



“SAÚDE DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO” CONSTITUIÇÃO FEDERAL

SUMÁRIO

1. Introdução.....	04
2. Caracterização do Município.....	06
2.1. Histórico do Município.....	06
2.2. Localização Geográfica.....	07
3. Análise Situacional.....	07
3.1. Dados Demográficos.....	07
3.2. Aspectos Econômicos.....	08
3.3. Trabalho, Rendimento e Econômico.....	09
3.4. Território e Ambiente.....	09
3.5. Aspectos Sociais.....	10
3.6. Perfil Educacional.....	11
4. Modelo de Gestão.....	11
4.1. Estrutura Organizacional da SEMUS.....	11
4.2. Controle Social.....	12
5. Capacidade Instalada.....	12
6. Determinantes e Condicionantes da Saúde.....	15
6.1. Esperança de Vida ao Nascer.....	15
6.2. Taxa de Fecundidade.....	15
6.3. Série Histórica de Nascidos-Vivos.....	16
7. Dados Epidemiológicos.....	17
7.1. Série Histórica de Morbidade.....	17
7.2. Série Histórica de Mortalidade.....	18
8. Ações de Vigilância em Saúde.....	22
8.1. Vigilância Epidemiológica.....	22
8.2. Imunização.....	24
8.3. Vigilância Sanitária.....	25
9.3.3. Vigilância Ambiental.....	26
9. Assistência Farmacêutica.....	28
10. Instrumentos de Gestão.....	32
11. Redes de Atenção a Saúde.....	36
12. Prioridades do SISPACTO.....	45
13. Diretrizes e Metas do Plano Mun. de Saúde.....	59
14. Financiamento.....	79
Referência Bibliográfica e Anexos.....	81

Prefeito Municipal de Cachoeira Grande

Raimundo Cesar Castro de Sousa

Secretário Municipal de Saúde

Ivanilsson Alves Pereira

Assessora de Saúde

Zeneide Pereira de Sousa

Coordenadora da Atenção Básica

Juliana do Nascimento Lima Barros

Coordenador de Vigilância em Saúde (Epidemiologia em Saúde e Imunização)

Jayme Lessa Ayres Neto

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Antonia Vidal de S. Neta

LISTA DE SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BPAI – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CBAF -Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DANTs – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DAC – Doenças de Aparelho Circulatório

DASC - Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

DIGISUS Gestor – Sistema de Informação para apoiar Estado e Município, nos instrumentos de planejamento.

DCNT's – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCN– Doenças Crônicas não Transmissíveis

DRC – Doença Renal Crônica

DVSA - Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental

EAP – Equipe de Atenção Primária

SUS - Sistema Único de Saúde

EAS – Estabelecimento de Assistenciais à Saúde

ESB – Estratégia de Saúde Bucal

IBGE – Instituto Brasileiro Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPA – Índice Parasitário Anual

LACEN -MA – Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão

LOA – Lei Orçamentária Anual

LDO- Lei de Diretrizes Orçamentárias

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Cachoeira Grande para o quadriênio (2022-2025) servirá como ferramenta para a execução dos serviços e ações de saúde para a população local. Deve também fortalecer o controle social, pois é um instrumento que ajuda a qualificar a participação de todos.

A elaboração deste Plano Municipal de Saúde está regulamentada por instrumentos normativos e legais, a saber: Lei 8.080/90 que estabelece a elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde; Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Acreditamos que uma **Política de Saúde** adequada deve ser responsável por preservar a saúde antes que ela seja ameaçada, evitando e controlando os agravos à saúde da comunidade e das pessoas, mantendo vigilância permanente das doenças de interesse coletivo, dos produtos de uso humano – alimentos, bebidas e medicamentos – do meio ambiente em geral e do meio ambiente de trabalho em especial, além de cuidar de todos os membros da comunidade, atender e tratar as pessoas com sintomas ainda iniciais e dos portadores de doenças e afecções crônicas não evitadas – por omissão ou mesmo impossibilidade técnica ou administrativa.

A gestão trabalhou na perspectiva de identificar os problemas chaves, levantar os nós do Sistema no sentido de organizar os serviços, mas naquele momento era necessário garantir uma estrutura mínima para esses serviços fossem organizados.

O **Plano Municipal de Saúde** é um instrumento que identifica os problemas e orienta as prioridades, institui as ações e traduz os resultados que deverão ser atingidos no período de quatro anos sob a forma de objetivos, diretrizes e metas. O **Plano Municipal de Saúde** deve orientar a política **municipal de saúde** e divulgará seus objetivos, metas, ações e indicadores, além de refletir as necessidades de **saúde** da população local e seus territórios.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um documento que reúne e organiza as propostas de ação do governo municipal para a área da saúde, oferecendo soluções relacionadas às necessidades e aos problemas da população local.

O PMS é uma exigência legal e configura-se como um instrumento para relacionar as metas e resultados a serem alcançados pelo SUS em um período de quatro anos. Sua elaboração, que envolve questões técnicas, políticas e econômicas, deve abranger o levantamento e a análise das informações sobre a situação da saúde no município. Muito além de uma exigência formal: PMS é responsabilidade para com o município. Acima de tudo, é muito importante ter em mente que o Plano Municipal de Saúde, para além de ser uma exigência formal demandada ao SUS, é um

instrumento que expressa a responsabilidade do município em relação à saúde e ao bem-estar da comunidade correlacionada.

Podemos dizer, neste sentido, que o Plano é o resumo do processo de decisão sobre as medidas a serem realizadas para enfrentar e resolver determinado conjunto de problemas. Desta maneira, o PMS vem para levar em conta estas especificidades e sintetizar todas as ações planejadas para solucionar e melhorar a situação da saúde encontrada.

Além de sua óbvia importância social, o documento representa um instrumento indispensável e de primeira necessidade para orientar o gestor – certamente, ao assumir seu cargo como Secretário, você terá este planejamento como requisito fundamental para dar prosseguimento a uma gestão de qualidade.

Guiando o trabalho do gestor no sentido do estabelecimento de ações, metas e objetivos, o PMS toma como ponto de partida a realidade do município e permite uma melhor aplicação dos recursos, reduzindo despesas desnecessárias e possibilitando transparência no gerenciamento da saúde.

Assim, além de servir como um direcionador para a gestão do Secretário, o documento ainda explicita o compromisso do mesmo, em respeitar os direitos de cada cidadão, por serviços públicos de saúde de qualidade.

O Plano Municipal de Saúde de Cachoeira Grande é resultante de um coletivo formado por uma equipe técnica que, como primeira medida adotada, avançou na sua metodologia de avaliação ao levar para o seio da comunidade cachoeirense.

Dessa forma, para a elaboração do Plano de Saúde, levou em consideração a análise situacional do município para traçar o seu perfil, desde a sua identificação nos seus aspectos históricos, demográficos, socioeconômicos até a situação de saúde com relação à Atenção Integral à Saúde, Vigilância em Saúde, Gestão da Saúde e a Participação da sociedade civil através da realização da Conferência Municipal de Saúde.

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

Fica criado, pela Lei Nº 6.151, de 10 de novembro de 1994, o município de Cachoeira Grande, com sede no Povoado Cachoeira Grande, a ser desmembrado do município de Morros, subordinado à comarca de Icatu. O município de Cachoeira Grande limita-se ao Norte com o município de Morros; a Leste com os municípios de Morros e São Benedito do Rio Preto; a Oeste com os municípios de Presidente Juscelino e Axixá e ao Sul com o município de Presidente Vargas.

Gentílico: cachoeirense

Formação Administrativa

Elevado à categoria de município com a denominação de Cachoeira Grande, pela lei estadual nº 6189, de 10-11-1994, desmembrado de João Lisboa. Sede no atual distrito de Cachoeira Grande ex. Povoado. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1997. Em divisão territorial datada de 15-VII-1999, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

2.2. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O município de Cachoeira Grande, localiza-se no norte maranhense à margem direita do Rio Munim Integrando assim, a Região do Baixo Munim, distante a 87 Km de São Luís Capital do Estado do Maranhão por via terrestre. Limita-se ao Norte com o município de Morros, ao Sul com o município de Presidente Vargas, ao Leste com os municípios de São Benedito do Rio Preto e Morros, e ao Oeste com os municípios de Presidente Juscelino e Axixá.

O relevo do município é de aclave. Seu principal rio é o Munim, com vários riachos, lagos e córregos que percorrem sua extensão territorial interna em diversos povoados. Com o clima semiárido, possui uma rica vegetação em Mirinzeiro, Sucupira, Pau - d'Arco, Maçaranduba e Babaçu. A área territorial de 705,541 Km² com Densidade Demográfica igual a 11,97hab./Km².

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Os dados demográficos são as várias características de uma população, isso pode incluir fatores como raça, sexo e idade da população em estudo. As informações estatísticas das condições socioeconômicas da população são conhecidas como dados demográficos. Esses dados podem conter uma variedade de informações sobre a população, como taxas de natalidade, taxas de mortalidade, educação, emprego, renda, estilo de vida, localização, dentre outras.

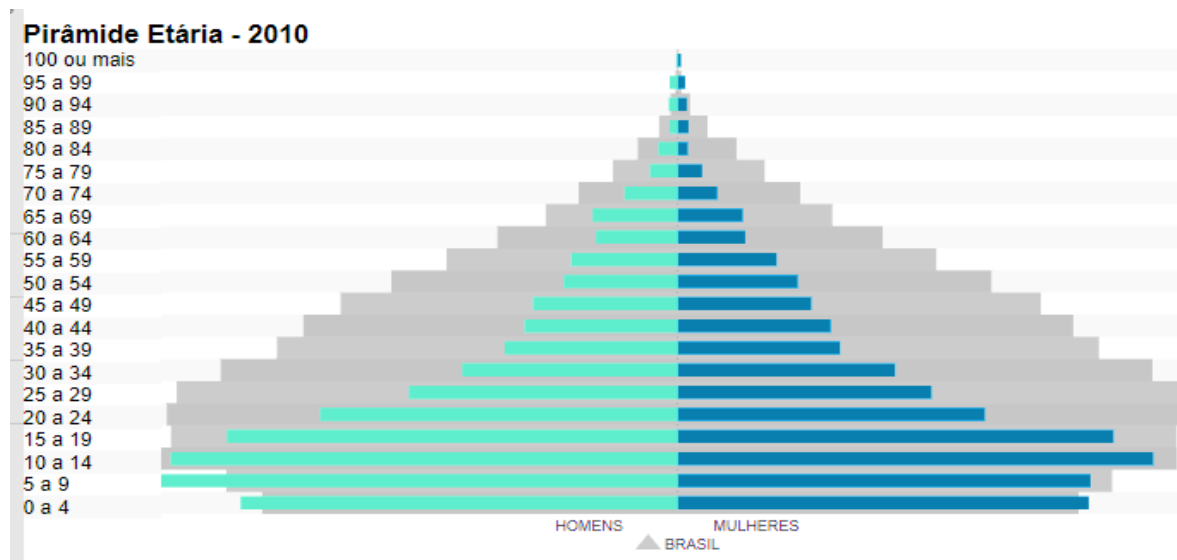
POPULAÇÃO ESTIMADA SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária 1	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	4.950	4.528	9.478
0 a 4 anos	518	498	1.016
5 a 9 anos	512	462	974
10 a 14 anos	526	438	964
15 a 19 anos	569	432	1.001
20 a 29 anos	948	915	1.863
30 a 39 anos	648	599	1.247
40 a 49 anos	455	479	934
50 a 59 anos	363	325	688

Faixa Etária 1	Masculino	Feminino	Total
60 a 69 anos	235	215	450
70 a 79 anos	124	110	234
80 anos e mais	52	55	10

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Figura 1



Fonte: IBGE

POPULAÇÃO URBANA E RURAL

População	Quantidade	%
Rural	5.212	55
Urbana	4.266	44

Fonte: IBGE

POPULAÇÃO ESTIMADA POR RAÇA - CACHOEIRA GRANDE (MA) – 2020

População	Quantidade	%
Branca	2.075	22,17
Preta	393	4,17
Amarela	57	0,60
Parda	6.814	71,98
Indígena	95	1,08
Total	9.478	100

Fonte: IBGE

3.2. ASPECTOS ECONÔMICOS

As principais atividades produtivas do município baseiam-se na pesca artesanal e na agricultura, basicamente na produção de arroz, milho e mandioca. Há pequena exploração de recursos vegetais, tais com: Babaçu e Andiroba que são utilizados na fabricação de óleos em pequena escala. O extrativismo baseia-se especificamente para consumo – Jaborandi e Babaçu. Existe também a de criação de bovinos e suínos, respectivamente. Constituem-se seus recursos minerais: areia, pedra, seixo e argila.

A principal fonte de subsistência da população é a farinha de mandioca. Entre os principais problemas registrados, destacam-se: o despreparo técnico dos agricultores familiares, implicando na inadequação das técnicas de plantio e manejo da terra pela deficiência de assistência técnica; a falta de crédito e capital de giro; o grande número de agricultores sem escritura da terra, a ineficiência do processo de comercialização do artesanato e, por fim ao não aproveitamento do potencial turístico do município.

3.3. TRABALHO, RENDIMENTO E ECONOMIA

Em 2019, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 3.7%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 49 de 217 e 177 de 217, respectivamente.

Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2034 de 5570 e 5504 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 60.8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 3 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 16 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

PIB per capita [2019]	5.939,45 R\$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]	97,4 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,537
Total de receitas realizadas [2017]	20.190,65 R\$ (×1000)
Total de despesas empenhadas [2017]	23.825,56 R\$ (×1000)

Fonte: IBGE

3.4. TERRITÓRIO E AMBIENTE

Apresenta 2.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 21.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 173 de 217, 187 de 217 e 63 de 217, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 5108 de 5570, 5073 de 5570 e 3926 de 5570, respectivamente.

Área da unidade territorial [2021]	865,040 km ²
Esgotamento sanitário adequado [2010]	2,6 %
Arborização de vias públicas [2010]	21,7 %
Urbanização de vias públicas [2010]	2,7 %
Bioma [2019]	Amazônia; Cerrado
Sistema Costeiro-Marinho [2019]	Pertence
Hierarquia urbana [2018]	Centro Local (5) - Município integran...

Região de Influência [2018]	Arranjo Populacional de São Luís/MA -...
Região intermediária [2021]	São Luís
Região imediata [2021]	São Luís
Mesorregião [2021]	Norte Maranhense
Microrregião [2021]	Rosário

3.5. ASPECTOS SOCIAIS

No município, há **2.029** famílias beneficiárias do Bolsa Família no mês de **outubro de 2021** sendo **7.790** pessoas diretamente beneficiadas pelo Programa. Dentre essas famílias, **74,6 %** dos responsáveis familiares (RF) eram do sexo feminino. O Programa prevê o pagamento dos benefícios financeiros preferencialmente à mulher, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da autonomia feminina tanto no espaço familiar como em suas comunidades.

O número de pessoas beneficiárias do PBF equivalia aproximadamente a **81%** da população total do município, abrangendo **1.972** famílias que, sem o programa, estariam em condição de extrema pobreza. A cobertura do programa foi de **144 %** em relação à estimativa de famílias pobres no município. Essa estimativa é calculada com base nos dados mais atuais do Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O município já **alcançou a meta** de atendimento do programa. O foco da gestão municipal deve ser na manutenção da atualização cadastral dos beneficiários, para evitar que famílias que ainda precisam do benefício tenham o pagamento interrompido. A qualidade dos dados cadastrais aumenta a possibilidade de que todas as famílias pobres e extremamente pobres do Município sejam beneficiárias do Programa.

Gestão das condicionalidades e o acesso aos serviços de educação, saúde e assistência social

Quando uma família entra no programa, ela e o poder público assumem compromissos para reforçar o acesso de crianças e adolescentes beneficiários à saúde e à educação. Esses compromissos são conhecidos como condicionalidades, quais sejam:

- Crianças menores de 7 anos devem ser vacinadas e ter acompanhamento de peso e altura; e
- Gestantes precisam fazer o pré-natal.

Na área da Saúde, **4.114 beneficiários(as)** tinham perfil para acompanhamento das condicionalidades de saúde no segundo semestre de 2019. Compõem o público para acompanhamento das condicionalidades de saúde as crianças menores de 7 anos e mulheres. O município conseguiu acompanhar **2.970 beneficiários(as)**, o que corresponde a uma cobertura de acompanhamento de **72,19%**. O **resultado nacional** de acompanhamento na saúde é de **79,71%**.

Assim, o município possui um acompanhamento da agenda de saúde **bom**, mas ainda abaixo do resultado nacional. É fundamental que o gestor municipal do PBF conheça e se articule com o coordenador municipal do PBF na Saúde, que é o responsável técnico pelo monitoramento desse acompanhamento na Secretaria Municipal de Saúde.

Podem ser realizadas ações de orientações às famílias para que informem que são beneficiárias do PBF quando forem atendidas na rede de saúde e para que atualizem o Cadastro Único quando mudarem de endereço. As informações de acompanhamento das condicionalidades de saúde servem de base para a articulação intersetorial entre educação, assistência social e saúde, para que atuem de forma integrada na superação de eventuais vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias e na identificação de demandas sociais no território.

3.6. PERFIL EDUCACIONAL

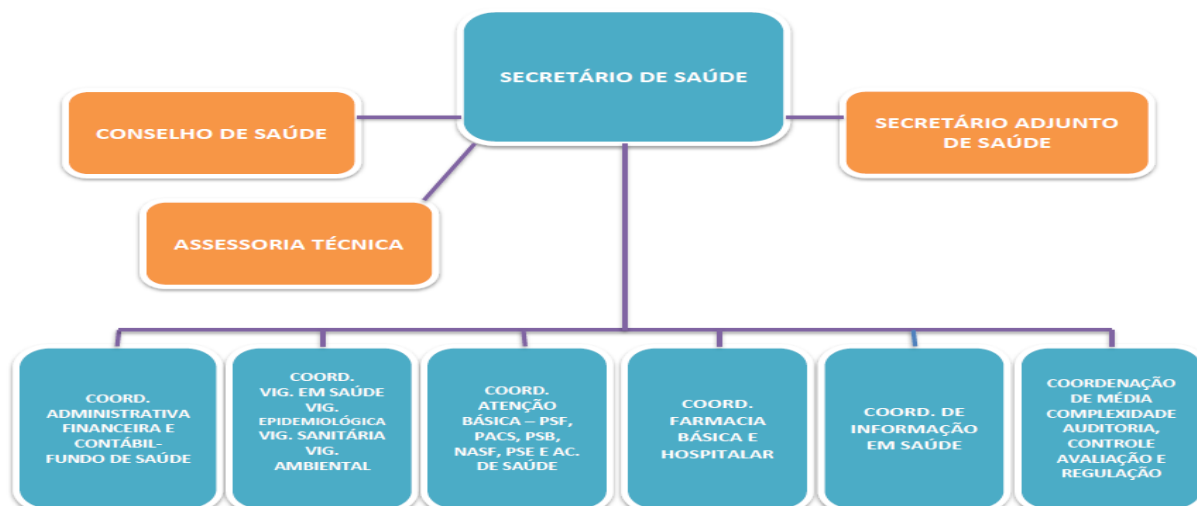
Em 2010, a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 27,8%. Na área urbana, a taxa era de 20,1% e na zona rural era de 34,7%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 16,1%.

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	92,9 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	4,5
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	4,1
Matrículas no ensino fundamental [2020]	2.109 matrículas
Matrículas no ensino médio [2020]	393 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2020]	139 docentes
Docentes no ensino médio [2020]	26 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]	22 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]	1 escolas

4. MODELO DE GESTÃO

A Secretaria Municipal de Saúde, órgão gestor do sistema de saúde, de acordo com o planejamento da Secretaria de Estado da Saúde, o município de Cachoeira Grande/MA encontra-se, conforme Polo Regional, segundo Plano Diretor Regional- PDR de 2011, na Macro Região Norte com Colegiado de Gestão Regional de Rosário e Gestão Municipal.

4.1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



4.2. CONTROLE SOCIAL

O Conselho de Saúde de caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, por prestadores de serviços, por profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Regulamentado pela Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 (Art. 1º e 2º), o Conselho Municipal de Saúde constitui-se um espaço de controle e participação social, cuja função é avaliar, controlar, propor e formular a Política Municipal de Saúde, na perspectiva de contribuir com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde como Política de Estado, a partir da proposição e construção de um modelo de gestão participativa e democrática.

O Conselho Municipal de Saúde de Cachoeira Grande/MA, criado pela Lei nº 08 de 26 de fevereiro de 1997 e revogado pela Lei nº 105 de 07 de outubro de 2009 é composto por 12 membros titulares e suplentes, obedecendo ao princípio da paridade, instituído pela Lei 8142/ 90, bem como às normas e procedimentos da Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Tem atuação efetiva no Sistema Municipal de Saúde com participação sistemática nas reuniões.

5. CAPACIDADE INSTALADA

A Rede de Serviços do Município de Cachoeira Grande/MA, pode se verificar a ampliação da Atenção à Saúde da população com relação a serviços especializados com atendimento ambulatorial e domiciliar de Fisioterapia, Psicologia, Assistência Social, Educação Física, Psiquiatria, com atendimento no Centro de Saúde Acácio Carvalho Pinto, conforme mostra os quadros abaixo:

Estabelecimento de Saúde	Endereço	Estrutura Física	Serviços
Centro de Saúde Acácio de Carvalho Pinho CNES - 2462893	Avenida Getúlio Vargas s/nº Centro	01 Sala de pequenas Cirurgias 01 Consultório Odontológico	Imunização Palestras Consultas Médicas Básicas e Especializadas Consultas de Enfermagem

		02 Consultórios médicos de Enfermagem 02 Consultórios 01 Sala de Curativo 01 Sala de Imunização 01 Sala de Nebulização 01 sala de Laboratório	Pequenas Cirurgias Curativos; Aplicação de Injeção Nebulização Atendimento Odontológico Exames Fisioterapia
Posto de Saúde de Santo Antônio CNES -2462885	Povoado Santo Antônio S/Nº	02 Consultórios Médicos 01 Sala de Curativo 01 Sala de Imunização	Imunização Palestras Consultas Médicas Básicas Consultas de Enfermagem Aplicação de Injeção Nebulização Curativos
Posto de Saúde São José dos Lopes CNES - 6346022	Povoado São José dos Lopes S/Nº	02 Consultórios Médico 01 Sala de Curativo 01 Sala de Imunização	Imunização Palestras Consultas Médicas Básicas Consultas de Enfermagem Aplicação de Injeção, Nebulização e Curativos
Posto de Saúde de Pindobal CNES:	Povoado Pindobal	02 Consultórios Médico 01 Sala de Curativo 01 Sala de Imunização	Imunização Palestras Consultas Médicas Básicas Consultas de Enfermagem Aplicação de Injeção Nebulização e Curativos.

5.1. EQUIPAMENTOS

Equipamento	Equipamentos Existentes
TOTAL	14
.. RAIOS X DE 100 A 500 MA	1
.. RAIOS X DENTARIO	1
.. ULTRASSOM CONVENCIONAL	1
.. APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	1
.. APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	1
.. EQUIPO ODONTOLOGICO	4
.. COMPRESSOR ODONTOLOGICO	1
.. FOTOPOLIMERIZADOR	1
.. CANETA DE BAIXA ROTACAO	1
.. AMALGAMADOR	1
.. APARELHO DE PROFILAXIA C/ JATO DE BICARBONATO	1

5.2. RECURSOS HUMANOS

OCUPAÇÕES EM GERAL	QUANTIDADE
TOTAL	120
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR	22
ASSISTENTE SOCIAL	1
Assistente Social	1

OCUPAÇÕES EM GERAL	QUANTIDADE
CLÍNICO GERAL	1
Médico Clínico	1
ENFERMEIRO	6
Enfermeiro	3
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	3
FISIOTERAPEUTA	1
Fisioterapeuta geral	1
FONOAUDIÓLOGO	1
Fonoaudiólogo	1
MÉDICO DE FAMÍLIA	3
Médico da estratégia de Saúde da Família	3
NUTRICIONISTA	1
Nutricionista	1
ODONTÓLOGO	4
Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da famfl	4
PSICÓLOGO	1
Psicólogo Clínico	1
OUTRAS OCUPAÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR RELAC À SAÚDE	3
Médico veterinário	1
Preparador Físico	1
Psicopedagogo	1
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO TÉCNICO/AUXILIAR	14
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	4
Auxiliar de Enfermagem	4
FISCAL SANITÁRIO	2
Visitador Sanitário	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	8
Técnico de enfermagem	4
Técnico de enfermagem de saúde da família	4
PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR	84
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	29
Agente comunitário de saúde	29
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	1
Agente de saúde pública agente de saneam	1
ATENDENTE DE ENFERMAGEM/AUX OPER SERV DIV E ASSEM	1
Atendente de farmácia balconista	1
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL ELEMENTAR EM SAÚDE	53
PESSOAL ADMINISTRATIVO	53
ADMINISTRAÇÃO	24
Administrador	1

OCUPAÇÕES EM GERAL	QUANTIDADE
Assistente técnico administrativo	3
Auxiliar de pessoal	1
Digitador	6
Diretor administrativo	6
Recepcionista em geral	5
Supervisor administrativo	1
Supervisor de almoxarifado	1
SERVIÇO DE LIMPEZA/CONSERVAÇÃO	1
Zelador de edifício	1
SEGURANÇA	6
Vigia	6
OUTRAS OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS	22
Motorista de carro de passeio	1
Trabalhador de serviços de manutenção	21

Como se observa, o quadro de RH da Secretaria configura um bom número de profissionais tendo em vista se tratar de um município de pequeno porte. Entretanto, há de enfatizar a necessidade de ampliação, face às exigências demandadas não só pelo perfil epidemiológica do município, mas, sobretudo, pelo processo de gestão solidária e participativa do SUS, deflagrada pela administração municipal, claramente expressivas por ocasião da aplicação de iniciativas tecnológicas com relação ao processo de avaliação e planejamento, encaminhados pela Secretaria de Saúde.

Dessa forma, o conjunto desses determinantes, perfil epidemiológico e controle social, aliados a determinações político-administrativas da gestão municipal provocaram novos anseios no que concerne à ampliação de recursos humanos.

6. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE

6.1. ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

A **expectativa de vida ao nascer** é utilizada para cálculo previdenciário, seguro de **vida** e é um dos índices que compõe o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). De acordo com esse relatório, no Brasil, a **expectativa de vida ao nascer** (2008) é de 72,8 anos (sendo 76,7 anos para as mulheres e 69,1 anos para os homens).

MUNICÍPIO	Esperança de vida ao nascer/ano		
	BRASIL - 2019	MARANHAO – 2019	Cachoeira Grande
Cachoeira Grande	76,0	70,9	70,3

Fonte: IBGE.

6.2 TAXA DE FECUNDIDADE

A **taxa de fecundidade** é uma estimativa da quantidade de filhos que uma mulher teria ao longo de sua vida reprodutiva. É geralmente expressa como o número de nascimentos por 1.000

mulheres em idade fértil. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE](#)), a idade fértil da mulher está na faixa dos 15 a 49 anos.

MUNICÍPIO	TAXA DE FECUNDIDADE
Cachoeira Grande	3,66

Fonte: AtlasIDHM2013

6.3. SÉRIE HISTÓRICA DE NASCIDOS-VIVOS POR IDADE DA MÃE

Idade da mãe	2018	2019	2020	Total
TOTAL	163	141	163	467
10 a 14 anos	8	1	2	11
15 a 19 anos	47	45	46	138
20 a 24 anos	43	43	56	142
25 a 29 anos	39	33	36	108
30 a 34 anos	16	11	18	45
35 a 39 anos	8	6	5	19
40 a 44 anos	2	2	-	4

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O SINASC reúne informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional. A fonte dos dados é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada pelo Ministério da Saúde. A partir da base de dados do SINASC é possível:

- Conhecer o perfil de nascidos vivos, identificando seus diversos aspectos: peso ao nascer, condições de vitalidade, idade da mãe, prematuridade, distribuição espacial e temporal, entre outros.
- Oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações para melhorar o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, identificando situações de risco.
- Calcular indicadores tais como percentual de partos cesarianos, nascidos vivos com baixo peso e por faixa etária da mãe. O número de nascidos vivos também é utilizado como denominador para cálculo da cobertura vacinal, coeficiente de mortalidade infantil e materna.

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem por objetivo reunir informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional. A fonte dos dados é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada pelo Ministério da Saúde.

A partir da base de dados do SINASC é possível:

- Conhecer o perfil de nascidos vivos, identificando seus diversos aspectos: peso ao nascer, condições de vitalidade, idade da mãe, prematuridade, distribuição espacial e temporal, entre outros.

- Oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações para melhorar o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, identificando situações de risco.
- Calcular indicadores tais como percentual de partos cesarianos, nascidos vivos com baixo peso e por faixa etária da mãe. O número de nascidos vivos também é utilizado como denominador para cálculo da cobertura vacinal, coeficiente de mortalidade infantil e materna.

Em Cachoeira Grande não se dispõe de serviços hospitalares, sendo as gestantes atendidas pela rede disponível na região de saúde ou macrorregião. Essa característica do município de alguma forma faz com que o sistema municipal perca informações com relação a algumas gestantes e puérperas que se deslocam do município para atendimento. Podemos verificar essa situação se compararmos a série histórica de informações de Acompanhamento de Gestantes com a de Nascidos Vivos, Nascidos Vivos e Pesados.

7. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

7.1. MORBIDADE

Morbidade é uma variável característica das comunidades de seres vivos e refere-se ao **conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças** (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo. A morbidade serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

A palavra morbidade vem do latim *morbis*, que significa tanto **doença física** como **doença do espírito**. A morbidade geralmente é estudada de acordo com 4 indicadores básicos:

- **Incidência:** É o número de novos casos da doença que tiveram início no mesmo local e período. Mostra a intensidade com que ocorre uma doença numa população, medindo a frequência ou a probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população. Alta incidência significa um risco coletivo de adoecer alto;
- **Prevalência:** Indica qualidade do que prevalece, implica em acontecer e permanecer existindo num momento considerado. É o número total de casos de uma doença, observados num local e período específicos;
- **Taxa de ataque:** É o coeficiente ou taxa de incidência de uma determinada doença para um grupo de pessoas expostas ao mesmo risco, limitadas a uma área bem definida, muito útil para investigar e analisar surtos de doenças ou agravos à saúde em locais fechados;
- **Distribuição proporcional:** Indica o total de casos ou de mortes ocorridas por uma determinada causa, quantos deles se distribuem, por exemplo, entre homens e mulheres, quantos ocorrem nos diferentes grupos de idade. A distribuição proporcional não mede o risco de adoecer ou morrer (como no caso dos coeficientes), indicando somente como os casos se distribuem entre as pessoas afetadas, por grupos etários, sexo, localidade e outras variáveis.

Morbidade Geral	2018	2019	2020	Total
TOTAL	544	424	327	1.295
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	59	33	29	121
II. Neoplasias (tumores)	25	32	15	72
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7	4	2	13
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15	15	11	41
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	14	12	30
VI. Doenças do sistema nervoso	-	9	2	11
VII. Doenças do olho e anexos	-	1	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	26	25	17	68
X. Doenças do aparelho respiratório	79	36	15	130
XI. Doenças do aparelho digestivo	81	67	31	179
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	13	8	25
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	8	7	6	21
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	58	55	29	142
XV. Gravidez parto e puerpério	136	92	112	340
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4	4	5	13
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5	1	1	7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6	1	2	9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	27	13	26	66
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	1	4	5

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

7.2. DADOS DE MORTALIDADE

O Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975, é resultado da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde.

O documento básico e essencial à coleta de dados da mortalidade no Brasil é a DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO) que, conseqüentemente, alimenta o SIM. A responsabilidade na emissão da DO é do médico, conforme prevê o artigo 115 do Código de Ética Médica, Artigo 1º da Resolução nº 1779/2005 do Conselho Federal de Medicina e a Portaria SVS nº 116/2009. A

DO deve ser enviada aos Cartórios de Registro Civil para liberação do sepultamento, bem como para a tomada de todas as medidas legais em relação à morte.

A DO é impressa e preenchida em três vias pré-numeradas sequencialmente. Sua emissão e distribuição para os estados são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. A distribuição para os municípios fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde. Às Secretarias Municipais de Saúde cabe o controle na distribuição das DO entre os estabelecimentos de saúde, Institutos de Medicina Legal, Serviços de Verificação de Óbitos, Cartórios do Registro Civil, profissionais médicos e outras instituições que dela façam uso legal e permitido. Compete às Secretarias de Saúde (estaduais e municipais) o recolhimento das primeiras vias da DO, junto aos Estabelecimentos de Saúde e aos cartórios.

O Ministério da Saúde, através da CGIAE/DASNT/SVS, incentiva os gestores municipais e estaduais a fazerem uso do potencial de dados contidos no SIM para a formulação de indicadores epidemiológicos como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde.

O SIM funciona como fonte de dados e de informações que subsidiam a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. Isoladamente ou associado a outras fontes, como o Sistema de Informação Hospitalar, possui um bom grau de confiabilidade e permite a formulação de indicadores sobre mortalidade geral e específica usados, inclusive, pelo IDB (Indicadores e Dados Básicos de Saúde) definidos pela Rede Interagencial para a informação em Saúde (RIPSA). A título de exemplo, lista-se, a seguir, alguns dos indicadores específicos de mortalidade que podem ser construídos a partir do SIM:

Em relação à Mortalidade Infantil:

- Taxa de mortalidade infantil;
- Taxa de mortalidade neonatal precoce;
- Taxa de mortalidade neonatal tardia;
- Taxa de mortalidade pós-neonatal;
- Taxa de mortalidade perinatal.

Em relação à Mortalidade Específica:

- Taxa de mortalidade materna;
- Taxa de mortalidade proporcional por grupo de causas;
- Taxa de mortalidade proporcional por causas mal definidas;
- Taxa de mortalidade proporcional por doenças diarreicas agudas em menores de 5 anos;
- Taxa de mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório;
- Taxa de mortalidade proporcional por causas externas;

- Taxa de mortalidade proporcional por neoplasias malignas;
- Taxa de mortalidade proporcional por acidente de trabalho;
- Taxa de mortalidade proporcional por diabetes mellitus;
- Taxa de mortalidade proporcional por cirrose hepática;
- Taxa de mortalidade proporcional por AIDS;
- Taxa de mortalidade proporcional por afecções originadas do período perinatal.

O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. O documento base para a captação dos dados de mortalidade é a Declaração de Óbito - DO.

No município de Cachoeira Grande, o SIM é alimentado regularmente, mas tal como outros municípios do Brasil também se depara com a questão da subnotificação, que segundo estudiosos do assunto, continua sendo um obstáculo ao conhecimento de indicadores epidemiológicos, necessário à elaboração do diagnóstico, planejamento e programação de ações efetivas na melhoria da situação de saúde.

Foram realizados levantamento em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e teve como objetivo mapear para fins de cadastramento, monitoramento e acompanhamento das ocorrências de óbitos no âmbito municipal.

DADOS DE MORTALIDADE GERAL

O Sistema de Informações de Mortalidade – **SIM** foi criado em 1975 para a obtenção regular de dados de mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. O documento base para a captação dos dados de mortalidade é a Declaração de Óbito - DO. Trata-se de um documento fornecido pelo Ministério da Saúde, em três vias, pré - numeradas sequencialmente e distribuído às Secretarias Municipais de Saúde. A responsabilidade pela emissão da DO é do médico, sendo fundamental o seu empenho no preenchimento correto de todas as variáveis desse documento.

Entretanto, há, por outro lado, o reconhecimento de que este mesmo Sistema precisa ser aprimorado no que diz respeito a deficiências na notificação do óbito e emissão da Declaração de Óbito, bem como no fluxo de informações, principalmente em municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste.

No município de Cachoeira Grande, o SIM é alimentado regularmente, mas tal como outros municípios do Brasil também se depara com a questão da subnotificação, que segundo estudiosos do

assunto, é um obstáculo ao conhecimento de indicadores epidemiológicos, necessário à elaboração do diagnóstico, planejamento e programação de ações efetivas na melhoria da situação de saúde.

A importância dos dados do SIM para a gestão em Saúde

O Ministério da Saúde, através da CGIAE/DASNT/SVS, incentiva os gestores municipais e estaduais a fazerem uso do potencial de dados contidos no SIM para a formulação de indicadores epidemiológicos como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde.

A redução da mortalidade por causas preveníveis ou evitáveis e a consequente melhoria na qualidade dos dados captados pelo SIM, inclusive em relação à ausência ou má definição de causas mortis são alguns dos resultados esperados com o uso desse sistema. Neste sentido, o Ministério da Saúde, por meio das áreas técnicas da SVS, vem atuando tanto na capacitação técnica de profissionais de saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como na disseminação de indicadores de mortalidade construídos a partir do SIM, gerando linhas de base que parametrizam muitas das diretrizes utilizadas na gestão tripartite do SUS.

O SIM funciona como fonte de dados e de informações que subsidiam a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. Isoladamente ou associado a outras fontes, como o Sistema de Informação Hospitalar, possui um bom grau de confiabilidade e permite a formulação de indicadores sobre mortalidade geral e específica usados, inclusive, pelo IDB (Indicadores e Dados Básicos de Saúde) definidos pela Rede Interagencial para a informação em Saúde (RIPSA). A título de exemplo, lista-se, a seguir, alguns dos indicadores específicos de mortalidade que podem ser construídos a partir do SIM:

Em relação à Mortalidade Infantil:

- Taxa de mortalidade infantil;
- Taxa de mortalidade neonatal precoce;
- Taxa de mortalidade neonatal tardia;
- Taxa de mortalidade pós-neonatal;
- Taxa de mortalidade perinatal.

Em relação à Mortalidade Específica:

- Taxa de mortalidade materna;
- Taxa de mortalidade proporcional por grupo de causas;
- Taxa de mortalidade proporcional por causas mal definidas;
- Taxa de mortalidade proporcional por doenças diarreicas agudas em menores de 5 anos;
- Taxa de mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório;
- Taxa de mortalidade proporcional por causas externas;
- Taxa de mortalidade proporcional por neoplasias malignas;
- Taxa de mortalidade proporcional por acidente de trabalho;

- Taxa de mortalidade proporcional por diabetes mellitus;
- Taxa de mortalidade proporcional por cirrose hepática;
- Taxa de mortalidade proporcional por AIDS;
- Taxa de mortalidade proporcional por afecções originadas do período perinatal.

Além desses exemplos, o SIM permite a formulação de indicadores de mortalidade por causas específicas de interesse à análise e avaliação dos sistemas locais, microrregionais, estaduais e nacional de saúde, possibilitando a comparação do perfil epidemiológico do Brasil com o de outros países, a partir de informações sobre mortalidade.

Capítulo CID-10	2018	2019	2020	Total
TOTAL	43	33	46	122
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	7	9
II. Neoplasias (tumores)	2	1	4	7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	-	-	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	3	3	9
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	-	1	2
VI. Doenças do sistema nervoso	1	-	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	15	10	12	37
X. Doenças do aparelho respiratório	1	5	4	10
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	6	8	15
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	-	-	3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	1	1	4
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	1	1	2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10	1	2	13
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	4	3	9

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

8. AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde compreende: Epidemiológica e a VISA – Vigilância Sanitária. Estes serviços são estruturados para garantir a vigilância para todos aqueles fatores relacionados às doenças, promovendo a prevenção e a promoção da saúde.

8.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

É um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva,

com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A Vigilância Epidemiológica trabalha no intuito de garantir o acompanhamento desde o diagnóstico até o fim do tratamento. A qualificação continuada dos profissionais envolvidos na VIE, a integração dos mesmos com a ESF, têm permitido a intensificação dos serviços de notificações, controle de doenças, busca ativa e tratamento supervisionado dos pacientes. A monitorização das doenças diarreicas agudas é realizada nas UBS. São ações de vigilância epidemiológica

- Busca ativa de casos atendidos nos hospitais e pesquisa em prontuários;
- Preenchimento de fichas de investigação Epidemiológica;
- Coleta de material para exame de diversas patologias;
- Realização de quimioprofilaxia para os comunicantes;
- Conferência e correção do banco de dados (SINAN);
- Realização de informes técnicos sobre doenças de notificação e vacinas;
- Busca ativa de Casos de Paralisia Flácida em menores de 15 anos em 20 clínicas neurológicas;
- Visitas semanais todas as maternidades e cartórios para recolhimento de Declaração de Nascidos Vivos (DNV)
- Orientações, sobre doenças e agravos de Notificação Compulsória e outros agravos;
- Avaliação dos resultados e encerramento dos casos;
- Reuniões sobre descentralização do atendimento dos pacientes com hanseníase.

Ações do Programa de Combate ao mosquito da Dengue

- Inspeccionar 100% dos imóveis
- Tratar os imóveis inspecionados
- Instalar de armadilhas nas áreas de riscos
- Inspeccionar as armadilhas
- Tratar os locais com amostras positivas;
- Quantidade de larvicida utilizado
- Detectar o índice de infestação predial.

Ações de prevenção da Esquistossomose

- Realização de exames KatoKatz
- Delimitar as localidades a serem trabalhadas

- Visitas domiciliares
- Realização de palestras.

Campanha de vacinação de cães e gatos (80%)

Ações	Meta
Cães	100%
Gatos	100%

A Coordenação de VE é responsável pelos seguintes programas: SINAN, FAD, SIVEP, SI/PNI. Sendo informados os dados através das 52 semanas epidemiológicas.

8.2. IMUNIZAÇÃO

A prevenção e controle incluirão a vacinação da população, a articulação é responsabilidade da equipe de vigilância em saúde, no sentido de assegurar a detecção e investigação de todos os casos suspeitos de doenças *imunopreviníveis, bem como adoção de medidas de controle pertinentes.*

O objetivo da vacinação é proteger a população contra as doenças, mantendo-as sob controle. Este controle só é possível se as coberturas de vacinação alcançar índices suficientes para evitar que doenças apareçam e se alastrem...

A informação é o ponto de partida da ação.

SÉRIE HISTÓRICA

Imuno	2019	2020	2021	Total
Total	76,50	58,86	61,07	65,75
BCG	56,55	76,79	83,69	71,70
Hepatite B em crianças até 30 dias	47,02	54,17	56,74	52,41
Rotavírus Humano	88,10	79,17	70,21	79,66
Meningococo C	98,81	58,93	69,50	76,10
Hepatite B	69,64	67,26	74,47	70,23
Penta	69,64	67,26	74,47	70,23
Pneumocócica	94,64	79,76	75,18	83,65
Poliomielite	85,71	71,43	79,43	78,83
Poliomielite 4 anos	63,33	36,67	41,87	47,35
Febre Amarela	80,36	60,12	68,09	69,60
Hepatite A	93,45	68,45	69,50	77,57
Pneumocócica(1º ref)	98,21	52,98	21,99	59,75
Meningococo C (1º ref)	100,00	51,19	69,50	73,79
Poliomielite(1º ref)	94,64	63,69	73,76	77,57
Tríplice Viral D1	95,83	67,86	97,16	86,37
Tríplice Viral D2	107,14	57,14	46,81	71,70
Tetra Viral(SRC+VZ)	24,40	-	-	24,40
DTP REF (4 e 6 anos)	52,86	35,71	43,84	44,14
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	74,40	70,24	78,72	74,21
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	54,21	29,17	9,22	33,07
dTpa gestante	70,53	47,02	21,99	48,90
Varicela	-	52,38	72,34	61,49

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

Considerações: É preciso melhorar as coberturas vacinais.

- Retroalimentação dos casos de reação vacinal atendidos nas UBS;
- Conferência, correção e digitação dos relatórios mensais de vacina;
- Reestruturação no fornecimento de imunobiológicos para as unidades vacinadoras;
- Análise e correção dos boletins mensais de vacinação;
- Organização das duas etapas da Campanha Nacional Contra Poliomielite;
- Implantação da vacina contra HPV;
- Reuniões com coordenadores das UBS para análise da cobertura vacinal;
- Campanha Intensificação da vacinação contra Hepatite B para menores de 30 anos;
- Bloqueios vacinais;
- Campanha de vacinação contra o Sarampo;
- Realização de supervisão em conjunto com a 17ª RS em UBS;
- Treinamento sobre Imunização com os novos profissionais contratados pela SMS;

8.3. VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA)

A Vigilância Sanitária é uma atividade multidisciplinar que regulamenta e controla a fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de interesse da Saúde Pública.

Os instrumentos legais, como notificações, autuações e penalidades, são usados como ação preventiva, punindo e combatendo práticas que coloquem em risco a saúde dos cidadãos. A Vigilância Sanitária tem a responsabilidade de fiscalizar e proteger a população da exposição a situações de risco tanto a nível individual, coletivo e ambiental.

De acordo com a ANVISA, “É o conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II- o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Ações Básicas de Vigilância Sanitária

- Realizar Ações Básicas de Vigilância Sanitária

- Dispor de serviço estruturado e em funcionamento
- Realizar o cadastramento de 100% dos estabelecimentos para concessão de licenciamento
- Realizar inspeções sanitárias em 100% dos estabelecimentos para concessão do licenciamento
- Realizar inspeções sanitárias de rotina em estabelecimentos de saúde, estabelecimentos que comercializem, manipulem, fracionem, sirvam gêneros alimentícios, em institutos de beleza sem responsabilidade médica, em terrenos baldios, criadouros de animais, serviços de saneamento, agropecuárias, hotéis, motéis, clubes, etc.
- Realizaram a análise bacteriológica e físico-química da água (Ph, Cloro e Flúor)
- Realizaram ações de educação sanitária
- Atenderam e retroalimentaram 100% das denúncias recebidas pelo serviço de vigilância sanitária
- Realizar o cadastramento de 100% dos estabelecimentos de saúde para concessão de licenciamento
- Realizaram inspeções sanitárias de rotina em drogarias, farmácias e distribuidoras de medicamentos; consultórios médicos, odontológicos e em laboratórios de próteses; cemitérios e necrotérios; sistemas coletivos de abastecimento de água, lixo, ligação clandestina de esgoto em galerias pluviais e sistemas de tratamento de esgotos, distribuidores de alimentos;
- Atenderam e retroalimentaram 100% das denúncias recebidas pelo serviço de vigilância sanitária

8.4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

O departamento de vigilância ambiental tem a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial:

- I.** água para consumo humano;
- II.** ar;
- III.** solo;
- IV.** contaminantes ambientais e substâncias químicas;
- V.** desastres naturais;
- VI.** acidentes com produtos perigosos;
- VII.** fatores físicos; e

VIII. ambiente de trabalho.

Compete ao município a gestão do componente municipal do SINVSA, compreendendo as seguintes ações:

- I. Coordenar e executar as ações de monitoramento dos fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana;
- II. Propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- III. Propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse de saúde pública;
- IV. Coordenar a Rede Municipal de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental;
- V. Gerenciar os sistemas de informação relativos à vigilância de contaminantes ambientais na água, ar e solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho;
 - a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do sistema de vigilância em saúde ambiental;
 - b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - c) análise dos dados; e
 - d) retro alimentação dos dados.
- VI. Coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental de 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, fatores físicos, ambiente de trabalho;
- VII. Executar as atividades de informação e comunicação de risco à saúde decorrente de contaminação ambiental de abrangência municipal;
- VIII. Promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância em saúde ambiental;
- IX. Analisar e divulgar informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde;
- X. Fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância em saúde ambiental;
- XI. Participar do financiamento das ações de vigilância ambiental em saúde, na forma estabelecida na Portaria nº. 1.172/04; e

- XII. Coordenar, acompanhar e avaliar os procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas, componentes da rede municipal de laboratórios, que realizam exames relacionados à área de vigilância em saúde ambiental.

9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. O município de Cachoeira Grande atualmente conta com Assistência Farmacêutica na rede primária de atenção tem como referência as Farmácias das Unidades de Saúde, incluindo as Equipes de Estratégia de Saúde da Família. A seguir foram identificados alguns problemas relacionados ao acesso de medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

- Necessidade de implantação de um sistema de informatização eficiente para solicitação, distribuição, dispensação e controle de estoque de medicamentos, uma vez que o sistema atual é considerado inadequado para a realidade atual.
- Necessidade de um estudo visando a definição do número de farmacêuticos para atendimento da população;
- Necessidade de atividades de Educação Permanente, vinculada às competências, atribuições e processos de trabalho, para os profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica;
- Necessidade de formalizar, através de estrutura organizacional, os serviços que estão na Assistência Farmacêutica, como na Atenção Primária em Saúde (APS);
- Necessidade de definição de rotinas de medicamentos controlados e injetáveis em geral.

Atenção Primária destina-se à aquisição dos medicamentos, presentes na RENAME, por medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, conforme lista padronizada. A responsabilidade do financiamento é das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos:

- I- União: R\$ 5,10 por habitante/ano;
- II- Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano; e
- III- Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

O município poderá adquirir outros medicamentos desde que presentes na RENAME 2012, no âmbito da Atenção Básica. Contudo, considerando o perfil epidemiológico, não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos relacionados no Elenco de Referência Nacional e Estadual.

ELENCO PADRONIZADO DOS MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA BÁSICA

ITEM	DESCRIÇÃO
-------------	------------------

1.	AAS 100MG COMP.
2.	ACEBROFILINA 10 MG/ML XPE. ADULTO
3.	ACEBROFILINA 05 MG/ML XPE. INFANTIL
4.	ACICLOVIR 200 MG COMPRIMIDO
5.	ÁCIDO FÓLICO 5 MG COMPRIMIDO
6.	ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO
7.	ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO
8.	ALGESTONA + ESTRADIOL (PERLUTAN)
9.	AMBROXOL ADULTO XPE.
10.	AMBROXOL PEDIÁTRICO XPE.
11.	AMOXICILINA 500 MG CÁPSULAS.
12.	AMOXICILINA SUSPENSÃO
13.	AMPICILINA 500 MG CÁPSULAS.
14.	AMPICILINA SUSPENSÃO
15.	ATENOLOL 25 MG
16.	ATENOLOL 50 MG
17.	AZITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO
18.	AZITROMICINA 600 MG 15 ML SUSPENSÃO
19.	BENZOATO DE BENZILA 60 ML LOÇÃO
20.	BROMETO DE IPRATROPIO 20 ML
21.	BROMHIDRATO DE FENOTEROL GOTAS 20 ML
22.	BROMOPRIDA 10 MG COMPRIMIDO
23.	BROMOPRIDA GOTAS
24.	CAPTOPRIL 25 MG
25.	CEFALEXINA 50 MG/ML SUSPENSÃO
26.	CEFALEXINA 500 MG CÁPSULAS
27.	CETOCONAZOL 200 MG COMPRIMIDO
28.	CETOCONAZOL 20 MG CREME
29.	CINARIZINA 25 MG COMPRIMIDO
30.	CIPROFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO
31.	COMPLEXO B COMPRIMIDO
32.	COMPLEXO B SUSPENSÃO 100 ML
33.	DEXAMETASONA 10 G CREME
34.	DEXAMETASONA ELIXIR SUSPENSÃO 100 ML
35.	DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML 100 ML
36.	DICLOFENACO POTÁSSICO 50 MG COMPRIMIDO
37.	DICLOFENACO DE RESINATO 15MG/ML GOTAS 20 ML
38.	DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO
39.	DIPIRONA GOTAS 10 ML
40.	DOMPERIDONA COMPRIMIDO 10 MG
41.	ENALAPRIL 10 MG COMPRIMIDO
42.	ENALAPRIL 20 MG COMPRIMIDO
43.	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO
44.	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL COMPRIMIDO (CICLO 21)
45.	FLUCONAZOL 150 MG COMPRIMIDO
46.	FURUSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO
47.	GLIBENCLAMIDA 5 MG
48.	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG
49.	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + MAGNÉSIO 100 ML
50.	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 100 ML SUSPENSÃO

51.	IBUPROFENO 50 MG/ML GOTAS
52.	IBUPROFENO 600 MG COMPRIMIDOS
53.	IODETO DE POTÁSSIO 100 ML SUSPENSÃO
54.	ISOSSORBIDA SL 5MG COMPRIMIDO
55.	IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO
56.	LEVOFLOXACINO 500 MG COMPRIMIDO
57.	LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO
58.	LORATADINA 1 MG/ML 100 ML
59.	LOSARTANA 50 MG COMPRIMIDO
60.	LOSARTANA 100 MG COMPRIMIDO
61.	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO
62.	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO
63.	METILDOPA 250 MG COMPRIMIDO
64.	METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO
65.	METRONIDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO
66.	METRONIDAZOL CREME VAGINAL
67.	MICONAZOL CREME DERM.
68.	MICONAZOL CREME VAGINAL
69.	NEOMICINA + BACITRACINA CREME
70.	NIFEDIPINA 10 MG COMPRIMIDO
71.	NIMESULIDA 100 MG COMPRIMIDO
72.	NISTATINA SUSPENSÃO
73.	NISTATINA CREME VAGINAL
74.	OMEPRAZOL 40 MG COMPRIMIDO
75.	PARACETAMOL GOTAS 10 ML
76.	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO
77.	PARACETAMOL 750 MG COMPRIMIDO
78.	POLIVITAMINAS 120 ML SUSPENSÃO
79.	PREDNISONA 20 MG COMPRIMIDO
80.	PREDNISONA 05 MG COMPRIMIDO
81.	PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO
82.	RANITIDINA 150 MG COMPRIMIDO
83.	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL PÓ ENV.
84.	SALBUTAMOL XPE 100 ML
85.	SECNIDAZOL 1000MG COM.
86.	SIMETICONA 10 MG GOTAS
87.	SIMETICONA 40 MG COMPRIMIDO
88.	SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO
89.	SINVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO
90.	SULFAMETOXAZOL TRIMETOPRIMA 40MG +8MG ML SUSPENSÃO
91.	SULFAMETOXAZOL TRIMETOPRIMA 40MG +8MG COMPRIMIDO
92.	SULFATO FERROSO 40 MG COMPRIMIDO
93.	TENOXICAM 20 MG COMPRIMIDO
94.	VITAMINA C GOTAS
95.	VITAMINA C COMPRIMIDO

Assistência Farmacêutica (em anexo tabela com lista de medicamentos essenciais para assistência pré-natal).

Medicamentos Essenciais para Atenção ao Pré-natal

Indicação		Medicamentos
1	HERPES SIMPLES	ACICLOVIR
2	HIPERTENSÃO ARTERIAL	ALFA-METILDOPA
		HIDRALAZINA
		NIFEDIPINA
		PROPRANOLOL
3	DIABETES	INSULINA HUMANA NPH
		INSULINA REGULAR
4	PIROSE	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO
5	CÓLICAS	HIOSCINA / BUTILESCOPOLAMINA
6	HELMINTÍASE	MEBENDAZOL
7	HIPERÊMESE	METOCLOPRAMIDA
8	TOXOPLASMOSE / FETO INFECTADO	SULFADIAZINA
		ÁCIDO FOLÍNICO
		ESPIRAMICINA
		PRIMETAMINA
9	ANEMIA	FERRO ELEMENTAR
		ÁCIDO FÓLICO
10	EPILEPSIA	FENTOÍNA
		FENOBARBITAL
		CARBAMAZEPINA
11	INFECÇÃO URINÁRIA	CEFALEXINA
		CEFTRIAXONA
		AMPICILINA
		AMOXICILINA
		NITROFURANTOÍNA
12	FEBRE / DOR	PARACETAMOL
		DIPIRONA
13	FLATULÊNCIA	DIMETICONA
14	ANTIBIOTICOTERAPIA	ERITROMICINA
		AZITROMICINA
		AMOXICILINA
		SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM
15	ESTRONGILOIDÍASE	TIABENDAZOL
16	SÍFILIS	PENICILINA BENZATINA
17	HANSENÍASE	RIFAMPICINA
18	TUBERCULOSE	RIFAMPICINA
19	ECLÂMPSIA	SULFATO DE MAGNÉSIO A 50%
20	CORRIMENTO VAGINAL / VAGINOSE BACTERINA	METRONIDAZOL
		CLINDAMICINA
21	INFECÇÃO PUERPERAL	AMPICILINA
		GENTAMICINA
		CLINDAMICINA

		METRONIDAZOL
22	DEPRESSÃO	DIAZEPAM
23	DIURÉTICO	FUROSEMIDA
24	LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO
25	PREV. DE DEFEITOS DO TUBO NEURAL	ÁCIDO FÓLICO
26	ANEMIA MEGALOBLÁSTICA	

10. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

10.1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As atividades de Educação em Saúde estimulam a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o engajamento da população, e sua participação, em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida, através de ações educativas. Seu objetivo é contribuir com a melhoria da situação de Saúde e da qualidade de vida da população em geral.

A partir dessa concepção ampliada da Saúde construímos parcerias com diversas áreas a fim de trabalharmos temas variados como: Saúde Sexual e Reprodutiva; Prevenção ao uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas; Educação em Saúde Bucal; Saúde Visual; Alimentação saudável e prevenção às doenças crônicas não-transmissíveis; prevenção às doenças negligenciadas, Saúde e Meio Ambiente, visando garantir a todos o completo bem estar físico e mental.

Secretaria Municipal de Saúde possui profissionais e educadores, capacitados de diversas áreas do conhecimento, para ministrarem cursos, palestras e outras atividades multidisciplinares que lhes permitem interagir diretamente com a população seja em suas unidades físicas como UBS, Academia da Saúde . Abaixo está o quadro de atividades escolhidas pelo município, conforme nosso perfil epidemiológico para serem desenvolvidas mensalmente.

Segundo o ProjeSUS , os princípios norteadores para a política da área, adotados pelo Ministério da Saúde e demais gestores do SUS foram incluídos no Pacto pela Saúde, cujas Diretrizes Operacionais estão instituídas na Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentadas pela Portaria nº. 699/GM, de 30 de março de 2006.

Nestes atos se apresentam as diretrizes para a gestão no SUS (Pacto de Gestão) e, no campo da Gestão do Trabalho, dentre outros compromissos e obrigações referentes aos diversos entes federados, fica estabelecido que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde “devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação em saúde” (Ministério da Saúde, 2006:38d).

A gestão do Trabalho educação em saúde possui como ações prioritárias:

1. Desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, com atividades de coordenação e implementação da Política de Humanização no âmbito da rede assistencial. Criação de fórum permanente com reuniões mensais para discussão e efetivação de estratégias que visem o atendimento resolutivo e humanizado no âmbito da rede municipal e apoio aos Grupos de Trabalho de Humanização - GTHs e Conselho Municipal de Saúde;
2. Instituir colegiados gestores locais nas unidades de saúde;
3. Implementar as ações de Educação permanente em saúde, por meio de:
 - Apoio aos cursos de formação de conselheiros e divulgar as ações em parceria com o Conselho Municipal de Saúde;
 - Estreitar as parcerias com as instituições de ensino superior no sentido de viabilizar a participação do serviço e da comunidade na construção dos projetos políticos pedagógicos dos cursos da área da saúde;
 - Criando espaços de articulação e pactuação entre ensino/serviço para estimular as mudanças curriculares nos cursos de nível médio e técnico em saúde, de acordo com o perfil profissional demandado pelo SUS, através da Escola Técnica do SUS (ETSUS);
 - Apoio à Política de Gestão Estratégica e Participativa Qualificação de gestores de Unidades e Conselheiros Municipais de Saúde, como forma de ampliar e qualificar a gestão do sistema municipal de saúde;
 - Apoio aos diversos Comitês internos e interinstitucionais: Gestor; Dengue; Vida no Trânsito, Tuberculose, Saúde do Trabalhador, etc. Participação e apoio às reuniões mensais dos Comitês, visando mediações internas e interinstitucionais entre a SEMUS e outras instituições.
 - Realizar parceria com a Escola Técnica do SUS para promover a qualificação de profissionais para que possam atuar de forma consciente e participativa como agente de consolidação das políticas do SUS.

10.2. PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO

O Processo de planejamento e acompanhamento das ações e serviços de saúde ocorrerá de maneira formal, através da Secretaria Municipal de Saúde e equipe técnica e administrativa, com o controle social do Conselho Municipal de Saúde.

Esse será um processo contínuo que visa planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde prestados no município. Que contribuirá para os importantes avanços na saúde nos próximos quatro anos.

É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigirão um novo posicionamento do planejamento no âmbito do SUS que seja capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.

Nesse sentido serão elaborados instrumentos que contribuirão para um melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre os quais aqueles que possibilitem o desenvolvimento de rotinas de monitoramento. Entre os desafios presentes, cabe destacar a importância do financiamento pleno do SUS, o que envolve a regulamentação e o cumprimento da LC 141/2012, assim como a manutenção de processo contínuo de planejamento.

O planejamento será um instrumento resultante de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e método de formulação quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria.

Em relação ao planejamento e a instrumentos que lhe dão expressão concreta, destacam-se, inicialmente, as Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A primeira – Lei Nº 8.080/90 – atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (BRASIL, 1990a).

A Lei Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), no seu Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990” (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria).

Será observado o Sistema de Planejamento do SUS é objeto do item 4 do anexo da Portaria Nº 399/2006, estando nele contidos o seu conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento. O Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

- I- a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- II- a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- III- a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- IV- a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e

V- a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006).

Em relação ao financiamento o FNS estabelece blocos específicos: bloco de custeio e bloco de investimento e configuram-se eixos prioritários para a aplicação de recursos.

10.3. AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

As atividades financeiras, contábeis, orçamentárias e técnicas serão avaliadas e controladas pela Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Finanças. Ao contrário do que é colocado pelo senso comum, o planejamento não é somente teoria, utopia, mas antes de tudo um compromisso para a ação.

É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade (PAIM, 2006).

A equipe de planejamento utiliza instrumentos de gestão com o Plano Plurianual, Plano Diretor, Lei de Diretrizes Orçamentárias (obras e equipamentos e custeios) e a Lei Orçamentária Anual (previsão de receitas e despesas do ano seguinte). Á área do planejamento, entretanto, não cabe tão somente o papel de elaborar planos, relatórios, programação, sendo estas apenas etapas ou fases do planejamento.

O maior objetivo está em sensibilizar, de modo a despertar nas pessoas a ideia de antecipar-se aos acontecimentos, assim como o compromisso com a mudança da imagem-objetivo. Não obstante, no caso específico da saúde, transformar a realidade de uma organização, sem tirar do foco a participação efetiva do controle social.

A prática do planejamento na Secretária Municipal de Saúde, portanto, destina-se à implementação da política de saúde no âmbito municipal, buscando para tanto, mediar as relações entre os diversos atores sociais.

11. REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE/RAS

De acordo com a Resolução CIB nº 64/2018, publicada no Diário Oficial nº 120 de 28 de junho de 2018, o Estado do Maranhão está dividido em 03 (três) Macrorregiões de Saúde (Macro Norte; Macro Sul e Macro Leste), composta por 9, 4 e 6 Regiões de Saúde, respectivamente. No que se refere aos serviços de saúde no Estado do Maranhão, a rede assistencial vinculada à Secretaria de Estado da Saúde está distribuída entre as 19 Regiões de Saúde das 3 Macrorregiões, sendo administradas por organizações sociais e empresas públicas, como a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares -EMSERH que a partir de 2015 passou a gerenciar mais 70% das unidades de saúde do estado e uma tendência futura de expandir para 100% delas, além disso, os serviços especializados terceirizados que são contratados para cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar e também o apoio de auxílio financeiro aos municípios potencializando a qualidade do atendimento à população no estado. O município de Cachoeira Grande está inserido na Macrorregião Norte e na Região de Saúde de Rosário, composta por 12 (doze) municípios que integram essa região.

No contexto da regionalização, define que os principais instrumentos de planejamento para tanto são o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PGASS (Programação Geral de Serviços de Saúde). O planejamento regional expressará as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações, cujas prioridades – estabelecidas regionalmente – estarão refletidas neste plano de saúde e do Estado, garantido através das Redes de Atenção a Saúde ainda em fase de implantação no Maranhão.

Propõe-se a sistematizar os pactos entre gestores das três esferas de governo, privilegiando o espaço regional como *locus* de negociação e estruturação da Rede de Atenção à Saúde, integrando os serviços e recursos disponíveis, tendo por princípio a orientação para o atendimento às necessidades de saúde da população.

Seu principal resultado, ao final do processo de pactuação, será a melhoria efetiva do acesso da população aos serviços de saúde na própria região. Entretanto, ao longo da sua execução, diversos outros benefícios poderão e deverão emergir para o fortalecimento da gestão regional do SUS. Dentre eles destacamos:

- Potencializar a implantação das redes temáticas prioritárias nacionais: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) e Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (câncer, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, doença renal crônica);

- Pactuação de um mapa de investimentos regional de médio e longo prazo;
- Maior eficiência alocativa dos recursos financeiros, redefinindo a contratualização dos serviços de saúde na lógica da necessidade regional.

Existe uma necessidade urgente da construção da PGASS para construção do perfil de atendimento e financiamento dos serviços de média complexidade ofertados no município, tendo em vista a necessidade de atualização de recursos de custeio para MAC.

Mapa dos Estabelecimentos, sob Gestão Estadual, por Região de Saúde. (Maranhão, Out./2019)



Região	Nº de Unidades
Açailândia	2
Bacabal	3
Balsas	3
Barra do Corda	3
Caxias	3
Chapadinha	12
Codó	10
Imperatriz	11
Itapecuru Mirim	7
Pedreiras	5
Pinheiro	4
Presidente Dutra	3
Rosário	7
Santa Inês	6
São João dos Patos	6
São Luís	55
Timon	3
Viana	2
Zé Doca	5

Fonte: CNES, out. 2019.

Fonte: SES-MA, 2019.

11.1. REDE DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL - REDE CEGONHA

O acesso às ações e serviços qualificados de prevenção e atenção à diversidade das mulheres no município, requer a integração entre outros municípios e região de saúde para complementação do atendimento integral em diferentes níveis de complexidade, de modo a viabilizar a ampliação da oferta do atendimento na rede de saúde.

Nesta organização destaca-se a Rede Cegonha como uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal; à vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, mediante boas práticas de atenção; a acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; a atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo. A Rede organiza-se em 04 componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação).

O Município de Cachoeira Grande, faz parte da Região de Saúde de Rosário composta por 12 municípios, onde foi elaborado um Plano de Ação para adesão a Rede Cegonha com a pactuação de realização da assistência ao pré-natal de risco habitual na atenção primária, realização dos exames laboratoriais básicos, ultrassonografia obstétrica, implantação do pré-natal de intermediário de médio risco e realização do parto de risco habitual (normal e cesárea). Ficando a pactuação do pré natal e parto de alto risco com o município de São Luís. O plano encontra-se no Ministério da Saúde para análise, aguardando publicação da portaria.

11.2. REDE DE ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas na Região de Saúde de Rosário, onde se encontra o Município de Cachoeira Grande está em processo de implementação, com o propósito de superar a atual fragmentação da assistência às pessoas, em especial às mulheres, de acordo com suas necessidades, de um conjunto de serviços contínuos, a partir da organização de uma linha de cuidado, que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária).

Na estruturação desta Rede, o desafio é a organização do sistema de referência e contra referência para a assistência às pessoas, e das mulheres com neoplasia maligna, exige a conformação de uma rede de atenção que explicita, claramente, as responsabilidades de cada município.

No Município de Cachoeira Grande, as taxas de mortalidade de câncer de colo de útero e mama continuam elevadas, pois o diagnóstico ainda ocorre em estágio avançado. O papel da atenção básica no diagnóstico desses cânceres tem sido cada vez mais relevante, tanto na prevenção, pelo esclarecimento sobre fatores de risco e pelo fomento a hábitos de vida saudáveis, quanto na adesão das mulheres aos exames de rastreamento.

Promover o acesso das mulheres ao exame citopatológicos do colo de útero para a prevenção do câncer continua sendo um enorme desafio. A estratégia de rastreamento do câncer de colo de útero consiste em iniciar as coletas de exames após 1ª relação sexual, tendo como referência uma meta de 50% da população feminina de 25 a 64 anos.

GRADE DE REFERÊNCIA PARA OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS			
Região de Saúde	Município	Estabelecimentos de Saúde	Região de Abrangência
São Luís	São Luís	Hospital Universitário, Instituto do Rim, Clínica de Hemodiálise, CENEFRON Hospital Dr. Carlos Macieira	Municípios da Região de Rosário

Grade de Referência de Atendimento nos Serviços de Média e Alta Complexidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC) - Oncologia, por Região de Saúde				
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	SERVIÇO	OBSERVAÇÃO
ROSÁRIO	CACHOEIRA GRANDE	Hospital Aldenora Bello e Hospital Geral (São Luís/MA)	Consultas Especializadas para o Câncer Colorretal e Próstata: Urologia, Protologia e Oncologia SATD.	PROPOSTA (Média Complexidade)

MAMÓGRAFOS SUS E NÃO SUS EXISTENTES POR MUNICÍPIO			
Municípios	Estabelecimentos de Saúde	QTD	CNES
ROSÁRIO	CLÍNICA NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO LTDA	1	SUS

11.3. REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS

Os municípios que compõem a RAU da Região de Saúde de Rosário em sua grande maioria são de pequeno porte, no atendimento de urgência e emergência apresentam pouca resolutividade. Na região dispomos de SAMU 192 em Bacabeira, Santa Rita

e Rosário. A região não dispõe de UPA, as referências são encaminhadas para a Macrorregião de São Luís em ambulâncias com pouco ou sem nenhum suporte. Vale a reflexão sobre a necessidade de qualificar os municípios da Região de Saúde de Rosário mediante o atendimento de Urgência e Emergência.

A Região de Saúde de Rosário decidiu que não será solicitada a implantação de UPA para região. Teremos na Região duas portas de Entrada, que serão no Hospital Regional de Barreirinhas e uma segunda proposta no Hospital Municipal de Rosário.

QUADRO DA PORTA DE ENTRADA NA REDE DE URGENCIA E EMERGÊNCIA

Região de Saúde	Município	População	Unidade/ Instituição	CNES
REGIÃO DE ROSÁRIO	210110 Axixá	11.504	HOSPITAL E MATERNIDADE AXIXAENSE	2308908
	210125 Bacabeira	15.263	CENTRO DE SAÚDE DOMAR BRITO ANCELES	2390434
	210170 Barreirinhas	56.123	HOSPITAL GERAL DE BARREIRINHAS	7013620
	210237 Cachoeira Grande	8.528	- NÃO POSSUI HOSPITAL	
	210500 Humberto de Campos	26.567	HOSPITAL MUNICIPAL ELDA RIBEIRO FONSECA	2462095
	210510 Icatu	25.426	HOSPITAL MUNICIPAL DE ICATU	2460335
	210710 Morros	18.028	HOSPITAL DE MORROS	6871747
	210920 Presidente Juscelino	11.722	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	2307049
	210940 Primeira Cruz	14.158	HOSPITAL MUNICIPAL DE PRIMEIRA CRUZ	2461390
	210960 Rosário	40.030	UNIDADE MISTA DE ROSARIO	2646358
	211020 Santa Rita	33.117	HOSPITAL MUNICIPAL MARIA HELENA FREIRE	2532093
	211027 Santo Amaro do Maranhão	14.143	HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR AMARO	3913163

11.4. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O cuidado em saúde mental tem aumentado sua demanda nos últimos anos. Esse aumento decorre da ampliação da clientela (usuários de drogas, suicídio, violência doméstica etc.) e do número de pessoas em sofrimento psíquico que demandam de cuidado.

Cuidar na área de saúde mental exige interlocução com as demais áreas da saúde e com a intersetorialidade, não só devido à complexidade dos problemas, mas por compreender que o sujeito que sofre devido a sua condição psíquica, social, econômica e relacional mais fragilizada necessita que haja intervenções que possibilitem seu cuidado integral considerando os diversos contextos de sua vida.

ESPELHO DA REACTUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL			
Região de Saúde de Rosário			
População: 303.501 hab			
PONTOS DE ATENÇÃO	Cobertura	MUNICÍPIOS	
ESF – Cobertura	100%	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO, ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA	
NASF	100%	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO, ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA	
Consultório na Rua	0%	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO, ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA	
PONTOS DE ATENÇÃO	LOCAL DE IMPLANTAÇÃO	REFERENC IA	ATENDIDOS
Emaesm1 - Eq. Multiprof. Atenção Espec. Saúde Mental M I	MORROS, BARREIRINHAS, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO E ROSÁRIO.		
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental Tipo II	CACHOEIRA GRANDE, ICATU HUMBERTO DE CAMPOS, AXIXÁ, BACABEIRA E ROSÁRIO		
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental Tipo III	PRESIDENTE JUSCELINO E SANTA RITA.		
CAPS I	AXIXÁ	12.183	
CAPS I	BACABEIRA	17.252	
CAPS I	CACHOEIRA GRANDE	22.316	PRESIDENTE JUSCELINO E CACHOEIRA GRANDE
CAPS I	SANTO AMARO	16.034	SANTO AMARO
CAPS I	HUMBERTO DE CAMPOS	28.932	HUMBERTO DE CAMPOS
CAPS I	MORROS	19.572	MORROS
CAPS AD	PRESIDENTE JUSCELINO	81.343	PRESIDENTE JUSCELINO, CACHOEIRA GRANDE, MORROS, ICATU, AXIXÁ

CAPS AD	BACABEIRA	98,544	BACABEIRA, SANTA RITA E ROSÁRIO.
CAPS AD III	ROSÁRIO	303.498	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO, ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA.
CAPS III (MIGRAR)	SANTA RITA	303.498	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO, ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA.
CAPS i	BARREIRINHAS	123.614	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO,
	ICATU	179.887	ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA.
UA ADULTO	ROSÁRIO	303.501	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO, ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA.
UA INFANTIL	BARREIRINHAS	123.614	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO.
UA INFANTIL	ICATU	179.887	ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, ROSÁRIO, BACABEIRA E SANTA RITA.
LEITOS DE PSIQUIATRIA			
	SANTA RITA – 8 LEITOS	136.893	ICATU, MORROS, AXIXÁ, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO, BACABEIRA E SANTA RITA.
	ROSÁRIO – 8 LEITOS	166.608	ROSÁRIO, BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ E SANTO AMARO.
SRT – 8 MORADORES	MORROS	81.343	MORROS, AXIXÁ, ICATU, CACHOEIRA GRANDE, PRESIDENTE JUSCELINO
SRT – 8 MORADORES	HUMBERTO DE CAMPOS	123.614	BARREIRINHAS, HUMBERTO, PRIMEIRA CRUZ, SANTO AMARO.
SRT – 8 MORADORES	BACABEIRA	98.544	BACABEIRA, SANTA RITA, ROSÁRIO,

11.5. REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/RCPD

A região de saúde de Rosário não possui essa modalidade de serviço implantado. Temos como proposta para região a implantação do CER II, CER III E CER IV.

O CER foi definido no artigo 19 da Portaria 793/12 como: "ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de recursos e dispositivos de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território.

O atendimento no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família.

O CER poderá também, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, contribuir com o avanço e a produção de conhecimento e inovação tecnológica em reabilitação e ser Polo de qualificação profissional. Deve ainda, estabelecer processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo atualização e aprimoramento profissional.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado com a união das modalidades de reabilitação física, intelectual, visual e auditiva, da seguinte forma:

- CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II;
- CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III;
- CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados – CER IV.

a) O CER II será implantado no município de Santa Rita para os 12 municípios da Região de Saúde de Rosário. Em duas modalidades (Física e Visual), como proposta para atender as demandas da região de saúde de Rosário, construção, aquisição de equipamentos e habilitação de custeio para o Centro Especializado em Reabilitação (CER- II).

b) No município de Barreirinhas será implantado o CER III na três modalidades (Auditiva, Física e Intelectual) para atender as demandas dos 12 municípios da região de Rosário. A proposta para região é construção, aquisição de equipamentos e habilitação de custeio para do CER III para atendimentos nas modalidades de reabilitação.

c) No município de Rosário será implantado o CER IV nas modalidades (Auditiva, Física, Intelectual e Visual) para atender as demandas dos 12 municípios da região de Rosário. A proposta para região é construção, aquisição de equipamentos e habilitação de custeio para atendimento na Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Todas as três modalidades de CER, contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede. Poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos.

População Alvo: Pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências e pessoas com TEA.

12. PRIORIDADES DO SISPACTO

12.1. Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde para o Biênio 2018-2021.

Prioridade I – Saúde do Idoso

Objetivo: Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas

- Promover ações de capacitação dos profissionais da atenção básica, com ênfase na prevenção de quedas. Capacitação dos profissionais da atenção básica (nível superior) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e participação no curso Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa;
- Capacitação dos profissionais do município para implantação e implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa;
- Participação de Oficinas estaduais de Prevenção de quedas e Osteoporose.

Indicador	Meta
	2022 – 2025
Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	Reduzir em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas com fratura de fêmur.

Prioridade II - CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

Objetivo I: Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo.

Objetivo II: Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.

Objetivo III: Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Qualificação da oferta com foco na população de 25 a 59 anos e na periodicidade recomendada pelo programa de rastreamento;
- Ressarcimento dos custos e incorporação no teto financeiro da média complexidade (MAC) dos exames citopatológicos de rastreamento realizados a mais em relação ao ano anterior, conforme portaria nº 1.325/GM de 22 de junho de 2016.

- Estimular a estruturação das Unidades secundárias de assistência para o diagnóstico e tratamento das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero;
- Promover capacitação de técnicos locais para gerenciamento da informação sobre o seguimento da mulher, no módulo de coordenação do SISCOLO;
- Estimular a qualificação de médicos ginecologistas para a realização de procedimentos de colposcopia, biópsia e exereses.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 – 2025
- Controle do câncer de colo de útero e de mama.	- Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano.	Aumentar a razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano 0,23.
	- Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	100% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.
	- Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano 0,12.

III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

Objetivo I: Reduzir a mortalidade infantil.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto;
- Ações de promoção do Aleitamento Materno, tais como: Rede Amamenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru; Vigilância dos óbitos infantis.

Objetivo II: Reduzir a mortalidade materna.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas

- Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da sub-notificação;
- Qualificação da causa de óbito;
- Identificação dos problemas que levaram ao óbito;
- Aprimoramento e monitoramento da qualidade e efetividade da atenção pré-natal:

Objetivo III: Reduzir a mortalidade materna.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas

- Qualificar profissionais para a melhora da qualidade da atenção pré-natal;
- Qualificar profissionais para incluir os parceiros na atenção ao pré-natal diagnosticá-los e tratá-los;
- Facilitar as condições de acesso das gestantes aos exames;
- Sensibilizar e qualificar profissionais da atenção hospitalar ao parto para a redução da transmissão vertical.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Controle do câncer de colo de útero e de mama.	- Taxa de Mortalidade Infantil - Taxa de Mortalidade Neonatal - Taxa de Mortalidade Pós-neonatal	Reduzir a mortalidade infantil em 2,4%. Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%. Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.
- Reduzir a mortalidade materna.	- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados. Fonte: SIM	- Investigar 100% de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos.
- Reduzir casos de sífilis congênita	- N° de casos de sífilis congênita Fonte: SINAN	- Reduzir em 30% o número de casos de sífilis congênita.

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS

Objetivo I: Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Implantar classificação de risco baseada na gravidade da doença (conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue);
- Realizar manejo clínico conforme preconizado no Manual de Manejo Clínico da Dengue – Adulto e Criança (3ª Edição);
- Treinar profissionais médicos e enfermeiros;
- Atualizar o plano de contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos;
- Investigar todos os óbitos suspeitos de dengue, utilizando o protocolo de investigação de óbitos (conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue) e reorganizar os serviços, com base nos fatores de risco identificados após a investigação;
- Implantar preparação e resposta coordenada no monitoramento da dengue, visando acompanhar de forma oportuna as alterações no número de casos de dengue e as ações do programa de

- dengue no nível local (conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue).

Objetivo II: Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Monitoramento sistemático do banco de dados, incluindo comparação entre a base de dados nacional e estadual, verificação da atualização do tipo de saída do paciente e retroalimentação das informações para o Estado;
- Assessoria técnica do Estado ao Município;
- Realização de oficinas de operacionalização do SINAN;
- Divulgação e capacitação do município para uso do aplicativo SISPACTO para a construção do indicador;
- Ampliar o debate sobre a importância e a apropriação da ação inserida na PAVS em diferentes espaços de discussão do Programa de Controle da Hanseníase;
- Aporte de medicamentos de forma que o tratamento do paciente seja realizado de forma oportuna;
- Fomentar a ampliação da cobertura das ações do Programa de Controle da Hanseníase com descentralização e prioridade à sua inclusão na atenção básica e na estratégia de Saúde da Família.

Objetivo III: Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Realizar a Baciloscopia de diagnóstico em 100% dos casos sintomáticos respiratórios;
- Notificar os casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados;
- Realizar o tratamento de 100% dos casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados;
- Fazer a Baciloscopia de controle no decorrer do tratamento;
- Registrar o encerramento dos casos no SINAN oportunamente por meio do recurso Boletim de Acompanhamento - SINAN;
- Executar a rotina de verificação e correção das duplicidades existente no SINAN.

Objetivo IV: Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal².

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Fortalecer a inserção das ações de controle da malária na atenção básica de Saúde;
- Fortalecer a capacidade de acompanhamento e assessoramento aos estados e municípios;
- Realizar avaliações nacionais e estaduais do PNCM;

- Promover a mobilização política no município para priorizar ações de controle da malária
- Promover a mobilização política nos estados para priorizar ações de controle da malária.

Objetivo VI: Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Monitoramento dos casos de hepatite B notificados no SINAN quanto à realização do exame sorológico para confirmação do caso, por critério laboratorial, informando a SES periodicamente os resultados percentuais;
- Solicitação a SES apoio às capacitações em vigilância epidemiológica das hepatites virais no âmbito municipal;
- Articulação com o LACEN para melhoria dos fluxos dos resultados de exames laboratoriais.

Objetivo VII: Reduzir a transmissão vertical do HIV.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- As Implantação/Implementação do Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis;
- Capacitação de pessoal do município em vigilância epidemiológica.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue	- Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC) - Taxa de Mortalidade Pós-neonatal.	Taxa de letalidade das formas graves da dengue $\leq 2\%$.Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.
-Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos de hanseníase a cada ano para atingir 90% em 2022.	- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Fonte: SINAN/NET	Cura de no mínimo 90% dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
- Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.	- Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	- Cura de no mínimo 90% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera Diagnosticados nos anos das coortes.
- Reduzir a incidência da malária	Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.	Índice parasitário anual de malária $\leq 12,3$ por 1000 habitantes.
- Reduzir a incidência de Hepatite B	Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia.	Confirmação por sorologia de no mínimo 93% dos casos de hepatite B.

- Reduzir transmissão vertical de HIV.	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade $\leq 3,0$.
--	---	---

Prioridade V - PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivo I: Reduzir os níveis de sedentarismo na população.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Ações educativas;
- Implantação de ações de promoção à saúde;
- Articulação com a atenção básica das ações de redução do sedentarismo, e
- Aumento da atividade física.

Objetivo II: Reduzir a prevalência do tabagismo no país.

Observação: todos os municípios devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Ações educativas;
- Implantação ações de promoção à saúde;
- Articulação de ações de redução do tabagismo com atenção básica;
- Ações de ambientes livre do tabagismo;
- Ações junto às escolas;
- Campanhas educativas; e
- Cessação do tabagismo - articulado com assistência.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Reduzir os níveis de sedentarismo na população	- Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	15,3% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre.
	Prevalência de tabagismo em adultos.	Taxa de prevalência de tabagismo $\leq 15,5\%$ por ano.

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Objetivo I: Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Convencimento do gestor municipal sobre as vantagens da Estratégia Saúde da Família/ESF;
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacional, com vistas ao assessoramento à gestão e acompanhamento de informações atualizadas de famílias cadastradas pelas equipes de Saúde da Família.

Objetivo II: Ampliar o acesso à consulta pré-natal.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas

- Estimular a programação de metas da cobertura de consulta pré-natal com médicos e enfermeiros da Equipe de Atenção Básica;
- Disponibilizar o caderno de atenção básica - pré-natal (CAB-Pré-natal) e estimular sua implantação.
- Estimular e apoiar a implantação do projeto de avaliação para melhoria da qualidade – AMQ; e
- Realizar o monitoramento e avaliação das Equipes de Saúde da Família e a discussão periódica dos resultados alcançados.

Objetivo III: Reduzir a internação hospitalar por Diabetes Mellitus no âmbito do SUS.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, conforme caderno de atenção básica CAB nº16 - Diabetes Mellitus;
- Apoiar a capacitação de profissionais, médicos e enfermeiros da rede básica, para as ações de controle de hipertensão e diabetes Mellitus;
- Melhorar o acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010;
- Cadastrar e Monitorar no Sis-Hiperdia, todos os portadores de Hipertensão e Diabetes como forma de garantir a melhoria da informação.

Objetivo V: Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular que o grupo de risco nutricional seja priorizado para realizar o acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento, com atenção especial ao público mais vulnerável, como os beneficiários do Programa Bolsa Família e outras populações em situação de vulnerabilidade econômica, social e de saúde;
- Estimular a implantação do Protocolo de Atenção à Criança Desnutrida e de Atenção à Saúde da Criança caderno de atenção básica - pré-natal;

- Monitoramento de faltosos às consultas de acompanhamento e priorização das visitas dos agentes comunitários de saúde a esse grupo de risco, de modo a promover maior adesão às recomendações para recuperação do estado nutricional;
- Supervisão das equipes de Saúde da Família e discussão periódica dos resultados alcançados;
- Estimular e apoiar a implantação da Estratégia de Alimentação Complementar;
- Fortalecer a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A;
- Apoiar ações de estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade: e
- Monitorar a alimentação e utilização do sistema informatizado de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan-Web) para o diagnóstico nutricional individual e coletivo.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família.	- Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	Cobertura de 100% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.
- Ampliar acesso ao pré-natal	- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Mínimo de 62,91% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
- Reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS.	- Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Taxa de internações por diabetes Mellitus e suas complicações $\leq 5,7$ por 10.000 habitantes.
- Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade $\leq 4,0\%$.
	Percentual de famílias com perfil saúde do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica	Percentual de Famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família $\geq 73\%$

Prioridade VII - SAÚDE DO TRABALHADOR

Objetivo: Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Capacitação de todas as unidades de saúde, em saúde do trabalhador;

- Construção e consolidação dos fluxos de notificação, incluindo a elaboração e a aplicação de protocolos e instruções normativas para cada um dos agravos de notificação compulsória;
- Acompanhamento e assessoria técnica a esse processo por parte da SES;
- Disponibilização de recursos federais, estaduais e municipais para estruturação, consolidação dos serviços.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador	- Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador.	Aumento de 30% em relação ao nº de notificações.

Prioridade X - ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA

Objetivo I: Ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.

Observação: todos os municípios não prioritários devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras locais;
- Fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- Intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano;
- Acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da saúde;
- As ações prioritárias para os municípios e estados são: Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção de violências, acidente e promoção da saúde; monitoramento da ocorrência de acidentes e violências notificadas; Ampliação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência às vítimas;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
- Capacitação de recursos humanos e Elaborar o Plano Municipal de prevenção a violência e promoção de saúde

- As ações prioritárias do Ministério da Saúde: Publicação de portaria para seleção de projetos de estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde com incentivo financeiro;
- Sensibilização do gestor local para a estruturação deste Núcleo.

Objetivo II: Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.

Observação: todos os municípios não prioritários devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Participação em reuniões técnicas de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA - SINAN NET e outros que já desenvolvem ações de prevenção de violências e acidentes;
- Buscar apoio financeiro e técnico e outras.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Ampliar a rede de Prevenção de violências e promoção à saúde	- Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas	80% de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados.
- Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação, Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou violências.	Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas	30% de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.

Prioridade XI – SAÚDE DO HOMEM

Objetivo I: Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem no Plano Municipal de Saúde.

Observação: todos os municípios não selecionados devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Pactuação do Município, na CIB, para a organização loco regional de serviços estratégicos voltados para a saúde do homem;
- Capacitação do gestor municipal na implementação de ações e estratégias de saúde voltadas para a população masculina, inserindo-as em seu respectivo Plano de Saúde;

- Disponibilização de recursos federais para a implantação e consolidação do processo.

Objetivo II: Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino.	- Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.	Implantar a política de atenção integral à saúde do homem.

RESPONSABILIDADES DO PACTO DE GESTÃO

I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

Objetivo I: Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Notificar a suspeita de cada caso de agravo de notificação compulsória no município; digitar e transferir a notificação pelo SINAN; iniciar e concluir a investigação dos casos; digitar e transferir dados da investigação pelo SINAN; monitorar o resultado do indicador ao longo do ano para detecção de valores baixos e identificação da causa a tempo de intervir.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação no Plano de Saúde Municipal.	100% ou mais de casos de doenças de Notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.

Objetivo II: Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos. Devem ser utilizadas as informações obtidas nas diversas fontes serão de grande valia não só para determinar a causa de cada um dos óbitos, mas também para melhorar a qualidade do SIM e contribuir para o entendimento das mudanças dos padrões de mortalidade e o impacto que essas mudanças acarretaram aos diferentes grupos da população.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal	- Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida	100% de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.

Objetivo III: Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Aquisição do imunobiológico disponibilizando pela SES/MA;
- Instrumentalizar técnicos para monitorar e avaliar coberturas vacinais capacitando-os na metodologia desenvolvida para a implantação da vigilância das coberturas;
- Constante articulação com Atenção Básica, áreas técnicas de informação e vigilância nas três esferas de governo,
- Avaliação sistemática dos indicadores de Cobertura Vacinal.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Manter cobertura vacinal adequada nos serviços de imunização.	- Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano	95% de cobertura vacinal por tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.

Objetivo IV: Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estruturação de laboratório de baixa complexidade, nos nível municipal para realização das análises de qualidade da água;
- Capacitação de técnicos em cursos afetos ao VIGIAGUA: Curso de coleta de água;
- Curso Básico de Procedimentos do VIGIAGUA; Curso para operacionalização do SISAGUA.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água.	- Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	20% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.

Objetivo V: Consolidar e ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Capacitação técnica da VISA Municipal para à elaboração dos planos de ação municipais.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Consolidar e ampliar as ações de vigilância sanitária.	- Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	80% de realização das metas da pactuação das ações estratégicas de vigilância sanitária.

II – RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

Objetivo: A constituição dos Colegiados de Gestão Regional objetiva auxiliar os Estados e Municípios no fortalecimento do planejamento e pactuação entre os gestores, refletido no aprimoramento da aplicação dos princípios do SUS.

A Regionalização, diretriz do Sistema Único de Saúde e eixo estruturante do Pacto de Gestão, deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de planejamento e pactuação entre os gestores.

Objetiva garantir acesso resolutivo, integral e com qualidade às ações e serviços de saúde. O Pacto pela Saúde define o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como um dos principais instrumentos de planejamento da Regionalização, e institui os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como espaços de planejamento, pactuação e co-gestão regional da saúde.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 - 2025
- Participar de Colegiado de Intergestores Regional (CIR).	- Percentual de Colegiados de Gestão Regional constituídos em cada estado e informados à CIT.	Participar de Colegiados de Intergestores Regional (CIR) constituídos e informando à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

III – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

Objetivo: Assegurar que 100% de estados e municípios tenham o Relatório Anual de Gestão (RAG) apreciados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 – 2025
- Assegurar a elaboração do Relatório Anual de Gestão e apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde.	Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão apreciados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.	100% de municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Municipais de Saúde.

IV – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Objetivo: Fortalecer o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- MS para reforçar os municípios sobre gestão geral (pacto de gestão, CNES, PPI, regulação, todos os sistemas de informação, etc.) proporcionando aos mesmos uma visão/conhecimento geral de todos os assuntos de uma forma organizada e sequencialmente lógica;
- Criar normas e incentivo para implementação da área/equipe de CNES nos municípios e estados, nos moldes do processo de implementação do complexo regulatório;

- Definir a necessidade de implementação da área de cadastro nos municípios/estados, com a definição dos profissionais que comporão a equipe, que deverá ser de profissionais de diversas áreas, tais como: do controle e avaliação, da vigilância sanitária, da atenção básica, área administrativa, informática, etc;
- Criar o monitoramento do CNES criando indicadores de atualização que seriam monitorados dentro de período estabelecido.

Método de cálculo: n° de bases CNES enviadas/12 meses do ano x 100%

As “bases CNES enviadas” são as alimentações feitas mensalmente por cada município/estado à base Nacional. Essas bases se referem às inclusões/alterações/exclusões dos estabelecimentos de saúde pertencentes ao seu município.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 – 2025
- Fortalecer o CNES com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.	- Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	100% de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).

VI – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Objetivo I: Implantar ouvidoria em saúde no município com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

Objetivo II: Fortalecer o controle social no SUS.

Prioridade	Meta	
	Indicador	2022 – 2025
- Fortalecer a Gestão Estratégica do SUS.	- Implantação de ouvidoria do SUS no município.	- Implantar 01 Ouvidoria do SUS no município. -
- Contribuir para fortalecimento do controle social no SUS.	- Capacitação de conselheiros municipais dos municípios prioritários, A Portaria 2416/2014- estabelece diretrizes para organização e funcionamento dos serviços de Ouvidoria.	- Capacitar 100% dos conselheiros municipais de saúde do município-

* A capacitação de conselheiros de saúde encontra-se alinhada aos processos de qualificação da participação social e ampliação da democracia no país, considerando ainda, outras metodologias, como por exemplo: participação em oficinas, seminários, conferências. Estas atividades compõem também a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social na Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Este indicador permite avaliar os processos de capacitação realizados por estados e municípios, utilizando metodologias e tecnologias pedagógicas participativas e inclusivas. Possibilita a avaliação do cumprimento de metas relativas à responsabilidade referente ao fortalecimento do controle social no SUS e o grau de aprimoramento da democracia participativa nas políticas de saúde.

13. DIRETRIZES

Diretriz 1 - Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.

Diretriz 2 - Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz 3 - Fortalecimento da Assistência de Média e Alta Complexidade, de forma ascendente e regionalizada, contemplando as demandas específicas das regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, garantido a oferta de serviços de saúde.

Diretriz 4 - Fortalecer a Gestão Pública, por meio da gestão compartilhada nas regiões de saúde, com aprimoramento do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão, garantindo educação permanente e fortalecendo as instâncias de controle social.

Diretriz 5 – Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite em saúde.

Diretriz 1: Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde, atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.

Objetivo 1: Fortalecer a Atenção Primária para apoiar o desenvolvimento de ações em saúde no município para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, fortalecendo e ampliando ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.

Metas	2022	2023	2024	2025	Unidade de medida	AÇÕES	Indicadores	Recursos
Realizar o pré-natal em todas as gestantes cadastradas do território, começando no 1º trimestre.	100	100	100	100	Percentual	Agendar as consultas das gestantes na UBS e captar as faltosas através de visitas domiciliares; Monitorar e avaliar o número de consultas de pré-natal realizado nas unidades básicas de saúde, através do e-SUS.	Percentual de gestantes com pré-natal em dia.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Garantir a realização de um atendimento odontológico em todas as gestantes durante o pré-natal.	1	1	1	1	Número	Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.	Número de atendimentos realizado por gestante.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Garantir a realização de 2 testes de sífilis e HIV em gestantes.	100	100	100	100	Proporção	- Realizar os testes durante a gestação, conforme protocolo vigente; - Repassar às Unidades de Saúde os testes de sífilis; - Identificar e garantir acompanhamento pré-natal das gestantes de risco usuárias de drogas com diagnóstico de sífilis.	Proporção de gestantes que realizaram o teste de sífilis e HIV.	

Proporcionar exames cito patológicos em mulheres de 25 anos a 64 anos de idade.	40	42	45	50	Proporção	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar na UBS a realização do exame cito patológicos para mulheres de 25 anos a 64 anos; - Orientação à população quanto à necessidade do exame e realizar busca ativa das mulheres na idade de 25 a 64 anos, para realização do exame citopatológico. 	Proporção de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 anos a mais;	
Intensificar a realização de mamografia de rastreamento bienal nas mulheres de 45 a 69 anos cadastradas nas Unidades Básica de Saúde.	0,40	0,42	0,45	0,50	Razão	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer o levantamento da meta e encaminhar mensalmente para coordenação o número estimado de mulheres para a realização do exame. - Realizar treinamento de todos os profissionais das equipes quanto ao controle do câncer do colo do útero e mama. 	Razão de exames de mamografia em mulheres de 49 a 59 anos.	
Alcançar o percentual de cobertura vacinal de poliomielite inativada.	95	95	95	95	Percentual (%)	<ul style="list-style-type: none"> - Busca ativa das crianças menores de 01 ano na área de abrangência da equipe; - Realizar captação para vacina nas consultas e dialogar com os pais sobre a importância da imunização. 	Percentual de cobertura vacinal alcançado.	
Realizar a adesão do PSE e contratualizar as Equipes de Atenção Básica.	50	60	65	70	Percentual (%)	- Planejar conjuntamente ações anuais: prevenção de doenças crônicas (alimentação saudável, atividade física, tabagismo), prevenção da violência e acidentes de trânsito, saúde bucal, DST'S, gravidez na adolescência, diagnóstico de tracoma e Olhar Brasil.	Percentual de Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Adequar a infraestrutura física da Rede Municipal de Saúde.	50	60	65	70	Percentual (%)	Viabilizar reformas, ampliações e construções de Unidades e Serviços de Saúde.	Percentual de UBS construídas, ampliadas e reformadas.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS

Manter atualizadas das Equipes de Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e-SUS	100	100	100	100	Percentual (%)	Manter atualizadas as ESFs no CNES, e-SUS.	Percentual de equipes atualizada no CNES, e-SUS.	Bloco custeio
Manter as Salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas.	01	01	01	01	Proporção	Ampliar o número de profissionais de enfermagem das Salas de Vacinação garantindo o mínimo de 1 profissional por Sala.	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no PNI.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Garantir a implantação do PEC em todas as ESF.	50	60	70	80	Número	Adquirir computadores e estruturar a rede de informatização para implantação do prontuário eletrônico – PEC	Percentual de ESF com o PEC implantado.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Garantir o atendimento de hipertensos e diabéticos nas UBS.	80	85	90	95	Percentual	- Agendar na UBS as consultas de hipertensos e diabéticos; - Realizar busca ativa pelo ACS aos faltosos.	Percentual de hipertensos e diabéticos atendidos.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos odontológico, equipamentos hospitalares, equipamentos de ar condicionado e outros.	100%	100%	100%	100%	Percentual (%)	- contratar empresa especializada para atender a demanda.	Nº de contratos para manutenção de equipamentos	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Garantir consultas/habitante/ano de consultas médicas	2	2	2	2	Número	- ampliar a carga horária de médicos da ESF.	Nº de Consultas Médicas/Hab/Ano	Bloco custeio/FNS/FES/FMS

Garantir consultas médicas em atenção básica por habitante/ano do total de consulta medica programado.	63	65	70	72	Percentual (%)	- acolher a demanda espontânea de pacientes nas UBS; - realizar o agendamento das consultas de no mínimo 50% do total da demanda espontânea.	Percentual de consultas médicas básicas por habitante/ano.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Ampliar a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	5,3	5,5	6	6,5	Percentual (%)	Implantar estratégias visando o aumento da quantidade de escovação dental supervisionada realizada no município.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Reduzir o percentual de exodontias realizada em relação aos procedimentos.	15	15	15	15	Percentual (%)	Implantar estratégias visando a redução do número de exodontias realizadas na Atenção Básica.	Percentual de exodontias em relação aos procedimentos.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Manter o funcionamento das equipes da Saúde Bucal.	100	100	100	100	Percentual (%)	Propiciar as condições adequadas para funcionamento das ESB; Adquirir os materiais necessários para os serviços na UBS.	Percentual de equipes de saúde bucal em funcionamento.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Objetivo 2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, fortalecendo e ampliando ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.								
Vincular as mulheres ao local de ocorrência do parto, durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com o desenho regional da RAMI.	60	65	70	80	Proporção	Implantar em conjunto com a DRS XV as estratégias da Rede Cegonha. Promover a integração da gestante com as instituições hospitalares, através dos grupos de gestantes.	Proporção de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto.	MAC e Próprios
Manter a investigação dos óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis no município.	100	100	100	100	Proporção	Investigar os óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna no município	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Garantir as gestantes inscritas no e-SUS adequadamente imunizadas contra o tétano.	100	100	100	100	Percentual (%)	Estimular a alimentação do e-SUS, monitorar a situação vacinal das gestantes, realizar busca ativa oportuna das gestantes faltosas.	Percentual de gestantes vacinadas contra o tétano.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS

Implantar estratégias que visem o fortalecimento da rede de assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.	80	85	90	95	Percentual (%)	- Realizar ações de conscientização sobre a importância da realização do pré-natal em tempo oportuno; Incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno.	Rede de atenção a saúde fortalecida.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Organizar a Linha de cuidado do adolescente nas UBS.	50	60	65	70	Proporção	- Promover ações intersetoriais para prevenção de doenças na promoção de ações de conscientização nas escolas; - Distribuição de preventivos e palestras sobre o uso correto; - Diminuir a gravidez na adolescência.	Linha de cuidado do adolescente organizada.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Ampliar a cobertura vacinal em adolescentes de 11 a 19 anos das vacinas indicadas para a faixa etária.	70	75	80	90	Percentual (%)	Desenvolver ações sistemáticas de orientação e vacinação nas escolas públicas (municipais e estaduais) visando a conclusão dos esquemas vacinais contra hepatite B e demais vacinas indicadas para a faixa etária.	Cobertura vacinal alcançada.	Bloco custeio/FNS/FES/FMS
Promover capacitação e educação continuada aos profissionais envolvidos no Planejamento Familiar para as Equipes de Saúde da Família.	21	21	21	21	Número	Promover capacitação e educação continuada para os profissionais; Capacitar os ginecologistas em métodos contraceptivos. Disponibilizar material educativo para todas as UBS.	Nº de profissionais capacitados	Recursos de custeio e FMS.

Objetivo 3: Garantir aos usuários do SUS, acesso aos medicamentos contemplados nos Componentes Básico, Especializado, Estratégico da Assistência Farmacêutica e dos Programas da SEMUS

Metas	2022	2023	2024	2025	Unidade de medida	AÇÕES	Indicadores	Recursos
Implantar a REMUME na rede municipal de saúde.	1	1	1	1	Número	Criar a comissão de assistência farmacêutica para criação da REMUME.	REMUME implantada.	
Adquirir os medicamentos da REMUME através da modalidade de licitação pregão.	100	100	100	100	Proporção	Definir prazos e fluxos de aquisição de medicamentos conjuntamente com o FMS.	Proporção valor custo total da farmácia x valor inutilização.	Bloco de Custeio, FES e FMS.

Manter os medicamentos distribuídos pela Farmácia Central de acordo com o cronograma de entrega.	100	100	100	100	Percentual	Definir cronograma de entrega e os recursos necessários ao seu cumprimento. Realizar reuniões periódicas com os médicos da rede pública incentivando o uso de medicamentos padronizados	Proporção de entregas realizadas de acordo com o cronograma.	Bloco de Custeio, FES e FMS.
Implantar o programa Hórus na Farmácia do município.	100	100	100	100	Percentual	Manter atualizada o Programa HORUS no CAF – Central de Abastecimento da Farmácia, no que diz respeito a medicamentos, prescrição, estoque, saldo, fluxos e distribuição com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência e otimização dos Recursos.	Programa do Hórus implantado.	Bloco de Custeio, FES e FMS.
Garantir medicamentos de Demandas Judiciais adquiridos em tempo adequado para o seu atendimento.	60	70	75	80	Proporção	Viabilizar a compra dos medicamentos de Demandas Judiciais em tempo oportuno	Proporção de unidade de medicamentos solicitadas e atendidas	Bloco de Custeio, FES e FMS.

Diretriz 2- Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 1: Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país, garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Metas	2022	2023	2024	2025	Unidade de medida	AÇÕES	Indicadores	Recursos
Reduzir ao ano as internações por causas sensíveis à atenção básica.	5	10	15	20	Proporção	- Incrementar a capacidade de resolução da Atenção Básica ao identificar áreas prioritárias de intervenção e colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais.	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	Bloco de Custeio e FMS.
Monitorar os atendimentos de pacientes HAS e DM descompensados.	80	85	85	90	Proporção	Realizar visitas domiciliares para monitorar o acompanhamento dos casos identificados;	Monitoramento adequado dos pacientes.	Bloco de Custeio e FMS.

						Capacitar as equipes para o atendimento aos HAS e DM da rede SUS;		
Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por HAS, DM.	5	5	7	8	Proporção	- Intensificar as ações Intersetoriais; - Concretizar a implantação dos protocolos de Assistência ao Portador de Hipertensão e Diabetes mellitus; - Implantar protocolo de Combate ao Tabagismo.	Proporção de redução da queda da mortalidade prematura.	Bloco de Custeio e FMS.
Exame da cavidade bucal e da superfície corporal em todas as consultas médicas e de enfermagem, com a finalidade de identificar lesão cancerosa e maus-tratos.	15	20	22	25	Percentual	Realizar exame da cavidade bucal e da superfície corporal em todas as consultas médicas e de enfermagem, com a finalidade de identificar lesão cancerosa e maus-tratos.	Proporção de idosos com exames realizados.	Bloco de Custeio e FMS.
Reduzir anualmente a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis – DCNTS (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) na promoção do envelhecimento saudável.	10	12	15	16	Percentual	Realizar ações de prevenção e educação para prevenção e controle das DCNTS (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Nº de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (SISPACTO/2017)	Bloco de Custeio e FMS
Objetivo 2: Fortalecer as ações de Nutrição na promoção da alimentação saudável e implementar o monitoramento em situações de Risco para Doenças e Agravos Preveníveis								
Garantir o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).	75	80	85	90	Percentual	Promover palestras sobre a importância das ações de saúde para crianças e nutrizes.	Percentual de acompanhamento das condicionalidades do PBF.	Bloco de Custeio e FMS
Implantar serviço de nutrição nas UBS, visando à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos.	70	80	80	90	Percentual	Fortalecer as ações de promoção de alimentação saudável nos territórios das 04 ESF.	Serviço de nutrição implantado.	Bloco de Custeio e FMS

Implementar as ações de vigilância nutricional e alimentar em adultos e idosos priorizando os portadores de diabetes nas Unidades Básicas de Saúde.	100	100	100	100	Percentual	Organizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e obesidade.	Ações de vigilância nutricional implantado.	Bloco de Custeio e FMS
Objetivo 3: Implementar e Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde (epidemiologia, sanitária, ambiental), Controle de Doenças e Agravos e imunização.								
Realizar investigação de óbitos infantil e fetal no município.	100	100	100	100	Percentual (%)	Investigar os óbitos infantil e fetal no município	Percentual de óbitos infantis e fetais investigados.	Bloco de Custeio e FMS
Disponibilizar vacinas contra o HPV pelo SUS para meninos e meninas de 9 a 14 anos.	95	95	95	95	Percentual (%)	Garantir a disponibilidade das vacinas nas UBS.	Percentual de doses aplicadas em meninas e meninos.	Bloco de Custeio e FMS
Alimentar os registros de nascidos vivos no SINASC até 60 dias do final do mês de ocorrência.	100	100	100	100	Percentual (%)	- Articular a coordenação da atenção básica com a coord. de MAC e vigilância em saúde para monitoramento de nascidos vivos no município.	Percentual de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC.	Bloco de Custeio e FMS
Encerrar as doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN em até 60 dias a partir da data de notificação.	80	80	85	85	Percentual (%)	- Monitoramento contínuo pelas equipes da ESF para cumprimento da meta.	Percentual de casos de DNCI, encerradas em até 60 dias após notificação.	Bloco de Custeio e FMS
Alcançar cobertura vacinal preconizada de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 2 anos – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-Valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose).	95	95	95	95	Percentual (%)	Intensificação da imunização de rotina em menores de 1 ano. Realização de vacinas imunopreveníveis nas crianças de 0 a 5 anos. Acompanhamento do controle do cartão da criança.	Percentual de crianças < 2 anos com vacinadas.	Bloco de Custeio e FMS
Garantir a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera no município.	82	85	90	92	Proporção	- Desenvolver ações para ampliar a adesão ao tratamento; - Implementar as ações para o diagnóstico precoce de tuberculose em todas as Unidades de Saúde	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Bloco de Custeio e FMS

Garantir a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase no município.	80	82	85	90	Proporção	Promover o diagnóstico precoce e tratamento supervisionado dos casos novos diagnosticados.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Bloco de Custeio e FMS
Garantir a oferta de exames anti-HIV para todos os casos novos de tuberculose diagnosticados.	100	100	100	100	Percentual (%)	Oferecer "Fique sabendo" em 100% dos casos	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	Bloco de Custeio e FMS
Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	80	80	80	80	Proporção	Busca de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase diagnosticados pelas equipes referência das unidades básicas e especializadas em saúde. Aumentar a Busca ativa de casos novos de tuberculose realizada pela unidade básica de saúde de acordo com % mínimo preconizado.	Proporção de Sintomáticos Respiratórios examinados pela unidade básica de saúde.	Bloco de Custeio e FMS
Aumentar a triagem sorológica da hepatite B e C no município.	5	8	10	10	Percentual	Oferecer aconselhamento e testagem nos atendimentos individuais para pessoas que apresentarem situações de risco; Controlar taxa de não retorno para a testagem sorológica, e realizar busca quando consentida.	Número de testes sorológicos anti-HCV e marcadores para hepatite B realizados no município.	Bloco Custeio e Próprios
Manter a proporção de registro de óbitos com causa básica definida no município.	99	99	100	100	Proporção	Articular com Vigilâncias em Saúde mecanismos eficazes para a vigilância dos óbitos.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Bloco Custeio e Próprios
Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	80	80	80	80	Proporção	Garantir recursos humanos de acordo com o dimensionamento necessário para manutenção do serviço de vigilância epidemiológica e de informação. Investigar e desenvolver ações de prevenção, controle oportunamente dos surtos/epidemias notificados.	Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsórios (DNC) encerrados.	Bloco Custeio e Próprios

Preencher o campo “ocupação” das notificações de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.	95	95	95	95	Proporção	- Monitoramento das fichas pela coordenação de vigilância em saúde.	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Bloco Custeio e Próprios
Realizar campanha de vacinação antirrábica de cães e gatos campanhas.	80	85	90	90	Percentual	Criar equipe de vacinação para o alcance da meta.	Percentual de cães e gatos vacinados nas campanhas.	Bloco Custeio e Próprios
Implantar consultórios de prevenção e controle do tabagismo, disponibilizar treinamentos e habilitação para os profissionais.	2	1	1	1	Número	Ampliar equipes de referência para tratamento do tabagismo	Nº equipes treinadas e habilitadas pelo MS.	Bloco Custeio e Próprios
Implementar a Vigilância de violência e acidentes nas ESF.	5	5	5	5	Número	Capacitar in loco as equipes de Saúde para atuação junto às violências doméstica, sexual e autoprovocada (tentativa de suicídio); Apoio matricial através de Visitas domiciliares.	Número de equipes com VIVA implantado.	Bloco Custeio e Próprios
Garantir cobertura vacinal de nas Campanhas Nacional de Vacinação contra a Influenza nos grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	80	80	90	95	Percentual (%)	Garantir logística e recursos necessários para a realização da campanha	Percentual da cobertura vacinal alcançada.	Bloco de Custeio e FMS.
Manter as salas de vacina com alimentação mensal do SI-PNI da rede municipal de saúde.	2	2	2	2	Número	Garantir as ações necessárias para manter a estrutura adequada das salas de vacinas. Adequar infraestrutura da sala de vacina para atender a demanda das UBS.	Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.	Bloco de Custeio e FMS.
Analisar amostras de água para o consumo humano.	20	20	20	20	Proporção	- Realizar as ações de controle do VIGIAGUA. - Contratação de um químico na estrutura operacional da SEMUS.	Proporção de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre,	Bloco de Custeio e FMS.

							cloro residual combinado ou dióxido de cloro).	
Realizar no mínimo 4 ciclos de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da Dengue.	4	4	4	4	Número	- Realizar levantamento amostral anual de índice de infestação de larvas em todo o município; Realizar busca ativa de casos suspeitos e/ou positivos em todos os imóveis visitados por Agentes de Saúde ou Agentes Comunitários de Saúde bem como pelos Agentes de Endemias da Vigilância Ambiental	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Bloco de Custeio e FMS.
Manter a vigilância em todos os casos de leishmaniose visceral americana e leptospirose	100	100	100	100	Percentual	Enviar 100% das amostras para diagnóstico de leishmaniose visceral americana de cães suspeitos; Inquérito sorológico em raio e 200 metros do cão positivo; Enviar 100% das amostras para diagnóstico de leptospirose de cães suspeitos.	Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.	Bloco de Custeio e FMS.
Manter as ações de vigilância e controle das zoonoses de ocorrência no município	100	100	100	100	Percentual	- Elaborar e executar campanhas educativas para orientação de combate e prevenção a zoonoses. Manter a vigilância em todos os casos de raiva.	Monitoramento das ações	Bloco de Custeio e FMS.
Atender as denúncias/reclamações registradas nos canais disponibilizados à população relacionadas a vigilância sanitária.	100	100	100	100	Percentual	- Adequar a estrutura física e de recursos humanos para as atividades de acordo com as normas vigentes; - Atender as reclamações com a indicação e/ou execução de medidas.	Percentual de denúncias atendidas e o número total de denúncias recebidas	Bloco de Custeio e FMS.
Atualizar os cadastros dos estabelecimentos sujeitos à ação da VISA em parceria com o Departamento de Fiscalização Tributária.	100	100	100	100	Percentual	- Organizar a equipe de agentes de fiscais sanitários para atualização dos cadastros dos estabelecimentos.	Percentual de cadastros de estabelecimentos atualizados.	Bloco de Custeio e FMS.

Garantir a capacitação permanente para os profissionais técnicos da VISA.	100	100	100	100	Proporção	- Promover a participação em eventos e realizar capacitações no município segundo programação anual.	Proporção de capacitações realizadas.	Bloco de Custeio e FMS.
Inspecionar as Unidades da Rede de Atenção à Saúde e Estabelecimentos Farmacêuticos.	100	100	100	100	Proporção	- Manter equipe de inspeção em condições adequada de trabalho.	Proporção de estabelecimentos farmacêuticos inspecionados.	Bloco de Custeio e FMS.
Inspecionar as Unidades da Rede Assistencial da SEMUS.	100	100	100	100	Percentual	- Manter equipe de inspeção em condições adequada de trabalho.	Proporção das Unidades em condições adequadas.	Bloco de Custeio e FMS.
Realização de grupo as ações Vigilância Sanitária identificadas como necessárias por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da Visa local.	6	6	6	6	Número	- Organizar a realização das ações e consolidar os dados nos sistemas de informação da saúde.	Nº de grupos de ações de VISA consideradas necessárias.	Bloco de Custeio e FMS.

Objetivo 4: Implementar na Rede de Atenção à Saúde do município os protocolos para identificação, notificação e investigação de casos suspeitos de Doença Respiratória Aguda pelo COVID-19 e demais Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), de modo a evitar e/ou mitigar os riscos de transmissão no município.

Metas	2022	2023	2024	2025	Unidade de medida	AÇÕES	Indicadores Acompanhamento	Recursos
Atualizar o Plano de Contingência da covid-19.	1	1	1	1	Número	- reunir com a coordenação de planejamento e demais coordenações para atualização do plano.	Plano atualizado.	Sem ônus
Implantar Protocolo de assistência aos pacientes com sintomas e em tratamento da COVID-19	100	100	100	100	Percentual (%)	Instituir o Protocolo para assistência aos pacientes em tratamento e suspeitos.	Protocolo implantado.	
Providenciar compra de insumos e EPIs necessários para o período de pandemia.	100	100	100	100	Percentual (%)	- Realizar levantamento dos insumos e equipamentos médico-hospitalares para atendimento de pacientes suspeitos para infecção humana pelo COVID-19.	Proporção de Insumos e EPIs adquiridos	Recurso estratégico da Covid-19

Garantir estoque estratégico de medicamentos e testes para o atendimento de casos suspeitos e confirmados para o novo Coronavírus (COVID-19).	100	100	100	100	Percentual (%)	- fazer o levantamento dos medicamentos necessários e realizar os processos de licitação e/ou dispensa.	Proporção de medicamentos e testes adquiridos	Recurso estratégico da Covid-19
Garantir armazenamento adequado de vacinas.	100	100	100	100	Percentual (%)	- adequação e manutenção da rede de frios e sala de vacina.	Proporção de armazenamento adequado.	
Promover ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção e controle do novo Coronavírus (COVID-19) para os trabalhadores do SUS.	100	100	100	100	Percentual (%)	- Realizar capacitações com os profissionais da saúde e da educação sobre o uso dos protocolos de enfrentamento da covid-19.	Proporção de capacitações realizadas no período.	Recurso estratégico da Covid-19
Adquirir os equipamentos médicos e materiais permanentes necessários para os Estabelecimentos de Saúde para enfrentamento da pandemia.	75	80	85	90	Percentual (%)	- Realizar treinamento sobre o uso correto dos equipamentos de proteção individual e orientação sobre os protocolos de atendimento.	% de treinamentos realizados.	Recurso estratégico da Covid-19
Estabelecer cuidados para redução do risco geral de contaminação pelo COVID-19 aos profissionais envolvidos nos atendimentos e protocolos relacionados.	90	90	100	100	Percentual (%)	- Mudanças no atendimento das unidades básicas de saúde: dedicadas ao novo Coronavírus e outras doenças, 01 exclusiva para tratamento de casos leves (com profissionais deslocados para o atendimento ao novo Coronavírus).	Proporção de UBS estruturadas para atendimento da covid-19.	Recurso estratégico da Covid-19
Estruturação dos atendimentos nas UBS para acolhimento dos pacientes vítimas da covid-19.	69	70	80	85	Percentual (%)	- Realizar treinamento sobre o uso correto dos equipamentos de proteção individual e orientação sobre os protocolos de atendimento.	Proporção de treinamentos realizados.	Recurso estratégico da Covid-19
Monitoramento das equipes de Atenção Básica de acordo com o	80	85	90	90	Percentual (%)	. Acompanhamento dos pacientes com comorbidades e familiares isolados no domicílio.	Proporção de acompanhamento da equipe multiprofissional	

fluxo da demanda de contaminados com covid-19.								
Acompanhamento dos casos notificados, pacientes em tratamento hospitalar e domiciliar	100	100	100	100	Percentual (%)	- Oferecer toda assistência necessária aos pacientes contaminados e seus familiares.	Profissionais capacitados para levar conforto e informações a quem mais precisa.	
Confecção de materiais educativos na definição de medidas simples de combate ao avanço do novo coronavírus.	100	100	100	100	Percentual (%)	- Orientar sobre a importância da higiene pessoal, como a constante lavagem das mãos com água e sabão ou o uso de álcool em gel; - Orientação a população sobre o uso de máscaras caseiras; - Manter os ambientes ventilados e evitar lugares fechados e com aglomeração de pessoas.	Proporção de Materiais confeccionados de medidas elaboradas.	Recurso estratégico da Covid-19
Incluir as ações do enfrentamento da covid-19 no Programa Saúde na Escola dentro do calendário escolar.	100	100	100	100	Percentual (%)	- Reunião com a equipe do programa saúde na escola e profissionais da educação para definição das ações a serem realizadas. - Inclusão da temática de enfrentamento da covid-19 no Plano de Ação do PSE.	Ações de enfrentamento da covid-19 incluídas no PSE.	Recurso estratégico da Covid-19

Diretriz 3 – Fortalecimento da Assistência de Média e Alta Complexidade, de forma ascendente e regionalizada, contemplando as demandas específicas das regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, garantido a oferta de serviços de saúde.

Objetivo 1: Garantir a integralidade da assistência dos serviços de média e alta complexidade aos usuários do SUS.

Metas	2022	2023	2024	2025	Unidade de medida	AÇÕES	Indicadores	Recursos
Prestar o atendimento ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS por intermédio dos serviços de saúde nas unidades próprias.	100	100	100	100	Percentual (%)	- Organizar o atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade aos usuários do SUS por intermédio dos estabelecimentos de saúde de natureza pública municipal.	Percentual de procedimentos realizados.	Custeio MAC e FMS
Garantir os procedimentos de deslocamento e ajuda de custo aos pacientes para tratamentos fora domicílio em outra Unidade da Federação – TFD.	60	65	70	80	Percentual	- Garantir passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem; - Garantir ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento.	Percentual de deslocamentos realizados.	

Diretriz 4 – Fortalecer a Gestão Pública, por meio da gestão compartilhada nas regiões de saúde, com aprimoramento do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão, garantindo e fortalecendo as instâncias de controle social.

Objetivo 1: Promover capacitação, qualificação e profissionalização dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde.

Metas	2022	2023	2024	2025	Unidade de medida	AÇÕES	Indicadores	Recursos
Implantar programa de Educação continuada para as equipes da Rede Municipal de Saúde em diferentes temas/desempenhos, com vistas a melhoria da resolutividade e qualidade do cuidado em saúde.	100	100	100	100	Percentual	- Criação de Lei Municipal da Educação Permanente. - Implantar o Projeto de capacitação continuada para Valorização dos Trabalhadores do SUS Municipal.	Projeto de valorização implantado.	Recursos do FMS.
Garantir materiais para os ACS e ACE e demais servidores que executam trabalho de campo	100	100	100	100	Percentual	- Adquirir os materiais necessários para o desenvolvimento de suas atividades; Ex. fardamentos, calçados, crachás, bolsa, etc.	Materiais Adquiridos	Recursos do FMS.
Garantir que os trabalhadores que atendem SUS, na esfera pública, tenham vínculos protegidos.	75	80	85	90	Percentual	- Realizar Concurso público para os trabalhadores do SUS.	Proporção de trabalhadores da Saúde com vínculos protegidos	Recursos do FMS.
Promover qualificação para os dos ACS e ACE por meio de Curso de Formação do ETSUS.	100	100	100	100	Percentual	- Realizar parceria com a Escola Técnica do SUS para capacitação dos ACS e ACE.	Proporção de ACS e ACE qualificados.	Recursos do FNS e FMS.
Atualizar o Organograma da SEMUS garantindo gratificações de funções, determinando níveis de hierarquias.	1	1	1	1	Número	- Garantir parceria com a secretaria de administração para cumprimento da meta.	Nº de Organograma atualizado.	Recursos do FMS.
Propiciar a realização de Qualificação e Atualização para profissionais de nível superior e médio.	100	100	100	100	Percentual	- Buscar parceria para atendimento da demanda.	Nº de profissionais qualificados	Recursos do FNS, FMS e FES.

Objetivo: Implementar o modelo de gestão da Secretaria de Saúde visando a garantia do acesso, fortalecimento de vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate as endemias, educadores populares com o SUS.								
Garantir o envio da Programação Anual de Saúde ao Conselho de Saúde.	100	100	100	100	Percentual	Elaborar a programação anual de saúde no ano anterior ao exercício; Consolidar a gestão da informação do SUS para propiciar transparência e subsidiar a tomada de decisão.	Proporção de PAS enviada ao Conselho Municipal de Saúde	
Desenvolver a gestão orçamentária, financeira e contábil do Fundo Municipal de Saúde.	100	100	100	100	Percentual	Manter a cultura de planejamento, monitoramento e avaliação com ênfase na construção coletiva	Indicadores orçamentários e financeiros.	FNS/FEAS e Próprios.
Manter a estrutura de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS), através de apoio à reestruturação de sua secretaria executiva independente.	100	100	100	100	Percentual	- Designar funcionário da SEMUS para secretariar o CMS; - Apoiar/Incentivar a realização de pelo menos 01 (uma) reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde.	Nº de reuniões do CMS realizadas no ano.	Recursos do FMS.
Implantar Ouvidoria de saúde	100	100	100	100	Percentual	- Garantir o custeio das atividades da Ouvidoria; - Acompanhar a implantação da Ouvidoria e acompanhar a implementação dos indicadores, resolutividade, acesso e de satisfação;	Ouvidorsus e monitoramento interno.	Recursos do FMS.
Investir na formação dos conselheiros de saúde.	1	1	1	1	Número	- Construção e implementação de cronograma de educação permanente voltado a este público.	Cronograma anual de formação dos Conselheiros de saúde construído e implementado.	Recursos do FMS.
Garantir caixas de sugestões, críticas e elogios em todas as Unidades municipais de saúde do SUS.	100	100	100	100	Percentual	Manter caixas de sugestões, críticas e elogios em todos os órgãos municipais de saúde do SUS; Garantir busca ativa de nível de satisfação de usuários em todos os aspectos dos serviços de saúde.	Monitoramento e relatórios	Recursos do FMS.
Fortalecer, implantar e manter as ações do Conselho Municipal de Saúde.	12	12	12	12	Número	- Viabilizar local de funcionamento do CMS;	Número de ações realizadas.	Recursos do FMS.

						<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o custeio das atividades do CMS; - Realizar 02 conferências municipais de saúde em 2023 e 2025; - Garantir a participação de conselheiros municipal de saúde em conferências, congresso, cursos, seminários e eventos relacionados a controle social e gestão participativa no SUS. 		
Garantir o funcionamento das unidades administrativas e gabinete da SMS						- Manter a prestação de serviços administrativos para o funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde.	-	Próprios
Realizar 03 Audiências Públicas de Saúde (uma a cada 4 meses) conforme exigências do art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012, dando ampla divulgação à população.	3	3	3	3	Número	- Fazer a prestação de contas a cada quadrimestre do ano subsequente.	Nº de Audiências Públicas Realizadas	Recursos do FMS.
Estruturar o componente municipal do SNA – (Serviço Nacional de Auditoria) estruturando as ações de auditoria.	1	1	1	1	Número	- possibilitar a realização de maneira integrada e sistêmica da qualificação, transparência e ética da gestão em Saúde.	Componente Municipal do SNA estruturado.	Recursos do FMS.
Adquirir equipamentos para possibilitar a informatização da Saúde visando o gerenciamento e controle das informações (prontuários eletrônicos e dispensações, entre outros).	80	90	100	100	Percentual	- Providenciar compra dos materiais necessários para o cumprimento da meta.	Nº de Equipamentos Adquiridos	Recursos do FMS.

Diretriz 5 – Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite em saúde.

Objetivo: Implantar novos serviços e garantir que a rede de atenção tenha melhores condições de trabalho e conforto.

Ações de metas anuais		Ação	Recursos Orçamentários	Origem dos Recursos	Parcerias
Metas	Período				
Construção de 02 UBS:	Execução 2022 – 2025	Licitação das obras; Acompanhar o desenvolvimento das obras conforme licitado; Conclusão e inauguração em 2020 das unidades iniciadas.	R\$ 1.800.000,00 (estimativa de custo da obra)	FNS, FES e FMS	MS/SES
Aquisição de equipamentos para UBS	Execução 2022 – 2025	Efetivação das compras	R\$ 800.000,00	FNS, FES e FMS	MS/SES
Reforma predial do Centro de Saúde Cachoeira Grande.	Execução 2022 – 2025	- Licitação das obras; - Acompanhar o desenvolvimento das obras conforme licitado.	R\$ 500.000,00	FNS, FES e FMS	MS/SES
Reforma e Ampliação predial de UBS	Execução 2022 – 2025	- Licitação das obras; - Acompanhar o desenvolvimento das obras conforme licitado.	R\$ 700.000,00	FNS, FES e FMS	MS/SES
Aquisição de Veículos para transporte sanitário.	Execução 2022 – 2025	- Acompanhar a entrega dos móveis e equipamentos, conforme valor licitado.	R\$ 250.000,00	FNS, FES e FMS	MS/SES
Aquisição de Ambulância para o transporte sanitário.	Execução 2022 – 2025	- Licitação dos materiais necessários;	R\$ 350.000,00	FNS, FES e FMS	MS/SES

14. FINANCIAMENTO

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, define os percentuais de investimento financeiro de cada um no SUS. Municípios e o Distrito Federal devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de imposto em ações e serviços públicos de saúde por ano. Já o Estado, 12%. Para o governo federal, o total aplicado deve corresponder ao valor comprometido no exercício financeiro antecedente, adicionado do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual.

A implantação da Lei Complementar resultou na redução da participação do governo federal. As instituições organizadas reivindicam que a União designe pelo menos 10% das receitas correntes brutas para a saúde pública. A LC definiu que compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo da manutenção do Sistema de informação sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS – pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde monitora a aplicação dos recursos federais, a cada dois meses, por meio do SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto na Lei Complementar. Os planos de saúde serão à base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

A lei introduz o incentivo à participação popular e a realização de audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde, visando assegurar a transparência e a visibilidade da programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para a provação antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, conforme o § 2º do art. 36.

Fontes dos Estados

Tributos: Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação (ITCD), Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Renda Retido na

Fonte (IRRF). Transferências constitucionais e legais: Cota-Parte do Fundo de Participação do Estado (FPE) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

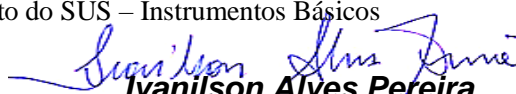
Fontes dos Municípios

Tributos: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e Imposto Territorial Rural (ITR). Transferências constitucionais e legais: Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Cota-Parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

Evolução do Percentual Mínimo Aplicado em Saúde – Limite Constitucional – Lei 141/2012

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BRASIL - Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
2. BRASIL - Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
3. Brasil PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.
4. BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de set. de 1990.
5. BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 1 PlanejaSUS, 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
11. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Diretoria de Pesquisas – Coordenação de População e Indicadores Sociais.
12. BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
13. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353. Acesso em 15/03/2013.
14. IBGE. Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
15. IBGE. Censo Demográfico 2010 e Estimativas 2012 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> <http://datasus.gov.br>.
17. Atlas de Desenvolvimento Humano 2013
19. Tabela de dados – (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqd17.htm>).
20. Biblioteca Virtual da Saúde. Proporção de nascidos vivos por idade materna- (<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.15&lang=pt&version=ed3>)
21. Cobertura (<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloF.pdf>).
22. A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde. CONASS documenta. Cadernos de informação técnica e memória do CONASS.
23. BRASIL, Decreto 7508 de 28 de junho de 2011.
24. BRASIL, Ministério da Saúde – Sistema de Planejamento do SUS – Instrumentos Básicos


Ivanilson Alves Pereira
Secretário Municipal de Saúde