



## **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

2022-2025



**PALMEIRÂNDIA -MA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL**

**Edilson Campos Gomes de Castro Júnior**  
**–Prefeito**

**Anderson Almeida Costa**

**SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Daniele Gomes Morães -Assessora de Saúde**  
**Hedeylton de Sousa Lima - Equipe Técnica Planejamento E Gestão Em Saúde**  
**Jamilly Bittencourt Soares - Equipe Técnica Planejamento E Gestão Em Saúde**

**- Coordenação Atenção Básica**  
**Maria Helena Viegas**

**- Coordenação de Vigilância Epidemiológica**  
**Astenildo Pereira Penha**

**- Coordenação Saúde Bucal**  
**Yasmin Lima Costa**

**- Coordenação Imunização**  
**Astenildo Pereira Penha**

**- Coordenação CAPS**  
**Antônio Carlos Moreira**

**- Direção Hospital Regional Dr. Antenor Abreu**  
**Pedro Diniz Ferreira**

**Maria Helena Viegas**

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – Presidente**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2022 - 2025**



## **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE 2019 – 2023**

### **1- REPRESENTANTES DO GOVERNO**

#### **Secretaria Municipal de Saúde**

Titular: Maria Helena Amaral Viegas

Suplente: Jamily Bittencourt Soares

#### **Secretaria de Educação**

Titular: Naura Regina Borges

Suplente: Hélio José Soares Lima

#### **Secretaria de Assistência Social**

Titular: Josinalva Campelo Amaral

Suplente: Ana Karine Costa Mendes

### **2- REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DA SAÚDE**

#### **Secretaria Municipal de Saúde**

Titular: Astenildo Penha Pereira

Suplente: Aldenice de Jesus Pereira

Titular: Arlete da Conceição Mendes Soares

Suplente: Joilma Cristina Soares Sousa

Titular: Claudiane Nazaré Soares Amorim

Suplente: Antônio Carlos Amorim Moreira

## ÍNDICE

### **1 – INTRODUÇÃO**

### **2 –PRINCÍPIOS E ESTRUTURA DO PMS**

### **3 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

### **4 – ANALISE SITUACIONAL**

4.1.1 – Características Gerais do Município

4.1.2 – Histórico

4.1.3 – Características Demográficas

4.1.4 – Situação Geográfica

### **5- – Determinantes e Condicionantes de Saúde**

5.1.1 – Condições de Vida e Ambientes

5.1.2- – Aspectos Socioeconômicos

5.1.3 – Hábitos e Estilos de Vida

5.1.4 – Condições de Saúde da População

5.1.5 – Panorama Demográficos

### **6-PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

6.1.1 – Vigilância em Saúde

6.1.2 – Natalidade

6.1.3 – Numero de NV

6.1.4 – Proporção de Gravidez na Adolescência

6.1.5 – Mortalidade

6.1.6 – Principais Causas de óbitos

6.1.7-Mortalidade por idade

6.1.8-Taxa de Mortalidade Prematura

6.1.9-Mortalidade por causa externa

6.1.10– Mortalidade materna



6.1.11-Proporção de Investigação

6.1.12-Mortalidade Infantil

6.1.13-Mortalidade Feral

6.1.14-Mortalidade Hospitalar

## **7 – CORBETURA VACINAL**

7.1.1 – Doenças de Notificação compulsória

7.1.2 – Agravos e Doenças Transmissíveis

7.1.3 – HIV|AIDS

7.1.4-SIFILIS

7.1.5- – Tuberculose

7.1.6- – Hanseníase

7.1.7-Hepatites

7.1.8-Covid-19

7.1.9- Vigilância Ambiental

7.1.10-ARBOVIROSES

7.1.11-Vigilância Sanitária

7.1.12 – Zoonoses

## **8-PERFIL ASSISTENCIAL**

8.1.1—Atenção Primária

8.1.2— ESF

8.1.3-Saúde Bucal

8.1.4-Previne Brasil

8.1.5-Saude da Mulher

8.1.6-Saúde da Criança

8.1.7-Saúde do Homem

8.1.8-Saúde do Idoso

8.1.9– Programa Hipertensão e Diabettes



## **9-ATENÇÃO HOSPITALAR**

9.1.1- – Hospital Regional DR Antenor Abreu

9.1.2-UTI

9.1.3-Maternidade Materno Infantil

9.1.4-Maternidade Nossa Senhora das Mercês

9.1.5-Alo BB

## **10-Atenção às urgências**

## **11-Atenção a Saúde Mental**

## **12-Atenção Especializada**

## **13-CTA**

## **14-Laboratório Central**

## **15-EMAD**

## **16-Redes**

## **17-Assistência Farmacêutica**

## **18-GESTÃO EM SAÚDE**

18.1.1 -Estratégia

18.1.2-Intersetorialidade

18.1.3-Planejamento

18.1.4-Emenda

18.1.5-Auditoria

18.1.6-Judicialização

18.1.7-Humanização

18.1.8-Integração Ensino e Serviço

## **19- CONTROLE E AVALIAÇÃO**

## **20 -CONTROLE SOCIAL**

## **21-GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**



**22-TFD**

**23-PANDEMIA**

## **8 –REFERÊNCIAS**

Lista de Ilustrações

Lista de Siglas -



## **MENSAGEM DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

O Planejamento e a construção de políticas públicas para a saúde consideraram-se a realidade e particularidades de cada localidade do município.

A Secretaria Municipal de Saúde lança o Plano Municipal de Saúde em meio a umas das maiores dificuldades que o Sistema de Saúde já se deparou que é o Enfrentamento à COVID-19. A proposta é a mudança da política de saúde pública, que seja ordenada pela ampliação da Atenção Básica, atendendo as necessidades da população, de um sistema organizado, conforme os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O desenvolvimento foi de maneira descentralizada, contou com o apoio da sociedade, dos representantes da saúde em suas variadas esferas, Conselho Municipal de Saúde e demais atores que contribuíram para este processo e foram fundamentais para o engrandecimento de um Plano que visou um atendimento mais humanizado e respeitoso com toda a população, este foi o objetivo.

Assim sendo, a intenção é assegurar a assistência à saúde de cada um, esteja mais próximo de suas casas e que as distâncias dos serviços sejam as menores possíveis. Que a Saúde seja levada com qualidade a toda Palmeirândia.

**Anderson Almeida Costa**

*Secretário Municipal de Saúde*

*Palmeirândia-MA*



## 1 – INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Palmeirândia para o quadriênio 2022-2025 é o instrumento estratégico de gestão, indicando as ações a serem desenvolvidas nos próximos quatro anos de acordo com o diagnóstico da situação de saúde.

O PMS é o instrumento central de planejamento e um dos instrumentos de gestão do SUS. Os demais são a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) e devem estar articulados com demais instrumentos de gestão da administração pública, portanto, inserido no processo de Planejamento do SUS.

O Plano apresenta a Análise situacional dos principais problemas em Saúde e necessidades do município, além de basear-se no Relatório da Conferência Municipal de Saúde – 2022, Plano de Governo 2021 – 2024, Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023, tendo seu eixo norteador os princípios do SUS.

O PMS 2022-2025, para seu pleno desenvolvimento como ferramenta de planejamento e gestão, requer constante envolvimento de todos os agentes do SUS, assim atingindo todos os objetivos, metas e ações previstas de maneira total, assegurando a total assistência em saúde, como garante a Constituição.

Por fim, espera-se que este instrumento de gestão seja de uso contínuo, sempre aprimorado buscando mudanças da saúde da população. Portanto, destaca que foram fundamentais para a construção o envolvimento e comprometimento de várias pessoas, ligadas a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Conselho Municipal de Saúde, com intuito de aperfeiçoamento e redução do tempo de resposta o atendimento as necessidades da população

## **2 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS. Deve ser elaborado considerando os seguintes elementos-chave, conforme a Portaria Nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde (MS):

Análise situacional, orientada por temas centrais.

Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

Processo de monitoramento e avaliação.

Verifica-se, portanto, que há previsão legal da necessidade de definição do processo de monitoramento e avaliação para o Plano Municipal de Saúde - PMS. A ideia é que os objetivos e metas definidos sejam acompanhados sistematicamente para possibilitar ajustes que porventura sejam necessários.

O PMS não deve ser engavetado, precisa ser um instrumento “vivo” de gestão. Considerando ainda os demais instrumentos de gestão a Programação Anual de Saúde – PAS, por sua vez, de forma semelhante ao PMS, traz em sua estrutura obrigatória indicadores que serão utilizados para o monitoramento das ações previstas. Esses indicadores representam o foco do acompanhamento rotineiro das ações.

O Relatório Anual de Saúde - RAG em si já se constitui de um instrumento avaliativo, uma vez que compila os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O instrumento possibilita analisar onde estávamos e onde chegaremos, constituindo-se uma poderosa ferramenta de avaliação e instrumento de melhoria da qualidade. Dessa forma, entende-se que os processos de monitoramento e avaliação precisam estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde, os quais representam a espinha dorsal da gestão em saúde.

Assim, o monitoramento do PMS, será coordenado pela equipe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, divulgado internamente para os técnicos que atuam na gestão e as equipes da ponta dos serviços para que todos atuem em prol dos mesmos objetivos. Os objetivos, metas e indicadores serão acompanhados quadrimestralmente pela coordenação municipal com o apoio dos profissionais corresponsáveis pela execução, avaliando o alcance das metas propostas e as estratégias e medidas que serão adotadas para corrigir ou ajustar os problemas identificados. Essa avaliação será apresentada quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde em Audiências Públicas Quadrimestrais, obrigatórias pela Lei 141/2012, assim como anualmente através do RAG.



### **3 – ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA SMS**

O Plano de Governo Municipal 2021/2024 – “Construindo uma Nova História !”, tem o princípio de uma gestão participativa e com diversos atores na construção que vislumbra um amplo desenvolvimento social da cidade de Palmerândia -ma .

A Secretaria Municipal de Saúde tem o mesmo objetivo, por meio da construção dos colaboradores, Conselho Municipal de Saúde e sociedade, construir um SUS que alcance os anseios de todos e seja eficaz e resolutivo em sua totalidade em todos os níveis de atenção

Assim sendo, busca concentrar esforços na Atenção Básica (AB), ampliando seu acesso e sendo a norteadora das ações do município, com o apoio da Vigilância em Saúde (VS) e Assistência Farmacêutica (AF).

Destaca também a responsabilidade com a população em nível e atendimentos de Média Complexidade, assim sendo a mantenedora de atendimentos no Pronto Atendimento de Urgência/emergência, Clínica Fisioterapia, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), utilizado no atendimento de consultas e exames especializados e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Imagem ,Alo BB . Também existe a contratualização com serviço hospitalar e laboratorial, buscando a resolutividade dos atendimentos dentro da área de abrangência do município.

#### 4-CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO



- **Área Territorial**

532,161km<sup>2</sup> [2021]



**População estimada**

19,840 pessoas [2021]



**Densidade demográfica**

35,70 hab/km<sup>2</sup> [2010]



**Escolarização 6 a 14 anos**

97% [2010]



**IDHM** Índice de desenvolvimento humano municipal

0,556 [2010]

Data da Fundação: 1959

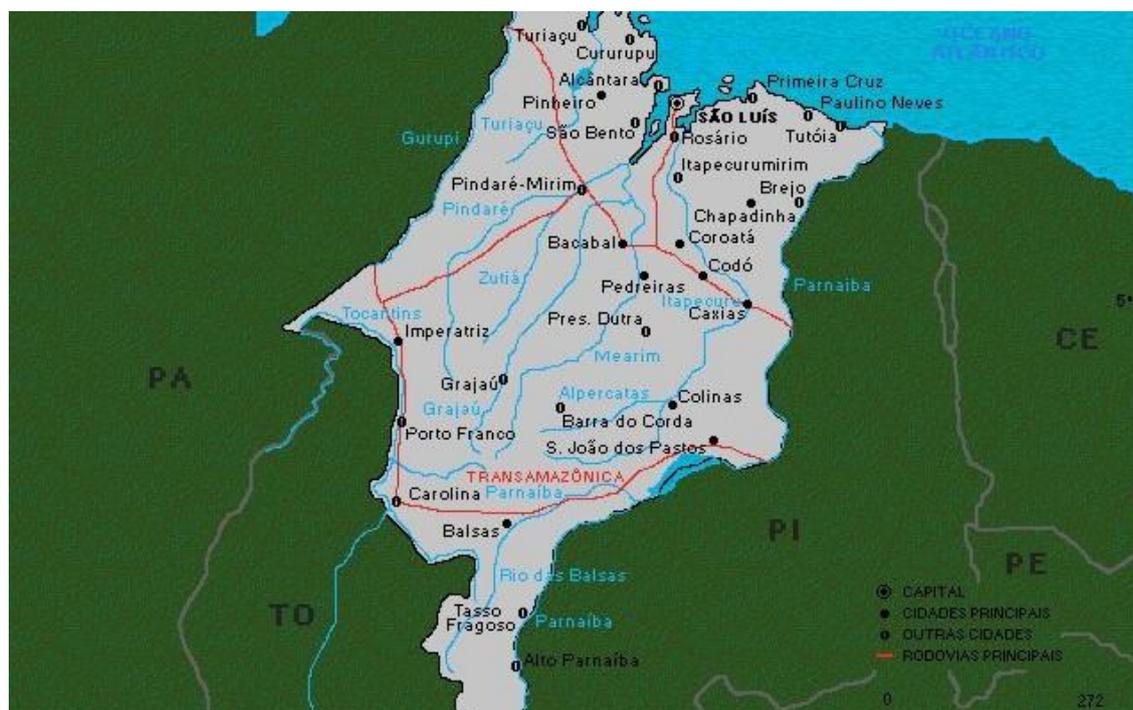
❖ Área do Município: 401,2 Km

❖ Histórico do Município;

Antigo povoado denominado Palmeiras, Palmeirândia era o município mais próspero de São Bento. Na época por ser o Distrito mais desenvolvido da região, que contava até com ligação por telegrafia e telefonia a São Bento, inúmeros foram os seus imigrantes.

Com o início do seu desenvolvidor, Palmeirândia foi desmembrada de Peri-Mirim e São Bento, elevou-se á categoria de cidade em 1959.

#### 4.1- SITUAÇÃO GEOGRÁFICA.



O município de Palmeirândia teve sua autonomia política em 31/12/1959, está inserido na Mesorregião Norte Maranhense, na Microrregião Baixada Maranhense (Figura 2), abrange uma área de 526 km<sup>2</sup>, com uma população de aproximadamente 18.766 habitantes e densidade demográfica

de 35,67 habitantes/km<sup>2</sup>, (IBGE, 2010). Limita-se ao Norte com o município Peri Mirim; ao Sul com os municípios de São Bento e Pinheiro; a Leste com o município São Bento e a Oeste com o município de Pinheiro (Google Maps, 2011)

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços

A região de saúde é essencial para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade; e, por isso, deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, devendo, ainda, para ser qualitativa, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o locus da integralidade. Ela precisa ser capaz de resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário. Somente uma região consistente pode aglutinar o que a descentralização, por si, fragmenta, não retirando do gestor municipal o seu papel intransferível de integrar o sistema de saúde público e dele participar de maneira efetiva do ponto de vista político, financeiro e técnico.

A importância da regionalização para que as redes de atenção à saúde sejam sistêmicas e resolutivas, com a região de saúde sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos, é fato indiscutível. A pergunta que permanece é como a soma articulada das individualidades municipais assimétricas gera unidade regional equitativa. Nossa resposta a esta pergunta centra-se na constituição de uma instância unificada de gestão e de planejamento regional. Comando único regional, com controle colegiado de municípios, Estados e

União. Muitos avanços já se realizaram, inicialmente de maneira quase informal e agora reconhecida por lei, como é o caso dos mecanismos de cogestão entre os entes federativos: a gestão colegiada, que deu origem à Comissão Intergestores Tripartite, de âmbito nacional, as Comissões Intergestores Bipartites com governabilidade sobre projetos em cada Estado e, mais recentemente, as Comissões Intergestores Regionais, que reúnem todos os dirigentes.

Palmeirândia situa-se na microrregião da Baixada Maranhense, limitando-se ao Norte com o município de Peri-mirim, ao Sul com o município de São Bento, à Leste com os municípios de Peri-mirim e São Bento e à Oeste com o Município de Pinheiro. Encontra-se territorialmente dividido em: Sede, 03 (três) Distritos e em 95 (noventa e cinco) povoados. Os Distritos são representados por: Agrovila, Cruzeiro e Santa Eulália.

O acesso ao município, ocorre por meio rodoviário, através da MA 014. O quadro a seguir, representa a distância em Quilômetros e o tempo de percurso do município de Palmeirândia com a capital municípios vizinhos:

MUNICÍPIO	DISTÂNCIA KM	TEMPO DE PERCURSO
SÃO LUIS	120 KM	
PERI-MIRIM	09 KM	
SÃO BENTO	18 KM	
PINHIERO	30 KM	

O acesso entre os distritos e povoados ocorre por meio de estradas vicinais e fluviais. As estradas vicinais são mal conservadas, não sendo pavimentadas. O seguinte quadro relaciona em quilometragem e tempo de percursos as estradas entre sede e distrito.

DISTRITO	DISTÂNCIA EM KM	TEMPO DE PERCURSO
SANTA EULALIA	20 KM	MINUTOS
AGROVILA	15 KM	MINUTOS

CRUZEIRO	08 KM	HORA
----------	-------	------

O município de Pinheiro, distando 30 KM da sede, em estrada de asfalto e de bom acesso, é o município polo da região.

#### **4.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

O município possui, segundo o IBGE, uma população estimada em 19.641 habitantes, estando concentrados 13.228 habitantes na zona rural, representado 85% da população total enquanto, a zona urbana conta com 2.337 habitantes, queda percentual de 15%.

A população rural é bastante numerosa no município. No entanto, percebe-se um crescente processo de emigração da população da região do Povoado para a Sede e dessa para os grandes centros urbanos.

A população urbana e rural está distribuída segundo faixa etária e sexo, conforme o quadro a seguir:

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO				TOTAL
	URBANA		RURAL		
	FEMININA	MASCULINA	FEMININA	MASCULINA	
< 01 ano	22	25	87	212	446
01 – 04 anos	100	105	866	910	1981
05 – 09 anos	191	199	1100	1155	2645
10 – 14 anos	171	176	981	918	2156
15-19 anos	134	160	619	741	1654
20-29 anos	167	171	919	945	2199

30-39 anos	119	111	623	587	1440
40-49 anos	88	85	444	435	1052
50 a + anos	169	144	907	772	1992
<b>TOTAL</b>	<b>1161</b>	<b>1176</b>	<b>6553</b>	<b>6675</b>	<b>15565</b>

#### **4.3-ASPECTOSSOCIO ECONÔMICOSE CULTURAIS**

As atividades produtivas predominantes estão concentradas no setor primário, destacando-se uma agricultura de subsistência, na pecuária de pequeno porte e o extrativismo do coco babaçu.

A agricultura é representada por pequenas lavouras de milho, melancia, mandioca e arroz. Não é mecanizada, utiliza apenas o processo de queimagem.

A pecuária é de pequeno porte e se destaca com a criação de gado bovino e bubalino.

O comércio está baseado nos produtos agrícolas, produzido pelo próprio município, carne bovina e bubalina, além, da exportação do coco babaçu e melancia

O setor terciário é representado por usinas de beneficiamento de arroz.

Vários ramos de atividades vêm também despontando no município com grande importância na prestação de serviços à população, estando estes, relacionados no quadro seguinte:

<b>RAMO DE ATIVIDADE</b>	<b>QUANTIDADE</b>
AGÊNCIA BANCÁRIA	01
HOTEL E OU SIMILAR	01
MERCADO PÚBLICO	01
POSTO DE GASOLINA	03
AGÊNCIA DE CORREIOS	01
CARTÓRIO	01
BORRACHARIA	02
OFICINA MECÂNICA	01
RESTAURANTE OU SIMILAR	04
POSTO TELEFÔNICO	05
PADARIA	02
TERMINAL RODOVIÁRIO	01
CEMITÉRIO	01

ESCRITÓRIO EMPREA DE TELECOMUNICAÇÕES	00
ESCRITÓRIO SERVIÇO DE ÁGUA E ESGOTO	01
MATADOURO	04
CRECHE	00
SECRETARIAS MUNICIPAIS	06
FARMACIA	02
CAMPANHA ENERGÉTICA	01
COMÉRCIO VAREJISTA	31
COMÉRCIO ATACADISTA	02

A média mensal dos cidadãos de Palmeirândia é inferior a um salário mínimo. Segundo fonte da Prefeitura de Municipal, 8% dos trabalhadores são funcionários públicos, 2% desenvolvem atividades comerciais, enquanto 90% estão concentrados na agricultura e pecuária.

O município é beneficiado por 02 (duas) Organizações não governamentais localizadas na sede. Conforme discrimina o quadro abaixo:

NOME DA ENTIDADE	LOCAL DE FUNCIONAMENTO
SINDICATO DE TRABALHADORES RURAIS	AV. EURICO GASPAR DUTRA S/N
COLONIA DOS PESCADORES	AV. 7 DE SETEMBRO S/N

As festas típicas do município nos respectivos períodos e localidades estão destacadas no quadro a seguir:

FESTAS/EVENTOS	PERÍODO	LOCAL
SANTO ANTÔNIO	01 a 13 de Junho	Praça Matriz - Sede
SÃO BENEDITO	26 a 31 de Dezembro	Praça Matriz – Sede
BUMBA MEU BOI	01 a 31 de Junho	Sede
SÃO ROQUE	07 a 16 de Junho	São Roque

#### **4.4 - CARACTERIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA**

#### **4.5 – Educação**

A Educação no município é formada apenas por escolas de 1º e 2º grau, existindo 02 (duas) na Sede e 48 (quarenta e oito) na zona rural, contabilizando respectivamente, 467 alunos e 22 professores no primeiro caso e 4.744 alunos e 206 professores no segundo.

O sistema de vídeo e TV está implantado em 02 (duas) escolas da Sede e em 08 (oito) escolas da zona rural.

A exemplo da maioria dos municípios maranhenses, a educação em Palmeirândia, amarga também um percentual bastante elevado de analfabetismo e evasão escolar vários fatores" tais como, o fato das crianças terem que trabalhar para ajudar no orçamento doméstico, a grande distância e a dificuldade de acesso às escolas, aliadas a falta de vagas e de incentivo escolar, bem como, de políticas sociais, são apresentados como principais responsáveis por este perfil educacional.

#### **4.6 – Saneamento Básico**

##### **4.6.1 – Água**

Existe no município abastecimento público de água, de captação subterrâneas, atendendo a um total de 900 ligações domiciliares, sem qualquer tipo de tratamento.

##### **4.6.2 – Esgoto**

Não existe sistema de esgoto sanitário no município. Os dejetos sanitários são eliminados a céu aberto ou através de fossas, para aqueles domicílios que a possuem.

##### **4.6.3 – Lixo**

O município possui coleta pública de lixo urbano, este é depositado em aterro sanitário.

#### **4.7-Habitação**

O sistema de habitação na sede do município é formado por um total de 2.000 domicílios, com uma média de 02 cômodos e 05 moradores por domicílio.

O tipo de construção é composto predominantemente por alvenaria tijolo e adobe, com a cobertura de palha ou telha e piso principal de chão batido, depois de cimento ou cerâmica.

A energia elétrica é fornecida a 1.500 domicílios da sede e a 2.500 povoados.

#### **4.7.1-CARACTERIZAÇÃO DO MEIO AMBIENTE**

##### **4.7.2-Agentes agressores**

O principal agente agressor são as queimadas para a prática da agricultura.

##### **4.7.3-Poluição**

As fumaças nas épocas das queimadas são importantes agentes poluidores do meio ambiente, como também, a eliminação de dejetos urbanos a céu aberto em terrenos baldios.

##### **4.7.4– Vetores**

São evidenciados importantes focos do caramujo do Gênero Biophalária, transmissor da esquistossomose e do mosquito Aedes aegypti, transmissor da Dengue, como também do mosquito Flebótomo, que transmite o protozoário Leishmania, causador da Leishmaniose ou Úlcera de Bauru e o Anofelino, transmissor da malária.

#### **5-CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE**

##### **Rede de serviços existentes**

A rede de saúde é formada basicamente por 20 postos de saúde, um centro de saúde, e dois hospitais, um natureza pública e o outro filantrópico.

O Hospital Municipal apresenta a seguinte estrutura física:

ESTRUTURA FÍSICA	QUANTIDADE
LEITOS	30
ENFERMARIAS	40
CONSULTÓRIO MÉDICO	02
SALA DE PARTO	01
SALA DE CIRURGIA	01
SALA DE ESTERELIZAÇÃO	01
POSTO DE ENFERMAGEM	01
SALA DE CURATIVO	01
EMERGÊNCIA	01
FARMÁCIA	01
LABORATÓRIO	01
LAVANDERIA	01
VASTUÁRIO	01
ADMINISTRAÇÃO	01
APARTAMENTO	01
GABINETE DENTÁRIO	01
BANHEIROS	04
SALA DE RECEPÇÃO	01
COPA	01
COZINHA	01

Os recursos humanos disponíveis nas Unidades públicas de Saúde estão caracterizados no quadro abaixo:

RECURSOS HUMANOS	QUANTIDADE
MÉDICO	16
EFERMEIRO	16
BIOQUIMICO	01
ODONTÓLOGICO	10
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	02
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	58
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	72
AGENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	04
AGENTE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA	05
PARTEIRA LEIGA	08
VACINADOR	06
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	60
VIGILANTE	20

COZINHEIRA	03
MOTORISTA	08

## **6 - ANÁLISE SITUACIONAL**

A Análise Situacional tem a finalidade de identificar problemas, dificuldades e fragilidades, iniciando assim um planejamento através delas, para a prestação de um serviço digno e com qualidade para a população, determinando prioridades para alcançar os objetivos.

### **6.1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO**

#### **6.1.2 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

O perfil epidemiológico tem como objetivo prestar informações aos profissionais a respeito de doenças e agravos de notificação compulsória no município. Oferecendo subsídios aos gestores e profissionais vinculados na Rede Pública para as ações de planejamento, promoção e prevenção no enfrentamento aos agravos de interesse em Saúde Pública, assim colaborando com as ações de fortalecimento da Rede de Atenção Básica proporcionando a melhoria na qualidade de atendimento visando à maior satisfação da comunidade.

#### **6.1.3 – Natalidade**

As condições de Natalidade serão analisadas de acordo com o número de nascimentos e taxa bruta de Natalidade, com o desdobramento da faixa etária das mães, conforme descrito abaixo.

#### **6.1.4. – Número de Nascidos Vivos**

**Tabela 01 - Informações Sobre Nascimentos no Período de 2017 a 2021.**

CONDIÇÕES	2017	2018	2019	2020	
Número de Nascidos Vivos	316	306	310	245	
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes	67	78	57	52	
% com baixo peso ao nascer – Geral	22	23	17	16	
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos	108	11	135	121	
Taxa de nascidos vivos por partos vaginais	206	194	173	122	

FONTE: SINASC, Ministério da Saúde, DATASUS

### **6.1.5 – Proporção de Gravidez na Adolescência**

A Gravidez na adolescência é um fator que preocupa a Secretaria de Saúde sendo a taxa no ano de 2020 de 14,83%, tendo um pequeno aumento em relação ao ano anterior, estamos abaixo da média nacional e acima da estadual.

**Tabela 03 - Gravidez na Adolescência, entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.**

CONDIÇÕES	2017	2018	2019	2020	2021

## **6 – MORTALIDADE**

Na análise do perfil da Mortalidade, serão apresentados dados do Município referente à Mortalidade geral, materna e infantil,

### **– Principais Causas de Óbitos**

Atualmente, o perfil das ocorrências de doenças está relacionado às transformações sociais e econômicas que levaram ao predomínio das doenças e agravos não transmissíveis. Entre os fatores que contribuíram com essa transição epidemiológica está o aumento da população idosa que favoreceu a ascensão das doenças crônico-degenerativas e mudança no perfil nutricional que impactou no aumento gradativo de sobrepeso e obesidade na população..

Em segundo lugar as neoplasias (tumores) 23,52%, em que a faixa etária de 50 a 79 anos se sobressai, em que o Município tem adotado estratégias para a prevenção, rastreamento e diagnóstico das neoplasias de maior incidência, como a realização de campanhas educativas e preventivas para a detecção precoce de alterações celulares no colo do útero e mama

. Logo na Sequência, vêm as doenças do aparelho respiratório totalizando 13,70%, em que a incidência vem aumentando na terceira idade em decorrência de imunidade baixa e período prolongado a exposição a fatores de risco (condição social, alimentação, tabagismo, alcoolismo, poluição).

As causas externas de morbidade e mortalidade ocupam o quarto lugar com 10,82% dos óbitos, relacionados a acidentes e violências as quais vem aumentando significante em nossa região. Em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos, o mesmo ocorrendo no Paraná e em nosso município ocupando o quarto lugar.

### **Tabela - Mortalidade Geral Segundo Capitulo CID-10 – em anexo**

#### **Mortalidade por Idade**

Analisando a distribuição dos óbitos segundo faixa etária, Observa-se que 68,67% deles acontecem em pessoas acima dos 60 anos. Isto em consonância com a transição demográfica já observada e epidemiológica, dominada pelas condições crônicas. Demonstrando a necessidade de transição nas ações dos serviços de saúde, de atenção focada nas condições agudas para as crônicas. A principal causa são as doenças do aparelho circulatório, atingindo principalmente as faixas etárias mais elevada, na faixa etária dos 20 aos 49 anos as Causas Externas tornam-se o principal indicador de óbitos, já na faixa etária de 20 a 29 anos corresponde a 50% dos óbitos, já este menores de 1 ano todos os óbitos no período foram classificados dentro do Capítulo XVI. Algumas Afecções originadas no período perinatal.

## **- Taxa de Mortalidade Prematura**

Os óbitos prematuros tiveram uma redução no ano de 2017 e 2019, com aumento em 2018 e 2020, essa oscilação denota a necessidade de efetivar as linhas de cuidado as condições crônicas na atenção primária à saúde e assim buscar a redução dos óbitos por causas prematuras.

**Taxa de Óbitos Prematuros. População de 30 a 69 Anos Segundo Principais Causas (Doença Aparelho Circulatório, Neoplasias, Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório, Diabetes Mellitus) - 2016-2020.**

## **Mortalidade por causas Externas**

A mortalidade externa corresponde a 10,82% do total de óbitos no município de São Mateus do Sul, destaca-se que os números vêm aumentando no Brasil e em Pinheiro

No ano de 2019, ocorreu 12 óbitos relacionados a acidentes de transportes, assim correspondendo a 41,37% do total desta causa, um fator que chama a atenção são agressões que no último período da análise chegou a totalidade de 7 óbitos. As lesões autoprovocadas, estão em declínio ressalta que no ano de 2017 tivemos 7 óbitos relacionados a esta causa, no último período analisado teve uma redução significativa ocorrendo duas vezes no ano de 2019

## **Mortalidade Materna**

Em relação à Mortalidade Materna (MM) será analisada a série histórica 2017- 2021. Como mostra a tabela abaixo de taxa de MM.

Observa-se que o município tem mantido os índices atribuídos a captação precoce da gestante, estratificação do grau de risco com encaminhamento oportuno das gestantes de alto risco.

## **Mortalidade Infantil**

A mortalidade infantil é um indicador de extrema importância, não somente dos cuidados de saúde, mas também por refletir as condições socioeconômicas da população. A taxa de mortalidade infantil expressa a estimativa do risco de morrer de crianças menores de 1 ano. O monitoramento, juntamente à identificação das causas associadas aos óbitos, constitui ferramenta fundamental para elaborar políticas públicas mais adequadas e eficientes, direcionadas ao controle da mortalidade específica da população analisada.

## **Mortalidade Fetal**

A mortalidade fetal é um indicador sensível à qualidade e ao acesso à assistência prestada à gestante durante o pré-natal e o parto, sendo também influenciada pelas condições de saúde materna, antecedentes obstétricos e características socioeconômicas da mãe.

## **7– Cobertura Vacinal**

Em relação à Cobertura Vacinal, no último período analisado houve uma redução na maioria das vacinas elencadas, ressaltamos um ponto a Pandemia dificultou as ações, outra é a dificuldade da busca ativa da população devido ao número reduzidos de Agentes Comunitários de Saúde, destaca-se o índice de 77,62% de cobertura da PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2022 - 2025 56 poliomielite em menores de um ano de idade.

É possível observar, que a cobertura vacinal de 95% é a meta para todos os imunobiológicos citados abaixo. Foi atingida somente 25%(um dos quatro imunobiológicos avaliados) em 2016 e 2017, nos demais anos não foi atingida a meta proposta em nenhuma das vacinas. Também é possível avaliar que não existe uma homogeneidade na aplicação destas vacinas, pois vacinas administradas concomitantemente tem coberturas vacinais diferentes. O possível problema para esta falta de homogeneidade, é a alimentação dos Sistemas de informações.

### - Série Histórica de Cobertura Vacinal –2016 - 2020

ANO	POP	Pneu mocó ccica (	Pentavalent e (< 1 ano) - Doses	

### 8– Doenças de Notificação Compulsória

O encerramento oportuno das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) é uma das ações prioritárias da Vigilância Epidemiológica e representa a capacidade do sistema de saúde de adotar medidas de controle em tempo hábil, diante do aparecimento de uma DNC. Podemos destacar que no último período o município, encerrou 100% das DNC, elevando seu índice em relação aos dois últimos anos. Ressaltamos que o índice da 6ª Regional de Saúde para o período é de 87,20, mostrando a efetividade da VE e de todas as equipes de Saúde, pois devem ser notificadas em até 24 horas a partir do conhecimento do caso e encerradas oportunamente em até 60 dias após a notificação.

#### – Agravos e Doenças Transmissíveis

##### - HIV/Aids

Quanto aos casos de Vírus Imunodeficiência Humano (HIV) na população em geral, foram notificados casos em todos os anos analisados, o que demonstra a necessidade de oportunizar sempre que possível a oferta de teste rápido de HIV para a população em geral em diversas campanhas e programas ofertados pela saúde pública municipal.

No município de São Mateus do Sul, os casos de Aids da população geral houve uma redução significativa, do ano de 2019 para o ano de 2020, e destes novos casos em 2020 corresponde a 13,33% dos casos . As taxas de HIV, também tiveram uma redução em relação aos dois últimos anos analisados.

#### Série Histórica de Casos de AIDS – População Geral – 2016 - 2020.

	2017	2018	2019	2020

--	--	--	--	--

O número total de detecção em Gestantes HIV, no último período analisado zerou este indicador, assim como ocorreu com mais 6 municípios da 6ª Regional de Saúde. Observa-se que em 2017, ocorreu um aumento que se justifica pela intensificação dos exames de rotina do pré-natal. Demonstrando a necessidade de garantir a testagem das gestantes nos três trimestres de gestação, buscando o diagnóstico precoce e tratamento adequado durante gestação e parto, assim como do recém-nascido, evitando assim a transmissão vertical do HIV.

-

#### – Sífilis adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita.

Destacamos que a série histórica de Sífilis no município, todas elas tiveram redução no ano de 2020 em relação a anos anteriores. A Sífilis adquirida foi diagnosticados quatro casos no ano de 2020 uma redução de 72% em relação ao ano anterior. A Sífilis em Gestante teve uma pequena redução em 2020 passando de nove casos para oito, representando 24,24% do total de casos da 6ª Regional para o período. Já a Sífilis congênita teve o total de 3 casos relativos ao período e no ano 2019 este número foi de 6 casos.

Sempre Ressaltando a importância do diagnóstico precoce da Sífilis Congênita assim possibilitando um tratamento adequado. Estas ações estão associadas a assistência e qualidade do Pré-natal

#### Série Histórica de Casos de Sífilis– 2016 – 2020

Sífilis Adquirida				
Sífilis em Gestantes				
Sífilis Congênita				

## Tuberculose

No ano de 2020, a incidência de casos foi maior em relação há anos anteriores, totalizando sete casos, ou 26,92% do total de casos. Houve um aumento de casos de tuberculose onde acredita-se que ocorreu este aumento de casos devido à pandemia que estamos vivendo, assim diminuindo as atividades preventivas. É importante manter a busca de sintomáticos respiratórios na população em geral (coleta de escarro em pessoas com tosse produtiva), examinar comunicantes e realizar o tratamento através de dose supervisionada, para que assim tenhamos diagnósticos precoces, ausência de subnotificação e redução da incidência da doença

-

### Série Histórica de Casos de Tuberculose Notificados – 2016 - 2020

2016	2017	2018	2019	2020	
02	02	02	01	03	

## Hanseníase

A incidência de casos de Hanseníase vem apresentando um declínio nos últimos anos,

### Série Histórica de Casos de Hanseníase Notificado – 2016 - 2020.

2016	2017	2018	2019	2020
01	03	02	04	04

## Hepatitis

Foram diagnosticados 17 casos de hepatitis, predominando os casos de hepatitis C, assim a manutenção de ações que ofereçam teste rápido à população faz-se necessária, diante da circulação destes vírus na população geral

### COVID-19

Desde maio de 2020, vem trabalhando frente à pandemia com Plano de Contingência estabelecido, onde se observou um grande aumento a partir de março de 2021 do novo coronavírus – SARS CoV-2 sendo realizada uma intensificação nos atendimentos de saúde em nosso município. Diante da circulação deste novo vírus, ações permanentes de prevenção, diagnóstico precoce, monitoramento da população confirmada e da rede de contatos, assim como organização dos serviços de saúde para garantia destas ações de forma permanente se fazem necessárias. Assim como, adequar este processo de trabalho, para que as atividades relacionadas a COVID-19 sejam paralelas as demais ações que a atenção primária precisa manter e/ou realizar

### Casos COVID-19 – 2020-2021

	2020	2021

### 9-CENTROS DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-1

Os Centros de Atendimento à Covid-19 compreendem os espaços físicos estruturados pela gestão municipal e do Distrito Federal para o acolhimento e atendimento de usuários com queixas relacionadas aos sintomas de Covid-19.

Os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 têm como finalidade:

I - identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2, por meio da qualificação do processo de acolhimento com classificação de risco, visando à identificação da necessidade de tratamento imediato em sala específica para tal atividade;

II - realizar atendimento presencial para os casos que necessitem, utilizando método fasttrack de atendimento, para:

- a) identificação tempestiva da necessidade de tratamento imediato;
- b) estabelecimento do potencial de risco, presença de agravos à saúde ou grau de sofrimento; e
- c) estabilização e encaminhamentos necessários, seguindo os protocolos relacionados ao Sars-CoV-2, publicados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde;

III - realizar a testagem da população de risco, considerando os públicos-alvo e respectivas indicações do Ministério da Saúde;

IV - notificar adequadamente os casos conforme protocolos do Ministério da Saúde e atuar em parceria com a equipe de vigilância local;

V - orientar a população sobre as medidas a serem adotadas durante o isolamento domiciliar e sobre medidas de prevenção comunitária;

VI - articular com os demais níveis de atenção à saúde fluxos de referência e contrarreferência, considerando o disposto nos Planos de Contingência de cada ente federativo.

Art. 3º Os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 devem:

I - funcionar em locais de fácil acesso à população e possuir espaço físico mínimo exigido para os Centros de Atendimento para Enfrentamento, observado o disposto no Anexo I, resguardadas as diretrizes básicas de biossegurança e privacidade necessárias a cada tipo de atendimento ofertado;

II - atuar de modo complementar às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, compartilhando o cuidado das pessoas assistidas pelas equipes e prestando assistência àquelas que apresentarem síndrome gripal; e

III - enviar informações aos Sistemas de Informação em Saúde vigentes.

Implantação - - Tipo 2: municípios de 70.000 mil habitantes a 300.000 habitantes;

## **Dengue**

**Número de Ciclos que Atingiram Mínimo de 80% de Cobertura de Imóveis Visitados para Controle Vetorial da Dengue – 2017 – 2021**



	2017	2018	2019	2020

## Vigilância em Saúde do Trabalhador

O objetivo é programar ações, promoção, prevenção, assistência e Vigilância em Saúde do Trabalhador, São Mateus do Sul conta com Plano de Saúde do Trabalhador, No ano de 2020 foram notificados 92 acidentes de trabalho, mostrando o salto do número de notificações conforme tabela abaixo, assim demonstrando a intensificação dos trabalhos.

### 9– PERFIL ASSISTENCIAL

São os Serviços que prestam assistência à saúde no âmbito municipal, entre eles destaca: as Unidades Básicas de Saúde, serviços de apoio e diagnósticos para a realização de exames complementares e unidade de atendimento de Urgência e Emergência.

#### – Saúde Bucal – 2016 - 2020

2019	2020
08	10

#### Razão de Exames de Citopatológicos

Com base nos dados de razão de exames citopatológicos, realizados no ano de 2020, o município de teve uma redução drástica em relação ao ano anterior. Este sendo o cenário em todos os municípios da 6ª Regional, que assim como São Mateus do Sul também tiveram um declínio devido ao fato da Pandemia.

Considerando, que a meta prevista na Pactuação Interfederativa é de que 65% das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, realizem o exame citopatológico do colo de útero, observamos que em 2020, em função da pandemia da COVID-19, tivemos uma importante redução neste indicador, demonstrando a necessidade de retomada das atividades de promoção e prevenção do câncer de colo de útero nas Unidades Básicas.

## **10-Vigilância em Saúde**

Caracteriza-se pela promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. Sendo assim o objetivo é analisar permanentemente as situações de saúde da população, articulando de maneira conjunta PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2022 - 2025 83 com ações destinadas riscos e danos à saúde da população, garantindo integralidade da atenção, de maneira individual e coletiva dos problemas de saúde

A vigilância em saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde. Assim sendo a integração com a atenção Primária em Saúde é necessária para construção da integralidade na atenção e alcance de resultados.

Atualmente, se dividem no município em Vigilância Sanitária que contempla a vigilância Ambiental e do Trabalhador e a Vigilância Epidemiológica responsável também pela parte de imunização.

### **- Vigilância Epidemiológica**

A Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que buscam o conhecimento, detecção e prevenção de qualquer alteração em fatores que determinam e condicionam a saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou



agravos. Assim fornecendo uma orientação técnica, para o processo de decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Suas atividades desenvolvidas, entre tantas: coleta e processamento de dados análise e interpretação dos dados processados, monitoramento dos Sistemas de Informação de Mortalidade, Sistemas de Informação de Nascidos Vivos, Sistemas de informação de Agravos e Notificação, Gerenciamento de Ambiente Laboratorial, Investigação Epidemiológica, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, entre outros), investigação de casos e surtos, etc.

Também é responsável pelo setor de imunização, campanhas de vacinas, busca ativa de pacientes faltosos, principalmente de crianças menores de um ano.

### **– Vigilância Ambiental**

A Vigilância ambiental visa à detecção ou prevenção de qualquer determinante do ambiente que interfiram na saúde humana, suas atividades estão principalmente voltadas à vigilância da qualidade da água para consumo humano, acidentes com produtos perigosos, acidentes com animais peçonhentos, fatores físicos, entre outro

### **-Vigilância Sanitária**

A Vigilância sanitária é o conjunto de ações capazes, de eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas, destacando principalmente o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, em todas as etapas do processo, da produção ao consumo, controlando os serviços direta ou indiretamente envolvem a saúde.

## 11- Atenção Primária à Saúde (APS)

As Unidades Básicas de Saúde do município são consideradas como “porta de entrada” do SUS, devem ser as primeiras referências da população para buscar cuidados aos seus problemas e atenção às suas necessidades básicas de saúde. São disponibilizadas consultas nas áreas de atenção básica, ou seja: Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, além do atendimento multidisciplinar com Nutrição, Odontologia e Assistência Social.

Considerando que a atenção básica deve ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população de seu território, servindo como base para o ordenamento da Rede de Atenção e para efetivação da integralidade, assim, garantindo a cobertura populacional pelas equipes de atenção básica, faz-se necessário e primordial na organização da atenção primária à saúde do município.

A atenção básica oferece o atendimento de baixa complexidade e cuidado na prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde. Faz parte dos serviços de atendimento ao usuário: acolhimento, consulta de enfermagem, atendimento odontológico, consulta médica, acompanhamento nutricional, curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos injetáveis, vacinas, abertura e acompanhamento de pré-natal até ao puerpério, rastreamento do câncer de colo do útero através de coleta de citopatologia oncológica, mamografia, coleta de material para exames de rotina.

A rede de Atenção Primária desenvolve atividades programadas para grupos específicos através do Programa de Atenção à Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Hipertensos, Diabéticos, Planejamento Familiar, e outros, bem como, atividades de promoção e prevenção a saúde e resolutividade da assistência em baixa complexidade de forma contínua reforçando o cuidado permanente para minimizar os efeitos do uso irregular dos serviços de maior complexidade como os de urgência e emergência.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	10	10	10
ACS			

### **Atividades Desenvolvidas:**

- Mapeamento da área escrita e reconhecimento dos equipamentos sociais (escolas, ONGS, associações comunitárias, igrejas);
- Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias da área escrita;
- Levantamento epidemiológico e monitoramento de agravos que podem acometer a comunidade;
- Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas;
- Ações individuais e coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- Consultas médicas, de enfermagem e procedimentos odontológicos quando existir a equipe de saúde bucal;
- Realização de procedimentos médicos e de enfermagem: Visitas domiciliares do enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
- Atendimento de pré-natal de baixo risco de todo o município;
- Atendimento a diabéticos e hipertensos;
- Implantação e acompanhamento de grupos de idosos, diabéticos e hipertensos, com atividades que proporcionam uma melhor qualidade de vida;
- Consultas de Puericultura (Atendimento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia);
- Imunização;
- Dispensação de medicamentos da farmácia básica de acordo com planejamento municipal;
- Avaliação de Indicadores da equipe;
- Prevenção de Câncer do Colo do Útero através da realização da coleta de PCCU;
- Encaminhamento.

- **Atribuições Dos Profissionais Da Atenção Básica**

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

### **Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:**

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V - Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI - Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII - Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX - Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X - Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI-Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII-Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII-Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV-Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV-Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI-Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local,

considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII-Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII - Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX - Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX-Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de

vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população).

XXI-Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII-Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII-Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV-Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV-Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;  
XXVI Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

XXVII- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

#### **São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:**

##### **Enfermeiro:**

I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:**

I- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre

outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;  
e

III- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

#### **Médico:**

I- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

#### **Atribuições do ACS:**

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e

epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar

;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

## **12-PREVINE BRASIL**

O Programa Previne Brasil está vigente desde janeiro de 2020 através da Portaria nº 2.979 GM/MS/2019. As regras valem para as equipes de Saúde da Família e o programa promove novas diretrizes para o funcionamento do SUS, reformulando estratégias de gestão e incentivando os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Houve a transição do modelo em que antes o pagamento era através do PAB Fixo e do PAB variável, e agora o financiamento será através de três modelos:

- **Capitação Ponderada;**
- **Indicadores de Desempenho;**
- **Ações Estratégicas;**

Cumprir destacar que monitorar e avaliar o desempenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, primordialmente, das ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária, é uma das funções essenciais do município. O monitoramento e a avaliação se transformam em ferramentas de transparência a fim de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde. Eles também auxiliam a analisar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando, assim, a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O incentivo financeiro é calculado com base nos resultados de sete indicadores que estarão destacados abaixo, junto as ações que poderão ser desenvolvidas pela equipe de saúde da família para alcance desses indicadores.

O desenvolvimento de competências profissionais específicas para uso adequado da informação, é elemento fundamental de um encontro clínico efetivo. Para isso destacamos:

- A habilidade de comunicação e escuta entre profissional e usuário;
- O conhecimento desenvolvido;
- A capacidade técnica e raciocínio clínico adquiridos;
- A interpretação e o registro correto da tecnologia da informação;

É importante ressaltar sobre a responsabilidade de toda a EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA quanto ao acolhimento, atendimento e acompanhamento dos usuários pertencentes à área territorial do município. A gestão do cuidado e atenção em saúde, além do registro adequado das informações em saúde é fundamental para o sucesso no alcance de indicadores e elevação da qualidade do serviço e a satisfação dos usuários durante a execução da ação e serviço de saúde.

#### **- CAPITAÇÃO PONDERADA – CADASTRO DE USUÁRIOS**

A Capitação ponderada se faz através do cadastro do Cidadão na Atenção Primária a Saúde (APS), na qual compõe uma das ações realizadas pelas Equipes de saúde. Por meio dele pode-se obter o reconhecimento da população adscrita à equipe e Unidade de Atenção Primária, subsidiando o planejamento dos profissionais e gestores nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos sob sua responsabilidade. Portanto, para esse painel serão considerados como usuários cadastrados aqueles que tiverem preenchido um cadastro completo ou um cadastro rápido (aquele realizado imediatamente antes do atendimento, quando a pessoa não possui cadastro completo prévio), desde que possua uma vinculação em uma equipe.

**São ações, estratégias e atividades referente ao cadastro de usuários que devem ser adotadas pela ESF:**

- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados pelo mínimo a cada semestre (6 meses);
- Identificar junto a equipe de saúde da família, os cadastros realizados pela equipe através do cadastro do cidadão (cadastro rápido) na Unidade de Saúde, e que ainda não possuem cadastro individual e territorial, para ser direcionado ao ACS realizar o cadastro individual no domicílio do usuário;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/mês;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

- Ter ciência que o cadastro deverá ser de pessoas únicas e identificadas que registraram o CNS e Data de nascimento de forma idêntica ao registro do CADSUS. Em caso de usuários cadastrados em mais de uma equipe, serão alocados pelo sistema do Ministério da Saúde a uma única equipe de referência, que será aquela aonde apresentar mais atendimentos clínicos de médicos ou enfermeiros nos últimos dois anos (a partir da análise da última competência do quadrimestre). Caso necessário, a critério de desempate, será considerado a equipe em que houve um cadastro completo e atendimento mais recente.

#### - INDICADORES DE DESEMPENHO

Foram definidos 21 (vinte e um) indicadores para o incentivo de pagamento por desempenho, na qual os 7 (sete) primeiros a serem trabalhados atendem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. A escolha dessas áreas considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Os indicadores selecionados atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo.

INDICADOR	PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	META	AÇÕES ESTRATÉGICAS
I – Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 120ª semana de gestação	Quadrimestral	60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante a visita domiciliar, o ACS deverá realizar ou atualizar o cadastro individual a fim de identificar as gestantes, estando atento aos sinais de gestação;</li> <li>• Acompanhar o quantitativo de consultas de pré-natal por cada gestante (por meio de relatórios de sistema de informação ou controle manual através de planilhas ou cadernos);</li> <li>• Facilitar o acesso aos testes de gravidez (preferencialmente teste rápido) por meio de escuta inicial</li> </ul>

			<p>qualificada; • Agendar consulta subsequente à anterior para as gestantes, realizando busca ativa e acompanhando possíveis faltas e acionando a gestante por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se for necessário, implantar a rotina de agenda aberta para a gestante, evitando reservas de dia/período que não permitam à gestante escolher o melhor dia/período para ela, evitando a ausência de consultas.</li> <li>• Suspender temporariamente os grupos operativos e atividades coletivas de gestantes, em razão da pandemia da COVID-19, porém, continuando com atenção integral ao atendimento e acompanhamento individual da gestante;</li> <li>• Todas as gestantes com síndromes gripais/respiratórias devem ser monitoradas pela Atenção Primária, obrigatoriamente, conforme os protocolos ministeriais de enfrentamento da Covid-19; • Lançar corretamente no sistema de informação (conforme manual do E-SUS PEC / MS), a solicitação e resultados dos exames realizados.</li> </ul>
II – Proporção de gestantes com	Quadrimestral	60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a realização dos exames pelo menos duas vezes durante a gestação.</li> <li>• Solicitar a primeira bateria desses exames logo na primeira consulta de pré-natal;</li> <li>• Acionar o ACS para averiguar se os exames foram feitos e, caso não tenham,</li> </ul>

realização de exames para sífilis e HIV			<p>desenvolver estratégias para facilitar o acesso aos exames</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso a mulher não tenha sorologias recentes, solicitar os exames mesmo que ainda não se tenha confirmação da gravidez;</li> <li>• Caso não haja teste rápido disponível, ter noção dos tempos necessários entre solicitação, marcação no laboratório e realização do exame de sorologia na realidade da sua rede de atenção;</li> <li>• Criar fluxo facilitado junto ao controle de gestantes, para a marcação desses exames e acompanhamento do agendamento para gestante pela importância do tempo maior para esse grupo;</li> <li>• Lançar corretamente no sistema de informação (conforme manual do E-SUS PEC / MS), a solicitação e resultados dos exames realizados</li> </ul>
III – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	Quadrimestral	60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcar consulta com a equipe de saúde bucal no mesmo dia da consulta com médico e/ou enfermeiro, de preferência no primeiro contato pré-natal da equipe de saúde da família (preferencialmente no momento da confirmação da gestação, após a condição avaliada da gestante com inserção do CID ou CIAP, inserindo o atendimento odontológico como mais um no checklist básico de primeira consulta);</li> <li>• Manter vaga aberta na agenda da equipe de saúde bucal em quantidade proporcional ao total de gestantes acompanhadas pelas</li> </ul>

			<p>equipes de saúde da família (tais vagas deverão ser ocupadas por outras pessoas caso não sejam por gestantes);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar canal de comunicação direto entre as equipes (Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal) para verificar o encaminhamento e retorno, mesmo que ambas as equipes estejam no mesmo ambiente físico;</li> <li>• Lançar corretamente no sistema de informação (conforme manual do E-SUS PEC / MS), a solicitação e resultados dos exames realizados</li> </ul>
IV – Cobertura de exame citopatológico	Quadrimestral	40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter dados populacionais para mensuração da oferta necessária ao rastreamento adequado e busca ativa para toda a população feminina na faixa etária;</li> <li>• Ter controle individualizado dessa população, e não por quantitativo total, evitando realizar o exame sempre para as mesmas mulheres e deixando outras de fora do programa de rastreamento;</li> <li>• Ter método de controle do seguimento das mulheres com exame alterado (sistema eletrônico ou registro de papel, ambos verificados periodicamente);</li> <li>• Ofertar esse exame a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade, independentemente do motivo.</li> <li>• Realizar o diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com</li> </ul>

			<p>prioridade para atenção especializada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que toda mulher com câncer do colo do útero tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.</li> <li>• Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é prevenível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer.</li> <li>• Ter ciência e controle que as informações de coleta do exame citopatológico de colo de útero deverá ser informada através de dois sistemas de informação para validação das informações: O E-SUS AB através do SOAP (Plano) e no SISCAN (colocando o código correto do procedimento de acordo com a faixa etária);</li> <li>• Lançar corretamente no sistema de informação E-SUS (conforme manual do E-SUS PEC / MS), a solicitação e resultados dos exames realizados</li> </ul>
V – Cobertura vacinal de poliomielite inativa e de pentavalente	Quadrimestral	95%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar captação das crianças logo após o nascimento, de preferência no momento do teste do pezinho e/ou consulta puerperal, marcando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida;</li> <li>• Orientar sobre a importância das vacinas já nas consultas de</li> </ul>

			<p>pré-natal e continuar ao longo das consultas de puericultura;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter acompanhamento dos faltosos (atraso no calendário vacinal) individualmente e fazer busca ativa;</li> <li>• Manter contato com creches para verificação do calendário vacinal, acompanhamento conjunto e diálogo colaborativo entre as partes.</li> <li>• Avaliar a possibilidade de vacinação domiciliar, pactuando previamente com a comunidade e definindo o percurso no território;</li> <li>• Avaliar a possibilidade de vacinação descentralizada e itinerante no território, por microáreas, em pontos de apoio baseados em equipamentos sociais (supermercados, centro de idosos, igrejas, escolas, etc.), preferencialmente em locais abertos e arejados;</li> <li>• Lançar corretamente no sistema de informação (conforme manual do E-SUS PEC / MS), a solicitação e resultados dos exames realizados.</li> </ul>
VI – Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em casa semestre	Quadrimestral	50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar todas as pessoas com hipertensão, através do cadastro individual no sistema E-SUS, realizado pelo ACS;</li> <li>• Manter o acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;</li> <li>• Criar um controle para propiciar a frequência mensal na ESF, com a realização do monitoramento da pressão arterial (PA) dos</li> </ul>

			<p>usuários com a finalidade de que pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) tenham o hábito de monitorar a sua PA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o agendamento das consultas para o médico e o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento);</li> <li>• Durante a consulta do hipertenso, no sistema E-SUS, o médico ou enfermeiro deverá incluir no SOAP, a condição avaliada do paciente como hipertenso, colocando o CID (médico) ou CIAP (enfermeiro) correto de acordo com a condição do paciente, marcando a condição avaliada do paciente como ativo;</li> <li>• Orientar o cidadão com hipertensão sobre a importância das consultas de acompanhamento e a verificação da P.A. no serviço, mesmo que esta não esteja descompensada;</li> <li>• A ESF poderá flexibilizar agenda sem realizar reserva de período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;</li> <li>• Lançar corretamente no sistema de informação (conforme manual do E-SUS PEC / MS), a solicitação e resultados dos exames realizados.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar todas as pessoas com diabetes, através do cadastro</li> </ul>

<p>VII – Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada</p>	<p>Quadrimestral</p>	<p>50%</p>	<p>individual no sistema E-SUS, realizado pelo ACS;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o acompanhamento nominal das pessoas com diabetes adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;</li> <li>• Criar um controle para propiciar a frequência mensal na ESF, com a realização do pedido do exame de Hemoglobina Glicada dos usuários com a finalidade de que pessoas com diabetes acompanhem sua condição de saúde em relação a doença;</li> <li>• Realizar o agendamento das consultas para o médico e o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento);</li> <li>• Durante a consulta do diabético, no sistema de informação E-SUS, o médico ou enfermeiro deverá incluir no SOAP, a condição avaliada do paciente como diabético, colocando o CID (médico) ou CIAP (enfermeiro) correto de acordo com a condição do paciente, marcando a condição avaliada do paciente como ativo;</li> <li>• Ainda durante a consulta, o profissional apto deverá solicitar o exame de Hemoglobina Glicada ao paciente diabético, ao menos uma vez ao ano, bem como avaliar o resultado do mesmo.</li> <li>• Orientar o cidadão com diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento e a realização do exame de</li> </ul>
--	----------------------	------------	--

		<p>hemoglobina glicada (e explicando a diferença do exame com a glicemia de jejum), mesmo que esta não esteja descompensada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A ESF poderá flexibilizar agenda sem realizar reserva de período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;</li> <li>• Lançar corretamente no sistema de informação (conforme manual do E-SUS PEC / MS), a solicitação e resultados dos exames realizados.</li> </ul>
--	--	---

### 13-FISIOTERAPIA

A Fisioterapia contribuiu para melhor qualidade de vida da população, por meio da utilização de conhecimentos específicos dessa área, seja no tratamento reabilitador ou por meio de ações educativo-preventivas e curativas, integrando o trabalho desenvolvido nas UESFs e Academia de Saúde por uma equipe multiprofissional. A maioria dos casos se dá por encaminhamento médico, com prioridade para os casos pós-operatórios, pós-fratura, pacientes portadores de Acidente Vascular

Cerebral–AVC e/ou com problemas respiratórios, crianças e pós covid. As queixas atendidas com maior frequência são: lombalgia, hérnia de disco e outras alterações na coluna e do aparelho respiratório.

As atividades desenvolvidas na Atenção Fisioterápica são: Visita e atendimento domiciliar a pacientes acamados, com demandas agudas ou crônicas passíveis de resolução e apoio domiciliar; Atividades físicas e educativas em grupos: terceira idade, hipertenso, diabético, gestantes, obesidade; Atividades em grupo com usuários portadores de dor crônica, por exemplo, saúde da coluna; Atendimento individual agendado, priorizando urgências (pós-operatórios e covid recentes, afecções diversas agudas e crianças)

## **14- Programa Saúde Na Escola (PSE)**

### **Equipe executora**

- Estratégia de Saúde da Família
- Saúde Bucal
- NASF – Núcleo de apoio à saúde da família
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- ACS
- Comunidade Escolar (escola e professores)
- Comunidade em Geral
- Comunidade Institucional

### **Parceria Institucional**

- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Educação

O programa de saúde na escola prevê a integração da perspectiva dos professores dos estudantes dos pais e representantes da sociedade civil em planejamentos integrados. Nesse tipo de planejamento mais facilmente, criam-se as referências para o acompanhamento dos resultados em função do interesse de ver cumprido as metas pactuadas.

A expectativa desse plano é preparar a comunidade escolar para o desenvolvimento de ações que envolva educação e saúde. Elaboração de proposta participativa e representativa e melhoria da vida em sociedade. Nesse sentido, a iniciativa é um aprendizado da cidadania, que pode ter início no âmbito da saúde e da educação, mas que também tem como ideal estender-se para outras áreas, tais como: assistência social, cultura, esporte e lazer consolidando a participação e protagonismo local.

Assim, o objetivo do planejamento das ações do PSE é uma aproximação da educação e da saúde. Escolas e unidades de saúde precisam ser estimuladas e atuarem conjuntamente a partir da necessidade, do desejo e da vontade de gerar uma sociedade mais saudável, por meio do diálogo entre a comunidade escolar e a equipe da Estratégia Saúde da Família que provém as interlocuções

entre diferentes setores da sociedade e dos programas/políticas em desenvolvimento na escola e parcerias locais

O Programa Saúde na Escola (PSE), política Inter setorial da saúde e da educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos na educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Também pode ser compreendida como ponto de partida para o crescimento individual de uma comunidade, pois favorece a reflexão e o despertar de uma consciência crítica da sociedade dos seus valores e diferenças.

- **Plano De Ação – Programa Da Saúde Na Escola**

#### **Objetivo Geral**

Este plano de ação tem como objetivo a execução das ações pactuadas da saúde junto à educação para melhoria da qualidade de vida da sociedade escolar e dos demais familiares.

#### **Objetivos Específicos**

- Desenvolver as atividades da saúde para promoção de qualidade de vida junto à comunidade escolar, em todas as 32 escolas que estão pactuadas ao programa.  
Buscar parcerias de entidades junto à formação do grupo GTI-Ma. (Grupo de trabalho Integrado).
- Identificar o educando com possível sinal de agrado de saúde negligenciado.
- Capacitar as equipes da estratégia de saúde da família assim como todos os outros profissionais envolvidos nas realizações das ações pactuadas.

#### **ESCOLAS ATENDIDAS COM O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

<b>INEP</b>	<b>ESCOLA</b>	<b>POLO/POVOADO</b>	<b>QTD ALUNOS</b>





com a atenção hospitalar e especializada, sendo as suas linhas prioritárias: Saúde da Mulher, Atenção Materno-Infantil, da Criança e Adolescente, saúde do idoso, atenção às condições Crônicas, atenção à pessoa com deficiência, saúde Mental e saúde bucal.

### **15.1-Saúde Bucal**

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento aliado aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. Na Unidade Básica de Saúde, o usuário recebe atendimentos básicos e gratuitos em Odontologia. As ações destinam-se exclusivamente à prevenção, promoção e manutenção dos agravos à saúde. Os serviços odontológicos são ofertados à toda população, incluindo gestantes, idosos, crianças, pacientes portadores de necessidades especiais. Os principais serviços ofertados são consultas odontológicas, atendimento de urgências, exodontias, raspagem, restaurações, profilaxia, aplicação tópica de flúor. Além dos atendimentos curativos há também os trabalhos realizados em prevenção e promoção à saúde como: palestras de orientação de higiene bucal, técnica de escovação supervisionada, ação coletiva de bochecho de flúor, sensibilização da importância da saúde bucal aos grupos de gestantes, diabético/hipertenso e programa de detecção precoce do câncer bucal.

Dentre as dificuldades encontradas pelo setor de saúde bucal no município de Pinheiro, podemos destacar: Consultórios odontológicos de algumas unidades de saúde com infraestrutura inadequada, manutenção de equipamentos odontológicos sem resultados efetivos, falta de instrumentais, como canetas de alta e baixa rotação, atraso no processo de licitação para compras de equipamentos odontológicos, de empresa de manutenção e reparos para os gabinetes

odontológicos, quadro de profissionais insuficiente e falta de capacitação para os profissionais da Saúde Bucal.

O Município de Pinheiro possui 15 cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Básica, sendo 14 em Equipes de Saúde Bucal, modalidade I e 1 equipe atuando no Centro de Especialidades Médicas de Pinheiro.

Os compromissos da gestão na organização do modelo de atenção em saúde bucal têm como pressupostos a qualificação e resolutividade da atenção básica; a articulação de toda a rede de serviços, a vigilância à saúde e a atuação intersetorial. No conjunto das ações prioritárias está a expansão da cobertura das Equipes de Saúde Bucal, inclusive na assistência domiciliar, do laboratório de prótese e dos serviços de atendimentos de urgência. A Integração dos serviços se dará por meio do aprimoramento dos mecanismos regulatórios, sob a lógica da coordenação do cuidado a partir da atenção básica.

### **Objetivo Geral**

Reorganizar a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **• Apresentação Das Equipes Saúde Bucal**

- Quantitativo de UBS com Programa de Saúde Bucal no Município de Pinheiro: 10
- Cada equipe composta por um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal
- Horário de funcionamento: 08:00 às 12:00 horas 14:00 às 17:00



- UBS AGROVILA
- UBS CURITIBA
- UBS SÃO JOAQUIM
- UBS JAPÃO
- UBS CRUZEIRO
- UBS CAFUNDOCA
- UBS SÃO MIGUEL
- UBS ILHA TERCEIRA
- UBS SÃO CARLOS
- UBS SANTA EULÁLIA
  
- **Atribuições Do Cirurgião Dentista Inserido No PSF**

Os cirurgiões dentistas das equipes de Saúde da Família devem realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, bem como atender à comunidade no território adscrito nas Unidade Básica de Saúde (UBS) em que a sua equipe está atrelada.

Por atender compreende-se: promover e proteger a saúde bucal, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratar, acompanhar, reabilitar e manter a saúde bucal dos indivíduos, famílias e grupos específicos. Além disso, devem realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências.

## **15.2-Assistência à Saúde da Criança e Adolescente**

Propõe garantir à criança e ao adolescente um conjunto de ações integradas e articuladas dentro do contexto social e familiar, visando promover infância e adolescência protegidas e saudáveis. Por meio de visitas domiciliares realiza busca ativa nos territórios de abrangência e constrói matriciamento de casos com a rede de serviços do município quando necessário. Desenvolve ações educativas e de puericultura até 2 anos de idade com avaliação do crescimento e desenvolvimento, favorecendo-se diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação, evitando assim desvios do crescimento que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Também se promove o aleitamento materno e a alimentação saudável, prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência. O Programa é desenvolvido pela AB desde a década de 70, sendo periodicamente aprimorada, e em 2017 o processo de trabalho foi reorganizado, consideradas as recomendações atuais do Ministério de Saúde.

### **- Linha de Cuidado à Saúde da criança e do adolescente**

Esta linha de cuidado tem o objetivo do atendimento da faixa etária do recém-nascido até os 19 anos de idade, sendo priorizada a infância, como todo o atendimento de puericultura, sendo extremamente importante para diagnosticar e assim garantir o atendimento e encaminhando para os serviços de referências, diminuindo chances de adoecer ou morrer no primeiro ano de vida

O município segue o padrão de carteira de saúde da criança do Ministério da Saúde, quais devem conter todos os dados do parto e nascimento, além de vacinas e demais informações, porém as informações são q que o MS não irá fornecer as carteirinhas.

Evidenciamos que são realizados os seguintes testes neonatal nas crianças, conforme preconizado : teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho e teste do coraçãozinho, monitorando e acompanhando crianças que tiverem testes alterados

Também, o município realiza as atividades do PSE, que visa prevenção e promoção à saúde, para estudantes da rede pública de educação.

## **15.3-Assistência à Saúde da Mulher**

A política de Saúde da mulher em Pinheiro tem como objetivo geral a promoção de saúde e prevenção de agravos, baseadas em ações de atenção integral á saúde, perpassando todas as fases

biológicas da vida mulher. Uma equipe multiprofissional e transdisciplinar vinculada à rede de assistência intersetorial realiza as ações voltadas a esse grupo na AB, dentro da Estratégia Saúde da Família, com o auxílio das equipes NASF.

No intuito de direcionar e padronizar essa assistência, o Município pretende instituir em 2018 Protocolo Clínico de Saúde da Mulher, acerca das ações voltadas à atenção integral à gestante de risco habitual e puérpera, detecção e controle do câncer de colo de útero e mama e planejamento familiar.

O acompanhamento da saúde da mulher neste período gravídico-puerperal se dá com vistas a prevenir agravos, promover a saúde, estabelecer o cuidado e instalar medidas vigilância e proteção ao binômio materno-fetal.

Entretanto é importante alertarmos que uma assistência integral não se faz apenas com consultas, nem apenas por médicos e enfermeiras, por mais competentes, habilitados ou envolvidos que sejam. Pois integralidade da assistência se faz por meio de múltiplos olhares. Em outras palavras significa o envolvimento de uma equipe multi e transdisciplinar exemplificada pela equipe mínima da Estratégia Saúde da Família incluindo agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Mas também pela equipe de apoio formada por assistentes administrativos, serviços gerais, médicos pediatras, gineco-obstetras, psicólogos, fisioterapeutas, assistente social, educadores físicos, nutricionistas e tantos outros que compor o trabalho na atenção primária em saúde. É assim, através deste modelo que o município reduziu e vem controlando os números de mortalidade materno-infantil.

### **Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e Atenção Materno/Infantil**

A Atenção materno-infantil está implantada e tem como principal objetivo, a organização da atenção e assistência nas ações do pré-natal, parto e puerpério e assim o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, através da puericultura, com ênfase no primeiro ano de vida

As principais e fundamentais ações para esta organização são: acolhimento das gestantes no pré-natal de maneira precoce, realização de no mínimo 7 consultas de pré-natal, realização dos exames fundamentais nos três trimestres gestacionais, estratificação de risco e vinculação a Unidade de alta complexidade ou seja o Consórcio para o pré-natal, bem como o hospital de referência para o seu parto.

Necessário o trabalho informativo, com enfoque a todas as fases da vida da mulher, como aleitamento materno, gravidez na adolescência, entre outros assuntos pertinentes, por toda equipe de atenção básica.

Então salienta que necessita de reestruturação do quadro de profissionais, principalmente porque no momento, o município não conta com Médico Ginecologista/Obstetra. E captação precoce das gestantes em todas as unidades básicas de saúde e fortalecimento do Comitê de Prevenção da mortalidade Materna, Infantil e Fetal, bem como de notificações e investigações.

Assim, com este trabalho contínuo, buscar-se-á aumentar a qualidade de vida das mulheres são-mateuense e redução da mortalidade materna e infantil.

### **Prevenção do câncer de colo de útero e detecção precoce do câncer de mama**

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades

O Câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

A cobertura destes programas é avaliada pela secretaria de saúde através de relatório mensal, e o seguimento das pacientes com alteração nos exames é realizado pela equipe através de registros de controle da Unidade de Saúde e Sistema Ministerial, Siscolo e Sismama, que foi unificado em um sistema único denominado SISCAN WEB, iniciado em agosto de 2013.

Para ampliar o acesso das pacientes aos exames a Secretaria realiza no mínimo 2 campanhas anuais, uma no mês de março para comemorar o Mês da Mulher, e outra em outubro com parcerias com o movimento Outubro Rosa

### **. - Programa de Planejamento Familiar**

A assistência ao planejamento familiar está pautada no princípio da paternidade responsável e visa oferecer à comunidade atendida, o acesso a orientações e meios para bem planejar a família, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento.

A assistência à concepção inclui as orientações no campo da sexualidade, bem como das alternativas de métodos existentes para o efetivo planejamento, e encaminhamentos para especialidades se assim necessário.

#### **15.4- - Saúde do Homem**

Segundo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em Saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes ecuidados da saúde.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem).

#### **15.5. - Saúde do Adulto e Idoso**

O Programa de atenção ao adulto e idoso do município, além de incentivar a adoção de um estilo de vida saudável pela comunidade, tem como objetivo a prevenção dos principais fatores de risco à saúde nestas faixas etárias. Para tanto é realizada a captação precoce e o acompanhamento sistemático das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio de uma rede de cuidados e profissionais de saúde capacitados.

Baseados na Política Nacional de Saúde do Idoso, a Atenção Primária à Saúde realiza ações como: Implantação da Caderneta da Pessoa Idosa, com aumento gradativo do preenchimento; Promoção à saúde através de prevenção como a vacinação da pessoa idosa e prevenção de quedas, através de grupos (atividade física e atividade de vida diária).

## **Linha de Cuidado à Saúde do Idoso**

A percepção é nítida com o envelhecimento e expectativa de vida aumentando, há necessidade de estratégias para a promoção e prevenção de doenças para as pessoas idosas. Esta Linha de cuidado iniciou recentemente no Estado, assim vem sendo aprimorada e ampliada, visando nortear as ações. São Mateus do Sul tem 71,10% de seus idosos estratificados, sendo assim necessário ter esta identificação total para um dimensionamento da real necessidade para um plano de cuidado voltado para este público-alvo.

Atualmente são realizados monitoramentos de pessoas idosas com doenças crônicas por meio de reuniões, visitas domiciliares, através de equipe multiprofissional, evidencia-se que Idosos que necessitem de cuidados de especialistas

Todas estas ações com o objetivo de oferecer um cuidado oportuno e eficiente para que alcance um envelhecimento ativo e saudável, com qualidade de vida, independência e autonomia pelo máximo de tempo possível

### **15.6-Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes**

A doença cardiovascular representa hoje, no Brasil, a maior causa de mortes sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsável por 62,1% dos diagnósticos primários dos submetidos à diálise. Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, devido ao crescimento e envelhecimento da população e persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (MS, 2006). Estratégias e ações têm sido implementadas com intuito de reduzir as incapacidades que estas morbidades produzem, bem como medidas de rastreamento e de prevenção. Com a implantação dos programas de atendimento integral aos pacientes diabéticos e hipertensos, melhores índices de cobertura têm sido alcançados, por meio da Estratégia Saúde da Família apoiada pelo NASF. Tem sido possível a detecção precoce de pacientes sintomáticos e sob risco, por meio de realização de grupos, palestras, acompanhamento por exames laboratoriais periódicos de acordo com a severidade de cada caso, controle clínico-metabólico, consultas médicas e de enfermagem e fornecimento de medicamentos previstos em Protocolos e Portarias do MS.

Os medicamentos fornecidos nesses Programas são: captopril 25 mg, enalapril 10 mg e 20 mg, glibenclamida 5 mg, hidroclortiazida 25 mg, metformina 850 mg, metildopa 250 mg, anlodipina de 5 mg, propranolol 40 mg, furosemida 40 mg.



As Insulinas NPH e regular têm sido fornecidas pelo Ministério da Saúde e será dispensadas em todas as UBS O Protocolo de Saúde do Adulto de Pinheiro (Protocolo de Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus e Dislipidemia) será implantado em 2018

### **15.7– Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiências**

Com o objetivo integral às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, múltiplas deficiências, temporárias ou permanentes. A deficiência mais presente na população é a visual, seguida por física e ou motora,). Destaca-se o serviço de reabilitação intelectual, motora entre outras, pela APAE, sendo que durante o período de Pandemia, percebeu-se um aumento da demanda de atendimentos em seus serviços. Destaca-se a necessidade de implantação do CER II no município.

## **16. ATENÇÃO HOSPITALAR**

- **Realiza:**

- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Urgência e emergência em geral

- **Possui:**

- Laboratório de Patologia Clínica;
- Serviço de Radiologia;
- Núcleo de Epidemiologia: Coleta de lâmina para malária, Notificação e investigação dos agravos de notificação obrigatória, soros antiofídicos, rábicos, tetânicos e outros;

- **Infraestrutura/ Serviços**

<b>ESTRUTURA FÍSICA</b>	<b>QTD</b>
Sala da direção	01
Sala de arquivo	01
Sala de registro	01
Faturamento	01
Secretaria	01
Laboratório	01
Sala de raio x	01
Estar medico	01
Sala de epidemiologia	01
Consultório ortopédico	01
Sala de curativo ortopédico	01
Estar de enfermagem	01
Consultório medico	04
Sala de observação	01
Sala de sutura/curativo	01
Sala de apoio cardiológico	01
Sala de triagem	01
Sala de pequena cirurgia	01
Banheiros para funcionários	15
Banheiro para pacientes	19
Enfermarias	17
Sala de reanimação	01
DML	01
Sala de utilidades	01
Expurgo	01
Câmara escura	01
Sala de cirurgia geral	01
Sala de cirurgia ortopédica	01
Sala de recuperação anestésica	01
Sala de repouso medico	01
Sala de esterilização	01
Sala de preparo - CME	01
Sala de cirurgia geral	01

Farmácia	01
Posto de enfermagem	04
Rouparia	01
Sala de equipamento	01
Refeitório	01
Cozinha	01
Sala de distribuição de alimentos	01
Sala de nutrição	01
Vestiário	02
Deposito de nutrição	01
Deposito de material limpeza	01
Lavanderia	01
Necrotério	01
Sala de grupo gerador	01

## **17. ATENÇÃO Á SAÚDE MENTAL**

### ➤ **Centro De Atenção Psicossocial (CAPS I)**

#### ➤ **Objetivos:**

- Reduzir os sintomas: farmacologia, grupos terapêuticos, apoio familiar
- Reduzir o estigma
- Promover competência social e profissional
- Promover autonomia e cidadania
- Reinsere socialmente pacientes excluídos

#### ➤ **Serviços Oferecidos:**

Atendimentos individuais por equipe multidisciplinar, consulta com Médico psiquiatra, grupos e oficinas terapêuticas, psicoterapia, grupos com serviço social, grupos temáticos, assembleias, oficinas de relaxamento, artesanato, visita domiciliar, inserção em grupo e avaliação terapêutica.

#### ➤ **Equipe De Profissionais:**

- 1- Coordenador Geral
- 1- Diretor administrativo
- 1- Médico Psiquiatra
- 1-Farmacêutica
- 1-Psicóloga
- 1-Assistente Social
- 1- Terapeuta Ocupacional
- 2- Auxiliares de serviços gerais
- 2- Cozinheiras
- 2- Vigilantes

#### ➤ **Transtornos Mentais Mais Frequentes No CAPS II**

- Esquizofrenia
- Transtorno Afetivo Bipolar
- Transtorno Depressivo
- Transtorno De Ansiedade
- Retardo Mental
- Transtorno De Personalidade
- Dependência Química
- Epilepsia

### **Rede de Atenção Psicossocial**

O município de Palmeirândia, conta com o Centro de Atendimento Psicossocial, habilitado pelo Governo Federal. Atualmente a equipe realiza aproximadamente 425 atendimentos por mês, sendo que a equipe é formada por médico psiquiatra, psicólogo, enfermeira, técnica de enfermagem, terapeuta ocupacional e assistente social além da equipe de apoio. O CAPS não possui prédio próprio assim sendo os atendimentos são realizados em um imóvel locado. As atividades realizadas são: Psicoterapia de grupo, de Enfermagem, de Serviço Social, oficinas de artes, atendimentos individuais, reuniões de família, atendimentos individuais e familiar, de educação em saúde, atividades culturais, visita domiciliar, reuniões Inter setoriais, encaminhamentos para regime integral, entre outras.

**Tabela 74 - Histórico de atendimentos e procedimentos realizados – CAPS –**

Procedimento	2020	
Visita domiciliar		
Consulta com profissional de Nível superior na atenção especializada		
Consulta médica especializada		
Acolhimento inicial		
Busca Ativa Administração Medicação		
Atendimento familiar		

Atendimento individual – pacientes com transtorno mental severo e persistente		
Internamento psiquiátrico		

### **Rede de Atenção à Urgência e Emergência.**

A rede de Urgência e emergência, conta com um Pronto Atendimento Municipal (PA), ela sendo a porta de entrada do município, buscando garantir a integralidade do cuidado, possibilitando a resolução integral ou transferindo-o para Unidades Hospitalares, com serviço de maior complexidade

#### **17.1 SERVIÇOS PARA IMPLANTAÇÃO**

EMAD-

CONSULTÓRIO SAUDE MENTAL

-CER

-SAMU

### **18-Regulação, Auditoria e Tratamento Fora de Domicílio**

O município não conta com o serviço de regulação e auditoria, dentro de sua estrutura organizacional.

Há necessidade de implantação de equipe para regulação e auditoria ou médico auditor de maneira efetiva, principalmente devido ao elevado número de pessoas em fila de espera de consultas especializadas e exames.

Já referente ao Tratamento Fora do Domicilio (TFD), as consultas especializadas e exames, são referenciados e agendados.

## **19-GESTÃO EM SAÚDE**

As boas práticas e planejamento em saúde são essenciais através dos 03 instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, bem como as prestações quadrimestrais de Saúde, todos instrumentos mantendo compatibilidade com os instrumentos de planejamento do Governo Municipal, sendo Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Um Sistema de Saúde precisa atender as necessidades da população e condizendo com suas diretrizes. Todo o processo tem de ser planejado, monitorado e avaliado, tendo em vista novas situações

Assim, o principal objetivo é proporcionar qualidade de vida, através da promoção e prevenção da saúde, ressalta-se as dificuldades e desafios encontrados, mas a gestão municipal busca que a Atenção Básica seja a norteadora e reguladora dos seus serviços, o planejamento é ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal, assim alcançando índices satisfatórios em todos os fatores analisados em todas as esferas de governo.

### **19.1- Regionalização**

A Secretaria de Saúde participa regularmente de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), está promovida pela Regional de Saúde de Viana, promovida pelos secretários municipais, estes dois espaços importantíssimos para debates e articulação para o fortalecimento da saúde em nível regional.

### **19.2- Financiamento**

O financiamento da Saúde é tripartite como determina a Constituição Federal, ou seja, as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, devem participar da receita para custear as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, conforme a Emenda Complementar nº 29/2020 e Lei Complementar 141/2012, os Municípios devem investir no mínimo 15 % de recursos próprios em Saúde. Na sequência a tabela apresenta um demonstrativo das receitas de financiamento, por esfera de gestão. Está demonstrada a arrecadação das receitas do Município sobre as quais são deduzidos os 15 %, da Lei Complementar 141/2020, que obrigatoriamente devem ser repassados a saúde. Apresenta também os valores de repasses SUS, federal e estadual.

Os recursos empreendidos pela Secretaria são definidos nos instrumentos de gestão fiscal: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual. O grande passo para a melhoria da gestão dos recursos financeiros da Saúde ante a organização, em princípio, não está nela sozinha, mas em sua integração com outras áreas, como o planejamento e o alcance dos resultados de forma geral

### **19.3-Financiamento Covid-19**

Como já citado anteriormente em 2020, no âmbito do financiamento houve situação especial em relação a Pandemia de Covid-19, com repasses de recursos através de várias Portarias. Recursos advindos da transferência da União repassados pelo FNS conforme Portarias específicas nos blocos de manutenção e estruturação para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública .

### **19.4-Informações em Saúde**

Sabemos que cada vez as ações necessitam de monitoramento, assim requerendo elas em tempo oportuno, há necessidade de rapidez e a qualidade dos dados coletados, assim encontra-se em implantação o sistema de Prontuário eletrônico, possibilitando a toda equipe de saúde um planejamento eficaz para a tomada de decisão de acordo com a realidade, destaca-se que há necessidade de equipar todas as Unidades de Saúde principalmente das localidades do interior com *internet* e computadores, assim possibilitando a utilização do Sistema.

Para os gestores da saúde no Brasil, os sistemas de informação “Informatizados” permitiram, nos últimos anos, analisar a situação de saúde em seu território e avaliar o sucesso de suas intervenções, monitorar e controlar as atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviços, e quantificar/determinar o volume de recursos financeiros a ser transferido a cada um. Desde a implementação do Pacto pela Saúde, este papel é ainda mais estratégico. No que diz respeito ao Pacto pela Vida, a relação é direta, dado que o aferimento do alcance as metas pactuadas depende da alimentação das bases de dados nacionais. (CONASS, 2011).

Podemos destacar entre eles, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DIGISUS, Sistema de Informações Ambulatorial de Saúde (SIA), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Cadastro Nacional do SUS (CADWEB SUS), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), E-GESTOR AB, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos

(SINASC), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI WEB), entre outros que são de extrema importância.

### **19.5-Transporte Sanitário**

O serviço de Transporte Sanitário Público realiza o transporte programado ou não programado (transferências de emergência) de pacientes para atendimentos em outras unidades, principalmente para a Região de Pinheiro destaca-se também os serviços eletivos dentro do município. São, ainda, transportados mediante agendamento com antecedência ao evento, usuários com necessidades especiais para exames e consultas programadas com especialistas.

Atualmente, contamos com uma frota de **38 veículos** de Transporte Sanitário Público citados abaixo

### **19.6-GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

#### **Gestão do Trabalho**

Secretaria Municipal de Saúde é composta, atualmente, por um quadro funcional, por servidores efetivos, cargos em comissão, servidores celetistas e estagiários. O quadro atual é de **199 servidores, sendo 146 estatutários e 45 celetistas, 01 agente político, 07 cargos em comissão e 29 estagiários, totalizando 228 colaboradores.**

### **19.7-Educação em Saúde**

O município não disponibiliza de um Plano de Capacitação e educação permanente para seus funcionários. Há uma grande necessidade de potencializar estas ações de iniciativa própria, através capacitações/treinamentos para todos os profissionais da Secretaria de Saúde e Conselheiros Municipais de Saúde

### **20-Conselho Municipal de Saúde -**

**O Conselho Municipal de Saúde é regulamentado pela Lei Municipal nº 968/1991 reformulada pela Lei Municipal nº 1348/2000, é composto por representantes dos usuários, representantes de Profissionais da Saúde, Representantes da Gestão e prestadores de serviços vinculado ao SUS.**

O CONSELHO é de esfera deliberativo, normativo e fiscalizador de todas as ações dos serviços de saúde, inclusive financeiro. Tem papel fundamental na tomada de decisão ou assuntos que são submetidos, atuando nas estratégias e promoção do processo de controle social. Também



há necessidade de qualificar os conselheiros de saúde, com treinamentos, para que os mesmos possam assim, conhecer o seu papel na íntegra.

O Conselho é composto por uma mesa diretora que conta com Presidente e vice-presidente e contém Regimento Interno Próprio. No ano de 2021, foram realizadas **10 reuniões**.

## **Conferência de Saúde**

A Conferência Municipal de Saúde é realizada a cada 4 anos, e tem o objetivo principal de mostrar a sociedade a responsabilidade e importância na participação das decisões na política de saúde, analisar resultados das ações de serviços prestados, bem como definir novas metas e ações.

A Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2021, a mesma contou com 3 temas: Democracia e Saúde, Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Os trabalhos coletivos foram divididos em 03 grupos e foram levantadas as seguintes deliberações:

### **EIXOS TEMÁTICOS E DIRETRIZES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MUNICIPAL**

#### **Eixo Temático I**

– Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade:

– Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

– Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS

. – Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica e nas redes temáticas.

– Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção em saúde.

### **Eixo Temático II**

– Fortalecimento de uma Vigilância em Saúde Participativa e Democrática:

– Reduzir e prevenir os 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

. – Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

– Promover o Fortalecimento nas Ações Emergenciais de Combate à Pandemia Causada pelo Novo Coronavírus

### **Eixo Temático III**

– Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde:

– Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho

– Plano de Carreira, cargos e salários do SUS, o trabalho no SUS passe a ser encarado como Carreira de Estado;

– Desenvolvimento e de ações e criação de instrumentos que visem à humanização das condições e das relações de trabalho e entre profissionais usuários;

## **Eixo Temático IV**

### **– Participação e Controle Social:**

– Fortalecer o controle social e garantir o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

– Definição e implementação de uma política local de Ouvidoria do SUS, de forma a organizar as estruturas de escuta do cidadão usuário do SUS. Esta política deve ampliar os canais de relação e participação de escuta ao cidadão, estar voltada a resolução pronta dos problemas denunciados e que seja também, geradora de informações para apoio e qualificação da gestão em saúde

### **O Conselho tem realizado as seguintes atividades:**

- ❖ Apreciação do calendário de reuniões ordinárias do ano letivo;
- ❖ Designação de comissão para elaboração de trabalhos;
- ❖ Acompanhamento e fiscalização dos serviços executados pela Secretária de Saúde;
- ❖ Apreciação e aprovação de construção de novas Unidades de Saúde;
- ❖ Apreciação e aprovação das propostas de implantação de Programas para a Atenção primária.

## **21- PANDEMIA COVID -19**

Em dezembro de 2019, SARS-CoV-2 foi identificado como a causa do surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em Wuhan, China. No início, muitos dos pacientes do surto na China, teriam algum vínculo com um grande mercado de frutos do mar e animais, sugerindo a disseminação de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes não teve exposição ao mercado de animais, indicando a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

As infecções por coronavírus geralmente causam doenças respiratórias leves a moderadas, semelhantes a um resfriado comum, podendo evoluir ao óbito em alguns casos<sup>1</sup>. Alguns coronavírus podem causar doenças graves com impacto importante em termos de saúde pública, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV), identificada em 2002 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), identificada em 2012<sup>2</sup>. Os sintomas mais comuns dessas infecções podem incluir sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais, entre outros)<sup>1,3,4</sup> e febre (a febre pode não estar presente em alguns pacientes, como crianças, idosos, imunossuprimidos ou que fizeram uso de medicamentos para diminuir a febre)<sup>4,5</sup>. Alguns casos de infecções pelo SARS-CoV-2 apresentam sintomas gastrointestinais.

A disseminação do SARS-CoV-2 se dá através de gotículas respiratórias quando os pacientes tosse, falam alto ou espirram. O contato próximo também é uma fonte de transmissão (por exemplo, contato com a conjuntiva da boca, nariz ou olhos através da mão contaminada).

O período de incubação acredita-se ser de até 14 dias após a exposição e a suscetibilidade geral, por se tratar de um vírus novo. Sobre a imunidade não se sabe se a infecção em humanos que não evoluíram para o óbito irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida<sup>4</sup>. O que sabemos é que a projeção em relação aos números de casos está intimamente ligada à transmissibilidade e suscetibilidade. Ainda não existe vacina para prevenir a infecção por SARS-CoV-2.

As medidas de prevenção e controle de infecção para a Doença pelo Coronavírus (COVID-19) devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada. Essas orientações são baseadas nas informações atualmente disponíveis sobre o SARS-CoV-2 e podem ser refinadas e atualizadas à medida que mais informações estiverem disponíveis, já que se trata de um microrganismo novo no mundo e, portanto, com poucas evidências sobre ele

Este documento tem o objetivo de sistematizar as ações e procedimentos de responsabilidade da esfera municipal.

### **Características Gerais**

Os coronavírus (CoV) são uma grande família viral, conhecidos desde meados dos anos 1960, que causam infecções respiratórias em seres humanos e animais. Geralmente, infecções por coronavírus causam doenças respiratórias leves a moderadas, semelhantes a um resfriado comum.

A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem.

Alguns coronavírus podem causar síndromes respiratórias graves, como a síndrome respiratória aguda grave que ficou conhecida pela sigla SARS da síndrome em inglês "SevereAcuteRespiratorySyndrome". A SARS é causada pelo coronavírus (SARS-CoV) e teve os primeiros relatos na China em 2002. Disseminou-se rapidamente para mais de doze países na América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia, infectando mais de 8.000 pessoas e causando aproximadamente 800 mortes, antes da epidemia global ser controlada em 2003. Desde 2004, nenhum caso de SARS foi relatado mundialmente

## 5- Agente Etiológico

Pertencente à família Coronaviridae, gênero Coronavírus, subdividido em três grupos principais, com base em propriedades genéticas e sorológicas. Cada grupo inclui muitos vírus que causam problemas de doença no homem, animais ou aves<sup>1,2,7</sup>.

- Ordem: Nidovirales
- Família: Coronaviridae
- RNA vírus
- Infecção em mamíferos e aves

## 6- Reservatório e Modo de Transmissão

A maioria dos coronavírus geralmente infectam apenas uma espécie animal ou, pelo menos um pequeno número de espécies proximamente relacionadas. Porém, alguns coronavírus, como o SARS-CoV-2 podem infectar pessoas e animais.

O reservatório animal para o SARS-CoV-2 é incerto, mas parece estar relacionado com morcegos. Também existe a probabilidade de haver um reservatório animal para o MERS-CoV que foi isolado de camelos e morcegos. As investigações sobre transmissão do novo coronavírus ainda estão em andamento, mas a disseminação de pessoa para pessoa, ou seja, a contaminação por contato está ocorrendo. É importante observar que a disseminação de pessoa para pessoa pode ocorrer de forma continuada.

Apesar disso, a transmissão dos coronavírus costuma ocorrer pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas, como:

- gotículas de saliva;
- espirro;
- tosse;
- secreção nasofaríngea;
- contato com pessoa doente;
- contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

## **7- Período de Incubação**

Estima-se que o período de incubação seja de 2 a 14 dias.

### **7.1-Suscetibilidade**

A suscetibilidade é geral. Em idosos, crianças e pessoas com doenças preexistentes, existe uma maior probabilidade de se tornarem casos graves.

### **7.2-Manifestações Clínicas**

Os sinais e sintomas clínicos da Doença pelo Coronavírus (COVID-19) são principalmente respiratórios, semelhantes a um resfriado. Porém, podem causar infecção do trato respiratório inferior, como as pneumonias.

#### **Os principais sintomas são:**

febre, tosse e dificuldade para respirar. Alguns casos podem apresentar sintomas gastrointestinais e pneumonias.

Embora a maioria das pessoas infectadas apresente sintomas leves a moderados, a Doença pelo Coronavírus (COVID-19) pode provocar sintomas mais graves, e em alguns casos, levar à morte. No entanto, até o momento, as formas mais graves têm se manifestado em populações já reconhecidamente vulneráveis a outros vírus respiratórios, como idosos e pessoas com doenças crônicas ou imunossuprimidas.

Vale ressaltar que os níveis de alerta devem ser considerados como flexíveis e mutáveis de acordo com o cenário epidemiológico vigente. De tal modo, a reativação do COE pode acontecer diante do risco de um aumento de novos casos confirmados da Covid-19 e mesmo se a emergência de saúde pública tiver ou não sido declarada como encerrada.

## **CENTROS DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-1**

Os Centros de Atendimento à Covid-19 compreendem os espaços físicos estruturados pela gestão municipal e do Distrito Federal para o acolhimento e atendimento de usuários com queixas relacionadas aos sintomas de Covid-19.

Os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 têm como finalidade:

I - identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2, por meio da qualificação do processo de acolhimento com classificação de risco, visando à identificação da necessidade de tratamento imediato em sala específica para tal atividade;

II - realizar atendimento presencial para os casos que necessitem, utilizando método fasttrack de atendimento, para:

a) identificação tempestiva da necessidade de tratamento imediato;

b) estabelecimento do potencial de risco, presença de agravos à saúde ou grau de sofrimento; e

c) estabilização e encaminhamentos necessários, seguindo os protocolos relacionados ao Sars-CoV-2, publicados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde;

III - realizar a testagem da população de risco, considerando os públicos-alvo e respectivas indicações do Ministério da Saúde;

IV - notificar adequadamente os casos conforme protocolos do Ministério da Saúde e atuar em parceria com a equipe de vigilância local;

V - orientar a população sobre as medidas a serem adotadas durante o isolamento domiciliar e sobre medidas de prevenção comunitária;

VI - articular com os demais níveis de atenção à saúde fluxos de referência e contrarreferência, considerando o disposto nos Planos de Contingência de cada ente federativo.

Art. 3º Os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 devem:

I - funcionar em locais de fácil acesso à população e possuir espaço físico mínimo exigido para os Centros de Atendimento para Enfrentamento, observado o disposto no Anexo I, resguardadas as diretrizes básicas de biossegurança e privacidade necessárias a cada tipo de atendimento ofertado;

II - atuar de modo complementar às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, compartilhando o cuidado das pessoas assistidas pelas equipes e prestando assistência àquelas que apresentarem síndrome gripal; e

III - enviar informações aos Sistemas de Informação em Saúde vigentes.

## DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

Assim, após toda a análise situacional realizada neste plano, buscou definir metas a serem realizadas, que venham melhorar a qualidade da saúde dos municípios.

As Diretrizes foram baseadas de acordo com o Plano Estadual, elas são o caminho que se deseja seguir. Elas são instruções para se determinar um plano

Os Objetivos relacionados a cada diretriz representam os resultados esperados, a fim de se reduzir os problemas e necessidades identificados.

A Meta especifica a mudança desejada ou o resultado para determinados objetivos, para isso está sendo anualizada e exige ser monitorada e avaliada, assim alcançando as próprias expectativas.

O Indicador é a maneira que a meta será mensurada e medida através de um número absoluto, índice, percentual, razão entre outros.

Assim sendo, após todo o processo de construção coletiva da Secretaria Municipal de Saúde e representatividade do Conselho Municipal de Saúde, seguem a definição de 5 diretrizes, 22 objetivos, 76 metas. Apresentam-se a seguir.

AÇÕES	INDICADOR	META	META ANUAL			
			2022	2023	2024	2025
Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família no município, com a implantação de mais ESF;	Numero de ESF implantadas	Ampliar a cobertura de ESF	0	1	1	0
Construção de UBS	Número de UBS's em funcionamento	Programar projeto de construção UBS's	-	-	1	-
Manutenção Predial das UBS no município	100% das UBS's em funcionamento	Garantir a Reforma/Ampliação de 12 UBS no município	26	26	26	26
Uniformes para ACS	Número ACS's beneficiados	Garantir melhores de condições de trabalho aos ACS's	X	-	X	X
Aquisição de 03 caminhonetes	Continuidade do atendimento	Viabilizar melhoria no acesso dos profissionais às UBS's das zonas rurais e garantir a continuidade do atendimento	0	01	1	01
Aquisição de equipamentos e insumos	Qualidade do atendimento	Garantir o adequado funcionamento das UBS's e a continuidade no atendimento	X	X	X	X

Elaboração de um instrumento de avaliação das ações e serviços de saúde ofertados no município a ser aplicado por meio de reuniões quadrimestrais nas comunidades	Nível de satisfação do usuário	Avaliar o nível de satisfação dos usuários com relação às ações e serviços ofertados	X	X	X	X
Implantação de incentivo financeiro às ESF que alcançarem às metas pactuadas	Valorização dos Profissionais da AB	Promover a valorização dos profissionais da AB e incentivo a melhoria na qualidade e quantidade de serviços ofertados	X	X	X	X
- Ampliar os atendimentos das Equipes da Estratégia de Saúde da Família-ESF; e Garantir que a equipe esteja completa.	Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica abaixo de 15%	Manter as internações por causas sensíveis à atenção básica para 15%	X	X	X	X
- Acompanhar os beneficiários do Programa Bolsa família quanto aos pré-requisitos da saúde;	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF igual ou superior a 90%	Acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa Família de pelo menos 90% dos cadastros	X	X	X	X
Realizar capacitação para os profissionais da ESF	Números de profissionais capacitados nos programas prioritários	Realizar capacitações para os profissionais da ESF (Enfermeiro, médicos, técnicos de enfermagem; e ACS vinculados às UBS's)	X	X	X	X
Aquisição de computadores;	Número de sistema de informação alimentado	Garantir a manutenção do banco de dados (100% do sistema nacional de informação alimentando)	80	10	10	10
Contratação de digitadores;	Número de sistema de informação alimentado	Garantir a manutenção do banco de dados (100% do sistema nacional de informação alimentando)	4	4	4	4
Ofertar de forma programada o serviço de coleta de exames laboratoriais complementares básicos.	Número de ESF integradas na rede de serviço laboratoriais	60% da ESF integradas na rede de serviço laboratoriais	X	X	X	X
Realizar pactuação dos indicadores da AB; - Participar da coordenação da AB em congressos e encontros na área; e, Garantir um trabalho integrado com as áreas técnicas do município.	Ação de fortalecimento da atenção básica	Realizar ações de fortalecimento da coordenação de atenção básica	X	X	X	X
Elaborar cronograma de visitas mensais as ESF; e apresentar o plano de trabalho com as atividades a serem desenvolvidas; - Registrar o acompanhamento da situação da Saúde da Família, equipes, cobertura, profissionais e resultados;	Ações de planejamento e integração da atenção básica	Realizar ações de planejamento da atenção básica	X	X	X	X
Manter atualizado os profissionais no CNES; - Solicitar relatórios gerenciais mensalmente, para apresentar estes dados da situação da atenção básica no	Acompanhamento da ESF	Acompanhar ESF em todo município	X	X	X	X

município, para análise junto às equipes de Estratégia da Saúde da família;						
Avaliar a produção da ESF mensalmente. Utilizando as informações do ESUS como instrumento de gestão, avaliação, planejamento e monitoramento	Número de avaliação da ESF	100% de Avaliação das ações da ESF	X	X	X	X
- Definir cotas de atendimentos médicos especializados por ESF; Reunir as equipes para definir o fluxograma de regulação;	19 ESF reguladas para serviços especializados e exames laboratoriais	Realizar a regulação ambulatorial para 19 ESF referente aos serviços especializados, e CAPS	X	X	X	X
-Atualização do cadastro familiar mensalmente; Garantir o funcionamento da USF todos os dias úteis nos dois expedientes; Trabalhar com mapas de sua área de atuação na qual discriminam as micro-áreas de responsabilidade dos ACS's; Organizar os prontuários por núcleo familiar; Definir cronograma em conjunto com os membros da equipe	Número de organização do trabalho da saúde da família	Organizar 100% do processo de trabalho na ESF	X	X	X	X
Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	Percentual de estratégia implantada	Implantar em 100% Das UBS	02	02	8	07

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
1.1.1 Realizar diagnóstico situacional anual da Atenção Primária à Saúde (APS) no município, a partir das necessidades de saúde da população, através da articulação com a Vigilância em Saúde (VeS) e outros níveis de atenção do SUS	Diagnóstico situacional da APS realizado anualmente	Realizar 1 diagnóstico situacional na APS.	Realizar 1 diagnóstico situacional na APS.	Realizar 1 diagnóstico situacional na APS.	Realizar 1 diagnóstico situacional na APS.
1.1.2 Implementar novas políticas de educação permanente para os servidores da Administração Direta, com foco nas necessidades de saúde da população, frisando o acolhimento e vínculo, de modo a ser alcançado o atendimento integral ao usuário.	Cronograma estabelecido e implementado	Estabelecer 1 cronograma anual de temas prioritários da Política de Educação Permanente e implementá-lo	Estabelecer 1 cronograma anual de temas prioritários da Política de Educação Permanente e implementá-lo	Estabelecer 1 cronograma anual de temas prioritários da Política de Educação Permanente e implementá-lo	Estabelecer 1 cronograma anual de temas prioritários da Política de Educação Permanente e implementar

1.1.3 Efetivar a atenção centrada na pessoa no âmbito da Atenção Primária em Saúde, buscando aumentar acesso e resolutividade dos cuidados através de revisões dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde.	Percentual de UBS com revisão do processo de trabalho efetivado	Revisar os processos de trabalho de 100% das UBS, visando à efetivação da atenção centrada na pessoa.	Revisar os processos de trabalho de 100% das UBS, visando à efetivação da atenção centrada na pessoa.	Revisar os processos 100% das UBS, visando à efetivação da atenção centrada na pessoa.	
1.1.4 Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos usuários inscritos no Programa Bolsa Família em todas as Unidades de Saúde	Percentual de acompanhamentos das condicionalidades de saúde de inscritos no Programa Bolsa Família	Acompanhar as condicionalidades de saúde de no mínimo 75% dos usuários inscritos no Programa Bolsa Família.	Acompanhar as condicionalidades de saúde de no mínimo 75% dos usuários inscritos no Programa Bolsa Família	Acompanhar as condicionalidades de saúde de no mínimo 75% dos usuários inscritos no Programa Bolsa Família	Acompanhar as condicionalidades de saúde de no mínimo 75% dos usuários inscritos no Programa Bolsa Família
Ampliar o número de Equipes de Núcleos de Ampliado à Saúde da Família (NASF), visando o fortalecimento do apoio matricial enquanto estratégia de educação permanente dos profissionais, bem como à ampliação do espectro de atuação da APS do SUS, contemplando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.	Numero de novas equipes de NASF implantadas	Manter 3 equipes de NASF com atuação na APS	Manter 3 equipes de NASF com atuação na APS	Manter 3 equipes de NASF com atuação na APS	Manter 3 equipes de NASF com atuação na APS
Implantar o NASF 2 com equipamentos ,materiais para estimulação e reabilitação dos casos	01 novo NASF implantado	Manter funcionamento	Manter funcionamento	Manter funcionamento	Manter funcionamento
Reestruturar a sala do NASF com novos equipamentos ,materiais para estimulação e reabilitação dos casos	01 sala do NASF reestruturada	Manter sala estruturada	Manter sala estruturada	Manter sala estruturada	Manter sala estruturada

**OBJETIVO2:** Garantir atenção integral à saúde da pessoa portadora da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - doenças crônicas não transmissível, com estímulo à qualidade de vida, fortalecendo as ações de promoção e prevenção, no intuito de reduzir a incidência de complicações decorrentes dessas DCNT.

Melhorar as condições de saúde dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus mediante qualificação destes, dos profissionais envolvidos e das redes de atenção.

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
Fortalecer a assistência de insumos necessários e indispensáveis para a prática do cuidado  Promover a descentralização de insulina para as UBS	Proporção de insumos necessários	Alcançar população alvo	Alcançar população alvo	Alcançar população alvo	Alcançar população alvo
Realiza diagnóstico precoce por meio da glicemia em jejum ou glicohemoglobina, e o rastreamento habitual, a partir dos 45 anos ou em pacientes com excesso de peso ( IMC>25kg/m2) e UM dos fatores de risco sugeridos pela ADA.	Proporção de exames realizados	Buscar pessoas a partir de 45 anos			
Articular parcerias com centros de referências para diabetes	Proporção de parcerias pra Diabetes	Firmar 1 parceria para referência			
Realização de ações de rastreamento para hipertensos	Proporção de hipertensos rastreados	100% dos hipertensos rastreados	100% dos hipertensos rastreados	100% dos hipertensos rastreados	100% dos hipertensos rastreados
Realização de encontros mensais do HiperDiaEmDias	Proporção de hipertensos e diabéticos alcançados	60% dos hipertensos e diabéticos			
Realização DoDia Municipal De Combate Ao Diabetes Mellitus	Proporção de campanha realizada	1x/ano	1x/ano	1x/ano	1x/ano
Levantamento dos dados do Perfil Epidemiológico da população assistida	Proporção de perfil epidemiológico realizado	1 Perfil Epidemiológico ano			
Garantia de realização de exames especializados na prevenção de complicações	Proporção de exames realizados	100% dos exames	100% dos exames	100% dos exames	100% dos exames

OBJETIVOS 2.1.: Garantir da atenção integral a saúde da mulher, fortalecendo as ações de promoção, prevenção, diagnósticas e tratamento de doenças prevalentes na população feminina.

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, contribuindo para a

redução da morbidade e mortalidade feminina em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais.

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
Realização de mutirões e intensificação das coletas d PCCU no CEMP e nas UBS's; realização do "Outubro Rosa"	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológicos a cada três anos.	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológicos a cada três anos.	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológicos a cada três anos	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológicos a cada três anos
Ampliação da oferta de exames na rede pública	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
Palestra educativa distribuição de panfletos informativos sobre o risco do parto Cesário	Proporção de parto normal	Aumentar o percentual de parto normal	Aumentar o percentual de parto normal	Aumentar o percentual de parto normal	Aumentar o percentual de parto normal
Busca ativa das gestantes para início do pré natal	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.
Intensificação da realização dos testes nas UBS's para gestantes	Número de testes de sífilis por gestante	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS
Monitoramento e busca ativa das gestantes para realização do pré natal	Numero de óbitos maternos no município de Pinheiro no ano	Reduzir o numero de óbitos maternos.	Reduzir o numero de óbitos maternos.	Reduzir o numero de óbitos maternos.	Reduzir o numero de óbitos maternos

Oferta de consultas e exames específicos para as mulheres	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos) investigados	Reduzir o número de óbito de mulheres em idade fértil (10-49 anos)	Reduzir o número de óbito de mulheres em idade fértil (10-49 anos)	Reduzir o número de óbito de mulheres em idade fértil (10-49 anos)	Reduzir o número de óbito de mulheres em idade fértil (10-49 anos)
Realização de palestras educativas nas escolas do município	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Reduzir o número de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10-19 anos	Reduzir o número de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10-19 anos	Reduzir o número de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10-19 anos	Reduzir o número de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10-19 anos
Realização Palestras e minicursos sobre a importância do aleitamento materno exclusivo	Índice de aleitamento materno exclusivo	Aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo	Aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo	Aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo	Aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo
Realizar ações de intensificação nas coletas de exames de mamografia	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Reduzir o número de nascidos vivos com microcefalia	Reduzir o número de nascidos vivos com microcefalia	Reduzir o número de nascidos vivos com microcefalia	Reduzir o número de nascidos vivos com microcefalia

**OBJETIVO 3:** Ampliar e manter as ações do Programa Saúde na Escola e fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; Tomando por base à área adstrita da estratégia e dos programas da atenção primária que contempla o programa saúde na escola

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
Realização de dinâmicas e palestras, conforme o tema solicitado pelo ciclo 2017 do PSE;	Proporção de palestras realizadas	Alcançar 10.085 alunos	Alcançar 10.085 alunos	Alcançar 10.085 alunos	Alcançar 10.085 alunos
Promover ações de combate ao mosquito Aedes	- Proporção de ações realizadas	Alcançar o público alvo de 10.085 alunos			

Promover ações de verificação e atualização do calendário vacinal	- Proporção de ações realizadas	Realizar a busca ativa dos alunos			
Promover ações de saúde sexual e reprodutiva Campanha HPV e Meningococo	Proporção de ações realizadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas
Envolver os profissionais enfermeiros, dentistas, e outros no processo de trabalho do PSE	Proporção de profissionais envolvidos	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas
Realizar debates educativos referentes ao bullying e a cultura afrodescendente combatendo o racismo;	Proporção de ações realizadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas
Realizar palestras educativas diabetes e hipertensão arterial;	Proporção de ações realizadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas	Escolas pactuadas
Orientação da escovação e Aplicação de flúor;	Proporção de ações realizadas	32 escolas pactuadas	32 escolas pactuadas	32 escolas pactuadas	32 escolas pactuadas

**OBJETIVO4:** Garantir acesso da população à serviços de qualidade e em tempo adequado ao atendimento odontológico, além da educação permanente em saúde dos profissionais e da população; integralidade, participação social, educação em saúde; promoção, prevenção da saúde e humanização.

Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da Saúde Bucal;

AÇÃO	INDICADOR	META 2022	2023	2024	2025
Realizar procedimentos coletivos para prevenção de cáries e doenças periodontais na população de 0 a 14 anos, visando a redução do número de exodontias realizadas na Atenção Básica	Percentual de procedimentos coletivos realizados	80%	80%	80%-	80%-
Aquisição de autoclaves para os 14 postos de saúde, incluindo 1 para o CEMP, assegurando a população à terem procedimentos livre de contaminação por bactérias e demais infecções	Percentual de autoclaves adquiridas	02	02	02	02
Realização de procedimentos preventivos como restaurações e profilaxia (limpeza)	Percentual de procedimentos preventivos realizados	80%	80%	90%	90%

Aquisição de novas cadeiras odontológicas para substituição das mesmas para as UBS de PACAS II, KIOLA SARNEY, JOÃO CASTELO, SÃO CAETANO, SANTA SOFIA, AVE MARIA	Percentual cadeiras odontológicas substituição	02 cadeiras	02 cadeiras	02 cadeiras	02 cadeiras
Reestruturação dos consultórios odontológicos	Proporção de consultórios reestruturados	80%	-80%	-80%	-80%
Alimentação mensal do sistema de informação CNES eESUS	Proporção de sistema alimentado	12 meses	12 meses	12 meses	12 meses
Aquisição de um odontomóvel para aumentar cobertura da população	Proporção de proposta apresentada no MS	-	1	-	-
Aumentar o acesso da população na 1ª consulta odontológica programática	Proporção da população de primeira consulta odontológica programática	80%	80%	80%	80%
Aquisição de um veículo para transporte da equipe	Proporção de veículo adquirido	1	1	1	-
Realização de campanha de prevenção contra o câncer de boca	Proporção de campanhas realizadas	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
Realização de capacitações para os profissionais – dentistas e auxiliares de saúde bucal	Proporção de capacitações realizadas	2/ano	2/ano	2/ano	2/ano
Realização de supervisão técnica para monitoramento e avaliação	Proporção de supervisão realizada	2/mês	2/mês	2/mês	2/mês
Garantir a participação do coordenador em congressos, seminários.	Proporção de encontros	X	X	X	X-

## DIRETRIZ II. AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATORIAL.

OBJETIVO 1: Organizar um modelo de Vigilância em Saúde (VeS), que viabilize o fortalecimento das ações de saúde coletiva desenvolvidas no SUS-Pinheiro

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
Realização de Monitoramento de cobertura vacinal com parâmetros municipais.	Proporção de crianças vacinadas	Alcançar a cobertura vacinal em 95% nas crianças menores de 1 ano Indicador	Alcançar a cobertura vacinal em 95% nas crianças menores de 1 ano Indicador	Alcançar a cobertura vacinal em 95% nas crianças menores de 1 ano Indicador	Alcançar a cobertura vacinal em 95% nas crianças menores de 1 ano Indicador
Capacitação de Imunização os vacinadores	Proporção de vacinadores treinados	Capacitação de Imunização para 100 % dos vacinadores	Capacitação de Imunização para 100 % dos vacinadores	Capacitação de Imunização para 100 % dos vacinadores	Capacitação de Imunização para 100 % dos vacinadores

Implantação do SI-PNI nas salas de vacinas do município.	Proporção de salas de vacina informatizada	Implantação do SI-PNI em 100% das salas de vacina do município.	Implantação do SI-PNI em 100% das salas de vacina do município.	Implantação do SI-PNI em 100% das salas de vacina do município.	Implantação do SI-PNI em 100% das salas de vacina do município.
Manter coberturas vacinais do calendário Básico de Vacinação	Percentual de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais adequadas.	Manter 100% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais adequadas.	Manter 100% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais adequadas.	Manter 100% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais adequadas.	Manter 100% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais adequadas.
Intensificar vacinação Covid-19	Cobertura vacinal adequada	Cobertura vacinal adequada	Cobertura vacinal adequada	Cobertura vacinal adequada	Cobertura vacinal adequada
Intensificar ações de prevenção e controle covid-19	Ações realizadas	Ações realizadas	Ações realizadas	Ações realizadas	Ações realizadas
Realizar ações de Monkeypox de controle e prevenção	Ações realizadas	Ações realizadas	Ações realizadas	Ações realizadas	Ações realizadas
Vacinar a população com a vacina contra a gripe, de acordo com a indicação de grupos prioritários pelo Ministério da Saúde	Percentual de cobertura vacinal dos grupos prioritários.	Manter no mínimo em 80% da cobertura vacinal dos grupos prioritários definidos pelo MS	Manter no mínimo em 80% da cobertura vacinal dos grupos prioritários definidos pelo MS	Manter no mínimo em 80% da cobertura vacinal dos grupos prioritários definidos pelo MS	Manter no mínimo em 80% da cobertura vacinal dos grupos prioritários definidos pelo MS
Vacinar adolescentes na Campanha Nacional de Vacinação contra HPV E MENINGOCOCICA conforme as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde para cada ano.	Percentual de cobertura vacinal das crianças menores de cinco anos	Manter no mínimo em 95% da cobertura vacinal	Manter no mínimo em 95% da cobertura vacinal	Manter no mínimo em 95% da cobertura vacinal	Manter no mínimo em 95% da cobertura vacinal
-Manter as ações de descentralização para detecção dos casos de tuberculose para as UBSs -Manter o monitoramento das ações de descentralização do Programa de Tuberculose. - Garantir a realização das Campanhas de Prevenção à Tuberculose determinadas pelo Ministério da Saúde	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera
Manter o monitoramento do número de coleta de TB nas Unidades Básicas de Saúde, assim como promover atualizações aos profissionais testadores	Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose

Fortalecer ações de descentralização para detecção dos casos de Hanseníase para as UBS -Realizar capacitação dos profissionais	Proporção da cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Aumentar para 85% a proporção de cura de casos novos de hanseníase	Aumentar para 85% a proporção de cura de casos novos de hanseníase	Aumentar para 85% a proporção de cura de casos novos de hanseníase	Aumentar para 85% a proporção de cura de casos novos de hanseníase
Promover ações para exame dos contatos	Proporção de contatos examinados	100% de contatos examinados	100% de contatos examinados	100% de contatos examinados	100% de contatos examinados
Realizar a campanha anual de Hanseníase e Verminoses	Proporção de campanhas realizadas	90% dos alunos	90% dos alunos	90% dos alunos	90% dos alunos
Realizar capacitação para ampliar números de profissionais aconselhadores aptos a realizar referido exame de sífilis. - Manter as 3 coletas de VDRL preconizadas no protocolo. - Intensificar a busca ativa dos comunicantes de casos positivos de sífilis	Número de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano	Reduzir a incidência de sífilis congênita			
Manter o processo de descentralização de 100% das UBS no diagnóstico precoce do HIV e contenção da epidemia, ampliando em 100% no ano o número de profissionais treinados Manter oficinas de trabalho em conjunto com os serviços de saúde	Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos.	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.
Fortalecer as ações de investigação para controle do óbito infantil e fetal.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais			
Fortalecer as ações para investigação do óbito materno	Proporção de óbitos maternos investigados	Investigar 100% dos óbitos maternos			
Fortalecer as ações para investigação do óbito em MIF	Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade	Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade	Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade	Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade
Promover a capacitação aos profissionais que realizam o preenchimento de declaração de óbito conforme demanda dos serviços.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida
Alimentar o banco de dados municipal (SINAN) em prazo adequado	Proporção de casos de doenças de	Encerrar 80% ou mais das doenças			

	notificação compulsória imediata	compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.	compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.	compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.	compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.
Realizar Capacitações de agravos de saúde do trabalho	Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	Ampliar em 10% em relação ao ano anterior a notificação e a investigação de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	Ampliar em 10% em relação ao ano anterior a notificação e a investigação de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	Ampliar em 10% em relação ao ano anterior a notificação e a investigação de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	Ampliar em 10% em relação ao ano anterior a notificação e a investigação de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho
Realizar Capacitações do agravos : - Garantir que haja o efetivo número de ACE - Acompanhar os casos suspeitos e confirmados internados em Hospitais - Monitorar, analisar e encerrar os casos de Dengue - Realizar reuniões mensais e programações para controle da dengue	Número de casos confirmados de Dengue	Manter a incidência anual de Dengue menor de 1%	Manter a incidência anual de Dengue menor de 1%	Manter a incidência anual de Dengue menor de 1%	Manter a incidência anual de Dengue menor de 1%
Realizar visitas domiciliares para tratamento e eliminação de criadouros de Aedes aegypti em no mínimo quatro ciclos e 80% dos imóveis em cada ciclo	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados	Realizar 4 ciclos, dos 7 preconizados, com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis	Realizar 4 ciclos, dos 7 preconizados, com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis	Realizar 4 ciclos, dos 7 preconizados, com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis	Realizar 4 ciclos, dos 7 preconizados, com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis
Manter o Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti menor que 1%	Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti mantido	Manter o Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti menor que 1%	Manter o Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti menor que 1%	Manter o Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti menor que 1%	Manter o Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti menor que 1%
Manter a vigilância de acidentes e violências através da notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (SINAN).	Vigilância de acidentes e violências mantida	Manter a vigilância de acidentes e violências através da notificação de violência	Manter a vigilância de acidentes e violências através da notificação de violência	Manter a vigilância de acidentes e violências através da notificação de violência	Manter a vigilância de acidentes e violências através da notificação de violência

		doméstica, sexual e/ou outras violências (SINAN)	doméstica, sexual e/ou outras violências (SINAN)	doméstica, sexual e/ou outras violências (SINAN)	doméstica, sexual e/ou outras violências (SINAN)
.Realizar pesquisa para Aedes aegypti em todos os pontos estratégicos (PE) para a dengue cadastrados pelo município.	Percentual de pontos estratégicos pesquisados.	Pesquisar em todos os pontos estratégicos (PE) para a dengue cadastrados pelo município. Percentual de pontos estratégicos pesquisados. Pesquisar 100% dos pontos estratégicos para a dengue cadastrados à procura de A. aegypti. 8	Pesquisar em todos os pontos estratégicos (PE) para a dengue cadastrados pelo município. Percentual de pontos estratégicos pesquisados. Pesquisar 100% dos pontos estratégicos para a dengue cadastrados à procura de A. aegypti	Pesquisar em todos os pontos estratégicos (PE) para a dengue cadastrados pelo município. Percentual de pontos estratégicos pesquisados. Pesquisar 100% dos pontos estratégicos para a dengue cadastrados à procura de A. aegypti	Pesquisar em todos os pontos estratégicos (PE) para a dengue cadastrados pelo município. Percentual de pontos estratégicos pesquisados. Pesquisar 100% dos pontos estratégicos para a dengue cadastrados à procura de A. aegypti
Promoção de Ações de Controle da Malária: -Garantir tratamento em até 48 hrs do início dos sintomas	% de tratamento aplicado	Iniciar tratamento em 48 hrs	Iniciar tratamento em 48 hrs	Iniciar tratamento em 48 hrs	Iniciar tratamento em 48 hrs
vacinação anti-rábica de cães e gatos conforme disponibilizadas pelo MS atendendo ao protocolo preconizado	Protocolo de vacinação anti-rábica realizado	Realizar a vacinação antirrábica com vacinas disponibilizadas pelo MS e conforme protocolos	Realizar a vacinação antirrábica com vacinas disponibilizadas pelo MS e conforme protocolos	Realizar a vacinação antirrábica com vacinas disponibilizadas pelo MS e conforme protocolos	Realizar a vacinação antirrábica com vacinas disponibilizadas pelo MS e conforme protocolos

Objetivo2: Implementar ações de vigilância Sanitária e Ambiental para a promoção da saúde.

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
Fortalecer as ações de vigilância Ambiental: - Monitorar e avaliar os resultados realizados em amostras de água para consumo humano	Proporção de amostras analisadas	Ampliar para 100% amostras analisadas de água			

<p>Realizar ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadastrar os estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária ;</li> <li>- Realizar Inspeção Sanitária nos estabelecimentos;</li> <li>- Realizar atividades educativas e ações de informação em Vigilância Sanitária para a população e para o setor regulado</li> <li>-Receber, atender e documentar as denúncias, reclamações e demandas relacionadas à Vigilância Sanitária</li> </ul>	<p>Proporção de grupos de ações de Vigilância Sanitária</p>	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância sanitária</p>	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância sanitária</p>	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância sanitária</p>	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância sanitária</p>
--	---	--	--	--	--

### DIRETRIZ III: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Objetivo 1: Implantar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Mental ampliando o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos Inter setoriais.

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
<p>Estabelecimento de mais 5 leitos em Hospital Geral e melhoria dos leitos existentes</p>	<p>Percentual de internações psiquiátricas/ ano;</p>	<p>Ampliar os serviços de atenção psicossocial.</p>	<p>Ampliar os serviços de atenção psicossocial</p>	<p>Ampliar os serviços de atenção psicossocial</p>	<p>Ampliar os serviços de atenção psicossocial</p>
<p>Capacitação continuada dos trabalhadores dos CAPS para o preenchimento do RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde).</p>	<p>Proporção de profissionais capacitados</p>	<p>100% dos profissionais</p>	<p>100% dos profissionais</p>	<p>100% dos profissionais</p>	<p>100% dos profissionais</p>
<p>Ampliação da interface com a Rede Inter setorial, qualificando o acesso</p>	<p>Nº de 1º atendimento no CAPS</p>	<p>Ampliar o acesso deUsuários aos Centros deAtenção</p>	<p>Ampliar o acesso deUsuários aos Centros deAtenção</p>	<p>Ampliar o acesso deUsuários aos Centros deAtenção</p>	<p>Ampliar o acesso deUsuários aos Centros deAtenção Psicossocial</p>

e a atenção dos usuários nos territórios de pertencimento.		Psicossocial (CAPS) em 15%.(2018	Psicossocial (CAPS) em 15%.(2018	Psicossocial (CAPS) em 15%.(2018	(CAPS) em 15%.(2018
Definição, apresentação, Pactuação e divulgação da Linha de Cuidado em Saúde Mental junto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	Nº de 1º atendimento no CAPS	Ampliar o acesso de Usuários aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 15%.(2018	Ampliar o acesso de Usuários aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 15%.(2018	Ampliar o acesso de Usuários aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 15%.(2018	Ampliar o acesso de Usuários aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 15%.(2018
Instituição da Alta Qualificada, após internação hospitalar, e atendimento de urgência, com encaminhamentos responsabilizados para a Rede de Atenção Psicossocial.	Número de alta qualificada	100% de alta qualificada	100% de alta qualificada	100% de alta qualificada	100% de alta qualificada
Promover a integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental  -Ampliar número de profissionais capacitados na abordagem ao usuário com transtorno mental.	Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Capacitar ao ano 25% de cada equipe de saúde (UBS) em saúde mental	Capacitar ao ano 25% de cada equipe de saúde (UBS) em saúde mental	Capacitar ao ano 25% de cada equipe de saúde (UBS) em saúde mental	Capacitar ao ano 25% de cada equipe de saúde (UBS) em saúde mental
Solicitação de reforma e adequação da estrutura física do CAPS I	Proporção de CAPS reformado	Reformar CAPS II	-	-	-
Ampliação do nº de serviços de saúde mental;  -Criar leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, para o cuidado na crise, com preservação de vínculos e manutenção de laços sociais e familiares;	Proporção de serviços implantados	1 Ampliar o nº de serviços de saúde mental :CAPS AD, CAPS IJ ,ALCOOL E DROGAS ,AUA ,  -Criar leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, implantar equipe multiprofissional em saúde mental	1 Ampliar o nº de serviços de saúde mental :CAPS AD, CAPS IJ ,ALCOOL E DROGAS ,AUA ,  -Criar leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, implantar equipe multiprofissional em saúde mental	-	-
Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços que serão implantados;	Nº de casos discutidos em	Monitorar 100% dos	Monitorar 100% dos serviços implantados	Monitorar 100%	Monitorar 100% dos serviços implantados

- Realizar reuniões para Matriciamento e construção de Rede	reunião de equipe.  - Nº de Altas por abandono, por trimestre;	serviços implantados		dosserviços implantados	
Realização de reunião com os Coordenadores Gerais dos CAPS. Participar da reunião geral dos CAPS para avaliação e discussão do processo de trabalho	Nº de reuniões de equipe de CAPS realizadas entre as previstas	Integrar e reorganizar Rede de Atenção Psicossocial, por meio da participação em 6 (seis) reuniões de equipe de cada CAPS por ano.	6 (seis) reuniões de equipe de cada CAPS por ano.	6 (seis) reuniões de equipe de cada CAPS por ano.	6 (seis) reuniões de equipe de cada CAPS por ano.
Ações de prevenção do suicídio em função de sua prevalência (em torno de 10.000 mortes/ano no Brasil) e do seu crescimento entre a população jovem, sendo uma causa de morte amplamente prevenível	Nº de equipamentos inseridos na linha de cuidado/nº total de equipamentos  - Elaboração do Protocolo Municipal de Saúde Mental	Implantar "Protocolo de Atenção aos Indivíduos que se auto agredem/tentam suicídio", elaborado pela Coordenação de Saúde Mental, nas unidades de saúde até 2019. Divulgar este protocolo aos demais pontos de atenção que não estão diretamente subordinados a SEMUS	Manter Protocolo	Manter Protocolo	Manter Protocolo

**DIRETRIZ IV- AMPLIAR O ACESSO E QUALIDADE DOS CUIDADOS REALIZADOS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
Implantar o SAMU conforme Pactuação regional.	Número de novas ambulâncias incorporadas a frota do SAMU.	Enviar proposta	Implantar serviço-	Implantar serviço--	Incorporar 5 novas ambulâncias para recompor a frota existente -
..atualizado os protocolos clínicos para atendimentos de urgências em adultos e crianças.	Protocolos clínicos para atendimentos de urgências em adultos e crianças atualizados	Atualizar anualmente dois protocolos clínicos para atendimento de urgência em adultos e crianças	Atualizar anualmente dois protocolos clínicos para atendimento de urgência em adultos e crianças	Atualizar anualmente dois protocolos clínicos para atendimento de urgência em adultos e crianças	Atualizar anualmente dois protocolos clínicos para atendimento de urgência em adultos e crianças

**Objetivo 2 : Implantação da Rede de Atenção às Urgências –RAU**

Elaborar projetos de Implantação do EMAD I E EMAPI que contemple a Atenção Domiciliar	Proporção de serviços de atenção domiciliar implantados	01 EMAD implantado 01 EMAP implantado	Serviço implantado	Serviço implantado	Serviço implantado
---	---	--	--------------------	--------------------	--------------------

**OBJETIVO 3 : Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência, temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua no SUS.**

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
Elaborar projetos de Centro Especializado de Reabilitação (CER) que contemplem as deficiências visual, auditiva, física e intelectualautismo.	Proporção de serviços implantados	Implantar os serviços	Serviço implantado	Serviço implantado	Serviço implantado

Construção de um CER I no município de	% de CER construído	50% Construído	100% Construído	-	-
.Aquisição de Equipamentos para o CER III	Nº de equipamentos adquiridos	Adquirir 100% dos equipamentos previstos nos instrutivos do MS para o CER III	-	-	
Construção de 01 Oficina Ortopédica fixa	% de construção	50% Construído	100% Construído		
Habilitação de 01 Oficina Ortopédica fixa	% de HABILITAÇÃO	- Serviço implantado	Serviço implantado	Serviço implantado	Serviço implantado

#### Objetivo 4 : Implantação da Rede de Atenção à Doenças Crônicas

AÇÃO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025
implantação do Polo Academia da Saúde	% de polo implantado	100%	100%-	100%-	100%-
Implantação da consulta ao fumante para controle do Tabagismo	% de consulta implantada	Fazer adesão	Serviço implantado	Serviço implantado	Serviço implantado
.Garantir Serviço de Referencia para Diagnostico do Câncer de Mama	% de serviço de referencia	Garantir Serviço de Referencia	Garantir Serviço de Referencia	Garantir Serviço de Referencia	Garantir Serviço de Referencia
.Garantir acesso aos exames para diagnostico do Câncer de Mama	% de exame para diagnostico	Garantir acesso aos exames			
.Ampliar as especialidades em Ginecologia	% de consulta especializada	Ampliar as especialidades	Ampliar as especialidades	Ampliar as especialidades -	Ampliar as especialidades -



## **ANÁLISE E CONCLUSÃO**

O Planejamento é uma importante ferramenta para a superação de dificuldades e aproveitamento de oportunidades. A saúde, como resultante de inúmeros fatores, é um campo propício ao incontrolável. Este fato também faz com que seus resultados estejam em constante interface com várias outras áreas, como Educação, Habitação, Segurança Alimentar, Trabalho e Emprego.

Contudo o desenvolvimento do conjunto de ações, estabelecidas neste Plano Municipal de Saúde para o período de 2022 a 2025 deverá garantir o alcance das metas para a melhoria da saúde da população.

As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas tem se baseado na necessidade de compatibilizar as propostas da Conferência Municipal de Saúde, das políticas ministeriais e estaduais, demandas locais, análises técnicas e proposições do próprio serviço dentro dos limites orçamentários e financeiros. O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica.

As programações anuais de saúde deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas neste Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento dos serviços de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

Após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse plano substituirá o Plano Municipal de Saúde 2018-2021.



## REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da saúde. Pacto da Atenção Básica do SUS. Brasília, 2001.

BRASIL, SIM. Sistema de Informações sobre Mortalidade

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Manual de planejamento no SUS. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2016b. 138 p., il. (Série Articulação Interfederativa, v. 4).

### **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012**

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.