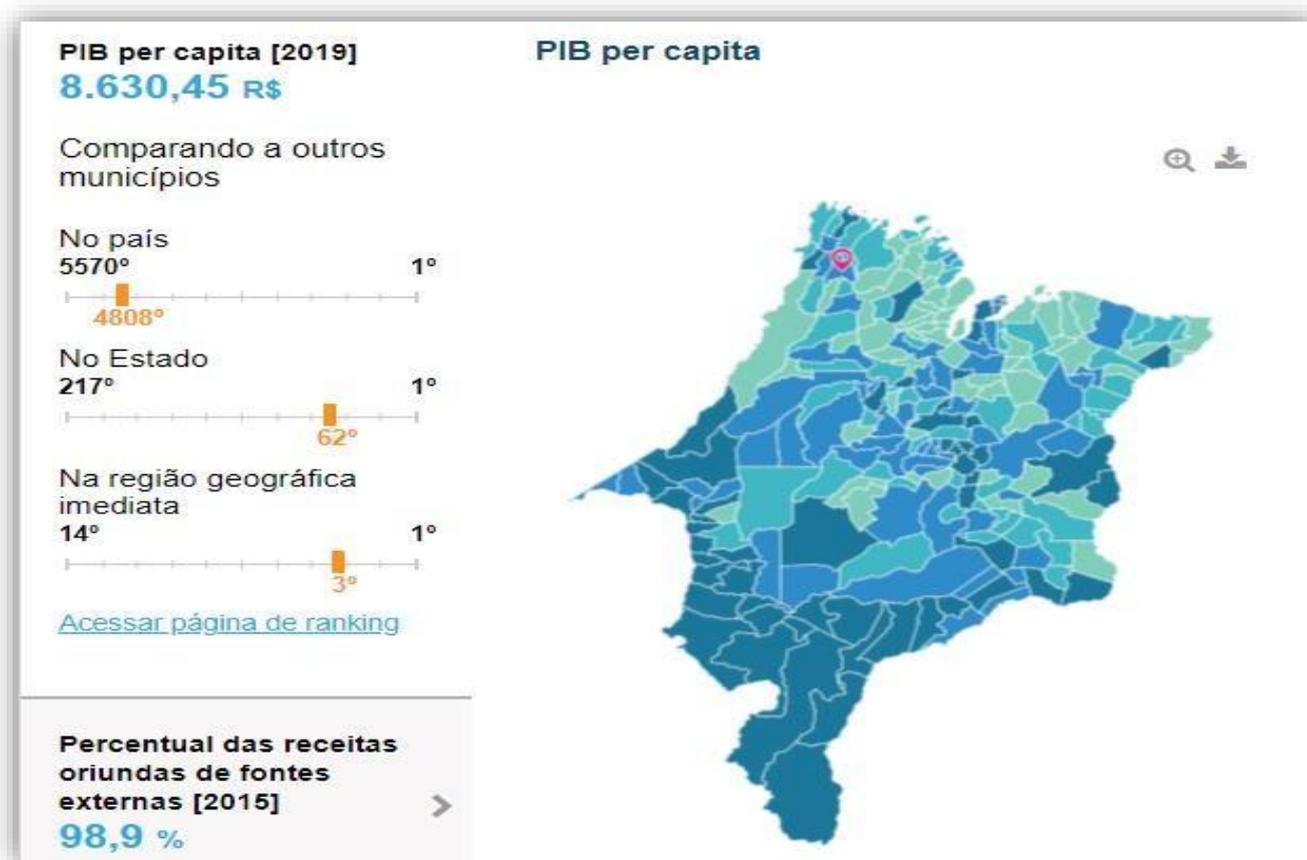
4,1

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade



Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]		96,3 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]		4,1
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]		-
Matrículas no ensino fundamental [2020]		4.567 matrículas
Matrículas no ensino médio [2020]		1.187 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2020]		261 docentes
Docentes no ensino médio [2020]		57 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]		30 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]		1 escolas

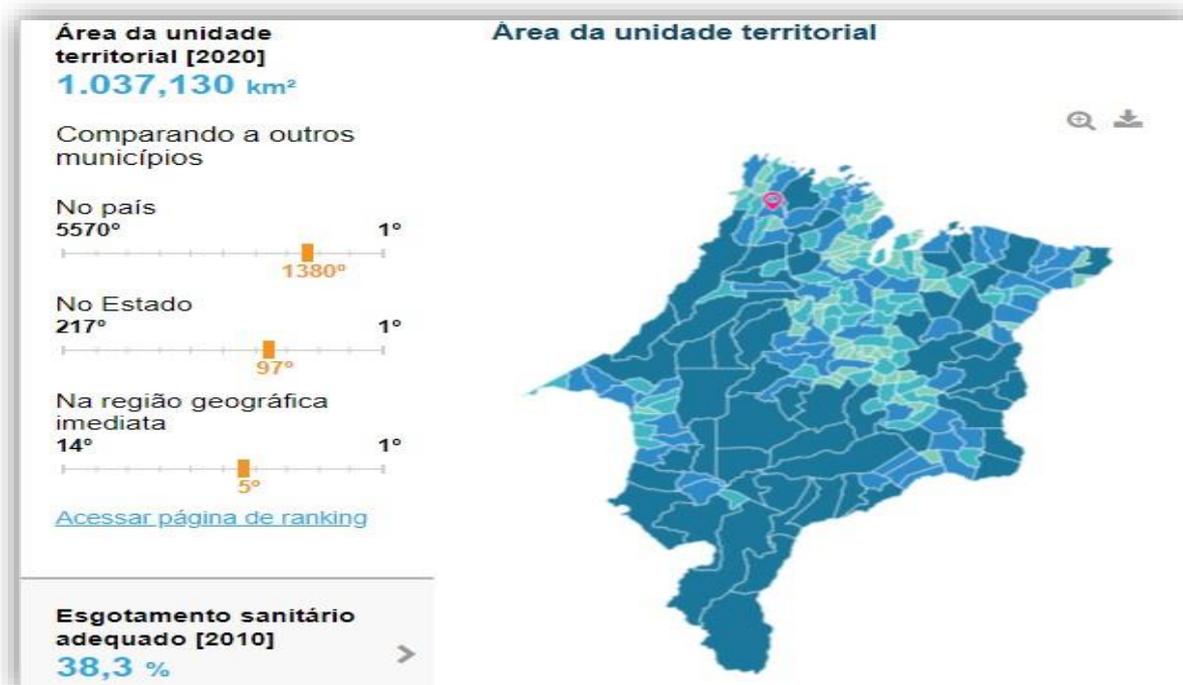
3.5 Economia



PIB per capita [2019]	8.630,45 R\$	
	Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]	98,9 %
	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,569
	Total de receitas realizadas [2017]	54.743,82 R\$ (×1000)
	Total de despesas empenhadas [2017]	56.990,05 R\$ (×1000)

3.6 Território e ambiente

Apresenta 38.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 56.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 12 de 217, 132 de 217 e 112 de 217, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2733 de 5570, 3873 de 5570 e 4591 de 5570, respectivamente.



4. DADOS DEMOGRÁFICOS E DE MORBIMORTALIDADE

4.1 Dados epidemiológicos

O perfil epidemiológico reflete a qualidade de vida da população, a assistência à saúde prestada em todos os ciclos da vida e o comportamento das doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis.

4.2 Nascimento

Número de nascidos vivos por residência da mãe.

Unidade Federação	2017	2018	2019
Governador Nunes Freire	448	492	466

A decisão a respeito da via de parto é motivada por inúmeros fatores, algumas mulheres são influenciadas pelas suas experiências anteriores ou por pessoas próximas a elas, principalmente familiares, a partir de suas vivências e experiências com partos, até mesmo sobre influência da mídia e de profissionais de saúde (SILVA, 2018).

4.3 Mortalidade

De acordo com o Relatório do Ministério da Saúde intitulado Saúde Brasil 2018 (BRASIL, 2019), o estudo do perfil da mortalidade de uma população é indispensável para subsidiar políticas públicas que visem a melhoria das condições de saúde. O conhecimento das principais causas de morte é um dos aspectos primordiais para atingir esses objetivos, especialmente quando possibilitam a identificação de desigualdades entre vários segmentos populacionais.

Estratégias para o enfrentamento das DCNT foram estabelecidas no Brasil para o período de 2011 a 2022, estendidas neste ano para 2030, abordando quatro principais doenças (circulatórias, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes), e fatores de risco para tais condições, no sentido de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para a prevenção e o controle dessas doenças e a melhoria na atenção aos portadores de doenças crônicas, reduzindo a mortalidade por essas condições.

O perfil da situação de saúde do homem no Brasil realizado pelo Ministério da Saúde em 2012, mostra que os homens, comparativamente às mulheres, têm mais excesso de peso, baixo consumo de frutas, de legumes e de verduras, alto consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, situações que podem estar se refletindo numa maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os

mais velhos, e também por causas externas, predominantemente entre os mais jovens. Comportamentos de risco, como consumo abusivo de bebidas alcoólicas, também se associam a outros comportamentos de risco, muitos determinados pela falsa autopercepção da infalibilidade masculina, facilitando a ocorrência de acidentes e violências e de doenças infectocontagiosas como a SIDA-AIDS e a tuberculose.

O documento ainda fala sobre a importância da Atenção Primária neste contexto, implantando estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados a seu território, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas e planejamento de ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT e obesidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto), em mulheres com idade entre (10 a 49 anos).

Dentro dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio esta a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 e no Brasil a redução da razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos. Para atingir estes objetivos será imprescindível desenvolver ações de prevenção desde o pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança e sua família.

A taxa de mortalidade infantil é apontada como um dos índices mais importantes para avaliar o desenvolvimento de um País, é um indicador social que demonstra a qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação ofertados à população.

O combate à mortalidade infantil inicia desde a gestação com a oferta de exames e acompanhamento da gestante. O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno- infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê.

A Rede RAMI, a Estratégia de Saúde da Família, o Programa Primeira Infância o Comitê de Mortalidade Materno Infantil, o amplo calendário vacinal disponibilizado pelo SUS são estratégias primordiais neste contexto, assim como a qualificação do registro e monitoramento desses indicadores.

O **diabetes mellitus** é uma das doenças mundialmente mais prevalentes em adultos e está entre as principais causas de perda de anos de vida saudável, o que se

agrava com o acelerado envelhecimento populacional no Brasil.

A alta prevalência de diabetes mellitus e suas complicações apontam a necessidade de investimentos na prevenção, no controle da doença e nos cuidados longitudinais (FLOR, 2017). O diabetes mellitus é uma condição sensível à atenção primária (CSAP), ou seja, é uma enfermidade que poderia ser evitada e controlada a partir de um conjunto de ações oportunas e efetivas de profissionais e gestores no âmbito da atenção básica (ARRUDA et al, 2018).

Assim, devem ser ofertados serviços de saúde suficientes e adequados para atender a crescente demanda, buscando evitar complicações, hospitalizações, óbitos e elevados gastos do sistema de saúde (NEVES et al, 2018).

Aids -São fatores determinantes de óbito relacionados à AIDS, o diagnóstico tardio e a má adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). O marcador de diagnóstico tardio se dá pela contagem de Linfócitos T-CD4 (células importantes para a organização e eficiência do sistema imunológico do paciente), que quando inferior a 200 células/mL prediz imunossupressão importante, mau prognóstico e maior suscetibilidade à doenças oportunistas, as quais podem levar o paciente a óbito.

Visando evitar a ocorrência de diagnósticos tardios e captação precoce dos casos, a ampliação da testagem rápida para toda a população, a livre demanda, é a principal estratégia. É importante ressaltar a necessidade de um pré-natal qualificado, não apenas para o manejo dos casos, mas também para o rastreio de todas as gestantes e parceiros.

A Sífilis, além da via sexual, também pode ser transmitida ao feto na gestação, quando não realizado o tratamento adequado em tempo oportuno durante o pré-natal a Sífilis Congênita por sua vez, acarreta internação do recém-nascido em UTI Neonatal e risco de malformações e prejuízo no desenvolvimento neuromotor. Para evitá-la, a testagem de gestantes e parceiros é fundamental para garantir a cura oportuna.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016, no ano de 2015 foram notificados 33.365 casos de sífilis na gestação, sendo a taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos. Em 2010 a taxa era de 3,3 casos por mil nascidos vivos, revelando um aumento de 202% em cinco anos.

O número de casos notificados de sífilis congênita também tem aumentado em todo o país. Nos últimos dez anos, houve um aumento progressivo na taxa de incidência de sífilis congênita, passando de 2,0 casos por mil nascidos vivos em 2006 para 6,5 casos por mil nascidos vivos em 2015. A sífilis representa um grande desafio para a saúde pública, sífilis em gestantes e em crianças menores de 1 ano tem relação direta

com a qualidade da assistência do pré-natal, parto e puerpério e por isso a cobertura da atenção básica está relacionada com a prevenção destes casos.

Ações e estratégias de prevenção, diagnóstico, acompanhamento e tratamento da sífilis adquirida em homens e mulheres e em gestantes devem ser implantadas para que as taxas de sífilis congênita também possam diminuir. A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids, hepatites e triagem de sífilis na atenção básica também caracteriza uma importante ação para a diminuição destas taxas e tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso dos usuários a estes diagnósticos..

Mortalidade por grupos de causas

Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10

Capítulo CID-10	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	4	5
II. Neoplasias (tumores)	9	10	4
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	1	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	11	17
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	1	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	35	34	23
X. Doenças do aparelho respiratório	6	7	2
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	8	6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	2	2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5	5	2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	2	9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	23	18	16
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-
Total	105	103	87

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

4.4 Morbidade

Atualmente, estudos interdisciplinares têm demonstrado que a experiência da enfermidade é um fenômeno complexo, conjugando fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais, que muitas vezes são estudados como perfis de risco e necessariamente não trazem o entendimento do adoecer para os sujeitos. Entretanto, o conhecimento da morbidade dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, e o perfil de adoecimento de determinada população são parâmetros básicos para o estabelecimento das necessidades de saúde e elaboração de medidas de prevenção de doenças e agravos, assim como de promoção e recuperação da saúde.

Principais causas de internação.

Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	198	315	304	240	346
II. Neoplasias (tumores)	45	51	52	28	48
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	29	33	27	32	19
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	57	50	53	56	112
V. Transtornos mentais e comportamentais	9	5	3	14	15
VI. Doenças do sistema nervoso	31	21	21	23	37
VII. Doenças do olho e anexos	2	-	1	3	2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	85	124	159	101	139
X. Doenças do aparelho respiratório	200	282	167	121	432
XI. Doenças do aparelho digestivo	162	207	181	132	297
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	51	42	66	41	44
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	20	33	24	15	63
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	167	137	98	80	264
XV. Gravidez parto e puerpério	510	588	546	468	549
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	30	24	20	38	44
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9	3	7	11	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	14	18	23	15
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	213	178	190	247	239
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	58	72	94	106	69
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	1881	2179	2032	1780	2740

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

5. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde entende-se por saúde o completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Saúde traz hoje para a população em geral a ideia de ausência de doenças e apenas isso.

Entretanto, somente com a publicação da Constituição Brasileira de 1988, é que o direito à saúde passa a ser garantido. Estabeleceu que **“A saúde é direito de todos e dever do Estado”**, que deve implementar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meios de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; enumera Participação da Comunidade como uma das Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Por sua vez, constituições estaduais e leis orgânicas municipais têm estabelecido Conselhos que também objetivam garantir os legítimos direitos do cidadão, tratando de fiscalizar a atenção administrativa.

Através da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90, fica estabelecida a responsabilidade do poder público sobre a regulamentação, fiscalização, controle das ações e serviços de saúde, bem como atribuir-se à direção municipal do SUS: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde vem atuando na assistência à Saúde com ações direcionadas ao atendimento preventivo prioritariamente, e no atendimento curativo, conforme normas do Sistema Único de Saúde, incorporado na Constituição de 1998, que relata a saúde como direito de todos e dever do Estado, significando que todos os Municípios devem usufruir dos serviços de saúde.

.A operacionalização do sistema municipal de saúde é norteadada pelos princípios e diretrizes do SUS, da Rede de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica (2017), com a celebração dos pactos interfederativos estabelecidos.

Para a operacionalização da Assistência Integral à Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) conta com serviços próprios e terceirizados.

5.1 ATENÇÃO BÁSICA



Composta por Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa Idosa, Saúde do Homem, Saúde Bucal, Saúde da Pessoa com Deficiência.

Princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. mediante as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia

principal para mudança do modelo de saúde, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. A equipe atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, e reabilitação das doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que o recurso federal compõe o Bloco de Financeiro da APS a Portaria GMS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu um novo modelo de financiamento para a APS, o **Programa Previne Brasil** que estabelece financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, atrelado aos seguintes critérios:

- Cadastramento da população com vinculação a uma equipe de atenção primária (eAP) ou equipe de saúde da família (eSF), considerando critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica;
- Desempenho das equipes a partir do monitoramento dos resultados de

indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES;

- Incentivo para ações estratégicas que contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APSe na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com as especificidades e prioridades em saúde de cada município, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde. Para o ano de 2020, foram elencados e pactuados de forma tripartite sete indicadores que atendem às seguintes ações essenciais:

A SEMUS realizou uma força tarefa no início de 2021 com capacitação e reuniões para o alcance desses Indicadores o qual foi compartilhado com a Rede de Atenção Primária à Saúde, para auxílio ao correto preenchimento dos dados no sistema e fortaleceu o acompanhamento quadrimestral das Unidades de Saúde dos 07 Indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12^a semana de gestação;
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
4. Cobertura de exame citopatológico;
5. Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
6. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
7. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Toda a Rede de Atenção Primária do município recebeu, capacitação quanto ao novo modelo de financiamento a partir do Programa Previne Brasil e, no mês de Julho de 2021 foram apresentados os resultados que cada equipe de saúde alcançou no primeiro quadrimestre de 2021, para que as equipes pudessem conhecer seus indicadores e planejar ações para qualificá-los.

A proposta do novo financiamento tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúdeda Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos

específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua.

As ações e serviços realizados na Atenção Básica à Saúde devem oportunizar o contato do usuário para atenção e cuidado continuado, incluem acolhimento e atenção à demanda espontânea, às urgências e emergências e as ações programáticas de acordo com as linhas de cuidado. Estas ações compreendem a atenção individual e coletiva, a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, atividades de vigilância em saúde, coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito da atenção básica; construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúdes tais como: matriciamento, atividades de ensino com ênfase no acompanhamento de estágios, residências e educação permanente e o fortalecimento do controle social.

5.1.1 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) está presente no município integrando as equipes de Saúde da Família .O aperfeiçoamento destes profissionais se dá pela integração ensino-serviço, com a participação em curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão.

As ações de aperfeiçoamento são realizadas com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas, sendo 32 horas para atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e 8 horas para interação na plataforma do curso de especialização e nas atividades de aperfeiçoamento técnico-científico.

Em relação à Saúde Bucal, são realizadas várias ações tanto na área da prevenção como na área das atividades curativas/restauradoras, efetivando o cuidado em todos os ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso. Entre elas, podemos ressaltar o Programa de Promoção à Saúde Bucal nas escolas municipais,, participação no PSE (Programa Saúde na Escola); procedimentos clínicos da atenção básica desenvolvido junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) e procedimentos clínicos na atenção à gestante a ao pré-natal; atenção às doenças crônicas; atenção aos pacientes com HIV/Aids e Hepatitesvirais; atenção à pessoa com deficiência.

Os objetivos para o próximo quadriênio quanto a saúde bucal estão: ampliar a cobertura das equipes de saúde bucal na atenção básica, implantar o Centro de

Especialidades Odontológicas (CEO) e o serviço de atendimento odontológico de urgência e emergência 24 horas, buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade, dando, além do enfoque da Odontologia Preventiva e Social, também o enfoque da Saúde Bucal Coletiva, procurando atingir as metas estabelecidas.

5.1.2 Política de Alimentação e Nutrição (PAN)

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) têm objetivo comum de levar saúde, autonomia no cuidado e cidadania aos brasileiros.

A atual situação epidemiológica brasileira é um objeto em transição, com a coexistência de desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, ao lado da obesidade, doenças cardiovasculares e câncer, coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio, demonstrando assim a importância das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS).

Estas demandas emergentes e crescentes em atenção à saúde decorrem, principalmente, dos agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais, ambos os grupos associados ao modo de vida e má nutrição. Com a Pandemia do novo Coronavírus, em 2020, embora ainda existam poucas evidências sobre alimentação e COVID-19, sabe-se da importância de um estado nutricional adequado para a manutenção da saúde dos indivíduos, estedecorrente tanto de uma ingesta adequada quanto de atividade física regular.

5.1.3 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), a partir de dados gerados os atendimentos da atenção básica, tem como objetivo monitorar o consumo alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos no SUS, em todos os ciclos da vida, apoiando os profissionais no diagnóstico local e oportuno de agravos alimentares e nutricionais e levantamento de marcadores de consumo identificando fatores de risco e/ou proteção, como o aleitamento materno e a introdução de novos alimentos. Atualmente, com a integração do , E-SUS, Sistema Bolsa Família e SISVAN),

as equipes de saúde estão sendo permanentemente orientadas quanto a importância de aferir o peso e a altura dos usuários das Unidades de Saúde e inserção destes dados no campo correto do Sistema desta forma os dados migram para todos os outros sistemas garantindo o acompanhamento dos usuários do Bolsa Família, Crianças do Crescer Saudável e dados de perfil nutricional da população sempre atualizados.

O Projeto “Fortalecimento da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica”, escrito em 2020, detalha a sequência de ações que implementam esta diretriz: levantamento das necessidades de equipamentos, aferição dos existentes, implantação da Oficina Permanente de Antropometria para capacitação das equipes.

5.1.4 Programa Bolsa Família (PBF)

Programa Intersetorial, com interface entre assistência social, saúde e educação, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Prevê a transferência direta de renda destinada às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do auxílio está vinculado ao cumprimento de condicionalidades assumidas pelas famílias e pelo poder público nas três áreas envolvidas. As condicionalidades de saúde são: acompanhamento da situação vacinal, do crescimento e do desenvolvimento de crianças menores de sete anos de idade, mulheres entre 14 e 44 anos e assistência ao pré-natal e puerpério. Através do monitoramento dos dados inseridos no Sistema

O acompanhamento dos indivíduos beneficiados pelo Programa tem sido crescente e mesmo com a Pandemia do Coronavírus, o município conseguiu manter e até ampliar este acompanhamento. A Gestão tem focado em garantir a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa, tais como: fazer parte da coordenação intersetorial do Programa; implantar a Vigilância Alimentar Nutricional, estimular e mobilizar as famílias, capacitar as equipes de saúde para identificação, acompanhamento e inserção dos dados de acompanhamento no sistema .

Guia Alimentar para População Brasileira

Documento oficial do Ministério da Saúde que apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação adequada e saudável. Considerado uma ferramenta importante para subsidiar as políticas, programas e ações locais que

visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população. Responsabilidades da gestão capacitar as equipes de saúde, grupos populacionais, trabalhadores da educação, entre outros, ao uso do guia alimentar.

Linha Cuidado Sobrepeso e Obesidade

Conforme a Portaria 424, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, onde o município tem como meta a implantação da linha inicialmente na Atenção Primária em Saúde, com o acolhimento do usuário, a coleta de dados antropométricos que possibilitem traçar um perfil e planejar ações que venham a modificar o perfil nutricional dos territórios e também proporcionar ações adequadas de prevenção e tratamento da obesidade no município. Portanto, a implantação desta linha favorecerá mudanças importantes no perfil nutricional do município diminuindo os agravos da obesidade e cronificação de doenças.

5.1.5 Atenção à Saúde Materno Infantil

As mulheres constituem a maior parte da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, já que é sabido que situações como gênero, raça, etnia, vulnerabilidade, idade, entre outras, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo assim que o SUS direcione cada vez mais o olhar para este segmento da população brasileira (Ministério da Saúde, 2015). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004, surgiu a partir da necessidade do Ministério da Saúde, de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no País. A PNAISM foi elaborada em parceria com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres.

A Secretaria Municipal de Saúde de Governador Nunes Freire tem suas ações de acordo com os preceitos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que são de: Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo

território; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

As ações planejadas buscam fortalecer e qualificar a Atenção Básica como principal porta de entrada do Sistema para o cuidado da mulher em todas as fases da vida através do estabelecimento de vínculo, garantindo a oferta de exames preventivos, testes rápidos para ISTs, assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, bem como a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes e a atenção à saúde da mulher no climatério, qualificando a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual em parceria com a saúde mental.

Outra ação importante à Saúde Integral da Mulher é o rastreamento do Câncer de Mama e lesões de Câncer de Colo de Útero, através de coleta do exame citopatológico do colo do útero, para os próximos 04 anos a SEMUS têm como objetivo captar mais precocemente casos que apresentem alteração, e também ampliar o diagnóstico de câncer para mulheres com baixa adesão à atenção básica, garantir a realização de exame físico anual por profissional de saúde (inspeção e palpação de mamas), garantir cobertura de mamografias para a população alvo (faixa etária, risco familiar) e para os casos de detecção de alterações sugestivas, garantir seguimento para lesões precursoras.

A Rede RAMI, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, tem como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

O Pré-natal é o período adequado para o preparo físico e psicológico para o parto, o nascimento, a maternidade e a paternidade, oportuniza também que os

profissionais de saúde possam abordar assuntos tais como hábitos de saúde da família com a intenção de promover o bom andamento das gestações de baixo risco, bem como, de identificar precocemente alterações apresentadas, de modo a evitar um desfecho desfavorável, encaminhando a gestante de maneira adequada e oportuna para a realização de tratamento, ou se for o caso para um nível de assistência mais complexo.

Em relação ao Pré-natal de Alto Risco, as gestantes do município são encaminhadas para realizar o acompanhamento Pré-natal no município de São Luis MA, por ser a referência para esta especialidade, realizando consultas intercaladas com a Unidade de Saúde de referência preservando o vínculo com a equipe de saúde do território.

5.1.6 Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

O Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses, e como definição de adolescência o período de 10 e 19 anos, da mesma forma que compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos (BRASIL, 2010, p. 46). Contudo que, segundo a Agenda Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica (2018), na realidade brasileira, adolescentes e jovens são definidos por diferentes aspectos, emergindo opiniões diferenciadas quanto às formas de situá-los nos marcos referenciais que os caracterizam.

Baseado em tais premissas e orientações, o município buscou se consolidar uma linha em comum, principalmente, entre os serviços de atenção básica em saúde para, a partir daí, estabelecer maior qualificação no diálogo e na assistência à população considerando também os níveis de média e alta complexidade na assistência à saúde da criança e do adolescente.

5.1.7 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola – PSE prevê a união das políticas públicas voltadas às crianças, adolescentes e jovens para promover saúde e educação integral, dá-se através da articulação intersetorial das redes de saúde, educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa.

O Programa Saúde na Escola prevê, ao todo, treze ações a serem realizadas

em parceria entre Escolas e Unidades de Saúde, sendo que a décima terceira é relativa ao COVID -19, foi acrescentada em 2020, considerada essencial e obrigatória para todas as unidades, crianças e adolescentes envolvidos:

- 1- Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- 2- Promoção das Práticas Corporais da Atividade Física e do Lazer nas Escolas;
- 3- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- 4- Promoção da Cultura da Paz, Cidadania e Direitos Humanos
- 5- Prevenção das Violências e dos Acidentes;
- 6- Identificação dos Educandos com possíveis sinais de agravos de Doenças em eliminação;
- 7- Promoção e Avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópica de flúor;
- 8- Verificação da situação vacinal;
- 9- Promoção da segurança alimentar e nutricional, da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- 10- Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- 11- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de ISTs/AIDS;
- 12- Promoção da Saúde Ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- 13- Ações de prevenção ao COVID 19.

5.1.8 Saúde do Adolescente

A garantia do acesso dos adolescentes à atenção primária se dá com ações educativas do Programa Saúde na Escola, com a criação de grupos de adolescentes promovendo o protagonismo jovem, com a utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente e com acesso aos métodos contraceptivos, preservativos e planejamento familiar.

Nos casos de gestação na adolescência, atenção especial à adolescente com suas necessidades específicas, e nos casos de violência sexual, notificação e atenção aos casos através da Atenção Primária em Saúde.

5.1.9 Atenção à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída através da Portaria nº 1.944/09 no âmbito do SUS. É entendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que a qualidade de vida do homem, na faixa etária dos 20 aos 59 anos de idade, exige cuidados com a saúde. São muitos desafios a serem enfrentados, principalmente em relação às doenças que mais acometem os homens.

Os três eixos principais em que se baseia a PNAISH são: saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade; violências e acidentes em geral e o acesso/acolhimento dos homens na atenção básica, porta de entrada prioritária na Rede SUS. Esses eixos são abordados através da transversalidade entre as várias Políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e também na inter-relação entre as diversas Secretarias Municipais no que lhes compete a fim de construir a integralidade do cuidado da população masculina de 20 a 59 anos.

5.1.10 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

O Brasil passa por um rápido e intenso processo de envelhecimento da sua população, gerando um alto impacto para a saúde pública. A população na faixa etária acima de 60 anos ou mais apresentou, por sua vez, um aumento de 656.362 pessoas, passando de 1.105.807 pessoas em 2001 (10,7% da população geral) a 1.762.169 em 2015 (15,7% da população).

Em torno de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (IBGE, 2015) e as projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças, 14% (BRASIL, 2018).

De acordo com o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a proporção da população “longeva”, ou seja, com 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária da população idosa. Significa dizer que esta população também está envelhecendo, estima-se que 312.814 maiores de 80 anos componham atualmente a população do Estado (BRASIL, 2019).

O envelhecimento da população é reconhecidamente atravessado por questões de gênero, sendo que 56% da população idosa é formada por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto maior a longevidade do segmento.

Na população acima de 80 anos, por exemplo, as mulheres representam 65% (BRASIL, 2019).

À medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva, entre outras, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração.

Contudo, a população não envelhece da mesma forma: há pessoas idosas que permanecem absolutamente capazes de realizar as suas atividades cotidianas por si mesmas, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições importantes de saúde. Outras pessoas precisam de apoio e adaptações para a realização de suas atividades e algumas se tornam completamente dependentes de cuidados contínuos e da ajuda de terceiros, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas. Assim, a presença de múltiplos problemas de saúde e a idade avançada não implicam, necessariamente, dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), expressa como metas na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade, como um importante indicador de saúde desta população. Em consonância com a PNSPI, o Ministério da Saúde publicou, em 2018, um documento com orientações técnicas para implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. Tal documento propõe que a organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) seja direcionada a partir da realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção primária à saúde. Essa avaliação permite identificar as necessidades de cada pessoa idosa, do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional. Esta avaliação direciona a construção de um plano de cuidados individualizado que contemple as intervenções mais adequadas e resolutivas na atenção primária, bem como identifica as reais necessidades de suporte e apoio da atenção especializada.

Considerando este contexto a Secretaria Municipal de Saúde tem como metas para o próximo quadriênio a implantação da Linha de Cuidados da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde e a implementação da realização da avaliação multidimensional nas Unidades Básicas de Saúde, como forma de identificar as principais vulnerabilidades, estratificar o risco e definir as intervenções mais adequadas para cada caso. Com isso espera-se reduzir as internações por condições sensíveis e a mortalidade prematura de

idosos, bem como manter a autonomia e independência dos idosos pelo maior tempo possível das suas vidas.

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI)

É um instrumento estratégico de qualificação da atenção à Pessoa Idosa, ela contribui para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado.

BPC – Benefício de Prestação Continuada

Um benefício de renda no valor de um salário-mínimo para pessoas com deficiência ou para idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, apresentam dificuldades para a participação e interação plena na sociedade. Para a concessão deste benefício, é exigido que a renda familiar mensal seja de até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo por pessoa, maiores orientações com o CRAS de referência.

Bolsa Família

O Programa Bolsa Família atende às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza. Foi utilizado um limite de renda para definir esses dois patamares. Assim, podem fazer parte do programa todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais e famílias com renda por pessoa entre R\$89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos, os mesmos critérios se aplicam para os idosos.

O número de idosos que assumem a maior parte da responsabilidade financeira de famílias que continuam vivendo em seus lares, constituídas pelos filhos/as, genros/noras e por netos/as, vem crescendo todos os anos. Santana e Lima (2012, p.182) ressaltam que “A renda dos mais velhos vem sendo identificada como responsável pela manutenção familiar, especialmente dos mais jovens”:

No contexto da Saúde da Pessoa Idosa e o enfrentamento da Pandemia COVID-19, são necessárias ações articuladas, multidimensionais e intersetoriais, que vão desde a organização dos processos de trabalho das equipes na atenção primária à saúde para incluir a ampliação do cadastramento, a realização da avaliação multidimensional e a consequente definição de planos de cuidado individuais, até a

definição e organização de serviços de referência na atenção especializada, para apoio e matriciamento das equipes da APS de forma integral e não fragmentada. Esse processo conduz a uma forma de organização da atenção à saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde em linha de cuidado, considerando as reais necessidades e especificidades de saúde deste segmento populacional.

Em relação a vacinação contra Covid-19 O Início ocorreu nos meses de janeiro ,fevereiro e março de 2021 com a administração da 1ª e 2ª dose em todos os residentes e funcionários e seguindo os critérios do Ministério da Saúde em setembro foi administrada a 3ª dose aos residentes. esta ação foi considerada prioritária, uma vez que a população é mais vulnerável ao agravamento da infecção pelo Sars-Cov-2 e à evolução para óbito.

Portanto, a articulação que integram os diferentes níveis e ofertas de cuidado, a corresponsabilidade entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar, a regulação dos fluxos a partir da trajetória do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o apoio aos familiares e cuidadores, assim como a garantia de participação da pessoa idosa no seu cuidado, são fundamentais para que a atenção ofertada atenda de forma integral e integrada às necessidades das pessoas idosas, pontuando mais uma vez a importância da implementação desta linha de cuidado.

Produção de Atenção Básica

Tipo de Produção	Quantidade
Visita Domiciliar	137.918
Atendimento Individual	17.396
Procedimento	5.186
Atendimento Odontológico	3.842

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

4.2 ATENÇÃO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Composta por Saúde Mental; Assistência Farmacêutica Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.)

Dentre as suas atribuições destacam-se assessorar e acompanhar a implantação das políticas públicas prioritárias na área de atenção à saúde,acompanhar e avaliar as ações de promoção, prevenção e recuperação dos agravosà saúde em cada ponto do cuidado, promover a integração entre os níveis de

atenção, elaborar normas, rotinas e fluxos para organização do acesso e do percurso dos usuários na rede de serviços, além de oportunizar o aprimoramento da organização dos processos de trabalho.

Considerando-se as linhas de cuidado, de acordo com a proposta do Plano Estadual de Saúde, dentre as ações previstas para o próximo quadriênio estão: a implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, Linha de Cuidado para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, Linha de Cuidado da Pessoa Estomizada.

Para a operacionalização da Assistência Integral à Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com serviços próprios e terceirizados. Na Rede Pública,

5.2.1 Assistência Farmacêutica



A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Tem caráter sistêmico e multidisciplinar e representa atividade de grande impacto financeiro no âmbito do SUS, em razão da crescente demanda por medicamentos.

A reorientação da política de Assistência Farmacêutica propõe uma mudança na estruturação no modelo de organização e na forma de gerenciamento, sendo este um grande desafio para a gestão.

É necessária a mudança da lógica de atuação limitada à aquisição e distribuição de medicamentos. A implementação da informatização da rede é imprescindível para que possamos atingir os resultados programados.

Em 1990, A Lei nº 8.080, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como obrigação do sistema. Em 1998, nasceu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), procurando romper com o foco exclusivo na aquisição e distribuição de medicamentos que se mostrava insuficiente. Em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS). A PNAF explicitou a necessidade de qualificação dos serviços e dos recursos humanos, a descentralização das ações, o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos como seus principais eixos estratégicos.

O Componente Básico da Assistência farmacêutica consiste em financiamento

para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

A política Nacional de medicamentos, definida por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) No 3.916/98, assim como algumas novas diretrizes de Assistência Farmacêutica apresentada e referendada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 338/04, remetem e orientam para a prática de uma assistência farmacêutica descentralizada, pactuada entre as esferas de Governo e com ações centradas no usuário, comunidade e profissionais de saúde.

A Assistência Farmacêutica é programada por meio da relação municipal de medicamentos REMUME e das ações e serviços do SUS, considerando um conjunto de ações inseridas no contexto mais amplo da atenção à saúde. O elenco é baseado em critérios epidemiológicos visando contemplar prioritariamente o tratamento dos indivíduos atendidos na atenção básica. Os medicamentos da Atenção Básica previstos na REMUME são aqueles que satisfazem as necessidades sanitárias da maioria da população.

Os medicamentos Especializados, cuja responsabilidade de repasse ao usuário é da Secretaria de Estado da Saúde, são aqueles indicados nos protocolos pré-estabelecidos, definidos por critérios técnicos e estudos de medicina baseada em evidências clínicas para a terapêutica de agravos mais prevalentes ou de maior demanda local.

Os medicamentos estratégicos direcionados ao tratamento de um grupo de agravos agudos ou crônicos específicos contemplados em programas do Ministério da Saúde, como os tratamentos para IST/ AIDS, tuberculose e Hanseníase.

A Assistência Farmacêutica, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT, composta por profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação com o intuito de estabelecer políticas municipais para o uso racional de medicamentos, estabelece, entre outras ações, a Relação Municipal de Medicamentos – REMUME, com base na Portaria 155 de 30 de Julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo os medicamentos previstos na REMUME de fornecimento obrigatório e regular através da farmácia do município, e sua revisão pela CFT de período anual ou quando necessário..

A Assistência Farmacêutica preza pelo uso Racional dos Medicamentos levando a melhor qualidade de vida. São inúmeros os problemas sanitários em razão da utilização

inadequada de medicamentos.

A Secretaria Municipal de Saúde visando o aperfeiçoamento contínuo da Assistência Farmacêutica, ações e serviços do SUS, considerando um conjunto de ações inseridas no contexto mais amplo da atenção à saúde, possui contemplada na sua programação de ações para o ano de 2022 a confecção e aprovação da relação municipal de medicamentos REMUME. O elenco dos medicamentos será baseado em critérios epidemiológicos visando contemplar prioritariamente o tratamento dos indivíduos atendidos na atenção básica.

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

É necessária também a modernização dos serviços de assistência farmacêutica na rede, incluindo a estruturação física dos estabelecimentos para o abastecimento, dispensação, estocagem, armazenamento, conservação, controle da qualidade dos medicamentos e profissionais qualificados para a dispensação.

5.2.2 Vigilância em Saúde



A Vigilância em Saúde é um conceito que se expressa no acompanhamento da saúde da população através de um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo, da coletividade e ambiental pela intervenção nos problemas que podem desencadeá-los. Seguindo uma das diretrizes do SUS que é a descentralização, município tem assumido gradativamente as ações de vigilância em saúde, permitindo assim maior agilidade na

identificação de doenças e outros fatores que possam comprometer a saúde dos indivíduos e do meio-ambiente. Tem como suas áreas de responsabilidade: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, e Vigilância da Saúde do Trabalhador.

A avaliação do risco epidemiológico e a análise do impacto de determinados eventos sobre a saúde da população fundamentam a programação das atividades da Vigilância em Saúde.

Os Recursos Financeiros correspondentes as ações de Vigilância em Saúde comporão o limite financeiro de Vigilância e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e do Trabalhador.

O financiamento para as ações de Vigilância Sanitária consolida a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto de atividades.

O limite financeiro da vigilância em saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, Municípios e distrito federal, bem como o Limite financeiro respectivo será estabelecido em portaria específica.

5.2.2.1 Vigilância Epidemiológica

Agravos de Notificação Compulsória a lista de agravos ou doenças de notificação compulsória atualmente está definida pela Portaria nº 204/ fevereiro de 2016. É importante ressaltar que a vigilância epidemiológica de violências pretende, além de obter informações sobre as características desses agravos, subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida. Busca-se, assim, incentivar a formação de redes de atendimento às pessoas vítimas de violências e Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e, dessa forma, garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz.

A violência precisa ser analisada na perspectiva da sociedade que a produziu, pois o fenômeno se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem também por ela ser desconstruídos esuperados. Estudos sobre o tema têm apontado que, ao mesmo tempo em que fatores biológicos e individuais explicam algumas das predisposições à agressão, é mais frequente que esses interajam com aspectos familiares, comunitários, culturais e outros fatores

externos para, assim, criar uma situação propícia à violência (DAHLBERG, 2007).

A maior diretriz da Vigilância Epidemiológica é a ampliação desta área de atuação, incorporando a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, superando o Processo inicial de trabalho restrito às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória. Para tanto, se faz necessário investimento na manutenção e estruturação da vigilância incorporando novos profissionais e novas tecnologias.

A Vigilância Epidemiológica tem por missão conhecer o perfil dos agravos ocorridos no município, monitorando a ocorrência de agravos de notificação compulsória e buscando conhecer os fatores relacionados à sua ocorrência. A análise das informações referentes aos eventos vitais e o perfil de morbidade que subsidiam o planejamento e avaliação das ações em saúde com informações oportunas. Também, coordena as ações necessárias à prevenção e controle de doenças transmissíveis, identificando mudanças de comportamento das doenças e atuando de forma oportuna e coordenada na ocorrência de surtos ou surgimento de doenças inusitadas.

É de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica: Planejar, acompanhar, coordenar e organizar atividades de controle de doenças agudas e inusitadas, a vigilância dos óbitos maternos e infantis, a operacionalização do Programa de Imunizações, bem como a alimentação e gestão dos sistemas de informação vigentes.

É imprescindível para o planejamento de ações na assistência o conhecimento do Perfil Epidemiológico, assim se faz necessária a criação de mecanismo de comunicação com os profissionais de saúde e gestores para nortear as ações e serviços de saúde do município.

A experiência de mais de 02 anos no enfrentamento da Pandemia pelo Covid-19 nos coloca como importante diretriz desta área ,havendo necessidade de investimentos na ampliação de unidade de resposta imediata às emergências epidemiológicas, no intuito do município estar preparado para enfrentar as doenças e agravos emergentes e re-emergentes, que se configuram a partir do contexto mundial, onde Governador Nunes Freire por ser uma cidade de BR está sujeita a reintrodução de doenças já erradicadas.

Destacamos ainda o Comitê de Vigilância de Óbitos Materno, Fetal e Infantil, que atua de forma articulada a todos os Departamentos da Secretaria da Saúde e ao Hospital Municipal . A investigação dos óbitos ocorridos tem sido de forma oportuna e a análise tem propiciado a elaboração de planos de intervenção com vistas à redução da mortalidade materna, fetal e infantil.

É importante destacar que as ações de controle de zoonoses devem ter caráter eminentemente preventivo. As zoonoses de maior relevância epidemiológica no

município são a Dengue, Leishmaniose e Acidente Antirábico as quais devem ser mantidas sob rígido controle e vigilância.

5.2.2.2 Vigilância Sanitária

No campo da Vigilância Sanitária se têm como diretriz a inserção desta como ação básica de saúde, essencial para todo o cidadão e para a coletividade, sendo assim deverá ser enfatizado o trabalho descentralizado voltado para a formação de uma consciência sanitária que propicie ao cidadão a identificação de riscos potenciais aos quais ele é submetido no consumo e uso de bens, serviços e produtos e na convivência no seu ambiente de trabalho e de vida.

O serviço municipal de vigilância sanitária deve ser reforçado de forma a atender as demandas geradas pelo crescimento do município frente ao uso e consumo de bens e serviços.

O objeto de interesse da Vigilância Sanitária são os riscos sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e de consumo e da prestação de serviços de interesse da saúde. A Vigilância Sanitária deve exercer também a fiscalização e o controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade abrangendo os processos e ambientes de trabalho, de lazer.

O Planejamento das ações é realizado anualmente por meio da (actuação de Ações Prioritárias em Vigilância à Saúde) conforme as diretrizes Nacionais e Estaduais e o critério de risco dos estabelecimentos, sendo que os considerados de risco são realizados inspeções em 100% dos estabelecimentos.

5.2.2.3 Vigilância Ambiental

A área de Vigilância Ambiental é a mais recente área de trabalho da vigilância em saúde e inicialmente tem seu foco de ação na vigilância da qualidade da água de abastecimento. É de grande importância nos próximos anos a ampliação de suas ações, uma vez que estão pactuadas ações com o nível federal para que sejam implantadas ações de vigilância de solos contaminados e de desastres naturais. Neste objetivo a SEMUS deverá envidar esforços para ampliação organizacional desta área de atuação, consolidando o trabalho no município para agravos ambientais que podem representar risco à saúde pública, como: a água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e produtos perigosos.

A responsabilidade do controle e monitoramento da qualidade da água é compartilhada entre o município e o estado, sendo que o município realiza coleta de amostras e o estado realiza a análise da amostra coletada. Na ocorrência de amostras insatisfatórias a Vigilância Ambiental em parceria com a vigilância epidemiológica realiza ações corretivas necessárias para adequação do sistema de distribuição de água de acordo com legislação vigente.

Visando o controle das doenças transmitidas pelo meio ambiente e por vetores como: insetos, ratos, morcegos, animais peçonhentos, entre outros, realizam-se ações de inspeções nos imóveis, terrenos e estabelecimentos de risco ambiental, com o objetivo de diagnosticar situações de risco e eliminá-los, estas inspeções são realizadas pela Equipe de Controle de Endemias. Considerando que o município é infestado pelo mosquito *Aedes Aegypti* (Mosquito da Dengue) são priorizadas as ações de orientação, controle e eliminação do mosquito transmissor. Para o controle adequado destas ações são necessárias visitas bimestrais nos imóveis existentes.

5.2.2.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09).

A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98).

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador são desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica do município

Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	2411	-
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	990	-
Total	3401	-

Fonte: Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

5.2.2.5 Atenção Secundária e Terciária

A Atenção Secundária e Terciária é caracterizada por ações e serviços de saúde em âmbito ambulatorial e hospitalar, realizados mediante procedimentos de maior densidade tecnológica, de média e alta complexidade. A organização da Atenção Secundária no município se dá através de serviços ambulatoriais próprios e referenciados.

5.2.3 Rede de Atenção Psicossocial

Após advento da portaria 336/GM, de 30 de abril de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no âmbito do SUS, ocorreu uma mudança significativa no modelo de cuidado às pessoas com transtornos mentais no Brasil. Os CAPS tornaram-se serviços fundamentais para atender a crise e evitar, o máximo possível, as internações psiquiátricas; promover ações de reabilitação psicossocial; dar suporte à Atenção Básica; articular e coordenar o cuidado de modo corresponsável com os demais pontos de atenção da rede de atenção psicossocial. Em outras palavras, os CAPS passaram a ocupar uma posição estratégica para a reforma psiquiátrica brasileira.

Segundo dados da OMS, a prevalência de transtornos mentais na população é de 20% a 25% da população. A maioria destes casos podem ser atendidos na AB, entretanto, casos moderados e graves devem ser encaminhados para os serviços especializados (CAPS e Ambulatórios).

Em relação a qualificação e resolutividade dos processos de trabalho, atualmente a RAPS está estruturando as seguintes ações:

- Implantação da agenda programática de saúde mental na Atenção Básica;
- Reorganização dos processo de internação compulsória;
- Capacitação em relação ao atendimento para usuários de álcool;

- Revisão da linha de cuidado;
- Reestruturação dos Planos Institucionais dos Serviços;
- Organização de Protocolos de atendimento;
- Ampliação do horário de atendimento dos serviços (CAPS) até as 18h;

Produção de Atenção Psicossocial por Forma de Organização

Sistema de Informações Ambulatoriais		
Forma de Organização	Qtd. aprovada	Valor aprovado
030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial	377	337,13
Sistema de Informações Hospitalares		
Forma de Organização	AIH Pagas	Valor total
030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	13	925,00

Fonte: Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

5.2.4 Rede Hospitalar

A rede hospitalar necessita de ampliação pois ainda enfrentamos momentos em que pacientes ficam represados, em especial para casos de neurologia, cardiologia e cirurgia vascular Ortopedia .Quanto ao componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência o município aprovou recentemente a Base Descentralizada do SAMU 192.com 01 Unidade de Suporte Avançada USA e 01 Unidade Suporte Básico (USB) e. 01 Motolância .A implantação da Regulação permanece um desafio e dificulta o acesso regional aos leitos, principalmente os sob regulação municipal.A Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar depende da gestão estadual e dos municípios de **Pinheiro e São Luís MA**

O Hospital Municipal de Governador Nunes Freire é uma unidade hospitalar, com seus serviços 100% SUS , além de atender a população residente é referência para mais de 10 municípios da região em média complexidade . Permanece, portanto, o desafio de recursos financeiros visto que a PPI ainda é de 2004, não foi revista o que vem ocasionado graves distorções de oferta regionais e principalmente o estrangulamento no financiamento a nível municipal

A fragilidade nos processos de pactuação inter-gestores, o baixo financiamento o processo regulatório e as diversidades operativas são problemas estritamente

vinculados que ocupam a agenda dos gestores como desafios a serem enfrentados na nossa região. Produção de Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por Grupo de Procedimentos

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	2416	13,50	-	-
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	4995	20540,93	-	-
03 Procedimentos clínicos	34813	140302,03	4087	1864026,57
04 Procedimentos cirúrgicos	1015	22516,37	1287	623393,12
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-	-	-
06 Medicamentos	-	-	-	-
07 Órteses, próteses e materiais especiais	-	-	-	-
08 Ações complementares da atenção à saúde	552	2732,40	-	-
Total	43791	186105,23	5374	2487419,69

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Produção de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimentos

Caráter de atendimento: Urgência

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	-	-	-	-
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	3130	12381,85	-	-
03 Procedimentos clínicos	2	-	4087	1864026,57
04 Procedimentos cirúrgicos	619	16589,12	1182	579552,34
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-	-	-
06 Medicamentos	-	-	-	-
07 Órteses, próteses e materiais especiais	-	-	-	-
08 Ações complementares da atenção à saúde	552	2732,40	-	-
Total	4303	31703,37	5269	2443578,91

Fonte: Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

5. REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

Por tipo de estabelecimento e gestão Período 12/2021

Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos				
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Centro de saúde/unidade básica	0	0	13	13
Hospital geral	0	0	1	1
Centro de atenção psicossocial	0	0	1	1
Unidade de apoio diagnóstico e terapia (sadt isolado)	0	0	1	1
Central de abastecimento	0	0	1	1
Central de gestão em saúde	0	0	1	1
Unidade de vigilância em saúde	0	0	1	1
Centro de apoio à saúde da família	0	0	2	2
Total	0	0	21	21

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Postos de Trabalho ocupados por ocupação e forma de contratação

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	0	2	4	30	82
	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	0	0	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	0	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	0	0	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	0	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
	Servidores públicos cedidos para a iniciativa privada (10)	0	0	0	0	0

Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	25	4	25	75	9
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Contratos temporários e cargos em comissão (010302, 0104)	0	0	0	0	0

Por natureza jurídica Período 12/2021

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica				
Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
ADMINISTRACAO PUBLICA				
MUNICIPIO	21	0	0	21
Total	21	0	0	21

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

6. PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2017	2018	2019	2020
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)					
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	124	128	147	146
Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2017	2018	2019	2020
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Contratos temporários e cargos em comissão (010302, 0104)	49	43	49	0
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	108	111	102	209

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

7. COVID-19 NO MUNICÍPIO:

Medidas implantadas no enfrentamento da pandemia afetou consideravelmente toda a agenda da nova Gestão e as ações previstas no PMS 2018-2021 (seu último ano de vigência) foi redirecionado. Apesar de todo esforço empreendido no primeiro ano de Gestão em janeiro de 2021 a SEMUS ainda se encontrava impactada com o advento da pandemia da COVID-19 ocasionando **desafios** na capacidade de governança de rede; na comunicação intra e interinstitucional, e com a sociedade; na carência de estrutura (insumos, equipamentos, pessoal); fragilidade de organização e qualificação de processos internos no aumento da demanda reprimida das doenças crônicas não transmissíveis, das doenças transmissíveis, de exames e procedimentos cirúrgicos eletivos;

Ressaltamos que o impacto da pandemia pôde ser sentido não somente nas ações e metas planejadas para 2021, mas também nos resultados dos indicadores de saúde habitualmente monitorados pela SEMUS.

Principais fatores que terão que ser trabalhados no planejamento das ações são:

- Aumento da demanda de atendimento, reprimida em razão da pandemia
- Agravamento do estado de saúde dos doentes crônicos, dos pacientes com diagnóstico tardio de morbidades graves (neoplasias);

- Aumento do nº de pacientes com problemas decorrentes da pandemia, com eventuais sequelas causadas pelo vírus – precisando equipar as redes para garantir a assistência;
- Impactos sociais - aumento do número de pessoas vivendo em condições inadequadas: baixo saneamento básico, entre outros fatores que ampliaram o risco de adoecimento dessa população.

A Secretaria de Saúde vem acompanhando a dinâmica da Pandemia da COVID-19 de forma intensiva em seus desdobramentos como as estratégias de vacinação obedecendo criteriosamente o Plano Municipal de Vacinação , o Plano de Enfrentamento das Síndromes Gripais , as capacitações dos trabalhadores de Saúde , a aquisição de EPIs , a Reestruturação do Centro de COVID 19 Ambulatorial , inclusive sendo referência para municípios próximos da região , sem nenhuma pactuação financeira ou deliberativa em CIR ou CIB , apenas sendo solidária aos seus pares e voltada para sensibilização da população , Aquisição e aplicações de testes rápidos. Na Assistência Hospitalar realizou a Implantação de 16 novos leitos hospitalares clínicos e 04 leitos de suporte ventilatórios para pacientes considerados moderados .Gratificou profissionais ,Principalmente médicos aumentando o número de plantonistas

8. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde vem buscando a excelência nas ações de prevenção, promoção e proteção de saúde com responsabilidade e humanização, atuando de forma inter- setorial e interinstitucional em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde. Instrumentos de gestão utilizados para planejamento, acompanhamento e avaliação da atuação da SEMUS

- Plano Municipal de Saúde;
- Programação Anual de Saúde;
- Plano Plurianual;
- Programação Pactuada Integrada;
- Relatório Anual de Gestão;
- SISPACTO;

- Prestação de Contas Quadrimestral;
- SIOPS.

9.1 Missão

Garantir o direito à saúde do indivíduo e da coletividade de forma humanizada no através da gestão democrática e efetiva das ações e serviços de saúde.

9.2 Visão

Ser excelência na atenção à saúde.

9.3 Valores

Humanização: Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. É o SUS mais ágil, mais resolutivo e acolhedor.

Qualidade: Garantir a eficiência e eficácia na aplicação de recursos e prestação das ações e serviços de saúde.

Integralidade: Atender as necessidades do indivíduo como um todo incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Universalidade: Todos os cidadãos têm direito de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Equidade: Atenção as pessoas em igualdade de condições de acesso aos serviços, respeitando a singularidade e a diversidade dos seres humanos.

Democratização: Fortalecer a participação da sociedade e dos trabalhadores nas instâncias de gestão e organização dos SUS, respeitando as idéias os valores, a cultura e as diferentes formas de organização.

Ética: Compromisso com a vida e respeito a crenças e valores.

9. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social na formulação e no controle da política de saúde é uma inovação institucionalizada pelo SUS sob a forma de conferências e conselhos de saúde. As conferências e conselhos de saúde são espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada.

Princípio fundamental do SUS, assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90).

11. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE TRABALHO

A Secretaria Municipal de Saúde, sempre que possível disponibiliza as condições e ferramentas necessárias para o processo de educação em saúde e gestão do trabalho através do custeio de cursos e capacitações, bem como o pagamento de diárias para o deslocamento de servidores que se ausentam do município para participar de cursos e capacitações ofertados por outras instâncias do SUS e planeja a implementação do setor de Educação em Saúde,

Na elaboração do Plano de Educação Permanente Municipal um dos grandes desafios do município é a oferta em bases sólidas, de educação profissional articulada aos serviços de saúde.

12 . FINANCIAMENTO

São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde: Repasse Fundo a fundo e responsabilidades das três esferas de Gestão - União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS.

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização

dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos,

Os recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e ao Distrito Federal são organizados nos seguintes Blocos de Financiamento, de acordo com a Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020:

Recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e Distrito Federal.

Blocos de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
<p>Bloco de Manutenção: recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária • Atenção Especializada • Assistência Farmacêutica • Vigilância em Saúde • Gestão do SUS
<p>Bloco de Estruturação: recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária • Atenção Especializada • Assistência Farmacêutica • Vigilância em Saúde • Gestão do SUS
<p>ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.</p>	

Financiamento Para Estruturação

Esses recursos devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso a garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimentos apresentados para o Ministério da saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde, CIR e CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

Estimulo de Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (plano de desenvolvimento integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia da escala e de escopo com equidade no acesso.

Financiamento Para Custeio

Existem duas estratégias de transição para dois grupos diferentes de municípios. Para os municípios que têm previsão de manutenção ou aumento de repasses com o novo modelo, a transição será da seguinte forma:

Para a Capitação Ponderada: o repasse considerará como se todas as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária tivessem cadastrado todas as pessoas esperadas de acordo com:

- Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, descrito no anexo da portaria do novo financiamento, aplicando os pesos de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. Esse cálculo é chamado de valor cheio da capitação.
- A partir da competência financeira maio de 2020, o valor considerará o quantitativo real de pessoas cadastradas nas equipes.

Para o Pagamento por Desempenho: a partir da competência financeira janeiro de 2020 até a competência financeira agosto de 2020, foi mantido o repasse do PMAQ para as equipes certificadas pelo programa. A partir da competência financeira setembro de 2020, o valor considerará o resultado real dos indicadores alcançados por todas as

equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Brasil, desde que credenciadas e cadastradas no SCNES. Isso quer dizer também que equipes que não participaram do PMAQ somente receberão pagamento por desempenho a partir da competência financeira de setembro de 2020. Para o Incentivo para Ações Estratégicas: a partir da competência janeiro de 2020, os repasses desses incentivos seguirão conforme suas portarias específicas.

Além desses três tipos de repasse, para a transição também haverá o incentivo financeiro per capita de transição: será transferido o valor per capita anual de R\$5,95 de acordo com a população IBGE 2019 do município.

A PORTARIA GM/MS Nº 166, DE 27 DE JANEIRO DE 2021 alterou as regras para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021, prorrogando por mais 04 competências para captação ponderada, o equivalente a 100% (cem por cento) do potencial de cadastro referente ao incentivo financeiro da captação ponderada do município, e oito competências para pagamento por desempenho - o equivalente ao resultado potencial de 100% do alcance do Indicador Sintético Final do município.

Recurso Próprio

A EMENDA Constitucional 029/2000 preconiza a aplicação mínima na saúde de 15% dos recursos oriundos da transferência de impostos municipais, estaduais e da União. No decorrer dos últimos anos a evolução do percentual do repasse municipal, tem se mantido acima do mínimo exigido legalmente de 15% para aplicação em saúde, visando atender a programação orçamentária financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentária – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcados nas responsabilidades decorrentes do preceito constitucional e da missão institucional.

O sistema de informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) é um sistema de coleta e consolidação de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo, proporcionando à sociedade o conhecimento sobre a aplicação dos recursos públicos nesta área através de um instrumento de acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000. As informações dos gestores são transmitidas eletronicamente para o banco de dados do DATASUS.

13 . ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

13.1 ANÁLISE EM RELAÇÃO A GESTÃO

Para garantir a conquista dos princípios básicos do SUS e a melhoria da qualidade de atenção à saúde para a população, é necessário que o gestor planeje, execute e monitore as ações de forma sistematizada e compartilhada, levando em consideração as necessidades da população, os recursos financeiros, os equipamentos de saúde e o capital humano existentes num determinado território adscrito, os indicadores epidemiológicos e seus determinantes sociais.

As ações de gestão devem ser desenvolvidas de forma transversal, intersetorial, interdisciplinar e com mecanismos de co-gestão, de forma que possa fortalecer, aperfeiçoar e qualificar a gestão da saúde no município, resultando numa maior efetividade, eficácia e relação de custo-efetividade.

As áreas de planejamento, informação para a gestão, regulação, avaliação e controle, auditoria, saúde suplementar, ouvidoria, assistência farmacêutica, educação em saúde, humanização e gestão participativa, desenvolvem ações específicas de gestão que permeiam toda a Secretaria de Saúde, apontando para a necessidade e o grande desafio de romper com a fragmentação e a compartimentalização dos vários setores. Além destes fatores, é importante destacar a regionalização que se constitui num dos eixos estruturantes do SUS na busca da garantia da integralidade do cuidado. A constituição de uma região de saúde deve levar em consideração aspectos como: identidade sócio-econômico-cultural entre os municípios, infra-estrutura de transportes e comunicação, contigüidade entre os municípios, fluxos assistenciais, suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, existência de parâmetros de incorporação tecnológica, entre outros.

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa, e dá outras providências, propõe a construção de um mapa de saúde para orientar o planejamento das ações de saúde. O mapa de saúde deverá identificar as necessidades de saúde, capacidade instalada e orientar o **planejamento integrado** contribuindo para o estabelecimento de metas. A estratégia deste planejamento será a implantação das redes prioritárias e a política da atenção básica como dispositivo para **integração das**

políticas, com foco na Rede de Atenção à Saúde. Esta Rede de Atenção à Saúde seria o conjunto de ações e serviços de saúde articulados entre si com a finalidade de garantir a **integralidade** da atenção à saúde.

Na nossa região resultou numa Rede de Atenção à Saúde que inclui os municípios da Região de Zé Doca

A gestão regional é um processo de planejamento e pactuação entre gestores municipais e o gestor estadual com o objetivo de garantir a integralidade das ações de saúde, no âmbito regional. Para que este processo fosse viabilizado foram criados as Comissão Intergestores Regional (CIR) com a participação dos gestores das secretarias municipais da saúde da região e com representantes da Regional de Saúde –da Secretaria de Estado da Saúde e se constitui de um espaço de pactuação técnica e política entre os atores envolvidos e tem como objetivo constituir uma rede de atenção à saúde capaz de atender às necessidades da população, no âmbito individual e coletivo, de forma equânime, integral e com resolubilidade. Este grupo reúne-se mensalmente e teve um papel importante para a discussão e aprovação das redes de atenção à saúde prioritárias para o Ministério da Saúde: de Urgência e Emergência, RAMI Pessoa com Deficiência e Psicossocial.

O planejamento regional dispõe de uma série de instrumentos para a sua execução que devem ser atualizados, monitorados e modificados conforme a necessidade da região. Entre estas se destacam a Programação Pactuada Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Além das programações específicas, todas as questões relacionadas ao campo da gestão regional devem ser discutidas e pactuadas de forma solidária e cooperativa na CIR, tais como: regulação, educação permanente, gestão do trabalho, assistência farmacêutica, vigilâncias em saúde, política regional de urgência e emergência, financiamento, entre outros.

Além destas atribuições, a CIR tem a função de levar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as principais questões que estejam sendo discutidas e sejam pertinentes ao SUS no âmbito regional, estadual ou nacional. Além da participação efetiva nas reuniões, o município assume o compromisso de cumprir o que foi pactuado por consenso pelo conjunto dos gestores de forma que se garanta o fortalecimento do SUS como uma política de estado e possa ser construída de forma solidária e cooperativa.

13.2 ANÁLISE EM RELAÇÃO AO CONTROLE SOCIAL

A Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS é órgão de atividade fim, integrante da Administração Pública Municipal Direta. A sua proposta de atuação se consolida como resultado das reivindicações do movimento Social local. A municipalização das ações e serviços é assumida como princípio para caracterização do novo modelo de assistência, fortalecida com a criação do Conselho Municipal de Saúde. Compreendendo o Controle Social como elemento preponderante para efetivação do SUS, reestruturou-se o Conselho Municipal de Saúde, tornando-o permanente e deliberativo, com participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços com realização de reuniões mensais. O município também tem se pautado pelo que preconiza a Lei nº8.142/1990, no tocante à realização dos fóruns ampliados de discussão tipificados nas Conferências de Saúde

Outro canal importante de comunicação entre a gestão e a sociedade diz respeito à instalação do Sistema Municipal de Ouvidoria, oportunizando a população interagir com a direção municipal, fortalecendo os vínculos e favorecendo mudanças.

13.3 ANÁLISE EM RELAÇÃO AO PLANEJAMENTO

Em se tratando da sistematização do processo de planejamento, tem-se no Plano Municipal de Saúde a base programática das atividades que serão desenvolvidas no âmbito do Município, definindo períodos, estratégias, prioridades e metas, e suas respectivas propostas orçamentárias. Sua importância está fortalecida na Lei Orgânica da Saúde, que estabelece em seu artigo 15º que a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é a base para programação orçamentária do SUS. A mesma lei, no seu art. 9º estabelece que a direção do SUS deva ser exercida no âmbito municipal por uma Secretaria Municipal de Saúde, responsável por definir as atribuições e objetivos, bem como as estruturas organizacionais e de cargos. A Portaria nº 2.135/2013 que estabelece diretrizes

para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) diz que o Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema Digisus. A SEMUS deverá assumir processo de planejamento como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento da Política de Saúde.

O eixo de condução é a realidade local, o envolvimento dos profissionais e usuários, a missão e a direcionalidade do sistema municipal de saúde coerente com os objetivos da Política Nacional e Estadual de Saúde. O decreto nº 7.508 vem ratificar este conceito no seu art.15º: “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”. Para isto é importante criar o Departamento de Planejamento da SEMUS. Constitui responsabilidade da gestão municipal a alimentação contínua dos seus bancos de dados e disseminação das informações junto às instâncias competentes para garantias de financiamento do Sistema e também como recurso de avaliação das condições de saúde e da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo Município.

A avaliação dos indicadores de saúde representa um importante recurso para programação de ações que tenham por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida da população, examinando criteriosamente os indicadores pactuados, bem como o sucesso das políticas delineadas no Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão.

13.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO

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

O Fundo Municipal de Saúde em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo a promoção de melhores condições gerenciais dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde. A Lei Complementar nº 141 em 13 de janeiro de 2012, preconiza a aplicação mínima de 15% de recursos oriundos de receita tributária municipal na área da Saúde, situação esta, acompanhada pelo monitoramento contínuo (caráter bimestral) do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS..

É preciso que o processo de elaboração dos orçamentos anuais passe a procurar compatibilizar as programações pactuadas em todos os níveis da estrutura da SEMUS, permitindo uma participação dos atores sócio-políticos, aliando as necessidades das ações e serviços com a disponibilização orçamentária, buscando equilíbrio entre responsabilidades e viabilidades técnico operacionais, à luz dos instrumentos normativos pertinentes.

Apresentam-se como fatores dificultadores a estreita vinculação de receitas para ações específicas, a limitação dos seus tetos e valores, a dissociação entre a instância decisória da atribuição dos montantes e aquela que executa a Política de Saúde e a baixa arrecadação municipal aliada à falta de compensação das esferas federais e estaduais das diferenças de investimento *per capita* saúde que isso representa. No financiamento per capita também não são considerados fatores demográficos, sócio-econômicos e epidemiológicos que afetam diretamente o custeio dos serviços de saúde.

A dificuldade de financiamento reduz as possibilidades de incremento de ações e serviços em consonância com as aspirações e necessidades locais, caracterizando uma distinta separação entre o planejamento e programação da atenção à saúde e a programação orçamentária e financeira para efetivação das atividades, uma vez que a definição do quantum de recursos é estabelecida por organismos fora do âmbito do Setor Saúde em todas as esferas administrativas, como o Ministério do Planejamento e Orçamento e a Secretarias Municipais envolvidas com Planejamento, Orçamento e Finanças.

13.5 ANÁLISE EM RELAÇÃO A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A gestão de Recurso Humanos, no caso específico do setor saúde, possui um alto grau de complexidade, decorrente da descentralização das políticas públicas.

É preciso transformar a divisão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde em uma divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para a operacionalização da política de gestão de pessoas e de processos, como a construção de um sistema de informação da força de trabalho e de uma rede informatizada com vistas à conectividade; a realização do estudo de dimensionamento de pessoal na rede progressiva de cuidados em saúde. A gestão dos recursos humanos da Secretaria de Saúde permanece centralizada no Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal o que vem dificultando muito a gestão do trabalho e educação em saúde. Ante

as novas perspectivas, faz-se necessário adequar a estrutura organizacional da SEMUS para adaptar o processo de trabalho ao novo perfil adotado, derivado das contínuas transformações vivenciadas com a descentralização do SUS.

13.6 ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Em Reuniões realizadas para levantamento de problemas de saúde com representantes Gestores , Assessores Técnicos ,Profissionais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde .foi possível a identificação dos problemas de Saúde abaixo descritos:

Problemas de Estado de Saúde da População

Aumento da prevalência das doenças crônicas especialmente entre os idosos

Causas

- Falta de planejamento em todas as instâncias para atender a demanda de envelhecimento da população, com destaque para o financiamento;
- Ausência de fomento de ações de promoção de envelhecimento saudável- atividade física, espaços de convivência;
- Sedentarismo;
- Baixa adesão dos pacientes ao tratamento das doenças crônicas;
- Consumo nutricional inadequado.

Consequências

- Aumento da mortalidade e incapacitação de idosos e doentes crônicos - doenças renais, neoplasias;
- Aumento das deficiências.
- Aumento dos gastos em saúde (assistência farmacêutica, internações hospitalares, consultas.

➤ Morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares

➤ Causas

- Sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, etilismo, dislipidemia, diabetes, hipertensão, histórico familiar, stress, drogadição;
- Envelhecimento da população; abandono e negligência familiar;
- Dificuldades no acesso a serviços secundários (cirurgia cardíaca e vascular) e exames

de apoio;

- Falta de diagnóstico precoce, valorização do acompanhamento em saúde e adesão ao tratamento (tanto medicamentoso como de mudanças de hábitos de vida). **Consequências**
- Aumento de óbitos por doenças cardiovasculares, diminuição da expectativa de vida, prejuízo na qualidade de vida e risco para sequelas;
- Diminuição da autonomia do indivíduo, com consequente dependência de terceiros e risco de negligência e abandono;
- Sobrecarga do serviço de saúde.

➤ **Aumento da obesidade_**

➤ **Causas**

- Dieta alimentar inadequada;
- Falta de projetos voltados a prática de atividade física;

Consequências

- Aumento das doenças crônicas DIA/HA;
- Aumento da necessidade de profissionais especialistas;
- Aumento do consumo de medicamentos e exames especializados.

➤ **Aumento de gravidez não planejada, principalmente em adolescentes e população vulnerável_**

➤ **Causas**

- Falta de educação sexual /ausência de incentivo à paternidade responsável principalmente em grupos de maior vulnerabilidade;
- Baixa cobertura da consulta puerperal no município e dificuldades das equipes na implantação do planejamento familiar;
- Falta de perspectiva de vida; influência cultural e da mídia incentivando a sexualidade precoce (adolescentes);
- Violência doméstica;
- Uso de drogas/álcool;
- Descontinuidade do acesso e/ou adesão aos métodos anticoncepcionais;
- Uso errado de anticoncepcional oral;
- Descontinuidade do acesso a métodos definitivos, dificuldade de acesso a laqueadura e vasectomia
- Exploração Sexual

Consequências

- Aumento do nº de casos de IST/Aids;
- Dificuldades na adesão ao pré-natal;
- Evasão escolar;
- Dificuldades na inserção no mercado de trabalho;
- Aumento do número de abortos, partos prematuros, natimorto e óbitos infantis e maternos;
- Aumento do risco de abandono e negligência do menor e transgeracionalidade da violência;
- Fragilidade dos vínculos familiares;
- Custo das complicações (UTI neo e adulto) e custo social;

Alta mortalidade de câncer de mama

➤ **Causas**

- Dificuldade das equipes em realizar busca ativa do público alvo para mamografia, acarretando diagnóstico tardio e dificuldades para encaminhamento de elucidação de biópsias;
- Dificuldade no acesso a USG de mama;

Consequências

- Aumento de óbitos e sequelas;
- Aumento das despesas com tratamentos de alta complexidade.

Alta mortalidade de Câncer de Colo Uterino_

➤ **Causas:**

- Baixa taxa de captação precoce das mulheres em idade de risco devido a não realização do exame preventivo;
- Falta de acesso à vacinação para HPV na população em geral e baixa cobertura vacinal em adolescentes;
- Demora e descontinuidade da qualidade do resultado dos exames;
- Dificuldades de conscientização da população para a importância da coleta de rotina de exames preventivos;
- Múltiplos parceiros e não adesão a métodos de prevenção às IST/AIDS;
- Falta de acesso e/ou demora nos exames de USG transvaginal;
- Dificuldades de acesso e demora para realização de procedimentos

cirúrgicos.

Consequências:

- Aumento de óbitos por câncer de colo e sequelas.
- Aumento da complexidade dos casos e da demanda por atendimento de alta-complexidade

➤ **Aumento na morbidade e mortalidade em IST/AIDS.**

➤ **Causas:**

- Falta de adesão à relação sexual protegida, baixo uso de preservativos e gel;
- Baixo nº de ações de prevenção combinadas;
- Persistência de transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites principalmente em populações mais vulneráveis;
- Violência;
- Transtornos por abuso de substâncias;
- Falta de adesão ao tratamento ou tratamento inadequado;
- Co infecção de HIV com tuberculose;
- Ausência do medo da contaminação pela oferta de tratamento que tem diminuído os óbitos;
- Poucas ações de prevenção no nível primário para população LGBTQI+.

Consequências:

- Aumento da transmissão vertical e de óbitos por IST/AIDS e tuberculose;
- Aumento do número de casos de IST/AIDS;
- Aumento na morbidade e mortalidade em IST/AIDS.

Possibilidade de aumento da incidência de sífilis congênita.

➤ **Causas:**

- Início do pré-natal tardio;
- Baixa adesão ao pré-natal e tratamento;
- Dificuldade de tratamento do parceiro;
- Gravidez não planejada e baixa escolaridade.

Consequências:

- Vulnerabilidade e sequelas na criança;
- Óbito infantil e fetal;

- Má formação fetal.
- Dificuldade de adesão ao pré-natal em grupos vulneráveis;
- Mudança constante de endereços das gestantes com falta de atualização cadastral dos usuários;
- Interrupção do Programa de Aleitamento Materno - número elevado de mulheres que não conseguem garantir o aleitamento materno e alimentação complementar;
- Violência/negligência;
- Doenças respiratórias na infância.
- Aumento da mortalidade infantil;
- Maior risco de transtornos de comportamento e aprendizagem e de deficiências

14. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

O Plano Municipal de Saúde tem como **DIRETRIZ** manter e aprimorar o SUS municipal para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de maneira adequada, assegurando que os princípios da universalização, da igualdade, da integralidade e da participação popular sejam seguidos produzindo atividades de regulação, fiscalização e controle das ações

Como forma de organização, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde para o período de 2022 a 2025, estão constituídas em cinco eixos de programação.

Eixo I: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eixo II: ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Eixo III: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Eixo IV: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Eixo V -ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA E HOSPITALAR

Eixo VI: GESTÃO DO SUS

DIRETRIZ 01

Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à Saúde Primária

EIXO I: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DIRETRIZ Nº1: Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde								
Objetivo 1: Reorganizar a estrutura organizacional da Secretaria, a fim de facilitar os atendimentos e suprir as demandas da comunidade								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
01	Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família (eSF).	Cobertura populacional estimada de eSF	100	Percentual	100	100	100	100
02	Manter a cobertura populacional estimada de equipes de Atenção Primária (eAP).	Cobertura populacional estimada de eAP	100	Percentual	100	100	100	100
03	Manter a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na APS	100	Percentual	100	100	100	100
04	Descentralizar as coletas de exames laboratoriais para duas Unidades de Saúde da Atenção Primária por ano.	Número de Unidades da APS realizando coletas de exames laboratoriais	08	Número	02	02	02	02
05	Implantar a modalidade de Prática Integrativa e Complementar (PICS) inicialmente em duas Unidades de Atenção Primária.	Número de Unidades de APS com PICS implantada	01	Número	01		01	
06	Qualificar o atendimento para os cuidados com Hipertensos e Diabéticos em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde.	Percentual de Unidades de APS capacitadas	100	Percentual	40	50	80	100
07	Implantar o Protocolo Municipal de Cuidados Paliativos na Atenção Primária.	Percentual de Unidades de APS com Protocolo Implementado	01	Número		02		
08	Descentralizar o Programa de Tabagismo para todas as Unidades de Atenção Primária que contenham profissionais capacitados seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.	Percentual de Unidades de APS com o Programa Implantado	100	Percentual	40	60	80	100

09	Monitorar em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.	Percentual de Unidades da APS monitoradas	100	Percentual	100	100	100	100
10	Aumentar em 35%o número de usuários com avaliação do estado nutricional na faixa etária de 0 a 10 anos acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde.	Percentual de usuários avaliados na faixa etária de 0 a 10 anos	35	Percentual	19,5	24,5	29,5	35
11	Diminuir 10%a taxa de prevalência de excesso de peso na população adulta.	Percentual de adultos com excesso de peso avaliados na APS	10	Percentual	2	2	2	4
12	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família.	Percentual de cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família	80	Percentual	73	75	77	80
13	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	10	Percentual	10	10	10	10
14	Manter oferta do método anticoncepcional de baixa dosagem hormonal para adolescentes em todas Unidades de APS.	Percentual de Unidades de APS com método anticoncepcional de baixa dosagem hormonal para adolescentes	100	Percentual	100	100	100	100
15	Implantar o Protocolo de Planejamento Familiar em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária.	Percentual de Unidades de APS com Protocolo Implantado	100	Percentual	25	50	75	100
16	Qualificar o atendimento para os cuidados da Saúde Sexual e Reprodutiva (Planejamento Familiar) em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária.	Percentual de Unidades de Saúde da APS capacitadas	100	Percentual	25	50	75	100
17	Manter a realização de Campanhas Anuais de prevenção ao câncer do Colo do Útero e Mama (Dia Internacional da Mulher e Outubro Rosa).	Campanhas realizadas	8	Número	2	2	2	2

18	Aumentar a cobertura de realização de exames de mamografia de rastreamento nas mulheres de 50 a 69 anos, implementando em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, ações de busca ativa e monitoramento a partir da elaboração de um instrumento institucional.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	0,39	Razão	0,18	0,25	0,32	0,39
19	Aumentar a cobertura de realização do exame de rastreamento do citopatológico do colo uterino nas mulheres de 25 a 64 anos, implementando em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, ações de busca ativa e monitoramento a partir da elaboração de um instrumento institucional.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,42	Razão	0,21	0,28	0,35	0,42
20	Aumentar a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	Percentual de gestantes testadas para sífilis e HIV	95	Percentual	70	80	90	95
21	Aumentar a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12 semana de gestação.	Percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal e realização da 1ª consulta até a 20ª semanas da gestação	60	Percentual	60	60	60	60
22	Reduzir o número de óbitos maternos anualmente, em determinado período e local de residência, com meta de zerar o indicador.	Número de mortes maternas em determinado período ou local de residência	0	Número	0	0	0	0
23	Capacitar a Rede de Atenção Primária em Saúde a respeito do Protocolo Municipal de Pré Natal de Baixo Risco.	Percentual de Unidades de APS capacitadas	100	Percentual	25	50	75	100
24	Manter a investigação de todos os óbitos materno, fetal e infantil do município.	Percentual de óbitos materno, fetal e infantil investigados	100	Percentual	100	100	100	100
25	Aumentar a participação das equipes de Atenção Primária em Saúde nas investigações dos óbitos materno, fetal e infantil.	Percentual de equipes que realizam a investigação do óbito materno, fetal e infantil	100	Percentual	100	100	100	100
26	Manter reuniões mensais para o Comitê de Mortalidade materno, fetal e infantil.	Número de reuniões realizadas no ano	48	Número	12	12	12	12

27	Implantar Protocolo Municipal de Saúde Integral do Adolescente na Rede de Atenção Primária à Saúde.	Protocolo Implantado.	1	Número		1			
28	Manter a adesão do Programa Saúde na Escola (PSE) em todas as Escolas Municipais	Percentual de Unidades de APS com adesão ao PSE	100	Percentual	100	100	100	100	100
29	Manter coeficiente de mortalidade infantil abaixo de 2 dígitos.	Coeficiente de mortalidade infantil	< 10,0	Coeficiente	< 10,0	< 10,0	< 10,0	< 10,0	< 10,0
30	Capacitar as ESF em Saúde do Homem.	Número de equipes de APS capacitadas		Número	15	25	35	40	
31	Implementar a Linha de Cuidado para doenças crônicas não transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	100	Percentual	12	12	12	12	
32	Mapear todas as Unidades de Atenção Primária em Saúde em relação às fragilidades que impedem o comparecimento dos parceiros de gestantes no mínimo em uma consulta de Pré Natal.	Percentual de Unidades APS mapeadas	100	Percentual	25	50	75	100	
33	Implantar o Projeto de qualificação da Rede de Atenção à Saúde na temática do uso de bebidas alcoólicas, em parceria com as Políticas de Saúde Mental, de Saúde da Criança e do Adolescente	Projeto implantado	1	Número	1				
34	Implementar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	100	Percentual	25	50	75	100	
35	Aumentar o percentual de gestantes com primeira consulta odontológica programática.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60	Percentual	60	60	60	60	
36	Aumentar o percentual de escolas que comprovam a participação no Programa de Promoção à Saúde Bucal.	Percentual de escolas que realizam o programa e encaminham à SMS as planilhas	80	Percentual	60	65	70	80	
37	Manter a realização da Campanha Anual de prevenção ao câncer bucal para aumentar o índice de diagnóstico precoce.	Campanha realizada	4	Número	1	1	1	1	

38	Implementar a Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo na Rede de Atenção Primária à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	100	Percentual	25	50	75	100
39	Manter a Rede de Atenção Primária à Saúde atualizada anualmente quanto ao encaminhamento, atendimento e manejo de pacientes com deficiência.	Número de capacitações anuais	4	Número	1	1	1	1
40	Implantar conectividade à Internet em 100% das Unidades da Saúde Rural até 2024	Unidade de Saúde Rural com conectividade à Internet implantada	100	Percentual	50	50		

DIRETRIZ 02

Garantir regulação do SUS municipal adequada e transparente, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, em conformidade com o perfil epidemiológico e as especificidades territoriais.

EIXO II - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

DIRETRIZ 02- Garantir regulação do SUS municipal adequada e transparente, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, em conformidade com o perfil epidemiológico e as especificidades territoriais.

Objetivo 1 - Desenvolver e aplicar protocolos e diretrizes de acesso às consultas e exames prioritários, qualificando o processo da regulação dos fluxos.

Objetivo 2 - Ampliar o acesso às consultas, exames especializados e cirurgias eletivas.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
1	Realizar no mínimo doze ações de matriciamento sistemáticas do CAPS nas Equipes da Atenção Primária.	Número de ações de matriciamento executadas por serviço por ano	48	Número	12	12	12	12
2	Implantar 02Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental - EMENT tipo II na Rede Municipal de Saúde	Equipe implantada	02	Numero	02			
3	Implementar Protocolo com estratificação de risco para atendimentos de saúde mental na Atenção Primária e na RAPS.	Protocolo implantado	1	Número		1		
4	Aumentar em 21 %o percentual de usuários com ações de reabilitação psicossocial nos serviços da RAPS.	Percentual de usuários com ações de reabilitação psicossocial por paciente	21	Percentual	21	21	21	21
5	Aumentar as ações de articulação com a Rede nos serviços da RAPS.	Número de ações de articulação com a Rede	100	Número	100	100	100	100
6	Implantar Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	Centro de Especialidades Odontológicas implantado	1	Número			1	
7	Implantar diretrizes e protocolos de encaminhamentos de consultas de especialidades de média e alta complexidade, disponíveis na Rede de Atenção à Saúde.	Protocolos implantados	01	Número	01			

8	Ampliar em 5% ao ano a quantidade de exames de imagem disponibilizados no município pelo SUS.	Número de exames de imagem disponibilizados	20	percentual	05	05	05	05
9	Implantar o serviço de tele eletrocardiografia	serviço de tele eletrocardiografia implantado	01	numero		01		
10	Construir 1 Centro Especializado de Reabilitação Tipo III (CER) até 2025.	Execução de obra	01	Percentual	-	30	70	100
11	Ampliar em 12% a oferta de exames de apoio diagnóstico (laboratoriais, radiologia, ultrassonografia, eletrocardiografia e citopatologia), tendo como base os exames realizados no ano anterior, até 2025.	Exame de apoio diagnóstico realizado	12%	Percentual	2%	4%	6%	12%
12	Implantar o laboratório de próteses dentárias	Prótese total instalada	01	Número	01			

DIRETRIZ 03

Reduzir e prevenir riscos e Agravos à Saúde da população por meio das ações de Vigilância , promoção e proteção , com foco na prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis , acidentes e violências, no Controle das Doenças Transmissíveis e na promoção do Envelhecimento Saudável

III: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ 3- Reduzir e prevenir riscos e Agravos à Saúde da população por meio das ações de Vigilância , promoção e proteção , com foco na prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis , acidentes e violências, no Controle das Doenças Transmissíveis e na promoção do envelhecimento Saudável

OBJETIVOS - 01 - Ampliar e qualificar as ações de Vigilância em Saúde no município.

Objetivo 2 - Intensificar atividades conjuntas e padronizadas de Vigilância em Saúde (Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador) integradas à Rede de Atenção à Saúde e a outros órgãos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
1	Manter 100 o percentual de casos notificados de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação.	Percentual de casos notificados de DNCI encerrados em até 60 dias após a notificação.	100	Percentual	100	100	100	100
2	Ampliar as ações de Vigilância e Controle do vetor <i>Aedes aegypti</i> capacitando todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município.	Percentual de USFs com Agentes Comunitários capacitados	100	Número	100	100	100	100
3	Manter o número de Levantamentos Rápidos de Índices para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA).	Número de LIRAA's realizados anualmente	4	Número	4	4	4	4
4	Manter o percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100	Percentual	100	100	100	100
5	Assegurar 90% a vacinação antirrábica da população canina e felina por meio de vacinação de rotina e campanha anual de vacinação conforme disponibilidade de vacinas pelo ms	Percentual de vacinação antirrábica mantida (rotina e campanha)	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
6	Manter a realização de duas inspeções sanitárias anuais na Estação de Tratamento de Água.	Número de inspeções sanitárias realizadas na Estação de Tratamento de Água e na Elevatória de Água Bruta	08	Número	2	2	2	2

7	Manter a investigação de todas as notificações de atendimento antirrábico humano.	Percentual de notificações investigadas	100	Percentual	100	100	100	100
8	Manter a visita mensal a todos os Postos de Informação de Triatomíneos (PITs), como ação da Vigilância Entomológica da Doença de Chagas.	Percentual de PITs visitados mensalmente	100	Percentual	100	100	100	100
9	Manter a investigação de todos os óbitos por acidentes de trabalho notificados.	Percentual de casos notificados de óbitos por acidentes de trabalho investigados	100	Percentual	100	100	100	100
10	Implantar processos de licenciamento sanitário (iniciais, renovações e alterações) exclusivamente digital.	Percentual de processos abertos de forma digital	100	Percentual		100		
11	Ampliar o percentual de Processos Administrativos Sanitários (PAS) finalizados no prazo de um ano após sua abertura.	Percentual de PAS finalizados em um ano após abertura	100	Percentual	80	90	100	100
12	Assegurar a realização dos 7 grupos necessários de ações de vigilância sanitária	Total de grupos de ações de vigilância Sanitária realizados anualmente pelo município	28	Numero	07	07	07	07
13	Manter as ações de controle sanitário de estabelecimentos de interesse da saúde por meio da inspeção de 80% dos estabelecimentos considerados de Alto risco	Percentual de estabelecimentos considerados de alto risco inspecionados anualmente	80	percentual	60	70	80	80
14	Desenvolver 12 ações educativas em vigilância sanitária para estabelecimentos de interesse da SAÚDE	Percentual de ações educativas realizadas para estabelecimentos de interesse da saúde em relação às previstas	12	Numero	02	04	04	12
15	Realizar a operação "noite tranquila" por meio da atuação da equipe de vigilância sanitária em etapas às Sextas e sábados	Total de etapas da operação noite tranquila realizadas	52	semanal	52	52	52	52
16	Ampliar a cobertura vacinal das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose),	Percentual de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade, com cobertura vacinal	75	Percentual	75	75	75	75

	Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) com cobertura mínima.	preconizada (95%).							
17	Ampliar a cobertura da vacina dTpa (vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) em gestantes.	Percentual de gestantes vacinadas com dTpa	95	Percentual	95	95	95	95	95
18	Ampliar a cobertura da vacina contra Influenza em gestantes.	Percentual de gestantes vacinadas contra a Influenza	90	Percentual	90	90	90	90	90
19	Manter todas as equipes de saúde da Atenção Primária (eAP), capacitadas em relação a Imunizações.	Percentual de equipes da Atenção Primária, Secundária e Terciária capacitadas	100	Percentual	100	100	100	100	100
20	Implantar o núcleo local de vigilância em saúde (nevs) para aprimorar as ações de vigilância em nível local	Total de núcleo de vigilância implantado							
21	Implantar o Comitê Municipal de Arboviroses.	Comitê implantado e instituído por Portaria	1	Número	1				
22	Ampliar o número de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.	Número de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho	80	percentual	60	80	80	80	80
23	Aumentar para 85 a taxa de cura da Tuberculose Pulmonar.	Percentual de cura de casos novos de TB pulmonar.	85	Percentual	70	80	85	85	85
24	Reduzir a taxa de abandono de tratamento de Tuberculose Pulmonar.	Percentual de abandono de tratamento dos casos novos de Tuberculose Pulmonar.	5	Percentual	5	5	5	5	5
25	Aumentar o percentual de cura dos casos novos de Hanseníase	Percentual de cura dos casos novos de Hanseníase	85	Percentual	77	80	82,5	85	85
26	Reduzir a taxa de incidência de Sífilis Congênita para até 0 caso a cada 1.000 nascidos vivos até 2025.	Taxa de incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos	0	Taxa	0	0	0	0	0
27	Aumentar em 30 % a realização de Testagem Rápida para HBV na Atenção Primária em Saúde.	Número de TRs de HBV realizados na APS	30	Percentual	5	5	10	10	10
28	Manter a testagem de HIV a 100% pacientes com Tuberculose imediatamente	Percentual de portadores de tuberculose com teste rápido para HIV realizado.	100	Percentual	100	100	100	100	100
29	Aumentar em 20 % a realização de Testagem Rápida para HIV na Atenção Primária em Saúde.	Número de TRs de HIV realizados na APS	20	Número	5	5	5	5	5

30	Aumentar em 90 % percentual de testagem de HIV em parceiros de gestantes nas Unidades de Saúde da APS	Percentual de parceiros de gestantes que realizaram Teste Rápido para HIV nas Unidades de APS.	90	Percentual	75	80	85	90
31	Manter a taxa de incidência de HIV em crianças menores de 2 anos a 0 casos/1.000 nascidos vivos.	Taxa de incidência de HIV em crianças menores de 2 anos por 1.000 nascidos vivos	0	Taxa	0	0	0	0
32	Aumentar em 90% o percentual de testagem de Sífilis em parceiros de gestantes nas Unidades de Saúde da APS.	Percentual de parceiros de gestantes que realizaram Teste Rápido para Sífilis nas Unidades de APS	90	Percentual	75	80	85	90
33	Manter a emissão de boletins diários, nos dias úteis, dos casos de COVID-19, enquanto perdurar a emergência em saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo Coronavírus.	Percentual de boletins emitidos durante a emergência de saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo coronavírus	100	Percentual	100	100	100	100
34	Manter o funcionamento Centro Municipal de Triagem da COVID-19 enquanto perdurar a emergência em saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo Coronavírus.	Centro Municipal de Triagem da COVID-19 em funcionamento	02	Número	02	02	02	02
35	Manter a investigação e o encerramento de todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19.	Percentual de casos de SRAG por COVID-19 investigados e encerrados	100	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ 4

Garantir a Assistência Farmacêutica universal e integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

EIXO IV: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DIRETRIZ - Garantir a Assistência Farmacêutica universal e integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS - Objetivo 1 - Qualificar a assistência farmacêutica no município, garantindo o abastecimento, dispensação e informação, bem como acompanhamento farmacêutico para a integralidade do cuidado, promovendo o uso racional e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
1	Implantar o cuidado farmacêutico em todas as Unidades de Saúde de Atenção Primária e Especializada realizando ações de promoção.	Percentual de Unidades de Saúde de Atenção Primária com o cuidado farmacêutico implantado	100	Percentual	25	50	75	100
2	Realizar capacitação anual em todas as Unidades de Saúde da Família com os agentes comunitários de saúde em relação ao seu papel na orientação à população acerca do uso adequado de medicamentos prescritos.	Percentual de Unidades de Saúde da Família com ACS capacitados	100	Percentual	100	100	100	100
3	Manter a revisão da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) sempre que houver necessidade.	Percentual REMUME revisada	100	Percentual	25	50	75	100
4	Divulgar a listagem de medicamentos padronizados pela REMUME para os profissionais prescritores e unidades de saúde do município.	Nº medicamentos adquiridos da REMUME	100	Percentual	100%	100%	100%	100%
5	Implantar o sistema de controle de estoques de medicamentos dispensação integrado com prontuário eletrônico de pacientes.	Sistema de controle de estoques de medicamentos implantado	01	Número		01		

DIRETRIZ 05

Fortalecer a Rede de Atenção às Urgências (RAU) e a Assistência Hospitalar, garantindo acesso humanizado, com atendimento equânime, integral de forma ágil e oportuna.

Eixo V - ASSISTÊNCIA DE URGENCIA E EMERGENCIA E HOSPITALAR

DIRETRIZ 05 -Fortalecer a Rede de Atenção às Urgências RAU a Asistencia Hospitalar , garantindo acesso humanizado, com atendimento equânime, integral de forma ágil e oportuna.

Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	META PREVISTA			
					2022	2023	2024	2025
01	Assegurar o funcionamento de equipamentos médico hospitalares por meio de renovação e recuperação anual conforme a necessidade	Percentual de renovação e recuperação de equipamentos medico hospitalares Realizada conforme a necessidade	04	numero	01	01	01	01
02	Manter atualizados os protocolos, pops e/ou FLUXOS Assistenciais existentes para atendimentos de urgência em adultos e crianças	Percentual de manutenção de protocolos, Pops e fluxos assistenciais para atendimentos de urgência	04	Numero	01	01	01	01
03	Implantar o serviço de atenção domiciliar com 01 EQUIPE (EMAD II e 1 EMAP)	Total de equipes de atenção domiciliar implantadas	02	numero	02			
04	Implantar o "sistema de custos por procedimento" no hospitalar municipal	Total de procedimentos com análise de custo concluída	04	numero	01	01	01	01
05	Construir 1 base descentralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) até 2023.	Execução de obra	01	Percentual	70	100,00		
06	Habilitar o Serviço Movel do SAMU 01 USA 01 USB 01 Motolância		01	Numero	01			
07	Realizar a manutenção predial e de serviços essenciais de abastecimento de água, energia e telefonia na Unidade HOSPITALAR E SAMU,	Total de unidades com manutenção predial e serviços essenciais mantidos	04	número	01	01	01	01

08	Manter treinamentos mensais promovidos pelo neu (núcleo de educação em urgências)	Percentual de realização de treinamentos mensais promovidos pelo NEU	36	numero		12	12	12
09	Monitorar indicadores, SAMU e transporte inter hospitalar por meio de relatórios mensais	Total de relatórios de monitoramento de indicadores pré-hospitalares elaborados	12	Numero		12	12	12
10	Implantar CENTRAL REGIONAL DE REGULAÇÃO;	CENTRAL REGIONAL DE REGULAÇÃO; implantada	01	Numero	01			
11	Ampliar em 5% ao ano a quantidade de cirurgias eletivas disponibilizadas no município pelo SUS.	Número de cirurgias eletivas disponibilizadas	20	percentual	05	05	05	05
12	Implantar 08 leitos de psiquiatria no Hospital Municipal	leitos de psiquiatria implantados	08	Numero	08			
13	Implantar 10 leitos de longa duração no Hospital Municipal	leitos de longa duração	10	Numero	10			
14	Habilitar a tipificação do Hospital Municipal para tipo II	Hospital Municipal tipo II habilitado	01	Numero	01			
15	Implementar mais 20 novos leitos através da reforma do Hospital Municipal	Percentual de execução da obra	100	Percentual	20			
16	Implantar o Serviço Odontológico de Urgência/ Emergência 24 horas. No hospital	Serviço implantado	1	Número				1

DIRETRIZ 6

Fortalecer a participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando os conselhos de saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo.

EIXO VI: GESTÃO DO SUS

DIRETRIZ 06- Fortalecer a participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando os conselhos de saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo.

OBJETIVOS 01 - Aprimorar os mecanismos de participação e controle social fortalecendo o trabalho do Conselho Municipal de Saúde.

Objetivo 02 - Fortalecer a Ouvidoria do SUS municipal e desenvolver estratégias para que se efetivem como instrumento de gestão e cidadania.

Objetivo 03- Aprimorar os mecanismos de monitoramento e avaliação de contratos de gestão, convênios e outras parcerias.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	META PREVISTA			
					2022	2023	2024	2025
01	Elaborar o Plano Municipal de Educação Permanente em saúde	PME elaborado	1	Número	01			
02	Informatizar todos os serviços da Rede	Percentual de serviços informatizados da RAPS	100	Percentual	25	50	75	100
03	Implantar projeto-piloto em uma Unidade de Atenção Primária de Saúde o Sistema de Teleagendamento para consultas	Número de Unidades Básicas de Saúde com projeto-piloto implantado	01	Número			1	1
04	Implantar os Planos Operativos nos serviços contratualizados.	Percentual de serviços contratualizados com Planos Operativos implantados	100	Percentual	100	100	100	100
05	Monitorar todos os Planos Operativos implementados nos serviços contratualizados.	Percentual de serviços contratualizados com Planos Operativos monitorados	100	Percentual	100	100	100	100
06	Monitorar o teto financeiro de todos os serviços contratualizados.	Percentual de serviços monitorados	100	Percentual	100	100	100	100
07	Monitorar a prestação de contas de todos os serviços contratualizados de Saúde.	Percentual de serviços monitorados	100	Percentual	100	100	100	100
08	Monitorar os serviços referenciados para o Município pactuados	Percentual de serviços monitorados	100	Percentual	100	100	100	100
09	Fiscalizar os serviços contratualizados de Saúde com visitas in loco.	Percentual de serviços fiscalizados	100	Percentual	100	100	100	100
10	Realizar auditorias nos serviços contratualizados de Saúde.	Número de auditorias realizadas	100	Percentual	100	100	100	100

11	Realizar a manutenção predial e de equipamentos do gabinete da secretaria de saúde e departamento de Administração da saúde	Percentual de manutenção predial e de equipamentos mantidos no gss e das	100	percentual	100	100	100	100	100
12	Manter a equipe de apoio administrativo do gabinete da Secretaria da saúde e departamento de administração da saúde	Percentual de equipe de apoio administrativo mantida	01	numero	01	01	01	01	01
13	Assegurar no mínimo 80 % abastecimento de insumos e materiais de uso geral da secretaria da saúde conforme a necessidade	Percentual de unidades da secretaria de saúde abastecidas regularmente com insumos e materiais de uso geral conforme a necessidade	80	percentual	80	80	80	80	80
14	Assegurar no mínimo 80% o abastecimento de materiais médico hospitalares conforme a necessidade	Percentual de unidades da secretaria de saúde abastecidas regularmente com materiais médico hospitalares conforme a Necessidade	80	percentual	80	80	80	80	80
15	Manter contrato anual de locação de veículos de uso geral e de fornecimento de combustível para veículos de Uso da saúde	Total de contratos de locação de veículos e fornecimento de combustível vigentes	100	percentual	100	100	100	100	100
16	Manter serviços essenciais de abastecimento de água, Energia e telefonia no gabinete da secretaria de saúde e departamento de administração da saúde	Percentual manutenção dos serviços Essenciais de abastecimento de água, energia e telefonia	1	Número	1	1	1	1	1
17	Capacitar 100% dos Conselheiros de Saúde para o exercício de suas funções até 2025.	Conselheiros de Saúde capacitados	100	percentual	100	100	100	100	100
18	Realizar no mínimo 10 Plenárias Ordinárias ao ano.	Número de Plenárias Ordinárias realizadas ao ano	40	Número	10	10	10	10	10
19	Realizar a Semana do Controle Social, anualmente, até 2025.	Semana do Controle Social realizada	04	Numero	01	01	01	01	01
20	Realizar duas Conferências Municipais de Saúde.	Número de Conferências municipais de saúde realizadas	2	Número	01				91
21	Manter monitoramento e avaliação mensal dos registros de ouvidoria do SUS.	Número de monitoramentos realizados no ano	48	Número	12	12	12	12	12

22	Manter divulgação de resultados da ouvidoria do sus municipal por meio de relatórios mensais	Total de relatórios mensais elaborados pela ouvidoria	48	Numero	12	12	12	12
23	Implantar a ferramenta de whatsapp na ouvidoria	implantação do whatsapp Na ouvidoria	01	numero	01			
24	Monitorar, anualmente, 100% dos repasses de recursos financeiros ao Fundo Municipal de Saúde deGNFaté 2025.	Receita monitorada	100	Percentual	100	100	100	100
25	Elaborar, anualmente, 5 instrumentos de planejamento do SUS até 2025.	Instrumento de planejamento elaborado	20	Numero	05	05	05	05
26	Qualificar 100% dos gestores de saúde da por meio do Programa de Qualificação Permanente de Gestores Municipais de Saúde até 2025.	Gestor qualificado	100	Percentual	40	60	80	100
27	Manter os Conselheiros de Saúde registrados no SIACS.	Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos	04	Numero	01	01	01	01
28	Revisar a Estrutura Organizacional da SEMUS até2025.	Estrutura revisada	1	Número		1,00		
29	Revisar o Regimento Interno da SEMUS até 2025.	Regimento Internorevisado	1	Número		1,00		
30	Reformar 04Unidades Básicas de Saúde Rural (até 2024.)	UBS reformada	04	Número	01	01	02	
31	Revitalizar a pintura externa e interna de 60% dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) até 2025.	Pintura revitalizada	60%	Percentual	10	10	20	20
32	Construir 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS) porte II I até 2025	UBS construída	02	Número		01	01	

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do conjunto de ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde para o período de 2022 a 2025 deverá estabelecer a proposta de melhoria significativa da saúde para a população. As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas tem se baseado na necessidade por meio do perfil epidemiológico municipal, além de outras informações setoriais, nas definições das políticas ministeriais e estaduais, demandas locais, análises técnicas e proposições do próprio serviço dentro dos limites orçamentários e financeiros e a legislação vigente.

O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica, além dos aspectos deixados pela PANDEMIA do Coronavírus, que causou um dano que ainda não temos condições de mensurar até onde haverá necessidade de adequação do sistema de saúde em seus moldes.

As programações anuais deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento do serviço de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde. Para obter impacto neste universo de problemas de saúde, temos que intervir não só de forma curativa, mas também preventiva e coletivamente sobre os condicionantes e determinantes da manifestação dos agravos e doenças que, na maioria das vezes, estão além do campo de ação da Secretaria de Saúde. Mais do que dos serviços de saúde propriamente ditos, são das ações governamentais intersetoriais que surgirão os resultados esperados para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e, portanto, para seu estado de saúde.

Acreditamos que a saúde vista como um bem social e de construção coletiva necessita de formas concretas de financiamento, com alocação proporcional de mais recursos também por parte das esferas estadual e federal para atenção básica, pilar de sustentação de todo o Sistema Único de Saúde.

ANGELA MARIA RABELO DE SOUSA

Secretária Municipal de Saúde

“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo a fora. Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos.

Deixaria para você, se pudesse, o respeito aquilo que é indispensável. Além do pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação. E, quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a força para encontrar a saída.”

Mahatma Gandhi.