

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS



**VILSON SOARES FERREIRA LIMA**  
PREFEITO MUNICIPAL

**WILKA GABRIELLE DE VASCONCELOS SOUSA**  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**VALDIRENE MACIEL SANDES**  
PRESIDENTE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO</b>	<b>07</b>
2.1. Aspectos históricos	<b>07</b>
2.2 Localização	<b>08</b>
2.3 Dados Geográficos	<b>08</b>
2.4 População	<b>09</b>
2.4.1 População em Situação de Vulnerabilidade	<b>09</b>
2.5 Aspectos Socioeconômicos	<b>10</b>
2.6 Infraestrutura	
<b>3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Covid-19</b>	<b>16</b>
3.1.1 Evolução da pandemia decorrente pelo covid-19	<b>17</b>
<b>4. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Atenção Primária à Saúde</b>	<b>18</b>
4.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)	<b>21</b>
4.1.2 Atenção à Saúde Bucal	<b>23</b>
4.1.3 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária	<b>24</b>
4.1.4 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica	<b>24</b>
4.1.5 Programa Saúde na Escola	<b>26</b>
4.1.6 Programa Bolsa Família	<b>28</b>
4.1.7 Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável	<b>29</b>

<b>4.1.8 Políticas de Promoção da Equidade em Saúde</b>	<b>30</b>
<b>4.1.9 Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais</b>	<b>32</b>
<b>4.1.10 Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente</b>	<b>33</b>
<b>4.1.11 Atenção à Saúde da Mulher</b>	<b>34</b>
<b>4.1.12 Atenção à Saúde do Idoso</b>	<b>35</b>
<b>4.1.13 Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b>	<b>35</b>
<b>4.2 Atenção Especializada</b>	<b>36</b>
<b>5. GESTÃO</b>	<b>43</b>
5.1 Redes de Atenção à Saúde	<b>45</b>
<b>6. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO</b>	<b>45</b>
<b>7. FLUXOGRAMA PRA REDE DE ATENDIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIENCIA</b>	<b>47</b>
7. 1 Regulação e Fluxo de Atendimento	<b>47</b>
7.2 Regulação e TFD	<b>47</b>
7.3 Avaliação, Controle e Auditoria	<b>48</b>
7.4 Sistema de Informatização	<b>51</b>
<b>8. PLANEJAMENTO EM SAÚDE</b>	
8.1 Financiamento	
8.2 Educação em Saúde	
8.2 Ouvidoria	
<b>9. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	
<b>10.DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS INDICADORES</b>	
<b>11. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) para o período 2022 - 2025 é o instrumento central de planejamento que apresenta as diretrizes e os objetivos que norteiam a gestão das políticas de saúde no município, tendo como base o perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população, o Relatório da Conferência Municipal de Saúde, os projetos prioritários das Redes de Atenção à Saúde, o diagnóstico situacional realizado pelos gestores e as propostas do Plano de Governo para a saúde na gestão 2021 a 2024. Esse instrumento de planejamento expressa o compromisso da gestão com a efetivação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal em busca da universalidade, equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

É um importante instrumento de gestão, estruturado a partir das diretrizes de saúde aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), as quais expressam as linhas prioritárias de ação a serem seguidas, seus objetivos que expressam a situação almejada e as metas, que expressam um compromisso para alcançar os objetivos. Para isso são elaboradas as ações para o atingimento das metas inseridas na Programação Anual de Saúde (PAS) e discutidos e referendados pelo CMS.

O presente PMS foi elaborado pela equipe técnica representativa das Coordenações, Direções e Chefias da SEMUS, consideradas as propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde pelos segmentos legitimamente representados e dá continuidade ao Plano anterior, de forma que não haja solução de continuidade, e poderá ser atualizado mediante as necessidades incidentes no perfil epidemiológico, conforme se apresentem durante o período de sua vigência.

No tempo recente a Saúde da humanidade apresentou peculiaridades devido à contaminação pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2), que tomou proporções pandêmicas, conforme declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, devido à gravidade e rápida disseminação geográfica. Em pouco tempo, o Evento de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) chegou ao Brasil e o Ministério da Saúde conferiu ao mesmo a importância de Evento de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e foram acionadas medidas sanitárias urgentes de prevenção.

O PMS 2022-2025 traz como ações estratégicas a qualificação da oferta de serviços na atenção primária à saúde, preferencialmente na lógica da Estratégia da Saúde da Família, a ampliação e a qualificação dos serviços da atenção especializada ambulatorial e hospitalar,

aperfeiçoamento do serviço de urgência e emergência, bem como o fortalecimento do sistema de vigilância em saúde, da gestão do SUS e da participação popular. Outras ações pertinentes e importantes são a implementação dos sistemas de informação para a gestão da saúde, a política de educação permanente, o aprimoramento dos programas e serviços de saúde mental, saúde do idoso, doenças crônicas não transmissíveis.

As metas que acompanham as diretrizes propostas nesse PMS, dependem diretamente do financiamento das três esferas de governo – federal, estadual e municipal. O PMS é um instrumento de gestão dinâmico, podendo ser alterado anualmente na PAS, a partir das necessidades indicadas no RAG.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

### 2.1. Aspectos históricos

O município de João Lisboa foi criado em 15 de dezembro de 1961, pela lei 2.167 tendo sua origem do povoado Gameleira, que ficou conhecido como tal após a chegada do Sr. Joaquim Alves da Silva, no ano de 1925. O Sr. Joaquim foi o primeiro morador de Gameleira, chegando ali quando tudo ainda era mata, e fixou sua residência às margens do riacho jumbú, hoje interior da sede.

Mais tarde o senhor Joaquim mudou-se para o centro do município, estabelecendo moradia debaixo de uma frondosa árvore chamada Gameleira que servia de ponto de espera aos caçadores de animais silvestre que vinham de Imperatriz, pois este povoado fazia parte desse município.

A mata, que ainda era virgem foi sendo devastada pelo Sr. Joaquim. Caminhos foram se abrindo, e mais gente foi sendo atraída, até que se formou o povoado que ficou conhecido pelo nome da árvore. As pessoas foram se aglomerando, e se estabelecendo naquele lugar com a esperança de que seu futuro ali encontradas.

E com tudo que fazemos com esperança do êxito, um dia conseguimos, não podia ser diferente com os moradores de Gameleira que começaram por reivindicar do Sr. Prefeito Simplicio Moreira, que seu povoado passasse a Vila, a qual teria o mesmo nome do prefeito, pois, havia também o sonho de toda uma comunidade que mais tarde este virasse uma cidade.

Já era o ano de 1955, quando na sessão da décima-terceira reunião ordinária da Câmara Municipal de Imperatriz, aos doze dias do mês de setembro do mesmo ano, os vereadores votaram a favor do requerimento do Prefeito Simplicio Moreira mudando o nome do povoado Gameleira para a Vila Simplicio Moreira, cujo requerimento tinha como objetivo atender às reivindicações dos moradores daquele povoado.

Porém a Vila Simplicio Moreira ficou conhecida apenas no documento, pois os moradores continuaram reconhecendo o povoado como Gameleira, o qual foi esquecido só quando passou à cidade, seus habitantes atuais não sabem da existência da vila com esse nome.

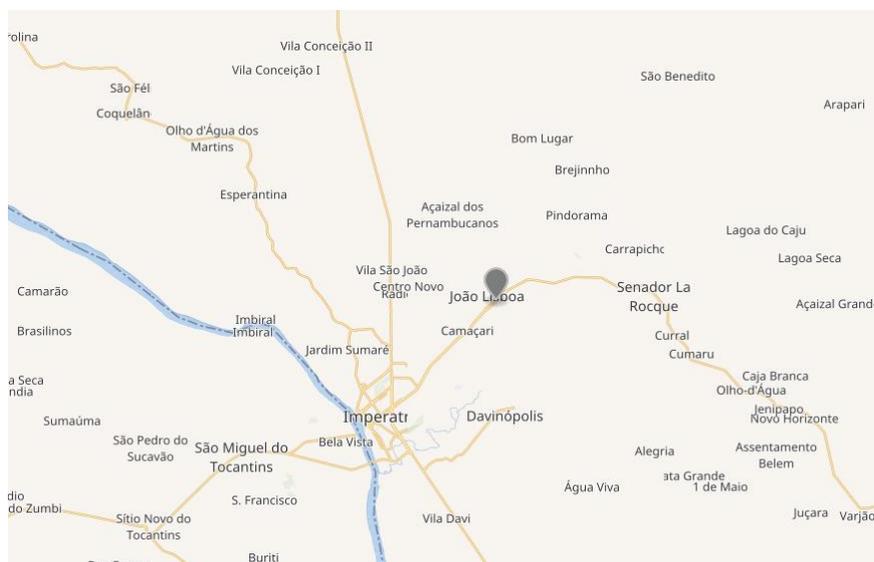
Elevado à categoria de município e distrito com a denominação de João Lisboa, pela lei estadual nº 2167, de 15-12-1961, desmembrado de Imperatriz. Sede no atual distrito de João Lisboa expovoado. Constituído de 2 distritos: João Lisboa e Buritirana. Criado com a

mesma lei de criação do município. Instalado em 22-12-1961. Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, o município é constituído de 2 distritos: João Lisboa e Buritirana.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 18-VIII-1988. Pela lei estadual nº 6189, de 10-11-1994, desmembra do município de João Lisboa o distrito de Buritirana. Elevado à categoria de município. Em divisão territorial datada de 15-VII-1997, o município é constituído do distrito sede.

## 2.2 Localização

João Lisboa é um município do estado do Maranhão localizado na região Nordeste do Brasil. O município de João Lisboa está localizado na latitude -5.44363 e longitude -47.4064 e possui uma área total aproximada de 1,135 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) .



A cidade de João Lisboa fica a 12 quilômetros de Imperatriz e a 650 de São Luís. É interligada ao sistema rodoviário nacional pelas rodovias Pedro Neiva de Santana (Rodovia Estadual MA 122, que liga o povoado Bela Estrela, no município de Grajaú, ao município de Imperatriz, na Avenida Babaçulândia), e pela Belém Brasília (BR 010). Mais de 50 quilômetros do município são hoje cortados pela Ferrovia Norte-Sul. Um dos marcos de inauguração dessa ferrovia, fica perto da cidade, no lugar chamado Pé de Galinha.

## 2.3 Dados Geográficos

Características geográficas	
<b>Área total</b>	1 135,211 km <sup>2</sup>
<b>População total</b> (estimativa 2021)	23.677 hab
<b>Densidade</b>	32,00 hab/km <sup>2</sup>
<b>Fuso horário</b>	Hora de Brasília ( <u>UTC-3</u> )

## 2.4 População

A estimativa da população de João Lisboa para 2021 segundo o IBGE é de 23.677 habitantes, a taxa de crescimento estimada de 2010 para 2021 foi de 13,93 %. As informações apresentadas na tabela abaixo são referentes ao último censo realizado em 2010.

Tabela 1 – População residente por faixa etária e sexo

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	980	937	1917
5 a 9 anos	972	930	1902
10 a 14 anos	1020	972	1992
15 a 19 anos	1092	1076	2168
20 a 29 anos	2050	2188	4238
30 a 39 anos	1779	1910	3689
40 a 49 anos	1336	1474	2810
50 a 59 anos	986	1148	2134
60 a 69 anos	673	803	1476
70 a 79 anos	399	499	898
80 anos e mais	188	265	453
<b>Total</b>	<b>11475</b>	<b>12202</b>	<b>23677</b>

Fonte: – Censo Demográfico/ IBGE/2010

A tabela acima evidencia que a população feminina é maior que a masculina, porém com uma diferença de 727 mulheres a mais que homens. A pirâmide abaixo mostra que o maior número de pessoas está na faixa etária de 10 a 14 anos, seguida de 05 a 09 anos.

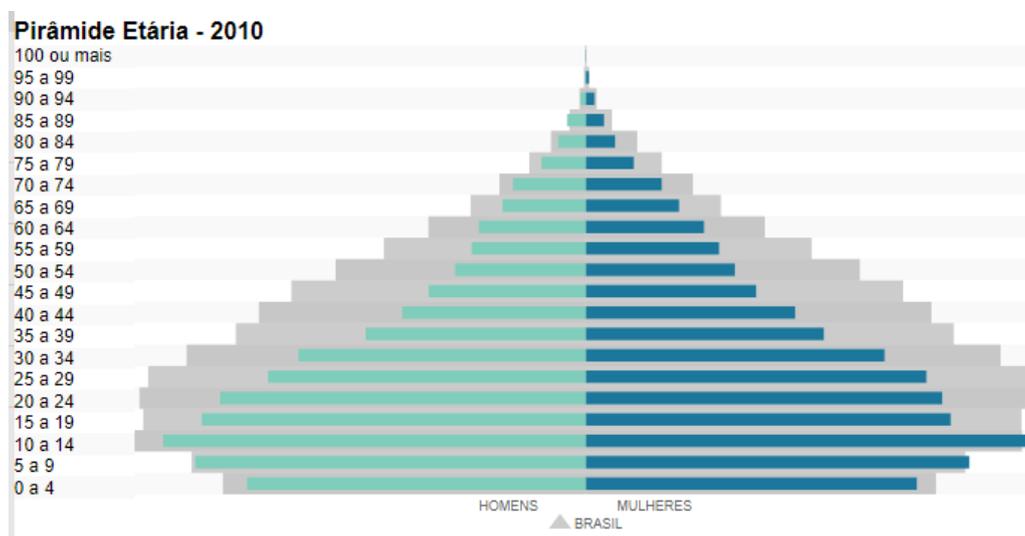


Figura 2 – Pirâmide etária e distribuição por sexo

#### 2.4.1 População em Situação de Vulnerabilidade

A vulnerabilidade social diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais, restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos à saúde e condições de moradia, educação e trabalho.

Sendo assim a situação de vulnerabilidade em saúde é abrangente, podendo ser estendida para qualquer pessoa, pois o risco de doenças e/ou agravos pode ocorrer a qualquer momento. Entretanto existem alguns grupos populacionais que estão mais expostos a essas condições, devido às situações de insuficiência coletiva que incluem pobreza, subalternidade, iniquidade, não acessibilidade e não representação pública, caracterizados, por exemplo, por condições precárias de moradia e saneamento, desemprego e ausência de ambiente familiar.

Desta forma, abordaremos alguns grupos populacionais do município em situações de maior vulnerabilidade social e, conseqüente, risco aumentado de problemas relacionados à saúde.

## 2.5 Aspectos Socioeconômicos

### Atividade econômica

<b>PIB per capita [2020]</b>	<b>R\$ 9.874,08</b>
<b>Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]</b>	<b>95,9 %</b>
<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]</b>	<b>0,641</b>
<b>Total de receitas realizadas [2017]</b>	<b>52.757,39 R\$</b> (×1000)
<b>Total de despesas empenhadas [2017]</b>	<b>50.472,16 R\$</b> (×1000)

Em 2020, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7.2%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 181 de 217 e 49 de 217, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 4400 de 5570 e 4421 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 45.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 202 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 2091 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

### 3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Ao longo das últimas décadas, o Brasil modificou seu perfil de morbimortalidade, ocorrendo a transição epidemiológica, com a diminuição das internações e dos óbitos causados pelas doenças infecto-parasitárias e aumento progressivos das doenças crônico-degenerativas, como as doenças cardiovasculares e neoplasias, bem como causas externas. Destaca-se que no ano de 2020 ocorreu a pandemia pelo coronavírus, alterando os dados nesse ano.

O indicador natalidade representa o número de nascidos vivos no período de um ano, excluindo o número de crianças que nasceram mortas ou que morreram logo após o nascimento. Representa a relação entre os nascimentos em um ano e o número total da população, sendo o resultado expresso em porcentagem.

Número de nascidos vivos por residência da mãe.

Unidade Federação	2017	2018	2019
João Lisboa	476	478	493

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MS/SVS/DASIS/SINASC)  
Data da consulta: 08/03/2022.

#### Mortalidade

Número de óbitos por capítulo do CID 10, de residentes, em 2017 a 2019

Capítulo CID-10	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	12	10
II. Neoplasias (tumores)	21	12	9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	2	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14	12	6
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	2	2
VI. Doenças do sistema nervoso	-	4	2
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-

VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	49	46	43
X. Doenças do aparelho respiratório	10	14	11
XI. Doenças do aparelho digestivo	8	8	9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	4	-
XV. Gravidez parto e puerpério	-	1	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	2	6
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	2	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	11	24
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	14	14	27
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>146</b>	<b>152</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET)  
Data da consulta: 08/03/2022.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI, ou Taxa de Mortalidade Infantil, é o número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós neonatal (28 dias e mais).

O CMI estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida, sendo geralmente classificado em: alto (50 ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20). Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos a qualidade da assistência ao parto, o incentivo ao parto normal, a qualidade do atendimento ao recém-nascido, o incentivo ao aleitamento materno, à vacinação e às consultas médicas e de enfermagem.

Todos os óbitos infantis de residentes no município são investigados pelo Comitê de Prevenção de Óbito Materno e Infantil em reuniões quinzenais. Ao longo dos anos, de acordo com o diagnóstico técnico, o Comitê e as equipes dos Programas de Saúde da Mulher e da Criança vêm desenvolvendo propostas e ações com os profissionais da Atenção Primária e da Atenção Hospitalar, tem mantido vigilância da assistência ao pré-natal e ao recém-nascido, procurando conhecer e minimizar as dificuldades existentes, particularmente aquelas identificadas como de “risco”.

A mortalidade neonatal também está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. As afecções perinatais respondem atualmente por cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de ser a primeira causa de morte em menores de cinco anos. Nesse grupo de causas destacam-se a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina) e a enterocolite necrotizante, as infecções específicas do período perinatal e a asfixia como causas preveníveis de óbitos (Franca & Lansky, 2009).

A mortalidade pós-neonatal (mortalidade infantil tardia), que compreende o número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, de maneira geral denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

Essas ações estão em continuidade e monitoramento, são realizadas em conjunto pelas equipes da Atenção Primária, Comitê de Mortalidade Materna, CAISM e Atenção Hospitalar, visando à melhoria da atenção ao pré-natal, parto e puerpério e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna.

Dentre as internações hospitalares dos residentes, ocorridas no SUS no período de 2017 a 2021 apresentamos abaixo na tabela.

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

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	165	231	246	263	493
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	103	95	104	78	93
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	15	3	10	11	7
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	70	55	59	46	70
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	-	-	-	-	2
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	19	32	14	12	22
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	1	-	-	2	15
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	5	1	2	-	2
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	105	91	139	113	133
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	277	197	187	167	197
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	268	205	213	135	157
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	118	128	130	88	123
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	19	24	27	14	13
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	106	111	103	102	84
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	408	479	464	355	396
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	38	58	63	53	51
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	7	11	7	3	1
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	19	18	4	6	18
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	128	86	128	120	132

<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	-	-	-	-	-
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>	15	10	11	13	27
<b>CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido</b>	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1886</b>	<b>1835</b>	<b>1911</b>	<b>1581</b>	<b>2036</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)  
Data da consulta: 08/03/2022.

**Obs.:** A atualização dos valores relativos ao último período ocorrem simultaneamente ao carregamento dos dados no Tabnet/DATASUS.

Em relação a Tuberculose e a Hanseníase, duas das mais antigas e graves doenças da humanidade, estão profundamente associadas com baixas condições socioeconômicas e com forte estigma social. O Brasil está entre os países com maior ocorrência dessas doenças, apresentando milhares de óbitos e mutilações anualmente.

Considerando essas informações, em relação a prevalência e o coeficiente dos casos não avaliados, a hanseníase é problema de saúde pública no município, devendo ser prioritário as ações para enfrentamento. Também deve ser considerado a forma de detecção no diagnóstico, multibacilar, pacientes detectados tardiamente.

Casos de tuberculose de João Lisboa notificados nos anos de 2018 a 2020

<b>Tuberculose</b>	<b>Notificados</b>	<b>Residentes</b>	<b>Total</b>
<b>2018</b>	02	11	13
<b>2019</b>	04	18	22
<b>2020</b>	04	16	20

Essa tabela chama atenção para o número de casos de moradores de João Lisboa diagnosticados em outros municípios, principalmente, esse fato também se deve ao estigma que existe em relação a doença. Em João Lisboa todas as Unidades Básicas de Saúde oferecem condições para o diagnóstico e tratamento.

### 3.1 Covid-19

No início de janeiro de 2020, a China notificou à Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência de casos de doença respiratória em funcionários de um mercado na cidade

de Wuhan, logo depois identificado como um novo coronavírus, denominado de SARS- CoV-2, causador da doença respiratória covid-19.

Em poucas semanas a doença se disseminou rapidamente pelo mundo, atingindo mais de 100 países dos cinco continentes, sendo declarado, pela OMS, Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional em 30 de janeiro de 2020 e pandemia em 11 de março de 2020.

Desde a declaração da Emergência em Saúde Pública, a Secretaria Municipal da Saúde Setor de Vigilância Epidemiológica elaborou o Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento ao Novo Coronavírus, documento que sofreu várias atualizações de acordo com a evolução da transmissão da doença no país e no mundo.

Desde a identificação do primeiro caso confirmado da doença há pouco mais de um ano, já foram notificados no mundo, até 28/05/2021, 169.021.406 de casos confirmados e 3.512.719 mortos no mundo. No Brasil são 16.342.162 contaminados e 456.674 mortos, segundo a Universidade de Johns Hopkins.

O município de João Lisboa foi referência para o enfrentamento a COVID – 19 inclusive com apresentação de experiências exitosas junto ao COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

<b>BOLETIM - COVID - 19</b>	
<b>Casos notificados</b>	4.874
<b>Casos descartados</b>	3.143
<b>Casos confirmados</b>	1.731
<b>Internados</b>	0
<b>Ativos</b>	9
<b>Recuperados</b>	1.642
<b>Óbitos</b>	80

## **4. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE**

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado na Constituição Brasileira de 1988 é um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde prestados por órgãos públicos (administração direta, indireta e fundações) e, complementarmente, pela iniciativa privada conveniada e contratada, bem como das ações dos órgãos de gestão (Lei Federal nº 8081/90 art. 4).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e Participação da Comunidade.

Diretriz é definida pelo Houaiss (Houaiss & Villar, 2001: 1.050) como a linha básica que determina o traçado de uma estrada, esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto etc; norma de procedimento, conduta etc; diretiva. Os sentidos apontados nos permitem compreender diretrizes como aquilo que define rumos, dinâmicas, estratégias que organizam o SUS.

Nesse sentido, as diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos do SUS que, em última instância, estariam articuladas com seus princípios. Organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização, política, administrativa e financeira da União, Estados e municípios. É um meio para atingir os objetivos do SUS. Portanto, descentralização, seria uma diretriz que obedece aos princípios do SUS.

Dentro dessa dinâmica, obedecendo as diretrizes do SUS, apresentamos a Rede de Saúde a qual é composta de 08 Unidades Básicas de Saúde (com 09 equipes ESF, 62 ACS e NASF), 1 CAPS - I, Hospital Municipal, Centro de Especialidades Odontológicas. O fluxo de acesso da população aos serviços de atenção à saúde na rede municipal ocorre por meio dos serviços de atenção primária e/ou de urgência/emergência, conforme demonstrado no fluxograma

### **4.1 Atenção Primária à Saúde**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e 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 que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se

orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF.

Hoje, há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. Ela envolve outras iniciativas também, como: o Programa Saúde na Hora e os Médicos pelo Brasil. Esse trabalho é realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde. Entre o conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) para cuidar da população no ambiente em que vive estão o Programa Saúde na Hora, o Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil e a Estratégia Saúde da Família, entre outros programas, ações e estratégias.

**e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)** é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

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

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

específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

A capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária. Esse componente considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o IBGE.

Por meio desse cadastro, pode-se identificar a população próxima à equipe e à Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família (USF), subsidiando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades. O cadastro do cidadão pode ser feito por CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) por todos os integrantes da equipe de saúde.

O registro das informações de cadastro pode ser feito por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros. Os cadastros serão monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

Um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios é o pagamento por desempenho. Para definição do valor a ser transferido neste componente, serão considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes (eSF/eAP). Esse modelo tem como vantagem o aumento, no registro, das informações e da qualidade dos dados produzidos nas equipes. É importante, portanto, que as equipes se organizem para registrar e enviar periodicamente seus dados e informações de produção, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), bem como para planejar o processo de trabalho para melhorar o desempenho.

O monitoramento desses indicadores permite avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, viabilizando, assim, a implementação de medidas de aprimoramento das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, além de ser um meio de dar mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade. Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e seus resultados tiveram efeitos financeiros a partir de setembro de 2020.

## SÃO **INDICADORES** PARA O ANO DE 2020



1 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Saúde da Mulher;



2 Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; Saúde da Mulher;



3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Saúde da Mulher;



4 Cobertura de exame citopatológico; Saúde da Mulher;



5 Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; Saúde da Criança ou Imunização (Escolher um);



6 Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; Doenças Crônicas ou Condições Crônicas (Escolher um);



7 Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Doenças Crônicas ou Condições Crônicas (Escolher um).

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Microscopista;
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;

- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento dos respectivos programas, estratégias e ações.

#### **4.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

É prevista, ainda, a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

As principais atribuições da Equipe de Saúde da Família (ESF) são: a atuação no cadastramento de indivíduos e domicílios, compondo um diagnóstico situacional da população pela qual a equipe é responsável, a fim de desenvolver ações tendo como foco as necessidades de

saúde para um cuidado realizado de forma integral, abrangendo promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. Além disso, espera-se da ESF a busca pela integração de instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias e a disponibilização de espaços democráticos de construção da cidadania.

O município apresenta cobertura da Estratégia Saúde da Família de 100,00%, e de Atenção Básica de 100,00%, com 09 ESF e 62 ACS.

Quanto aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), o município quanto possui um, os mesmos são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua - eCR, equipes ribeirinhas - ESFR e fluviais- eSFF) e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações.

Entretanto, as normativas que definiam os parâmetros e custeio do NASF-AB foram revogadas pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil. Dessa forma, o gestor municipal passa a ter autonomia para manter e compor suas equipes, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. Observando que a nova forma de financiamento é focada no indivíduo assistido, é importante ressaltar que as equipes multiprofissionais são essenciais para o desempenho da Atenção Primária do município, uma vez que a melhoria dos indicadores em saúde, está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que as compõem.

#### 4.1.2 Atenção à Saúde Bucal

O município de João Lisboa apresenta cobertura de Saúde Bucal de 100,00 % mesmo funcionando com 8 ESB. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de 119,31 %.

O serviço odontológico do município está alinhado à Política Nacional de Saúde Bucal. O serviço constitui-se em uma série de medidas que possibilitam ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos munícipes, refletindo na saúde geral e qualidade de vida da população.

A reorganização da prática, a humanização do processo de trabalho e a qualificação das ações e serviços oferecidos são os principais objetivos do serviço odontológico municipal, o qual oferece uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com

ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS. ESB (Equipe de Saúde Bucal) na ESF (Estratégia de Saúde da Família) representa a possibilidade de um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho. Na ESF, a ESB assume olhar ampliado frente aos agravos de saúde e também fortalece o caráter educativo e preventivo no âmbito dos serviços, contribuindo e atuando efetivamente na composição multiprofissional da Equipe de Saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços. por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de referência territorial são fundamentais para que se concretize a humanização da atenção, co-responsabilização nas ações e vínculo profissional. O processo de trabalho das ESF deve estar centrado no trinômio território- família-comunidade.

O município conta ainda com o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

#### 4.1.3 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. A produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

#### 4.1.4 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O e-SUS Atenção Básica (AB) foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica e pode ser utilizado por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde.

O primeiro passo na implantação do e-SUS AB é identificar as características tecnológicas disponíveis em cada UBS para escolha do sistema que deverá ser implantado: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Coleta de Dados Simplificada (CDS).

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa vai apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. O investimento na tecnologia da informação vai subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

O Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, foi instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O prontuário eletrônico é um repositório de informações mantidas de forma eletrônica, ao longo da vida de um indivíduo. Nele estão armazenadas as informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS. Além disso, é necessário que tenha pelo menos as seguintes características principais: registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;

- prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos;
- emissão de atestados e outros documentos clínicos;
- solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
- encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; e
- acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.

Benefícios de usar prontuário eletrônico

### **Para os profissionais de saúde**

- Os dados dos cidadãos ficam todos no mesmo lugar, e todos os profissionais de saúde podem acessar as informações.

- O prontuário eletrônico já tem um padrão para as informações que devem ser lançadas de acordo com condições avaliadas e ciclos de vida, o que torna o registro facilitado. Isso associado ao fato de todas as letras serem legíveis, o que acaba diminuindo o tempo de cada consulta.

- O prontuário eletrônico é uma ferramenta de organização do processo de trabalho, já que, além de gerenciar filas do sistema, ele também fornece as informações dos cidadãos acompanhados e permite o planejamento de ações da equipe

### **Para a gestão**

- Acesso aos dados consolidados ou individualizados produzidos pelas equipes;
- Acompanhamento dos processos de trabalho das equipes do município;
- Dados qualificados para subsidiar o planejamento das ações;
- Registro dos dados padronizados, de acordo com condição avaliada e ciclos de vida, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde;
- Diminuição do tempo de registro dos atendimentos e melhora do fluxo de pessoas na unidade de saúde;
- Extinção da necessidade de sala de arquivo;
- Registro seguro dos dados e facilidade de serem restaurados, caso se percam os originais ou ocorra algum acidente.

### **Para os cidadãos**

- O prontuário eletrônico também pode ser usado como ferramenta de segurança do paciente, porque permite um bom registro clínico e melhora o compartilhamento dos dados entre profissionais. Dessa forma, facilita a revisão e discussão de condutas clínicas pela equipe de saúde.
- Além disso, o prontuário eletrônico restringe o acesso aos dados clínicos do cidadão e somente os profissionais de saúde cadastrados têm acesso.
- Outra vantagem é que, com o prontuário eletrônico, não há mais o problema de a letra ser ilegível, e o paciente não corre mais o risco de entender errado o que foi escrito na prescrição.
- O prontuário eletrônico ainda dá segurança por não ter risco de perder dados por degradação física, química ou biológica do papel ao longo do tempo, além de permitir que se faça o backup dos registros.

O município apresenta 6 UBS cadastradas no SCNES e irá desenvolver o Projeto de Requalifica-SUS para manutenção e reforma das Unidades Básicas de Saúde

#### **4.1.5 Programa Saúde na Escola**

O PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos.

Os incentivos serão repassados fundo a fundo, via PAB Variável da Atenção Básica, calculados de acordo com a faixa de estudantes pactuada no Termo de Compromisso. Os municípios recebem parcela única a cada ano do ciclo. O incentivo federal é de R\$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800.

#### Situação do Programa Saúde na Escola

RECHES	C	EDU CANDOS PRÉ-ESCOLA	EDU CANDOS ENS. FUND	EDU CANDOS ENSINO MÉDIO.	EDU CANDOS EJA	T OTAL EQUIPES	2 0% DA ADESÃO	2 0% RESTAN TES
	23	721	4.797	867	102	9	2.400,00	,00

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O Programa une as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação básica pública brasileira para promover saúde e educação integral. A articulação entre Escola e a Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do PSE.

As ações deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação, São elas:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças e eliminação;
7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação da situação vacinal;
9. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;

12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

13- A ação de prevenção à covid-19 passa a fazer parte das ações do PSE, a partir da declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) na Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.

#### 4.1.6 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência de renda para famílias em situação de pobreza (famílias com renda entre R\$89 a R\$178 por pessoa) ou de extrema pobreza (famílias com renda de até R\$89 por pessoa). O Programa tem a finalidade de promover acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza.

O PBF é concedido às pessoas por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social, esses compromissos são chamados de condicionalidades. As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Nesse contexto, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida da população mais vulnerável contribuindo para a sua inclusão social.

De forma a reforçar o papel do profissional de saúde como ator chave nesse processo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017), por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. A agenda do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização das crianças menores de 7 anos. Assim, as beneficiárias mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

Quanto ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, o responsável técnico municipal do PBF na Secretaria de Saúde deve identificar a população atendida pelo Programa Bolsa Família com perfil saúde do seu município. Essas pessoas devem ser acompanhadas pela equipe de saúde municipal a cada vigência (janeiro a junho - 1ª vigência - e

julho a dezembro - 2ª vigência). A identificação de beneficiárias é realizada no Sistema Bolsa Família na Saúde. Nesse sistema também é possível inserir as informações de acompanhamento e monitorar as ações e condicionalidades da Saúde. O município de JOÃO LISBOA possui 8.034 beneficiários do PBF com perfil saúde, destas na 1ª vigência de 2019 foram acompanhados 5.302 beneficiários pela Atenção Básica com 65,99 %.

#### 4.1.7 Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável

A promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Pode se materializar por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio com objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham, entre outros. As ações de promoção da saúde são potencializadas por meio da articulação dos diferentes setores da saúde, além da articulação com outros setores. Essas articulações promovem a efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, melhorando as condições de saúde das populações e dos territórios.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) tem por objetivo apoiar Estados e municípios brasileiros no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população, possibilitando um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, reflete a preocupação com a prevenção e com o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição como a prevenção das carências nutricionais específicas, desnutrição e contribui para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, além de contemplar necessidades alimentares especiais tais como doença falciforme, hipertensão, diabetes, câncer, doença celíaca, entre outras.

A PAAS corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), insere-se como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e tem como enfoque prioritário a realização de um direito humano básico, que proporcione a realização de práticas alimentares apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente.

Considerando-se que o alimento tem funções que transcendem ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados, a garantia de uma alimentação adequada e saudável deve contemplar o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o

consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, livre de contaminantes, bem como os padrões alimentares mais variados em todos os ciclos de vida.

Diferentes estratégias têm sido pensadas no sentido de estimular a autonomia dos indivíduos para a realização de escolhas e de favorecer a adoção de práticas alimentares (e de vida) saudáveis. Nesse sentido, as ações de PAAS fundamentam-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e devem combinar iniciativas focadas em: Políticas públicas;

- \* Criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais o indivíduo e comunidade possam exercer o comportamento saudável;

- \* Reforço da ação comunitária;

- \* Desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes;

- \* Reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.

A Secretaria da Saúde desenvolve diversas ações no sentido de monitorar o estado nutricional e a alimentação das crianças e também de promoção da alimentação saudável, desde a promoção do aleitamento materno, a capacitação dos profissionais da atenção primária para orientarem sobre alimentação saudável, a oferta de consultas com profissionais nutricionistas quando necessário, o fornecimento de materiais educativos, campanhas e eventos para trabalhar com o tema da alimentação.

Os índices de obesidade infantil têm crescido em todo o país, o que é preocupante para a saúde do indivíduo, aumentando os riscos de desenvolvimento de doenças ao longo da vida. A obesidade é uma doença multifatorial, e está associada com fatores genéticos, ambientais, sociais, culturais, alimentares, econômicos, entre outros.

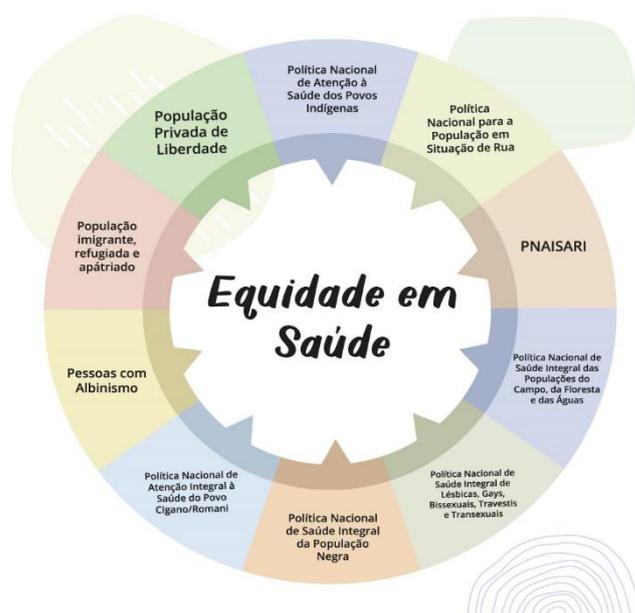
#### 4.1.8 Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais **de saúde**, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de **vulnerabilidade e desigualdade social**.

Por ser a principal porta de entrada no SUS, cabe também à Atenção Primária à Saúde (APS) ser espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da

equidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde.

A promoção da equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde.



### **Art. 196 da Constituição Federal**

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Esse conceito ampliado de saúde funda, então, um sistema de saúde baseado também no princípio da equidade.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem o compromisso de combater as desigualdades no SUS e promover a saúde da população negra de forma integral. Os determinantes sociais são influenciadores para a situação de vulnerabilidade dessa população, e os processos socioeconômicos e culturais corroboram com a morbimortalidade da população negra.

No esforço para reduzir essas assimetrias, é necessário que a política qualifique

informações, por meio de ferramentas como a Ficha de Cadastro Individual e-SUS AB, o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC).

Em cada um desses sistemas é fundamental o correto preenchimento do campo denominado raça/cor, respeitando o critério de autodeclaração do usuário de saúde, para maior assertividade da política.

Além do Formulário de Cadastro do Cartão SUS, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) e o Sistema de Informações do Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA), entre outros, ajudam a qualificar as políticas.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, tem o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT, de forma a garantir o atendimento não discriminatório do grupo nos serviços públicos de saúde e o enfrentamento das iniquidades para o pleno exercício da democracia e do controle social. A normativa norteia e legitima as necessidades e especificidades dessa população, e é composta por um conjunto de diretrizes que requer operacionalização de estratégias e metas sanitárias. Sua execução pede a participação das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde, da sociedade civil e de todas as áreas do Ministério da Saúde.

#### 4.1.9

Preve

nção e Controle de Agravos Nutricionais

Lançada oficialmente em março de 2015, a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em Pó – NutriSUS consiste na adição de uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições diárias oferecidas às crianças de 06-48 meses de idade. Os micronutrientes em pó são embalados individualmente na forma de sachês (1g). A Estratégia NutriSUS ocorre por meio de dois ciclos de fortificação planejados dentro de um ano letivo em creches públicas ou conveniadas ao poder público. Um ciclo é executado no primeiro semestre do ano e outro ciclo no segundo semestre do ano com um intervalo de 3 a 4 meses entre eles. Adiciona-se um sachê de 1g, diariamente por 60 dias (de segunda a sexta-feira), em uma das refeições da criança até finalizar o ciclo de 60 sachês. Em seguida, é realizada uma pausa na administração de 3 a 4 meses. Após esse período, inicia-se outro ciclo de 60 dias, seguindo essa sequência até a criança completar 48 meses de idade. Implantada inicialmente nas creches

participantes do Programa Saúde na Escola, a iniciativa tem o objetivo de potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle da anemia e outras carências nutricionais específicas na infância. Identificou-se que 200 milhões de crianças menores de cinco anos, residentes em países em desenvolvimento, não atingem seu potencial de desenvolvimento, e a anemia é um dos fatores atribuídos a essa condição. Essas crianças possuem maior probabilidade de baixo rendimento escolar, o que provavelmente contribui para a transmissão intergeracional da pobreza com implicações para o desenvolvimento dos países (WHO, 2011). Tal tipo de estratégia, amplamente estudada por todo o mundo e implementada com sucesso em diferentes continentes, já acumula muitas evidências de eficácia e efetividade (WHO, 2016).

#### 4.1.10 Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

A política abrange os cuidados com a criança da gestação aos 9 anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

**A política se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos**, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

Os pilares da política são:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015,

**Os pilares da política são:**

- **I - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido**
- **II - Aleitamento materno e alimentação complementar saudável**
- **III - Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral**
- **IV - Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas**
- **V - Atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz**
- **VI - Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade**
- **VII - Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno**

#### 4.1.11 Atenção à Saúde da Mulher

##### Rede Cegonha

É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil. Componentes da Rede Cegonha São quatro os componentes da Rede Cegonha:

- I Pré-natal;
- II - Parto e nascimento;
- III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança;
- IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde (SUS), forma o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis. O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV

e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. A ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na Atenção Básica se apoia na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e de sífilis.

Ofertar teste rápido de sífilis e HIV nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);

Solicitar os testes rápidos de HIV e sífilis junto ao Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde;

- Articular medidas locais que garantam a logística (acondicionamento, distribuição e transporte) e a execução dos testes rápidos nas UBS com qualidade e confiabilidade;
- Avaliar a capacidade laboratorial instalada para a realização dos exames complementares e de monitoramento do tratamento e de cura para a sífilis;
- Planejar e organizar as capacitações dos profissionais de Atenção Básica para a execução dos testes rápidos de HIV e sífilis;
- Apoiar e monitorar a alimentação dos sistemas de informação para registro da realização dos testes rápidos, como SISPRÉ-NATAL WEB, Boletim de Produção Laboratorial (BPA individualizado) do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento (SIGTAP), bem como o SINAN.

A redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como a redução da mortalidade materna e infantil evitáveis são deveres de todos nós. Entretanto, sua implantação só será possível por meio da cooperação, da sensibilização e do trabalho interfederativo de gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS.

#### 4.1.12 Atenção à Saúde do Idoso

A população Brasileira está crescendo consideravelmente e acompanha esse crescimento. Frente a esta nova trajetória na vida da população, há uma porcentagem de idosos ainda ativos dentro da faixa etária que se considera como idoso (60 anos ou mais). Ativos, não só fisicamente, mas também economicamente e, em muitos casos, ainda provendo o sustento de muitas famílias.

A média de vida do brasileiro é de 76,7 anos, demonstrando um melhor processo de envelhecimento, associado às políticas públicas de saúde, envelhecimento assistido, ações específicas à saúde do idoso e a melhora na qualidade de vida dessa população a coordenação da saúde da pessoa idosa está visando um maior acesso à saúde para essa população, desde o acolhimento na atenção primária e o acompanhamento do idoso em toda a sua trajetória no processo

do envelhecimento, planejamento de estratégias para a manutenção na qualidade do atendimento, programas de prevenção, orientação e uma maior rede de cuidados voltadas a essa faixa etária.

#### 4.1.13 Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de mortalidade, sendo responsáveis por aproximadamente 74% do total de mortes que ocorrem no Brasil. Sua prevalência vem aumentando ao longo dos últimos anos e entre as principais causas estão o envelhecimento populacional e adoção de hábitos de vida pouco saudáveis.

Neste contexto, as ações da Coordenação de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis são voltadas para as quatro principais DCNT: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*.

A Coordenação atua no estabelecimento de Protocolos municipais de atendimento, capacitação dos profissionais e articulação da rede de cuidados visando a prevenção, diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

Os fatores de risco para DCNT também fazem parte do escopo de trabalho da Coordenação DCNT, sendo as principais ações voltadas para a promoção da alimentação saudável, da atividade física e o controle do tabagismo. Neste sentido, o Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (PAMHADM) está vinculado à Coordenação das DCNT, sendo uma estratégia que proporciona o atendimento interprofissional aos usuários, além de auxiliar na formação de profissionais voltados para os princípios assistenciais do Sistema Único de Saúde.

#### 4.2 Atenção Especializada

As solicitações de consultas especializadas são submetidas a uma regulação médica que tem como prioridade dar o fluxo adequado para cada caso, direcionando para os locais com habilitação para as necessidades do paciente. Quando constatado uma prioridade “alta” o agendamento torna-se prioritário e é realizado na próxima vaga disponível. Assim, o processo otimiza as vagas disponíveis e atende com equidade a população.

Mesmo com toda a otimização das vagas, a oferta de consultas especializadas não supre a necessidade do município, sendo necessário encaminhar parte desta demanda para os serviços contratados e/ou conveniados e também para os serviços Estaduais, no entanto, mesmo assim, há

demanda reprimida para algumas especialidades: cardiologia, cirurgia em ginecologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, dermatologia, hematologia, neurologia, neurologia geriátrica, odontologia cirurgia, odontologia endodontia, odontologia especial, oftalmologia estrabismo, oftalmologia glaucoma, ortopedia, pneumologia e alguns exames ultrassonográficos. Essa demanda é variável, dependendo de especialistas na rede e nos prestadores, mas se tem observado uma queda de encaminhamentos a partir do programa de capacitação junto a Atenção Primária instituído pelo município; além de mudanças de fluxo nos encaminhamentos, com maior informatização do complexo regulador, e unidades de saúde e prestadores envolvidos. Está sendo implementado o sistema de gerenciamento em saúde, melhorando a comunicação e a rapidez da ação regulatória, levando acesso rápido via Internet a todas Unidades da Rede.

O município conta com várias unidades e serviços especializados, abaixo um breve descrição das rede de Atenção Psicossocial, Vigilância em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Assistência Farmacêutica.

A OMS preconiza que as Políticas de Saúde Mental devem se basear em ações de promoção e prevenção na Atenção Primária Básica para os casos leves e serviços especializados comunitários de base territorial para o seguimento e reabilitação psicossocial dos transtornos severos e persistentes (Mental Health Atlas, 2014). Dentro dessa proposta, estima-se que, dos aproximadamente 15% da população que apresentam alguma condição de saúde mental, 40 a 60% são transtornos leves e transitórios, além de quadros mais graves estabilizados há vários anos, que podem ser seguidos na Atenção Primária, ficando a Atenção Especializada voltada aos casos severos e persistentes. Para tanto, o Ministério da Saúde preconiza ações de Matriciamento em Saúde Mental, em que a equipe especializada de Saúde Mental.

As ações de Vigilância em Saúde devem ser objeto de ações de todas as profissões da área da saúde. A Vigilância em Saúde e Planejamento tem como responsabilidade as ações técnicas de controle e prevenção, organizadas de modo a cumprir as normatizações e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, tanto para agravos doenças, em que as práticas requerem à intervenção sobre coletivos, como também na garantia sanitária de produtos e serviços.

A Lei Orgânica da Saúde define a Vigilância Epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

As doenças de notificação compulsória estão definidas na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, e os sistemas de informação utilizados são do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde.

### **As principais atribuições da Vigilância Epidemiológica são:**

- ✓ Notificação de doenças de notificação compulsória e de interesse do município;
- ✓ Preenchimento de fichas epidemiológicas;
- ✓ Investigação dos casos, incluindo visitas aos locais, quando necessário;
- ✓ Acompanhamento dos casos notificados;
- ✓ Busca ativa e controle de comunicantes;
- ✓ Coleta e processamento de dados;
- ✓ Análise e interpretação dos dados processados;
- ✓ Recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- ✓ Promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- ✓ Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- ✓ Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos;
- ✓ Participação na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços, no âmbito municipal;
- ✓ Promoção de educação permanente dos recursos humanos e o intercâmbio técnico-científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria;
- ✓ Comunicação com Centros de Informações de Saúde ou assemelhados das administrações municipal e estadual, visando o acompanhamento da situação epidemiológica, a adoção de medidas de controle e a retroalimentação dos sistemas de informação;
- ✓ Trabalhar com populações em situações de vulnerabilidade;
- ✓ Divulgação de informações pertinentes.

O objetivo geral da vigilância epidemiológica é a análise permanente da situação da saúde da população por meio de ações de vigilância, proteção, prevenção, controle das doenças e agravos à saúde e promoção da saúde.

Os objetivos específicos são:

- ✓ Fortalecer a integração das ações de vigilância epidemiológica com as ações de vigilância ambiental em saúde e atenção primária em saúde.
- ✓ Implementar a vigilância de agravos não transmissíveis (acidentes e violências) como Programas em Saúde e Instituições/Órgãos envolvidos nas ações;
- ✓ Implantar a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis em parceria com o Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas;
- ✓ Manter as ações de vigilância das Doenças de Notificação Compulsória e de interesse

municipal;

- ✓ Manter as ações necessárias para o controle das doenças imunopreveníveis do Programa Nacional de Imunização – PNI;

- ✓ Fortalecer as ações de vigilância hospitalar e de controle de infecções hospitalares;

- ✓ Coordenar os programas de IST/Aids, tuberculose e hepatites virais e programa de Imunização;

- ✓ Manter fluxo permanente de informações epidemiológicas para as unidades de saúde, programas de saúde e comunidade.

A Vigilância Sanitária (VISA) é uma Divisão da Vigilância em Saúde que tem o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população, com a missão de proteger e promover a saúde, garantindo segurança sanitária de produtos e serviços.

É uma atividade multidisciplinar que controla as práticas de fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de saúde e de interesse da Saúde Pública, usando instrumentos legais de orientação e de aplicação de penalidades, tais como: advertência, multa, apreensão e inutilização de produtos, interdição parcial e total do estabelecimento e cancelamento da licença para funcionamento de estabelecimentos, com o objetivo de coibir práticas que coloquem em risco a saúde da população.

A VISA dispõe de três esferas administrativas: federal, estadual e municipal, com competências distintas, e suas ações apresentam duas grandes vertentes:

- A técnica normativa, que compreende o planejamento e edição de normas técnicas, com maior atuação das esferas federal e estadual;

- A técnica operacional, que compreende a execução da fiscalização, isto é, o efetivo exercício do poder de polícia sanitária, realizada principalmente pelo município.

O foco principal das ações da VISA é na prevenção, para evitar riscos e agravos à saúde da população, e também na atuação ativa na correção e eliminação da origem dos danos.

Como parte integrante da Vigilância em Saúde, a VISA atua em conjunto com a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Ambiental .

Anualmente tem suas ações pactuadas com o Estado com as metas descritas no Plano de Ação de Vigilância Sanitária.

Atividades implementadas pela VISA:

- ✓ Elaboração em 2020 de protocolos sanitários que institui as medidas de prevenção

para o controle da covid-19.

- ✓ Intensificação, durante a pandemia, das inspeções de estabelecimentos para verificar o cumprimento dos protocolos sanitários para o controle da covid-19.
- ✓ Intensificação, durante a pandemia, das inspeções nas Instituições de Longa Permanência de Idosos.
- ✓ Atendimento de demandas do Ministério Público.

A Vigilância Ambiental tem por finalidade promover o conhecimento, a detecção e a prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, competindo-lhe as ações de vigilância, prevenção e controle das zoonoses e doenças transmitidas por vetores, dos acidentes por animais peçonhentos e venenosos, bem como a vigilância das populações humanas expostas aos fatores de risco ambientais não biológicos.

A Zoonoses e Vigilância de Fatores de Risco Biológicos tem como finalidade a vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos relacionados a vetores, hospedeiros, reservatórios, portadores, amplificadores ou suspeitos de alguma zoonose de relevância para a saúde pública, quanto à transmissão de agente etiológico para humanos, além dos acidentes por animais peçonhentos. A abordagem da vigilância das zoonoses e dos fatores de risco biológicos tem como objetivo viabilizar ações integradas de vigilância e controle desses fatores permitindo que se tenha uma maior efetividade de ações e maximização dos recursos aplicados.

A Vigilância dos Fatores de Risco Não Biológicos trata de coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental relacionada aos contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, e outros eventos capazes de causar doenças e agravos à saúde humana.

Planejar e estabelecer (recomendar/adotar) estratégias que promovam a integralidade das ações voltadas para a minimização dos riscos à saúde pública, controle de eventos, doenças e agravos decorrentes dos fatores de riscos ambientais, de modo a otimizar os recursos necessários e potencializar o efeitos na saúde e qualidade de vida das pessoas com foco na eficiência, eficácia e efetividade dos resultados.

A Vigilância dos Fatores de Risco Não Biológicos é responsável pelos seguintes programas:

- ✓ Programa de Vigilância em Saúde da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA);

✓ Programa de Vigilância em Saúde das Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos (VIGIAR);

✓ Programa de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos riscos decorrentes dos desastres naturais (VIGIDESASTRES);

✓ Programa de Vigilância Ambiental dos Riscos associados aos desastres de origem antropogênica (VIGIAPP);

✓ Programa de Vigilância em Saúde Ambiental de populações expostas às áreas contaminadas por contaminantes químicos (VIGISOLO);

✓ Programa de Vigilância em Saúde Ambiental que integra a Vigilância em Saúde das populações expostas aos agrotóxicos (VSPEA).

#### **Atribuições da Vigilância Ambiental:**

- ✓ Vigilância e Controle da Raiva Aérea
- ✓ Recolhimento de morcegos em situação suspeita;
- ✓ Identificação das espécies e morfometria dos morcegos;
- ✓ Vacinação antirrábica de cães e gatos que tiveram contato com morcegos;
- ✓ Observação de cães e gatos que tiveram contato com morcegos por 180 dias;
- ✓ Bloqueio vacinal de cães e gatos;
- ✓ Vistoria e orientações em casos de colônias de morcegos.
- ✓ Vigilância e Controle da Raiva Urbana
- ✓ Observação domiciliar de cães e gatos agressores no período de 10 dias;
- ✓ Vacinação antirrábica de cães e gatos agressores;
- ✓ Monitoramento de animais em área de risco para alguma zoonose;
- ✓ Recolhimento de animais vivos de zoorrelevância para a saúde pública;
- ✓ Campanha de vacinação antirrábica animal;
- ✓ Recolhimento e recebimento de animais mortos de zoorrelevância;

- ✓ Coleta e encaminhamento de amostras de animais suspeitos de zoonoses de relevância para a saúde pública;
- ✓ Bloqueio vacinal em áreas com casos de cães e gatos positivos para raiva.

#### 4.3 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é um sistema de apoio para qualificação dos serviços de saúde, na medida em que pode melhorar a lacuna entre o potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam dos medicamentos, levando em consideração principalmente a questão da equidade, como objetivo de propiciar o acesso, a segurança e o uso racional dos medicamentos.

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que esse uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob ótica integral.

Não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É preciso agregar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica. Para tanto, é necessário integrar a Assistência Farmacêutica ao sistema de saúde; ter trabalhadores qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e com custo - efetivos; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar adequadamente, entregando o medicamento ao usuário com orientação do uso; e monitorar o surgimento de reações adversas, entre outras ações.

Para garantia do acesso consideramos a organização e qualificação dos serviços e o desenvolvimento profissional como fatores determinantes. O acesso envolve várias dimensões, entre as quais destacamos: estrutura, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, qualificação de serviços e de pessoal, utilização adequada dos recursos e promoção do uso racional.

A organização da assistência farmacêutica nos moldes citados demanda recursos financeiros que são escassos para o SUS como um todo. Surge aí a necessidade de otimizar o uso dos recursos (financeiros, humanos, etc.) disponibilizados e, para tanto, o planejamento é fundamental para pensar a realidade e agir sobre ela.

A Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde é coordenada pela Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico da SMS que atua no planejamento, na seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle, regulamentação e acompanhamento da distribuição dos medicamentos.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) disponibiliza mais de 350 itens que são distribuídos nas Nas Unidades de Saúde

O investimento Componente Básico da Assistência Farmacêutica deve ser revertido em melhoria da qualidade de vida de nossos pacientes, maior aderência aos tratamentos e, conseqüentemente, maior resolutividade, sendo esse, hoje, o maior desafio da Assistência Farmacêutica do nosso município.

A crescente complexidade da terapia medicamentosa, como o uso de quatro ou mais medicamentos, assim como de usuários com várias morbidades, aumentam o risco da ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, como eventos adversos e erros relacionados aos medicamentos, sendo primordial o acompanhamento farmacoterapêutico para a melhoria da adesão à farmacoterapia, a redução do número de medicamentos utilizados e uma maior racionalidade das prescrições em longo prazo.

## 5. GESTÃO

### 5.1 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com o Ministério da Saúde, são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As redes estão voltadas para as necessidades populacionais de cada espaço regional singular, constituindo uma estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

O objetivo principal da RAS é ofertar o cuidado integral, através da organização dos diferentes níveis de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, considerando a atenção centrada nas pessoas, famílias e comunidade.

A organização das RAS temáticas foi realizada a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações.

As redes temáticas pactuadas pelo município são:

Rede Cegonha, que tem como objetivo propiciar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e saúde da criança, garantindo acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal;

Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna;

Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, que tem os seguintes eixos para a implementação da rede: Eixo 1 – Ampliação do acesso da rede de atenção integral à saúde mental; Eixo 2 – Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; Eixo 3 – Ações Intersetoriais para a reinserção social e reabilitação; e Eixo 4 – Ações de prevenção e redução de danos;

Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, iniciando-se pelo câncer, a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero;

Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos da atenção especializada, e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta.

Nesta perspectiva, o Município de João Lisboa está inserido na regional de Imperatriz/MA compondo o Plano de Ação das Redes. A Região de Imperatriz, de acordo com as estimativas populacionais do IBGE possui uma população de 546.913 habitantes contemplando os municípios de: Amarante do Maranhão, Buritirana, Carolina, Campestre, Davinópolis, Estreito, Governador Edison Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Ribamar Fiquene, Senador La Rocque, Sítio Novo, Lajeado Novo, Porto Franco, Montes Altos e São João do Paraíso.

## 6. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

A região de saúde de Imperatriz/MA é composta por 16 municípios:

### *Região de Saúde: Imperatriz*

Município	Área (Km²)	População (Hab)	Densidade
AMARANTE DO MARANHÃO	7669.09	42017	5,48
BURITIRANA	818.416	15503	18,94
CAMPESTRE DO MARANHÃO	615.379	14530	23,61
CAROLINA	6441.559	24151	3,75
DAVINÓPOLIS	337.041	12923	38,34
ESTREITO	2718.96	43097	15,85
GOVERNADOR EDISON LOBÃO	615.85	18740	30,43
IMPERATRIZ	1367.901	259980	190,06
JOÃO LISBOA	1126.517	23677	21,02
LAJEADO NOVO	1047.725	7653	7,30
MONTES ALTOS	1338.39	9064	6,77

<b>PORTO FRANCO</b>	1417.483	24294	17,14
<b>RIBAMAR FIQUENE</b>	900.483	7859	8,73
<b>SENADOR LA ROCQUE</b>	746.738	13981	18,72
<b>SÃO JOÃO DO PARAÍSO</b>	2053.83	11207	5,46
<b>SÍTIO NOVO</b>	3114.827	18237	5,85

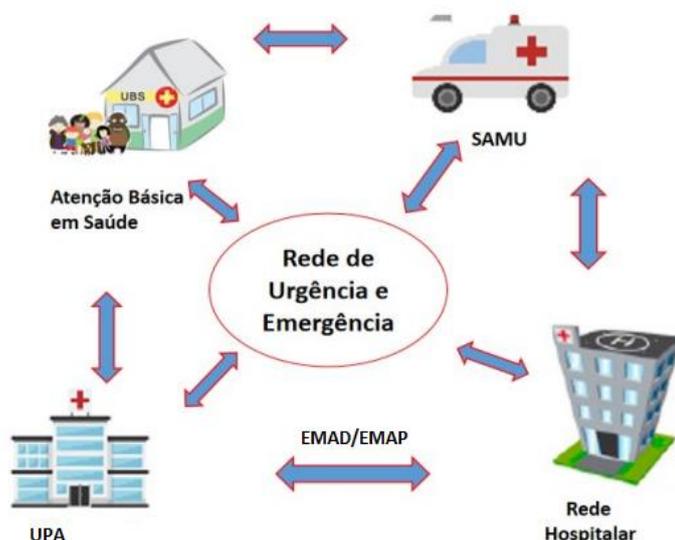
Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

Ano de referência: 2021

No Plano Diretor de Regionalização, o município executa a gestão Básica e Média Complexidade do sistema de saúde, tendo a atenção primária de saúde a principal porta de entrada do sistema de saúde para os demais níveis de atenção, um serviço de pronto atendimento, internação na clínicas médica, obstétrica, pediátrica, cirúrgica, consultas ambulatoriais de algumas especialidades, os serviços de média e alta complexidade, não existentes no município são referenciados dentro da região para o município de Imperatriz/MA.

Rede de Atenção às Urgências da regional de Imperatriz/MA está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias de Consolidação de nº 3, nº 5 e nº 6 de 28 de Setembro de 2017, específicas dos componentes da Rede de Urgências. Foi elaborado a partir do diagnóstico situacional da atenção às urgências da região com a utilização de uma matriz.

### FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENÇÃO AS URGENCIAS



## **7. FLUXOGRAMA PRA REDE DE ATENDIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIENCIA**

### **7.1 Regulação e Fluxo de Atendimento**

A proposta da Rede, primeiramente é redimensionar os espaços de atendimento à Fisioterapia e Reabilitação. Estabelecer um fluxo de atendimento entre os dispositivos para manter a articulação, o acompanhamento e a resolutividade do serviço.

O fluxo funciona da seguinte forma: o usuário quando reconhecido na Rede de Saúde (na Atenção Básica, Maternidade, UPAs e Emergência), é encaminhado para os ambulatórios ou hospitais especializados, assim como para um Centro Especializado em Reabilitação, de acordo com sua necessidade pode passar por uma intervenção cirúrgica e retorna para o CER.

Para o atendimento intermunicipal, dentro da Regional ou com Municípios pactuados, o transporte sanitário e o custeio do usuário ficam sob a responsabilidade do Município de origem do paciente.

### **7.2 Regulação e TFD**

O complexo regulador é responsável por planejar e executar ações referentes à regulação eletiva, a fim de garantir o acesso ambulatorial e hospitalar nos serviços próprios e nos prestadores de serviços de saúde, conveniados e contratados com o SUS. Realiza a supervisão do cumprimento das normas e diretrizes de atendimento aos pacientes pelo SUS, segundo os protocolos de atendimentos do usuário SUS no município. Gerencia o recebimento, o processamento e encaminhamento das Guias de Referência e Contra Referência referente às consultas, exames e procedimentos e autoriza Internação Hospitalar de Cirurgias Eletivas para os diferentes níveis de atenção à saúde. Supervisiona a regulação e o agendamento de consultas, exames e procedimentos e Autorização de Internação Hospitalar de Cirurgias Eletivas.

É o desenvolvimento da capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-las às necessidades sociais e coletivas.

A regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível

às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, pressupondo:

Realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;

Definição de estratégia de regionalização, que explicita a inserção das diversas Unidades na Rede Assistencial e responsabilização dos municípios, na Rede Regionalizada e Hierarquizada;

Objetivos específicos:

- Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do SUS em tempo oportuno;
- Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando disponibilidade assistencial do momento;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Subsidiar o processo de controle e avaliação;
- Subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada - PPI.

### 7.3 Avaliação, Controle e Auditoria

Avaliação, Controle e Auditoria abrangem o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços, de acordo com as necessidades, legislação, faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

Seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- a) Avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- b) Relação com os prestadores de serviços;
- c) Qualidade da assistência e satisfação dos usuários;

Resultados e impacto sobre a saúde da população

É parte fundamental no planejamento e gestão do SUS. Um sistema de avaliação efetivo

pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Nessa avaliação temos que garantir a participação da população, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Ações atribuídas à avaliação:

- Avaliação da relação entre programação, produção e faturamento;
- Avaliação da qualidade e satisfação dos usuários do sistema: acessibilidade, resolubilidade e qualidade dos serviços;
- Avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde.

#### **Instrumentos de controle, regulação e avaliação na SMS:**

- SCNES: banco nacional de dados, que comporta informações atualizadas dos estabelecimentos de saúde no país, sendo base para programar, regular, controlar e avaliar.
- CNS: Cartão Nacional de Saúde é um sistema informatizado de base nacional, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo SUS, vincula o SUS ao usuário, ao profissional que realizou o procedimento e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo cartão do usuário, com um número único de identificação em âmbito nacional.
- Indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade: são padrões e medidas norteadoras do Planejamento, Programação, Controle, Regulação e Avaliação, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros Nacionais, Estaduais e Municipais.
- Manuais dos Sistemas de Informações Hospitalares e Ambulatoriais - SIA e SIH.
- Mecanismos de acompanhamento da PPI e da Programação dos Estabelecimentos: confrontam o executado com o programado, através da análise da suficiência dos procedimentos ofertados e da alocação de recursos, realimentando o processo da PPI (FPO X Regulação).
- Portarias Técnicas que determinam condutas, procedimentos, estruturas, processos a serem seguidos no âmbito da gestão do SUS.
- SIOPS (Sistemas de Orçamentos Públicos em Saúde): sistema que padroniza as informações de receitas e gastos em saúde das três esferas de governo, disponíveis no site do Ministério da Saúde, sendo importante nas áreas de controle e avaliação. Visa aperfeiçoar as políticas de financiamento e propiciar a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e eficiência dos gastos públicos em saúde.
- Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários:

indicadores de qualidade nos convênios e questionários de satisfação dos usuários.

- PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde: Instrumento avaliativo do Ministério da Saúde, no âmbito nacional, que avalia desde unidades de saúde até hospitais de grande porte.
- Sistema de apuração de carta aos usuários.
- Disque denúncia.
- Outros

## **CONTROLE**

- Cadastramento dos serviços e dos usuários deve ser fidedigno, completo e atualizado permanentemente, de forma a constituir uma base segura para o processo de programação e organização da assistência.
- Processo de compra de serviços à rede privada complementar, quando a rede pública não suprir às necessidades, obedecendo a relação entre programação, produção e faturamento.
- Controle do acesso assistencial.

O conceito de auditoria proposto por Lambeck em 1956 tem como premissa a “avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente”. A auditoria desenvolve atividades de controle e avaliação de aspectos específicos e dos processos e resultados da prestação de serviços.

O trabalho de auditoria no SUS é bastante complexo, necessitando de uma grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente extraídas, trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita a saúde.

A auditoria divide-se em dois grandes eixos: Ambulatorial e Hospitalar. O processo de mudanças das práticas de auditoria, na perspectiva da saúde coletiva, incorpora a avaliação da qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência visando especialmente, a redução de iniquidades, a garantia de direito de acesso e a eficiência das ações e serviços.

O compromisso da auditoria para o fortalecimento da gestão se estabelece na orientação ao gestor quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde, que objetiva a melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização dos serviços.

Compreendendo a importância da consolidação da relação com o controle social, como a forma de melhor cuidar da gestão do SUS, a auditoria deve realizar ações de cooperação técnica com os conselhos municipal, estadual e nacional de saúde e, também, com os gestores, nas três esferas de gestão.

#### 7.4 Sistema de Informatização

O gestor da saúde pública, responsável por controlar, avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde, confronta-se diariamente com processos e atividades que são baseadas em informações, sendo assim, a gestão da informação como recurso estratégico das organizações e do processo decisório na saúde pública é de suma importância.

Perante a necessidade de gerar informações aos diversos sistemas do Ministério da Saúde, muitos deles obrigatórios para o recebimento de recursos financeiros, além dos dados necessários para funcionamento, gerenciamento, monitoramento e controle (gestão) das unidades, é imprescindível o aperfeiçoamento do sistema garantindo os dados mínimos necessários para a geração das informações, com centralização dos dados, evitando que ocorra o retrabalho de alimentação dos sistemas.

Outro tópico importante é garantir que a conexão dos equipamentos a esses sistemas (conexão de rede e internet) seja rápida, constante e disponível 7 dias por semana e 24 horas por dia. Para que isso ocorra é necessário um planejamento da expansão da rede física de fibra-ótica e a criação de redundâncias que permitam o funcionamento ininterrupto quando houver problema com os meios de comunicação.

Dentre os diversos objetivos da área de apoio administrativo e logístico, é manter o equilíbrio financeiro, buscando atender as necessidades, em termos de abastecimento (materiais e medicamentos), recursos humanos, estrutura física (manutenção predial), transportes e equipamentos (aquisições e manutenções), em relação aos recursos financeiros autorizados para o exercício.

A área de apoio administrativo deve identificar as necessidades, planejar as ações e realizá-las de acordo com as disponibilidades de recursos financeiros, buscando sempre atender o conjunto, sem preferências particulares, priorizando de acordo com a avaliação técnica.

Em relação à logística de abastecimento, conhecidas as necessidades deve-se

realizar o planejamento, das ações no sentido de padronizar os materiais para aquisição através de Registros de Preços, buscando otimizar os recursos financeiros, espaços existentes nos almoxarifados e o número de licitações, tanto para a aquisição de bens de consumo, como para aquisição de equipamentos. Outro fator que contribuiu para agilizar os processos licitatórios é a análise prévia dos Editais de Licitações realizadas.

Relação de profissionais da Secretaria Municipal da Saúde de acordo com cargos, 2022.

<b>Cargos</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Agente Comunitário de Saúde</b>	<b>61</b>
<b>Agente de Administração</b>	<b>29</b>
<b>Agente de Combate as Endemias</b>	<b>17</b>
<b>Agente, Auxiliar e Técnico de Enfermagem</b>	<b>46</b>
<b>Analista de Sistema</b>	<b>08</b>
<b>Assistente Social</b>	<b>03</b>
<b>Auxiliar de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família</b>	<b>09</b>
<b>Auxiliar de Farmacêutico</b>	<b>05</b>
<b>Cirurgião Dentista</b>	<b>09</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>17</b>
<b>Farmacêutico</b>	<b>02</b>
<b>Fisioterapeuta</b>	<b>04</b>
<b>Fonoaudiólogo</b>	<b>01</b>
<b>Médico</b>	<b>11</b>
<b>Motorista</b>	<b>08</b>
<b>Educador físico</b>	<b>02</b>
<b>Nutricionista</b>	<b>04</b>
<b>Psicólogo</b>	<b>04</b>
<b>Terapeuta Ocupacional</b>	<b>03</b>
<b>Técnico de Saúde Bucal</b>	<b>12</b>
<b>Demais Cargos</b>	
<b>Total</b>	<b>255</b>

## 8. PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento no SUS é uma função gestora, um requisito legal e um dos mecanismos mais relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico, que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União. O desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região de saúde.

O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais.

Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos Conselhos Municipais de Saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal.

O Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz editaram o “Manual de Planejamento no SUS”, que apresenta as principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no SUS.

Principais regulamentações sobre o planejamento no SUS.

<b>Legislações</b>	<b>Disposições sobre o planejamento no SUS</b>
Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990	Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de Saúde

Lei nº 8.142, de 1990	Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).
Emenda Constitucional nº 29, de 2000	Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.
Portaria nº 4.279, de 2010	Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e consequente garantia da integralidade do cuidado.
Decreto nº 7.508, de 2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde - COAP como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional.
Resolução CIT nº 01/2011	Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.
Lei Complementar nº 141, 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.

Portaria nº 2.135, de 2013	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.
Portaria Nº 750, de 29 de abril de 2019 no dia 06 de maio do ano corrente	Trata da alteração da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

## 8.1 Financiamento

O financiamento do SUS é realizado pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina o Art. 197º, parágrafo 1º da Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Os percentuais de investimento financeiro dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional nº 29. Por essa Lei, Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual - LOA.

Historicamente, com a publicação da Portaria nº 204, do Ministério da Saúde, em 2007, foram criados cinco Blocos de Financiamento do SUS:

- ✓ Atenção Básica (Atenção Primária),
- ✓ Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar,

- ✓ Vigilância em Saúde,
- ✓ Assistência Farmacêutica
- ✓ e Gestão do SUS.

Posteriormente, foi criado o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Portaria MS nº 837/2009). Em 2013, a Portaria MS nº 412, subdividiu o financiamento da assistência farmacêutica em dois blocos, o do Componente Básico e outro do Componente Excepcional. Assim, totalizaram sete blocos de financiamento do SUS.

No início de 2017, o Ministério da Saúde propõe uma série de alterações para o repasse de recursos federais à estados e municípios, o chamado de SUS Legal, que prevê a mudança na transferência de verbas federais. Os repasses, em sete blocos temáticos, passariam a ser realizados em duas modalidades: custeio e investimento.

O SUS Legal propõe uma reorganização dos planos orçamentários Municipais, Estaduais e da União. No novo modelo, investimento e custeio passam a ser as duas únicas modalidades de repasse, sem mais os blocos de financiamento e as famosas “caixinhas”. Estão previstas, também, mudanças estruturais em processos como planejamento integrado, programação, sistema de informação em saúde, monitoramento, avaliação e gestão dos fundos de saúde.

O município vem atravessando uma grave crise financeira, assim como todo o país. A perspectiva para os próximos anos é de grandes dificuldades no financiamento para atender a demanda crescente dos serviços de saúde, aumentando ainda mais o desafio para sustentar o financiamento público do setor saúde.

## 8.2 Educação em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) visa reconceituar e reorientar os processos de qualificação de trabalhadores dos serviços de saúde, tendo como eixo da aprendizagem a atuação profissional no cotidiano do trabalho em saúde, estabelecendo-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional.

A EPS é uma prática de ensino-aprendizagem que reconhece a produção de conhecimentos no cotidiano do trabalho, valendo-se do contexto real dos agentes envolvidos, tendo como base de questionamento e transformação os problemas da realidade de trabalho e vivências, tendo como os pilares da problematização e da aprendizagem significativa.

Para a transformação das práticas de saúde, é necessário dialogar com as práticas e concepções vigentes e problematizá-las, não hipoteticamente, mas na realidade de trabalho de cada equipe, estabelecendo novos acordos de convivência e práticas a fim de aproximar a atenção integral à saúde ao SUS que é desejado.

Para se constituir num processo político pedagógico transformador e emancipatório, é necessária maior disseminação da EPS em toda rede básica de saúde, a fim de revestir nos cidadãos de autocrítica, autogestão e autoanálise, sendo necessário colocar o trabalho, as práticas cotidianas e as articulações formação / atenção / gestão / participação em processo crítico de análise.

Para que a integralidade seja uma das características prioritárias da ESF, é preciso que ocorram frequentes atividades educativas para os trabalhadores, direcionadas à articulação das ações de ascensão, prevenção e recuperação da saúde. Para isso, as atividades educativas devem ter como norte a reflexão sobre a forma e a finalidade com que as ações de promoção e prevenção vêm sendo desenvolvidas e se, realmente, procuram ampliar a compreensão de saúde e seus determinantes sociais, no qual o próprio cotidiano do trabalho é educativo para os trabalhadores.

As ações de EPS ocorrem em todos os espaços de interação entre sujeitos, nos diferentes lugares de atuação da equipe intra e extramuros da unidade de saúde, quando são observados os princípios da interdisciplinaridade, do saber popular, da intersetorialidade e das possibilidades do território de atuação das equipes:

a) Integração entre profissionais: troca de experiências e conhecimento entre profissionais de diferentes unidades de saúde, dos programas de saúde existentes no município, matriciamento das ações pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), contribuindo para a garantia da resolutividade e integralidade do cuidado em saúde;

b) Atendimento individual e/ou em conjunto na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio: consulta de enfermagem, odontológica, médica, conjunta ou não com as equipes de apoio à Saúde da Família;

c) Territorialização: processo dinâmico, identificando as capacidades, desenvolvendo parcerias, mobilizando e envolvendo a população;

d) Reuniões de Conselhos Locais de Saúde ou com as lideranças comunitárias: observação do princípio da participação social e do controle social, aspectos culturais e dos problemas do coletivo social;

e) Acolhimento do cidadão na Unidade Básica de Saúde: atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com o protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea na Atenção Primária,

f) Visita domiciliar: ferramenta que permite conhecer os usuários em seus núcleos e organizações familiares, compreendendo o contexto dos indivíduos em seu espaço de produção da vida, no qual identifica-se sua resiliência e seu protagonismo, considerando sua autonomia;

g) Reuniões técnicas: discussão de casos, grupo gestor local, grupo de monitoramento das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), dentre outros, promovendo espaços democráticos de produção de conhecimento, fortalecimento de relações e trabalho em equipe.

No processo diário de trabalho é possível realizar a identificação das necessidades de desenvolvimento de seus atores, por meio de estabelecimento de espaços de troca de conhecimento e de negociação, pactuação e decisões em conformidade as necessidades da população. Nesse contexto está presente a aprendizagem significativa compartilhada, o monitoramento das ações e proposição de novos caminhos.

#### *Desafios:*

- Melhorar a comunicação entre os setores;
- Institucionalizar a educação permanente na Secretaria Municipal de Saúde, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, proporcionando espaços que possibilitem transformações na prática profissional e na própria organização do trabalho;

### 8.3 Ouvidoria

O usuário do SUS pode se comunicar com a Ouvidoria através de vários canais. O acesso pode ser feito por telefone, por carta, e-mail ou preenchimento do Formulário Web na página da Ouvidoria, no site da Secretaria Municipal da Saúde.

A manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestão, elogio, solicitação, reclamação ou denúncia.

As atividades da ouvidoria são estratégicas para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, a Ouvidoria contribui para a

participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde e consolidando o papel de canal de livre manifestação para os usuários do SUS. Essa forma de atividade social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde.

## 9. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Com a Constituição Federal de 1988, a participação da sociedade no contexto da saúde é estabelecida, sendo regulada pela Lei Federal nº 8.142/90 e definida a partir das conferências e dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e também em colegiados de gestão nos serviços da área.

O Conselho Municipal de Saúde – CMS, constituído pela Lei Municipal nº 40 de 1996, é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria Municipal da Saúde. Conforme determinação do inciso III do art. 198 da Constituição Federal, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, da Resolução CNS 453, de 10 de maio de 2012, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde.

O CMS é composto por titulares, sendo de representantes dos usuários do SUS (50%) e de representantes de entidades de trabalhadores da saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo indicados pelos seus respectivos dirigentes (50%).

A Lei Municipal que rege o CMS, estabelece que o Presidente, o vice- Presidente, o Conselheiro responsável pela Secretaria Executiva e os integrantes da Comissão Municipal de Saúde serão eleitos, por maioria absoluta de votos dos conselheiros titulares.

## 10.DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS INDICADORES

A Secretaria Municipal da Saúde do Município de João Lisboa/MA com interveniência do corpo Técnico, Coordenadores, Diretores Chefias Conselho Municipal de Saúde e demais Setores, apresenta, no quadro a seguir, as diretrizes, objetivos e metas pactuadas para o município no período de 2022 a 2025.

DIRETRIZ Nº 1 - Promover o acesso da população aos serviços de saúde, com equidade, integralidade, humanização, organizando a rede de atenção à saúde, priorizando as necessidades de saúde da população e tornando a atenção primária ordenadora do cuidado.								
OBJETIVO - Estruturação e organização dos estabelecimentos de saúde e equipes, para atendimento as demandas dos usuários.								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022 - 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Realizar o cadastramento de 100% dos domicílios, pelas Equipes de Saúde da Família para área adscrita.	Percentual de cadastramento de domicílios pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	80	90	100	100
2	Realizar o cadastramento de 100% dos usuários, pelas Equipes de Saúde da Família para área adscrita.	Percentual de cadastramento de usuários pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	80	90	100	100
3	Realizar extratificação de risco de 80% dos pacientes portadores de DCNT.	Percentual de portadores de DCNT extratificados pelas equipes de Saúde da Família	80%	Percentual	60	70	80	80
4	Realizar de revisão de 100% do território, das equipes de Saúde da Família.	Percentual de territórios revisados pelas equipes de saúde da família.	100%	Percentual	100	100	100	100
5	Realização e atualização do mapa do território de 100% das equipes de Saúde da Família.	Percentual de mapas construídos e atualizados dos territórios, pelas equipes de saúde da família.	100%	Percentual	100	100	100	100
6	Realizar a manutenção de 100% dos profissionais para composição das equipes de Saúde da Família.	Realizar a manutenção de profissionais para composição das equipes de Saúde da Família	100%	Percentual	100	100	100	100

7	Manter a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família da população.	Cobertura populacional estimada de eSF	100%	Percentual	100	100	100	100
8	Manter a cobertura da população por serviços de atenção básica (atenção primária) acima de 90%	Cobertura populacional estimada de eAP	100%	Percentual	100	100	100	100
9	Aumentar a cobertura de Saúde Bucal para 100%	Cobertura de Saúde Bucal	100%	Percentual	2.61	100	100	100
10	Reduzir a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais para 4.	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	04	Numero	1	1	1	1
11	Realização de atividades de saúde bucal em 90% de portadores de necessidades especiais	atividades de saúde bucal em 90% de portadores de necessidades especiais realizadas	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
12	Realizar ações de promoção em saúde bucal em 100% das unidades com saúde bucal.	ações de promoção em saúde bucal em 100% das unidades realizadas	100%	Percentual	100	100	100	100
13	Realizar atendimento odontológico com tratamento completo para no mínimo 60% das gestantes que realizam pré-natal na APS (Previne Brasil)	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%	Percentual	60%	60%	60%	60%
14	Realizar acompanhamento odontológico de prevenção a 80% da população de 0 a 16 anos, através do levantamento epidemiológico e estudo de grau de necessidade	acompanhamento odontológico de prevenção a 40% da população de 0 a 16 anos, realizado	80%	Percentual	40%	40%	40%	40%
15	Manter 100% atualizados os cadastros dos Hipertensos das equipes de saúde da família	Percentual de hipertensos cadastrados pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	75	85	100	100
16	Aumentar a proporção de hipertensos com pressão arterial aferida a cada seis meses para 50%.	Proporção de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	50%	Percentual	50	50	50	50
17	Manter 100% atualizados os cadastros dos Diabéticos das equipes de saúde da família	Percentual de diabéticos cadastrados pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	75	85	100	100

18	Solicitar exame de hemoglobina glicada, duas vezes ao ano pelo menos 50% dos diabéticos	Percentual de pessoas diabéticas com solicitação do exame de hemoglobina glicada no ano.	50%	Percentual	50	50	50	50
19	Implantar uma modalidade de Prática Integrativa e Complementar (PICS) inicialmente em duas Unidades de Atenção Primária.	Número de Unidades de APS com PICS implantada	02	numero		1	1	
20	Descentralizar o Programa de Tabagismo para 100% das UBS .	Percentual de Unidades de APS com o Programa Implantado	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
21	Diminuir em 10% a incidencia de Tabagismo	Incidencia de tabagismo diminuida	10%	Percentual	2	2	3	3
22	Monitorar 100% os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.	Percentual de Unidades da APS monitoradas	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
23	Manter a cobertura das ações obrigatórias do Programa Saúde na Escola (PSE) em 100% das escolas pactuadas	Manter a cobertura das ações obrigatórias do Programa Saúde na Escola (PSE) em 100% das escolas pactuadas	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
24	Ampliar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa família (PBF) para 100	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	100%	8,29%	100	100%	100%	100%
25	Implementar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	01	Numero		1		
26	Implementar em 100%as Unidades de Saúde da Família a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa de maneira informatizada.	Percentual de Unidades de Saúde da Família com avaliação multidimensional implementada	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
27	Reduzir em 20% internações de pessoas com 60 anos ou mais por causas sensíveis na Atenção Primária em Saúde	Proporção de internações de pessoas com 60 anos ou mais por causas sensíveis à Atenção Primári	20%	Proporção	2	6	6	6

<b>28</b>	Reduzir em 4% ao ano em relação à meta 2021 a Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas	Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) reduzida	16%	Percentual	4	4	4	4
<b>29</b>	Instituir protocolo de atendimento à população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde.		01	Numero	1			
<b>OBJETIVO- Adequar a rede física e melhorar a segurança, a ambiência e a infraestrutura das unidades de saúde</b>								
<b>30</b>	Realização de manutenções predial preventiva em 100% unidades de saúde.	Realização de manutenção predial preventiva em unidades.	100%	Percentual	100	100	100	100
<b>31</b>	Reformar ou ampliar 3 unidades de saúde, com apoio financeiro do Programa Requalifica MS-monitorado SISMOB	Unidades reformadas	06	Numero	1	1	2	1
<b>32</b>	Reequipar as Unidades de Saúde	Unidades equipadas	100%	percentual	25	25	25	25

**DIRETRIZ Nº 02-Garantia da atenção integral à saúde da Mulher e da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher, com especial atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e reprodutivos,;RAMI**  
**OBJETIVO -Garantir o fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância com o objetivo de qualificar a assistência e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022-2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Redução 10 %da mortalidade infantil para casosano	Taxa de mortalidade infantil	10%	Percentual	2	2	3	3
2	Investigar 100% dos óbitos maternos e infantis, com proposta de intervenções nas unidades de saúde e nos hospitais onde ocorreram os óbitos, juntamente com os responsáveis pelos programas de saúde da criança e da mulher e as instituições envolvida	Número de óbitos maternos e Infantis investigados	100%	Percentual	100	100	100	100
3	Realização de 6 ou mais consultas de pré-natal(Previne Brasil), em 80% das gestantes domunicípio.iniciando ate a 12 semana	Realização de consultas de pré-natal em gestantes do município.	80%	Percentual	60	80	80	80
4	Realização de 1 teste de Sífilis em gestantes do município.	Número de testes de sífilis em gestantes.	01	Número	1	1	1	1
5	Realização de 1 teste de HIV em gestantes do município.	Número de testes de HIV em gestantes.	01	Número	1	1	1	1
6	Garantir implementação de atividades do programa de saúde do homem em 100% das equipes de Saúde da Família.	Proporção de unidades com realização de atividades do programa de saúde dohomem.	100%	Percentual	100	100	100	100
7	Realização de consultas de pré-natal odontológico (Previne Brasil), em 60% das gestantes do município.	Realização de consultas de pré-natal odontológico em gestantes do município.	60%	Percentual	60	60	60	60
8	Manter 100% atualizada a caderneta vacinal das crianças de 0 a 6 anos, conforme calendário nacional de vacinas.	Manter caderneta vacinal de crianças atualizada conforme calendário vacinal.	100%	Percentual	100	100	100	100

<b>9</b>	Manter 80% de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	80%	Percentual	80	80	80	80
<b>10</b>	Reduzir a proporção de 10% de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	10%	Proporção	02	02	02	04
<b>11</b>	Capacitar 100 % Rede de Atenção Primária em Saúde a respeito do Protocolo Municipal de Pré Natal de Baixo Risco.	Percentual de Unidades de APS capacitadas	100%	Percentual	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>12</b>	Implantar o Protocolo de Aleitamento Materno na Atenção à Saúde da Mulher e da Criança/SMS em toda Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços de Saúde com Protocolo Implementado	100%	Percentual	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>13</b>	Implementar um Procedimento Operacional Padrão (POP) de fluxo intersetorial de atenção à situação de violência sexual infantil em parceria com a saúde mental para toda a Rede Atenção primária Saúde.	Percentual de Unidades de Saúde com POP implementado	100%	Percentual	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>14</b>	Ampliar a cobertura de coleta do teste do pezinho de recém-nascido (SUS) em até 5 dias após o nascimento para 95%.	Cobertura de coleta do teste do pezinho de recém-nascido (SUS) em até 5 dias após o nascimento	95%	Percentual	95%.	95%.	95%.	95%.
<b>15</b>	Atingir 40% de adesão dos homens ao Pré-Natal (PN) do parceiro.	Percentual de homens que aderiram ao pré-natal do parceiro	40%	percentual	10%	10%	10%	10%
<b>16</b>	Reduzir em 25% o número de casos novos de sífilis em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	25%	Redução	5%	5%	5%	10%
<b>17</b>	Manter o controle do número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos, com menos de um caso detectado ao ano.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	Número	0	0	0	0

**DIRETRIZ N°03- Garantia da atenção integral à saúde da mulher, do homem, das pessoas com doenças crônicas,raras**

**OBJETIVO- Estruturar os serviços territorializados, construídos da seguinte forma: Serviços Assistenciais em Oncologia, Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação dameta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2022-2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Ampliar para 0,40 a razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos com um exame acada 3 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulhers de 25 a 64 anos.	0,40	Razão	0,40	0,40	0,40	0,40
2	Ampliar para 0,10 a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 59 ano	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente	0,10	Razão	0,10	0,10	0,10	0,10
3	Ofertar exames de PSA para no minimo50% dos homens acima de 50 anos	Taxa de exames realizados nos homens acima de 50 anos.	50%	Percentual	50	50	50	50
4	Avaliar aexcesso de peso na população adulta.em todas as UBS	Percentual de adultos com excesso de peso avaliados na APS	100%	Percentual	100	100	100	100
5	Manter a realização de Campanhas Anuais de prevenção ao câncer do Colo do Útero e Mama (Dia Internacional da Mulher e Outubro Rosa).	Campanhas realizadas	08	numero	2	2	2	2
6	Manter a realização de Campanhas Anuais de prevenção ao câncer de prostata Novembro Azul	Campanhas realizadas	04	Numero	1	1	1	1
7	Reduzir o índice de obesidade em crianças menores de 5 anos para 20%.	Percentual de crianças menores de 5 anos com obesidade.	20%	Percentual	5%	5%	5%	5%

**DIRETRIZ Nº 04 - Garantia e aprimoramento da assistência farmacêutica universal e integral no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a estruturação da rede de serviços e a sua força de trabalho da assistência farmacêutica**

**Objetivos.1-Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022-2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Manter 100% atualizado os dados no Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica	Percentual de controle informatizado na distribuição e dispensação de medicamentos.	100%	Percentual	100	100	100	100
2	Atualizar a RelaçãoMunicipal de Medicamentos - REMUME ao ano	Percentual de REMUME criados e ou atualizados	04	Número	1	1	1	1
3	Manter disponível a população 80% dos medicamentos da REMEME.	Percentual de disponibilidade de medicamentos da REMUME para a população.	80%	Percentual	80	80	80	80
4	Realizar 01 capacitação anual em todas ESF com os ACS na orientação à população acerca do uso adequado de medicamentos prescritos	Percentual de Unidades de Saúde da Família com ACS capacitados	04	Numero	1	1	1	1
5	Implantar Procedimento Operacional Padrão (POP) 100% as farmácias da Rede de Atenção Farmacêutica do SUS Municipal	POP implantado	100%	Percentual	100	100	100	100
6	Adequar o mobiliário e a infraestrutura em 50% das farmácias das UBS para garantia das Boas Práticas de Armazenamento de medicamentos	UBS estruturada com mobiliários	50%	percentual	50	50	50	50
7	Implantar serviços de cuidado farmacêutico em pelo menos 50% das UBS com farmácia, com salas de atendimento individual para acompanhamento farmacoterapêutico.	Percentual de unidades de saúde com farmácia que ofertam o cuidado farmacêutico	50%	Percentual	10%	10	10	20

**DIRETRIZ Nº 05- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde.**

**OBJETIVO - Vigilância Epidemiológica**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022-2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Qualificar o preenchimento da causa básica de óbito na declaração de óbito, no intuito de atingir, pelo menos, 95% das declarações de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95%	Percentual	95	95	95	95
2	Investigar e encerrar, oportunamente, 80% dos casos de agravos e doenças de notificação compulsória	Percentual de investigações de doenças de notificação compulsória encerradas oportunamente	80%	Percentual	60	80	80	80
3	Vacinar 95% das crianças menores de um ano com a vacina Pentavalente	Percentual de crianças menores de um ano vacinadas com a vacina Pentavalente	95%	Percentual	95	95	95	95
4	Vacinar 95% das crianças menores de um ano com a vacina Poliomielite	Percentual de crianças menores de um ano vacinadas com a poliomielite	95%	Percentual	95	95	95	95
5	Monitorar e investigar 100% dos surtos de doenças transmissíveis e demais emergências em saúde pública por meio da Vigilância em Saúde	Percentual de surtos de doenças transmissíveis e demais emergências em saúde pública investigados	100%	Percentual	100	100	100	100
6	Vacinar 100% dos grupos prioritário do Plano Nacional de Imunização para COVID 19.	Percentual de grupos definidos pelo PNI imunizados para COVID 19.	100%	Percentual	100	100	100	100
7	Notificar 100% dos casos de efeitos adversos vacinais.	Percentual de notificações de casos de efeitos adversos de vacina.	100%	Percentual	100	100	100	100
8	Manter pelo menos 80% dos casos novos de hanseníase com contatos intradomiciliares examinados, para ampliar a prevenção e controle da hanseníase.	Percentual de casos novos de hanseníase com contatos intradomiciliares de examinados	80%	Percentual	80	80	80	80
9	Realizar tratamento de 90% dos casos pacientes com tuberculose	Percentual de tratamento de casos de tuberculose	90%	Percentual	90	90	90	90

10	Realizar 100% de notificações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho	Notificações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho	100%	Percentual	100	100	100	100
11	Realizar 100% do número de notificações das situações de violências.	Percentual de aumento no número de notificações	100%	Percentual	100	100	100	100
12	Prestar assistência integral a 100% dos pacientes diagnosticados com IST/AIDS, tuberculose e hepatites virais diagnosticados na rede básica de saúde,	Percentual de pacientes assistidos dentre o total de pacientes diagnosticados anualmente com HIV/aids, tuberculose e hepatites virais na rede básica de saúde.	100%	Percentual	100	100	100	100
13	Realizar 4 ciclos de visita domiciliar, com 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos com cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	80%	Número	4	4	4	4
OBJETIVO Aprimorar as ações de Vigilância de fatores ambientais de risco e agravos à saúde e doenças transmitidas por vetores e hospedeiros intermediários								
1	Investigar pelo menos 90% dos acidentes com animais peçonhentos notificados.	Percentual de acidentes com animais peçonhentos notificados que foram investigados	90%	Percentual	90	90	90	90
2	Realizar a vigilância da raiva urbana e aérea, investigando pelo menos 90% dos casos suspeitos de raiva animal notificados.	Percentual de casos suspeitos de raiva animal notificados que foram investigados.	90%	Percentual	90	90	90	90
3	Investigar pelo menos 90% dos casos suspeitos de leishmaniose visceral animal notificados.	Percentual de casos suspeitos de leishmaniose visceral animal notificados que foram investigados.	90%	Percentual	90	90	90	90
5	Realizar análise de, 90% das amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Proporção de análises de água realizadas	90%	Percentual	90	90	90	90
6	Elaborar e implantar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) nas unidades de saúde	Percentual de unidades de saúde com PGRSS elaborado e implantado	60%	Percentual	30	10	20	60
OBJETIVO Nº - Aprimorar as ações de Vigilância Sanitária								
7	Fiscalizar através de inspeções 100% dos estabelecimentos de saúde cadastrados	Proporção de serviços de saúde inspecionados, no mínimo, uma vez ao ano	100%	Percentual	100	100	100	100

8	Fiscalizar 100% dos serviços de saúde classificados como alto risco cadastrados no SIVISA (Sistema de Informação em Vigilância Sanitária)	Proporção de serviços de saúde classificados como alto risco cadastrados no SIVISA inspecionados, no mínimo, uma vez ao ano.	100%	Percentual	100	100	100	100
9	Ampliar em 20% o número de inspeções em estabelecimentos de vendas e produção de alimentos cadastradas no SIVISA (Sistema de Informação em Vigilância Sanitária)	Número de inspeções realizadas ao ano de alimentos cadastradas no SIVISA.	20%	Percentual	5	5	5	5

DIRETRIZ Nº 06 - Garantia de acesso à população ao serviço de urgência e emergência, através da organização da rede municipal, por meio do acesso humanizado e integral aos usuários em situação de risco. RUE

**OBJETIVOS**

1- Ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A Rede está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e o hospitalar.

2 - Aprimorar a rede de urgência e emergência municipal a partir do acolhimento aos usuários, tornando os serviços de urgência e emergência mais resolutivos e qualificados por meio de classificação de risco e protocolos clínicos de atendimentos e adequação da estrutura

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022 - 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Aumentar a capacidade de resolutividade Urgência e Emergência Zona Urbana	Percentual de resolutividade de urgência e emergência na zona urbana	01	Número		1		
2	Reorganizar a rede de urgência e emergência municipal através da qualificação de 100% da porta de entrada, constituído de serviços humanizados, ininterruptos ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas.e cirurgias.	Rede Reorganizada	100%	Percentual	100	100	100	100
OBJETIVO 3 - Aprimorar a oferta de leitos, a desospitalização e a Atenção Domiciliar								
3	Implantar 01 Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD)	número de Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar ampliada	01	Numero	01			01
4	Implantar 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP).	Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP).ampliada	01	Numero	01			01
5	Aumentar a taxa de desospitalização mediada pelo Serviço de Atenção Domiciliar, correspondendo a 2 altas por dia	Taxa de desospitalização.	02	Taxa	01	01		

6	Implantar Base Descentralizada do SAMU 192	Base implantada	01	Número	01			
---	--	-----------------	----	--------	----	--	--	--

**DIRETRIZ Nº 07 Fortalecimento de todas as redes de atenção pública, em especial a rede de saúde mental e demais transtornos, com ênfase nas ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas,**

**OBJETIVO: Acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2022 - 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Adequar 100% os serviços de saúde mental em relação à acessibilidade para pessoas PCDs.	Percentual de serviços com estrutura adequada	100%	Percentual	100	100	100	100
2	Implantar e Habilitar 01 equipes Especializadas no ambulatório de saúde mental. AMENT	01 Equipe habilitada	01	Numero	01			
4	Elaborar Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) relacionados às rotinas da saúde mental.	Número de protocolos e POP s elaborados	01	Numero	01			
5	Realizar no mínimo 6 ações de matriciamento sistemáticas por CAPS e ambulatórios nas Equipes da Atenção Primária.	Número de ações de matriciamento executadas por serviço por ano	36	Numero	06	06	06	06
6	Implementar Protocolo com estratificação de risco para atendimentos de saúde mental na Atenção Primária e na RAPS.	Protocolo implantado	01	Numero	01			

**DIRETRIZ Nº 08 Qualificar de ações e serviços de saúde para atender aos desafios sanitários com entrega à população de uma assistência oportuna e qualificada, que assegure o enfrentamento adequado para proposição de intervenções relacionadas à Atenção Especializada em Saúde**

**OBJETIVO: Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2022- 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Qualificar os profissionais da APS a fim de reduzir o número de encaminhamentos para atenção secundária em 4%, em relação ao ano de 2020	Número de encaminhamentos para consultas especializadas.	01	Percentual	1	1	1	1
2	Atualizar 50% dos protocolos de acesso à atenção especializada.	Percentual de protocolos de acesso atualizados.	50%	Percentual	10%	10%	15%	15%
4	Reestruturar a auditoria com profissionais de acordo com a legislação com especificação para auditar a rede assistencial própria e contratada.	Auditoria implementada e Cimplantada.	01	Número	01	01	01	01
6	Monitorar e avaliar a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no município de João Lisboa	Implantação da Saúde Integral da População Negra	01	Número	01	01	01	01
7	Realizar estudo para Implantação da linha de cuidados em Doença Falciforme	linha de cuidados em Doença Falciforme implantada	01	Número	01			
8	Manter a regulação para o tratamento Fora do Domicílio – TFD.	Tratamento Fora do Domicílio regulado	100%	Percentual	100	100	100	100

**DIRETRIZ Nº 9- Fortalecer o cuidado em Rede para as Pessoas com Deficiência, com a qualificação dos serviços em reabilitação no tempo clinicamente aceitável a fim de promover a redução de danos e evitar agravos. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

**OBJETIVOS -Proteger a saúde e reabilitar as pessoas com deficiência em relação as suas capacidades funcionais Física, auditiva,**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Construir e Implantar o CER tipo II Regional	CER tipo II implantado	01	Número	0	1		
2	Qualificar o atendimento a pessoa com deficiência, com 100% dos pacientes dos CER Projeto Terapêutico Singular	Percentual de pacientes em seguimento no Centro Especializado de Reabilitação, Projeto Terapêutico Singular	100%	Percentual	0	0	1	
4	Implantar a Estratificação de Risco da Linha de Cuidado.a Pessoa com Deficiencia em 100%Unidades de Saúde	Estratificação de Risco Implantada	100%	Percentual	0	100	100	100
5	Incorporar a atenção à Pessoa com Deficiência às diversas linhas de cuidado das redes de atenção.	Inclusão da atenção à Pessoa com Deficiência nas diversas linhas guias de cuidad	100%	Percentual	100	100	100	100
6	Implantar nas Unidades de Saúde a utilização de instrumentos de detecção precoce, de riscos para Desenvolvimento infantil, incluindo os Transtornos mentais e deficiência física	Unidades de Saúde com os instrumentos de detecção precoce implantados/ano	100%	Percentual	100	100	100	100
7	Ampliar o reconhecimento da população com deficiência fim de melhorar e estruturar as ofertas de saúde específicas para esta população		80%	Percentual	20	20	20	20

**DIRETRIZ Nº 10 Fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde e a formação profissional no município, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde para a transformação dos processos de trabalho em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS)**

**Objetivo 1- Fortalecer o processo de integração ensino-serviço na Rede de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde, prioritariamente pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde E COAPS**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022 - 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Regular todas as ações de integração entre as Instituições de Ensino e os serviços da Rede Pública de Atenção à Saúde	Percentual de ações reguladas pelo NEPS	100%	Percentual	100	100	100	100
2	Elaborar o Plano Municipal de Educação Permanente (PMEPS). Para os 2022 e 2023	PMEPS elaborado	01	Número	01			
3	Fomentar a participação de 100% trabalhadores em cursos, congressos e eventos relacionados às respectivas áreas de atuação	Número de trabalhadores com liberação de carga horária para participação em cursos, congressos e eventos	100%	Percentual	20%	20%	30%	30%
5	Realizar 01 capacitações anual dos trabalhadores da saúde com vista ao atendimento humanizado e acolhimento da população nas Unidades de Saúde	Capacitações realizada	01	Número	1	1	1	1
6	Realizar anualmente uma mostra de experiências exitosas da SMS, objetivando a troca de experiências entre os serviços de saúde, com instituições de ensino e pesquisa.	Realizada anualmente	01	Número	1	1	1	1

**DIRETRIZ Nº 11- Qualificação dos instrumentos de execução direta com contratualização dos serviços públicos que garantam a autonomia administrativa e financeira desses serviços, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.**

**OBJETIVO -- Qualificar as ações de controle e avaliação dos serviços contratualizados.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Implantar os Planos Operativos nos serviços contratualizados.	Percentual de serviços contratualizados com Planos Operativos implantados	100%	Percentual	100	100	100	100
2	Monitorar o teto financeiro de todos os serviços contratualizados.	Percentual de serviços monitorados	100%	Percentual	100	100	100	100
3	Realizar auditorias nos serviços contratualizados de Saúde.	Número de auditorias realizadas	100%	Percentual	100	100	100	100
4	Garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos Medicos hospitalares, odontológico em 100 %unidades	Manutenção preventiva e corretiva mantida	100%	Percentual	100	100	100	100
5	Garantir 100 % a frota de veículos para execução das Ações desenvolvidas na Saúde	Frota de veículos garantida	100%	Percentual	100	100	100	100
6	Promover a melhoria dos processos de produção da informação em saúde através do Setor de Planejamento para fortalecer o fluxo de acompanhamento e monitoramento das ações que envolvem novas habilitações e as já existentes	produção da informação em saúde através do Setor de Planejamento para fortalecer o fluxo de acompanhamento e monitoramento divulgado	01	Número	1	1	1	1
7	Redução do índice de judicialização em 20% das demandas avaliadas pelo Setor específico com avaliação do imapcto financeiro compartilhado	Judicialização reduzida	20%	Percentual	5	5	5	5
8	Ampliar a atuação da Coordenação de Auditoria para as Unidades de Saúde proprias e conveniadas	Auditoria ampliada	01	Numero	1			

**DIRETRIZ Nº 12 - Aprimorar Estratégias De Enfrentamento Da Pandemia Covid-19.****Objetivo 1 - Contribuir para a formulação, a execução e a avaliação das ações de enfrentamento da emergência de saúde pública covid-19.****Objetivo 2-Fortalecer os serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), conforme a definição de caso estabelecida, no devido sistema de informação orientado pelo ministério da saúde.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Manter o Plano de Contingência Municipal atualizado de acordo com orientações e diretrizes dos órgãos de saúde.	Plano de Contingência atualizado em relação às normativas	01	Número	1	1	1	1
2	Manter o Plano de Imunização para COVID-19 atualizado de acordo com as orientações e diretrizes dos órgãos de saúde.	Plano de Imunização para COVID-19 atualizado em relação às normativas.	01		1	1	1	1
3	Encaminhar todas as atualizações referentes às orientações e diretrizes dos órgãos competentes (federal, estadual e municipal), no contexto da COVID-19, para a Rede de Atenção à Saúde Pública do município.	Percentual de atualizações encaminhadas	100%	Percentual	100	100	100	100
4	Implantar o rastreamento e o monitoramento de contatos próximos de casos confirmados de COVID-19 nas Unidades de Saúde (UBSs e USFs).	Percentual de Unidades de Saúde (UBSs e USFs) que realizam rastreamento e monitoramento de contatos próximos de casos confirmados de COVID-19	100%	Percentual	100	100	100	100
5	Manter a investigação e o encerramento de todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19.	Percentual de casos de SRAG por COVID-19 investigados e encerrados	100%	Percentual	100	100	100	100
6	Ofertar tratamento de reabilitação a 90% dos pacientes pós-covid com sequelas leves e moderadas.	Número de pacientes pós-covid 19 necessitados de reabilitação/ Número de pacientes em acompanhamento	90%	Percentual	30	60	90	90
8	Garantir 100% a segurança sanitária dos profissionais e trabalhadores da linha de frente com COVID 19 da SEMUS	segurança sanitária do profissionais e trabalhadores garantidos	100%	Percentual	100	100	100	100

**DIRETRIZ Nº 13 – A perfeição a gestão municipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa , garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo**

**Objetivo 1 - Aprimorar o controle social para garantia da gestão participativa com foco em resultados.**

**Objetivo 2 - Fortalecer a Ouvidoria do SUS municipal e desenvolver estratégias para que se efetivem como instrumento de gestão e cidadania.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
1	Realizar fiscalizações em todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de serviços de saúde fiscalizados	100%	Percentual	60	80	100	100
2	Realizar uma capacitação anual para os conselheiros municipais	Capacitação realizada	01	Número	1	1	1	1
3	Realizar no mínimo 12 Plenárias Ordinárias ao ano.	Número de Plenárias Ordinárias realizadas ao ano	36	Número	12	12	12	12
4	Realizar Conferências Municipais de Saúde.	Número de Conferências municipais de saúde realizadas	02	Número	0	1	0	1
5	Manter 100 % monitoramento e avaliação mensal dos registros de ouvidoria do SUS.	Percentual de monitoramentos realizados no ano	100%	Percentual	100	100	100	100
6	Manter a execução orçamentária específica Anual para o Conselho Municipal de Saúde-CMS dentro do orçamento geral da SEMUS no QDD e PPA	Recursos orçamentários mantidos	04	Número	1	1	1	1
7	Qualificar a Ouvidoria da rede de Saúde através do processo de acreditação do Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS”	Ouvidoria Qualificada	04	Número	1	1	1	1
8	Garantir a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, com apresentação para apreciação do Conselho Municipal de Saúde, conforme prazo determinado pelas legislações /SUS (Plano Municipal, Programação Anual e Relatórios de Gestão)	Instrumentos de planejamentos executados	100%	Percentual	100	100	100	100

## **11. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Os processos de monitoramento e avaliação são complementares entre si, devem acontecer durante o processo de desenvolvimento e execução e estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, permitindo o ajustamento de ações que convirjam para os objetivos.

Por meio da Programação Anual de Saúde (PAS) são elaboradas as ações que serão realizadas ano a ano, para o alcance dos objetivos e metas aprovados no Plano Municipal de Saúde, previamente aprovado para execução no período de 4 anos. A PAS é avaliada durante o ano quanto à realização das ações e o resultado da avaliação é subsídio para a PAS do ano seguinte, mantendo e/ou adequando ações que ainda sejam oportunas, suprimindo outras e elaborando novas, conforme a necessidade, tomando por base o Plano Municipal de Saúde do quadriênio vigente.

O processo de monitoramento e avaliação do Plano de Saúde (PS) possibilita a identificação de problemas durante a execução do mesmo, além do controle de prazos e tomada de decisões em tempo oportuno. Se feito somente ao final, não permitiria a correção de rumo das ações e comprometeria a função gestora fundamental, que é tomar decisões assertivas e efetivas. Portanto, não é correto pensar que a implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação devem ocorrer somente no quarto ano de execução do PS, mas, sim como processo contínuo.

Os indicadores pactuados são monitorados e avaliados quadrimestralmente, sendo apresentados ao Conselho Municipal de Saúde em reuniões ordinárias e em Audiências Públicas, e fazem parte do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Desta forma, de acordo com a avaliação, podem ser tomadas medidas ou feitas intervenções oportunas para o alcance das metas pactuadas respectivas aos indicadores.

A prática de monitoramento e avaliação na rotina dos serviços vem sendo aperfeiçoada pelo SUS e é um efetivo instrumento para planejamento das ações de saúde e utilização mais eficiente dos recursos financeiros.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) também apresenta os indicadores do ano a que se refere e é, da mesma forma, submetido à aprovação do CMS. O RAG apresenta a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados, compila os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Todos os instrumentos de gestão são disponibilizados ao domínio público por meio do site da Prefeitura Municipal e são anexados ao sistema do Ministério da Saúde, DIGISUS.