



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRESIDENTE JUSCELINO/MA

Pedro Paulo Cantanhede Mendes
Prefeito

Viviane Arruda Pereira Brito
Secretária Municipal de Saúde

Liziane Ferreira Brandão
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO

Presidente Juscelino

Código do Município

2109205

ESTADO:

Maranhão

LEI E DATA DA FUNDAÇÃO:

Lei nº 2372, de 9 de junho de 1964

LOCALIZAÇÃO:

Mesorregião - Norte Maranhense

Microrregião - Rosário

POPULAÇÃO ESTIMADA

12.838 habitantes (Fonte IBGE, 2020)

Densidade Demográfica: 32,54 hab./km

ÁREA: 355,568 km²

REGIONAL ADMINISTRATIVA:

Rosário – MA

PREFEITO MUNICIPAL

Pedro Paulo Cantanhede Mendes

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Viviane Arruda Pereira Brito

Secretário Adjunto de Saúde

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.

Liziane Ferreira Brandão

humaniza.semuspj@gmail.com/arrudaviviane@hotmail.com

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIGISUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
DNCI	Doenças de Notificação Compulsória Imediata Nacional
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbito
DRC	Doença Renal Crônica
eAP	equipes de Atenção Primária
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESB	Estratégia Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESUS	Estratégia de Informatização da Atenção Básica
FEME	Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da saúde

MIF	Mulher em Idade Fértil
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PLANEJASUS	Planejamento do SUS
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAC	Solução Alternativa Coletiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade Regional de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	07
2.1	Característica Histórica	08
2.2	Característica Demográfica	08
2.3	Característica Econômica.....	11
2.4	Característica Social	12
2.5	Característica da Educação.....	14
2.6	Característica do Meio Ambiente.....	15
3	ANÁLISE SITUACIONAL EM SAÚDE	15
3.1	Natalidade	15
3.2	Morbidade	17
3.3	Mortalidade	26
3.4	Imunização	31
4	REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	33
4.1	Atenção Primária em Saúde	33
4.1.1	Estratégia Saúde da Família	36
4.1.2	Estratégia Saúde Bucal/ Brasil Sorridente	42
4.1.3	Programa Saúde na Escola	43
4.2	Vigilância em Saúde	44
4.2.1	Vigilância Epidemiológica	50
4.2.2	Vigilância Sanitária	51
4.2.3	Vigilância Ambiental em Saúde	53
4.2.4	Saúde do Trabalhador	54
4.3	Assistência Especializada em Saúde	54
4.3.1	Serviço Ambulatorial e Hospitalar	55
4.3.2	Tratamento Fora de Domicílio	56
4.4	Assistência Farmacêutica	57
5	REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	59

5.1	Rede de Atenção às Urgências e Emergências	61
5.2	Rede Materno-Infantil – Cegonha	65
5.3	Rede de Atenção Psicossocial	69
5.4	Rede de Atenção às Doenças Crônicas	72
5.5	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências	73
6	GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL	74
6.1	Capacidade Instalada	74
6.2	Recursos Humanos	75
6.3	Educação Permanente	76
6.4	Fundo Municipal de Saúde	76
6.5	Participação Social	77
7	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	77
8	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	92
9	REFERÊNCIAS	93

1 INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde constitui um instrumento de gestão de grande relevância do Sistema Único de Saúde, através dele são apontadas as ações e serviços de saúde, por meio de diretrizes, objetivos, metas e indicadores a serem trabalhados no quadriênio. “É mais do que uma exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, sobretudo no que concerne à direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços” (Planeja SUS/MS, 2009).

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 vem estabelecer as diretrizes, os objetivos e o conjunto de metas a serem alcançadas na área da saúde para os próximos quatro anos. O documento foi elaborado a partir de um amplo diagnóstico situacional, em um processo de planejamento envolvendo várias etapas e níveis de gestão. As metas pactuadas traduzem o anseio e as necessidades da população em diretrizes, objetivos e ações a serem desenvolvidas nos próximos 4 anos, com a perspectiva de melhoria na atenção integral à saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Desta forma, este instrumento de planejamento expressa o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal em busca da universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

Com base nas premissas do Planejas SUS, Lei Federal 8080/90, Lei Complementar 141/2012 é que o município de Presidente Juscelino apresenta o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022/2025, sendo que sua operacionalização dar-se-á mediante as Programações Anuais de Saúde e monitoradas e avaliadas através dos Relatórios de Gestão.

O Plano é dinâmico, podendo sofrer ajuste, que serão discutidas e deliberadas pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo revisto a cada ano na Programação Anual de Saúde em conformidade com as necessidades indicadas no monitoramento e avaliações expostas no Relatório Anual de Saúde.

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Caracterização do Território



Área 355,568 km ²	IDHM/2010 0,563	Faixa IDHM Baixo (entre 0,500 a 0,599)	População Censo 2010: 11.541 hab. População 2020 12.838 hab. (IBGE)
Densidade Demográfica 32,54 hab./km	Ano de instalação 1964	Mesorregião Norte Maranhense	Microrregião Rosário
Distância até a capital 140 km ²	PIB PERCAPTA R\$ 3.915,68 (IBGE/2010)	%População em extrema pobreza 38,91 (IBGE /2010)	% População com plano de saúde 0,53 (junho/2013)
Código Município Nº2109205	Região de Saúde Rosário	Prédios-13.650 (SES/MA 2020)	Localidades:

2.1. Característica Histórica

Presidente Juscelino é um município maranhense que foi fundado em 1964, pela lei nº 2372, de 9 de junho do mesmo ano, inicialmente chamado de Cachoeira de Axixá, quando ainda era povoado do município de Axixá, recebendo então a denominação atual em homenagem ao grande estadista Juscelino Kubistchek. Está localizado a 85 km da capital, às margens do rio Munim, na mesorregião norte maranhense, microrregião de Rosário, fazendo parte da região metropolitana de São Luís, com área de 442.135Km², limitando-se com os municípios de Axixá e Cachoeira Grande.

Quanto à religião dos cidadãos juscelinenses, esta população dividiu-se em 2010, entre católicos apostólicos romanos (8.831) e evangélicos (1.932). Para 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE estimou a população de Presidente Juscelino em 12.656 habitantes.

2.2 . Característica Demográfica

No último Censo realizado pelo IBGE, em 2010, Presidente Juscelino tinha uma população de 11.541 (onze mil quinhentos e quarenta e um habitantes), uma variação de 0,92% em relação ao ano 2000 quando a população era de 10.693(dez mil seiscentos e noventa e três habitantes). Abaixo a distribuição populacional por sexo e faixa etária, nos anos de 2010 e 2020.

Tabela 1. Dados Demográficos – População estimada por faixa etária e sexo. Presidente Juscelino.IBGE.2010.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	130	93	223
1 a 4 anos	612	561	1173
5 a 9 anos	798	715	1513
10 a 14 anos	782	751	1533
15 a 19 anos	725	666	1391
20 a 29 anos	1071	963	2034
30 a 39 anos	641	593	1234
40 a 49 anos	460	474	934
50 a 59 anos	355	322	677
60 a 69 anos	210	212	422
70 a 79 anos	151	119	270

80 anos e mais	69	68	137
Total	6004	5537	11541

Fonte, IBGE,2010.



Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
Presidente Juscelino (MA) - 2010

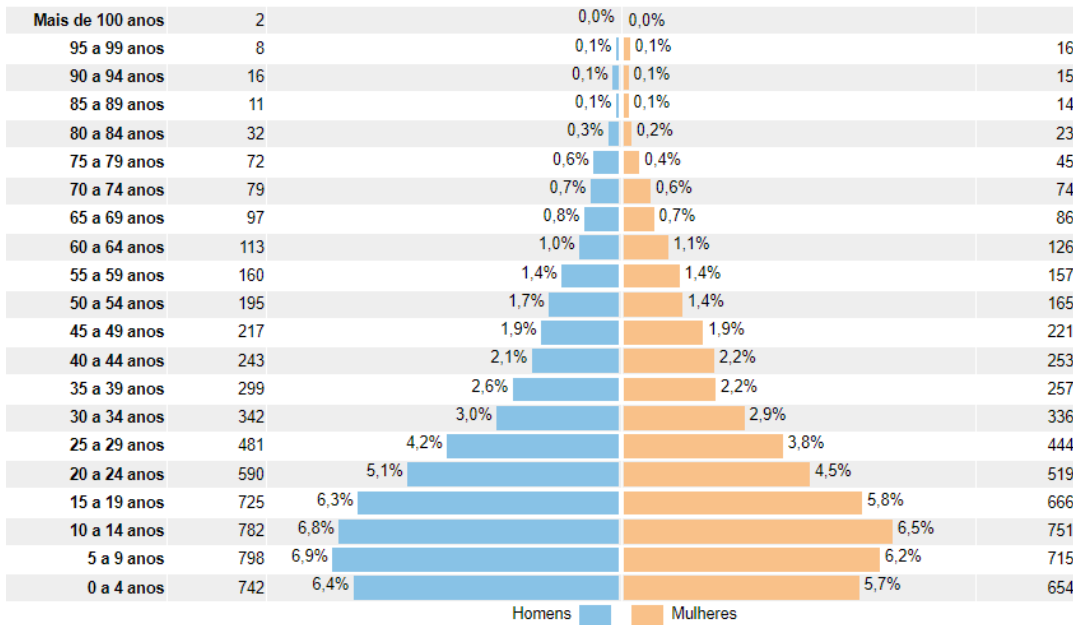


Tabela 2. Dados Demográficos – População estimada por faixa etária e sexo. Presidente Juscelino. IBGE.2020.

Município: 210920 Presidente Juscelino			
Período: 2020			
Faixa Etária 1	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	704	679	1383
5 a 9 anos	689	646	1335
10 a 14 anos	751	622	1373
15 a 19 anos	747	649	1396
20 a 29 anos	1336	1214	2550
30 a 39 anos	952	873	1825
40 a 49 anos	609	583	1192
50 a 59 anos	404	405	809
60 a 69 anos	260	263	523
70 a 79 anos	137	151	288
80 anos e mais	80	84	164

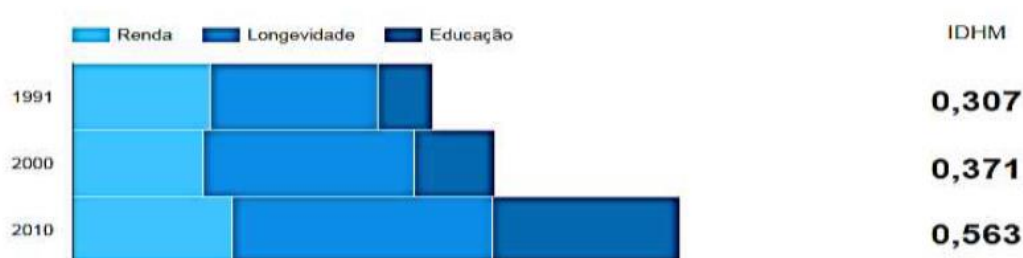
Total	6.669	6.169	12.838
Fonte: DATSUS/MS/2020.			

A população de Presidente Juscelino, segundo último censo em 2010, contabilizou 11.541 pessoas, apresentando densidade demográfica de 32,54 hab./Km². Destes, 6.004 eram homens, 5.537 eram mulheres e apenas 829 pessoas tinham idade = ou > 60 anos, de modo que a pirâmide etária do município é do tipo jovem, refletindo baixa expectativa de vida e significando a ocorrência de alta taxa de natalidade e mortalidade. Tais pirâmides são comuns em sociedades subdesenvolvidas. A estimativa da população para 2020 (IBGE) representa 12.828 habitantes, com discreta predominância do sexo masculino. Em 2021, a população estimada pelo IBGE era de 12.939 (doze mil novecentos e trinta e nove habitantes).

Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Presidente Juscelino é 0,563, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,743, seguida de Educação, com índice de 0,532, e de Renda, com índice de 0,452.

Quadro 1. Índice de Desenvolvimento Humano. Presidente Juscelino. 1999-2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Longevidade, mortalidade e fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 56,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 30,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010.

Em 1991, a taxa era de 106,0. Já na UF, a taxa era de 28,0, em 2010, de 46,5, em 2000 e 82,0, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Tabela 3. Longevidade, mortalidade e fecundidade.

REGIÃO	MUNICÍPIO	FEMININO -FAIXA ETÁRIA DE 10 A 49 ANOS
Rosário	Presidente Juscelino	3.732

Taxa de Fecundidade (2015) ----- 3,10

2. 3. Característica Econômica

As principais atividades de produção desenvolvidas no município são a pesca e a agricultura de subsistência, bem como aquicultura e pecuária de bovinos, equinos e galináceos.

Em 2018, o salário médio mensal era de 2.0 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 3.8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 44 de 217 e 166 de 217, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2163 de 5570 e 5475 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 59.2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 18 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 63 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

ECONOMIA	
PIB per capita [2018]	6.899,30 R\$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]	97,8 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,563
Total de receitas realizadas [2017]	32.707,05 R\$ (×1000)
Total de despesas empenhadas [2017]	31.593,24 R\$ (×1000)

2.4. Característica Social.

O Cadastro Único para Programas Sociais reúne informações socioeconômicas das famílias brasileiras de baixa renda – aquelas com renda mensal de até meio salário-mínimo por pessoa. Essas informações permitem ao governo conhecer as reais condições de vida da população e, a partir dessas informações, selecionar as famílias para diversos programas sociais.

No Município, o total de famílias inscritas no Cadastro Único em setembro de 2018 era de 3.155 dentre as quais:

- 2.475 com renda per capita familiar de até R\$ 85,00;
- 94 com renda per capita familiar entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00;
- 228 com renda per capita familiar entre R\$ 170,01 e meio salário-mínimo;
- 358 com renda per capita acima de meio salário-mínimo.

Estimativa de famílias de baixa renda – Perfil Cadastro Único (Censo 2010)	2.118	2010
Estimativa de famílias pobres - Perfil Bolsa Família (CENSO 2010)	1.885	2010

Condicionalidades

Público acompanhamento		
Total de famílias com perfil saúde (com crianças até 7 anos e mulheres de 14 a 44 anos)	1.843	12/2017

Resultados do Acompanhamento		
Total de famílias acompanhadas pela saúde	1.671	12/2017
Total de gestantes acompanhadas	47	12/2017
Total de gestantes com pré-natal em dia	47	12/2017
Total de crianças acompanhadas	1.083	12/2017
Total de crianças com vacinação em dia	1.068	12/2017
Total de crianças com dados nutricionais	1.077	12/2017
Total de famílias não acompanhadas pela saúde	144	12/2017

Caracterização demográfica da extrema pobreza Conforme dados do Censo IBGE 2010, a população total do município era de 11.541 residentes, dos quais 6.013 encontravam-se em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda domiciliar per capita abaixo de R\$ 70,00. Isto significa que 52,1% da população municipal vivia nesta situação. Do total de extremamente pobres, 5.005 (83,2%) viviam no meio rural e 1.007 (16,8%) no meio urbano.

O Censo também revelou que no município havia 690 crianças na extrema pobreza na faixa de 0 a 3 anos e 450 na faixa entre 4 e 5 anos. O grupo de 6 a 14 anos, por sua vez, totalizou 1.642 indivíduos na extrema pobreza, enquanto no grupo de 15 a 17 anos havia 512 jovens nessa situação. Foram registradas 70 pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza. 54,8% dos extremamente pobres do município têm de zero a 17 anos.

Quando se trata do tipo de gênero, do total de extremamente pobres no município, 2.867 são mulheres (47,7%) e 3.145 são homens (52,3%).

Para a classificação de cor ou raça, do total da população em extrema pobreza do município, 318 (5,3%) se classificaram como brancos e 5.644 (93,9%) como negros. Dentre estes últimos, 463 (7,7%) se declararam pretos e 5.181 (86,2%) pardos. Outras 51 pessoas (0,8%) se declararam amarelos ou indígenas.

Ainda de acordo com o censo 2010, havia 165 indivíduos extremamente pobres com alguma deficiência mental; 859 tinham alguma dificuldade para enxergar; 235 para ouvir e 435 para se locomover.

Nas variáveis eletricidade, água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, 567 pessoas extremamente pobres (9,4% do total) viviam sem luz, 3.945 (65,6%) não contavam com captação

de água adequada em suas casas, 5.471 (91,0%) não tinham acesso à rede de esgoto ou fossa séptica e 5.837 (97,1%) não tinham o lixo coletado.

14

Quando as condições de moradia, 5.304 pessoas extremamente pobres (88,2% do total) não tinham banheiro em seus domicílios. 4.025 (66,9%) não tinham em suas casas paredes externas construídas em alvenaria.

Fonte: MDS

2.5. Característica da Educação

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.6 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.6. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 36 de 217.

Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 78 de 217. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.3 em 2010. Isso posicionava o município na posição 19 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 1603 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Quadro 2. Perfil do ensino fundamental e médio. Presidente Juscelino.2017.

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade[2010]	98,3 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental[2015]	4.6
IDEB – Anos finais do ensino fundamental[2015]	3.6
Matrículas no ensino fundamental [2017]	2.587 matrículas
Matrículas no ensino médio [2017]	666 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2015]	209 docentes
Docentes no ensino médio [2017]	36 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2017]	24 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio[2017]	3 escolas

2.6. Característica do Meio Ambiente

Apresenta 19.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 18.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% 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 46 de 217, 194 de 217 e 139 de 217, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3672 de 5570, 5165 de 5570 e 4835 de 5570, respectivamente.

Quadro 3. Perfil do meio ambiente. Presidente Juscelino.2010.

Área da unidade territorial [2017]	354,696 km²
Esgotamento sanitário adequado [2010]	19,3 %
Arborização de vias públicas [2010]	18,3 %
Urbanização de vias públicas [2010]	0 %

3. ANÁLISE SITUACIONAL EM SAÚDE

3.1 Natalidade

No Brasil, vem ocorrendo uma queda no percentual de incremento médio anual da população, devido à redução da taxa de natalidade, uma vez que as mulheres passaram a ter menos filhos. Essa taxa é influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo.

A taxa de crescimento da população é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações.

Analisando os dados da série histórica nos anos de 2017 a 2020, dos nascidos vivos de mães residentes em Presidente Juscelino evidenciou-se, que, predominaram mães na faixa etária de 21 a 30 anos, representando 51,35 do total de mães. A taxa de natalidade no Município nos anos 2019 e 2020 apresentou uma redução de 10,38 % no período.

Tabela 4. Nascidos Vivos por faixa etária detalhada. Presidente Juscelino 2017 a 2020.

NASCIDOS VIVOS- FAIXA ETÁRIA DETALHADA	ANO			
	2017	2018	2019	2020

10-14a	2	2	5	1
15-20a	80	79	54	50
21-30a	101	132	105	79
31-40a	23	41	31	23
41-50a	2	2	0	0
Total	208	256	195	153

Em relação à gravidez na adolescência, faixa etária definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10 a 19 anos e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) menciona que seja de 12 e 18 anos, aqui iremos trabalhar com a faixa etária preconizada pela OMS.

A gravidez na adolescência é classificada pela OMS como um grande problema em saúde pública, que a ocorrência eleva a prevalência de complicações para mãe, feto e recém-nascido, tais como: nascimento prematuro, que é um dos principais fatores para baixo peso ao nascer, ruptura prematura de membranas, anemia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, crescimento intrauterino deficiente, óbito perinatal e neonatal, além de dilatar problemas socioeconômicos já existentes na população.

O Quadro acima revela uma queda de ocorrência adolescentes grávidas, no ano de 2017 para 2020, resultados este que podemos atribuir ao engajamento das equipes de saúde na abordagem educativa relacionada ao tema gravidez na adolescência

Tabela 5. Nascidos Vivos por tipo de parto. Presidente Juscelino. 2017 a 2020.

NASCIDOS VIVOS- TIPO DE PARTO	ANO			
	2017	2018	2019	2020
N Inf	0	0	1	3
Vaginal	137	183	137	99
Cesário	71	73	57	51
Total	208	256	195	153

No que se refere ao tipo de parto, a OMS recomenda que a taxa de cesariana seja entre 10 a 15%, significando assim que de 85 a 90% dos partos seja por via vaginal. Presidente Juscelino pactuou para os últimos quatro anos (2017/2020) uma taxa de parto vaginal de 70%, obtendo resultados de 65,86%, 71,48%, 70,25% e 62,82%, respectivamente.

Tabela 6. Nascidos Vivos por consulta pré-natal. Presidente Juscelino. 2017 a 2020.

NASCIDOS VIVOS POR CONSULTA PRÉ-NATAL	ANO			
	2017	2018	2019	2020
Nenhuma	5	2	5	6
1-3 vezes	54	43	33	37
4-6 vezes	99	150	103	66
7 e +	49	59	54	43
Ignorado	1	2	0	1
Total	208	256	195	153

O pré-natal tem um papel fundamental na prevenção e detecção precoce de doenças tanto materna como fetal, permitindo assim a adoção de condutas para assegurar tratamento precoce de forma a permitir um parto seguro e bebê saudável. O Ministério da Saúde preconiza que seja realizada no mínimo 06 (seis) consulta de pré-natal. Dados obtidos através do SINASC nos anos estudados demonstram que a maioria, quase que absoluta, das gestantes realizam de quatro a mais consultas de pré-natal.

Tabela 7. Nascidos Vivos por sexo. Presidente Juscelino. 2017 a 2020.

NASCIDOS VIVOS POR SEXO	ANO			
	2017	2018	2019	2020
Masculino	123	132	98	66
Feminino	85	124	97	87
Total	208	256	195	153

Fonte: SINASC/SES/MA

Dentre os nascidos vivos houve discreta maioria do sexo masculino.

3.2 Morbidade

✓ Principais doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT)

Publicação recente da OMS (2020) relata que as DCNT avançam como principal causa de mortes no mundo, informação essa já mencionada pelo Ministério da Saúde que afirma que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são, globalmente, as principais causas de mortalidade, sendo as que mais acometem a população: **doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e Lesões enven e alg out conseq. causas externas.**

Essas doenças caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla, tendo como os principais fatores de risco o tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, alimentação inadequada e sedentarismo.

18

Tabela 8. Internações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Presidente Juscelino 2017-2020.

Doença	Total
doenças do aparelho circulatório	140
diabetes mellitus	35
neoplasias	77
doenças respiratórias crônicas	246
Lesões enven e alg out conseq. causas externas	130

Fonte: Tabnet/DATASUS

Tabela 9. Internações por Lista Morbidade por CID-10, população residente. Presidente Juscelino.2017-2020.

Lista Morbidade CID-10	2017	2018	2019	2020	Total
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	157	139	21	28	345
.. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	40	52	-	2	94
.. Outras doenças infecciosas intestinais	80	47	4	2	133
.. Hanseníase [lepra]	4	1	1	1	7
.. Septicemia	-	3	2	1	6
.. Outras doenças bacterianas	25	26	8	9	68
.... Restante de outras doenças bacterianas	25	26	8	9	68
.. Sífilis congênita	-	-	1	-	1
.. Sífilis precoce	-	-	-	1	1
.. Outras sífilis	1	-	-	-	1
.. Encefalite viral	-	-	-	1	1
.. Outras febre p/arbovírus e febr hemorr p/vírus	2	-	-	-	2
.... Restante outr febr arbovírus febr hemorr vírus	2	-	-	-	2
.. Varicela e herpes zoster	-	1	-	-	1
.. Caxumba [parotidite epidêmica]	1	-	-	-	1
.. Outras doenças virais	1	1	1	6	9

.... Meningite viral	-	-	1	-	1
... Restante de outras doenças virais	1	1	-	6	8
.. Micoses	-	1	4	2	7
.. Leishmaniose	-	2	-	1	3
.... Leishmaniose visceral	-	2	-	1	3
.. Tripanossomíase	-	1	-	-	1
.. Outras helmintíases	1	4	-	1	6
.. Seqüelas de hanseníase [lepra]	1	-	-	-	1
.. Outras doenças infecciosas e parasitárias	1	-	-	1	2
02 Neoplasias (tumores)	20	22	17	18	77
.. Neoplasia maligna do estômago	-	-	1	-	1
.. Neoplasia maligna do cólon	-	-	1	-	1
.. Neopl malig junção retoss reto ânus canal anal	-	1	-	2	3
.. Neopl malig fígado e vias biliares intra-hepát	-	1	1	-	2
.. Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulm	-	-	1	-	1
.. Outras neoplasias malignas da pele	-	2	-	-	2
.. Neopl malig do tecido mesotelial e tec moles	-	1	-	-	1
.. Neoplasia maligna da mama	1	-	2	-	3
.. Neoplasia maligna do colo do útero	2	-	-	-	2
.. Neoplasia maligna da próstata	-	1	-	-	1
.. Outras neopl malignas órgãos genit masculinos	-	1	-	-	1
.. Outras neoplasias malignas do trato urinário	-	-	-	1	1
.. Neopl malig outr local mal def secun e não esp	1	2	-	2	5
.. Linfoma não-Hodgkin	1	-	-	-	1
.. Leucemia	-	1	-	4	5
.. Neoplasia benigna da mama	1	-	-	-	1
.. Leiomioma do útero	12	8	6	6	32
.. Neoplasia benigna do ovário	-	-	1	-	1
.. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	2	4	4	3	13
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	8	6	4	21
.. Anemia por deficiência de ferro	1	-	-	-	1
.. Outras anemias	1	4	6	2	13

.. Afecç hemorrág e outr doenç sang e órg hematop	1	4	-	2	7
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15	17	10	2	44
.. Outros transtornos tireoidianos	-	1	-	-	1
.. Diabetes mellitus	12	14	8	1	35
.. Desnutrição	1	2	1	-	4
.. Depleção de volume	1	-	-	-	1
.. Outros transt endócrinos nutricionais metabólic	1	-	1	1	3
05 Transtornos mentais e comportamentais	2	5	2	1	10
.. Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	1	-	-	-	1
.. Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	-	-	-	1	1
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	1	3	2	-	6
.. Outros transtornos mentais e comportamentais	-	2	-	-	2
06 Doenças do sistema nervoso	7	1	9	1	18
.. Doenças inflamatórias do sistema nervoso centr	-	-	1	1	2
.... Meningite bacteriana não classif outra parte	-	-	1	-	1
.... Restante doenças inflammat sist nervoso centr	-	-	-	1	1
.. Epilepsia	5	1	4	-	10
.. Enxaqueca e outras síndromes de algias cefálic	1	-	-	-	1
.. Acid vascular cerebr isquêm transit e síndr cor	1	-	2	-	3
.. Outras doenças do sistema nervoso	-	-	2	-	2
07 Doenças do olho e anexos	1	1	2	4	8
.. Catarata e outros transtornos do cristalino	-	-	-	4	4
.. Descolamentos e defeitos da retina	-	1	1	-	2
.. Outras doenças do olho e anexos	1	-	1	-	2
08 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	2	-	-	2
.. Otite média e outr transt ouvid médio apóf mast	-	2	-	-	2
09 Doenças do aparelho circulatório	56	43	23	18	140
.. Febre reumática aguda	-	-	-	1	1

.. Hipertensão essencial (primária)	41	20	-	-	61
.. Outras doenças hipertensivas	-	-	1	-	1
.. Infarto agudo do miocárdio	-	2	-	-	2
.. Outras doenças isquêmicas do coração	1	4	5	1	11
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	-	1	1	1	3
.. Insuficiência cardíaca	7	6	5	1	19
.. Outras doenças do coração	-	-	1	2	3
.. Hemorragia intracraniana	1	1	2	3	7
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	6	7	1	4	18
.. Outras doenças cerebrovasculares	-	-	1	-	1
.. Outras doenças das artérias arteríolas e capil	-	2	4	4	10
.. Flebite tromboflebite embolia e trombose venosa	-	-	1	-	1
.. Veias varicosas das extremidades inferiores	-	-	-	1	1
.. Hemorróidas	-	-	1	-	1
10 Doenças do aparelho respiratório	125	98	20	10	246
.. Faringite aguda e amigdalite aguda	9	2	-	-	11
.. Laringite e traqueíte agudas	1	-	1	-	2
.. Outras infecções agudas das vias aéreas super	3	2	-	1	6
.. Influenza [gripe]	1	2	-	-	3
.. Pneumonia	83	63	16	7	170
.. Bronquite aguda e bronquiolite aguda	3	3	-	-	6
.. Outras doenças do trato respiratório superior	2	2	-	-	4
.. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	3	3	-	-	6
.. Asma	17	14	1	-	32
.. Outras doenças do aparelho respiratório	3	7	2	2	14
11 Doenças do aparelho digestivo	67	73	70	36	251
.. Outros transtornos dentes e estruturas suporte	4	1	-	-	5
.. Úlcera gástrica e duodenal	1	2	-	-	3
.. Gastrite e duodenite	16	5	1	-	22
.. Outras doenças do esôfago estômago e duodeno	1	2	2	1	6
.. Doenças do apêndice	9	7	6	3	26
.. Hérnia inguinal	10	10	5	1	28

.. Outras hérnias	14	26	28	12	80
.. Ileo paralítico e obstrução intestinal s/hérnia	-	5	6	-	11
.. Doença diverticular do intestino	1	-	4	-	5
.. Outras doenças dos intestinos e peritônio	3	5	6	9	24
.. Doença alcoólica do fígado	1	-	-	-	1
.. Outras doenças do fígado	-	-	4	1	5
.. Colelitíase e colecistite	1	6	5	5	18
.. Pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas	2	1	-	-	3
.. Outras doenças do aparelho digestivo	4	3	3	4	14
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10	22	4	5	41
.. Infecções da pele e do tecido subcutâneo	8	14	-	-	22
.. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	8	4	5	19
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	6	5	3	19
.. Artrite reumatóide e outr poliartropatias infl	1	1	-	1	3
.. Artrose	-	-	1	1	2
.. Outras dorsopatias	2	3	1	-	6
.. Transtornos do tecido mole	1	1	3	-	5
.. Transtornos da densidade e da estrutura ósseas	1	1	-	1	3
14 Doenças do aparelho geniturinário	99	78	53	18	248
.. Síndrome nefríticas aguda e rapidamente progres	1	1	5	-	7
.. Outras doenças glomerulares	8	6	2	1	17
.. Doenças renais túbulo-intersticiais	4	7	1	1	13
.. Insuficiência renal	2	4	10	4	20
.. Urolitíase	10	3	1	2	16
.. Cistite	5	7	3	-	15
.. Outras doenças do aparelho urinário	50	13	3	2	68
.. Outros transtornos da próstata	-	-	1	-	1
.. Hidrocele e espermatocele	-	-	2	-	2
.. Preprúcio redundante fimose e parafimose	4	-	1	-	5
.. Outras doenças dos órgãos genitais masculinos	-	-	1	-	1
.. Transtornos da mama	1	1	-	-	2
.. Salpingite e ooforite	5	23	1	2	32

.. Outras doenças inflamatórias órgãos pélvicos femin	1	-	-	-	1
.. Endometriose	-	-	-	-	1
.. Prolapso genital feminino	4	7	15	3	29
.. Transt não-inflam ovário tromp Falópio lig larg	1	3	3	2	9
.. Outros transtornos do aparelho geniturinário	3	3	4	1	11
15 Gravidez parto e puerpério	185	239	150	132	706
.. Aborto espontâneo	4	3	1	1	9
.. Outras gravidezes que terminam em aborto	3	7	2	2	14
.. Edema protein transt hipertens grav parto puerp	2	1	3	5	13
.. Outr mot ass mãe rel cav fet amn pos prob part	1	3	6	1	11
.. Trabalho de parto obstruído	26	33	39	27	125
.. Outras complicações da gravidez e do parto	21	33	27	23	104
.. Parto único espontâneo	124	154	70	72	422
.. Compl pred rel puerpério e outr afecç obst NCOP	4	5	2	1	12
16 Algumas afec originadas no período perinatal	11	21	16	8	56
.. Ret cres fet desn fet tran gest curt baix peso	1	8	3	3	16
.. Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	1	-	-	-	1
.. Outros transt respiratórios orig per perinatal	-	4	4	3	11
.. Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	1	1	-	-	2
.. Outras infecções específicas do período perinat	8	8	5	2	24
.. Outras afecções originadas no período perinatal	-	-	4	-	4
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	1	4	3	12
.. Espinha bífida	1	-	-	-	1
.. Outras malformações congênitas do sistema nerv	1	-	-	-	1
.. Malformações congênitas do aparelho circulat	-	1	3	2	6

.. Outras malformações congênitas aparelho digest	1	-	-	-	1
.. Outr malform e deform congên aparelho osteomusc	1	-	-	-	1
.. Outras malformações congênitas	-	-	1	1	2
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	6	9	5	21
.. Dor abdominal e pélvica	-	-	1	1	2
.. Outr sist sinais achad anorm ex clín labor NCOP	1	6	8	4	19
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	39	42	26	23	130
.. Fratura do pescoço tórax ou pelve	-	3	1	3	7
.. Fratura do fêmur	3	-	5	-	8
.. Fratura de outros ossos dos membros	17	13	8	8	48
.. Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	-	3	-	-	3
.. Luxações entorse distensão reg esp e múlt corpo	1	2	-	-	3
.. Traumatismo intracraniano	7	7	5	4	23
.. Lesões esmag amput traumát reg esp e múlt corpo	2	-	-	2	4
.. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	3	8	3	3	17
.. Efeitos corpo estranho através de orifício nat	-	-	1	-	1
.. Queimadura e corrosões	1	-	1	-	2
.. Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	5	6	2	2	15
.. Seqüel traum enven e outr conseq causas extern	-	-	-	1	1
21 Contatos com serviços de saúde	5	2	1	1	9
.. Pessoas contato serv saúde cuidados proc espec	4	2	1	1	8
.. Pessoas contato serv saúde por outras razões	1	-	-	-	1
Total	812	826	448	320	2406

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

Dentre as principais morbidades que levaram a internações no período de 2017 a 2020, encontravam-se: Diarreia e gastroenterite origem infecção presumível; Pneumonia; outras hérnias;

Outras doenças do aparelho urinário; Hipertensão essencial primária e fratura de outros ossos dos membros.

25

Tabela 10. Morbidade Hospitalar por internação do SUS por Capítulo CID-10. População residente. Presidente Juscelino.2020.

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	157	139	21	28	345
II. Neoplasias (tumores)	20	22	17	18	77
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	8	6	4	21
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15	17	10	2	44
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	5	2	1	10
VI. Doenças do sistema nervoso	7	1	9	1	18
VII. Doenças do olho e anexos	1	1	2	4	8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	2	-	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	56	43	23	18	140
X. Doenças do aparelho respiratório	125	98	20	10	246
XI. Doenças do aparelho digestivo	67	73	70	36	251
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10	22	4	5	41
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	5	6	5	3	19
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	99	78	53	18	248
XV. Gravidez parto e puerpério	185	239	150	132	706
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	11	21	16	8	56
XVII. Malf cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	4	1	4	3	12
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat.	1	6	9	5	21
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	39	42	26	23	130
XXI. Contatos com serviços de saúde	5	2	1	1	9
Total	812	826	448	320	2406

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

De acordo com dados do Ministério da Saúde no período de 2017 a 2020 foram registradas 2.406 internações hospitalares. Fato preocupante o principal capítulo de causas de internações, nos anos estudados, são as doenças infecciosas e parasitárias 345 casos (14,33%) resultado esse que requer esforços intersectorial para amenizar tal situação, Em seguida as doenças do aparelho digestivo, 251 casos (10,43%); doenças do aparelho geniturinário, 248 casos (10,30%); doenças do aparelho respiratório, 246 casos (10,22%); doenças do aparelho circulatório, 140 casos (5,81%) e Lesões enven e alg out conseq. causas externas, 130 casos (5,40%).

26

3.3. Mortalidade

O Registro de mortalidade se dá por meio do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), de uso obrigatório em todo território nacional. Os relatórios extraídos do sistema permitem aos gestores, das três esferas de governo, a analisar diversas variáveis que subsidiarão a desenvolver políticas públicas que possam evitar morte precoce.

Causas de mortalidade

Tabela 11. Frequência de óbito, por residência, segundo causa do CID 10, no período de 2017 a 2020. Presidente Juscelino. MA.

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	2	5	1	11
II. Neoplasias (tumores)	4	3	3	3	13
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	1	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	3	1	10	18
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1	1	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	12	22	24	13	71
X. Doenças do aparelho respiratório	3	2	6	6	17
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	-	2	2	6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	2	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	1	1

XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	-	1	1	3
XVII.Malf cong. deformid e anomalias cromossômicas	1	-	2	-	3
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat.	1	2	1	4	8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4	4	7	3	18
Total	35	39	53	47	174

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

Nos anos estudados a maioria dos óbitos foi do sexo masculino. A faixa etária de maior prevalência correspondeu a 80 e mais anos. A mortalidade infantil no período correspondeu a 6 óbitos.

A tabela acima evidencia que nos anos analisados a maior causa básica óbitos foram relacionadas a doença do aparelho circulatório, Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, Doenças do aparelho respiratório, Causas externas de morbidade e mortalidade e Neoplasias (tumores)

Tabela 12. Frequência de óbito, por residência, segundo causa CID-10, no período de 2017 a 2020. Presidente Juscelino. MA.

Causa - CID-BR-10	2017	2018	2019	2020	Total
001-031 ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	3	2	5	1	11
. 001 Doenças infecciosas intestinais	1	-	-	-	1
... 003 Diarréia e gastroenterite orig infec pres	1	-	-	-	1
. 005-006 Tuberculose	-	1	1	-	2
... 005 Tuberculose respiratória	-	1	1	-	2
. 007-015 Outras doenças bacterianas	2	-	2	1	5
... 014 Septicemia	2	-	2	-	4
... 015 Infecções com transmissão predom sexual	-	-	-	1	1
. 016-023 Doenças virais	-	1	1	-	2
... 022 Hepatite viral	-	-	1	-	1
. 024-027 Doenças transmitidas por protozoários	-	-	1	-	1
... 026 Doença de Chagas	-	-	1	-	1
032-052 NEOPLASIAS	4	3	3	3	13

. 034 Neoplasia maligna do estômago	-	1	-	-	1
. 037 Neoplasia maligna do pâncreas	1	-	-	-	1
. 039 Neopl malig da traquéia, brônquios e pulmões	1	-	-	-	1
. 042 Neoplasia maligna do colo do útero	1	1	1	-	3
. 048 Linfoma não-Hodgkin	1	-	-	-	1
. 049 Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	-	-	1	-	1
. 050 Leucemia	-	1	-	1	2
. 051 Neoplasias in situ, benignas, comport incert	-	-	-	1	1
. 052 Restante de neoplasias malignas	-	-	1	1	2
053-054 D SANGUE E ORG HEMAT E ALGUNS TRANS IMUNIT	-	-	-	1	1
. 053 Anemias	-	-	-	1	1
055-057 D ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	4	3	1	10	18
. 055 Diabetes mellitus	4	3	1	9	17
. 057 Rest doenças endócr, nutricion e metabólicas	-	-	-	1	1
060-063 DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO	-	1	1	-	2
. 060 Meningite	-	-	1	-	1
. 061 Doença de Alzheimer	-	1	-	-	1
066-072 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	12	22	24	13	71
. 067 Doenças hipertensivas	-	5	4	2	11
. 068 Doenças isquêmicas do coração	5	4	8	6	23
... 068.1 Infarto agudo do miocárdio	5	3	8	6	22
. 069 Outras doenças cardíacas	1	2	1	1	5
. 070 Doenças cerebrovasculares	4	11	10	2	27
. 072 Rest doenças do aparelho circulatório	2	-	1	2	5
073-077 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	3	2	6	6	17
. 074 Pneumonia	2	1	3	4	10
. 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1	-	-	1	2
. 077 Restante doenças do aparelho respiratório	-	1	3	1	5
078-082 DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	2	-	2	2	6
. 078 Úlcera gástrica, duodenal e péptica	-	-	-	1	1

. 080 Doenças do fígado	1	-	-	1	2
... 080.2 Fibrose e cirrose do fígado	1	-	-	-	1
... 080.3 Outras doenças do fígado	-	-	-	1	1
. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	1	-	2	-	3
083 DOENÇAS DA PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO	-	-	-	2	2
085-087 DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	-	-	-	1	1
. 086 Insuficiência renal	-	-	-	1	1
093-097 ALG AFECÇÕES ORIGIN NO PERÍODO PERINATAL	1	-	1	1	3
. 094 Transt relac duração gestação e cresc fetal	1	-	1	-	2
. 096 Trans resp e cardiovas espec per perinatal	-	-	-	1	1
098-100 MALF CONGÊN, DEFORM E ANOMAL CROMOSSÔMICAS	1	-	2	-	3
. 099 Malf congênitas do aparelho circulatório	-	-	2	-	2
. 100 Rest de malf cong, deform e anomal Cromoss	1	-	-	-	1
101-103 SINT, SIN E ACH ANORM CLÍN E LAB, NCOP	1	2	1	4	8
. 102 Morte sem assistência médica	-	-	1	1	2
. 103 Rest sint, sin e ach anorm clín e laborat	1	2	-	3	6
104-113 CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	4	4	7	3	18
. 104 Acidentes de transporte	-	1	1	-	2
. 106 Afogamento e submersões acidentais	1	-	1	-	2
. 109 Lesões autoprovocadas voluntariamente	-	-	-	1	1
. 110 Agressões	1	-	3	2	6
. 113 Todas as outras causas externas	2	3	2	-	7
Total	35	39	53	47	174

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

Dentre as principais causas de mortalidade no período estudado, encontravam-se as Crônicas não transmissíveis com maior prevalência as Doenças cérebro vasculares, infarto agudo do miocárdio, Doenças isquêmicas do coração, Doenças hipertensivas, Diabetes mellitus,

Outras doenças prevalentes no período: Pneumonia, Neoplasia maligna do colo do útero, doenças bacterianas e Septicemia.

As causas externas de morbimortalidade, de maior prevalência são as do tipo Agressões, Acidentes de transporte e Afogamento e submersões acidentais.

Tabela 13. Frequência de óbito, menor de 1 ano por residência, no período de 2017 a 2020. Presidente Juscelino. MA.

Faixa Etária	2017	2019	2020	Total
Menor 1A				
0 a 6 dias	2	2	1	5
28 a 364 dias	-	-	1	1
Total	2	2	2	6

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

Tabela 14. Frequência de óbito, menor de 1 ano por residência, segundo causa CID-10, no período de 2017 a 2020. Presidente Juscelino. MA.

Causa - CID-BR-10	0 a 6 dias	28 a 364 dias	Total
001-031 ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	1	-	1
. 007-015 Outras doenças bacterianas	1	-	1
... 015 Infecções com transmissão predom sexual	1	-	1
093-097 ALG AFECÇÕES ORIGIN NO PERÍODO PERINATAL	2	1	3
. 094 Transt relac duração gestação e cresc fetal	2	-	2
. 096 Trans resp e cardiovas espec per perinatal	-	1	1
098-100 MALF CONGÊN, DEFORM E ANOMAL CROMOSSÔMICAS	2	-	2
. 099 Malf congênitas do aparelho circulatório	1	-	1
. 100 Rest de malf cong, deform e anomal Cromoss	1	-	1
Total	5	1	6

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

No período de 2017 a 2020 ocorreram 6 óbitos infantis, sendo 5 destes foi entre 0 a 6 dias de vida do recém-nascido, tendo como principal causa algumas afecções originárias no período perinatal.

A mortalidade infantil é um indicador que vislumbra a qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação. Dentre as principais causas, pode-se citar a falta de assistência adequada no pré-natal e parto. A OMS considera que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nos países não deve ser superior a 10 mortes para cada mil nascidos vivos (NV).

31

Tabela 15. Distribuição da taxa de mortalidade infantil no período de 2017 a 2020. Presidente Juscelino, MÁ.

Ano	Nº de nascidos vivos	Nº de óbito infantil	Taxa de mortalidade
2017	208	2	9,61/1000 NV
2018	256	0	00
2019	195	2	10,25/1000 NV
2020	153	2	13,07/1000 NV.

Fonte: Datasus/SIM/SINASC/MS

3.4. Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) constitui peça importante no controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas mediante imunizações. O Programa estabelece metas para as coberturas vacinais no país, sendo preconizadas para a maioria das vacinas o alcance de pelo menos 95%, com exceção das vacinas BCG e rotavírus, cujas metas são de 90% para cada uma.

Gráfico 1 - Coberturas Vacinais por Ano segundo Imuno. Presidente Juscelino.2018-2020.

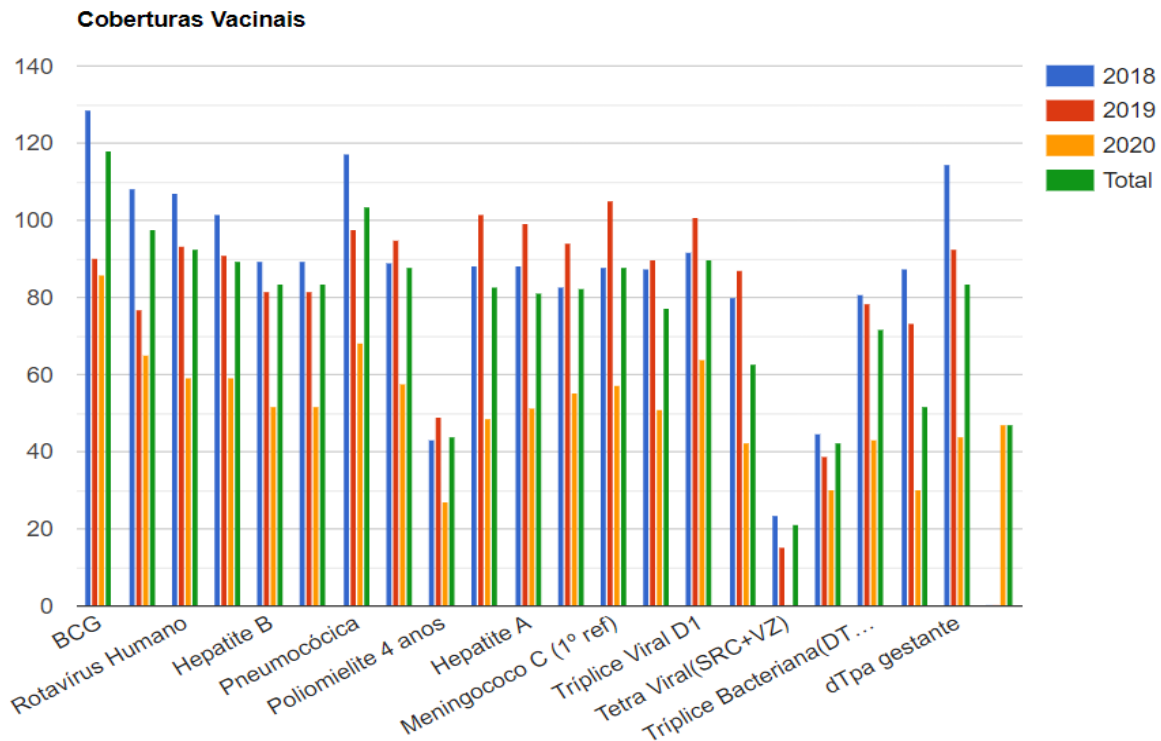


Tabela 16. Coberturas Vacinais segundo Imuno, Presidente Juscelino.2017 a 2020.

Imuno	2017	2018	2019	2020	Total
BCG	172,97	128,5	90,38	86,06	117,95
Hepatite B em crianças até 30 dias	146,49	108,21	76,92	64,9	97,77
Rotavírus Humano	112,43	107,25	93,27	59,13	92,45
Meningococo C	108,65	101,45	90,87	59,13	89,48
Hepatite B	115,14	89,37	81,73	51,92	83,66
Penta	115,14	89,37	81,73	51,92	83,66
Pneumocócica	134,59	117,39	97,6	68,27	103,59
Poliomielite	112,43	88,89	94,71	57,69	87,75
Poliomielite 4 anos	56	43,33	49	27	43,83
Febre Amarela	93,51	88,41	101,44	48,56	82,67
Hepatite A	85,95	88,41	99,04	51,44	81,06
Pneumocócica (1º ref.)	99,46	82,61	94,23	55,29	82,43
Meningococo C (1º ref.)	103,24	87,92	105,29	57,21	88
Poliomielite (1º ref.)	81,08	87,44	89,9	50,96	77,23
Tríplice Viral D1	103,78	91,79	100,96	63,94	89,73
Tríplice Viral D2	39,46	80,19	87,02	42,31	62,87
Tetra Viral (SRC+VZ)	24,32	23,67	15,38	0	21
DTP REF (4 e 6 anos)	55,33	44,67	38,67	30,33	42,25

Tríplice Bacteriana (DTP)(1º ref.)	85,95	80,68	78,37	43,27	71,66
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	17,84	87,57	73,51	30,29	51,64
dTpa gestante	88,65	114,59	92,43	43,75	83,62
Varicela	0	0	0	47,12	47,12
Total	90,89	85,3	80,91	50,99	76,64

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

33

4. REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 Atenção Primária em Saúde

A Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, anexo XXII, capítulo I, descreve a Atenção Básica como sendo um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) tem a estratégia Saúde da Família como tática prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

PRINCÍPIOS

Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde

Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

Integralidade: é o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados

paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

34

DIRETRIZES

Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Primária à Saúde como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

Territorialização: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.

População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.

Resolutividade: reforça a importância de a Atenção Primária à Saúde ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros

elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Primária à Saúde e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil e tem mostrado significativos avanços desde sua criação pela Constituição de 1988. No município, instituir a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde tem se mostrado um grande desafio. Consideradas as especificidades de cada Região de Saúde quanto à carga de doença e condições socioeconômicas, investimos na educação permanente, na qualificação do acesso com equidade aos serviços de APS, com oferta que inclua capacidade diagnóstica objetivando a atenção integral, impactando na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das nossas coletividades.

Assim, é necessária a superação da fragmentação das ações e serviços de saúde, o município objetiva ampliar o modelo de Atenção Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização e ordenação do Sistema de Saúde. Nesta perspectiva, é necessário considerar, pela

sua magnitude, a diversidade da realidade social, política e administrativa e populacional, na qual são expressivas as diferenças loco-regionais.

4.1.1. Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

O município apresenta 100% de cobertura da população pelas equipes de saúde da família, possuindo 04 (quatro) equipes de SF implantada, sendo 01 (uma) na zona urbana e 03 (três) na zona rural; uma das equipes possui profissional médico do Programa Mais Médico para o Brasil.

Tabela 17. Situação atual da implantação da equipe de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Presidente Juscelino 2021.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
ESF	6	6	6
ACS	41	41	41

Fonte – DAB /MS

Em 2019 por meio da Portaria GM/MS nº 2929, de 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Previne Brasil que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Tal financiamento passa a ser realizado pelo governo federal aos municípios, tendo como base o cumprimento de 03 (três) critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O objetivo da mudança foca em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da atenção primária em saúde e o vínculo entre população e equipe.

O financiamento por capitação ponderada se dá com base no número de pessoas cadastradas sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária, considerando como fatores de ajuste ao cálculo de financiamentos a vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e a classificação geográfica do município, como: urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e remoto rural. O IBGE classifica o município de Presidente Juscelino com a tipologia rural adjacente.

Para garantia de financiamento financeiro pelo critério de desempenho as equipes de saúde deverão cumprir as metas dos indicadores definidos pelo ministério da saúde, sendo assim, deixou de existir o PMAQ. (programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica).

O custeio para ações estratégicas contemplará os programas e estratégias implantadas, como: Programa Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde, Programas de apoio à informatização da APS, Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outras.

A tipologia de Presidente Juscelino é rural adjacente

Para o critério de desempenho foram estabelecidos 07 (sete) indicadores para 2020, que se estenderam até o momento, os mesmos atendem as seguintes ações estratégicas: pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e condições crônicas. Os indicadores serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, utilizando para tal os dados lançados pelas eSF/eAP no ESUS/SISAB. Os indicadores e metas para 2020 e prorrogadas para 2021 são:

- ✓ Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação (meta: 60%)
- ✓ Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (meta: 60%);
- ✓ Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (60%);
- ✓ Cobertura de exame citopatológico (meta: 40%);
- ✓ Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente (meta: 95%);
- ✓ Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre (meta: 50%);

- ✓ Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (meta: 50%).

Quadro 3. Desempenho Indicadores Previne Brasil. Região de Rosário. 3º Quadrimestre 2021.

REGIÃO DE SAÚDE	Posição	MUNICÍPIO	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	ISF	%
Rosário	19º	AXIXA	48	71	89	34	100	22	59	8,53	85,3
Rosário	47º	ROSARIO	26	60	55	34	100	12	62	7,59	75,9
Rosário	59º	PRESIDENTE JUSCELINO	20	53	70	11	100	22	32	7,01	70,1
Rosário	79º	SANTO AMARO DO MARANHAO	21	68	60	20	100	6	25	6,59	65,9
Rosário	150º	BARREIRINHAS	13	33	41	10	100	6	30	5,23	52,3
Rosário	152º	HUMBERTO DE CAMPOS	18	38	28	16	100	14	20	5,22	52,2
Rosário	155º	SANTA RITA	13	29	40	5	100	11	26	5,12	51,2
Rosário	161º	CACHOEIRA GRANDE	21	56	17	12	100	7	25	4,93	49,3
Rosário	171º	ICATU	17	45	38	10	100	2	8	4,79	47,9
Rosário	175º	PRIMEIRA CRUZ	5	38	21	7	100	1	59	4,63	46,3
Rosário	187º	BACABEIRA	10	31	29	9	100	4	13	4,31	43,1
Rosário	192º	MORROS	23	42	16	9	100	5	8	4,2	42

Fonte: Egestor.AB/MS.2021.

Na avaliação do 3º quadrimestre de desempenho de Indicadores do Previne Brasil, o município de Presidente Juscelino alcançou o ISF de 7,01, ocupando o terceiro lugar no ranking da Regional de Saúde de Rosário.

Os valores individuais obtidos a partir de cada um dos sete indicadores servirão para o cálculo de desempenho das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do município, consolidado pelo Indicador Sintético Final (ISF), o valor atribuído variará de (0) zero a dez (10). O ISF de Presidente Juscelino no 3º quadrimestre de 2021 foi 7,01

Rosário	59º	PRESIDENTE JUSCELINO	20	53	70	11	100	22	32	7,01	70,1
---------	-----	----------------------	----	----	----	----	-----	----	----	------	------

✓ **Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente**

As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança e propiciam ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno, sendo a organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido, premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças.

Os adolescentes constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam. Nesse contexto, a atenção aos adolescentes deve pautar-se na integralidade e preocupar-se em assistir o indivíduo desde a concepção até o final da vida, reconhecendo a família como a unidade primária da sociedade, dentro da qual o sujeito se constrói, socializa-se, desenvolve-se e humaniza-se.

A atenção à saúde dos adolescentes e jovens difere da assistência clínica individual e da simples informação ou repressão. O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, as opiniões, as dúvidas, as inseguranças, os medos e os preconceitos. A proposta é reforçar as condições internas de cada sujeito para o enfrentamento e resolução de problemas e dificuldades do dia a dia.

Na organização da atenção integral à saúde do adolescente devem ser contemplados os seguintes eixos: promoção da saúde e prevenção de agravos, ações de assistência e reabilitação, educação permanente, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento físico e psicossocial, saúde sexual e a saúde reprodutiva, saúde bucal, saúde mental, prevenção ao uso de álcool e outras drogas, prevenção e controle de agravos, direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

✓ **Atenção Integral à Saúde da mulher**

A Política Nacional de Saúde da Mulher, no princípio atendia somente as demandas relacionadas a gravidez e ao parto, as mulheres então ficavam sem assistência a maior parte de sua vida. Com o movimento feminista brasileiro as mulheres conseguiram com que o governo incrementasse os serviços ofertados.

A secretaria municipal de saúde visando melhor qualidade de vida dessas mulheres irá garantir o acompanhamento das gestantes em seu pré-natal buscando a contribuição do parceiro, fazendo no mínimo dois testes rápidos durante a gestação para o diagnóstico precoce antes do parto; garantir as laqueaduras de acordo com os critérios cobrados e conforme pactuado; fazendo o rastreamento do câncer do colo do útero através da oferta de exames de Papanicolau anualmente.

40

A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher envolve várias ações, que torna imprescindível um sistema de saúde articulado, orientado e capacitado e preparado para prestar atendimento que contemple a promoção da saúde, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

Dentre as ações, pode-se citar estratégias como: planejamento reprodutivo (métodos contraceptivos); atenção obstétrica (pré-natal, parto puerpério, urgências e emergências obstétricas e aborto), vigilância epidemiológica do óbito materno, violência sexual e doméstica, climatério; gênero e saúde mental; feminilização da AIDS e Infecções Sexualmente Transmissíveis; câncer de colo de útero e mama.

O município de Presidente Juscelino desenvolve as ações de promoção e prevenção à saúde por meio das equipes de saúde da família e atenção ao parto e nascimento (parto de menor complexidade/risco habitual), enquanto a assistência de média complexidade, como diagnóstica e tratamento a população-alvo é encaminhada à referência acordada nas pactuações regional e estadual, que é a capital São Luís/MA.

a) Saúde do Homem

Pesquisas mostram que os homens vivem 7,2 anos a menos que as mulheres, o óbito se dar principalmente pelas causas externas como violência, acidente de trânsito, também por doenças cardiovasculares.

A maioria da população juscelinenses é composta por homem, o que nos leva a intensificar as ações voltadas para este público. O homem tem uma resistência de procurar o médico, quando se fala de saúde preventiva este público é cada vez mais ausente nas atividades promovidas pela estratégia. O homem quando chega a ir ao médico a sua doença já está em um estado avançado. Se faz necessário compreender o que leva o homem e arrumar estratégias para fazer a mudança de hábito bem como

ênfatisar ao homem a importância de se cuidar, e de se ter o diagnóstico precoce para um tratamento oportuno.

Entre as ações de saúde voltada para o público masculino a serem desenvolvidas no município estão: promover no mínimo duas atividades educativas para orientações quanto aos cuidados no trânsito, tabagismo e importância da atividade física e alimentação saudável, desenvolvidos pelas nossas equipes multiprofissionais.

A adoção de hábitos saudáveis, a prática de atividade física regular, a alimentação balanceada e o uso moderado de bebidas alcoólicas são cruciais para diminuir os agravos de muitas doenças que atinge o público masculino. Para diagnóstico precoce do câncer de próstata a estratégia irá fazer busca ativa com o grupo de risco para promover rodas de conversas explicando as causas e efeitos, os cuidados e tentar quebrar o preconceito ainda existente.

b) Saúde do Idoso

O envelhecimento populacional pode ser considerado um fenômeno mundial. Esse processo deu-se no Brasil a partir da década de 60, chamando a atenção do sistema de saúde pelo seu crescimento, pois nessa faixa etária é predominante algumas doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, sequelas de AVC.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criada através da Portaria 1.395/GM de 1999, prever a promoção do envelhecimento saudável e assistência às necessidades da saúde do idoso em todos os níveis de atenção.

Com a população de Presidente Juscelino utilizaremos um questionário com título: **Condições de Saúde do Idoso** para realização do diagnóstico das condições de vida dos idosos do nosso município, em um trabalho conjunto entre a gestão e Equipes de Saúde da Família, para que se possa conhecer caso a caso para se ter um planejamento das ações coletivas com esse público e as atividades individuais em residências se necessário, conforme dados coletados.

Adotaremos a Carteira de Saúde do Idoso a qual podemos acompanhar as suas condições de saúde. Com base no último censo feito pelo IBGE. Com o objetivo de promover um envelhecimento saudável, envolveremos este público em atividade de práticas corporais e educação em saúde.

c) Saúde do Adulto

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é atualmente definida pela média de pressão arterial (PA) de consultório maior ou igual a 140/90 mmHg em ao menos duas aferições realizadas em duas ou mais consultas.

É conhecido como fator de risco para doença cardiovascular, explicando cerca de metade dos casos de acidente vascular encefálico e de doença arterial coronariana. Também é notório contundente o acúmulo de evidências que apontam para correlação positiva entre os níveis pressóricos arteriais e o risco para eventos cardiovasculares.

Devido a melhoria no acesso a saneamento básico, caiu o número de óbitos por doenças infecciosas e transmissíveis. Houve uma mudança no perfil de óbitos em nosso país, as pessoas estão vivendo mais, porém doentes. Entre as grandes causas de óbitos estão às doenças crônicas como a Hipertensão e a Diabetes.

A Atenção Primária em parceria com a Assistência Farmacêutica irá catalogar estes público para um maior acompanhamento de seus cuidados e na dispensação de medicamentos fazendo busca ativa dos faltosos.

Segundo Brasil (2006) a prática de atividades físicas para paciente portadores de DM melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento em pessoas obesas e diminui os riscos de doenças cardiovasculares.

ESF irá identificar estes pacientes/clientes e encaminhá-los a coordenação da Academia da Saúde que serão os responsáveis por promoverem atividades físicas e educação em saúde a este público.

4.1.2. Estratégia Saúde Bucal/Brasil Sorridente

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

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – [Programa Brasil Sorridente](#). O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas

que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

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

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal eSB na Estratégia Saúde da Família ESF).

A Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo ações de fortalecimento da Atenção Básica e incentivando a incorporação das atividades previstas na Política Nacional de Saúde Bucal, através da implantação das Equipes de Saúde Bucal em, através de monitoramento e avaliação, além de reuniões anuais com os profissionais e gestores em saúde.

4.1.3. Programa Saúde na Escola

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa Saúde na Escola visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população. Tem como principal objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

O Programa foi criado pelo Decreto nº 6.286/2007, é uma estratégia de integração intersetorial, que envolve saúde e educação, no desenvolvimento de ações voltadas aos escolares.

Para o ciclo 2021/2022, foram definidas as ações abaixo relacionadas.

Tabela 18. Ações do Programa Saúde na Escola e quantitativos de educando, por ação, para o ciclo 2021/2022. Presidente Juscelino, 2021.

Ord	Ações pactuadas	Educandos pactuados
01	Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	3582
02	Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas	3582
03	Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	3582
04	Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos	3582
05	Prevenção das violências e dos acidentes	3582
06	Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação	3582
07	Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor	3582
08	Verificação da situação vacinal	3582
09	Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	3582
10	Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	3582
11	Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	3582
12	Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	3582
13	Prevenção à COVID-19 nas escolas	3582

Fonte: MS/DAB

4.2. Vigilância em Saúde

O Ministério da Saúde menciona que a Vigilância em Saúde “tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, sendo referencial para mudanças do modelo de atenção. Deve estar inserida

cotidianamente na prática das equipes de saúde de Atenção Básica. As equipes Saúde da Família, a partir das ferramentas da vigilância, desenvolvem habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção a demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade”.

Inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

O Ministério da Saúde criou em 2013, através da Portaria/GM nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O Programa tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde.

A quantificação do número de metas alcançadas, para cálculo de incentivo financeiro, será de acordo com a estratificação estabelecida pelo Ministério da Saúde que leva em consideração critério população, residente, em cada município. Por esse critério, o município de Presidente Juscelino deverá atingir pelo menos 7 (sete) dos 14 indicadores/metastas para recebimento de 100% dos recursos estabelecido pelo Programa. Ressalta-se que a avaliação ocorrerá anualmente.

Segue abaixo a relação de indicadores e metas do PQA-VS.

- ✓ Indicador 1: Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência (meta: 90%)
- ✓ Indicador 2: Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência (Meta: 90%)
- ✓ Indicador 3: Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município (meta: 80%)
- ✓ Indicador 4: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico da Criança com cobertura vacinal preconizada – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose),

- Poliomielite (3ª dose), em crianças menores de um ano de idade, e Tríplice viral (1ª dose), em crianças com até um ano de idade. (Meta: 100% das vacinas selecionadas);
- ✓ Indicador 5: Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano - cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro (meta: 75%);
 - ✓ Indicador 6: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (Meta: 80%)
 - ✓ Indicador 7: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno (Meta: 70%);
 - ✓ Indicador 8: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue (Meta: 4 ciclos)
 - ✓ Indicador 9: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (Meta: 82);
 - ✓ Indicador 10: Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial (Meta: 70%)
 - ✓ Indicador 11: número de testes de sífilis por gestante (meta: 2 testes/gestantes)
 - ✓ Indicador 12: Número de testes de HIV realizado (Meta: ampliar em 15% em relação ao ano anterior)
 - ✓ Indicador 13: Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (Meta: 95%)
 - ✓ Indicador 14: Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida (meta: 95%)

A tabela abaixo demonstra o quantitativo de metas alcançadas pelo município de Presidente Juscelino, conforme critério de estratificação populacional estipulado pelo Programa, em 2021.

Tabela 19. Resultado dos indicadores e metas alcançadas, do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Presidente Juscelino, 2021

INDICADORES DO PQA-VS	META	META PROPOSTA	
INDICADOR 1: Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	META: 90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90,0	95,7 Esperados=47 Oportunos=45 Inoportunos=17,1
INDICADOR 2: Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	META: 90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90,0	70,8 Esperados=219 Oportunos=155 %inoportuno=1,8
INDICADOR 3: Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	80% de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	80,0	0,00 3 salas de vacina
INDICADOR 4: Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, Pneumocócica 10 valente - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) – com	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 1 ano de idade - Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose),	100,0	0,00 Penta= 75,90 Pneumo=70,26 Pólio- 72,82 Tríplice Viral(D1)=70,77

coberturas vacinais preconizadas.	Poliomielite (3ª dose) - e para crianças de 1 ano de idade - Tríplice viral (1ª dose).		
INDICADOR 5: Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.	75,0 120 amostras	104,2 125 amostras
INDICADOR 6: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 dias, a partir da data de notificação.	80,0	0,00
INDICADOR 7: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).	70,0	0,00
INDICADOR 8: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	4 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para	4,00 Insp.ciclo= 2.275 Insp.Ano= 13.650 im.	6,00

	controle vetorial da dengue.		
INDICADOR 9: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.	82,0	73,9 23 contatos Examinados=17
INDICADOR 10: Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	70,0	100,0 5 contatos
INDICADOR 11: número de testes de sífilis por gestante.	META: 2 (dois) testes de sífilis por gestante.	2	2,3 Gestantes=164 Testes=375
INDICADOR 12: Número de testes de HIV realizado.	META: 15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.	15,0	2.240-sim Testes realizados em 2020=30 Total real= 702
INDICADOR 13: Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo “Ocupação” preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).	95,0	100,0 15 casos
INDICADOR 14: Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com	META: 95% de notificações de violência	95,0	100,0 14 casos

o campo raça/cor preenchido com informação válida.	interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.		
--	---	--	--



Fonte: SES/MA.2021.

Dos 07 indicadores do PQA-VS pactuados para 2021, o município de Presidente Juscelino atingiu as metas em 08 indicadores.

4.2.1. Vigilância Epidemiológica

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

A portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, define a Lista Nacional de notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional. Através das notificações permite a análise e interpretação dos dados notificados, a investigação epidemiológica e a tomada de decisões.

Segue abaixo, os agravos notificados no período de 2017 e 2020.

Tabela 20. Distribuição dos agravos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Presidente Juscelino, 2017 a 2020.

Agravos notificado	2017	2018	2019	2020
Z209 ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSICAO A MATERIAL BIOLÓGICO	1	0	0	1
Y96 ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	0	0	1	0
Z21 GESTANTE HIV	0	0	0	1
A309 HANSENIASE	4	3	5	2
T659 INTOXICACAO EXOGENA	0	1	0	0
B551 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	5	4	2	3
O981 SIFILIS EM GESTANTE	0	0	4	2
A169 TUBERCULOSE	4	3	1	1

B19 HEPATITES VIRAIS	0	0	1	0
W64 ATENDIMENTO ANTI-RABICO	6	8	1	1
X29 ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS	0	0	0	1
A539 SIFILIS NAO ESPECIFICADA	0	0	5	1
Y09 VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	1	1	1	0
Total	21	20	21	13

Fonte:SES/MA.2021.

4.2.2. Vigilância Sanitária

De acordo a Lei Federal 8080/90, § 1º do art. 6º, Vigilância Sanitária é um 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 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 o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

O município desenvolve atividades básicas dos serviços de vigilância, como atividades educativas, cadastramento de estabelecimento, inspeção sanitária, atendimento de denúncias, entre outros.

São campos de atuação da Vigilância Sanitária:

- As ações de controle de qualidade de produtos, desde a produção até o consumo: alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos de higiene, limpeza, águas, dentre outros;
- As ações de controle de qualidade dos serviços de saúde: médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos, radiações, farmacêuticos, dentre outros;

• As ações de controle sobre o meio ambiente, quando implica risco à saúde.

A Vigilância Sanitária tem papel educativo, normativo, fiscalizador e punitivo.

- Educativo: configurado através do desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de vigilância sanitária, usuários de serviços, consumidores, proprietários e responsáveis por estabelecimentos e serviços, e o público em geral;

• Normativo: as ações executadas pela Vigilância Sanitária estão pautadas na legislação sanitária (leis, portarias, decretos, resoluções) para a garantia da qualidade de serviços e produtos que são oferecidos à população;

• Fiscalizador: caracterizado pela existência da necessidade de verificar se os estabelecimentos que produzem, comercializam e prestam serviços de interesse a saúde da população estão funcionando conforme as leis sanitárias específicas;

• Punitivo: em último caso, a ação coercitiva quando os estabelecimentos e serviços não obedecem à legislação sanitária, na garantia da saúde da população (Lei 6437/77):

I- advertência;

II- multa;

III-apreensão de produto;

IV-inutilização de produto;

V-interdição de produto;

VI-suspensão de vendas e/ou fabricação de produto;

VII-cancelamento de registro de produto;

VIII-interdição parcial ou total do estabelecimento;

IX-cancelamento de autorização para funcionamento de empresa;

X-cancelamento do alvará de licenciamento de estabelecimento.

A Vigilância Sanitária do município atua nas seguintes áreas:

• Área de alimentos: açougues, feiras e mercados, vendedores ambulantes, supermercados, mercearias, panificadoras, lanchonetes, restaurantes, bares, pizzaria;

• Área de produtos: drogarias e farmácias, dedetizadoras, estabelecimentos que comercializam cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal e correlatos;

• Área de serviços de saúde: consultórios odontológicos, clínicas médicas sem internação, salão de beleza e barbearias, óticas, academias de ginástica, lavanderias comerciais;

• Área de engenharia sanitária: escolas de ensino, hotéis, motéis, pousadas, clubes e associações recreativas.

A Vigilância Sanitária expede alvará sanitário aos estabelecimentos que estão dentro dos padrões sanitários, em condições de prestar serviços à população sem colocar em risco à saúde do consumidor.

No ano de 2020, os trabalhos dos fiscais sanitários foram intensificados devido à pandemia pelo novo Coronavírus, de forma a fazer cumprir as normas sanitárias impostas por meio de normativas/decretos.

53

4.2.3. Vigilância em saúde Ambiental

Conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

São objetos de ação da Vigilância Ambiental, quando houver população exposta: água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e substâncias químicas, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores de riscos, ambiente de trabalho.

As ações são agrupadas e desenvolvidas por meio de 06 programas:

- VIGIAGUA: Vigilância da qualidade da água de consumo humano;
- VIGISOLO: Vigilância de populações expostas a solos contaminados;
- VIGIAR: Vigilância de populações expostas a poluição do ar;
- VIGIAPP: Vigilância de populações expostas a acidentes com produtos perigosos;
- VIGIAMBT: Vigilância relacionada a ambiente do trabalho.

A partir de 2018 a Vigilância em Saúde Ambiental desenvolverá suas ações através do programa VIGIAGUA. O monitoramento realizado pela vigilância da qualidade da água para consumo humano inclui as seguintes atividades:

- a) Definição de pontos de coletas de amostras na rede de distribuição (em pontos críticos vulneráveis);
- b) Poços e reservatórios de hospitais, postos de saúde, creches, escolas, asilos e outros locais com grande circulação de pessoas;
- c) Locais com sistemáticas notificações de agravos a saúde tendo como possíveis causas agentes de veiculação hídrica;
- d) Vigilância no ponto de distribuição da água dos consumidores pelos prestadores de serviços;
- e) Atendimento à reclamações relativas a água de consumo humano;

- f) Coleta e análise laboratorial de amostras de água;
- g) Orientar os responsáveis pela operação dos sistemas ou Soluções Alternativas Coletivas de abastecimento de água, na medida em que inconformidades forem detectadas para tomada de providências imediatas.

4.2.4. Saúde do Trabalhador

Segundo a Lei nº 8.080/90 entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

No âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador da Trabalhadora-PNST, instituída pela Portaria 1823/MS/2012, de 23 de agosto de 2012 preconiza a atenção integral à saúde, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos e a execução de suas ações pautadas nos princípios e diretrizes, (Universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; equidade e precaução).

Estabelecendo como objetivos: o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador; promoção da saúde e dos ambientes e processos de trabalho saudáveis; garantia da integralidade na atenção à saúde, incorporação da categoria trabalho como determinante do processo saúde doença dos indivíduos; assegurando a identificação da situação do trabalho dos usuários nas ações e serviços de saúde e a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

4.3. Assistência Especializada em Saúde

A Portaria Ministerial MS/SAS nº 1582, de 09 de outubro de 2017, remanejou o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, sob gestão estadual ao Fundo Municipal de Saúde, com teto anual no valor de R\$ 397.536,44 (Trezentos e noventa e sete mil, quinhentos e trinta e seis reais e quarenta e quatro centavos) para ações de média complexidade do município de Presidente Juscelino.

Os procedimentos de maior complexidade seguem os fluxos estabelecidos pelas pactuações PPI e Plano Regional das Redes de Atenção à Saúde, tendo como referência o município de São Luís.

55

4.3.1. Serviço Ambulatorial e Hospitalar

O Hospital Municipal Santo Antônio, CNES 2307049, possui 15 leitos sendo assim distribuídos: 03 para Obstetrícia Clínica; 04 para Pediatria Clínica; 08 para Clínica Geral. Apresenta os ambientes por setores:

Serviço de Urgência e Emergência – 01 Consultório Médico, Sala de Atendimento ao paciente crítico/Sala de estabilização, Sala de higienização, Sala de curativo, Sala repouso/observação -Feminino; Sala de repouso /observação indiferenciado, Sala de repouso/observação masculino, Sala de repouso/ observação pediatria, Sala de Pequena Cirurgia

Instalação Ambulatorial: Sala de enfermagem (serviços), Sala de Imunização e Sala de Pequena Cirurgia;

Instalação Hospitalar- Sala de Cirurgia, Sala de Recuperação (1 leito), Sala de Parto Normal (1 leito), Sala de Pré-Parto (1 leito), Alojamento conjunto (1 leito);

Serviços de Apoio - Ambulância, Farmácia, Lavanderia, Necrotério, SAME, Serviço de Manutenção de Equipamentos e Nutrição e Dietética.;

Serviços especializados – Atenção às pessoas em situação de violência sexual, Imunização, Logística de Imunobiológicos, Regulação do Acesso a Ações e Serviços de Saúde, Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento, Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia, Serviço de Atenção Psicossocial. Serviço de Diagnostico de Laboratório Clínico, Serviço de Diagnostico por métodos gráficos dinâmicos, Serviço de Diagnóstico por Imagem, Serviço de Hemoterapia, Serviço de Urgência e Emergência, Serviço de Vigilância em Saúde e Serviço Posto de Coleta de materiais biológicos

Quadro demonstrativo da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Presidente Juscelino.2021.

UNIDADE DE SAÚDE EXISTENTE			EQUIPAMENTOS EXISTENTES	
TIPO	QTD	LEITOS	TIPO	QTD
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA			AMALGAMADOR	1
HOSPITAL GERAL		15	CANETA DE ALTA ROTACAO	1
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE			CANETA DE BAIXA ROTACAO	2
SECRETARIA DE SAUDE			COMPRESSOR ODONTOLOGICO	1
			EQUIPO ODONTOLOGICO COMPLETO	7
ESPECIALIDADE	LEITOS		FOTOPOLIMERIZADOR	1
LEITOS CIRÚRGICOS:	4		RAIO X DENTARIO	2
Cirurgia Geral	4		RAIO X DE 100 A 500 MA	1
LEITOS CLÍNICOS:	5		ENDOSCOPIO DIGESTIVO	0
Clínica Geral	5			
LEITOS OBSTÉTRICOS:	3			
Obstetrícia Clínica	3			
LEITOS PEDIÁTRICOS:	3			
Pediatria Clínica	3			
TOTAL	15			

Fonte: CNES/MS.2021.

4.3.2. Tratamento Fora de Domicílio - TFD

A demanda dos pacientes para Tratamento Fora do Domicílio é controlada central de marcação de consulta e exames/TFD, que segue os trâmites legais, de acordo com as referências pactuadas pela região/estado garantindo a continuidade do cuidado e em conformidade com critérios estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde.

4.4. Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada em 2004, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/2004, que define a política como “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”.

O financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, constituído pelos componentes:

✓ Componente Básico da Assistência Farmacêutica: destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica. O financiamento desse componente é tripartite, regulamentado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017:

- Contrapartida Federal, de acordo com o perfil do município: IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por habitante/ano; IDHM baixo: R\$ 6,00 por habitante/ano; IDHM médio: R\$ 5,95 por habitante/ano; IDHM alto: R\$ 5,90 por habitante/ano; e IDHM muito alto: R\$ 5,85 por habitante/ano;

- Contrapartida Estadual: no mínimo, R\$ 2,36 por habitante/ano;

- Contrapartida Municipal: no mínimo, R\$ 2,36 por habitante/ano;

✓ Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf), “destina-se à garantia do acesso a medicamentos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionadas a situações de vulnerabilidade social e pobreza. O financiamento desse componente é destinado à aquisição de medicamentos e insumos relacionados em programas estratégicos de saúde do SUS, para o atendimento de pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmanioses, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, filariose, meningite, tracoma, micoses sistêmicas, bem como outras doenças decorrentes e

perpetuadoras da pobreza. Também são garantidos antivirais para o combate à influenza, antirretrovirais para tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, hemoderivados e pró-coagulantes para pessoas com doenças hematológicas, vacinas, soros e imunoglobulinas, além de medicamentos e insumos destinados ao combate do tabagismo e ao programa de alimentação e nutrição”

58

O Ministério da Saúde adquire e distribui esses itens aos estados e ao Distrito Federal, cabendo a esses o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos municípios.

✓ Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, (Ceaf) é uma das estratégias de acesso aos medicamentos no âmbito do SUS que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade.

A RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) relaciona os medicamentos de cada componente, a em vigor está normatizada pela Portaria GM/MS nº 3.047, de 28 de novembro de 2019, que Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2018.

✓ **Assistência Farmacêutica Municipal**

O componente Básico da Assistência Farmacêutica possui financiamento tripartite, sendo o município responsável por gerenciar os medicamentos e insumos do componente. Para seguir as orientações contidas nas normativas da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o município dispõe o de técnico farmacêutico responsável para prestar serviço à assistência farmacêutica municipal, sendo responsável por coordenar o ciclo da assistência farmacêutica local: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição e dispensação. Possui uma farmácia básica e unidades de dispensação de medicamentos, do elenco municipal, nas Unidades Básicas de Saúde.

Em relação ao componente estratégico, diante da necessidade da população, a gestão municipal realiza o processo de solicitação à Unidade Regional de Itapecuru, obedecendo o fluxo estabelecido pelo órgão gestor.

No que se refere ao componente Especializado, o município viabiliza junto à Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados (FEME) a dispensação da medicação.

5. REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Ministério da Saúde através da Portaria MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

A RAS é definida, pelo MS, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As Redes prioritárias são:

- ✓ Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- ✓ Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (Rede Cegonha)
- ✓ Rede de Atenção Psicossocial
- ✓ Rede de Atenção as Doenças Crônicas
- ✓ Rede de Atenção às pessoas com Deficiências

Caracterização da Região de Saúde de Rosário

De acordo com a resolução CIB/MA nº46, de 16 de junho de 2012, Axixá compõe a Região de Rosário com os seguintes municípios: Bacabeira, Barreirinhas, Cachoeira Grande, Humberto de Campos, Icatu, Morros, Presidente Juscelino, Primeira Cruz, Rosário, Santa Rita e Santo Amaro, possui 298.371 habitantes, conforme estivas do IBGE para 2018.

A Região de Saúde conta com ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde distribuídos nos 12 municípios que compõe a Região de Rosário.

60

Quadro 4. População, Área Territorial, Densidade Demográfica, distância da Capital

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO/ 2020	ÁREA TERRITORIAL	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (2010)	DISTÂNCIA DA CAPITAL
210110 AXIXÁ	12.183	160,462 km ²	57,10hab/km ²	94km
210125 BACABEIRA	17.252	542,962 km ²	25,33 hab/km ²	61km
210170 BARREIRINHAS	63.217	3.046,051 km ²	18,66 hab/km ²	230km
210237 CACHOEIRA GRANDE	9.478	865,040 km ²	12,20HAB KM	92km
210500 HUBERTO DE CAMPOS	28.932	1.714,625 km ²	12,64 hab/km ²	180km
210510 ICATÚ	27.269	1.124,445 km ²	17,74 hab/km ²	144,5km
210710 MORROS	19.572	1.712,121 km ²	10,65 hab/km ²	97km
210920 PRESIDENTE JUSCELINO	12.838	355,568 km ²	33,54 hab/km ²	51km
210940 PRIMEIRA CRUZ	15.431	1.337,161 km ²	10,50 hab/km ²	272km
210960 ROSÁRIO	42.994	647,998 km ²	59,08 hab/km ²	67.9 km
21020 SANTA RITA	38.298	756,797 km ²	47,91 hab/km ²	86.7 km
2110027 SANTO AMARO DO MARANHÃO	16.034	1.582,806 km ²	9,03 hab/km ²	225 km
Total	303.498			

5.1. Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Segundo o Ministério da Saúde as Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Nesta perspectiva, a CIR de Rosário apresenta a Reestruturação do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da CIR de Rosário o qual está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as portarias n 2395 de 11 de outubro de 2011 e portaria n 2809, de 07 de dezembro de 2012, específicas dos componentes da Rede de Urgências.

Foi elaborado a partir do diagnóstico situacional da atenção às urgências da região com a utilização de uma matriz diagnóstica e da análise das necessidades de saúde. A Pactuação do desenho regional da rede foi realizada em reuniões com os técnicos do Estado, o Grupo Condutor e Comissão Intergestores Regional - CIR. Este plano é o documento orientador para a execução das fases de operacionalização da Reestruturação da Rede de Atenção às Urgências.

✓ **COMPONENTES E INTERFACES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

- Promoção e prevenção.
- Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde;
- UPA e outros serviços com funcionamento 24h;
- SAMU 192;

- Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências;
 - Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
 - Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas;
 - Atenção domiciliar – Melhor em Casa
- ✓ **PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Tem por objetivo estimular e fomentar todos os municípios desta comissão a desenvolverem ações de saúde e educação permanente voltada para a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica; prevenir as violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis, mediante ações intersetoriais de participação e mobilização da sociedade.

✓ **ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE DE ROSÁRIO**

Tem por objetivos: ampliar o atendimento às urgências de baixa complexidade em todas as Unidades Básicas de Saúde, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades; fomentar o fortalecimento do vínculo e a responsabilização com o usuário; adequar a ambiência das unidades para o atendimento qualificado, através da implantação de Salas de Observação, prioritariamente em UBS localizadas em zona rural, considerando o tempo de acesso até a referência mais próxima e qualificar os profissionais de saúde para o manejo de urgências clínicas e pediátricas.

A Atenção Primária, de acordo com a Portaria MS/GM 3088/2011, constitui um dos pontos de atenção na rede psicossocial, a mesma tem importante papel na assistência a certas demandas em Saúde Mental. O Ministério da Saúde avalia que cerca de 9% da população apresenta transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a Atenção Primária deve responsabilizar-se.

Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar " alguma ação de Saúde Mental". Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico.

Pontos de Atenção da Atenção Primária

MUNICÍPIO	UBS/CENTRO DE SAÚDE	POSTO DE SAÚDE	TOTAL	Nº ESF
Axixá	5	4	9	6
Bacabeira	10	2	12	8
Barreirinhas	21	0	21	23
Cachoeira Grande	4	0	4	4
Humberto de Campos	9	2	11	10
Icatu	10	1	11	12
Morros	8	0	8	8
Presidente Juscelino	2	2	4	4
Primeira Cruz	5	0	5	6
Rosário	7	8	15	18
Santa Rita	16	1	17	14
Santo Amaro do MA	5	0	5	5

Mapa da necessidade da Atenção Primária dos municípios da Região de Saúde de Rosário

MUNICÍPIOS	NECESSIDADES PARA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NA AB.
AXIXÁ	<ul style="list-style-type: none"> Habilitar a UOM
BACABEIRA	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultório de fumante; Implantação do CEO 1
BARREIRINHAS	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultório de fumante; Implementação do PSF (implantação de mais 05 equipes).
CACHOEIRA GRANDE	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultório de fumante; Implantação do LRPD Implantar a UOM
HUMBERTO DE CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultório de fumante. Implantação do CEO Tipo 2;
ICATU	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultório de fumante; Implantação do CEO Tipo 2;
MORROS	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultório de fumante; Implantação do LRPD.
PRESIDENTE JUSCELINO	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultório de fumante. Implantação do LRPD. Habilitação do UOM
PRIMEIRA CRUZ	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 01 consultórios de fumante Habilitação do UOM

✓ **SAMU 192**

Não temos ainda estes componentes na região de Rosário. Este Componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras) que possa levar ao sofrimento, a agudização dos agravos ou mesmo à

morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acionados por uma Central de Regulação Médica das Urgências através do número 192 é composto por:

a) Central de Regulação Médica das Urgências: estrutura física é construída por profissionais (Médicos, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica – TARM – e Rádio Operadores - RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência (por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência), ficando também responsável por ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção.

b) Unidades Móveis

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III - Equipe de Aero médico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

IV - Equipe de Embarcação: composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Proposta para Implantação do SAMU na Região.

O município de Presidente Juscelino pactuou a implantação de uma Ambulância de Suporte Básico e duas Motolância.

✓ **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

Estrutura que tem por objetivo compor a rede regional de urgências, prestando assistência temporária e qualificada para a estabilização de pacientes em estado crítico, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde.

O município de Presidente Juscelino pactuou a implantação de uma sala de estabilização.

65

1.1 Rede Materno-Infantil - Cegonha

Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

Através da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Mediante a necessidade, de adotar medidas que assegurem a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha através da portaria 1.459 de

24 de junho de 2011 como uma rede de cuidados materno e infantil que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; e à criança o nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. Nesta perspectiva, a CIR de São Luís (MA) atualizou o Plano de Ação Regional da Rede Materna e Infantil.

O Plano de Ação da Rede Materna e Infantil da região de Rosário foi elaborado e atualizado a partir do diagnóstico situacional da saúde da mulher e da criança de cada município da região, observando o desenho regional da Rede Materna e Infantil com a utilização de uma matriz diagnóstica de saúde obedecendo à Portaria MS/GM 650, de 5 de outubro de 2011 e aos princípios que regem a portaria regulamentadora da Rede Cegonha.

O Plano de Ação Regional da Rede Materna e Infantil da Região de Rosário é o documento norteador para a execução das fases de implementação da Rede Materna Infantil, bem como para o monitoramento e avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Materna Infantil e pelo Ministério da Saúde.

✓ **OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

- Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

✓ **PRINCÍPIOS DA REDE CEGONHA**

- I- O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II- O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III- A promoção da equidade;
- IV- O enfoque de gênero;
- V- A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI- A participação e a mobilização social;

VII- A compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

✓ **DIRETRIZES**

- I- Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade,
- II- Ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- III- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- IV- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- V- Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- VI- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

✓ **COMPONENTES DA REDE MATERNO INFANTIL**

Componente PRÉ-NATAL:

- I- Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- II- Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- III- Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- IV- Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- V- Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- VI- Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- VII- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- VIII- Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites;
- IX- Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Componente PARTO E NASCIMENTO:

- I- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as

necessidades regionais;

II- Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

III- Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”

IV- Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

V- Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

VI- Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e

VII- Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

I- Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;

II- Acompanhamento da puérpera e da criança na Atenção Primária com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;

III- Busca ativa de crianças vulneráveis;

IV- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

V- Prevenção e tratamento das DST/HIV/ AIDS e Hepatites;

VI- Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTESANITÁRIO E REGULAÇÃO:

I- Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;

II- Implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e

III- Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

69

5.3. Rede de Atenção Psicossocial

O Plano do Ação Regional (PAR) da RAPS é fruto de negociações na região de saúde de Rosário, entre gestores, técnicos e usuários. É um instrumento bastante relevante em termos de planejamento e governança em saúde mental, envolvendo municípios, Estado e União.

Todas as ações contidas no presente Plano de Ação Regional de Atenção Psicossocial da Região de Rosário serão passíveis de contínuo acompanhamento, avaliação e revisão, estimulando-se também a participação do controle social. O PAR foi elaborado por técnicos e secretários municipais de saúde que compõem a Comissão Intergestores Regional – CIR da região de saúde de Rosário.

A característica das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) fundamenta-se na integralidade, articulação e efetividade das ações em saúde mental nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas.

É concretizada considerando as especificidades de cada região e o apoio aos serviços de base comunitária, que tem na sua formação serviços que se adequam às necessidades dos usuários e familiares. Seu funcionamento ocorre dentro dos territórios em que estão os usuários alvo desse serviço a partir do conhecimento de sua dimensão, gerando e transformando lugares e relações. Com isso, afasta-se do modelo hospitalocêntrico, baseado da internação, rompimento com a comunidade e segregação da família.

O cuidado proposto por esta rede prima pelo respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade, o exercício da cidadania e a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde. Propõe garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, diversificando as estratégias de atenção com a participação e o controle social dos usuários e de seus familiares.

Apesar dos CAPS serem uma referência para este serviço, os cuidados em saúde mental devem estar contidos nas ações da Atenção Primária, por meio das: Unidades Básicas de Saúde, Núcleo

de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial. Nas situações de crise ou de pacientes descompensados, a Rede de Atenção de Urgência e Emergência pode ser acionada pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A organização dessas estratégias deve fazer previsão aos pacientes com histórico de longas internações, daí a importância dos Serviços Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta para Casa, bem como a criação de •Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais que aumentem o grau de contratualidade dessa população.

O número de dispositivos de saúde mental na CIR-Rosário precisa de ampliação, uma vez que apenas quatro dos doze municípios dispõem desse serviço. Demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas aumentam significativamente gerando problemas sociais de várias ordens. Por estas razões esta região elaborou um desenho com os componentes da Rede distribuídos em territórios que apresentam maior demanda por aquele dispositivo tendo a complementariedade do serviço em outras cidades da região respeitando a facilidade de acesso, infraestrutura e logística.

O cuidado com pessoas que sofrem de transtornos mentais, álcool e outras drogas deve acolher estes pacientes a partir do prisma da particularidade de cada caso, uma vez que as demandas apresentadas neste contexto, muitas das vezes, são específicas e necessitam de intervenções que vão além da saúde mental, mas de todas outras ações em saúde e demais políticas pública. É a ligação destes pontos que amparará e dará um novo significado a vida dessas pessoas.

Na Região de Saúde de Rosário a organização das Redes de Atenção à Saúde é um grande desafio e o Plano Ação Regional apresenta-se como um instrumento norteador espelhado nas necessidades de reforçar a atenção à saúde com base no território organizando os sistemas municipais, com o apoio e fortalecimento das Comissões Interiores Regionais, pautado no que estabelece a Política Nacional de Atenção à Saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial é integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Deve-se considerar as especificidades loco – regionais, com ênfase nos serviços com base comunitária, caracterizados por plasticidade

de se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não os mesmos se adequarem aos serviços. Atua na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

71

✓ **DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas

✓ **EIXOS ESTRATÉGICOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE:**

Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental.

Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental.

Eixo 3: Ações Intersetoriais para reinserção social e reabilitação.

Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos.

✓ **SITUAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DE SAÚDE**

Na Região de Rosário existem 04 CAPS 1, em funcionamento nas cidades de Rosário, Icatu, Santa Rita e Barreirinhas. Percebe-se que a Região de Saúde de Rosário, no quesito de serviços de saúde mental, está aquém da sua necessidade, necessitaria de mais que o dobro de CAPS. Não possui leitos de Psiquiatria.

A rede de assistência em saúde mental é formada pelas políticas setoriais e Intersetoriais, Ministério Público, Fórum, Câmara de Vereadores, Secretarias Municipais (todas), CREAS, CRAS, Hospitais (Centros de Saúde, Unidade Mista), Sindicatos, Associações, Escolas, Universidades, Igrejas, AA, APAE, Conselho Tutelar, Conselhos Municipais.

Em relação aos recursos da comunidade, dos serviços não públicos, isto é, do terceiro setor, com firme base nos fundamentais princípios da pluralidade do diálogo e da intersetorialidade das ações, sempre objetivando o bem-estar do cidadão comum, isto é, de toda a população, deve haver uma ligação estreita entre os serviços de saúde públicos com as organizações comunitárias, com fins de prover recursos complementares de saúde à sociedade, sempre com fins coletivos, ou seja, com a lógica dos meios do setor privado não particular lucrativo, com fins filantrópicos, mas sempre coma lógica dos objetivos do setor público.

72

Quadro 6. Espelho da Repactuação. Presidente Juscelino.2021.

Pontos de Atenção	Quantidade	Estabelecimento CNES Ou Nome (Se Não Tiver Incluir O CNPJ Do Gestor)
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS I	01	12.115.932/0001-69
CAPS AD3	01	12.115.932/0001-69
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental Tipo III	01	12.115.932/0001-69

5.4. Rede de Atenção às Doenças Crônicas

A Portaria nº 483, de 01/04/2014 redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para organização das linhas de cuidado das doenças crônicas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente melhora a qualidade de vida, mas não leva à cura.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde as doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). As condições crônicas que afetam a população brasileira apresentam elevada morbidade cardiovascular e elevados custos

para os sistemas de saúde. A hipertensão arterial (HA), o diabetes mellitus (DM), o câncer e a doença renal crônica (DRC), estão inseridos nesse cenário de agravos.

A elaboração desta Rede de Atenção tem grande relevância devido as doenças crônicas constituírem sérios problemas de saúde pública, havendo a necessidade de fomentar a mudança no modelo de Atenção à Saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, ampliando o acesso dos usuários com DC aos serviços de saúde.

O Plano foi elaborado por técnicos e secretários municipais de saúde que compõem a Comissão Intergestor Regional – CIR da Região de Rosário e contou com o apoio fundamental dos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, através do grupo condutor, sendo aprovado em reunião extraordinária ocorrida em 18 de março de 2017, revisado e aprovado na reunião ordinária da CIR do dia 10 de outubro de 2019.

5.5. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Instituída pela Portaria MS nº 793, de 24 de abril de 2012, a Rede estabelece a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede tem como organização os seguintes componentes:

I - Atenção Básica, como ponto de atenção as Unidade Básicas de Saúde que contará com os serviços de Equipe Multiprofissional. E atenção odontológica

II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e

III- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

O Plano Regional de Cuidados às Pessoas com Deficiência da Região de Saúde de Rosário, elaborado em 2017, revisado e aprovado pela CIR/Rosário em 2021, define as atribuições do município de Presidente Juscelino, entre as quais deverá realizar as ações que incumbem à Atenção Básica e implantará o Serviço de Atenção Domiciliar, Equipe do Tipo I- uma EMAD e 1

EMAP, no Hospital Municipal Santo Antônio, CNES 2307049, sendo referência para os municípios de Presidente Juscelino e Cachoeira Grande.

74

6.GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Sistema de Saúde do município de Presidente Juscelino foi habilitado à gestão de média complexidade ambulatorial e hospitalar, por meio da Portaria MS/SAS nº 1.582, de 09 de outubro de 2017, com teto financeiro anual do bloco MAC no valor de R\$ 397.536,44 (Trezentos e noventa e sete mil, quinhentos e trinta e seis reais e quarenta e quatro centavos).

A gestão assegura a população os serviços e ações da atenção primária em saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e de média complexidade, de acordo com o nível de complexidade habilitado. Pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado do Maranhão, Resolução CIB nº 44 e 46/2011, o município de Presidente Juscelino pertence a Região de Saúde de Rosário, e macrorregião Norte, tendo como referência o município de São Luís.

6.1. Capacidade Instalada

O município possui uma Central de Gestão em Saúde, que sedia os departamentos de saúde, como: Coordenação de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Central de Marcação de Consulta e Exames, Tratamento Fora de Domicílio e Assistência Farmacêutica.

A rede de serviços do município de Presidente Juscelino é constituído por 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 06 Equipes da Estratégia Saúde da Família, 05 Equipes de Saúde Bucal, 41 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Polo Academia de Saúde e 01 Hospital Municipal Santo Antônio, com capacidade de 15 leitos, classificado como hospital de média complexidade ambulatorial e hospitalar, ofertando os serviços Urgência e Emergência 24 horas e internações em Clínica Geral, Pediatria Clínica e Obstetrícia Clínica, sendo referência para sua própria população

Quadro 7. Estabelecimentos de Saúde. Presidente Juscelino. MA.2021.

ORD.	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO	LOCALIDADE
1	7277873	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PRESIDENTE JUSCELINO	RUA DO SOL, BAIRRO CENTRO
2	2307057	UNIDADE BASICA DE SAUDE DO TAQUARIS	POVOADO TAQUARIS

3	7224745	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSE HILARIO TEIXEIRA	POVOADO JUCARA
4	5085322	UNIDADE BASICA DE SAUDE LIDIMAR BAIMA ALVES	RUA ANTONIO BAYMA-CENTRO
5	7682549	UNIDADE BASICA DE SAUDE MATA DOS CABOCLOS	POVOADO MATA DOS CABOCLOS
6	2307049	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	RUA MONSENHOR BACELAR, BAIRRO CENTRO
7	7691238	ACADEMIA DE SAUDE DE PRESIDENTE JUSCELINO	PRACA IVAR SALDANHA, BAIRRO CENTRO
8	7594305	UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE DE PRESIDENTE JUSCELINO	RUA DO SOL, BAIRRO CENTRO

Fonte: CNES/MS/2021.

6.2. Recursos Humanos

Abaixo o quadro sobre a forma de contratação dos profissionais de saúde no período de 2017 a 2020, de acordo com o CNES- O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde de 12/2021.

Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2017	2018	2019	2020
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	62	53	47	41

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Data da consulta: 27/03/2022.

6.3. Educação Permanente

A gestão municipal possui um Plano Municipal de Educação Permanente, que é atualizado anualmente, com pactuações no Plano da Região de Rosário. Os profissionais de saúde participam das capacitações promovidas pela Secretaria de Estado da Saúde/Unidade Regional de Saúde de Rosário.

76

6.4. Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ nº 12.115.932/0001-69, possui como ordenadora de despesas a Secretária Municipal de Saúde.

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

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, menciona o percentual mínimo que os entes federados deverão aplicar em ações e serviços público de saúde, definindo que os Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos Estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

A Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, dispõe sobre os grupos de identificação de transferência federais de recursos da saúde, organizados em dois blocos de financiamento: Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. Sendo assim, o município mantém contas específicas para recebimento dos recursos destinados aos blocos. Mantém ainda, contas específicas para recebimento de recursos estaduais, como farmácia básica.

6.5. Participação Social

O controle Social na Saúde se dar por meio do Conselho Municipal de Saúde, que é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, constituído pela Lei Municipal nº 002/1997, é um órgão integrante da estrutura regimental da Secretaria Municipal da Saúde, conforme determinação do inciso III do art. 198 da Constituição Federal, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, da Resolução CNS 333, de 4 de novembro de 2003.

O CMS é organizado de forma paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores. Possui 12 conselheiros de Saúde titular (sendo 06 usuários, 03 trabalhadores e 03 gestores) e 12 suplentes.

As deliberações do colegiado são homologadas pela Secretária Municipal de Saúde.

7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE JUSCELINO PARA 2022 A 2025

Após a análise situacional de Saúde do Município de Presidente Juscelino, discussão com equipe técnica de planejamento e orçamento municipal, propostas oriundas da participação popular e de governo, a equipe técnica da saúde do município de Presidente Juscelino formularam as seguintes Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde a serem trabalhadas no período de 2022 a 2025.

Este capítulo trata das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde, que foram elaboradas conforme as propostas apresentadas em audiências públicas realizadas até agosto de 2021, para composição dos programas e prioridades do executivo municipal para o PPA 2022 a 2025, incluídas as propostas demandadas para a Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Juscelino, para inclusão no Plano Municipal de Saúde plurianual 2022 a 2025, e respectivas Programações Anuais de Saúde.

Diretrizes e Objetivos

DIRETRIZ 1 – Garantir ações de atenção integral a saúde direcionada a toda a população com foco na promoção, proteção, controle e acompanhamento e recuperação da saúde, tendo como eixo estruturante a atenção primária articulada com os diversos pontos da atenção especializada.

Objetivo 1- Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Primária.

Objetivo 2: Adequar a rede física e melhorar a segurança, a ambiência e a infraestrutura das unidades de saúde

Objetivo 3 – Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS.

DIRETRIZ 2– Garantir o acesso da população as ações e serviços de saúde por meio da organização e fortalecimentos das Redes de Atenção à Saúde

Objetivo 1 – Promover da Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher e Fortalecimento da Rede Materno Infantil, com ênfase na qualidade da assistência do pré-natal, parto e nascimento

Objetivo 2 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes).

Objetivo 3 – Garantir acesso, acolhimento e atendimento resolutivo à atenção de urgência à saúde

Objetivo 4- Ampliar o acesso da população à Atenção Psicossocial, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

Objetivo 5 – Garantir o acesso da população portadora de deficiências ao cuidado integral de saúde.

DIRETRIZ 3 -. Garantir o acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, no âmbito do SUS.

Objetivo 1 – Promover o acesso dos usuários aos medicamentos padronizados com garantia de qualidade, humanização no atendimento, mediante uso racional e atenção integral a saúde conforme o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica.

DIRETRIZ 4 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde.

Objetivo 1 – Implementar e fortalecer as ações de Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos, mediante desenvolvimento das ações de vigilância em saúde/epidemiológica.

Objetivo 2 – Assegurar as ações de enfrentamento à Pandemia pelo Novo Coronavírus

Objetivo 3– Prevenir os riscos à saúde mediante às ações de Vigilância Sanitária

Objetivo 4 – Prevenir os riscos à saúde mediante às ações de Vigilância Ambiental em Saúde

DIRETRIZ 5 – Aperfeiçoar a gestão municipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 1 – Fortalecer o controle social para garantia da gestão participativa com foco em resultados.

Objetivo 2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

DIRETRIZ 1 – Garantir ações de atenção integral a saúde direcionada a toda a população com foco na promoção, proteção, controle e acompanhamento e recuperação da saúde, tendo como eixo estruturante a atenção primária articulada com os diversos pontos da atenção especializada.

Objetivo 1- Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Primária.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META PREVISTA			
		2022	2023	2024	2025
1-Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,0	100,0	100,0	100,0
2-Ampliar a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde	Total do teto de ACS credenciados e implantados	100,0	100,0	100,0	100,0
3-Implementação da Estratégia Amamenta-Alimenta Brasil em todos os estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde.	Percentual de unidades de saúde com a estratégia amamenta Brasil implantada	100,0	100,0	100,0	100,0
4-Acompanhar as condicionalidades do Programa Auxílio Brasil	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Auxílio Brasil.	85,0	85,0	85,0	85,0
5-Realizar 02 ações estratégicas/ano nas escolas participantes do Programa Saúde na Escola- PSE	Número de ações desenvolvidas por escolas	2	2	2	2
6-Implantar nas unidades básicas de saúde a promoção de ações relativas à promoção de hábitos de vida saudável e prática corporal – Crescer Saudável	Percentual de unidades de saúde com ações do Crescer Saudável e estratégia do Proteja implantados.	100,0	100,0	100,0	100,0
7-Realizar atendimento odontológico com tratamento completo para no mínimo 60% das gestantes que realizam pré-natal na APS (Previne Brasil)	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60,0	60,0	60,0	60,0
8-Implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)	Percentual de UBS com Prontuário Eletrônico	80,0	100,0	100,0	100,0

nas Unidades Básicas de Saúde com ESF	do Cidadão (PEC) implantado.					
9-Informatizar 100% das unidades básicas de saúde do município.	Percentual de UBS informatizadas	80,0	100,0	100,0	100,0	81
10-Atingir as metas quadrimestrais pactuadas para os indicadores do Previnê Brasil.	Percentual de metas alcançadas para os indicadores nos quadrimestrais avaliados	>=80,0	>=80,0	>=80,0	>=80,0	

Objetivo 2- Adequar a rede física e melhorar a segurança, a ambiência e a infraestrutura das unidades de saúde

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META PREVISTA			
		2022	2023	2024	2025
1-Adequação das estruturas das unidades de saúde da família	Percentual de unidades de saúde da família com estruturas adequadas	100,0	100,0	100,0	100,0
2- Reformar de Unidades Saúde para melhorar e adequar a ambiência dos espaços físicos	Percentual de unidades reformadas	100,0	100,0	100,0	100,0
3-Assegurar investimentos na APS garantindo aquisições e/ou reposição de equipamentos, mobílias e materiais necessários ao funcionamento de 100% das UBS, acordo com manual de estruturação de UBS do Ministério da Saúde	Percentual de UBS com infraestrutura adequadas ao funcionamento	100,0	100,0	100,0	100,0
4-Aquisição de veículos para equipes de atenção primária	Número de veículos adquiridos	02	02	02	02
5-Garantia de manutenção corretiva dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde	Percentual de UBS com equipamentos em manutenção periódica	100,0	100,0	100,0	100,0
6-Garantia de reposição insumos para as Unidades Básicas de Saúde	Percentual de UBS com reposição contínua de insumos	100,0	100,0	100,0	100,0
7-Garantir distribuição de medicamentos de uso contínuo para as unidades básicas de saúde	Percentual de UBS com disponibilidade ininterrupta de medicamentos de uso contínuos	100,0	100,0	100,0	100,0

Objetivo 3 – Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS.					
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META PREVISTA			
		2022	2023	2024	2025
1-Manter a regulação para o tratamento Fora do Domicílio – TFD.	Percentual de pacientes em Tratamento Fora do Domicílio regulado	100,0	100,0	100,0	100,0
2-Garantir a oferta de serviços especializados (consultas, exames, cirurgias), de forma a ampliar o acesso da população encaminhada pelo SUS aos serviços especializados.	Percentual da população vinculada à regulação com atendimento garantido	100,0	100,0	100,0	100,0
3-Informatizar a central e manter o setor regulador da SEMUS.	Regulação de consultas especializadas, exames e procedimentos, cirurgias eletivas.	100,0	100,0	100,0	100,0
4-Manter o funcionamento e estruturação da Central de Abastecimento Farmacêutica	Número de serviço mantido e estruturado	1	1	1	1
5-Adquirir transporte sanitário para pacientes em TFD	Nº de veículos adquiridos	1	1	1	1
DIRETRIZ 2– Garantir o acesso da população as ações e serviços de saúde por meio da organização e fortalecimentos das Redes de Atenção à Saúde.					
Objetivo 1 – Promover da Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher e Fortalecimento da Rede Materno Infantil, com ênfase na qualidade da assistência do pré-natal, parto e nascimento					
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META PREVISTA			
		2022	2023	2024	2025
1-Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,40	0,40	0,40	0,40
2-Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,20	0,20	0,20	0,20
3-Reduzir a gravidez na adolescência	Proporção de gravidez na adolescência entre as	≤20,0	≤20,0	≤20,	≤ 20

	faixas etárias 10 a 19 anos				
4-Manter em (zero) a incidência de sífilis congênita.	Nº de casos novos de sífilis congênita em < de 01 ano de idade	00	00	00	00
5-Manter as triagens neonatais: teste do pezinho	Percentual de testes mantidos	100,0	100,0	100,0	100,0
6-Garantir às gestantes a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal (Previne Brasil).	Proporção de gestantes com pelo menos de 6 ou mais consultas de pré-natal realizadas sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	>=45,0	>=45,0	>=45,0	>=45,0
7-Realizar os testes por gestante no 1º e 3º trimestres natal (Previne Brasil).	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>60,0	>60,0	>60,0	>60,0
8-Investigar ≥90% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	Proporção de óbito de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado	≥90,0	≥90,0	≥90,0	≥90,0
9-Investigar os óbitos fetais e infantis	Proporção de óbito fetal e infantil investigado	≥ 75,0	≥ 75,0	≥ 75,0	≥ 75,0
10-Reduzir o número de óbito infantil	Número de óbito infantil	≥ 4	≥ 4	≥ 4	≥ 4
11-Manter em 0 (zero) o número de óbitos maternos	Número de óbito materno	00	00	00	00
Objetivo 2 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes).					
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA			
		2022	2023	2024	2025
1-Reduzir a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes).	Nº Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes)	09	09	09	09
2-Assegurar ajuda de custo (TFD) aos pacientes que necessitem de atendimento especializado para diagnóstico	Proporção de pacientes cadastrados no TFD com atendimento garantido	100,0	100,0	100,0	100,0

e tratamento das doenças crônicas, tais como: as neoplasias, terapia renal substitutiva (hemodiálise) e obesidade, nos pontos de atenção de referência para o município de Presidente Juscelino, de acordo com as pactuações e normatizações vigentes						84
3-Assegurar às pessoas com hipertensão no mínimo 1 consulta semestral com aferição de PA (Previne Brasil)	Proporção de pessoas hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	50,0	50,0	50,0	50,0	
4-Assegurar às pessoas com diabetes, no mínimo 01 consulta semestral com solicitação de hemoglobina glicada (Previne Brasil)	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	50,0	50,0	50,0	50,0	
Objetivo 3 – Garantir acesso, acolhimento e atendimento resolutivo à atenção de urgência à saúde						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				
		2022	2023	2024	2025	
1 - Implantar o serviço SAMU com habilitação na CIB 01 Ambulâncias SAMU de suporte Básico e 02 Motolância, conforme pactuação na CIR Regional	Número de serviço SAMU habilitado para ampliação	01	01	01	01	
2-Implantar Serviço Atenção Domiciliar – SAD, com habilitação na CIB e Ministério da Saúde de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD do tipo 2) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)	Número de equipes implantadas e em funcionamento	02	02	02	02	
3-Implantar Serviço Atenção Domiciliar – SAD, com habilitação na CIB e Ministério da Saúde de uma Equipe Multiprofissional de	Número de equipes implantadas e em funcionamento	2	2	2	2	

Atenção Domiciliar (EMAD do tipo 2) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)						85
4-Realizar protocolo de classificação e estratificação de risco nas Unidades de Saúde (Hospitalar e UBS)	Proporção de Unidade de Saúde com Protocolo implantado	100,0	100,0	100,0	100,0	
Objetivo 4- Ampliar o acesso da população à Atenção Psicossocial, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				
		2022	2023	2024	2025	
1-Implantar e manter em funcionamento equipes Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, tipo 3 (AMENT 3)	Número de equipe implantada e em funcionamento	1	1	1	1	
2-Assegurar à população atendimento em saúde mental aos demais serviços da RAPS, conforme pactuação regional/estadual	Percentual de paciente com garantia de acesso	100,0	100,0	100,0	100,0	
3-Implantação de CAPS AD3	Construção e manutenção do CAPS AD3	-	1	1	1	
4-Implantação do CAPS I	Construção e manutenção do CAPS I	-	1	1	1	
Objetivo 5 – Garantir o acesso da população portadora de deficiências ao cuidado integral de saúde.						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				
		2022	2023	2024	2025	
1-Organizar o fluxo de assistência as pessoas com deficiência de acordo com a pactuação	Percentual de paciente com garantia de acesso	100,0	100,0	100,0	100,0	
Diretriz 3 -. Garantir o acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, no âmbito do SUS.						
Objetivo 1 – Promover o acesso dos usuários aos medicamentos padronizados com garantia de qualidade, humanização no atendimento, mediante uso racional e atenção integral a saúde conforme o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				
		2022	2023	2024	2025	

1-Garantir o adequado fornecimento de medicamentos e insumos as Unidades de Saúde (Hospitalar e Básica)	Percentual de Unidade de Saúde abastecida	100,0	100,0	100,0	100,0	86
2-Assegurar condições de funcionamento físico, estrutural e organizacional adequados da Central de Abastecimento Farmacêutico, farmácia básica, farmácia hospitalar e unidades de dispensação.	Percentual de Unidades funcionando	100,0	100,0	100,0	100,0	
3-Realizar atualizações do REMUME de acordo com a RENAME e perfil epidemiológico municipal	Número de REMUME elaborada/atualizado	01	01	01	01	
4-Manter o funcionamento e estruturação da CAF	Número de serviço mantido e estruturado	01	01	01	01	
Diretriz 4 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde.						
Objetivo 1 – Implementar e fortalecer as ações de Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos, mediante desenvolvimento das ações de vigilância em saúde/epidemiológica.						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				
		2022	2023	2024	2025	
1-Elaborar e apresentar no conselho de saúde os planos anuais da Vigilância em Saúde, considerando o cenário sanitário e epidemiológico.	Percentual de planos elaborados com apreciação no conselho	100,0	100,0	100,0	100,0	
2-Desenvolver ações do PQAVS de forma a atingir o percentual mínimo de indicadores/metapas estimulado para município obtenção de 100% do incentivo financeiro	Proporção de indicadores, de acordo com a estratificação, para recebimento total do incentivo financeiro	100,0	100,0	100,0	100,0	
3-Garantir proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Proporção de casos novos de TB pulmonar baculífera.	≥85,0	≥85,0	≥85,0	≥85,0	
4-Proporção de 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose	70,0	70,0	70,0	70,0	

confirmação laboratorial examinado.	pulmonar com confirmação laboratorial					87
5-Garantir no mínimo 90% de testagem para HIV nos casos novos de tuberculose	Proporção de exame anti HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	90,0	90,0	90,0	90,0	
6-Proporção de 80% de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	80,0	80,0	80,0	80,0	
7-Proporção de 95% das vacinas selecionadas em crianças menores de 1 ano de idade, com cobertura vacinal preconizada (Previne Brasil)	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo B e Poliomielite Inativada	95,0	95,0	95,0	95,0	
8-Encerrar oportunamente 80% ou mais das doenças de notificação compulsória imediata	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerrada em até 60 dias após notificação.	80,0	80,0	80,0	80,0	
9-Proporção de 95% de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95,0	95,0	95,0	95,0	
10-Proporção de 88% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes	Proporção da cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	88,0	88,0	88,0	88,0	
11-Proporção de 82% dos contatos dos casos novos de	Proporção de contatos examinados de casos	82,0	82,0	82,0	82,0	

hanseníase, nos anos das coortes, examinados.	novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.					88
12-Manter em zero o número os casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade na população da mesma faixa etária/100.000 hab.	0,00	0,00	0,00	0,00	
13-Realizar 90% de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência	90,0	90,0	90,0	90,0	
14-Realizar 90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência	90,0	90,0	90,0	90,0	
15-Proporção de 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	95,0	95,0	95,0		
16-Proporção de 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95,0	95,0	95,0	95,0	
17-Nº de 4 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para	4	4	4	4	

visitados para controle vetorial da dengue.	controle vetorial da dengue.				
Objetivo 2 – Assegurar as ações de enfrentamento à Pandemia pelo Novo Coronavírus					
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA			
		2022	2023	2024	2025
1- Atualizar o Plano de Contingência Municipal de acordo com orientações e diretrizes dos órgãos de saúde.	Plano de Contingência atualizado em relação às normativas	1	1	1	1
2-Atualizar o Plano de Imunização para COVID de acordo com as orientações e diretrizes do MS	Plano de Imunização para COVID-19 atualizado em relação às normativas.	1	1	1	1
3- Implantar e/ou implementar protocolo de atendimento das complicações e sequelas pós-covid nas unidades de saúde	Percentual de unidades de saúde com protocolo assistencial implantado	100,00	100,00	100,00	100,00
4-Manter a investigação e o encerramento de todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19.	Percentual de casos de SRAG por COVID-19 investigados e encerrados	100,0	100,00	100,00	100,00
Objetivo 3– Prevenir os riscos à saúde mediante às ações de Vigilância Sanitária					
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA			
		2022	2023	2024	2025
1-Realizar pelo menos 06 grupos de ações de Vigilância Sanitária necessárias ao município	Percentual de grupo de ações de Vigilância Sanitária, considerado necessário ao município no ano.	100,0	100,0	100,0	100,0
2-Adquirir equipamentos de comunicação e específicos para funcionamento e fiscalização da VISA	Coordenação da Vigilância Sanitária equipada e em funcionamento	01	01	01	01
3-Implementar o programa de educação permanente para os profissionais de Vigilância Sanitária	Percentual de profissionais capacitados	100,0	100,0	100,0	100,0
4-Percentual de 80% de cobertura de cães vacinados na campanha de vacinação canina	Percentual de cobertura de vacinação antirrábica canina na campanha	80,0	80,0	80,0	80,0

Objetivo 4 – Prevenir os riscos à saúde mediante às ações de Vigilância Ambiental em Saúde						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				90
		2022	2023	2024	2025	
1-Proporção de 20% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	20,0	20,0	20,0	20,0	
DIRETRIZ 5 – Aperfeiçoar a gestão municipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.						
Objetivo 1 – Fortalecer o controle social para garantia da gestão participativa com foco em resultados.						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				
		2022	2023	2024	2025	
1-Assegurar condições necessárias ao custeio, funcionamento de toda rede de saúde (administrativo e assistencial) com locação de prédios, transportes, profissionais, insumos, medicamentos, impressos, materiais de consumo/expediente, fardamento e manutenção da folha de pagamento dos profissionais dos programas/estratégias, coordenadores e demais servidores necessários para desenvolvimento das ações (atividades fins e meios).	Proporção de serviços funcionando	100,0	100,0	100,0	100,0	
2-Manter a estruturação da Central de Marcação de Consultas, exames, internações e TFD	Número de serviço em funcionamento	01	01	01	01	
3-Garantir a alimentação regular dos sistemas de informações do SUS	Percentual de sistemas alimentados	100,0	100,0	100,0	100,0	
4-Garantir a elaboração dos instrumentos de planejamento	Proporção de instrumento elaborado e	100,0	100,0	100,0	100,0	

do SUS, com apresentação para apreciação do Conselho Municipal de Saúde, conforme prazo determinado pelas legislações /SUS (Plano Municipal, Programação Anual e Relatórios de Gestão)	submetido ao CMS, de acordo com o fluxo e prazo					91
5-Garantir participação do município em 90% das reuniões da das Comissões Intergestores Regionais – CIR	Proporção de participação nas reuniões de CIR	90,0	90,0	90,0	90,0	
6-Implantar Ouvidoria na Secretaria Municipal de Saúde.	Ouvidoria implantada.	01	01	01	01	
7-Reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	Número de reuniões realizadas;	12	12	12	12	
8-Disponibilização de aporte financeiro e logístico para funcionamento do CMS.	Percentual de conselho em funcionamento	100,0	100,0	100,0	100,0	
Objetivo 2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.						
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR para Monitoramento e Avaliação da Meta	META PREVISTA				
		2022	2023	2024	2025	
1-Elaborar e atualizar anualmente e aprovar no CMS 01 Plano Municipal de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS	Plano de Educação Permanente implantado	01	01	01	01	
2-Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde.	Percentual de cadastro atualizado	100,0	100,0	100,0	100,0	

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Verifica-se, portanto, que há previsão legal da necessidade de definição do processo de monitoramento e avaliação para o Plano Municipal de Saúde - PMS. A ideia é que os objetivos e metas definidos sejam acompanhados sistematicamente para possibilitar ajustes que porventura sejam necessários. O PMS precisa ser um instrumento dinâmico de gestão. Considerando ainda os demais instrumentos de gestão a Programação Anual de Saúde – PAS, por sua vez, de forma semelhante ao PMS, traz em sua estrutura obrigatória indicadores que serão utilizados para o monitoramento das ações previstas. Esses indicadores representam o foco do acompanhamento rotineiro das ações.

O Relatório Anual de Saúde - RAG em si já se constitui um instrumento avaliativo, uma vez que compila os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O instrumento possibilita analisar onde estávamos e aonde chegaremos, constituindo-se uma poderosa ferramenta de avaliação e instrumento de melhoria da qualidade.

Dessa forma, entende-se que os processos de monitoramento e avaliação precisam estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde, os quais representam a espinha dorsal da gestão em saúde. Assim o monitoramento do PMS, será coordenado pela equipe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, divulgado internamente para os técnicos que atuam na gestão e as equipes da ponta dos serviços para que todos atuem em prol dos mesmos objetivos.

Os objetivos, metas e indicadores serão acompanhados quadrimestralmente pela coordenação municipal com o apoio dos profissionais corresponsáveis pela execução, avaliando o alcance das metas propostas as estratégias e medidas que serão adotadas para corrigir ou ajustar os problemas identificados. Essa avaliação será apresentada quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde e em Audiências Públicas Quadrimestrais, obrigatórias pela Lei 141/2012, assim como anualmente através do RAG.

9. REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Juscelino. Plano Municipal de Saúde de Presidente Juscelino, 2018-2022.
2. Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Plano Estadual de Saúde do Maranhão, plurianual, 2020-2023.
3. PORTARIA GM/MS Nº 330, 15 DE FEVEREIRO DE 2022 - Divulga, de forma detalhada, os repasses de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, referente ao exercício de 2022.
4. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM Nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.
5. Nota Técnica N3/2022-DESF/SAPS/MS – Descreve os Indicadores o Pagamento de Desempenho do Previne Brasil, conforme Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022.
6. NOTA TÉCNICA Nº 4/2022-DAPES/SAPS/MS -Indicador: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.
7. NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-DAPES/SAPS/MS-Indicador: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
8. NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS- Trata-se de Nota de qualificação do indicador " Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre".
9. PORTARIA GM/MS Nº 28, DE 7 DE JANEIRO DE 2022- Divulga os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao cofinanciamento das ações e serviços públicos de saúde no grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Teto MAC).
10. PORTARIA GM/MS Nº 128, DE 24 DE JANEIRO DE 2022- Divulga os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios relativos ao Piso Fixo de Vigilância em Saúde e ao incentivo aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública no Grupo de Vigilância em Saúde do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

11. PORTARIA GM/MS Nº 261, DE 8 DE FEVEREIRO DE 2022 - Divulga os montantes anuais de referência destinados ao cofinanciamento federal de recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde no Grupo de Atenção Primária a serem repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no ano de 2022.
12. PORTARIA GM/MS Nº 154, DE 26 DE JANEIRO DE 2022 - Aprova o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.
13. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais -Rename 2022. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
14. NOTA TÉCNICA Nº 8/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS - Trata-se de recomendação para administração do esquema primário e dose de reforço de vacinas contra a COVID-19 em pessoas imunocomprometidas a partir de 12 anos de idade.
15. RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - REMUME/2022- Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Juscelino. Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica.
16. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 –covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
17. PORTARIA GM/MS Nº 4.036, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2021 - Dispõe sobre a transferência de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde, considerando-se o cadastro de populações quilombolas.
18. PORTARIA GM/MS Nº 3.562, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2021 - Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).
19. Resolução Nº 664, de 5 de outubro de 2021, Conselho Nacional de Saúde - Realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde em 2023, com o tema central: “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia
20. RESOLUÇÃO Nº 649, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2020- Dispõe sobre as regras referentes à prorrogação de mandatos no âmbito dos Conselhos de Saúde e dá outras providências

21. Maranhão. Plano Estadual de Saúde 2020-2023/Governo do Estado do Maranhão. São Luís. Secretaria de Estado da Saúde, 2019.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde-PNS 2006-2019/ Ministério da Saúde. Brasília, 2017.
23. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. A Atenção Básica que queremos/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: CONASEMS, 2017.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2017-2021/ Ministério da Saúde. Departamento de Articulação Interfederativa-Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
25. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica. MS-DF- 2017.
26. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 2.500/GM de 28 de setembro 2017. Dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde. MS-DF- 2017.
27. BRASIL,2017. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N° 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html 02/07/21.
28. BRASIL, 2017. PORTARIA N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html em 02/07/21.
29. Ministério da Saúde. Manual De Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
30. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.631/GM, de 01 de outubro de 2015. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília- DF.2015
31. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coletânea para entender a Gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.
32. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Perfil do município de Presidente Juscelino/MA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada. Fundação João Pinheiro. Brasil, 2015.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei 8080/90/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o Controle Social na Saúde/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
35. BRASIL, 2013. Política Nacional de Humanização. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pn_folheto.pdf em 02/07/21.
36. BRASIL, 2013. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
37. SANTOS, Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 Comentada. Lenir Santos, São Paulo: Saberes Editora, 2012.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de orçamento e finanças para conselheiros de saúde/ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
39. BRASIL, 2011. PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html em 02/07/21
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
41. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil/Anne Joyce Angher, coordenação - 9ª ed. -São Paulo, Ridell, 2003.
42. BRASIL, 2002. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Disponível:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html em 02/07/21.