

Prefeitura Municipal de Imperatriz
Secretaria Municipal de Saúde
Conselho Municipal de Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



FRANCISCO DE ASSIS RAMOS
PREFEITO

ALCEMIR DA CONCEIÇÃO COSTA
SECRETÁRIO A MUNICIPAL DE SAÚDE

DORALINA MARQUES DE ALMEIDA
SECRETÁRIA ADJUNTA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
ROSEMAR MELO TELES

EQUIPE DE COLABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROJETO ESPECIAIS

TICIANO LEITE MELO

DIRETOR GERAL DO HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

VITOR PACHELLE LIMA ABREU

DIRETORA GERAL DO HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL DE IMPERATRIZ

ROSILENE LIMA SOUSA

COORDENADORA DO SAMU

JOSEMKELMA MELO DOS SANTOS COSTA

DIRETORA DA UPA SÃO JOSE

JORDANNA SOUSA NUNES

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

SORMANNE BRANCO OLIVEIRA

COORDENADORA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

GISELLY VIEIRA GOMES

COORDENADOR DA SAÚDE MENTAL

ALBERTO CLÉZIO SOUZA OLIVEIRA

COORDENADOR DA AUDITORIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

ANTONIO ESMERAHDSON DE PINHO DA SILVA

COORDENADORA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CEMI)

THAMISA FIALHO RODRIGUES

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

ALEXANIA OLIVEIRA BRANDÃO

ANNE DANNIELLE FRANCO

DORALINA MARQUES DE ALMEIDA

VIVIANE NOBREGA

MENSAGEM DO SECRETÁRIO



Assumi a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Imperatriz MA no dia 26 de agosto de 2021 iniciei um período para conhecer a rede de serviços de saúde, as equipes que neles atuavam e as potencialidades e fragilidades da saúde pública deste município. Na primeira quizona de setembro, elaborei um breve diagnóstico das minhas percepções e estabeleci eixos prioritários de atuação que apresentei para o Prefeito. Então desde o dia 3 de setembro iniciamos nosso trabalho com foco nessas prioridades e no aprofundamento do conhecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local..

Neste período elaboramos o Conograma do Mutirão das Cirurgias Eletivas com o objetivo de diminuir as demandas reprimidas Este programa nos enchia de entusiasmo, pois permitiria diagnóstico e tratamento para muitas pessoas que aguardavam na fila há muito tempo,.voltamos nosso olhar para as consultas e exames especializados de média complexidade, realizamos uma auditoria interna para conhecimento dos processos de pagamento e pagamento aos prestadores de serviços contratados pela SEMUS

Nesta mesma ocasião nos reunimos com o corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde dialogamos sobre o modelo de gestão adotado pela SEMUS, .Montamos serviços em tempo *record*, lutamos bravamente para conseguir cada leito que os pacientes precisaram com o aumento das síndromes gripais. fizemos compras para garantir tudo que fosse necessário para assistirmos os pacientes, mantivemos os demais serviços de saúde funcionando, lamentamos cada óbito, mas celebramos cada vida que foi preservada.

fornecemos todas as informações e explicações que nos foram solicitadas pelo poder Público Judiciário, Legislativo e Executivo. Trabalhamos com transparência com a comunidade, realizamos audiência pública na câmara de vereadores para assim cumprir com a legislação e a lei 141/2012 na prestação de contas dos recursos públicos e das ações de saúde realizadas.

Durante todo esse período frente a Secretaria de Saúde buscamos parceiros no congresso para captação de recursos, estreitamos laços com a Regional de Saúde do Estado, fortalecemos a atenção Básica em especial a assistência odontológica, concluímos reformas da Vigilância em Saúde e de outras Unidades Básicas de Saúde, montamos o Núcleo de Vigilância Hospitalar, com aquisição de equipamentos, remanejamento e capacitação de

peçoal. Realizamos junto com o Conselho Municipal de Saúde a 17ª Conferencia Municipal de Saúde .

Quando relembro todas as vezes que observei em silêncio cada um dos trabalhadores, coordenadores e diretores trazendo suas demandas, suas angustias em busca de soluções para a reorganização ou implantação de um serviço, falando com os usuários ou com os colegas até mesmo com os prestadores de serviço em busca de acesso, ampliação e qualidade que garantissem a prestação de serviços tanto para COVID e não-COVID que cuidassem do cidadão me vem na memória algumas reuniões, visitas nas Unidades de Saúde, os telefonemas de madrugada em tudo isso, vi além da competência técnica, da empatia, da força de espírito e do caráter da resiliência, uma dedicação que me emociona e que inspira a seguir neste contexto com dedicação para juntos planejamos o futuro da saúde pública de Imperatriz e região .

Com a elaboração deste Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022/2025. Reforço meu compromisso com a constante construção de um SUS eficiente, equitativo, universal e integral. Sei da responsabilidade na condução da política municipal de saúde, evidenciadas, inclusive, pela excelência esperada pela população e tenho consciência de que os desafios são enormes, mas também a convicção de que, com o trabalho incansável de todos alcançaremos os compromissos estabelecidos neste Plano, para deixarmos como legado um Sistema de Saúde Resoluto e Humanizado .

Agradeço às instâncias de participação e controle social, que cumprem papel importantíssimo nessa formulação de políticas de saúde e de fiscalização na prestação de serviços eficientes, e finalmente, agradeço a todos nossos trabalhadores e trabalhadoras de diferentes áreas, essenciais e imprescindíveis para assegurar a assistência à saúde de cada um dos 259 mil habitantes de Imperatriz e que a Saúde seja levada com qualidade a toda população Imperatrizense e da sua população referenciada que somam mais de um milhão de habitantes .

“Com o amor inquebrantável e propósito definido toda dificuldade se vence e todo obstáculo se transforma” Orison Swett Marden

ALCEMIR DA CONCEIÇÃO COSTA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ MA

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
AIH – Autorização de Internação Hospitalar APS – Atenção Primária em Saúde
ARV – Antirretrovirais
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEO – Centro de Especialidades Odontológica
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
COVID-19 – Doença pelo Coronavírus 2019 CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro de Estabelecimento de Saúde CNS – Conselho Nacional de Saúde
CTA Centro de Testagem e Aconselhamento
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
eAP – Equipe de Atenção Primária eSB – Equipe de Saúde Bucal
EPI – Equipamento de Proteção Individual EPS – Educação Permanente em Saúde
DOMI – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LC – Lei Complementar
MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PMCT – Programa Municipal de Controle da Tuberculose PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PMCT – Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PSE – Programa Saúde na Escola PSM – Pronto Socorro Municipal
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RH – Recursos Humanos

SAE – Serviço de Atenção Especializada

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Transporte Fora de Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VISA – Vigilância Sanitária

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMARIO

1.	INTRODUÇÃO	
2.	ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE-2022-2025	
	2.1 Base Legal	
	2.2 Relação com Plano de Governo 2021 a 2024	
	2.3 Relação com o Plano Plurianual – PPA	
	2.4 Relação com XVII Conferencia Municipal de Saúde	
	2.5 Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Saúde	
3.	OBJETIVOS	
	3.1 Objetivo Geral	
	3.2 Objetivos Específicos	
4.	ANALISE SITUACIONAL	
	4.1 Localização Geográfica	
	4.2 Rodovias	
	4.3 Rede de Esgoto Água e Energia Coleta de Lixo	
	4.4 Vegetação	
	4.5 Hidrografia	
	4.6 Urbanização e Arquitetura e Cultura	
	4.7 Cultura	

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) se configura como o documento que expressa as intenções da Gestão Municipal na área da saúde para o período de 4 anos, em observância às diretrizes do SUS, às responsabilidades do Município e aos anseios da população, oriundos das Conferências de Saúde.

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

Em Imperatriz a construção do PMS 2022-2025 se deu a partir da realização da 17ª Conferência Municipal de Saúde que ocorreu nos dias 09 e 10 de dezembro de 2021. Uma vez cumprida a etapa da conferência, o Setor de Planejamento, realizou cinco oficinas de trabalho para, de forma inédita, construir o PMS com a participação efetiva de todas as diretorias, chefias, coordenadores e técnicos representantes dos diferentes setores da SEMUS.

As oficinas permitiram momentos preciosos de escuta, troca de experiências, identificação de problemas e possíveis soluções, visando a uniformização de conceitos e a definição da metodologia a ser utilizada na elaboração de metas e indicadores do Plano municipal de Saúde. As atividades realizadas entre e durante as oficinas resultaram na produção da contextualização das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, e expressou a horizontalidade do processo, oportunizando o monitoramento e o compromisso da Gestão seguindo a lógica do modelo participativo adotado no Setor de Planejamento.

Cabe mencionar que o Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 possui compromissos focados em resultados finalísticos a serem entregues para a sociedade. Em alguns casos, o alcance desses resultados não depende exclusivamente da atuação da gestão Municipal, pois o cumprimento das metas depende de esforços realizados pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Agradecemos o Conselho Municipal de Saúde que cumpriu papel importantíssimo nessa formulação de propostas e na condução da política municipal de saúde permitindo

a compreensão do que se pretende realizar.

Estamos certos de que o Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025, é representativo e desafiador. nele, indicamos os caminhos que percorreremos nos próximos 04 anos para superar os desafios impostos pela pandemia e dela remanescentes bem como as propostas aprovadas na modelagem das redes assistências para a Regional de Imperatriz ,possibilitando amplo acesso ofertados de forma humanizada aos munícipes e população referenciada no Sistema de Saúde.

No sentido de facilitar a compreensão da Política de Saúde, o documento em referência apresenta características do município de Imperatriz MA quanto ao perfil demográfico, longevidade e fecundidade, determinantes e condicionantes de saúde, Índice de Desenvolvimento Humano, renda e emprego, habitação, hábitos , estilos de vida e natalidade.

Com a finalidade de fundamentar as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que nortearão as ações da Secretaria Municipal de Saúde, o PMS descreve a situação de saúde do município, analisando o perfil de morbimortalidade das doenças transmissíveis, como hanseníase, tuberculose, hepatites virais, HIV/aids e sífilis, e doenças transmitidas por vetores, como a leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral ,enfazizando as doenças transmitidas pelo Aedes sp., dengue, chikungunya e zika vírus.

Este documento discorre, também, sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as causas externas, acidentes e violências, e as doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Outros elementos fundamentais constituem o arcabouço do PMS, com o objetivo de delinear a estrutura existente pautados nas Redes de Atenção à Saúde RAS para desenvolver as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, respeitando os ciclos de vida, as questões de gênero, as especificidades de raça e a situação de grupos especiais expressando as prioridades do governo e os anseios da População.

Os eixos se desdobram em diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Os eixos estabelecem as linhas das ações que serão seguidas e as diretrizes expressam as escolhas estratégicas e prioritárias definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços do sistema de saúde, das políticas de Governo e das Conferências Municipais de Saúde. Os objetivos expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados. As metas expressam e/ou quantificam os resultados desejados para que os objetivos sejam alcançados. por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas,

consistindo em ferramenta essencial para o processo de monitoramento e avaliação do PMS.

As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: foram revisados, considerando a Portaria GM nº 750 de 29/04/19, que instituiu o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28/09/17 considerando o modelo de Plano de Saúde disponibilizado pelo DIGISUS onde as metas do Plano devem obrigatoriamente apresentar indicadores para o seu monitoramento, e estar vinculadas à Objetivos e Diretrizes.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ	Formulação que indica as linhas de ação a serem seguidas. Expressa de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese– e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.
OBJETIVO	Expressa o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.
META	Expressão quantitativa de um objetivo. A meta concretiza o objetivo no tempo, esclarece e quantifica “o que”, “para quem”, “quando”.
INDICADOR	É um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.

Missão: Promover o acesso ao atendimento universal, humanizado e de qualidade à população em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio das redes de cuidado, ensino e pesquisa, e gestão em saúde de forma eficiente.

Visão: Tornar-se referência em humanização, qualidade no acesso à saúde, transparência e educação com garantia da universalidade, equidade e integralidade.

Valores: Equidade, Ética, Humanização, Participação Social e Transparência.

2. ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE-2022-2025

2.1 Base Legal

A Constituição federal de 1988 dispõe em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Em seguida, sua regulamentação é apresentada nas leis nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990, chamadas Leis Orgânicas do SUS.

O SUS constitui-se em uma forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Além dos seus princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. E, os princípios organizacionais, os quais se destacam a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

A Lei nº 8.080/90 foi melhor detalhada pelo Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa como forma de operacionalização, levando em consideração um modelo regionalizado e hierarquizado. Esse dispositivo legal definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde são instituídas por articulação entre os estados e os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O decreto estabelece também que poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados, em articulação com os municípios. Quando situados em áreas fronteiriças com outros países, a conformação em regiões deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Para referendar o arcabouço legal do SUS, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabeleceu bases referenciais para o escopo das ações e serviços de saúde e para o compartilhamento do financiamento setorial. Em maio de 2021, o Conselho

Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou nota explicativa sobre a Lei Complementar nº 181, de 06 de maio de 2021 para viabilizar meios legais que possibilitem aos municípios a execução dos recursos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes nos Fundos Municipais de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde. De acordo com a lei nº181/2021, a qual permite aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios realizarem a transposição e a transferência destes valores disponíveis para que sejam utilizados em outras ações de saúde no Município.

No decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, o qual dispõe sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e da política nacional de saúde competências: coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS; a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios; as informações de saúde; os insumos críticos para a saúde; a ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos; a vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa científica e tecnológica na área de saúde.

Além de suas competências, vale ressaltar que o Ministério da Saúde é a gestão central do sistema, sendo preferencialmente de forma descentralizada, onde o componente municipal é o principal executor da atenção com direção única em cada esfera de governo, sendo facultativo a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde conforme disposto na lei.

Para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e dos programas do MS, o Plano Nacional de Saúde (PNS) como instrumento orientador se torna capaz de conduzir a atuação da esfera federal em sua coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo metas, indicadores, diretrizes e prioridades.

Enquanto o Plano Estadual de Saúde (PES) é um dos principais instrumentos de apoio em busca do aperfeiçoamento e a atuação da Secretária Estadual de Saúde (SES) que pretende destacar os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria e sustentabilidade do SUS, visando a equidade entre as regiões e a qualidade de vida e de saúde da população do Estado do Maranhão.

O Plano Municipal de Saúde é submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde devendo ser disponibilizado para acesso ao público no DigiSUS.

O DigiSUS Gestor- módulo planejamento incorporou as funcionalidades do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS) e do Sistema de Pactuação de Indicadores do

Pacto pela Saúde (Sispacto) e foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, que altera os artigos 435 a 441 da Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. É uma plataforma digital, que tem por objetivo possibilitar, aos gestores de todas as esferas acesso ao registros de dados do Plano de Saúde (PMS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como a elaboração e o envio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação do conselho de saúde.

Os principais objetivos do DigiSUS baseiam-se no aperfeiçoamento da gestão em saúde, a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde, o aprimoramento do uso dos recursos públicos, apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e manter a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde.

2.2 Relação com Plano de Governo 2021 a 2024

O Plano de Governo Municipal 2021/2024 –“Pra frente é que se anda” tem o princípio de uma gestão participativa destacando o desejo de uma gestão realmente comprometida com a população de Imperatriz. O Plano de Governo aqui delineado apresenta após análise as Propostas, Objetivos e Metas que foram incluídas no Plano Municipal 2022-2025.

PRINCIPAS PROPOSTAS APRESENTADAS DO PLANO DE GOVERNO 2021-2024

1. Promover melhorias da estrutura física, dos equipamentos e dos serviços no Hospital Municipal de Imperatriz, garantindo atendimento de promoção, tratamento e recuperação de saúde a toda população que precisa;
2. Ampliar o programa de capacitação continuada para profissionais atuantes na saúde
3. Ampliar os cursos intensivos para capacitação na atuação dos agentes de saúde e agentes de endemias;
4. Ampliar a distribuição de medicamentos para doenças crônicas Hipertensos e Diabéticos.
5. Ampliar a recuperação da estrutura dos equipamentos de saúde (UBS) já existentes;
6. Promoção de campanhas itinerantes, em todos os povoados, voltadas a Exames,

laboratoriais, exames oftalmológicos, diabéticos, ginecológicos e urológicos; (Zona Rural)
7. Implantar a farmácia Básica em todas as UBS do município;
8. Criação do ambulatório de obesidade;
9. Criação do Centro de Tratamento para Queimados;
10. Criação do ambulatório de nefrologia;
11. Construção de mais 4 UBS, 3 porte II e uma porte III;
12. Ampliação da capacidade atendimento do TFD;
13. Implantação de uma base do SAMU na grande Vitória; E 01 base do SAMU na Vila Conceição;
14. Reduzir o tempo de espera para consultas médicas na rede municipal de saúde

2.3 Relação com o Plano Plurianual – PPA

Plano Plurianual em atendimento as legislações acima citadas e a Constituição Federal de 1988, o PMS 2022-2025 foi elaborado em consonância com Plano Plurianual para o mesmo período que possui compatibilidade quanto à vigência e aos objetivos definidos.

O PPA é o documento que formaliza o planejamento do Município e o cumprimento, no espaço de 4 anos, do que foi democraticamente aprovado pela população em Audiências Públicas.

Neste sentido, O PPA não é apenas o cumprimento de um requisito legal, mas sim um instrumento através do qual se compatibiliza a estratégia do governo local, os recursos existentes, apresentando as oportunidades e investimentos possíveis na integração com o planejamento das diferentes esferas de governo, buscando beneficiar a população em suas necessidades comuns.

Estabelecendo diretrizes para uma gestão democrática do planejamento e da aplicação dos recursos financeiros do Município, o PPA define os objetivos estratégicos e as metas a serem atingidas pela Administração municipal, Os objetivos e metas estabelecidos pelo PPA concretizam por um modelo de gestão de alto desempenho, elevando a qualidade de vida da população e criando um ambiente favorável para que este

seja um lugar de oportunidades (PPA em anexo).

2.4 Relação com XVII Conferencia Municipal de Saúde

As Propostas elaboradas e aprovadas na XVII Conferência Municipal de Saúde realizada nos dias 09 e 10 de dezembro de 2021 com o tema **“SUS NA PANDEMIA E PÓS PANDEMIA, ENFRENTANDO DIFICULDADES, SUPERANDO DESAFIOS”**.

PROPOSTAS APROVADAS XVII CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
EIXO	Nº	PROPOSTAS
1. Fortalecimento Da Atenção Primária À Saúde Na Pandemia E Pós – Pandemia	01	Integrar os ACE nas equipes de Saúde da Família, conforme PNAB 2017.
	02	Tornar público os serviços ofertados pelas UBS nas plataformas digitais do município, Inclusive o pré natal para gestantes.
	03	Ampliar os distritos sanitários no município de Imperatriz criando distritos nos bairros mais afastados.
	04	Ampliar as equipes mult profissionais para o atendimento na zona rural.
	05	Potencializar as equipes de saúde da família para alcançar os indicadores do Ministério da Saúde.
	06	Construção de pistas de caminhada, academia popular de saúde nos bairros, para as pessoas fazerem seus exercícios, mantendo acompanhamento através de profissionais do município.
2. Saúde do Trabalhador na Pandemia e Pós-Pandemia	01	Colocar em prática o projeto Quem cuida do cuidador, visando a saúde dos trabalhadores da saúde do município, com implantação de um plano de saúde municipal com a coparticipação dos servidores.

	02	Melhoria dos ambientes de trabalho, com informatização de todas as UBS de Imperatriz, com implantação do Prontuário Eletrônico interligados com os hospitais, UPA e Unidades de Saúde Mental.
	03	Implantação do projeto de terapias comunitárias dentro do Centro de Atenção Psico Social CAPS com parceria da Atenção Básica, Secretaria de Educação, SEDES, Associação de Moradores com capacitação permanente para os Terapeutas comunitários.
		Não terceirização da saúde pública de Imperatriz, evitando assim a precarização do trabalho, bem como as relações do trabalho, dando seguimento a carreira dos servidores.
	04	Implantação do PCCS para os trabalhadores da saúde pública de Imperatriz.
3. Desafios no Financiamento do SUS na Pandemia e Pós – Pandemia.	01	Que o dinheiro do financiamento do programa DST/AIDS seja usado exclusivamente no mesmo.
	02	Utilizar percentual básico de 55% com gastos pessoais segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal.
	03	Tornar as verbas de taxas e multas recebidas pelo município na SEMUS, que sejam encaminhadas para o fundo municipal de saúde.
	04	Fomentar um melhor acompanhamento dos dados que são lançados pelo município na Atenção Básica.
	05	Implantar através de projeto a criação de 10 UBS's, inclusive UBS no Bairro Bom Jesus e Parque Alvorada II.
4. PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.	01	Garantir a inclusão das PIC's no Plano Municipal de Saúde de Imperatriz e que seja uma ação prioritária do CMS.

	02	Construir em cada bairro da cidade um espaço de bem viver em parceria com as secretarias de saúde, esporte, infra estrutura e planejamento urbano,
	03	Contribuir de forma efetiva a visibilidade da ANEP's, no âmbito municipal inclusive, apoiando financeiramente para possíveis eventos
	04	Garantir a autonomia dos profissionais da enfermagem para /na efetivação do trabalho com as PIC's.
	05	Implantar o programa farmácia viva, em terrenos baldios, fortalecendo assim o uso das PIC's em parceria com a pastoral da criança, ASTERCMA e CCN Negro Cosme.
	06	Garantir a formação de profissionais da saúde e lideranças que tenham afinidade com as PIC's, considerando humanização, cuidando de si, do outro e do planeta.
	07	Implantar um espaço de cuidado nas UBS's, reconhecendo cada território, em parceria com as IES (públicas e privadas), movimentos sociais, associações e sindicatos.

2.5 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 onde chegaremos, constituindo-se uma poderosa ferramenta de avaliação e instrumento de melhoria da qualidade.

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

Os objetivos, metas e indicadores serão acompanhados quadrimestralmente pela coordenação municipal com o apoio dos profissionais corresponsáveis pela execução, avaliando o alcance das metas propostas 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.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Traçar um plano representando as Políticas Públicas de Saúde com o intuito de suprir as necessidades dos usuários com o compromisso de execução no período de quatro anos, servindo como instrumento norteador na prática diária dos gestores.

3.2 Objetivos Específicos

- Adequar a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, às mudanças sociais decorrentes dos avanços tecnológicos e científicos que impõem novas formas de pensar, agir e de relacionar;
- Buscar a consolidação e o desenvolvimento do atendimento às ações básicas de saúde, através de serviços qualificados, visando à satisfação do usuário do SUS e a solução dos problemas de saúde existentes;
- Contemplar a agenda de saúde municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o quadro de metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- Incentivar os profissionais, funcionários, gestores da área da saúde, a organizarem e desenvolverem campanhas, projetos, atividades e ações permanentes e transformadoras de acordo com a realidade local;
- Otimizar as ações administrativas da Secretaria Municipal de Saúde a fim de atingir os objetivos propostos com economia de tempo e recursos;
- Apoiar e estimular a adoção de programas, campanhas, projetos/atividades e ações de expansão e qualificação da atenção Básica;
- Racionalizar ações para o desenvolvimento de um trabalho harmonioso e de qualidade;
- Efetivar o Plano Municipal de Saúde como eixo norteador de todas as ações no âmbito municipal e contemplar todo o contexto de ação da Secretaria na esfera global do SUS.

4. ANALISE SITUACIONAL

4.1 Localização Geográfica

O município de Imperatriz localiza-se no oeste do Estado do Maranhão, na microregião nº 38. Tem limites com os municípios de Cidelândia, São Francisco do Brejão, João Lisboa, Davinópolis, Governador Edison Lobão e com o Estado do Tocantins. O município encontra-se a 629,5 quilômetros da capital do Estado. Suas coordenadas geográficas são 5° 31' 32" latitude sul; 47° 26' 35" longitude a W Gr., com altitude média de 92 metros acima do nível do mar.

Distância São Luís - 639 km Araguaína - 257 km

Belém - 608 km Palmas - 644 km

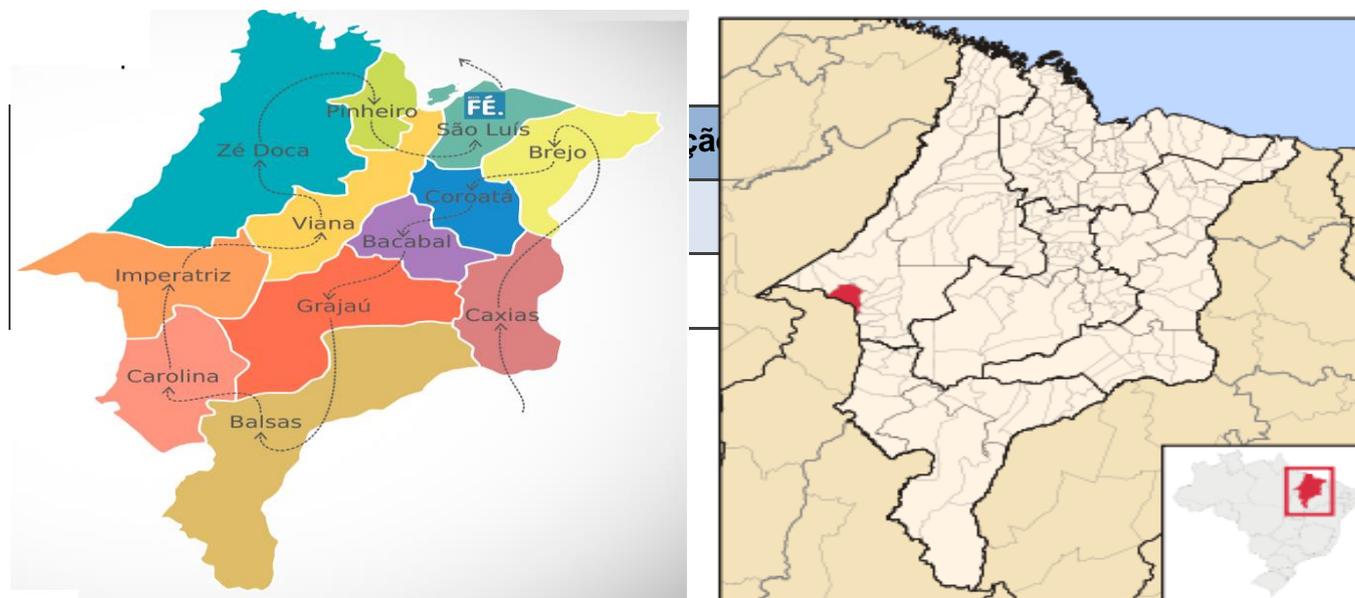


Figura 1 - Área territorial

4.2 Rodovias

Com o plano de metas do presidente Juscelino Kubitschek, que pretendia desenvolver o país em cinquenta anos dentro de cinco, além de integrar as regiões até então isoladas ao Centro-Sul do país, foi criada, em 1958, a BR 010, mais conhecida como Rodovia Belém-Brasília, que passa por Imperatriz. A construção dessa rodovia trouxe um rápido crescimento econômico e populacional do município, tendo o número de habitantes dobrado em menos de cinco anos.

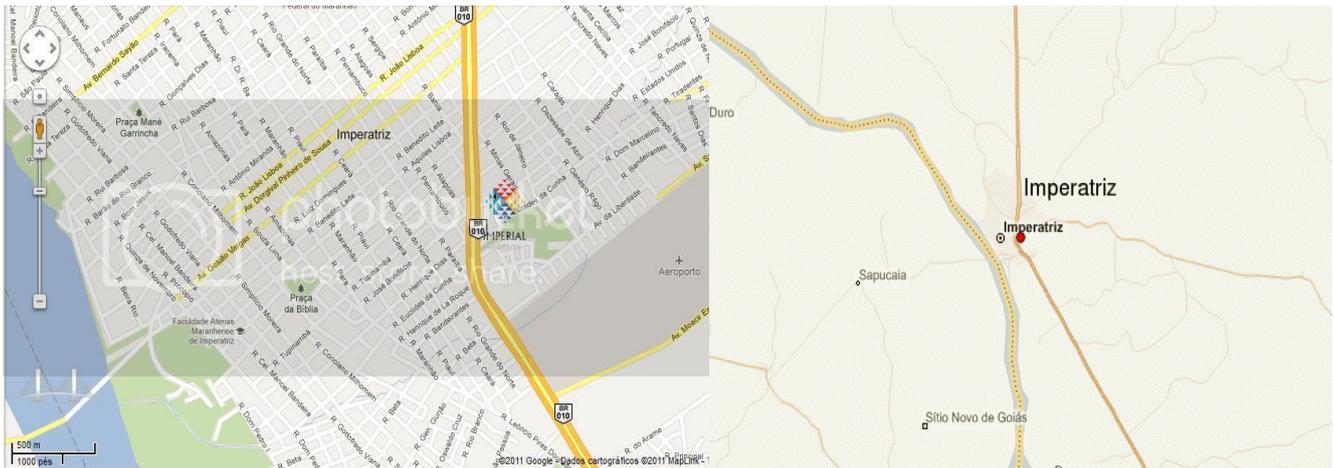


Figura 2 – Rodovias

4.3 Rede de Esgoto Água e Energia Coleta de lixo

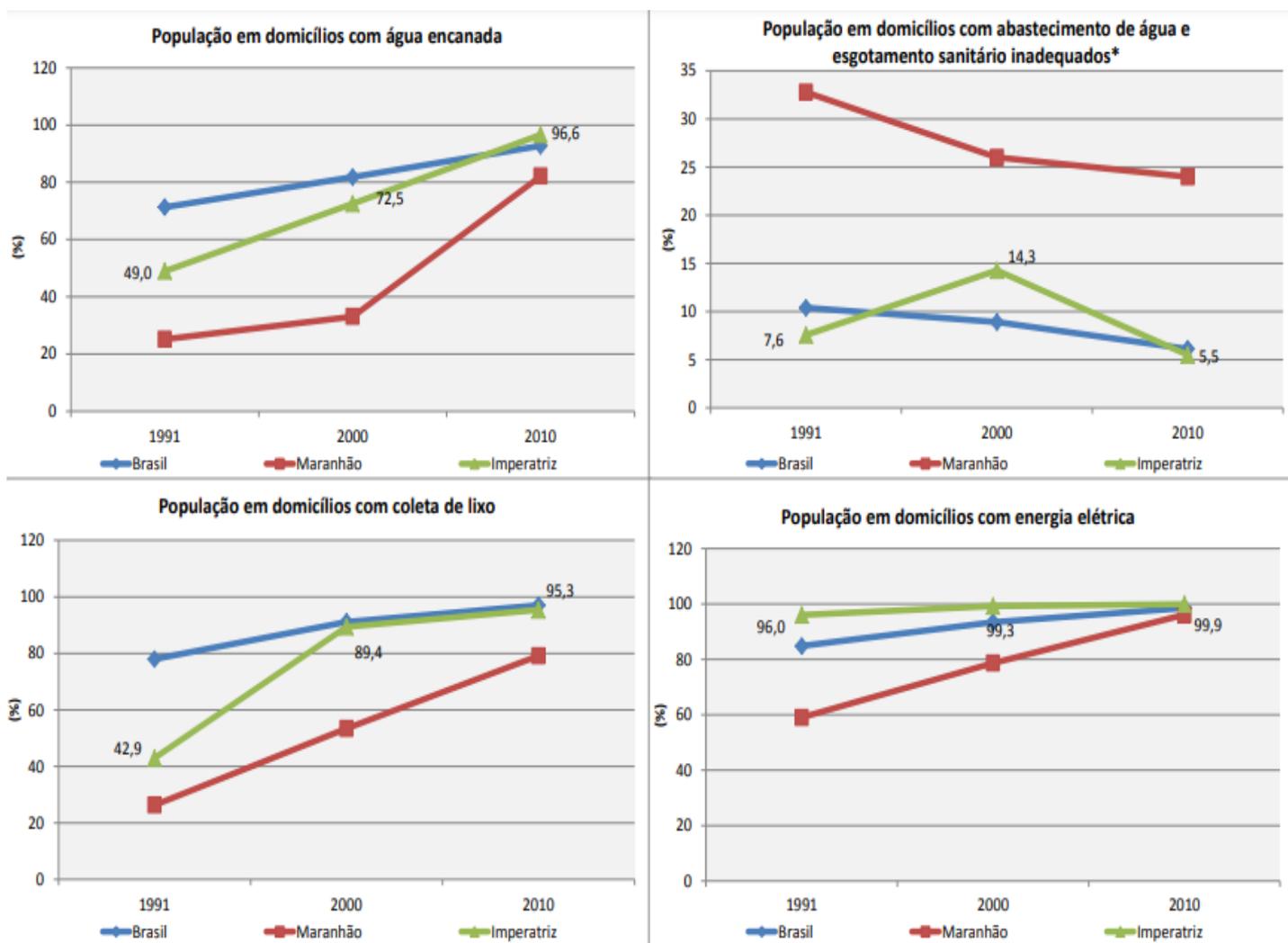
O abastecimento de água potável está sob a responsabilidade da CAEMA - Companhia de Água e Esgotos do Maranhão, sob a supervisão da FNS - Fundação Nacional de Saúde.

A captação é realizada diretamente no Rio Tocantins. O sistema conta com dois reservatórios de água tratada com capacidade total de 35.700.000 Lts. O sistema de distribuição tem capacidade instalada para 5.390m³ sendo 3.000m³ por reservatório térreo e 2.390M³ por reservatório aéreo. Na área rural a CAEMA atua com a implantação de poços artesianos, rede de distribuição e pequenos reservatórios.

Imperatriz conta também com um eficiente sistema de abastecimento de energia, através da Subestação da Eletronorte instalada no Distrito Industrial do Município e além de estar bastante próxima das Hidrelétrica de Estreito e de serra quebrada. Também conta com sistema de coleta seletiva de lixo, feita por caminhões compactadores que atendem a 80% da área do município com o seu destino final adequado. Há também coleta de lixo hospitalar, de embalagens de agrotóxicos e de produtos recicláveis.

A energia elétrica do Município é fornecida pela CEMAR - Companhia Energética do Maranhão S.A. Pesquisa realizada pela Subsecretaria Estadual de Saúde indica que 97,07% dos domicílios urbanos possuem energia elétrica. Os principais povoados e alguns imóveis rurais são servidos por energia elétrica.

Indicadores das condições habitacionais - Imperatriz - MA - 1991, 2000 e 2010



Uma rede de distribuição de água potável para consumo humano adequada é fundamental para a saúde da população. Nos levantamentos censitários, o abastecimento de água sempre foi classificado de acordo com a fonte fornecedora e a existência ou não de distribuição interna no domicílio. Deve-se destacar que essa avaliação registra a existência ou não de rede de abastecimento, mas não garante a qualidade da água fornecida, ratificando a importância da análise da qualidade da água para consumo como atividade da vigilância em saúde.

A água representa o fator de maior importância para a saúde de uma população. As águas poluídas por esgoto doméstico causam hepatites, diarreias, verminoses, cólera, infecções intestinais, alergias, doenças da pele, poliomielite, amebíase, esquistossomose, leptospirose, febre tifoide e paratifoide, etc., enquanto as águas contaminadas por metais pesados (zinco, cobre, ferro, alumínio e mercúrio) decorrentes do lixo metálico ou despejos industriais provocam distúrbios neurológicos e gástricos.

4.4 Vegetação



Os tipos de vegetação originais do município são a floresta amazônica e o cerrado, este último que se caracteriza por árvores baixas, de troncos retorcidos e cascas grossas, espalhadas pelo terreno; as florestas ou matas, que se caracteriza pelo predomínio de árvores altas que crescem bem próximas umas das outras, além dos campos, que se caracterizam pela formação de plantas rasteiras, predominando o capim e a grama também é comum

encontrar plantas carnívoras.

Do ponto de vista ecológico, Imperatriz apresenta uma grande diversidade de espécies de plantas e animais. Na região oeste do estado estão demarcados de 300 mil hectares de terra referentes à Reserva Biológica do Gurupi, que é o que restou da floresta amazônica no Maranhão. Imperatriz por fazer parte dessa área recebeu o título de Portal da Amazônia.

4.5 Hidrografia



O município de Imperatriz é banhado pelo rio Tocantins, além dos riachos Cacau, o riacho Bacuri, Santa Teresa, Capivara, Barra Grande, Cinzeiro, Angical, Grotão do Basílio e Saranzal. O rio Tocantins é um dos rios mais importantes do norte brasileiro, e como consequência, do município de Imperatriz.

O Rio Tocantins é uma das fontes de pescados para a população, e além disso, proporciona também oportunidades de lazer para os Imperatrizenses e a população dos municípios vizinhos, quando a partir de julho, ao baixar de suas águas, faz-se surgir praias fluviais. As mais famosas são as Praias do Cacau, do Meio, da Belinha e do Imbiral. O rio também é a principal fonte de abastecimento de água do município.

4.6 Urbanização e Arquitetura e Cultura



Imperatriz tem característica e tamanho dignos de um centro regional, apesar de possuir poucas avenidas amplas e largas. Imperatriz experimentou um boom de desenvolvimento nas décadas de 1960, década de 1970 e década de 1980 (como dito acima), sendo grande polo atrativo de empregos. Nos últimos anos houve um grande crescimento de construções voltadas para as classes A e B, ultrapassando grandes quantias só na fase de implantação. Isso se dá pelas seguintes razões: saturação dos grandes centros próximos (que já não mais têm espaço para determinadas atividades econômicas); da estabilidade econômica e aumento da renda da população local; baixo custo de vida na cidade; incentivos municipais e estaduais. Também pesa o fato de que na cidade exista pouquíssima concentração de indigentes e pedintes de rua se comparado aos grandes centros, que também pesa na hora de atrair investidores. Os programas sociais dos governos conseguiram amenizar a situação crônica enfrentada pelas famílias excluídas.

Entretanto a expansão horizontal da cidade acabou provocando baixa densidade populacional, grandes distâncias, bairros com pouca infraestrutura, além de inúmeros terrenos vagos. Entretanto, há estudos e até legislação municipal (código de postura) que serão postos em prática para urbanizar os vazios da cidade.

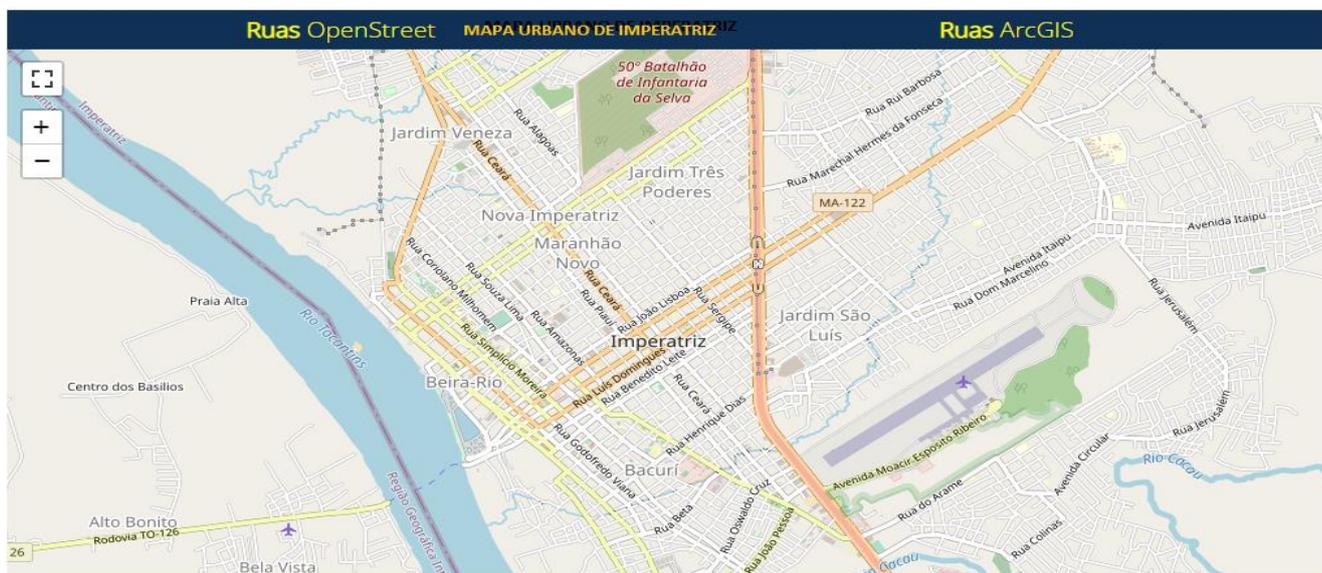
Está em fase final o projeto de urbanização da área central da cidade, com a restauração da malha asfáltica das principais avenidas do centro da cidade com recursos do município, a duplicação da avenida Pedro Neiva (Babaçulândia) que liga Imperatriz ao município de João Lisboa pelo governo do estado, investimentos que já estão sendo executados como obras de asfaltamento e instalação de rede de esgotos em alguns bairros mais afastados do centro da cidade por parte do governo federal, verbas oriundas do PAC.

As Secretarias de Infraestrutura e de Planejamento Urbano e Meio Ambiente estão iniciando a execução do código de postura do município em relação ao nivelamento e padronização das calçadas em Imperatriz, que gera muita reclamação por parte de pessoas com deficiência (cadeirantes) e até de pessoas sem deficiência, visto que há muita irregularidade nas calçadas da cidade. A princípio, o projeto inicialmente contemplará apenas o centro da cidade e posteriormente os bairros.

Regularmente é feito na cidade a renovação das pinturas das faixas de pedestres, dos

meios-fios nas calçadas, e pequenas obras nos cruzamentos de ruas para o melhor escoamento da água da chuva, evitando alagamentos, que são problemas constantes no município.

Imperatriz, possui atualmente área total de 1 368,988 km², ocupando a 76^o (Septuagésimo Sexto) maior área do estado. A área urbana totaliza apenas 15,4 km², sendo a 195^o maior área urbana do país e a 2^o do estado do Maranhão.



4.7 Cultura

A cultura em Imperatriz é marcada pela diversidade de costumes, música e gastronomia e reflete traços culturais singulares devido a herança deixada pelos nativos e diversas raças, desde a europeia, libanesa até a africana, e pelos migrantes oriundos de outros Estados que aqui se radicaram.

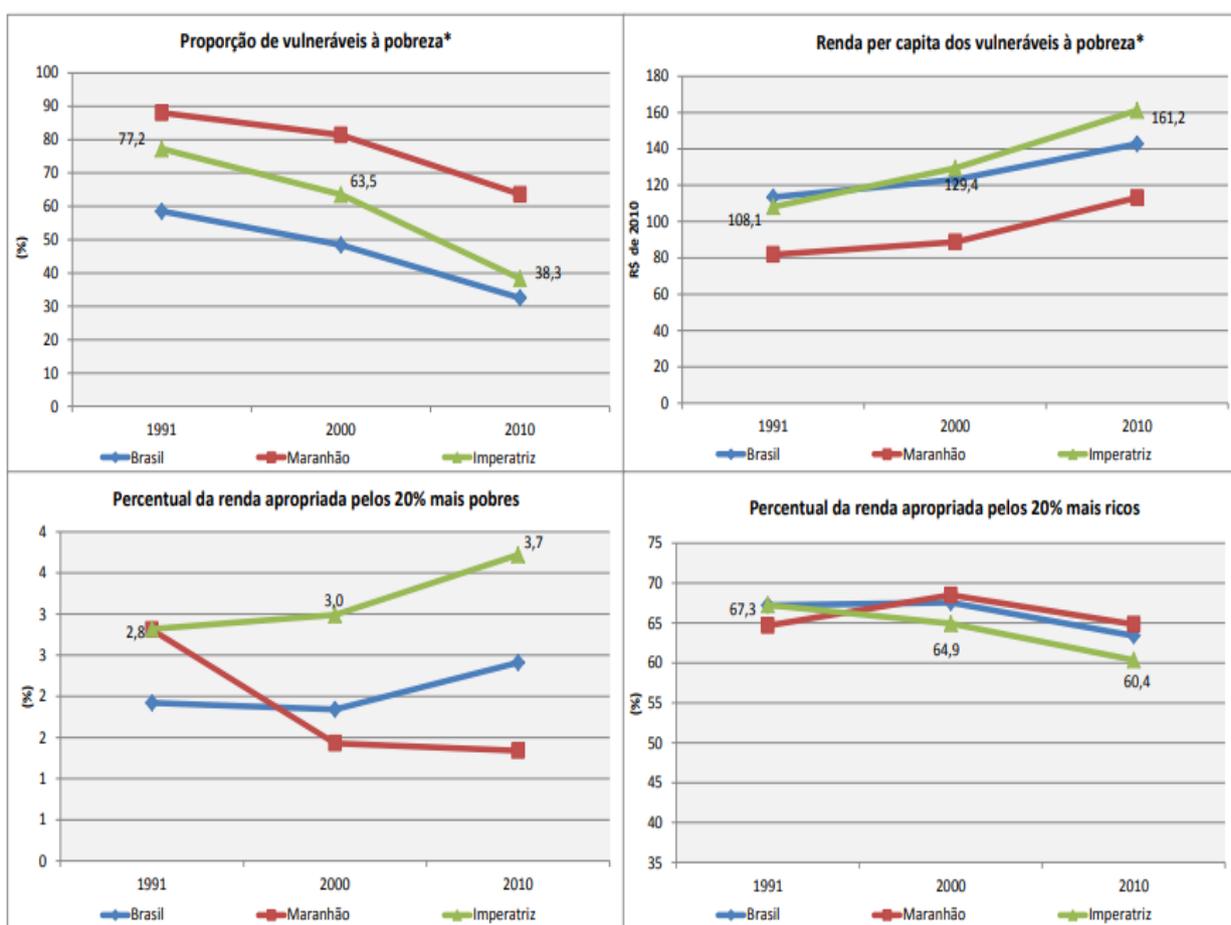
4.8 Perfil Socioeconômico e Economia

O perfil socioeconômico permite a área da saúde compilar dados de grande amplitude que podem ser usados no sentido da proposição de oferta de serviços ligadas ao princípio da equidade, pois permite um planejamento estratégico que beneficia a população de forma a atender prioridades. Isto se deve a utilização do próprio conceito ampliado de saúde, que é interpretado como resultante de condições de vida.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo

prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano para avaliar as condições de vida das pessoas nos países, bem como nos municípios (IDH-M) a partir de indicadores de educação (alfabetização e frequência na escola), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (renda per capita). Seus valores variam de 0 (muito baixo) a 1 (muito alto).

Em 2019, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 24.5%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 49 de 217 e 2 de 217, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2034 de 5570 e 907 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 37.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 217 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 3102 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



De um modo geral, a maior parte da mão-de-obra ativa do município é absorvida pelo setor terciário (comércio de mercadorias e prestação de serviços). A construção civil também desempenha papel muito importante na economia local. Segundo o IBGE (Estatísticas do Cadastro Central de Empresas 2007) o município tem 5.468 empresas cadastradas, 37.150

peças empregadas, 30.768 pessoas assalariadas, tendo como Salário médio mensal o valor de 1,8 Salários mínimos.

Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2019]

2,0 salários mínimos

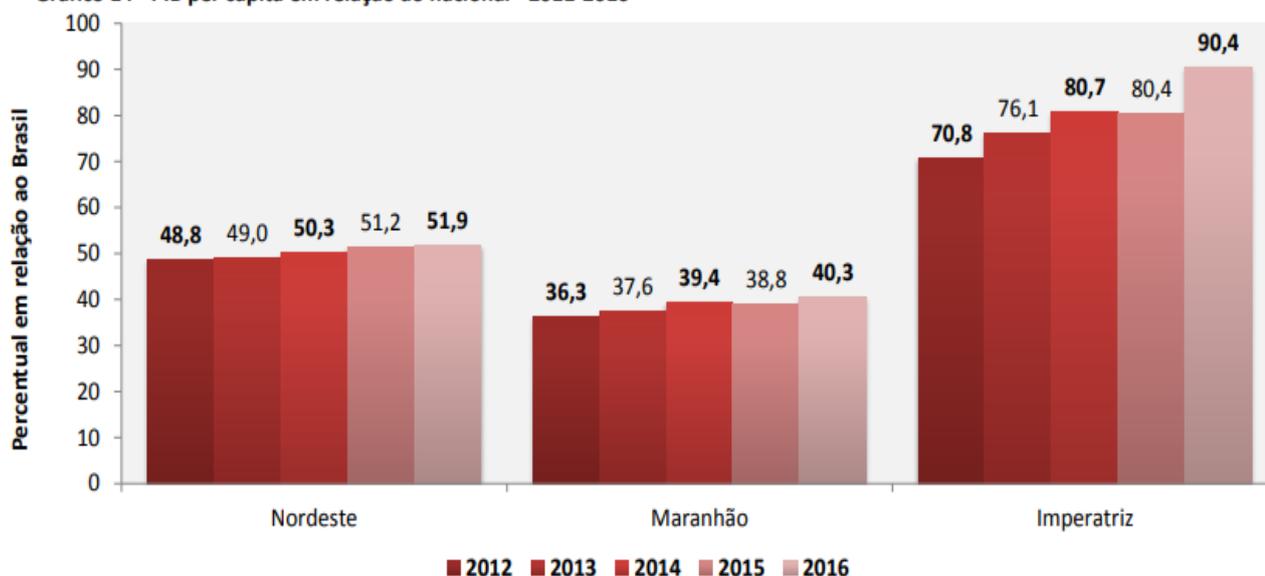
Pessoal ocupado [2019]	63.434 pessoas
População ocupada [2019]	24,5 %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	37,4 %
PIB per capita [2019]	28.830,95 R\$
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,731
Total de receitas realizadas [2017]	603.764,47 R\$ (×1000)
Total de despesas empenhadas [2017]	564.798,16 R\$ (×1000)

O cenário de crescimento atual faz com que a cidade possa ter condições de oferecer mais empregos, mas tem como desafio crescer de forma planejada sem que esse boom se torne uma catástrofe social e tire um dos principais chamarizes para o investimento: a qualidade de vida. Um exemplo otimista pode ser observado nos supermercados populares distribuídos pelos bairros da cidade. Famílias de baixa renda movimentam o comércio local, reflexo do momento de prosperidade da população local. A construção dos novos shoppings centers na cidade deve gerar grandes quantidades de postos de empregos.

Tabela 5 – PIB per capita, comparação por unidade geográfica com o Brasil – 2012 - 2016

Unidade Geográfica	PIB per capita (R\$)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	24.821	26.517	28.500	29.322	30.411
Nordeste	12.115	12.986	14.329	15.002	15.779
Maranhão	9.009	9.963	11.216	11.366	12.264
Imperatriz	17.569	20.168	23.008	23.565	27.483

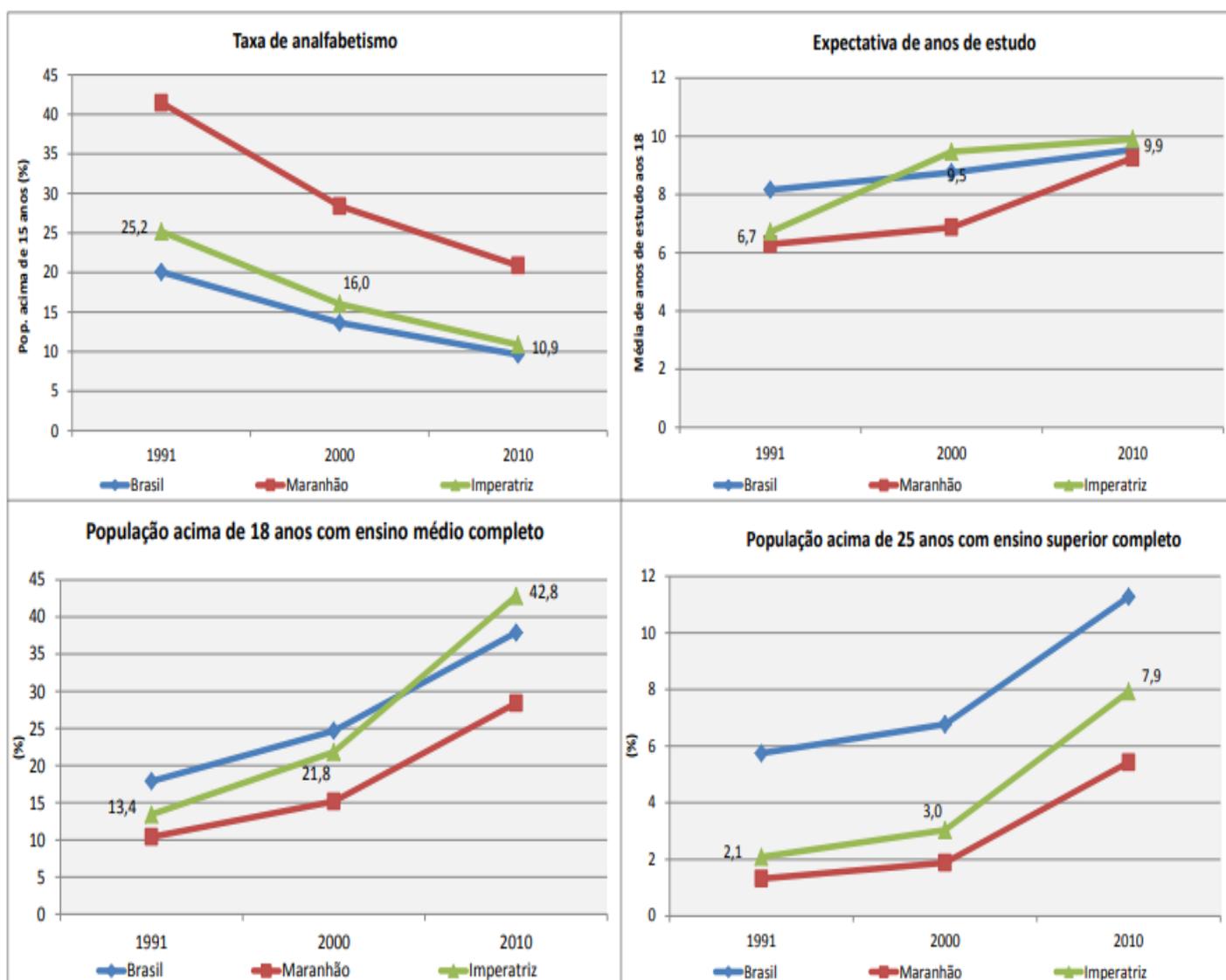
Gráfico 14 - PIB per capita em relação ao nacional - 2011-2016



4.9 Educação

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores. Quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade. O quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta. A dimensão Educação, além de ser uma das três dimensões do IDHM, faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 – Educação de Qualidade.

Indicadores educacionais - Imperatriz - MA - 1991, 2000 e 2010



O indicador Expectativa de anos de estudo sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, ele indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência terá completado ao atingir a idade de 18 anos.

Também compõe o IDHM Educação o indicador de escolaridade da população adulta, que se trata do percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo.

Na educação, a cidade dispõe de uma ampla rede de ensino desde o pré-escolar até o ensino superior e profissional, sendo compartilhada pela rede pública e particular de ensino, que contemplam a cidade com instituições de ensino de excelente nível. Também conta com um ótimo

sistema de comunicação, que vão desde as emissoras locais de televisão, rádio até os serviços de telefonia móvel, fixa e de internet banda larga.

A cidade de Imperatriz hoje conta com várias Faculdades e Universidades públicas e privadas. Dentre elas, destacam-se a Universidade Federal do Maranhão - UFMA (Campus Centro e Bom Jesus), Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão - UEMASUL, Instituto Federal do Maranhão - IFMA, Centro Universitário do Maranhão - CEUMA, Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão - UNISULMA, Faculdade de Educação Santa Teresinha - FEST, Faculdade Pitágoras, Universidade CEUMA, Faculdade de Imperatriz - Wyden Facimp.

Dentre estas, vale ressaltar a existência de Polos de Universidades de Ensino a distância (EAD), que oferecem uma vasta gama de cursos, dentre todas as áreas do saber, destacando-se a Universidade Metodista, Faculdade Damásio, Damásio Educacional, Instituto Luis Flavio Gomes - LFG, Centro de Ensino Renato Saraiva - CERS, Mege Estudos Jurídicos, Instituto Superior de Aprendizagem Multidisciplinar - ISAM, Fundação Getúlio Vargas - FGV e muitas outras.

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	98,4 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	5,3
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	4,3
Matrículas no ensino fundamental [2020]	40.786 matrículas
Matrículas no ensino médio [2020]	12.160 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2020]	1.737 docentes
Docentes no ensino médio [2020]	713 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]	151 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]	38 escolas

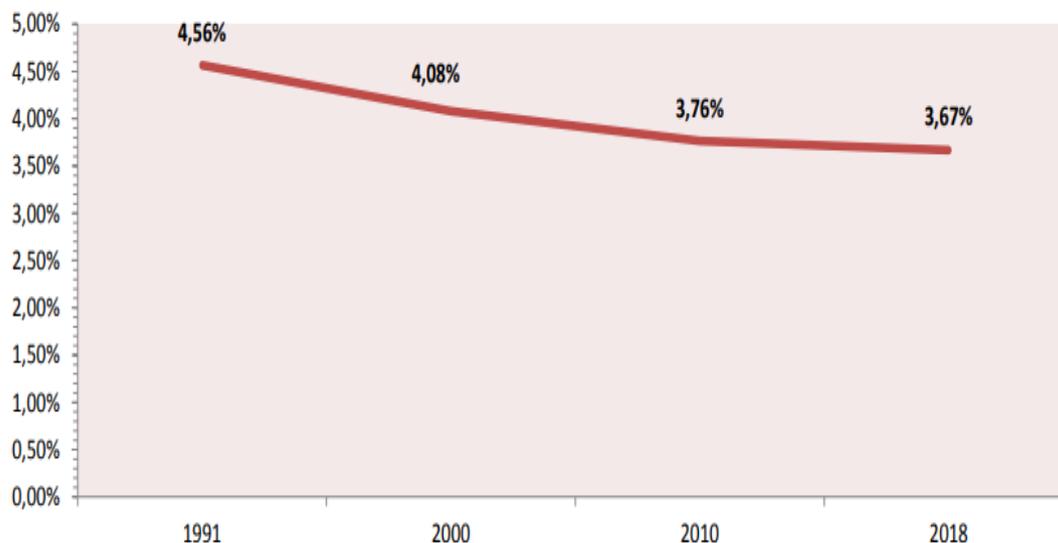
4.10 Perfil Demográfico

No último Censo realizado pelo IBGE, em 2010, Imperatriz tinha uma população de 247.553 (duzentos e quarenta e sete mil, quinhentos e cinquenta e três habitantes), uma variação de **7,37%** em relação ao **ano 2000** quando a população era de **230.566** (duzentos e trinta mil, quinhentos e sessenta e seis habitantes). **Em 2021**, a população estimada pelo IBGE era de **259.980** (duzentos e cinquenta e nove mil, novecentos e oitenta habitantes). Abaixo a distribuição populacional por sexo e residência.

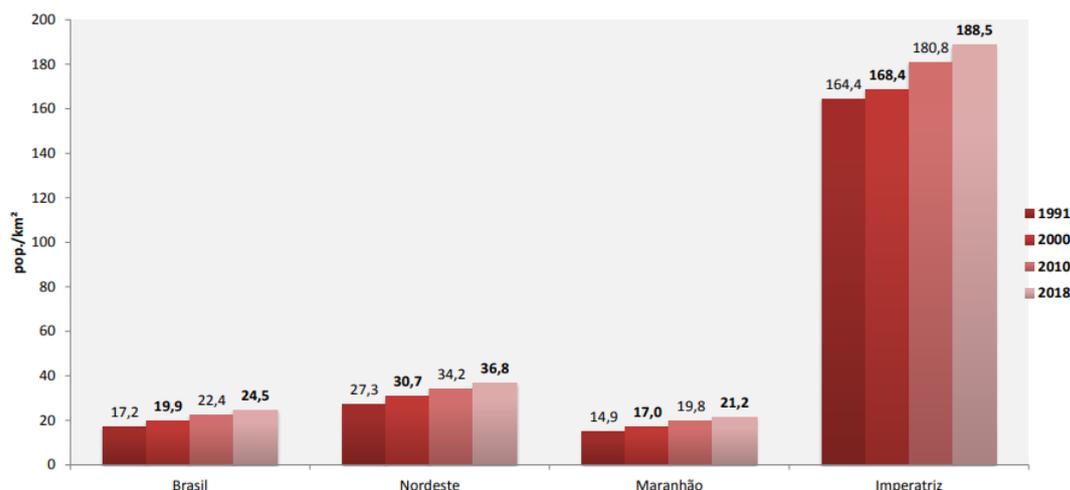
! - Área, População e Densidade Demográfica – 1991, 2000, 2010 e 2018

Unidade Geográfica	Área Territorial Km ²	População (nº de pessoas)				Densidade Demográfica			
		1991	2000	2010	2018	1991	2000	2010	2018
Brasil	8.515.759	146.825.475	169.798.885	190.755.799	208.494.900	17,2	19,9	22,4	24,5
Nordeste	1.554.291	42.497.540	47.741.426	53.081.950	57.254.159	27,3	30,7	34,2	36,8
Maranhão	331.937	4.930.253	5.651.475	6.574.789	7.035.055	14,9	17,0	19,8	21,2
Imperatriz	1.369	225.005	230.566	247.505	258.016	164,4	168,4	180,8	188,5

Gráfico 1 - Participação da população do município em relação ao total do Estado - 1991-2018



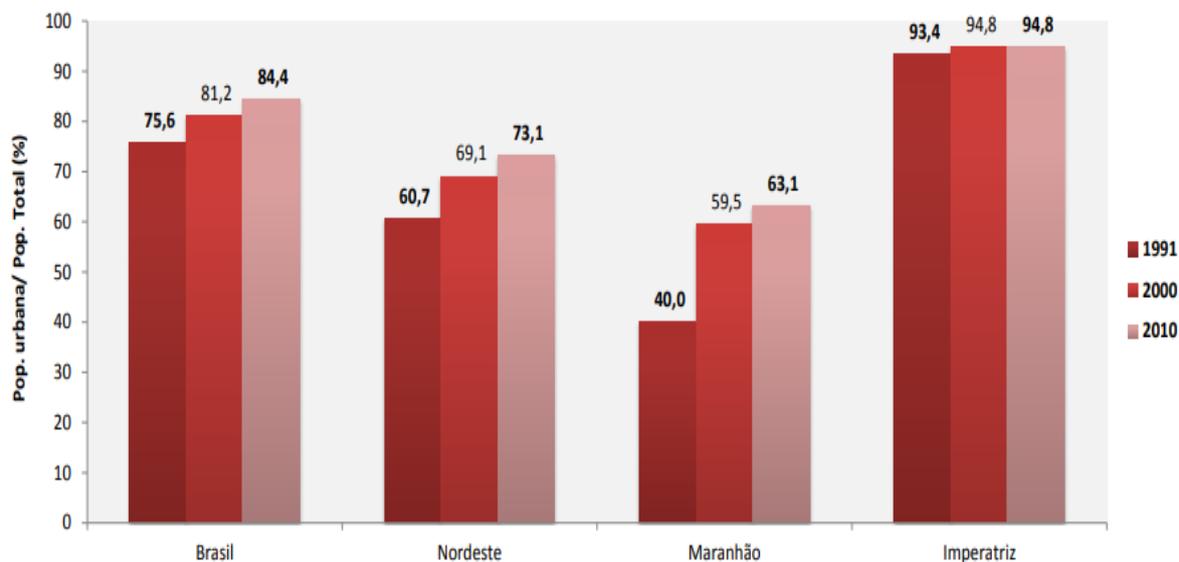
- Evolução da densidade demográfica por unidade geográfica - 1991-2018



- População residente por situação do domicílio e unidade geográfica - 1991, 2000 e 2010

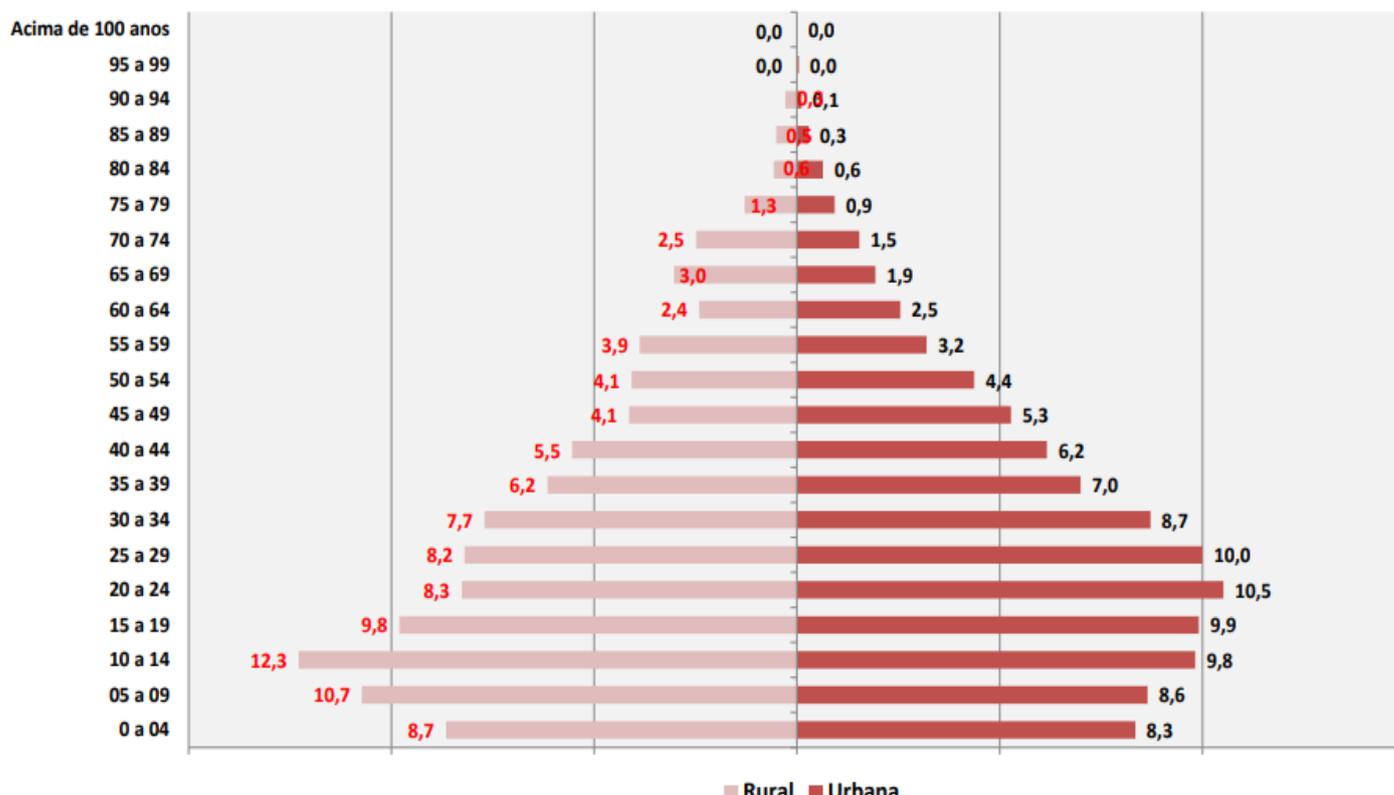
Unidade Geográfica	Pop. Total (nº de pessoas)			Pop. Urbana (nº de pessoas)			Pop. Rural (nº de pessoas)		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Brasil	146.825.475	169.798.885	190.755.799	110.990.990	137.953.959	160.925.792	35.834.485	31.844.926	29.830.007
Nordeste	42.497.540	47.741.426	53.081.950	25.776.279	32.975.425	38.821.246	16.721.261	14.766.001	14.260.704
Maranhão	4.930.253	5.651.475	6.574.789	1.972.421	3.364.070	4.147.149	2.957.832	2.287.405	2.427.640
Imperatriz	225.005	230.566	247.505	210.051	218.673	234.547	14.954	11.893	12.958

Gráfico 4 - Taxa de urbanização por unidade geográfica - 1991-2010

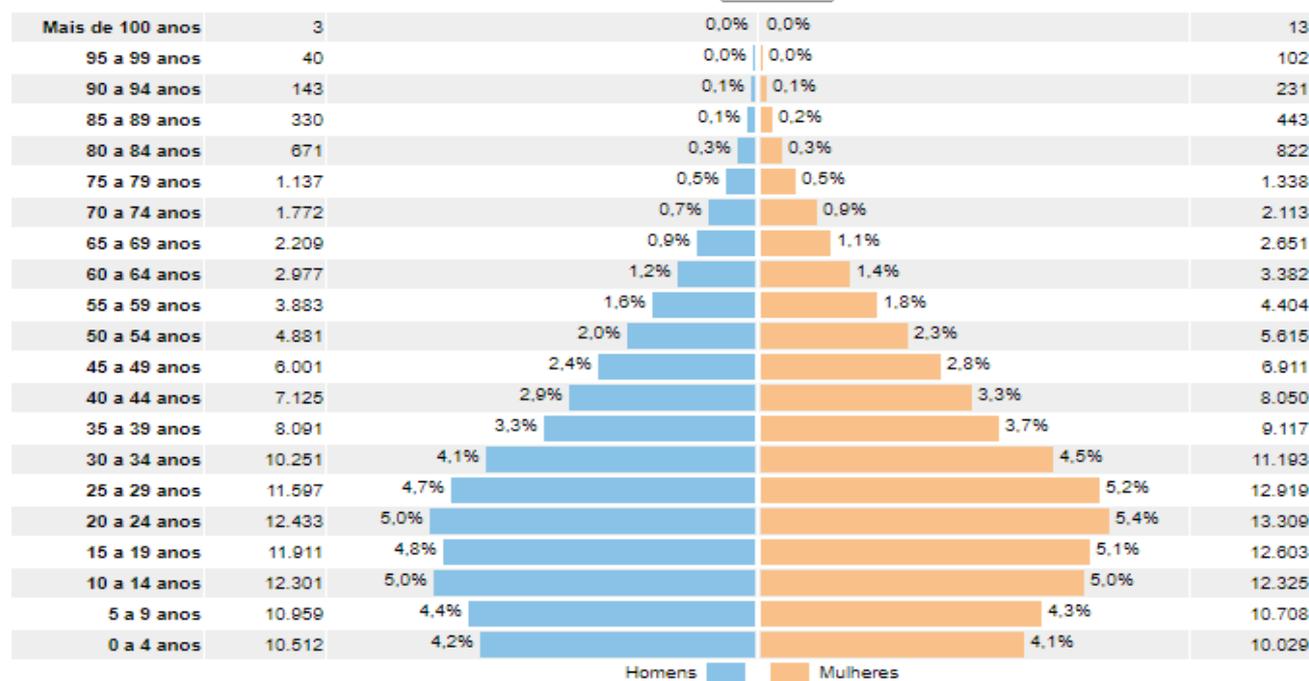


Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Distribuição da população residente por faixa etária e situação do domicílio (%): Imperatriz - MA – 2010



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



	Imperatriz	Média MA	Média Brasil
Homens	48,16%	49,60%	48,96%
Mulheres	51,84%	50,40%	51,04%
População urbana	94,80%	63,07%	84,35%
População rural	5,20%	36,93%	15,65%

Podemos visualizar que a base da pirâmide do município de Imperatriz MA, é mais larga na população jovem e adulta, sendo assim a tendência é de crescimento e envelhecimento da população. Essa expansão da população adulta e idosa, segue a tendência estadual e nacional de inversão da pirâmide etária que vem se desenhando ao longo dos anos demonstrando a necessidade de políticas públicas voltadas a saúde da população idosa e às condições crônicas à saúde

A pirâmide demográfica demonstra a distribuição da população por faixa etária e gênero, permitindo a análise das informações sobre a taxa de natalidade e a expectativa de vida dos habitantes de um determinado espaço geográfico. A base da pirâmide está relacionada com a taxa de natalidade e a participação dos jovens no conjunto da população, enquanto o topo da pirâmide demonstra a expectativa de vida e a participação de idosos no conjunto da população.

Divisão da população (Censo de 2010)

Por sexo:

Homens: 119.230

Mulheres: 128.323



Urbana x Rural:

Urbana: 234.671

Rural: 12.882



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

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	8836	8441	17277
5 a 9 anos	9204	9035	18239
10 a 14 anos	11233	11130	22363
15 a 19 anos	11769	11866	23635
20 a 29 anos	23022	23336	46358
30 a 39 anos	20847	23263	44110
40 a 49 anos	16158	18644	34802
50 a 59 anos	10973	13256	24229
60 a 69 anos	6886	8860	15746
70 a 79 anos	3621	4778	8399
80 anos e mais	1622	2557	4179
Total	124171	135166	259337

A análise das informações demográficas faculta o dimensionamento da população-alvo de ações e serviços, considerando os diversos segmentos de idade, bem como contribui para o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas de saúde.

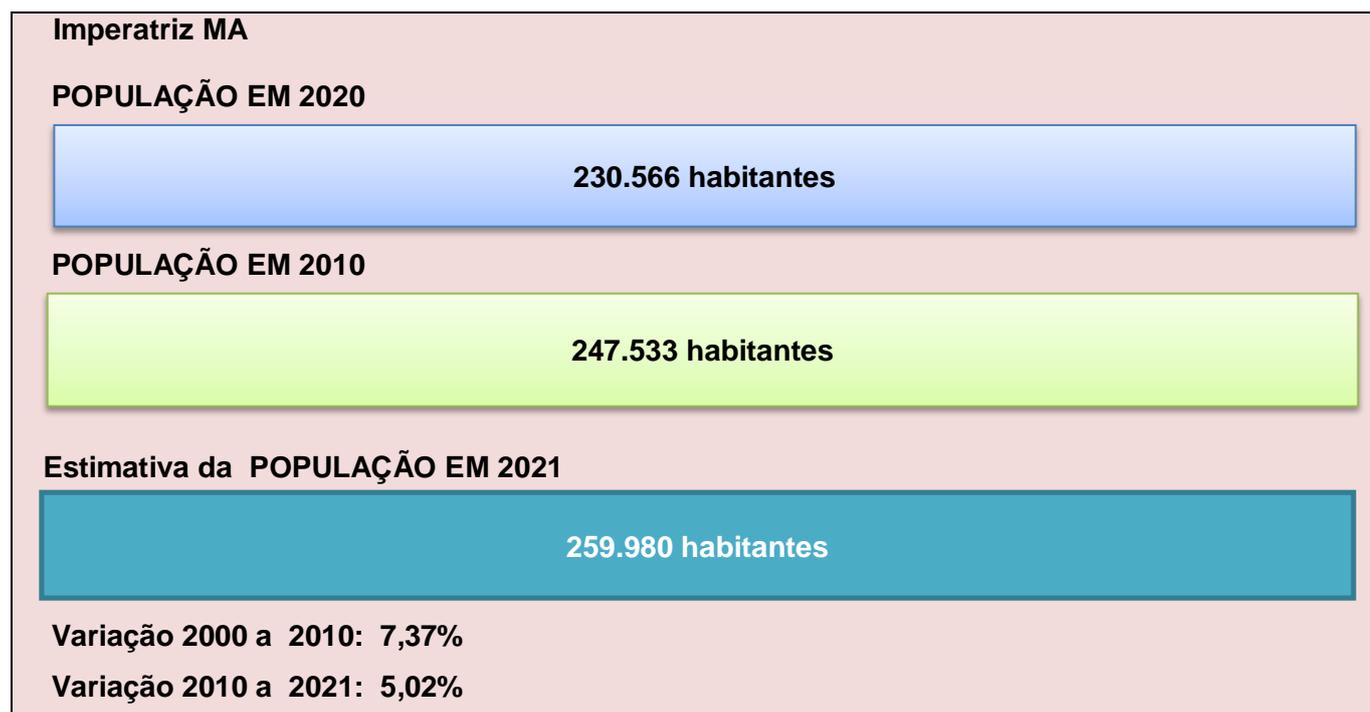
Destacamos que a maioria da população encontra-se entre 20 a 59 anos, correspondendo a população ativa do município, destaca-se o envelhecimento da população em comparação ao último Censo 2010, reforçando a atenção em relação à Linha do Cuidado de Idosos.

Em relação a longevidade e fecundidade, a esperança de vida ao nascer é o indicador

utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Imperatriz a esperança de vida ao nascer cresceu 4,9 anos em uma década, passando de 67,6 anos em 2000, para 72,5 anos, em 2010. Em 1991, esse indicador mostrou que a população vivia, em média, 63,9 anos.. No Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 73,94 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991, conforme dados do IBGE.

Em 1980 a população de 60 anos representava 3,75% da população total, ao passo que, em 2020, atingiu o percentual de 6,35%. Para 2025, está projetada para 7,48% habitantes nessa faixa etária.

EXPECTATIVA DE VIDA	ESPERADO		OBSERVADO	
	1990	2018	1990	2018
ANO				
MULHERES	68,5	75.5	73.3	78.6
HOMENS	64.3	69.3	66.9	71.9



Fonte dos dados: Censo IBGE 2000, Censo IBGE 2010 e Estimativas de população IBGE 2021.

5. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

O diagnóstico epidemiológico consiste em um processo dinâmico e essencial para o planejamento em saúde, essencialmente necessário para nortear a atuação da APS na prevenção do adoecimento. Esta etapa do PMS se propõe a analisar os dados de saúde quantitativos que caracterizam o município disponibilizados nos sistemas do MS para identificar os agravos de saúde prevalentes na população, requerendo intervenções mais sistemáticas e diretivas.

A análise epidemiológica do município permite o direcionamento das ações, bem como atenta para a necessidade de se pensar para além da atuação em respostas às condições de saúde focando essencialmente, na prevenção pela previsão de condições e agravos.

Foram analisados os dados de Natalidade Mortalidade e Morbidade que nem sempre são os mesmos, ou seja, as pessoas podem adoecer de determinadas doenças predominantemente, mas se recuperam e vem a óbito por outras causas e agravos é esta dinâmica que se pretende evidenciar.

5.1 Natalidade

Vem ocorrendo, no Brasil, 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 Tabela abaixo, evidenciou-se, no município de Imperatriz que, predominaram mães na faixa etária de 20 a 34 anos, representando 64,2% do total de mães. No período de 2016 a 2021 a proporção média de nascidos de mães adolescentes no município foi de 19%, representando 4,630 total dos nascimentos, embora, nos últimos 4 anos, exista uma tendência de aumento no número de nascidos de mães com idades acima de 35 anos. taxa de natalidade no Município nos anos 2020 e 2021 apresentou uma redução de 8% no período.

NASCIDOS VIVOS – FAIXA ETÁRIA MÃE DETALHADA							
ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
<14	42	43	33	28	31	22	199
15-19	916	823	801	785	674	631	4.630
20-34	3.839	3.653	3.831	3.653	3.527	3.379	21.714
35 E +	528	531	594	689	637	652	3.631
TOTAL	5.225	5.050	5.259	5.151	4.701	4.684	30.174

NASCIDOS VIVOS TIPO DE PARTO							
ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	5.325	5.049	5.254	5.154	4.693	4.678	30.153
VAGINAL	2.009	2.113	2.278	2.351	2.177	2.221	13.149
CESARIO	3.316	2.936	2.976	2.803	2.516	2.457	17.004

NASCIDOS VIVOS CONS. PRÉ NATAL							
ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	5.151	4.865	5.185	5.088	4.623	4.639	29.551
1-3 VEZES	542	494	495	422	542	370	2.865
4-6 VEZES	1.871	1.781	1.737	1.594	1.351	1.261	9.775
7 E +	2.738	2.590	2.953	3.072	2.550	3.008	16.911

NASCIDOS VIVOS POR SEXO							
ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	5.325	5.049	5.259	5.155	4.701	4.683	30.172
MAS	2.710	2.612	2.658	2.553	2.383	2.433	15.349
FEM	2.615	2.437	2.601	2.602	2.318	2.250	14.823

5.2 Mortalidade

A taxa de mortalidade é um índice demográfico obtido pela relação entre o número de mortos de uma população em um determinado espaço de tempo, e normalmente é representada como o número de óbitos por cada 1.000 habitantes. Existem vários fatores que podem influenciar na taxa de mortalidade. Conhecer as causas que levaram ao óbito é muito importante para análise epidemiológica e definição de prioridades no planejamento em saúde.

A seguir serão apresentados indicadores de mortalidade e as principais causas de óbitos no município, assim como dados referentes à mortalidade por consequência do COVID-19, já que a pandemia influenciou significativamente na taxa e causas de mortes nos anos de 2020 e 2021.

OBITOS -- RESIDÊNCIA							
ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	1.684	1.822	1.648	1.731	2.176	2.438	11.499
MAS	1.003	1.051	975	963	1286	1440	6.718
FEM	681	771	693	768	890	998	4.781

Taxa de Óbitos Faixa Etária. População de 30 a 69 Anos							
Município	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
30-39	143	133	123	110	112	144	765
40-49	143	133	139	138	165	227	945
50-59	168	207	190	182	229	196	1.272
60-69	243	262	244	271	352	400	1.772
Total	697	735	696	701	858	1.067	4.754

Taxa de Óbitos Fetais - 2016/2021							
ANO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	total
	52	53	48	47	52	48	300

MORTALIDADE GERAL SEGUND CAPÍTULO CID – RESIDENTE DE 2016 A 2021							
CapituloCID-10	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias	101	105	142	115	543	720	1.736
II.Neoplasias(tumores)	196	220	230	239	220	242	1347
III.Doenças sangue órgãos Hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	06	13	06	06	05	16	52
IV.Doenças endócrinas Nutricionais e metabólicas	128	144	163	137	160	182	914
V.Transtornos mentais e comportamentais	06	11	15	13	16	19	80
VI.Doenças do sistema nervoso	31	37	28	36	42	51	225
IX.Doenças do aparelho circulatório	456	513	439	462	497	508	2.875
X.Doenças do aparelho respiratório	133	148	102	148	155	131	817
XI.Doenças do aparelho digestivo	79	76	70	120	111	122	578
XIII.Doenças sistema osteomusculares do Tecido conjuntivo	01	03	03	02	06	1	16
XIV.Doenças do aparelho geniturinário	42	42	39	38	39	54	254
V.Gravidez parto e puerpério	04	04	03	01	04	10	26
XVII.Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	18	26	15	24	17	25	125
XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	91	107	67	66	30	40	401
XX.Causas externas de morbidade e mortalidade	284	277	243	245	239	228	1.516
Total	1684	1.823	1.648	1.731	2.174	2.434	11.493

5.3 Morbidade

O indicador Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) que mensura as necessidades de saúde da população que devem ser sanadas no primeiro nível de atenção, foi criado na década de 1990 nos Estados Unidos para avaliar a necessidade de acesso aos serviços de APS. Na Espanha, um país com acesso universal, é utilizado para avaliar a efetividade dos modelos de atenção. A Portaria nº 221, de 17 abril de 2008, refere que as internações hospitalares por CSAP são instrumentos de avaliação da APS e/ou da utilização da Atenção Hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Morbidade Hospitalar do Sus – Por Local de Internação - Capítulo CID-10 Estabelecimentos: HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19,HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ, UPA SAO JOSE

CAPITULO CID -10	2020	2021	TOTAL
TOTAL	12.837	12.668	25.505
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.519	1.845	3.364
II. Neoplasias (tumores)	192	184	376
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	186	187	373
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	204	246	450
V. Transtornos mentais e comportamentais	9	9	18
VI. Doenças do sistema nervoso	191	199	390
VII. Doenças do olho e anexos	34	101	135
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	15	15	30
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.635	1.366	3.001
X. Doenças do aparelho respiratório	930	1.003	1.933
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.333	1.404	2.737
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.176	1.083	2.259
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	273	237	510
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	786	715	1.501
XV. Gravidez parto e puerpério	6	4	10
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	67	54	121
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	58	37	95
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	175	213	388
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.902	3.549	7.451
XXI. Contatos com serviços de saúde	146	217	363

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

5.4 Fatores de Risco para A Saúde

Tabagismo

Em 2015, 16,2% das pessoas com 12 anos de idade e mais referiu ser fumante. Observouse tendência de queda na proporção de fumantes em relação a 2003 e 2008. A prevalência de tabagismo foi maior entre os homens em comparação às mulheres. Os adolescentes apresentaram prevalência de tabagismo de 4,3%. As maiores proporções de tabagismo foram observadas na faixa etária de 20 a 59 anos.

Uso de álcool

O uso abusivo e a dependência de bebida alcoólica, e os problemas de saúde deles decorrentes, são também questões relevantes de saúde pública. O mesmo estudo apontou que 67,3% dos entrevistados referiram nunca ter experimentado bebida alcoólica ou não beber atualmente; 7,9% foram classificados com padrões de uso de álcool de risco e 1,3% uso nocivo/provável dependência.

Consumo alimentar

O aleitamento materno tem sido importante estratégia da Organização Mundial de Saúde para uma vida mais saudável. Faz parte dos indicadores para a melhoria da Nutrição, meta 2 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 47% entre crianças menores de seis meses, na Atenção Primária a Saúde, segundo monitoramento do SISVAN, em 2019.

Obesidade e atividade física

Observou-se aumento da prevalência de obesidade entre 2003 e 2015, tanto na população geral (12 anos de idade e mais), em que praticamente dobrou (8,9% versus 16,2%) quanto entre os adolescentes, que duplicou (2,7% versus 5,3%) no período analisado.

Quanto à prática de atividades físicas, 17,5% dos adultos residentes no município declararam realizá-la no tempo livre (24,2% dos homens e 17,2% das mulheres), e 10,5% a fazem no deslocamento (12,3% dos homens e 14,6% das mulheres). O percentual de adultos com prática insuficiente de atividade física chega a 64,2% da população adulta (48,0% dos homens e 62,8% das mulheres) e 26,0% são fisicamente inativos (16,8% dos homens e 15,4% das mulheres).

Hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia

O envelhecimento populacional, as mudanças nos padrões de alimentação e a redução da atividade física são algumas das condições da vida moderna que levaram ao crescimento da participação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população, em particular a hipertensão arterial e o diabetes, agravos crônicos altamente prevalentes na população, merecendo especial atenção das políticas de saúde

Doenças e agravos de notificação compulsória

- Incidência de sífilis congênita;
- A taxa de detecção de AIDS;
- o CI de tuberculose;
- Hanseníase;
- Leptospirose;
- Dengue;

6. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE IMPERATRIZ

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela formulação da política de saúde do município, tendo como base os indicadores socioeconômicos e culturais da população, e a sua implementação, através da integração, disseminação e hierarquização dos serviços da saúde, em conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde;

Para atender sua finalidade, de garantir o bem comum, o setor público precisa ser capaz de coordenar múltiplos atores políticos, administrativos, econômicos e sociais. Nesse sentido, é importante manter a coerência e o alinhamento de estratégias e objetivos entre as organizações envolvidas; institucionalizar mecanismos de comunicação, colaboração e articulação entre os atores envolvidos; e regular as operações

A SMS conhece as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional assim como estabelece mecanismos de atuação conjunta, com municípios e estado e união, com vistas à efetivação da região de saúde e das redes de atenção à saúde.

6.1 Rede Física de Saúde de Imperatriz

Tipo de Estabelecimento	GESTAO				REDE MUNICIPAL				
	DUPLA	EST	MUN	TOTAL	SUS	NÃO SUS	SEMUS	CRED	TOTAL
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	-	1	1	2	2	-	1	-	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	-	-	13	13	13	-	13	-	13
CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	-	-	2	2	2	-	2	-	2
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	-	-	1	1	1	-	1	-	1
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPICA E OU HEMATOLOGICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	-	-	3	3	3	-	3	-	3
CENTRO DE IMUNIZACAO	-	-	1	1	1	-	1	-	1
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	-	-	31	31	31	-	31	-	31

CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	1	2	198	201	27	174	9	15	24
CONSULTORIO ISOLADO	-	-	84	84	8	76	6	2	8
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE	-	-	29	29	6	23	-	6	6
FARMACIA	-	-	3	3	3	-	3	-	3
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	1	-	1	1	-	-	-	-
HOSPITAL GERAL	-	4	5	9	5	4	1	-	1
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	-	1	-	1	1	-	-	-	-
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA - LACEN	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OFICINA ORTOPEDICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
POLICLINICA	-	1	6	7	2	5	-	1	1
POLO ACADEMIA DA SAUDE	-	-	5	5	5	-	5	-	5
POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	-	-	1	1	-	1	-	-	-
POSTO DE SAUDE	-	-	9	9	9	-	9	-	9
PRONTO ATENDIMENTO	-	1	1	2	2	-	1	-	1
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRONTO SOCORRO GERAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	-	-	1	1	-	1	-	-	-
TELESSAUDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	-	1	77	78	27	51	6	20	26
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	-	-	1	1	1	-	-	1	1
UNIDADE DE ATENCAO EM REGIME RESIDENCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	-	1	5	6	6	-	5	-	5
UNIDADE MISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	-	-	11	11	10	1	10	-	10
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	-	-	1	1	1	-	1	-	1
Total	1	13	489	503	167	336	108	45	153

6.2 Atenção Primária à Saúde (APS)

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o 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 Primária à Saúde é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. São princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Primária:

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.

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 clínicas 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 em Imperatriz 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.

A Atenção Primária à Saúde de Imperatriz é composta por **39 Unidades Básicas de Saúde (UBS)**, **64 equipes de Saúde da Família (ESF)**, **26 equipes de Saúde Bucal (ESB)** e equipes da Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde (EACS); **05 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP)**, **01 equipe de Consultório na Rua (eCR)**, **01 Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)**.

Embora ambos os modelos sejam formas de prover assistência primária em saúde à população, existem diferenças importantes de recursos humanos, financiamento e processo de trabalho que resultam em impacto diferenciado na forma de assistência à população.

Dentre os desafios está a necessidade de impulsionar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial a ser adotado pois alia a prática do cuidado individual com a abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios como universalidade, integralidade e equidade. De tal forma que os serviços ofertados atuem de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangências das Unidades de

Saúde.

A incorporação de um novo modelo de financiamento, através do **Programa Previne Brasil**, com financiamento misto que engloba o incentivo financeiro per capita (**capitação ponderada**), por desempenho assistencial (**indicadores**) das equipes na APS, oferta de ampliação de horário de atendimento (**Programa Saúde na Hora**), informatização (Informatiza- APS). O desafio está em adequar as ações de modo a atender os princípios e diretrizes do SUS, os atributos da Atenção Primária (acesso no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação) e as ações a serem realizadas para otimizar os recursos financeiros oriundos do **Programa Previne Brasil** e demais portarias vigentes.

O financiamento da APS é uma longa discussão no qual uma das críticas é que o valor apresentado ainda está aquém das necessidades para estruturar de fato uma APS robusta, atendendo o usuário com estruturas (física, de recursos humanos e material) suficientes.

Abaixo segue a distribuição das unidades

RELAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM ENDEREÇOS

CNES	Estabelecimento	Endereço	CNPJ Mantenedora
2456214	<u>CENTRO DE SAUDE DR MILTON LOPES DO NASCIMENTO</u>	Rua leôncio pires dourado 967, bacuri	06158455000116
2456192	<u>CENTRO DE SAUDE NOVA IMPERATRIZ</u>	Rua sousa lima s/n, nova imperatriz	06158455000116
2341506	<u>CENTRO DE SAUDE SANTA RITA</u>	Rua miguel baurty ,s/n, santa rita	06158455000116
2456346	<u>CENTRO DE SAUDE TRES PODERES</u>	Rua sergipe nº 31, três poderes	06158455000116
2456257	<u>CENTRO DE SAUDE VILA NOVA</u>	Rua são sebastião s/n, vila nova	06158455000116
2531275	<u>UBS AIRTON SENA</u>	Rua da madeira s/n, vila airton sena	06158455000116
5550076	<u>UBS ANA DAVES NETA SILVA SOUSA</u>	Rua dom pedro ii, s/n, parque do buriti	06158455000116
2456184	<u>UBS BACURI</u>	Rua dom pedro ii, nº1460, bacuri	06158455000116
3508730	<u>UBS BEIRA RIO</u>	Rua dom pedro i nº 26, beira rio	06158455000116
2456249	<u>UBS BOCA DA MATA</u>	Avenida jk nº 1931, boca da mata	06158455000116
2456222	<u>UBS BOM SUCESSO</u>	Rua léo franklin s/n, vila mariana	06158455000116
2456109	<u>UBS CAMACARI</u>	Rua são domingos,382, camaçari	06158455000116

2531305	<u>UBS CENTRO NOVO</u>	Rua bayma junior, s/n, centro novo	06158455000116
2456141	<u>UBS COQUELANDIA</u>	Avenida joão xxiii s/n, coquelândia	06158455000116
5441072	<u>UBS MARIA DAS GRACAS VIANA SILVA</u>	Avenida Liberdade, s/n cafeteira.	06158455000116
2456303	<u>UBS OSMARINA NOLETO CHAVES</u>	Conj. Nova Vitoria, s/n, imperatriz	06158455000116
2531313	<u>UBS PARQUE ALVORADA E VILINHA</u>	Rua colinas s/n, parque alvorada	06158455000116
2341484	<u>UBS PARQUE AMAZONAS</u>	Rua do sol nº 09, parque das palmeiras	06158455000116
2456265	<u>UBS PLANALTO</u>	Rua ulisses guimarães s/n,conjunto planalto	06158455000116
9261354	<u>UBS PRISIONAL ITAMAR GUARA</u>	Avenida principal s/n, itamar guará II	<u>06158455000116</u>
2531283	<u>UBS SANTA INES</u>	Rua portuguesa nº 36, santa inês	<u>06158455000116</u>
2456230	<u>UBS SAO JOSE</u>	Rua são domingos s/n, são josé	<u>06158455000116</u>
2456133	<u>UBS SAO SALVADOR</u>	Rua projetada b, nº 03, parque anhanguera	<u>06158455000116</u>
2456311	<u>UBS VILA CONCEICAO</u>	Rua são luis, nº 34, vila conceição	<u>06158455000116</u>
2456117	<u>UBS VILA LOBAO</u>	Rua antônio de miranda s/n, vila lobão	<u>06158455000116</u>
2456281	<u>UBS VILA MACEDO</u>	Rua 17, nº 21, parque são josé	<u>06158455000116</u>
3508722	<u>UBS VILA REDENCAO</u>	Rua salvio dino 691, vila redenção.	<u>06158455000116</u>
6030858	<u>USF CAEMA</u>	Rua projetada nº 08, caema	<u>06158455000116</u>
3883477	<u>USF PARQUE SANHAROL</u>	Rua humberto de campos nº 09, parque santa lúcia	<u>06158455000116</u>
2456338	<u>USF SANTA LUCIA</u>	Rua esperança nº 06, parque santa lúcia	<u>06158455000116</u>
6540554	<u>USF VILA FIQUENE</u>	Rua estácio de sá s/n, recanto universitário	<u>06158455000116</u>
7613415	<u>POSTO DE SAÚDE ITAMAR GUARÁ</u>	Av. Principal, s/n, itamar guará II	<u>06158455000116</u>
2456095	<u>POSTO DE SAÚDE LAGOA VERDE</u>	Rua Castelo branco, s/n, lagoa verde	<u>06158455000116</u>
2456206	<u>POSTO DE SAUDE OLHO DAGUA DOS MARTINS</u>	Povoado Olho dagua dos martins,s/n, olho dagua	<u>06158455000116</u>
2456168	<u>POSTO DE SAÚDE PETROLINA</u>	Povoado Petrolina,s/n,petrolina	<u>06158455000116</u>
6668550	<u>POSTO DE SAÚDE VILA DAVI</u>	Rua cleber rodrigues, s/n, vila davi II	<u>06158455000116</u>
0916420	<u>UBS FREI TADEU</u>	Povoado, s/n, 1700	<u>06158455000116</u>

0975737	UBS SEBASTIÃO REGIS	Av. Principal, s/n, sebastião regis	06158455000116
2456125	USF BOM JESUS	Rua da amizade, nº30, bom jesus	06158455000116
6668569	USF OURO VERDE	Rua Isabel cafeteira, nº20, ouro verde	06158455000116
TOTAL			40

Atualmente o município de Imperatriz possui 604 ACS ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde 592 ACS competência dezembro de 2021, com admissão de quase 300 ACS em outubro de 2019 viabilizou o aumento do número de cadastro da população, permitindo o desenvolvimento de ações que fortalecem a integração entre ACS e Agente de Combate às Endemias (ACE), qualificação e agilidade no repasse das informações e atualizações referentes ao processo de trabalho dos ACS, participação nos processos de mapeando e territorialização das áreas adscritas de equipes de atenção primária. Fomento as atividades de promoção a saúde, prevenção de doenças e agravos, em especial os mais prevalentes no território.

6.2.1 Programa de Atenção Integral a Saúde Da Mulher

Figura 1 - EIXOS ESTRUTURANTES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER



As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Conforma, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, vinculado a Atenção Básica .Constitui-se de um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnósticos, terapêuticas ou ainda de recuperação, aplicadas permanentemente na Rede de Atenção à Saúde municipal, objetivando a melhoria dos níveis de saúde da população feminina. Cabe ao Programa organizar e elaborar fluxos, normas, instrumentos e orientar práticas educacionais que alcancem a resolutividade e melhorem a eficácia do atendimento à mulher.

Suas principais linhas de ação baseiam-se nos eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PAISM, a partir do reconhecimento do perfil demográfico e epidemiológico das mulheres: planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal (risco habitual e alto risco), puerpério, prevenção e controle da mortalidade materna, prevenção do câncer do colo do útero, prevenção do câncer de mama, prevenção e controle da violência à mulher, climatério e assistência ginecológica, saúde das mulheres lésbicas e bissexuais e saúde das mulheres negras, considerando as condições de vulnerabilidade e as dimensões presentes na diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, reconhecendo que há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar.

As ações da assistência Integral a Saúde da Mulher estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia:

- Pré-natal;
- Parto e Nascimento;
- Puerpério e Atenção integral à Saúde da criança;
- Sistema Logístico, Transporte e
- Regulação.

Esse Programa mais completo tem como objetivo resolver as fragilidades encontradas

nas políticas de saúde anteriores quanto à redução da mortalidade materna e infantil. Os componentes estruturantes têm várias ações de atenção à saúde, como a disposição da Atenção Primária à Saúde no pré-natal, o teste rápido de gravidez, de HIV e sífilis, realização de no mínimo seis consultas de pré-natal; durante a gestação, realizar exames clínicos e laboratoriais, promover a vinculação da gestante ao local que será realizado o parto, como também a qualificação dos sistema de informação e gestão.

No parto e nascimento, garantir o direito ao leito da gestante a uma maternidade ou hospital referenciado garantir a continuidade do cuidado na atenção da puérpera e do bebê com visita domiciliar na primeira semana, conforme orientação ministerial, na prática da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, primeiro atendimento presencial, mediante consulta de alta qualificada, agendada na Unidade de contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, a partir das seguintes diretrizes:

- Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia da atenção à saúde das crianças e adolescentes com qualidade e resolutividade; e
- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.
- Ofertar acolhimento com resolutividade, aos casos de demandas espontâneas, em todos os serviços da rede municipal;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal e na mulher em idade fértil.

A Assistência Materno Infantil apresenta como pontos de atenção os seguintes equipamentos para cada componente:

- Pré-Natal de Risco Habitual: 39 Unidades Básicas de Saúde;
- Pré-Natal de Alto Risco: referências regionais, mediante matriciamento e classificação de risco;
- Parto e Nascimento para Risco Habitual: Hospital Regional Estado;
- Parto e Nascimento para Alto Risco: Hospital Regional;
- Incentivo ao Aleitamento Materno exclusivo até o 6º mês de vida e complementar até 2 anos; distribuídos nas Unidades de Atenção Primária;
- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança de 0 a 2 anos de vida:39 Unidades

Básicas de Saúde e Hospital Municipal Infantil que também integra o atendimento de pronto-socorro e internação;

- Assistência à saúde reprodutiva conta com o atendimento nas 39 UBS e nas maternidades; Dispositivo Intrauterino - DIU e Implante nas UBS.

Quanto ao programa da criança e o adolescente são prioridades absolutas na legislação brasileira. Desde a sua promulgação, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é reconhecido como uma das legislações mais avançadas do mundo em relação à proteção da infância e adolescência. Com 20 anos de existência, o ECA é visto também como um pacto nacional que evoca a responsabilidade da sociedade, do Estado e da família em defesa das crianças e adolescentes.

O eixo central e integrador de todas as ações de saúde da criança e do adolescente é acompanhar o crescimento e o desenvolvimento: atendimento oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais que têm por características sua elevada eficácia na prevenção de problemas, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida, com impacto surpreendente na morbimortalidade. Nesse sentido o Ministério da Saúde (2004) propõe para a atenção básica linhas de cuidado que privilegiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido.

6.2.2 Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA) do município de Imperatriz tem como meta promover, prevenir e proteger a saúde da criança e do adolescente, entendendo os mesmos como sujeitos de direitos resguardados por lei e pela Constituição Federal de 1988.

As ações desenvolvidas pelo programa visam não somente o controle dos indicadores de mortalidade infantil e fetal do município, mas o respeito à criança e ao adolescente entendendo a infância como uma etapa primordial para o desenvolvimento de futuros cidadãos e os adolescentes como protagonistas na conquista de sua autonomia, necessitando de acolhimento e orientação.

As metas do PAISCA/Imperatriz , no que se refere à Saúde da Criança, estão pautadas na Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016, Marco Legal da Primeira Infância, que estabelece como prioridade absoluta assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem. E na portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de englobar ações de promoção e proteção à saúde da criança e aleitamento materno. E os parâmetros sobre a Saúde do adolescente estão baseados no Marco Legal do Adolescente (2005), que tem como objetivo orientar profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, e órgãos e instituições que atuam na área de saúde do adolescente, fornecendo elementos para o processo de tomada de decisões e para a elaboração de políticas públicas.

O programa utiliza as seguintes definições por faixas etárias:

- Criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 11 (onze) anos;
- Adolescente: pessoa na faixa etária de 12 (doze) a 18 (dezoito) anos;
- Primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 a 5 anos.

Destacamos que para determinar as ações referentes à Atenção Básica e Atenção Especializada são utilizados como referência a Portaria nº1631 (2015), que trata dos Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS, assim como os parâmetros apontados pela Política Nacional de Humanização (2004). O mesmo se refere aos Eixos realizados pelo município de Imperatriz e as Ações de cuidado correspondentes a cada meta proposta pelo PAISCA, nossa intenção é alcançar um modelo assistencial que se comprometa com a atenção integral à saúde da criança e do adolescente onde a organização dos serviços esteja incorporada à organização do processo de trabalho integrado entre os vários profissionais das unidades de saúde, assim como da atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança, o adolescente e a família.

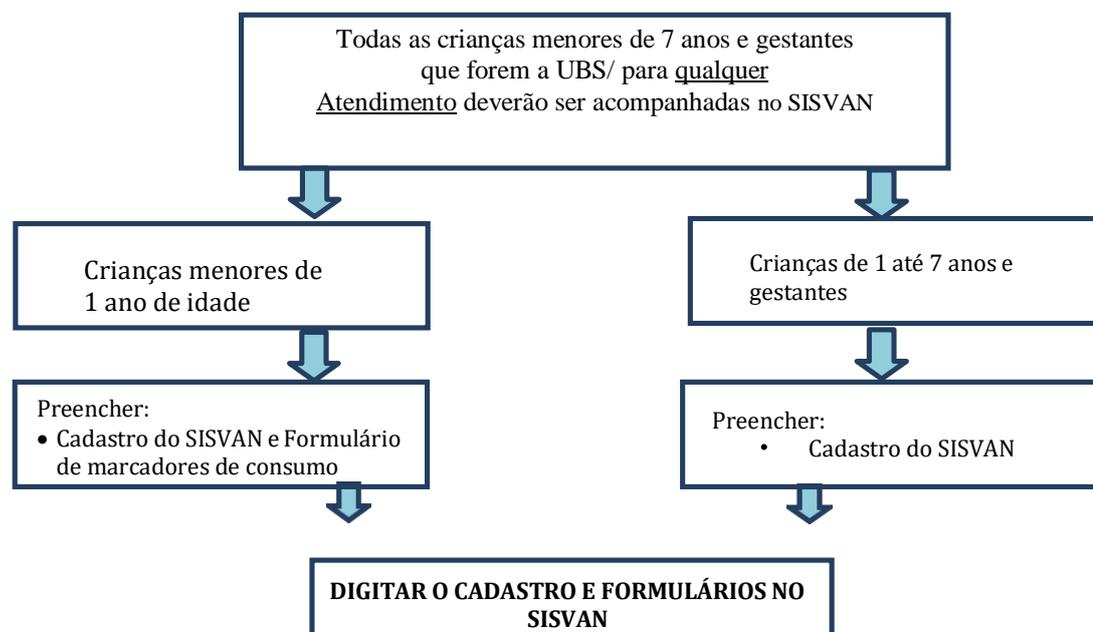
O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente (PAISCA), em Imperatriz está vinculado a Coordenação da Atenção Básica, é responsável por ações relacionadas à promoção e apoio ao aleitamento materno, incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas Unidades Básicas de Saúde com os multiprofissionais das Equipes de Estratégias de Saúde da Família, disponibilizando médicos pediatras em 7(sete) Unidades de Saúde.

Disponibiliza ainda em 11 Unidades Básicas de Saúde, os exames de triagem neonatal, especificamente o teste do pezinho e olhinho. Além de acompanhar as atividades do Comitê Estadual de prevenção de óbito Infantil e Fetal para redução de mortes preveníveis

e melhoria dos registros sobre a mortalidade, organiza também atividades coletivas direcionadas aos adolescentes referentes à prevenção da violência e gravidez na adolescência. Além de ser suporte para Fundação da Criança e do Adolescente (FUNAC) com a equipe de médico e enfermagem para atendimento aos adolescentes em medidas socioeducativas.

Dentre os sistemas monitorados pelo (PAISCA) destacamos o SISVAN regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), tal sistema registra o estado nutricional e o consumo alimentar, predizendo de maneira contínua tendências das condições de nutrição e alimentação e seus fatores determinantes com fins de planejamento e avaliação das políticas e programas. O SISVAN Web é destinado para todos os indivíduos de todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante), que frequentam as unidades básicas do SUS. O SISVAN-Web está implantado em toda rede básica acompanhando crianças de 0 a 7 anos e, em algumas unidades, acompanha também gestantes. monitora, analisa e interpreta os dados do SISVAN, implementando as Políticas de Alimentação e Nutrição.

**Figura 2- FLUXO DO CADASTRAMENTO DO SISVAN
PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A**



O Programa foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005 do Ministério da Saúde, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A. Ele consiste na suplementação medicamentosa dessa vitamina para crianças de 6 a 59 meses de idade. O Programa prevê a administração, por via oral, de cápsulas em duas dosagens: de 100.000 UI para as crianças de 6 a 11 meses e de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses.

Outro programa destaque é o Programa Bolsa Família é um programa federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 154 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. Foi criado sob a lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. No setor saúde possui como indicador *a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde*, que se calcula considerando o percentual das famílias totalmente acompanhadas na saúde.

Este indicador também é utilizado como parâmetro de avaliação da qualidade do Programa, um percentual que, junto com os percentuais das outras secretarias envolvidas (assistência Social e Educação) determinam a verba (IGD de Gestão Descentralizada), que o Município recebe para a implementação do PBF.

6.2.3 Programa de Saúde do Homem

O município tem implantado ainda o Programa de Saúde do Homem que desenvolve um trabalho de acolhimento e facilitação dos pacientes ao serviço de saúde, na qual esse trabalho é realizado em parceria com as unidades básicas de saúde, com outros programas como a saúde do idoso e com o centro de especialidades médica. As atividades do programa atualmente visam a melhora na qualidade de vida, prevenção de doenças, diagnósticos precoces e educação em saúde para que assim tenha um bom resultado na vida dos homens que são o principal alvo.

Nesta perspectiva com o objetivo geral de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina adulta de 20 a 59 anos. É desenvolvida a partir de 05 (cinco) eixos temáticos:

1) Acesso e Acolhimento:

Objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

2) Saúde Sexual e Reprodutiva:

Busca sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

3) Paternidade e Cuidado:

Objetiva sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos, destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas parceiras.

4) Doenças prevalentes na população masculina:

Busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

Dentre os problemas relacionados ao aparelho geniturinário masculino, destaca-se o câncer de próstata, atingindo principalmente homens com 50 ou mais anos de idade. Neste tipo de câncer há um debate quanto à necessidade do rastreamento (toque retal + PSA) a nível populacional. O Ministério da Saúde não recomenda a organização de programas de rastreamento do câncer de próstata. Tendo como base a Nota Técnica Conjunta MS/INCA Nº 001/2015 de 26 de junho de 2015, recomenda-se a capacitação técnica dos profissionais da atenção básica na abordagem da sintomatologia do câncer de próstata.

Com isso, e também nos baseando nos parâmetros da Nota Técnica Conjunta MS/INCA Nº 001/2015, no município os profissionais da atenção básica são capacitados para a detecção precoce dos sinais e sintomas do câncer de próstata. Em caso suspeito, o homem é encaminhado para Referência. com maior disponibilidade de métodos diagnósticos e o rastreamento do câncer de próstata é realizado pelo urologista e por exames como o PSA e toque retal.

Vale ressaltar que a coordenação do Programa de Saúde do Homem em parceria com os demais serviços, promovem ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, especialmente no mês de novembro, mais conhecido como Novembro Azul, respectivo a prevenção do câncer de próstata e sobretudo, a melhoria da qualidade de vida da população masculina.

5) Prevenção de Violências e Acidentes:

Visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

A Coordenação de Saúde do Homem do município incentiva as unidades básicas de saúde a realizarem suas atividades de acordo com os cinco eixos temáticos preconizados pelo Ministério da Saúde.

➤ Na Unidade Básica de Saúde:

- Realizar ações que promovam os cinco eixos temáticos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violências e acidentes.
- Realizar o planejamento reprodutivo seguindo fluxos estabelecidos.
- Realizar campanhas de educação em saúde com foco na prevenção e promoção da saúde masculina.
- Realizar ações educativas no mês do Homem (Novembro Azul).
- Manter cadastro atualizado da população masculina no território.
- Realizar busca ativa de homens pela equipe de saúde para realização de ao menos uma consulta por ano.
- Ampliar a participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança.
- Realizar ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina.
- Sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o auto cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.

➤ **No nível central:**

- Estabelecer/monitorar fluxos e protocolos para os profissionais da atenção básica.
- Supervisionar ações dos profissionais para a saúde masculina ao nível de prevenção, recuperação e promoção da saúde.
- Realizar capacitação/treinamento sobre ações específicas para a saúde masculina.
- Realizar campanhas de educação em saúde com foco na prevenção e promoção da saúde masculina.
- Realizar ações educativas no mês do Homem (Novembro Azul).
- Incentivar as unidades a fortalecer o vínculo do usuário com a unidade de saúde.
- Elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde.

6.2.4 Programa de Saúde do Idoso

O Programa de Saúde do Idoso se caracteriza por um conjunto de ações definidas através de normas e diretrizes na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) instituída pela Portaria 2528/GM de 19/10/2006 que orienta a assistência à saúde do idoso na rede de atenção básica. Esta Portaria é um instrumento que o setor de saúde dispõe para a estruturação dos serviços essenciais de atenção à saúde da pessoa idosa que tem por propósito trabalhar em dois grandes eixos: os independentes e a parcela frágil desta população.

A principal missão deste programa é também estruturar a gestão dos serviços de atenção básica para identificação e abordagem das necessidades de saúde que leve em conta as especificidades do processo de envelhecimento, definindo diretrizes e linhas de cuidado para a pessoa idosa. A assistência a esta população se desenvolve através de ações de prevenção da saúde, reabilitação, suporte social e avaliação da funcionalidade. Onde consideramos a avaliação funcional a expressa capacidade de viver independente no seu meio apesar de suas limitações.

As ações programadas visam também à prevenção de perdas funcionais em dois níveis:

1) detecção precoce (danos sensoriais, risco de quedas, perdas cognitivas, déficits nutricionais, avaliação de capacidades, habilidades funcionais, isolamento social, e etc.);

2) prevenção de agravos à saúde (imunização contra o tétano, pneumonia, gripe

As ações são realizadas de forma geral nas Unidades de Saúde municipal as quais foram selecionados como indicadores para avaliação de saúde a internação por pneumonias e fraturas de fêmur. Estas duas condições apontam para a qualidade da atenção básica, bem como das condições de internação.

A partir do ano de 2015 , como determina as diretrizes das ações de saúde na Port. Nº 2.528/06 – MS, foi realizada a integração das ações de saúde com outras coordenações para fomentar a amplitude dos serviços ofertados, e a criação de projetos de intervenção e espaços de acolhimento/ atividades com ações permanentes de investimento em idosos saudáveis e os com fragilidade.

Com relação aos idosos fragilizados intensificamos as ações de sensibilização quanto à vigilância e notificação dos casos de violência e maus tratos em parceria com a Coordenação de Prevenção à Violência, Conselho do Idoso, CRAS e Ministério Público.

Objetivando atender os idosos e seus familiares que por algum motivo não conseguem se locomover a uma unidade de saúde para a realização do tratamento, é intenção da Coordenação da Saúde do Idoso realizar atividades conjuntas com o Programa de Atendimento Domiciliar. Este programa é composto por equipes multiprofissionais que ofertarão o suporte domiciliar que este idoso necessite e apoio aos seus familiares.

Em Imperatriz o Programa de Saúde do Idoso assiste as ILPIs, Espaços de convivência da Pessoa Idosa e as equipes da Estratégia Saúde da Família. Abaixo algumas das atividades:

- Assistimos as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs), Lar São Francisco, Lar do Idoso Renascer e Vila João XXIII com consultas médicas, de enfermagem, fisioterapias, terapia ocupacional, assistência social, acompanhamento nutricional e da equipe do Saúde Mental.
- Nos Espaços de Convivência da Pessoa Idosa Casa do Idoso Feliz e Associação Pró-Idoso de Imperatriz (APII) temos respectivamente os seguintes serviços e

parcerias: consultas com a médica e enfermeira do programa Saúde do Idoso 3 vezes na semana, ações educativas enfatizando o auto cuidado e a prevenção de patologias como HAS, DM, Câncer de Colo e de Pênis etc... ações de imunização. No que se refere às parcerias temos consultas com ginecologista, urologista geriatra e reumatologia. Na APII realizamos consultas médicas, assistência de enfermagem, e acompanhamento psicológico a cada 15 dias.

- Nas Ubs temos a parceria da equipe do NASF e dos profissionais do Estratégia Saúde da Família, no que se refere a assistência à pessoa Idosa e aos indicadores do Previne Brasil alinhando estratégias de acompanhamento dos grupos específicos: hipertensos e diabéticos.

6.2.5 Programa Saúde na Escola

O PSE foi instituído pelo Decreto Interministerial entre Saúde e Educação nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 e atualmente regulamentado pela Portaria nº 1.055 de 25 de abril de 2017. O programa foi adotado pelo município em 2010 e desde então vem aumentando sua cobertura na rede pública de ensino. Visa, prioritariamente, à integração e articulação permanente da Educação e a Atenção Primária à Saúde (APS), proporcionando melhoria da qualidade de vida, na formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e adolescente da rede pública de ensino bem como sua comunidade escolar.

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

- Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
- Prevenção das violências e dos acidentes;
- Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;

- Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- Verificação da situação vacinal;
- Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
- Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; e prevenção à COVID-19 nas escolas.

No âmbito do PSE, o município aderiu ao Programa Crescer Saudável que tem o objetivo de contribuir no enfrentamento da obesidade infantil para as crianças da Educação Infantil e Ensino Fundamental I através de ações que de vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física.

O planejamento das ações é feito pelo Grupo de Trabalho Intersetorial com representantes dos dois setores, que também é responsável pelo monitoramento, execução, avaliação, gestão dos recursos financeiros e a articulação para a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE aos projetos políticos pedagógicos das escolas.

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos educandos. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

O público beneficiário são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Estadual e da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Atendendo na zona Urbana e Rural. As ações devem estar pactuadas no projeto político-pedagógico das escolas. Esse planejamento deve considerar: o contexto escolar e social e o diagnóstico local de saúde do educando.

Hoje o Programa Saúde na Escola está sendo executadas as 13 ações prioritárias propostas. Atualmente realizamos atividades como prevenção a Covid-19, alimentação saudável, prevenção da dengue, saúde bucal, promoção da cultura de paz , dentre outras

atividades. Atualmente estamos com 70 escolas pactuadas, sendo distribuídas dentro das 65 equipes das 39 Unidades Básicas de Saúde na cidade de Imperatriz. Em cada escola são feitas atividades com 230 a 400 alunos como aplicação de flúor, prevenção a covid-19, alimentação saudável.

6.2.6 Núcleo Ampliado De Saúde Da Família E Atenção Primária (NASF/AP)

O NASF é um dispositivo estratégico para fortalecimento da APS, através de retaguarda especializada de uma equipe multiprofissional, para aumento da melhoria do acesso e resolubilidade por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado, da qualificação de encaminhamentos e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo.

O município conta com 05 equipes NASF/AP. O processo de trabalho do Nasf/AP é orientado pelo referencial teórico metodológico do apoio matricial, com oferta de suporte técnico-pedagógico e assistencial às equipes vinculadas, conforme deliberação n. 735/2020/CMS de 09/09/2020 que aprova o projeto com as diretrizes para organização e funcionamento das equipes NASF/AP no município.

As equipes são compostas por categorias como: Psicólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Fonoaudiólogos, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Ginecologista e Pediatra. Vale ressaltar que a composição da equipe pode variar conforme perfil do território e disponibilidade de profissional.

6.2.7 Programa Consultório Na Rua

O Consultório na rua (CR) é o componente da Atenção Básica compartilhada com a Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um consultório itinerante com profissionais que realizam intervenções de saúde à população em situação de rua (PSR), trata-se de equipe multiprofissional na modalidade II composta por Assistente Social, Enfermeiro, Motorista, 01 Supervisora, Técnicos de Enfermagem, Psicóloga .

Os atendimentos são realizados de segunda a sexta feira nos períodos matutino e vespertino e no período noturno, por meio de plantão ,Dentro os procedimentos realizados incluem-se a escuta qualificada, aferição de pressão arterial, curativo de menor

complexidade, retirada de pontos, testes rápidos, atividade educativa, medicação injetável, medicação supervisionada e acompanhamento compartilhado com todos os pontos da rede intersetorial.

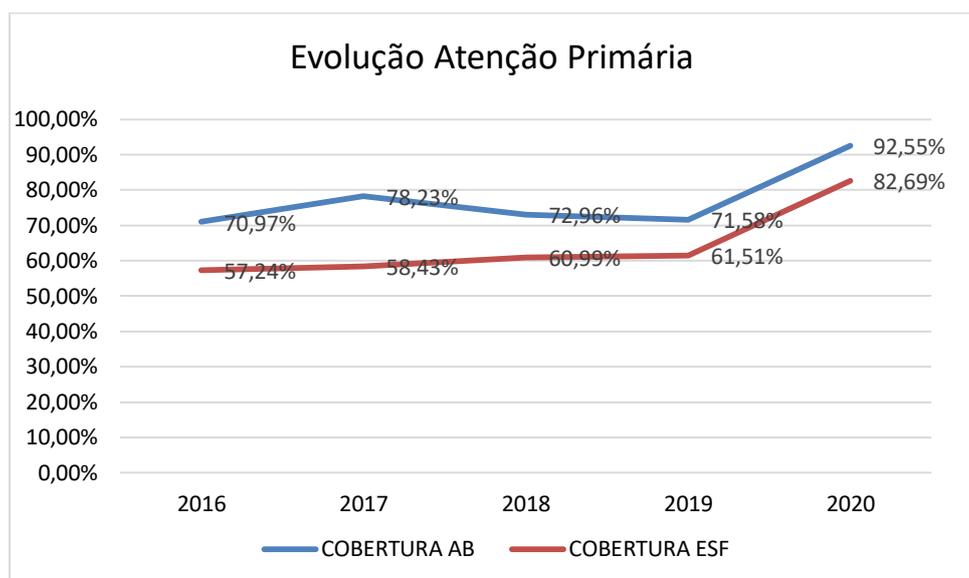
No Brasil, desde 1984, a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 assegura atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984) às pessoas reclusas. O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, prevê, em suas diretrizes, a universalidade, a igualdade e a equidade do acesso à saúde como um direito de cidadania e um dever das três esferas de governo.

O Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto da Rede de Atenção à Saúde.

A Coordenação da Atenção Básica tem reforçado ações e estratégias que visam o fortalecimento da APS, como por exemplo, extensão de horário, ampliação do escopo de práticas, entre outras ações validadas por diretrizes ministeriais. Segundo dados extraídos e-Gestor, (referência dezembro de 2021 a cobertura da Atenção Primária é de 86,44% e a cobertura de Estratégia de Saúde da Família.

Evolução das equipes da ESF e AB cobertura populacional de 2016 a 2020.

ANO	COBERTURA AB	COBERTURA ESF
2016	70,97%	57,24%
2017	78,23%	58,43%
2018	72,96%	60,99%
2019	71,58%	61,51%
2020	92,55%	82,69%



O Ministério da Saúde instituiu, em 15 de maio de 2019, a Portaria nº 930 que trata do Programa “Saúde na Hora”. O programa tem por objetivo facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde na Atenção Primária através do horário estendido com ampliação de 40h para 60 horas e 75 horas semanais de atendimento com oferta de ampla carta de serviços no funcionamento da unidade.

A extensão de horário de unidades da Atenção Primária em Saúde (APS), bem com outros requisitos presentes nas normativas do Programa Saúde na Hora já eram uma das ações desenvolvidas por esta Coordenação e o Programa veio fortalecer e consolidar estas ações. O Programa Saúde na Hora ainda prevê incremento no recurso financeiro oriundo do Ministério da Saúde, em Imperatriz foram homologadas 04 unidades com adesão ao Programa Saúde na Hora, sendo elas:

UBS	CNES	HORÁRIO
Centro de Saúde Dr. Milton Lopes	2456214	08:00 às 20:00 h
Centro de Saúde Vila Nova	2456257	08:00 às 20:00 h
Unidade Básica Vila Lobão	2456117	08:00 às 20:00 h
Unidade Básica Cafeteira	9367837	08:00 às 20:00 h

Em meados de dezembro de 2019, o Ministério da Saúde lança Portaria nº 2979/2019, que trata do novo modelo de financiamento da APS – o Programa “Previne Brasil” e ressignifica a forma de recebimento de recursos financeiros. O novo modelo está

pautado em quatro itens: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a programas específicos/estratégicos.

As mudanças, sejam de origem municipal ou a nível federal, acabaram por interferir em algumas ações pactuadas, seja no fortalecimento destas ou na necessidade de se reavaliar e readequar as ações, se tornando um grande desafio para esta Coordenação.

UNIDADES DE SAUDE	MEDICOS DO MAIS MEDICOS	TOTAL
UBS BOM JESUS	WANDERSON GOMES LINS	01
UBS VILA LOBÃO	TELDA MARIA COSTA FERREIRA	01
UBS SÃO JOSÉ	LUCAS DE ALMEIDA SANTANA	01
UBS PARQUE AMAZONAS	SUELEN VIANA SANTOS	01
UBS VILA NOVA	ROBSON DE SOUSA DO NASCIMENTO	01
BOM SUCESSO	MARIANA SANTOS SOUZA	01
UBS VILA CAFETEIRA	JAMILA FONSECA L. COSTA BORGES	01
UBS MARIA ARAGÃO	LARISE SANTANA CHAVES DIOGENES SANDY SILVA MADEIRA	02
UBS SANTA INÊS	DANIEL CASTRO LASTRE	01
TOTAL		10

6.2.8 Programa de Saúde Bucal

A Coordenação de Saúde Bucal tem a missão de desenvolver ações que promovam o cuidado integral em saúde bucal junto à população do município de Imperatriz. O trabalho é feito com base em um conceito ampliado de saúde e uma visão sistêmica da saúde bucal, sempre considerando indicadores de saúde e o território onde tais ações serão implementadas, garantindo assim ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal para população, em concordância com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 - Levantamento Epidemiológico da População Brasileira o Brasil passa a ser considerado país de baixa prevalência de cárie. O Ministério da Saúde, com a participação de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de algumas Secretarias Municipais, dentre elas a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz concluiu em 2011 a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. O objetivo geral da pesquisa foi conhecer a situação de saúde bucal da população

brasileira em 2010 e com esses dados permite subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e dos serviços perante o Sistema Único de Saúde.

O indicador utilizado internacionalmente para comparação entre os países é o CPO-D (Cariado, Perdido e Obturado – unidade Dente), para a população de 12 anos de idade. Segundo a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 – CPO 2,78 para uma condição de baixa prevalência em 2010, com um CPO de 2,1.

A Coordenação de Saúde Bucal tem sob a sua responsabilidade uma rede de serviços de odontologia organizados de maneira regionalizada e hierarquizada, oferecidos em suas Unidades Básicas de Saúde, nas Equipes de Saúde da Família, nos Centros de Especialidade Odontológica, CEOS e Unidades de Média e Alta complexidade e de Urgência/Emergência e Hospital Municipal de Imperatriz HMI.

Conforme dados da Coordenação da Atenção Odontológica - (DEZ/2021), o município possui **26** equipes de Saúde Bucal, nas Unidades de Saúde da Família (USF). Além disso, oferece serviços de assistência odontológica 24h no HMI, com base no SCNES, na última competência com atualização em dez 2021, em relação à atenção especializada existem 02 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, (CEO – Tres Poderes e CEO Anhanguera).

A porta de acesso para o tratamento odontológico na Rede são as Unidades de Atenção Primária em Saúde As Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF)) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população, pois representam o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que a atenção se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nas Unidades de Atenção Primária, o atendimento odontológico tem como objetivo oferecer à população usuária do SUS assistência odontológica básica, envolvendo ações de prevenção, promoção, proteção de saúde e reabilitação da saúde em diferentes áreas da Odontologia. Além disso, responde pelo cuidado em todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos; bem como em condições especiais: por exemplo, gestantes e pessoas com necessidades especiais/pessoas com deficiência.

A agenda das equipes baseia-se no atendimento pela demanda espontânea,

programada, e assegura as urgências no âmbito da atenção primária, sendo definida pela equipe seguindo critérios de risco e vulnerabilidade, bem como os possíveis encaminhamentos para a atenção especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Outras atividades também estão previstas, como a realização de visitas domiciliares, procedimentos coletivos como escovação supervisionada, atividades educativas com a equipe, levantamento epidemiológico e reuniões de equipe.

A Portaria GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015, define como parâmetro, 30% de cobertura de primeira consulta odontológica da população geral, no entanto, a capacidade instalada atual (dez 2021); situação de pandemia do COVID-19 e suas consequências; e mudança no processo de trabalho (voltado também para demanda espontânea e urgências), pode atingir inicialmente, 10% da população geral do município.

Considerando a pandemia do COVID-19, de 18 de março de 2020, houve em 2020, a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos na Atenção Primária, impactando negativamente e de maneira expressiva nos números de atendimentos e ações em saúde bucal.

Com a expansão da Atenção Primária, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem a continuidade dos tratamentos, garantindo o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção, em especial, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a Assistência Hospitalar.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer da boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento à pessoa com deficiência. As equipes são formadas por profissionais especializados, contam com cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal (TSB) e auxiliares em saúde bucal (ASB).

Para chegar ao atendimento especializado, o usuário deve procurar a unidade de atenção primária de referência em seu território, que realizará a avaliação inicial, o tratamento básico necessário (educativo, de promoção de saúde, preventivo, restaurador e cirúrgico), além de avaliar a necessidade individual de tratamento especializado.

Em relação ao atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.032/GM, de 05/05/2010, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados

às pessoas com deficiência que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. A Portaria GM/MS nº 793, de 24/04/2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS contemplando ações de saúde bucal nos estados e municípios.

Com o objetivo de garantir acesso e atendimento odontológico irrestrito às Pessoas com Deficiência, o artigo 22º, seção III, versa: “ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim”.

As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras.

É importante destacar que pacientes com necessidades especiais/pessoas com deficiência têm conceito e classificação amplos, que abrangem situações que requerem atenção odontológica diferenciada. A publicação dessas Portarias orienta a implantação do serviço de atendimento odontológico a pessoa com deficiência no município e a definição de protocolos de referência e contra referência para esse público, com o intuito de minimizar as dificuldades de acesso a esses serviços. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para a SUS passam a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar para Pessoa com Deficiência. Pacientes com necessidade de cuidados em nível hospitalar e/ou atendimento com sedação podem ser encaminhados pelos profissionais dos CEO's, o Hospital de Municipal de Imperatriz – HMI, é referência para o cuidado destes pacientes.

Em relação à produção de próteses dentárias, verificou-se que há uma demanda reprimida ou seja, a oferta de prótese dentária em laboratório da Rede Própria, está sendo insuficiente para a demanda atual, considerando a média de 80 próteses mês.

Serviços

- Odontologia clínica e cirúrgica na Atenção Básica:
 - Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica
 - Instrução de higiene oral
 - Evidenciação/revelação de placa bacteriana
 - Escovação dental supervisionada
 - Visita domiciliar

- Ações do PSE do MS
 - Atendimento clínico ambulatorial
 - Restauração de dentes anteriores e posteriores decíduos e permanentes
 - Radiografia periapical
 - Exodontias/extrações de dentes permanentes e decíduos
 - Atendimento de urgência no Hospital Municipal
 - Exame clínico para identificação de lesões suspeitas de malignidade
 - Encaminhamento para os CEOs para a realização de procedimentos de média complexidade (tratamento de canal, periodontal severo, cirurgias periodontais, extrações complexas, entre outros)
- Atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas:
- Especialidade de Endodontia
 - Especialidade de Cirurgia Oral Menor
 - Especialidade de Periodontia
 - Atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais

O programa de Saúde Bucal tem como objetivo reestruturar a prática e a qualificação das ações e serviços prestados, reunindo uma série de ações de saúde bucal voltadas para as pessoas de todas as idades, ampliando o acesso dos brasileiros ao tratamento odontológico gratuito por meio do sistema único de saúde (SUS).

Com isso o Município possui 26 unidades básicas com atendimento odontológico, sendo 22 (vinte e duas) na zona urbana e 04 (quatro) na zona rural, contando com 33 dentistas e 26 auxiliar de saúde bucal (ASB), sendo 26 da Estratégia Saúde da Família e 07 (sete) como dentista de demanda para suprir a necessidade da população, esses profissionais são responsáveis por realizar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, buscando resolver pelo menos 80% das demandas apresentadas.

Vale ressaltar que o programa tem um indicador muito importante que se trata da proporção de gestantes com atendimento odontológico, mas atualmente o cenário em que vivemos a população não tem o hábito de estar realizando consultas preventivas e buscando apenas em caso de urgência e emergência.

Alguns dos procedimentos realizados pelos dentistas são: orientação de higiene bucal,

palestras, aplicação de flúor, restauração dentária, profilaxia, exodontia de dentes decíduos e permanentes de baixa complexidade. Segue a lista com as unidades com atendimentos odontológicos:

UNIDADE	DENTISTA	ASB
UBS OURO VERDE	José Cláudio	Márcia Cristina
UBS OSMARINA NOLETO CHAVES	Patrícia Gondinho	Francidiane Alves
UBS VILA REDENÇÃO II	Melissa Plácido	Irene De Araujo
CENTRO DE SAUDE VILA NOVA	Nilma Maria Muniz Galvao	Edna Maria Dos Santos
UBS AIRTON SENA	MarnonDavith	Rosangela Maria Cruz
UBS BEIRA RIO	Alcindo Rocha Soares	Valéria Costa
UBS PARQUE AMAZONAS	Samuel Cortes	Fabiana Márcia
UBS BOCA DA MATA	Gabrielle Ribeiro Lima	Hellen Clara
UBS PLANALTO	Dulcivania Gomes Carvalho	AdryelaStefane
UBS VILA MACEDO	Ligia De Souza Kyt	Elisângela Marinho
CENTRO DE SAUDE DR MILTON LOPES	Bianca Garcia Martins	Elizabeth Dias
CENTRO DE SAUDE NOVA IMPERATRIZ	Milene Marinho Da Silva	Lívia Maria
UBS PARQUE ALVORADA E VILINHA	Plinio Araujo Barata	Fernanda Pereira
UBS CAMACARI	Larissa Camyla Passos	Cristina Dos Santos
CENTRO DE SAUDE SANTA RITA	Luiz Guilherme Alves	Silvania Menezes Fonseca
UBS MARIA DAS GRACAS VIANA SILVA	Edite Rodrigues	Suellen Mendonça
UBS CENTRO NOVO	Cilene Araujo	Irislândia Freitas
UBS BOM SUCESSO	Ermano Lima	Ana Lazara Fernandes
UBS VILA LOBAO	HerylandDualibe	LindianaAraujo
UBS SAO JOSE	Erlany Machado	Maria Gomes
UBS BURITI I	Tatiana Fernandes	Antonia Romana
UBS ANA DAVES	Andrea Campelo	Vanessa Dos Santos Benigno
UBS SANTA INES	Nice Lourdes Rezende	Olga Da Silva Santos
UBS PRISIONAL ITAMAR GUARA	Edward Augusto	Clemilda De Fontes Rocha
UBS COQUELANDIA	Robson Nogueira	Adriana Kátia
UBS FREI TADEU	Ayrton Fernando Campos	Sandra Regina Bezerra

Dentistas de Demanda

UNIDADE	DENTISTA	ASB
CENTRO DE SAUDE VILA NOVA	José Wilson Bezerra Galvão	Edna Maria Dos Santos
UBS PLANTO	Amanda Neves Pignatario	AdryelaStefane
CENTRO DE SAUDE NOVA IMPERATRIZ	HaabDeyanne Barros	Lívia Maria
UBS PARQUE ALVORADA E VILINHA	Fernando Barbosa Brandão	Fernanda Pereira
CENTRO DE SAUDE SANTA RITA	Richard Wagner	Silvania Menezes Fonseca
CENTRO DE SAUDE DR MILTON LOPES	Maria Cirenilde	Elizabeth Dias
UBS SANTA INES	Heloisa Ribeiro	Olga Da Silva Santos

6.2.9 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como objetivo estratégico a formação e qualificação dos trabalhadores da SEMUS, voltadas para o aprimoramento do SUS em todas as suas dimensões, contribuindo dessa forma para a resolução dos problemas de saúde da população.

A SEMUS disponibiliza cenário de prática por meio do Programa de Estágio Curricular Obrigatório em consonância com o Projeto Pedagógico de Instituições de Ensino formadoras de nível médio e superior conveniadas com a SEMUS. Através do COAPS corresponde à carga horária de atividades em serviço, relacionadas a disciplinas dos mais diversos cursos e compreendem: visita técnica, atividade prática, estágio curricular obrigatório e estágio eletivo/optativo com 11 Instituições de Ensino Superior e 06 de Nível Médio conveniadas.

6.3 Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade e Redes de Atenção à Saúde

A organização da Atenção de Média e Alta Complexidade tem por base os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde como Integralidade, Equidade, Regionalização e Hierarquização.

Nos primórdios da implantação do Sistema Único de Saúde, na década de 90, a expansão da Atenção Primária à Saúde ocupou espaço considerável na agenda Pública face à desassistência existente à época.

Esta preocupação se estende por várias décadas chegando aos dias atuais de forma consensual, tanto na academia como nos serviços, que a Atenção Primária à Saúde se constitui num espaço de coordenação do Cuidado, sendo a porta preferencial de acesso da população às ações e serviços de saúde, além de evidenciar a sua capacidade resolutiva dos problemas complexos, de baixa densidade tecnológica, em torno de 80%.

Contudo, este aspecto da Política Pública de Saúde não foi suficiente para garantir a integralidade da Atenção, tendo em vista a crescente demanda por serviços de Média e Alta Complexidade, se constituindo num grande desafio na atualidade, tanto na academia, como nos serviços.

O fato da Média e Alta Complexidade requerer alta densidade tecnológica e alto custo veio a exigir novas formas de organização da Atenção visando à otimização dos serviços com economia de escala e garantia de acesso o que se traduziu na organização da Atenção por meio das Redes de Atenção à Saúde, sejam as redes prioritárias e /ou rede de atenção de média e alta complexidade, com pactuação programada e integrada-PPI e com acesso

regulado.

Neste contexto, a organização da Atenção de Média e Alta Complexidade inclui serviços próprios e/ou contratualizados, em âmbito municipal e/ou estadual, ofertados pelos próprios municípios e ou pelos demais entes federativos organizados regionalmente.

A Rede de Atenção Especializada –integra de forma transversal a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no nível secundário de atenção, promovendo assistência especializada em caráter ambulatorial, distribuída em Unidades Especializadas composta por:

- **01 Centro Especializado Municipal - CEMI - localizado no bairro Tres Poderes**
- **01 Centro de Atendimento à Mulher – localizado no bairro Tres Poderes**
- **01 Centro de Referencia Dermatológico – localizado no bairro**
- **Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal – localizado no bairro São Francisco;**
- **01 Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA – localizado no bairro**

Dentre as especialidades com maior demanda reprimida em consultas cita-se: Oftalmologia, Cardiologia Adulto, Ortopedia Adulto, Endocrinologia Adulto, Angiologia Geral, Neurologia Geral, Neurocirurgia Geral, Nefrologia Adulto, Pneumologia Adulto, e Reumatologia Adulto.

Os exames com maior demanda são: Endoscopia digestiva, Colonoscopia, Eletroneuromiografia e Teste de esforço ou teste ergométrico. No que tange às Ultrassonografia as incidências com maior demanda são: Transvaginal, Mama bilateral, Aparelho urinário, Tireoide, Punho, Doppler Colorido de Três Vasos, e Próstata via abdominal.

De acordo com os Critérios e Parâmetros do SUS (Portaria de Consolidação Nº 1 de 28 de setembro de 2017, Capítulo II, Art. 102, para cada 100.000 habitantes é necessário ofertar 13.800 consultas/ano em Oftalmologia, 6.000 consultas/ano em Cardiologia, 15.000 consultas/ano em Ortopedia, 2.500 consultas/ano em endocrinologia, 1.700 consultas/ano em Angiologia, 6.500 consultas/ano em Neurologia (neurologia/neurocirurgia), 1.600 consultas/ano em Nefrologia, 2.500 consultas/ano em Pneumologia, e 1.000 consultas/ano em Reumatologia Considerando a necessidade de complementação de oferta em consultas e/ou exames que não são ofertados na Rede Própria, é feito complemento através de contratualização de serviço.

6.3.1 Atenção Psicossocial

A rede de atenção psicossocial do município está estruturada com os seguintes serviços, 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Ad III, atende todo o município, leitos de acolhimento:

- **01 Unidade de Acolhimento Adulto, 15 leitos de acolhimento;**
- **01 Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil II, atende todo o município,**
- **01 Centro de Atenção Psicossocial III com 10 leitos de acolhimento;**
- **01 Residências Terapêuticas tipo II com 10 moradores em cada;**
- **01 Ambulatório de Saúde Mental.**

No novo modelo de atenção em Saúde Mental Portaria nº 3.088/GM/2011, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são um ponto de atenção do componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

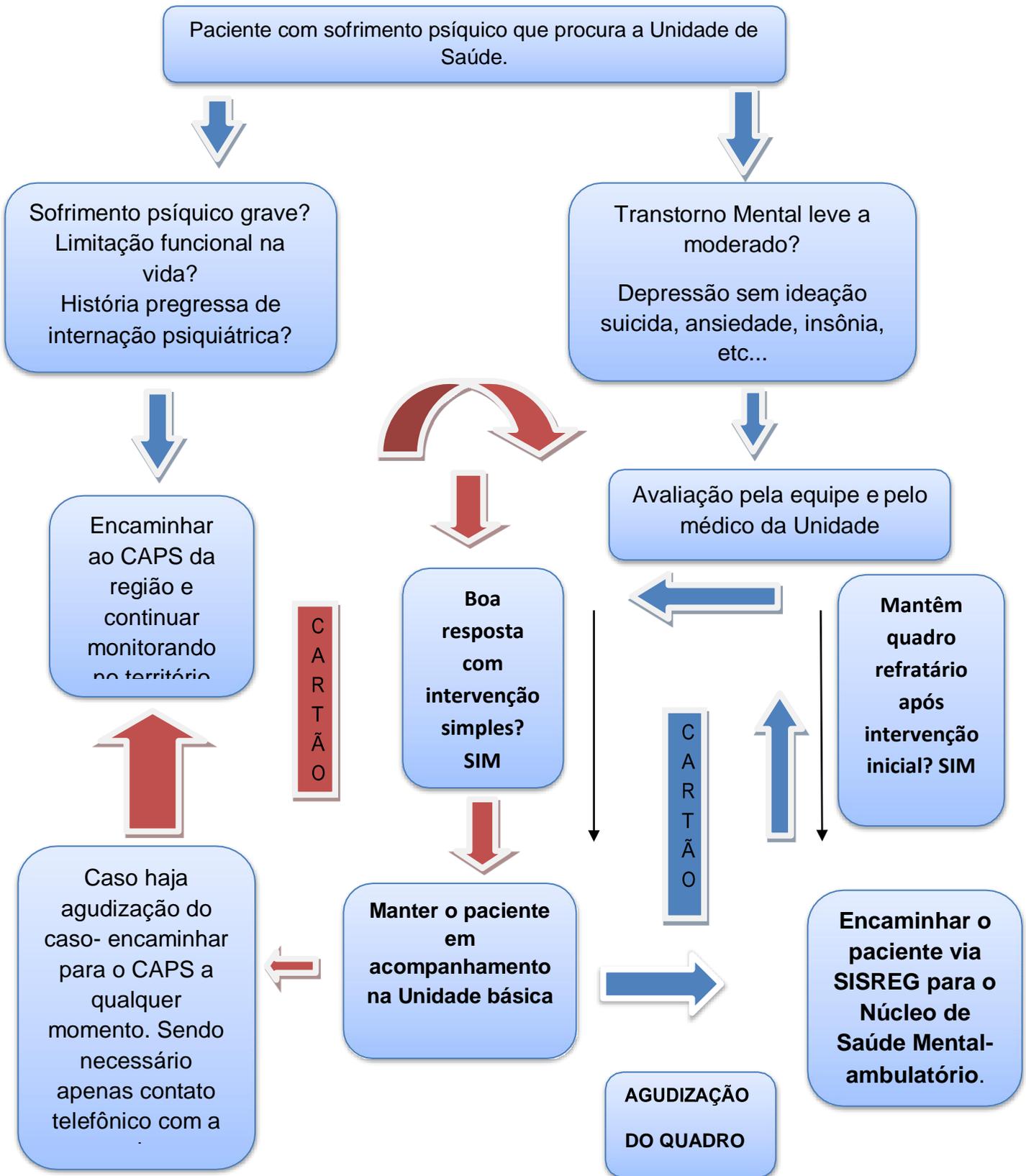
A portaria nº 336/GM/2002 valoriza a ênfase em atividades de âmbito multiprofissional associadas à perspectiva de reinserção de pessoas com sofrimento mental. De acordo com parâmetros SUS para a consulta de psiquiatria, são necessários o quantitativo de 5.8 médicos psiquiatras a cada 100.000 habitantes, totalizando a necessidade de uma média de 12 médicos. Vale salientar, que essa oferta de vaga está sendo disponibilizada na rede através dos CAPS e em ambulatórios.

Há necessidade do fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica a fim de que casos leves e moderados possam ser conduzidos pelo médico generalista e pela equipe da atenção primária, melhorando e qualificando o encaminhamento ao especialista.

O desenvolvimento de estratégias de apoio matricial às equipes e descentralização das ações ambulatoriais no ambulatório de saúde mental são imprescindíveis. Nesse sentido, tem-se realizado as atividades de matriciamento junto a Atenção Primária.

A fim de reordenar essa demanda, há de se discutir e atualizar a Programação Pactuada e Integrada – PPI ambulatorial, discutir os protocolos de acesso e fluxos assistenciais, criando alternativas, como por exemplo, a organização de oferta especializada em Psiquiatria descentralizando-a na Atenção Básica, o que prevê a Política de Saúde Mental e da Educação Permanente, com a implantação de apoio matricial.

Fluxograma 2 - Fluxograma de acesso a Saúde Mental, 2021.



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial

6.4 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

A Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, com o monitoramento epidemiológico das doenças e Agravos transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental, com atividades que vão desde a inspeção e fiscalização de produtos e serviços de interesse da saúde até programas de educação em bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

Fazem parte das atribuições de Vigilância em Saúde: produção de análises que auxiliam no planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias; monitoramento e avaliação das ações de saúde; investigação de surtos de doenças; ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde; por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.

Para que tais ações aconteçam, a Vigilância em Saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde. As análises de situação de saúde, abrangem as ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção.

Desde do início da pandemia da COVID-19, é responsável pela Coordenação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Municipal - COVID-19: formado por representantes de todas as áreas da SEMUS envolvidas na atuação em situações de emergências de saúde e dos Planos de Contingência:

Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Doença pelo Coronavírus 2020/2021(COVID-19);

- Plano de Contingência para situação de epidemia de Dengue, Chikungunya e Zika;

- Plano de Contingência das Síndromes Gripais;
- Plano Municipal de Vacinação;
- Plano de Encolamento.

No ano de 2020, devido a pandemia da COVID-19, houve necessidade de reorganização de várias atividades da Vigilância em Saúde. Uma delas foi a transformação da Unidade de Resposta Rápida em Centro de Informações de Vigilância em Saúde.

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) são realizadas através de inspeções sanitárias, com foco prioritário na conscientização da população, promovendo também a proteção da saúde do trabalhador.

O desafio da Vigilância Sanitária é conciliar o quantitativo de servidores para atender as demandas de diversos tipos de atribuições como licenciamento sanitário, atendimento de denúncias provenientes da Ouvidoria, ofícios de órgãos como Ministério Público e em decorrência da pandemia as ações de combate ao COVID-19 também tem contribuído para o aumento de trabalho, como as fiscalizações para cumprimento dos decretos, cumprimento dos planos de biossegurança, fiscalizações noturnas, barreiras sanitárias, blitz sanitárias, além da elaboração de notas e capacitações

Em relação a Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais, um dos maiores desafios está na Integração das ações dos Agentes de controle de endemias com agentes comunitários de saúde.

Segundo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as estratégias de controle da dengue devem ser pensadas e executadas com base nas realidades dos territórios e as ações de vigilância ao vetor nos domicílios devem ser integradas com uma perspectiva de educação e promoção em saúde. Uma forma de alcançar esse objetivo é a integração da vigilância ao vetor e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em termos operacionais, esta medida visa diminuir o índice de pendências nos domicílios visitados e reduzir o incômodo da sobreposição de visitas às famílias por diferentes equipes e serviços.

Em relação a Coordenação de Vigilância Epidemiológica a importância da notificação das doenças e agravos de notificação compulsória e a digitação das fichas em tempo oportuno, pois a notificação, no que diz respeito às ações de prevenção e controle de doenças e agravos, é a mais importante fonte de informação e ela subsidia boa parte do trabalho da vigilância em saúde.

A notificação pode ser realizada na suspeita ou na confirmação do caso ou evento,

ou seja, não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir de forma eficaz.

As ações de Vigilância em Saúde são executadas por pelas coordenações assim descritas:

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) são realizadas através de inspeções sanitárias, com foco prioritário na conscientização da população, com a finalidade de diminuir os riscos à saúde humana, seja através de utilização de alimentos, medicamentos, produtos ou serviços, promovendo também a proteção da saúde do trabalhador.

Cabe também ações relacionadas a saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, além de proposição de medidas de controle de endemias vetoriais e combate a zoonoses.

6.5 Vigilância de Saúde Ambiental

A fiscalização dos Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de água para consumo humano, além da vigilância da qualidade da água consumida pela população, através de coletas de amostras de água, analisadas no Laboratório Municipal em parceria com o Gestão Estadual.

Executa as diretrizes da Política de Saúde do município na área de Vigilância de Saúde Ambiental, englobando um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e detecção de qualquer mudança 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 outros agravos à saúde.

Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância, seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias.

6.5.1 Cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem – Pâmetros Básicos

Apresentamos na tabela abaixo o quantitativo de amostras analisadas pela vigilância da qualidade da Água para Consumo Humano.

Quantitativo de amostras analisadas pela vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
Período: 2020 a 2020

PARÂMETRO	Quantitativo mínimo de análises		Número de amostras e percentual de cumprimento de diretriz nacional do plano de amostragem	
	Anual	Total no período	2021	Total no período
Turbidez	396	396	400 101,01 %	400 101,01 %
Coliformes totais/E.coli	396	396	400 101,01 %	400 101,01 %
Fluoreto	156	156	-	
Residual Desinfetante	396	396	397 100,25 %	397 100,25 %

(1) Quantitativo Mínimo estabelecido na diretriz nacional do plano de amostragem de vigilância da qualidade da água para consumo humano

(2) Residual Desinfetante: Refere-se a somatória das análises dos parâmetros Cloro Residual Livre, Cloro Residual Livre, Cloro Residual combinado e dióxido de cloro

Nota: A contagem do número de amostras analisadas não levam em consideração aquelas coletadas por motivo de surto ou desastre.

Período: 2021

PARÂMETRO	Quantitativo mínimo de análises		Número de amostras e percentual de cumprimento de diretriz nacional do plano de amostragem	
	Anual	Total no período	2021	Total no período
Turbidez	396	396	412 104,04 %	412 104,04 %
Coliformes totais/E.coli	396	396	411 103,79 %	411 103,79 %
Fluoreto	156	156	-	
Residual Desinfetante	396	396	410 103,54 %	410 103,54 %

6.6 Centro de Referência Em Saúde Do Trabalhador – CEREST

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é um serviço do Sistema Único de Saúde(SUS), considerado um componente estratégico da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), e atua em articulação com a rede de saúde de sua área de abrangência

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional de Imperatriz MA tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Com base na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), cabe ao CEREST, coordenar, articular e apoiar a execução das ações de VISAT Regional de Saúde de Imperatriz MA.

Considerando as demandas em saúde do trabalhador advindas da pandemia SARSCOV2 que iniciou em 2020, onde ocorreram mudanças na vida da população tanto social como laboral, ocorrendo aumento da precarização do trabalho, da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho.

Portanto, é necessário dar continuidade nas ações educativas, capacitações, oficinas em VISAT, e ao mesmo tempo, matriciar as equipes de atenção básica e de vigilância epidemiológica para o reconhecimento do trabalho como fator determinante e condicionante do processo saúde-doença.

Nesse sentido, a dificuldade do reconhecimento do agravo que acomete o usuário do SUS ser relacionado ao trabalho, bem como sua notificação no SINAN configura-se como desafio a ser superado. Em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria 1823/2012), o CEREST desenvolve atividades dentro dos seguintes eixos:

- **Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador:** recebimento e análise das fichas de notificação de Doenças e Agravos Relacionadas ao Trabalho do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) para subsidiar as ações de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador, estudando políticas públicas;
- **Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador:** consiste em ações de inspeção nos ambientes de trabalho, buscando identificar riscos ocupacionais capazes de causar prejuízos à saúde do trabalhador.
- **Apoio matricial em saúde do trabalhador:** apoio técnico aos serviços de saúde da

atenção primária, serviços especializados, urgência e emergência nas ações de vigilância, prevenção e atendimento ao trabalhador acidentado ou adoecido pelas condições de trabalho, sejam estetrabalhadores da área urbana ou rural, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado e mesmo os desempregados.

• **Educação em Saúde do Trabalhador:** ações educativas direcionadas aos profissionais da rede de saúde, às empresas/instituições públicas ou privadas, e à população (palestras, treinamentos, informativos, etc.) visando à prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

6.7 Vigilância Epidemiológica

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

Abrangendo ações de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde; Prevenção e Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, assim como a Promoção da Saúde; Prevenção a Violência e Acidentes de Trânsito e Domésticos; Imunização; Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites Virais. A qualidade nos serviços de saúde ligada à questão das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) é uma temática que evoca a atenção no cenário mundial enquanto um sério problema de saúde pública. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar começou a ser regulamentado em 1983, com a Portaria MS 196/83, que foi revogada e substituída pela Portaria MS 930/92. Atualmente, está em vigor a Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.

As ações desenvolvidas pela equipe da vigilância epidemiológica têm como referência as normas e diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde.

As doenças de notificação compulsória estão definidas na Portaria nº 204, de 17 de

fevereiro de 2016 e os sistemas de informação utilizados são os sistemas do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde. As principais atribuições da Vigilância Epidemiológica são:

- Notificação de doenças de notificação compulsória e de interesse do município;
- Preenchimento de fichas epidemiológicas;
- Investigação dos casos, incluindo visitas aos locais, quando necessário;
- Acompanhamento dos casos notificados;
- Busca ativa e controle de comunicantes;
- Coleta e processamento de dados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- Promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos;
- Participação na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços, no âmbito municipal;
- Promoção de educação permanente dos recursos humanos e o intercâmbio técnico-científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria;
- Comunicação com Centros de Informações de Saúde ou assemelhados das administrações municipal e estadual, visando o acompanhamento da situação epidemiológica, a adoção de medidas de controle e a retroalimentação dos sistemas de informação;
- Trabalhar com populações em situações de vulnerabilidade;
- Coordenar as ações de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, na rede municipal de saúde;
- Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com o Comitê Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
- Monitorar os serviços de saúde na execução das ações de controle de infecções

relacionadas à assistência à saúde;

- Prestar apoio técnico às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais
- Informar, sistematicamente, o Comitê Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, à partir dos estabelecimentos de saúde no âmbito municipal.

6.8 Programa SIM e SINASC

A verificação de óbitos e nascidos vivos têm grande importância e responsabilidades. Cabe ao Eventos Vitais (EV) a responsabilidade do controle dos formulários de Nascidos Vivos (Declaração de Nascidos Vivos - DNV) e Óbitos (Declaração de Óbitos - DO), bem como sua distribuição, coleta e alimentação dos sistemas de informações vitais: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, além do repasse de todos os dados digitados para a Secretaria de Estado da Saúde, sendo estas atividades capazes de subsidiar as diversas esferas de gestão, na análise, planejamento e avaliação das ações e programas de saúde.

Ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) cabe esclarecer a causa-morte dos óbitos naturais sem assistência ou acompanhamento médico e por moléstia mal definida; tem subordinação municipal, sendo responsável pelo atendimento aos chamados de recolha de cadáveres registrados no município os indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde estabelecidos.

O setor responsável por elaborar estatísticas de natalidade e mortalidade do município, com o objetivo de dar subsídio para elaboração e avaliação das políticas públicas em saúde pelos serviços de vigilância, assistência e gestão. Realiza o acompanhamento de indicadores de saúde relativos ao nascimento e óbito, além de coordenar e supervisionar as ações dos Serviços do SIM e SINASC e Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal.

6.9 Doenças Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Para a análise de situação das doenças transmissíveis consideradas problemas de saúde pública, foram utilizados os dados extraídos do Sistema de Informação dos Agravos

de Notificação (Sinan-Net) do período de 2016 a 2020.

O controle da hanseníase no município de Imperatriz MA ocorre mediante o desenvolvimento de estratégias de vigilância epidemiológica, com ênfase na ampliação de busca ativa para a detecção oportuna de casos novos, por meio do exame de pele no âmbito das Unidades de Saúde e no domicílio durante a avaliação dos contatos registrados no Sinan-Net.

A Tuberculose é a principal causa de morte entre pessoas vivendo com HIV, e a infecção pelo HIV é um dos fatores relacionados ao aumento da incidência de TB. Dessa forma, o fortalecimento de ações colaborativas TB/HIV é uma importante medida para redução mútua dos impactos desses agravos. Em contraponto ao aumento da taxa de incidência de TB e da manutenção da taxa de mortalidade, a taxa de incidência da coinfeção TB/HIV .

6.10 Controle de Endemias Vetoriais

Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores e fatores ambientais a eles relacionados, além de assumir o controle operacional de situações epidemiológicas (epidemias, surtos e outros) referentes, às doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde no município no âmbito de sua atuação.

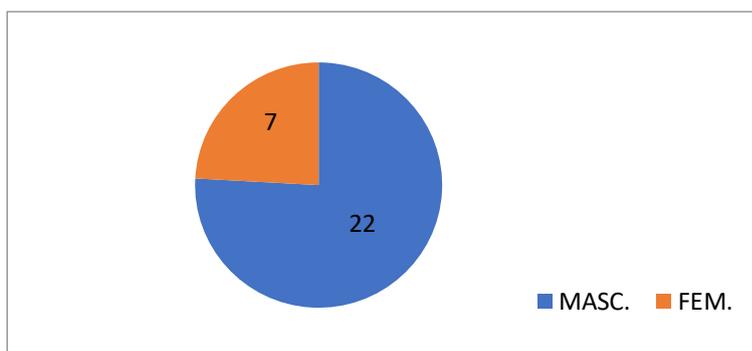
São inúmeras as Doenças Transmitidas por Vetores: como dengue, malária, doença de Chagas, leishmaniose, febre amarela, vírus Oropouche, Mayaro, filarioses, febre do Oeste do Nilo, encefalites, entre outras. Algumas dessas enfermidades são amplamente distribuídas no território nacional, como a dengue, enquanto outras são restritas a certas regiões, como o vírus Oropouche, no Pará.

Quanto as leishmanioses são endêmicas no Brasil, ocorrendo em todo território nacional, com maior número de casos na região da pré-amazônia. Causada por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, que invadem as células de defesa chamadas macrófagos. Sua transmissão depende da picada de insetos conhecidos como flebótomos. Manifesta-se clinicamente de duas formas: visceral e tegumentar. O Estado do Maranhão, conforme dados do Ministério da Saúde, possui o maior número de notificações de leishmaniose visceral e o segundo maior de leishmaniose tegumentar.

Estados	2017	2018	2019 (Até 24 de julho)	Total
Maranhão	789 casos	703 casos	185 casos	1677 casos
Pará	540 casos	518 casos	156 casos	1214 casos

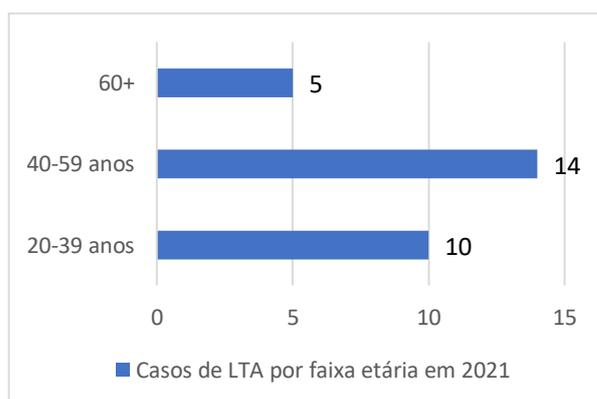
Nem todos os casos notificados no município são da população residente. O município, pelo posicionamento geográfico e importância econômica, atende pacientes de várias cidades da região.

Perfil epidemiológico dos casos de LTA notificados em 2021.
Gráfico.1- Casos de LTA por sexo em 2021



Como se pode observar, a partir do gráfico 1, houve predomínio do sexo masculino sendo maior número de casos notificados nas faixas etárias mais produtivas dos 40-59 anos (14), seguido dos 20-39 anos (10), com predomínio da cor parda, seguido de branco e preto. A evolução da maioria dos casos foi para cura.

Gráfico 2 - Casos de LTA por faixa etária em 2021



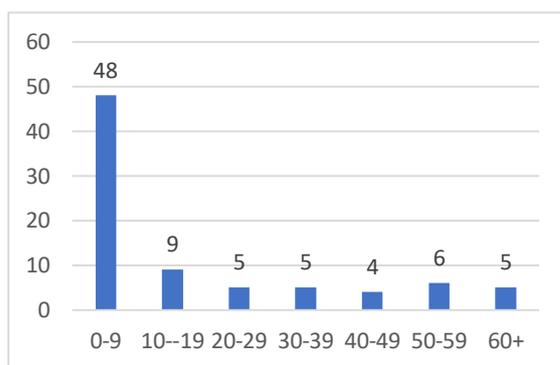
Fonte: SINAN, 2022.

Nem todos os casos notificados no município são da população residente. O município, pelo posicionamento geográfico e importância econômica, atende pacientes de várias cidades da região.

Tabela 2: Os casos notificados em Imperatriz em 2021, conforme a forma clínica

Total de casos em 2021:	
LV	82
LTA	29

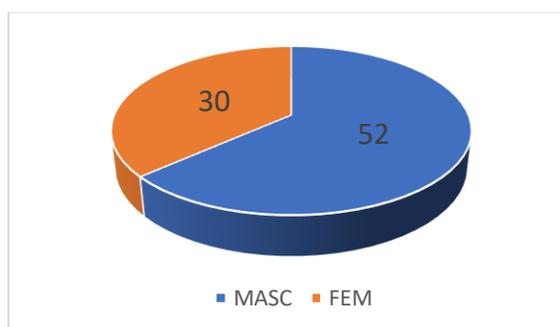
Fonte: Sinan, 2022.



Fonte: SINAN, 2022.

No que diz respeito ao sexo, a população masculina foi a que recebeu o maior número de diagnóstico positivo, representando 63% dos casos.

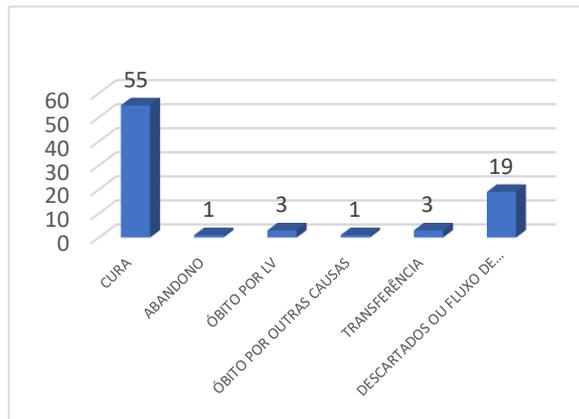
Gráfico 6: Casos de leishmaniose visceral notificados em Imperatriz em 2021, por sexo



Fonte: SINAN, 2022.

Dos 82 casos notificados, 55 casos (67% dos casos) evoluíram com cura após o tratamento. Óbitos por LV representaram 4% dos casos. Abandono, óbito por outras causas, casos descartados e casos colocados em fluxo de retorno representaram 29% dos casos.

Gráfico 7: Evolução dos casos de LV em 2021



No mapa a seguir, podemos observar os bairros de Imperatriz onde houve maior incidência de casos de LTA e LV em 2021.

Figura 1: Mapa destacando as áreas com maior incidência de casos de leishmaniose em Imperatriz



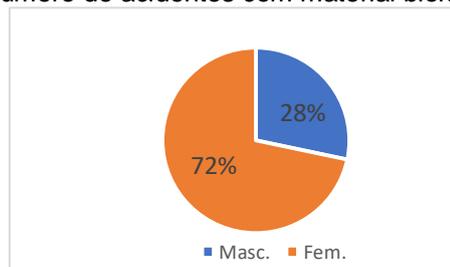
Fonte: Sinan, 2022. Mapa: Google Maps.

ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Consiste na exposição de uma pessoa a sangue ou secreções através da pele, das mucosas ou de lesões perfurocortantes com agulhas, instrumental cirúrgico ou vidro contendo secreções.

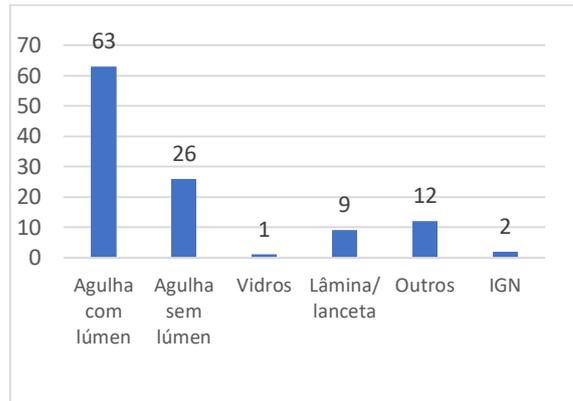
Em 2021 foram notificados 113 casos em Imperatriz, ocorrendo uma predominância dos acidentes com profissionais do sexo feminino.

Gráfico 8 - Número de acidentes com material biológico por sexo.



Fonte: SINAN, 2022.

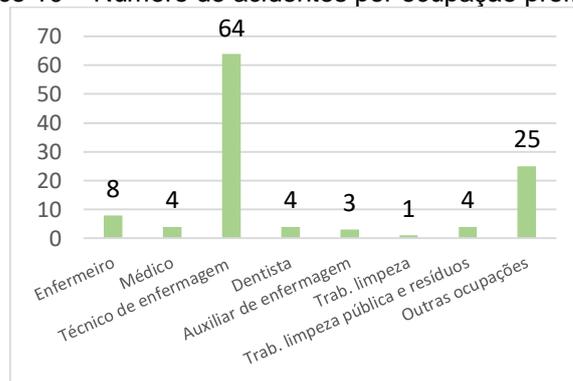
Gráfico 9 - Agente causal dos acidentes



Fonte: SINAN, 2022

A maioria dos acidentes foi causado por agulha com lúmen (63) e agulha sem lúmen (26), sendo o técnico de enfermagem (64) o profissional que mais sofreu acidente.

Gráfico 10 – Número de acidentes por ocupação profissional



Fonte: SINAN, 2022.

A exposição percutânea (84) foi a mais frequente. Está relacionada, na maioria das vezes, ao erro na aplicação da técnica e na execução do procedimento. O segundo tipo de exposição mais frequente foi o de pele íntegra com 33 casos.

Gráfico 11 – Número de acidentes por tipo de exposição



O Combate às Arboviroses do Município de Imperatriz tem por finalidade realizar ações, com ênfase à educação em saúde e mobilização social voltada para o combate ao vetor dessas doenças, tendo por finalidade preferencial promover a educação e a mobilização social voltada ao combate dos respectivos vetores, em caráter preventivo continuado e corretivo, em toda e qualquer ação de saúde pública nos limites territoriais do município de Imperatriz, observada sua área de atuação e competência atentando para os parâmetros estabelecidos e pelas Diretrizes Nacionais com a Prevenção e Controle das Epidemias.

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Compreendem dois grandes grupos de eventos: as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas principalmente pelas doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus; as causas externas, tais como os acidentes e as violências.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) incluem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, depressão, doenças respiratórias e renais crônicas, constituindo a maior carga de morbimortalidade no mundo e sendo responsáveis por 63% das mortes globais, conforme a Revista Brasileira de Epidemiologia. Essas doenças acarretam perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades.

6.11 Coberturas Vacinais

PLANILHA DE MONITORAMENTO MENSAL DAS METAS DO PQA-VS										
Área: IMUNIZAÇÃO										
Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose), em crianças menores de um										
preconizada - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose), em crianças										
Cobertura por Vacina:		95,0	95,0	95,0	95,0					
METAS	ANOS	Pentavalente (3ª dose)	Pneumocócica 10-valente (2ª dose)	Poliomielite (3ª dose)	Tríplice viral (1ª dose)	Coberturas Vacinais Alcançadas	% Alcance - Resultado Final do Indicador	Nº de municípios da URS com 100% de Cobertura	Nº de Municípios da URS	% de Alcance da URS
5.198	2016	101,91	108,89	98,04	110,98	4	100,0	1	0	#DIV/0!
5.198	2017	94,46	100	97,19	86,96	2	50,0			
4.894	2018	74,11	81,41	75,19	74,62	0	0,0			
5.051	2019	44,55	84,46	73,83	84,5	0	0,0			
5.051	2020	50,42	57,98	46,64	49,16	0	0,0			
5.192	2021	65,76	72	65,1	68,05	0	0,0			

Obs: O aplicado foi maior devido os saldos anterior de vacinas que ficam para o ano seguinte. Todas aplicadas de rotina campanha e atualização de caderneta.

VACINAS	RECEBIDAS	APLICADAS
BCG	14.400	7.466
DTP	4.720	6.600
PENTA	17.770	17.812
dT	17.860	12.147
FA	22.500	14.945
HEP A	3.296	3.335
HEP B	3.700	19.691
HPV	3.990	4.932
MENIGOC	1.550	14.587
PNEUMO 10	13.916	14.803
VIP	16.070	16.080
VOP	10.975	5.200
DTPA	2.790	2.974
SCR	13.810	10.233
ROTAVIRUS	8.720	9.734
VARICELA	3.490	3.446
GRIPE	64.350	7.239

PNEUMO23	550	217
HIB	11	8

6.12 Unidade de Controle de Zoonoses (UZ)

É responsável pelo desenvolvimento de ações objetivando o controle de agravos e doenças transmitidas por animais (zoonoses), através do controle das populações de animais domésticos acompanhamento de cães e gatos suspeitos ou confirmados com alguma doença de relevância em saúde pública, na vacinação antirrábica e em ações educativas relacionadas ao combate de zoonoses. (animais de grande porte) e o controle de animais da fauna sinantrópica (morcegos, pombos, roedores, caramujos, carrapato e pulga entre outros).

À **Coordenação de zoonoses**, composta pelos serviços de:

- Serviço de Controle da Raiva e de Outras Zoonoses;
- Serviço de Fiscalização em Vigilância Zoonosária;
- Serviço de Controle de Roedores, Animais Peçonhentos e Sinantrópicos;
- Serviço de Educação;
- Serviço de Diagnóstico Laboratorial de Zoonoses;
- Serviço de Apoio Estratégico no Controle de Zoonoses.

A meta de vacinação é de 37mil animais sendo 14 mil gatos e 23 mil cães, abaixo a série histórica de vacinação dos últimos três anos:

Animais	2019	2020	2021
Cães	36.300	29.900	19.249
Gatos	23.680	10.465	13.831

6.13 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária coordena e executa ações capazes de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde e faz intervenções nos problemas sanitários no meio ambiente da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, como na emissão de alvará sanitário, documento que habilita o funcionamento de atividade específica em estabelecimento de interesse da saúde ou a utilização de fontes de radiação ionizante; atendimento de denúncia/reclamações, realiza inspeção in loco para averiguação de supostas irregularidades; atividades educativas onde são realizadas palestras educativas para o setor regulado e população, para esclarecimento de dúvidas referente legislações sanitárias vigentes em diversas áreas: cabeleireiros, manicure, atividade odontológica, comércio de alimentos, instituição de longa permanência para idosos (ILPI) e creches e o controle da qualidade da água para consumo humano através do programa Proágua, visando à promoção e proteção da saúde da população.

O processo de licenciamento sanitário, para empresas classificadas como alto risco sanitário, No ato do requerimento, formaliza-se um processo com a documentação do estabelecimento que é encaminhado para a Coordenação de Vigilância Sanitária na SEMUS. Posteriormente, na inspeção são verificadas as condições do estabelecimento, de acordo com a legislação sanitária, é emitido o Relatório de Inspeção ou Boletim de Vistoria e Orientação com prazo de 30 dias para providências.

6.14 Centro de Diagnóstico de Imagem

Inaugurado dia 24 de agosto de 2017, o Centro de Diagnóstico por Imagem de Imperatriz (CDII), com aparelhos de ultrassom e de ressonância magnética de alta tecnologia. O CDII é fruto de uma parceria entre Ministério Público do Estado do Maranhão, Suzano e Prefeitura de Imperatriz, através de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado em 2015. Realiza em média 300 exames por mês, com emissão de laudos diariamente, com a implantação desse serviço o município tem uma economia em torno de R\$ 500 mil reais, por ano, só com a realização das ressonâncias, que antes eram feitas por meio de convênios com clínicas particulares.

6.15 Equoterapia

A Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais (ANDE – Associação Nacional de equoterapia).

O programa de equoterapia no município de Imperatriz, teve início em 16 de Julho de 2008, no Parque de Exposições Lourenço Vieira da Silva, localizada na BR-010, onde permanece até hoje.

Em parceria com SINRURAL, que é fornecedor do espaço onde fica os animais e a sede do programa, sem nenhum custo para prefeitura. Ficando a cargo da prefeitura as despesas, com os servidores, assistência veterinária, materiais didáticos, higiene e limpeza, entre outros.

Atualmente o programa vem passando por diversas melhorias, como: Aumento do número de profissionais, melhoria na estrutura da sede, aquisição de novos animais (04 atualmente), reforma dos materiais utilizados nos atendimentos, como capacetes, selas, entre outros.

O programa funciona de segunda a sexta, das 15h às 20h, com exceção nos feriados e dias chuvosos, devido os atendimentos serem ao ar livre. Os atendimentos são realizados com o cavalo e por uma equipe multidisciplinar treinada, que explora toda a área do parque.

As rações e medicamentos são doações de empresários e fazendeiros, que conhecem o programa e sabem da sua importância.

Atualmente estão cadastrados e atendidos 60 praticantes de diversas idades (a partir dos 03 anos) e síndromes ou patologias, como é o caso da Síndrome de Down, paralisia cerebral, esclerose múltipla, autismo, deficientes visuais e auditivos, etc.

Em média são atendidos 12 praticantes por dia, e cada um deles é atendido uma vez por semana. Ficam no programa durante um ano e podendo se estender até dois anos de acordo com cada necessidade.

O programa é totalmente gratuito e atende a população de Imperatriz e região. Existe uma lista de espera e as vagas são limitadas, que vão de acordo com a capacidade de atendimento, que leva em consideração o número de animais, de profissionais e de praticantes já inscritos.

É importante afirmar que durante a pandemia de Covid-19, não foram realizados atendimentos presenciais no parque de exposição e sim, foram encaminhados para outros programas da rede da saúde municipal para serem atendidos por profissionais específicos.

O programa esteve fechado nos dias e horários que não houveram nenhum tipo de atividade no local. Mas todos os dias da semana (independente de qualquer fator), os servidores responsáveis pelos animais estão no parque de exposição para cuidar dos animais como alimentação e limpeza.

Os atendimentos remotos, via telefone ou whatsapp, com a família, onde o profissional presta toda a assistência, dar e colhe informações a respeito do praticante.

Com o avanço da vacinação e o fim do período chuvoso, a previsão de retorno seria em Maio / 2022. Porém a pedido do Sinrural, que utiliza nossa sede durante a EXPOIMP, os atendimentos retornarão normalmente em agosto, após a exposição.

6.16 Atenção as Urgências

Atenção as Urgências é composta pela rede hospitalar, pré-hospitalar Unidade de Pronto Atendimento e Equipes de Atenção Domiciliar segundo a política e diretrizes do Ministério da Saúde e da Administração Pública Municipal. tem as seguintes atribuições:

- Coordenar a estrutura pré-hospitalar fixa (prontos atendimentos próprios), móvel (SAMU), bem como ter articulação com os prontos atendimentos parceiros, hospitais filantrópicos e estaduais, segundo a política e diretrizes do Ministério da Saúde e da Administração Pública Municipal;

- Normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de urgência em saúde, observado os princípios e diretrizes do SUS;

- Desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações de urgência em saúde;

- Acompanhar e propor instrumentos para organização gerencial e operacional da urgência em saúde;

- Promover articulação com as diversas áreas da SEMUS para a implantação e execução da Rede de Atenção as Urgência RAU;

- Organizar fluxos assistenciais percorridos pelos usuários na Rede de Urgência e (RAU), responsabilizando cada ponto de atenção pela gestão do cuidado, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução;

- Operacionalizar em conjunto com os demais departamentos a RAU, tendo como referencial aos atos normativos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde;

- Estruturar as informações de saúde para subsidiar as tomadas de decisões no âmbito da gestão;

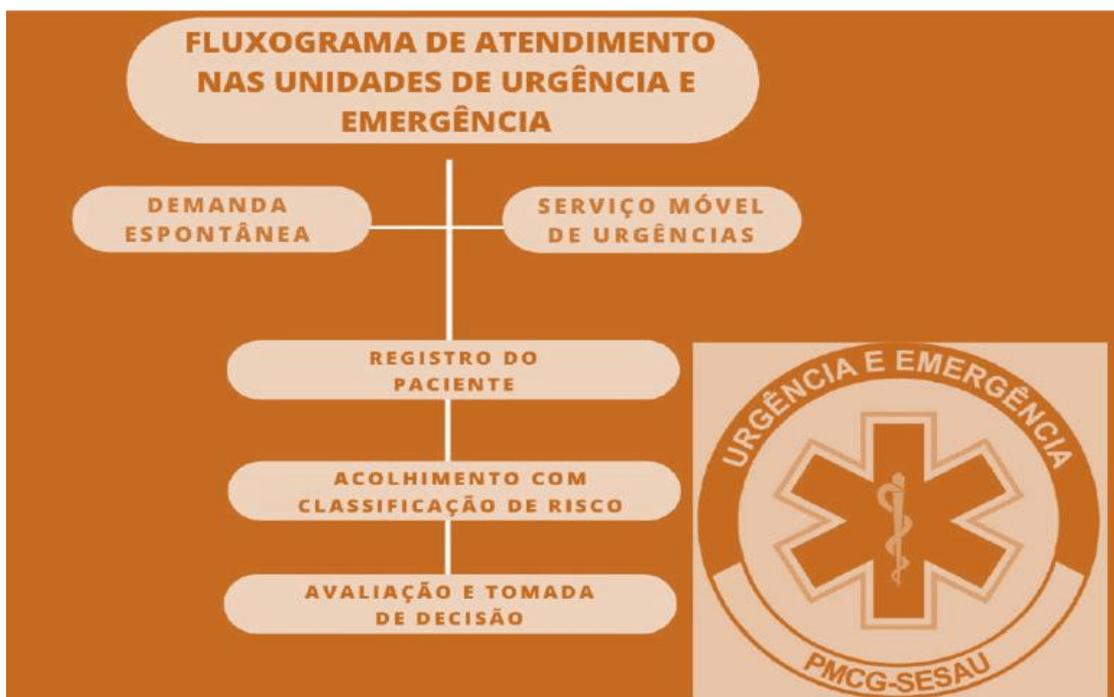
- Elaborar, monitorar e avaliar os indicadores de urgência no Município.

6.16.1 UPA 24 H

No Município de Imperatriz existem duas unidades de saúde UPA 24 horas, sendo uma Municipal (UPA São José) e outra Estadual (UPA Bernardo Sayão). As unidades de urgência e emergência prestam atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, além de prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares.

Com apoio de exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiográficos. Contam com equipe multiprofissional composta por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Nutricionista e Administrativos. No período pandêmico da COVID-19 contamos com Fisioterapeutas prestando assistência aos pacientes sintomáticos respiratórios.

Figura 3. Atendimento nas Unidades de Urgência e Emergência, 2021.



As UPA's são unidades de urgência e emergência para acolhimento de quadros agudos, com capacidade para ao atendimento de diversas situações clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas.

A capacidade instalada de cada unidade hospitalar é critério para definição das pactuações. O paciente é referenciado para a unidade que possui capacidade para dar a resolução do caso em nível terciário. Embora existam as pactuações para a garantia da continuidade da assistência à saúde, o acesso às unidades hospitalares é prejudicado

pela sobrecarga das portas de entrada hospitalares de urgência, principalmente para os pacientes com doenças crônicas agudizadas e idosos.

A estrutura física dispõe de sala de emergência, sala de classificação de risco, sala de observação masculino, feminino e infantil, consultórios médicos, sala de inalação, sala de imunobiológicos, sala de administração de medicamentos/hidratação. Todas as unidades dispõem também de equipamentos médico hospitalares, conforme legislação.

No período de 2017 a 2021, foram atendidos pacientes. Na UPA MUNICIPAL SÃO JOSÉ Segundo o Protocolo de Classificação de Risco, os pacientes foram classificados como: 1% prioridade emergente (vermelha); 8% urgente (amarela), 67% pouco urgente (verde) e 24% não urgente (azul), como demonstram os gráficos a seguir:

Gráfico 01 – Total de Atendimentos no Período de 2017 a 2021

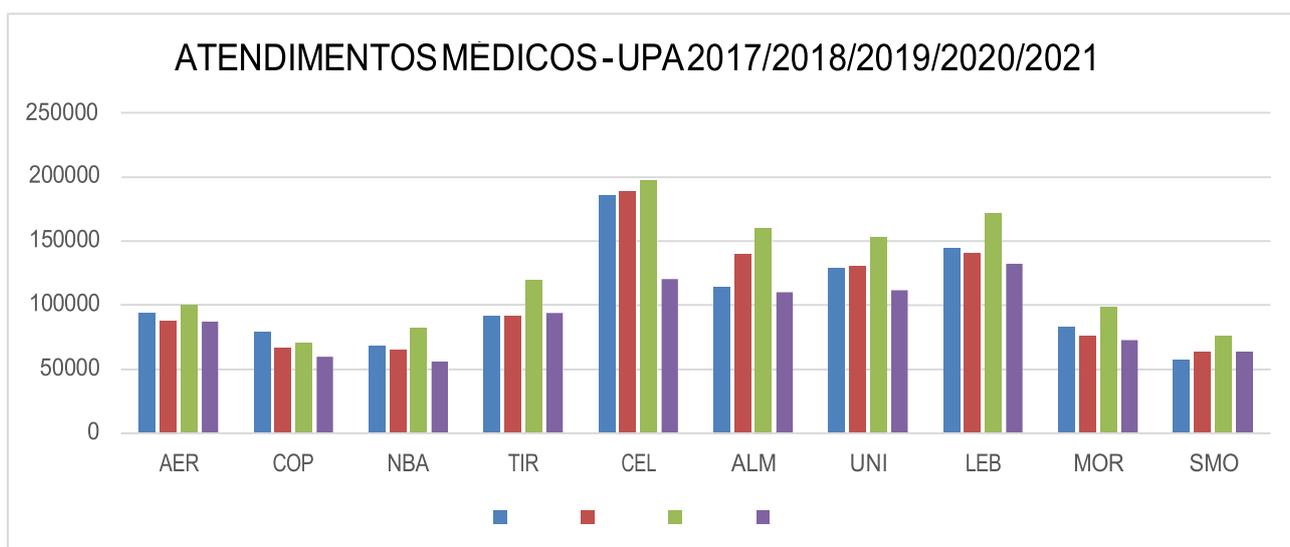
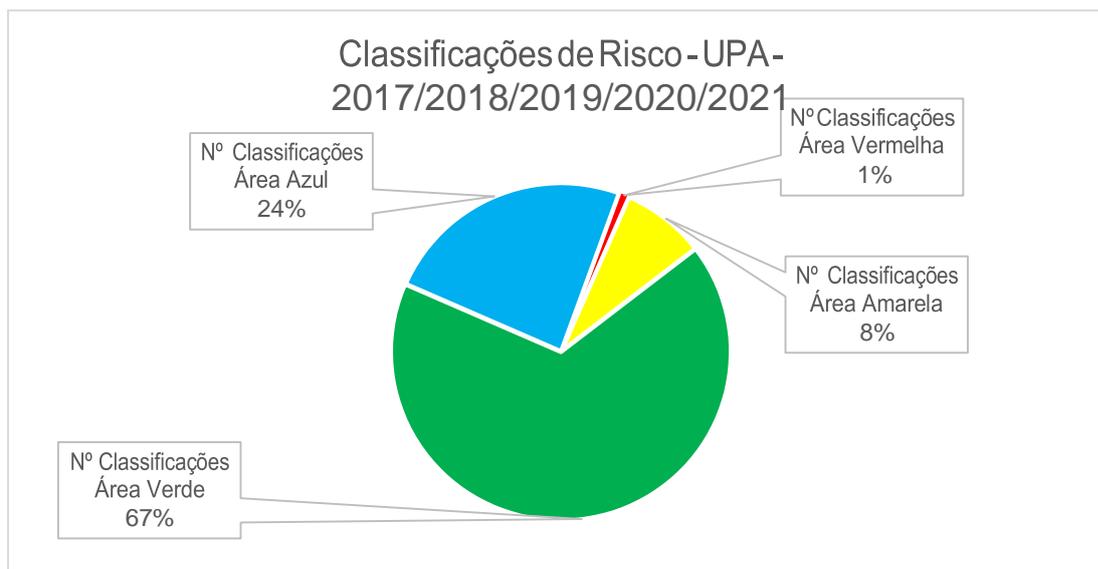


Gráfico 02- Classificação de Risco 2017/2021.



A implantação Programa de Qualificação na Atenção à Saúde do SUS - QualiSUS iniciou em 2005. É um programa de qualificação na atenção à saúde do SUS, composto de um conjunto de estratégias que visam provocar mudanças na forma de acolhimento aos usuários para proporcionar um atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde. Em consequência, o QualiSUS contribui para salvar um maior número de vidas, com a redução dos danos à saúde. As unidades funcionam em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, em especial a Portaria de Consolidação nº. 03/2017.

A Classificação de Risco é realizada pelo Enfermeiro, mediante treinamento específico com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os por ordem de prioridade de gravidade para o atendimento.

Protocolo de Classificação de Risco:

- Vermelho – Atendimento Imediato;
- Amarelo - Atendimento com prioridade sobre os pacientes
- Verde – Sem risco de morte imediata (será atendido após os pacientes classificados como vermelho e amarelo);
- Azul – quadro crônico, sem sofrimento agudo ou caso social (situação que possibilitam encaminhamento à Unidade Básica de Saúde – UBS). Poderá ser atendido após os pacientes classificados como vermelho, amarelo e verde.

Com base no Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, a Região de Saúde, é conceituada “espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicos e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU- faz parte do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção a Urgência e Emergência da Região

A Rede de Urgência do Município – RAU abrange:

- Promoção, prevenção e vigilância à saúde;
- Atenção Básica em saúde;
- **SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA** – SAMU/192 e sua Central de Regulação das Urgências;
- **UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS** e o conjunto de serviços de urgência 24h;
- **CAPS;**
- **HOSPITALAR;**
- **ATENÇÃO DOMICILIAR:** Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);

O SAMU 192 foi implantando em Imperatriz através da Portaria nº **326, de 4 de março de 2005**, e foi oficialmente inaugurado no dia 22 do mesmo mês. Na época, o SAMU 192 foi habilitado com **3 Unidades de Suporte Básico -USB**, uma Unidade de Suporte Avançado-USA e a Central SAMU 192.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) agregou em 2012 mais 14 bases descentralizadas em seu escopo de regulações de urgência. Com isso, além da região urbana e rural de Imperatriz, passou a regular ao **todo 36 municípios** cobrindo uma população de mais de um milhão de habitantes.

A capacidade operacional do serviço abrange: 7 (sete) Unidades de Suporte Básico (USB), 2 (duas) Unidades de Suporte Avançado (USA), 1 motolância e a Central de Regulação das Urgências -CRU- em Imperatriz-MA, além de 22 Unidades de Suporte Básico (USB), 6 (seis) Unidades de Suporte Avançado, 1 (uma) motolancia nas outras Bases reguladas pela CRU de Imperatriz. Em Imperatriz temos a primeira base

descentralizada localizada na Zona Rural que fica no Povoado Coquelândia.

No ano de 2012, através da portaria 1.900, de 5 de setembro de 2012, o SAMU 192 Imperatriz, tornou-se regional contando com 14 bases descentralizadas, cobrindo 36 cidades e mais de 1 Milhão de habitantes.

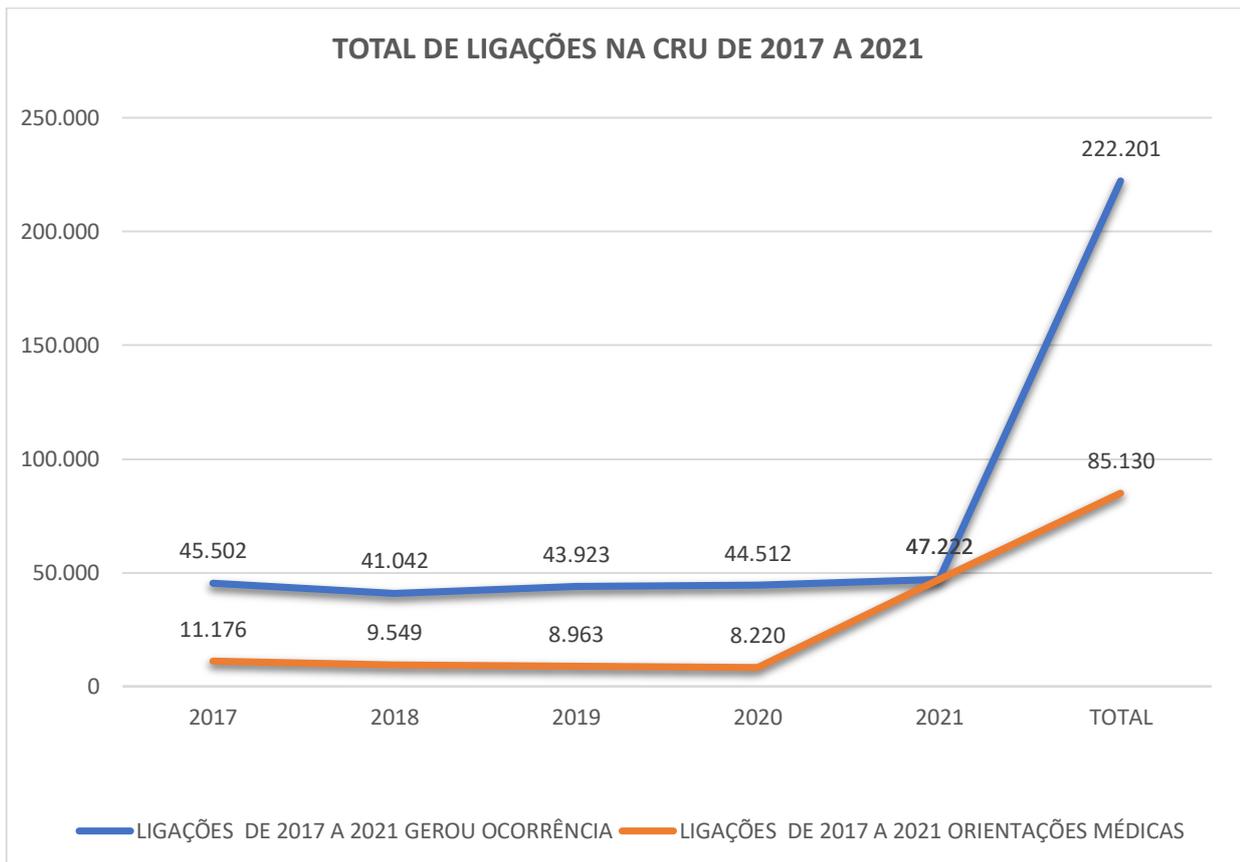
As Bases Descentralizadas que são cobertas pela Central de Regulação de Urgências- CRU- do SAMU 192 Regional de Imperatriz-MA: Açailândia, Alto Parnaíba, Amarante, Balsas, Barra do Corda, Buriticupu, Carolina, Cidelândia, Grajaú, Itinga, São Pedro da Água Branca, São Raimundo das Mangabeiras, Sítio Novo e Vila Nova dos Martírios.

Em 6 de maio de 2013, pela portaria 754 foi habilitado o serviço motolância no SAMU 192 de Regional de Imperatriz-MA. Em dezembro de 2013, após passar por avaliação dos técnicos do Ministério da Saúde, o SAMU 192 Regional de Imperatriz-MA tornou-se qualificado recebendo recurso diferenciado pela qualidade do serviço prestado à população. Em fevereiro de 2019, após novo processo de avaliação da Coordenação Geral de Urgência e Emergência -CGUE- do Ministério da Saúde -MS- o SAMU 192 Regional de Imperatriz-MA mais uma vez mostrou ser um serviço de excelência e conseguiu a renovação da qualificação.

A Central de Regulação de Urgência (CRU) atendeu em média 180 ligações telefônicas diárias de 2017 a fevereiro de 2022.

Distribuição absoluta de ligações telefônicas e regulações médicas no tronco – 192

LIGAÇÕES DE 2017 A 2021		
ANO	GEROU OCORRÊNCIA	ORIENTAÇÕES MÉDICAS
2017	45.502	11.176
2018	41.042	9.549
2019	43.923	8.963
2020	44.512	8.220
2021	47.222	47.222
TOTAL	222.201	85.130



TOTAL DE ATENDIMENTOS EM IMPERATRIZ-MA DE 2017 A FEVEREIRO DE 2022	
ENVIO	79.239
TRANSFERÊNCIAS	11.248
TRABALHO DE PARTO	2.677
PEDIÁTRICO	5.234
ADULTO	22.682
IDOSO	14.078
PSIQUIÁTRICO	1.542
PAF	556
PAB	712
QUEDA	3.290
FERIDO POR ANIMAL	43
TÉRMICO/AFOGAMENTO	77
AGRESSÃO FÍSICA	1.130
ACIDENTE DE TRÂNSITO	11.108
DOMÉSTICO	77
ACIDENTE DE TRABALHO	88
ÓBITOS	1.039

O sistema de Regulação é regulamentado pela Portaria da Política Nacional de Regulação 1.559 de 01 de agosto de 2008, com a unificação das portarias e revogações, da Política Nacional de Regulação do SUS, de 28 de setembro de 2017. Adotou-se o

Sistema de Regulação – SISREG como ferramenta de trabalho, que é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, por meio de módulos que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento do usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares.

No SISREG, as solicitações podem ser realizadas pela atenção primária à saúde e pelas outras portas de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização da utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento, sendo uma ferramenta gratuita disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

O paciente passar por atendimento na unidade de saúde onde é identificada a necessidade de encaminhamento do mesmo para consulta, exame e/ou procedimento especializado e é inserida solicitação, conforme a necessidade do paciente, no Sistema de Regulação – SISREG.

Após a inserção, a solicitação é analisada pelo regulador que verifica se esta encontra – se de acordo com o protocolo de acesso vigente. Se sim, e havendo vaga em sistema, solicitação é agendada para atendimento em data posterior. Caso a unidade repasse as informações de agendamento ao paciente, este sinaliza em sistema como avisado. Em caso negativo, a equipe de videofonia entra em contato com esse paciente para o repasse de informações e demais orientações pertinentes ao agendamento.

Nos casos em que o encaminhamento não estiver de acordo com as orientações constantes no protocolo de acesso, a solicitação é devolvida à unidade para as devidas adequações e posterior reenvio à equipe reguladora para análise e demais seguimentos.

A implantação das especialidades e procedimentos foi realizada de forma gradativa, sendo que a última especialidade médica a ser inserida no Sistema de Regulação foi em 2021. No mesmo período, foi implantado a Regulação do Acesso (Oferta de vagas) na totalidade de todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Especializada da rede própria, contratada e conveniada com atendimentos regulados via Sistema de Regulação – SISREG. Tendo como referência a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde – PPI 2004, a Regulação Ambulatorial disponibiliza oferta de vagas para acesso às especialidades, exames e procedimentos para os municípios de acordo com a pactuação estabelecida.

A Regulação foi dividida em Ambulatorial e Hospitalar a partir devido a proporção

e especificidade do trabalho executado por cada coordenação e também pelo volume da demanda .

Visando fortalecer ainda mais essa rede de atendimento, foram resgatados e implementados como rotina do processo regulatório, a manutenção periódica da Planilha de Oferta de Vagas e da Grade de Referência Ambulatorial, dando visibilidade dos procedimentos cadastrados no Sistema de Regulação com os devidos profissionais e locais de atuação.

Com a implantação do Plano Municipal de Vacinação contra a COVID-19, e início da imunização em janeiro de 2021, iniciou – se também o serviço de orientações e esclarecimento de dúvidas acerca de reações, pontos de vacinação, calendário vacinal (grupos prioritários, faixa etária, comorbidades, etc).

6.16.3 Regulação Hospitalar

A Portaria nº 1.159 de 01 de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. A Regulação tem seu funcionamento de 24horas, e equipe composta por médicos reguladores, administrativos e enfermeiros, além de plantonistas eventuais médicos e enfermeiros.

A principal atribuição é dar acesso em tempo oportuno aos usuários do SUS de acordo com suas necessidades imediatas, sem prejuízo a sua assistência, norteado por protocolos, fluxos, pactuações, grades de referência e portarias.

- Utilizar o Sistema CORE, permitindo a interface entre o médico assistente, a regulação e os hospitais;
- Regular todas as internações eletivas e de urgência;
- Fazer uso da Classificação de Risco (Protocolo de Manchester), que define o grau de urgência, colocando os pacientes em ordem de prioridade para o atendimento;
- Regular o acesso aos leitos hospitalares de urgência;
- Garantir ao cidadão um atendimento oportuno de acordo com suas necessidades imediatas;

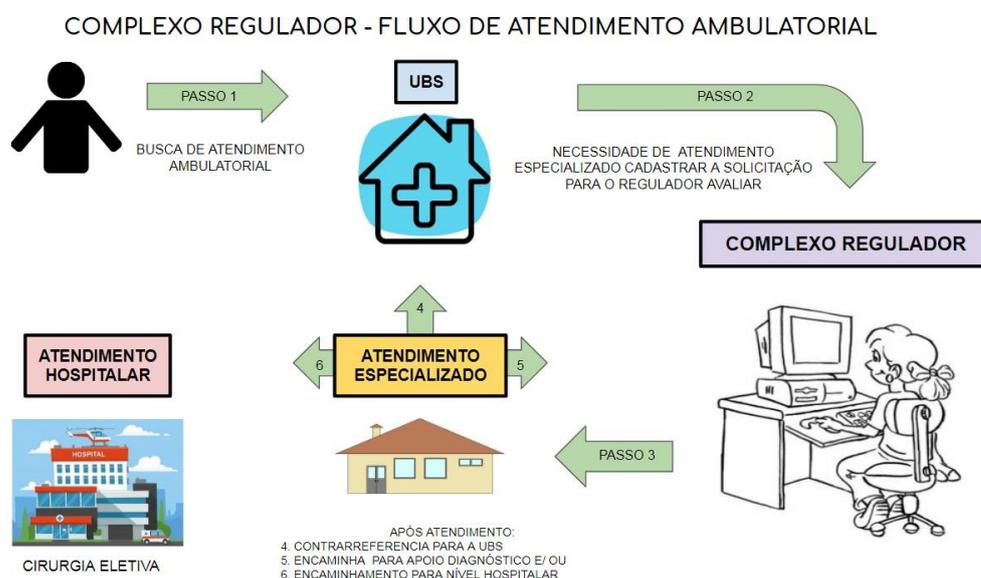
Leitos Eletivos cabe:

- Utilizar o Sistema de Regulação Hospitalar (SISREG online), fornecido pelo Ministério da Saúde, através do qual se verifica a via de acesso do paciente (urgência ou ambulatorial), permitindo transparência no processo regulatório;

- Autorizar as internações de urgência e as eletivas S;
- Qualificar as filas de espera para as cirurgias eletivas, através da adoção de critérios de prioridade, baseados na classificação de risco;
- Conferir melhor gestão dos leitos e maior celeridade no atendimento dos pacientes de maior gravidade;
- A falta de leitos hospitalares que representa uma grande dificuldade no processo de regulação como um todo;
- E atualmente, a regulação dos leitos de urgência é realizada em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), restringindo a autonomia de gestão dos leitos hospitalares.

Na Regulação Hospitalar são realizados os serviços de Regulação de acesso à porta de entrada do Hospital Municipal e a Autorização das Internações Hospitalares (AIH) eletivas e de urgência. Destaca-se a produção do ano 2020 e 2021, em torno de 25.505 autorizações de AIH de urgência e eletivas, sobressaindo-se as de urgência.

FIGURA 01 – Fluxo de atendimento AMBULATORIAL



Fluxograma de solicitação e atendimento de procedimentos via sistema de regulação – SISREG, 2021.

6.16.4 Regulação Ambulatorial

A Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo o gerenciamento de vagas

por meio do acesso a consultas e exames especializados de média e alta complexidade.

Regulação Ambulatorial compete:

- Instituir e implementar a Política Municipal de Regulação no que se refere a Regulação Ambulatorial, de acordo com a legislação vigente;
- Elaborar normas técnicas referentes às ações da regulação ambulatorial no âmbito municipal, complementar e as esferas federal e estadual;
- Gerenciar as vagas de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- Elaborar protocolos de regulação para os fluxos assistenciais;
- Capacitar os gerentes e os médicos responsáveis técnicos das 28 Unidades de APS (Atenção Primária à Saúde) da Rede Municipal a fim de que os protocolos de acesso sejam integralmente seguidos;
- Capacitar os prestadores da Rede Complementar de Saúde
- Contribuir na elaboração de indicadores da Programação Pactuada e Integrada (PPI), por meio da atualização constante das cotas físicas do executor, principalmente para a alta complexidade que tem como referência o município de Imperatriz
- Avaliar o desempenho dos serviços e da satisfação dos usuários (PNASS);
- Avaliar os indicadores epidemiológicos e as ações e serviços de saúde;
- Aumento de Demanda Reprimida para acesso às consultas, exames e procedimentos especializados devido à suspensão e redução da oferta de vagas dos atendimentos no período de Pandemia devido às regras de biossegurança;

6.16.5 Auditoria

A concepção sistêmica do Sistema Único de Saúde - SUS pressupõe que ele seja permanentemente avaliado e, conseqüentemente, que os resultados dessas avaliações ofereçam subsídios para o seu aperfeiçoamento.

A Constituição Federal de 1988 previu que o SUS deveria ser regulamentado, fiscalizado e controlado. A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, instituiu o Sistema

Nacional de Auditoria - SNA, previsto na Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90, conferindo a responsabilidade de controle e fiscalização do SUS ao SNA, organizado de forma descentralizada, com atribuições definidas para os três entes federativos.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde compete ao Sistema Municipal de Auditoria - SMA, representado Coordenação Municipal de Auditoria em Saúde, como componente descentralizado do SNA, a missão de exercer ações de auditoria, no âmbito do SUS, para a melhoria da atenção à saúde, conferindo ao seu trabalho a abrangência técnica-científica, contábil, financeira e patrimonial.

Tem por finalidade aferir a regularidade dos procedimentos praticados por agentes e organizações que prestam serviços de saúde à população, para averiguar se estão sendo executados de conformidade com as normas e padrões de resolutividade e qualidade, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Dessa maneira a Coordenação de Auditoria em Saúde atua sobre todos os atos, despesas, investimentos e obrigações no que se refere ao SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados, abrangendo os serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde, com suas diversas unidades organizacionais; e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, conveniadas ou contratadas com a municipalidade, que atuem na área hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, sujeitos ao controle e fiscalização do SUS.

Para abarcar todas suas atribuições e demandas, o SEMUS instituiu e alinhou seu processo de trabalho ao SNA, utilizando diferentes tipos de atividades de auditoria, como Auditoria, Visita Técnica, Parecer Técnico, Orientação Técnica, Supervisão e Cooperação Técnica.

Em cumprimento a Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação, Processamento de Informações em Saúde e Auditoria, o trabalho desenvolvido institucionalmente tem contribuído com o fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, buscando a garantia do acesso igualitário aos serviços em nível ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico do Sistema Único de Saúde.

E considerando a Portaria nº 3.188 de 18 de Dezembro de 2009 que habilita Estados e Municípios para a implantação e implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Desta forma estão estruturadas e em funcionamento no prédio dos Três Poderes

sendo que a Regulação Hospitalar, está descentralizada para o Hospital Municipal – HMI nos procedimentos das Urgências e procedimentos de faturamentos de autorização Hospitalar AIH e Regulação Ambulatorial, de Processamento SIA/SIH/CNES, Gerência de Auditoria em Saúde e Gerência de Pactuação Assistencial.

6.16. 6 Coordenação Tratamento Fora do Domicílio

Esta divisão tem como responsabilidade o acolhimento do usuário, ou seja, realiza o atendimento presencial para a construção do processo de Tratamento Fora de Domicílio - TFD e também a manutenção destes, recebendo as documentações padronizadas. Desta forma, encaminha a documentação à Secretaria Estadual de Saúde e realiza os agendamentos que não compete à Central de Regulação de Alta Complexidade –CNRAC.

6.16.7 Processamento SIA/SIH/SCNES

Os Processamento SIA/SIH e CNES é responsável pelos principais Sistemas de Informações do SUS, onde supervisiona, controla e avalia o processamento de informações dos Estabelecimentos de Saúde. Está composta por (Divisão do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS; Divisão de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Divisão de Processamento de Informações Ambulatorial – SIA; Divisão de Processamento de Informações Hospitalares – SIH, que supervisiona e acompanha o processamento de informações dos principais sistemas de informação do SUS, sendo eles: SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), SIH (Sistema de Informação Hospitalar), CNES (Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde), CIHA (Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial) e CADSUSWEB (Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde), prestando apoio técnico às demais Areas Técnicas e Coordenações da Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz e prestadores de serviço conveniados ao Sistema Único de Saúde.

O Serviço de Processamento de Informação Hospitalar/SIH, através do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado, é responsável por receber toda a produção de internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde- SUS, no âmbito municipal de média e alta complexidade e enviar para o Ministério da Saúde.

Realiza orientações técnicas quanto ao processamento da produção hospitalar, emissão de relatórios gerenciais e financeiros para os prestadores de serviços e gestão municipal, instalação e treinamentos do sistema SISAIH, no qual os hospitais digitam a produção. Cooperar tecnicamente com a Coordenação de Regulação Hospitalar, Controle e Avaliação e Auditoria, fornecendo relatórios e informações como subsídios aos trabalhos. Também é responsável pelo processamento das remessas hospitalares e ambulatoriais do CIHA, instrumento de envio de informações relativas aos atendimentos prestados, financiados com recursos Sistema Único de Saúde.

A Coordenação de Processamento de Informações Ambulatoriais –SIA/SUS opera o processamento do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que visa o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS). Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, o Ministério da Saúde (MS), necessitou dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado, em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. O Setor de Processamento de Informações Ambulatoriais gerencia informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Além disso, o trabalho tem a função de oferecer treinamento e suporte a todas as Clínicas e Hospitais contratados pela Secretaria.

O Setor de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES trabalha com a inserção de dados no sistema SCNES, sistema que registra todas as informações dos Estabelecimentos de Saúde: Razão Social; nome fantasia, endereço, serviços prestados e/ou habilitados, leitos cadastrados, instalação física, equipamentos, profissionais que atendem no estabelecimento, entre outros. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 1646 de 02 de outubro de 2015, é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

Além do processamento das informações no SCNES, o setor faz atendimento aos estabelecimentos de saúde de natureza pública e privada e aos profissionais de saúde. Os atendimentos versam sobre cadastramento, alterações, informações e orientações sobre CNES.

O Setor do Cartão Nacional de Saúde - CARTÃO SUS responsável pelo processamento de dados do CADSUSWEB, sistema gerador do cartão nacional de saúde, realiza acompanhamento da operacionalização do referido sistema ministerial perpassando desde da habilitação de acessos, instruções de operação até o treinamento de operadores de sistema.

O Cartão Nacional de Saúde – CNS é um instrumento que tem por finalidade a

identificação dos usuários do Sistema Único de Saúde, pelo qual possibilita a identificação única dos usuários e das ações e serviços de saúde, viabilizando a utilização adequada de informações no planejamento, acompanhamento e avaliação da atenção à saúde.

Nesse sentido, é realizado trabalho institucional com outros estabelecimentos de saúde da rede própria, bem como da rede privada e também efetuada a transferência de informações de usuários de outros Municípios para a Base Nacional de Imperatriz desde que comprovada residência aqui. O CNS contribui com a organização da rede de serviços regionalizados e hierarquizados, participando da organização do sistema de saúde, a partir dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, é necessária a construção fidedigna de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde.

6.16.8 Suporte Tecnológico e Informação

O Suporte Tecnológico de Informação é o setor responsável por coordenar, estruturar, reestruturar, monitorar a implantação e desenvolvimento e a manutenção dos sistemas de informação conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como coordenar as rotinas de aquisição e manutenção de equipamentos, em articulação com os demais setores apoiando em conjunto a implantação e a produção dos Sistemas de Informações em Saúde de abrangência nacional, em articulação com o Ministério da Saúde, cuja obrigatoriedade conste na legislação do SUS.

Promove sempre que necessário ações de educação permanente, na área de tecnologia de informações e informática, destinada aos trabalhadores de saúde, atua com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) relacionada à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov), e-Saúde para o Brasil.

Rede de Informática, controla e mantém atualizado o parque de Tecnológico da SEMUS, no que tange a sua aquisição, cadastro, lotação, histórico de manutenção e informações de hardware, realiza a manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos equipamentos da secretaria, tanto de hardware quanto de software;

As atribuições são definidas através da organização administrativa e suas especificidades competem a uma gestão integrada com todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde Tecnologia da Informação e Inovação para assim definir uma política de tecnologia voltada para atender todas as necessidades da gestão.

As dificuldades estão voltadas ao déficit de recursos humanos capacitados em relação a tecnologia, para maior autonomia no desenvolvimento de ferramentas tendo em vista que a

evolução tecnológica é constante.

Outro ponto importante se refere a investimentos financeiros voltados para esta área, ocasionando um atraso em investimentos tecnológicos, pois a importância da constante atualização de maquinário é evidente. O uso de aparelhos obsoletos pode trazer uma série de danos para as organizações

6.16.9 Núcleo de Segurança do Paciente

Em conformidade com a Portaria 529/2013, adota como escopo de atuação para os incidentes associados à assistência à saúde as “Seis Metas da Organização Mundial da Saúde”, as quais foram abordadas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias MS nº 1377/2013 e 2095/2013. É importante o serviço de saúde estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

Outro importante avanço na busca pela qualidade e Segurança do Paciente é possibilidade dos cidadãos poderem também notificar os eventos adversos ocorridos durante a assistência à saúde.

Neste módulo é possível que pacientes e seus familiares notifiquem problemas que ocorreram durante a assistência. A notificação do cidadão é voluntária podendo contribuir para o desenvolvimento de medidas corretivas e protetivas, em nível local e nacional, que possam evitar que danos aos pacientes em serviços de saúde venham a se repetir.

As informações produzidas ou sob a guarda da Administração Pública pertencem à sociedade já que foram geradas para atender a finalidades públicas.

A Lei nº 12.527 de 18 de Novembro de 2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), garante acesso a essas informações. A LAI estabelece procedimentos, prazos e obrigações para que a administração pública responda a pedidos de informações apresentados por qualquer pessoa, física ou jurídica, sem que seja necessária a apresentação de motivos para a solicitação.

Em relação ao fluxo de acesso de pacientes da região de Imperatriz, de acordo com Plano Diretor de Regionalização estão contemplados 15 municípios.

É observado através das solicitações em sistema, a dificuldade de pequenos municípios em encaminhar seus munícipes, seja pela distância, seja pelo gasto de transporte, alimentação e outros. Devido ao baixo investimento em tecnologias, esses pacientes percorrem grandes distâncias para o atendimento nos grandes centros.

Evidências mostram que em alguns casos o início tardio dos tratamentos é ocasionado

pela dificuldade de deslocamento. O trânsito destes pacientes acontece através do Sistema de Regulação –os casos de urgência, oriundos das UPAS e hospitais dos municípios (Macrorregião de Imperatriz), são regulados e destinados conforme referência de cada serviço.

6.16.10 Pactuação Assistencial

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são mecanismos que asseguram o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. Assim, a gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que através de seus órgãos gestores, utilizam-se de vários instrumentos com a finalidade de garantir o pleno funcionamento do sistema de saúde.

Existem diversos Instrumentos de Gestão em Saúde que são específicos de cada Município, Estado, Distrito Federal e União. Há outros, por sua vez, que coexistem e corroboram para a articulação das três esferas gestoras de governo, garantindo a operacionalização de um sistema de saúde nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Sua implantação ocorreu com o intuito de fortalecer os estados no processo de descentralização das ações e serviços para os municípios – processo conhecido como municipalização.

Através do artigo 198 da CF/88 foi estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade

Salientamos que para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS utiliza-se de diversos instrumentos de gestão, que são criados de acordo com a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e política dos gestores das três esferas de governo. Enumerando os principais instrumentos de Gestão em Saúde ligados ao planejamento, temos:

1. Agendas de Saúde
2. Planos de Saúde
3. Relatórios de Gestão

4. Plano Diretor de Regionalização (PDR)
5. Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A efetividade deste plano diretor é garantida por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento importantíssimo no processo de planejamento do SUS, uma vez que determina: alocação de recursos, reorganização das redes de atenção à saúde, e consolidação das diretrizes e prioridades expressas nos demais processo do planejamento.

A PPI tendo como base o PDR faz a programação das ações que serão realizadas, visto que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas com a elaboração dos Planos de Saúde.

A Programação Pactuada e Integrada não tem a intenção de solucionar todas as necessidades de programação das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Restringe-se em alguns aspectos as questões de interesse ou de responsabilidade compartilhada, que envolvem a fixação de critérios de alocação de recursos do SUS.

A PPI traduz a autonomia de cada gestor, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente em um município específico, quer pelo encaminhamento a um município de referência, sempre por intermédio de negociações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

6.17 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

Desta maneira é papel do farmacêutico apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Entre tantos aspectos para assegurar o uso racional dos medicamentos dentro da equipe multidisciplinar de saúde, a qualidade, segurança e eficácia terapêutica, acompanhamento e avaliação da utilização de medicamentos, obtenção e difusão dos medicamentos para os profissionais de saúde, o paciente e a comunidade são essenciais.

A Rede Municipal de Saúde conta com farmacêuticos distribuídos na seguinte forma:

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais (RENAME). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em 3 (três) Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e insumos utilizados no âmbito da atenção básica em saúde se dá através das unidades básicas de saúde do município onde reside o paciente. Já os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica compreendem medicamentos para o tratamento de doenças que configuram problemas de saúde pública. Estão incluídos em programas estratégicos do ministério da saúde, que seguem protocolos e normas específicas.

Tem-se como estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com objetivo majoritário de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

6.18 Rede Complementar

A Rede Municipal de Saúde está composta atualmente pelos seguintes prestadores de serviços da rede complementar:

- 104 - REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE
- 105 - SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA
- 107 - SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA
- 111 - SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE
- 112 - SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO
- 113 - SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR
- 116 - SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA
- 117 - SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA
- 118 - SERVICO DE CIRURGIA TORACICA
- 120 - SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO
- 121 - SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
- 122 - SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS
- 123 - SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS

ESPE

- 125 - SERVIÇO DE FARMÁCIA
- 126 - SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
- 128 - SERVIÇO DE HEMOTERAPIA
- 129 - SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE
- 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA
- 131 - SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA
- 132 - SERVIÇO DE ONCOLOGIA
- 133 - SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
- 135 - SERVIÇO DE REABILITAÇÃO
- 136 - SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL
- 140 - SERVIÇO DE URGENCIA E EMERGENCIA
- 141 - SERVIÇO DE VIGILANCIA EM SAUDE
- 142 - SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
- 145 - SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO
- 146 - SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA
- 148 - HOSPITAL DIA
- 150 - CIRURGIA VASCULAR
- 151 - MEDICINA NUCLEAR
- 155 - SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
- 164 - SERVIÇO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITAÇÃO
- 169 - ATENÇÃO EM UROLOGIA

Conforme previsão da portaria nº 1.034/2010, a complementação dos serviços observa os princípios e as diretrizes do SUS, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso. Ainda em atendimento ao preconizado pela normativa, o município dá preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

A capacidade instalada de cada estabelecimento da Rede Complementar é averiguada por meio das informações do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por força da Portaria nº 1.646/2015.

Considerando que o município de Imperatriz dispõe de uma rede de atenção à saúde estruturada em todos os níveis de atenção e nesse sentido estão aqui

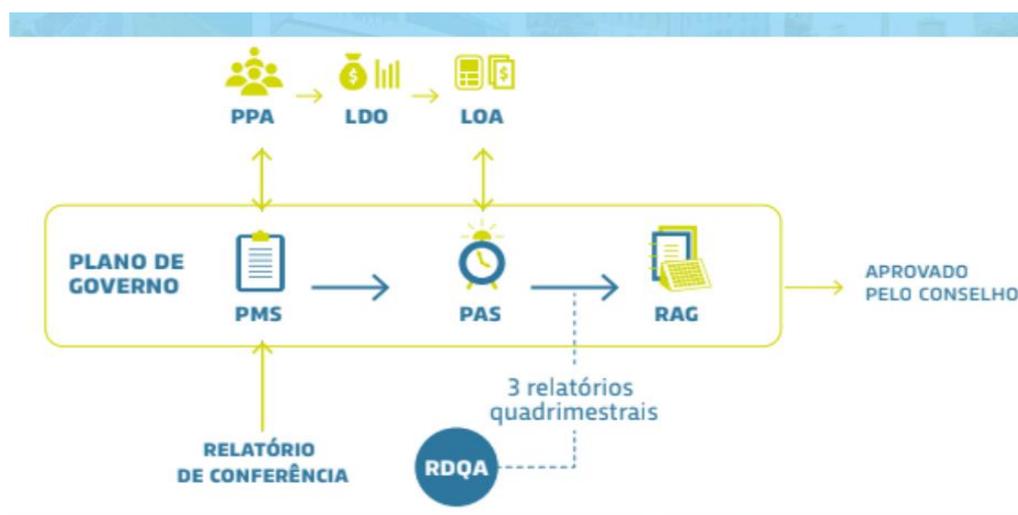
concentrados a maioria dos serviços de média e alta complexidade.

6.19 Assessoria de Planejamento e Projeto Especiais

O processo de Planejamento e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma atribuição inerente a Gestão Municipal de Saúde fortemente presente nos preceitos constitucionais, bem como é uma exigência de toda a sociedade. Compete a formulação da política de saúde do município. Dessa forma, cabe ao planejamento propor e implementar ações para aprimorar tal missão.

Assim, a Coordenação Geral de Planejamento APPES além de suas competências tem a incumbência de primar pela qualidade, aperfeiçoamento e transparência do Planejamento Estratégico e Gestão Participativa da SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde) com impacto Regional/Estadual, e podemos considerar até nacional.

Instrumentos de planejamento no SUS



A Coordenação do Planejamento, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: demanda sobre a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de Planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde (PMS); Programação Anual de Saúde (PAS); Relatório Anual de Gestão (RAG); Participação na elaboração do Plano Plurianual (PPA) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA),

Compete ainda :

Elaboração de documentos relacionados à SEMUS para atender demandas de outras instituições; mobilizar as áreas técnicas da SEMUS nas reuniões das Comissões Intergestoras Comissão Intergestora Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite –

CIB, articular com outros órgãos e entidades públicas, articular com órgãos de gestão do SUS de outras esferas de governo, realizar estudos, pesquisas, levantamento de dados e informações técnicas sempre que solicitado, conduzir e apoiar os trabalhos realizados pelos servidores.

Projetos possui função de criar, desenvolver e gerir projetos, tornando-se uma realidade que pode alavancar o crescimento, aumentar investimentos obter resultados expressivos, tanto na área de empreendimento como na área financeira com responsabilidade pelo acompanhamento de todas as fases do Projeto, procurando aliar o conceito de eficiência, efetividade e eficácia em saúde. Considerando as necessidades de organização dos projetos inovadores do SUS local, regional e nacional do âmbito da SEMUS fomentar, auxiliar e monitorar todas as ações relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde da cidade de Imperatriz, captação de recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema de Saúde no município ocorre mediante a oportunização de Portarias de Incentivos lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais, Estaduais.

As propostas de captação são realizadas através do alinhamento junto às Áreas Técnicas da SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde, considerando os Instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Plano de Expansão da ESF e PPA) e apreciação do Secretário Municipal de Saúde para deliberação quanto às prioridades. Os instrumentos utilizados para captação dos recursos são:

- FNS - Fundo Nacional de Saúde: Portarias de Incentivo de investimentos/custeio lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais cadastradas no Sistema de Gerenciamentos de Objetos e Propostas;
- SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras: Portarias/Emendas Parlamentares de Incentivo para Investimento em Construção, Ampliação e Reformas;
- SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde: Refere-se a incentivo para implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para o município, recurso de custeio transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o município ou recurso de habilitação mediante Portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do Sistema Único de Saúde.
- SICONV – Sistema de Convênios: O Sistema de Convênio – SICONV foi

implantado através do Decreto Presidencial nº 6.170 de 25 de julho de 2007. Este Decreto regulamenta os convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada, celebrados pelos órgãos e entidades da administração pública federal com órgãos ou e atividades que envolvam a transferência de recursos ou a descentralização de créditos oriundos dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social da União.

Porém o Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde tem os seus Sistemas próprios para Captação de Recursos, sendo: Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas é um sistema desenvolvido em plataforma web para uso exclusivo das entidades, que lhes permite o gerenciamento online.

Neste módulo a entidade poderá conhecer os programas disponíveis para financiamento no exercício financeiro vigente, cadastrar propostas, gerenciar e acompanhar todos os recursos recebidos por meio de Convênio, Contrato de Repasse, repasse Fundo a Fundo ou Termo de Cooperação.

Havendo oportunidade por meios de Editais com Projetos disponíveis para encaminhamento de Propostas ou Emenda Parlamentares via SICONV, a SEMUS realiza o Cadastro no referido Sistema.

A captação através de Emenda Parlamentar Estadual para construção, reforma, ampliação, equipamentos/mobiliários é realizada mediante a oportunidade da Assembleia Legislativa aos Parlamentares para que estes manifestem a indicação conforme Bloco de financiamento Custeio/Investimento (PAB / MAC / VISA).

Após aprovação pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Estado de Saúde, a Secretaria Municipal passa a operacionalizar os recursos captados (investimentos/custeio) e realizar a gestão da aplicação dos mesmos, por meio das modalidades de transferência empregada pelo Fundo Nacional de Saúde, alinhado à programação das áreas técnicas da Secretaria, com ênfase na ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, assim garantindo a execução de projetos habilitados, articulando junto às secretarias de obras e de finanças e demais órgãos responsáveis durante o processo.

6.20 Setor Financeiro da Saúde

Tem as seguintes atribuições:

- Assegurar a contabilidade orçamentaria e patrimonial da Secretaria da Saúde;

- Implementar processos de controle e gestão;
- Garantir a aplicação dos recursos financeiros de acordo com a necessidade de cada órgão, bem como o controle e fiscalização de sua execução;
- Definir objetivos de curto e médio prazo, orçamentários e financeiros, para a manutenção e desenvolvimento das atividades da Secretaria da Saúde;
- Coordenar, organizar e controlar os recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde e elaborar a sua prestação de contas, conforme legislação pertinente;
- Oferecer orientações técnicas e informações aos gestores e fiscais de contratos e convênios quanto aos procedimentos necessários à execução orçamentária e financeira dos mesmos; e
- Monitorar os repasses oriundos de emendas parlamentares e recursos de programação via Fundo Nacional de Saúde e Sistema de Convênios da Secretaria de Estado, bem como a respectiva execução orçamentária e financeira.

O financiamento em saúde, compreende o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

As transferências (regulares ou eventuais) da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

Esses repasses ocorrem por meio de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos

previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços Públicos em Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, sendo que o município de Imperatriz vem cumprindo o disposto, conforme a tabela a seguir:

ANO	%
2016	28,05%
2017	28,12%
2018	25,16%
2019	28,15%
2020	34,97%
2021	

Fonte: siops/<http://siops.datasus.gov.br>

6.21 Controle Orçamentário do Fundo Municipal de Saúde

Tem como uma das principais atribuições coordenar a elaboração em conjunto com a coordenadoria de apoio ao planejamento programação orçamentária anual, de modo que proporcione alocação de recursos compatíveis com os objetivos e diretrizes estabelecidos no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual/PPA, em parceria com os setores da SEMUS.

É responsável ainda por:

- Controlar e supervisionar a utilização dos recursos orçamentários destinados a realização das despesas da secretaria; bem como acompanhar, controlar e distribuir os recursos recebidos por meio do Fundo Municipal de Saúde;
- Competências e ações de coordenar a execução financeira do Fundo Municipal de Saúde;
- Fornecer subsídios para a elaboração da Lei Orçamentária Anual e da Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- Articular com a Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento, visando à perfeita integração e funcionamento do sistema de planejamento;

- Controlar e supervisionar a utilização dos recursos financeiros destinados às despesas da Secretaria;
- Coordenar a execução dos procedimentos de definição do cronograma financeiro de desembolso do Fundo de Saúde e dos recursos alocados à Secretaria;
- Acompanhar e controlar a execução das despesas contratadas através de processos licitatórios, de acordo com o orçamento aprovado para a Secretaria;
- Estabelecer mecanismos para o cumprimento de leis e normas emitidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento e pelo Sistema Único de Saúde;
- Supervisionar a concessão e a aplicação de suprimentos de fundos e diárias, zelando pela correta prestação de contas e orientar e supervisionar os balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis observadas às normas expedidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento;
- Assim como, orientar e apoiar os diversos setores da SEMUS em questões relacionadas ao financiamento do Sistema Municipal de Saúde e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A organização administrativa é composta por:

- **Divisão de Prestação de Contas**, cabe, acompanhar, controlar e avaliar a execução financeira de convênios com o Ministério da Saúde, Governo do Estado e outras Entidades, em conformidade com a legislação vigente; proceder a pré-análise de prestações de contas dos convênios de repasse de recursos para entidades; dos termos de colaboração e/ou fomento firmados com as Organizações da Sociedade Civil.
- **Divisão de Controladoria**, que executa os estágios da Despesa Pública (Empenho, Liquidação e Pagamento).
- **Divisão de Contabilidade**, é responsável por elaborar e expedir balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis do Fundo Municipal de Saúde, observadas as normas expedidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento e pela Controladoria-Geral de Fiscalização e Transparência.

Esta divisão é responsável pela elaboração das Minutas dos Contratos e Convênios após as pactuações e direcionamentos da gestão. Também exercendo o controle de prazos e apoio técnico da em relação a tais documentos.

As elaborações das notas fiscais referente aos contratos e convênios, as quais são encaminhadas para a análise técnica dos supervisores e o atesto, também são confeccionadas e monitoradas por este setor.

A divisão de apoio à fiscalização de contratos e convênios, possui como prerrogativa de apoio a fiscalização através do intermédio de conhecimento referente aos contratos e convênios da Rede Complementar em Saúde, fornecendo o subsídio técnico ao fiscal, nomeado pela Secretaria Municipal de Saúde, no que diz respeito aos documentos e processos.

6.23 Setor de Recursos Humanos da Saúde

Possui as seguintes atribuições:

- I - Planejar as ações e estabelecer diretrizes para a gestão de pessoas e do trabalho no âmbito da Secretaria da Saúde;
- II - Coordenar e acompanhar a execução das atividades relativas aos registros funcionais, financeiros, de seleção, admissão, movimentação, avaliação de desempenho de pessoal da Secretaria da Saúde contratados pela Administração Direta, municipalizados, cedidos e os advindos dos programas nacionais relacionados ao provimento de recursos humanos;
- Articular e participar de comissões, grupos de trabalho e/ou fóruns na formulação de estudos e propostas de funcionamento de plano de carreira, de mesa de negociação, de contratos e convênios com prestadores de serviços;
- Organizar e administrar os procedimentos relacionados à saúde do trabalhador, com foco na valorização do trabalho e do servidor da Saúde; e
- Articular com as áreas competentes, o desenvolvimento de pessoal da saúde conforme diagnóstica avaliação de desempenho.

6.24 Núcleo de Engenharia

Diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, é instituída oficialmente em organograma municipal com o intuito de realizar estudos, com objetivo de aperfeiçoar as ações voltadas à manutenção e conservação de bens imóveis.

Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: planejar supervisionar e subsidiar as atividades específicas .propor melhoria dos serviços adequando-os ao bom desempenho das atividades, acompanhar e fiscalizar contratos referentes à sua área de atuação, como também, subsidiar o planejamento da adequação de imóveis a serem utilizados pela Secretaria de Saúde.

Compete ainda, promover a execução das atividades de manutenção das instalações e mobiliários da Secretaria, vistoriar os prédios integrantes da Secretaria para diagnóstico das condições físicas existentes e do reparo necessário para seu pleno funcionamento, desempenhando outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: Acompanhar, analisar, fiscalizar e supervisionar a execução das obras na área de saúde com profissional técnico credenciado no CREA e/ou CAU de acordo com as legislações da ANVISA, conforme item 1.6.1., da RDC n. 50/02 e dos projetos arquitetônicos de estabelecimentos, sujeitos a vigilância sanitária, aprovados em conjunto com o órgão sanitário para verificação de conformidade e análise de projetos na VISA Municipal, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

Para melhorar os processos e acompanhamentos da Secretaria Municipal de Saúde a foi criado o Núcleo com o objetivo de melhorar, otimizar e tornam mais eficiente os processos de manutenção e obras, para que assim, as demandas possam ser atendidas e reparadas de uma forma mais diligente e eficaz.

6.25 Judicialização

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno em crescente expansão. No município de Imperatriz o cenário não é diferente. O financiamento dos processos judiciais compromete de maneira impactante a verba destinada às políticas públicas.

Ao Setor de Assessoria da Judicialização compete:

- Receber todas as demandas judiciais da UNIÃO, ESTADO e MUNICÍPIO, enviadas do Setor Jurídico no que compete ao encaminhamento para o atendimento na Rede Pública - SUS, disponibilizando: consultas especializadas, exames, procedimentos cirúrgicos, tratamento fora em domicílio, vagas

hospitalares para leitos de UTI;

- Realizar contato com os hospitais municipais e outros estabelecimentos e/ou prestadores para intermediar a execução dos procedimentos solicitados nos autos;
- Acompanhar os agendamentos das consultas, exames, cirurgias de todas as demandas judiciais até finalização do processo;
- Registrar nas Planilhas todas as demandas judiciais, atentando – se quanto ao cumprimento dos prazos;
- Trabalhar o fluxo, mediante as demandas destinadas para cada Setor;
- Oficializar as Instituições e demais prestadores, mediante necessidade de atendimento aos pacientes pertinentes de atendimentos Urgentes, em virtude do quadro clínico especificados nos autos;
- Colaborar na execução dos fluxos para resolução das Ações desfavoráveis à SEMUS ;
- Desempenhar outras atividades correlatas às competências das respectivas áreas de atuação;
- A Judicialização, sem dúvida, faz o abortamento de processos de fundamental importância à sustentabilidade do sistema de saúde;
- A ponte realizada entre a Judicialização e os demais setores, também é de extremo valor, uma vez que representa o “termômetro” para as ações em conjunto necessárias para o fortalecimento da relação entre o setor assistencial e o poder judiciário;
- Racionalizar a judicialização, minorando a quantidade de casos evitáveis;
- Auxiliar no processo de informações, encaminhamento de casos e fornecer respostas rápidas às instituições judiciais, informando aos gestores as falhas verificadas no sistema de saúde;
- Interligar a entrada de ações, o procedimento de defesa e o cumprimento de decisões judiciais;

6.26 Assessoria Jurídica

À Coordenação jurídica, diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, compete:

- Prestar assessoramento jurídico aos titulares das unidades que, no desdobramento operativo da Secretaria Municipal de Saúde, se encontrem nos níveis de direção

superior gerencial, direção intermediária gerencial e gestão instrumental e operacional;

- Elaborar estudos de natureza eminentemente jurídica da Secretaria Municipal de Saúde;
- Prestar informações e articular com a Procuradoria-Geral do Município, cumprindo normas e procedimentos operacionais estabelecidos por esse órgão;
- Emitir pareceres ao Secretário Municipal ou Secretário-Adjunto sobre os encaminhamentos à Procuradoria-Geral do Município de processos ou expedientes em tramitação na Secretaria;
- Ratificar os pareceres emitidos pela Divisão de Processos Administrativos exarados no âmbito da respectiva competência;
- Expedir resposta aos ofícios emitidos por órgãos externos e de controle, com base nas informações coligidas junto às áreas técnicas da SEMUS;
- Apoiar e participar dos colegiados verticais, horizontais e transversais no âmbito da SEMUS e do SUS;
- Desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A CGJ se desdobra em três divisões:

Divisão de Processos administrativos, que, grosso modo, concentra as atividades consultivas, tais como a emissão de pareceres;

Divisão de Demanda Judicial em Saúde, que acompanha, junto aos setores responsáveis pela gestão da oferta de serviços assistenciais da SEMUS, o cumprimento de decisões judiciais que tenham por objeto o fornecimento de bens e serviços de saúde, tais como medicamentos, consultas, exames, cirurgias, internações etc.;

Divisão de Acompanhamento ao Controle Externo, que centraliza a formulação de resposta aos órgãos de controle da administração pública, tais como tribunais de contas, Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, Controladoria Geral da União - CGU etc., conforme subsídios prestados pelas áreas técnicas da SEMUS, responsáveis pela gestão das atividades fiscalizadas.

Sob a perspectiva desta unidade, os desafios mais relevantes para o período contemplado pelo próximo Plano Municipal são os seguintes:

- Regularização da oferta de ações e serviços de saúde já contemplados em políticas públicas institucionalizadas pelo Ministério da Saúde (consultas, cirurgias etc.), a fim de evitar a judicialização indevida;
- Para as ações e serviços não inseridos nas políticas mencionadas no item “a”, garantir que a atuação da Administração Pública seja tempestiva, a fim de evitar o descumprimento de decisões judiciais e a responsabilização de agentes públicos.

6.27 Ouvidoria do Sus

A Ouvidoria do SUS de Imperatriz é um canal oficial de comunicação direta entre o cidadão e os gestores de saúde, com escuta qualificada aos usuários e profissionais vinculados ao sistema de saúde, fortalecendo o controle social, promovendo a cidadania e a melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados pelo SUS de Imperatriz.

A Ouvidoria do SUS de Imperatriz é responsável por receber solicitações, elogios, sugestões, reclamações e denúncias dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS, atuando como ferramenta de gestão, e instrumento de disseminação de informações e de fortalecimento do controle social.

A Ouvidorias do SUS de Imperatriz é composta pela Ouvidoria Central da Secretaria Municipal de Saúde e pelas Ouvidorias dos Serviços de Saúde da administração direta e indireta.

A Ouvidoria Geral do SUS apoia-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços de saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90. É um canal de escuta qualificada que recebe manifestações oriundas dos cidadãos é também responsável por disseminar informações em saúde, registrar e encaminhar as manifestações acolhidas pelos órgãos e setores competentes pela análise e providências, e acompanhar para dar a devolutiva ao cidadão.

As manifestações registradas são protocoladas pelos cidadãos nesta Ouvidoria que realiza o devido acolhimento e escuta qualificada ao cidadão, são registradas, analisadas, classificadas, tipificadas e encaminhadas para a rede de ouvidorias e parceiros pela equipe técnica, que acompanha o desenrolar até o retorno ao cidadão e a finalização das manifestações; com objetivo de assegurar o equilíbrio e a qualidade, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

As manifestações classificam-se em: denúncia, solicitação, reclamação, informação,

elogio e sugestão.

- Denúncia: Relato de irregularidades ou indício na administração ou atendimento por entidade pública ou privada de Saúde/SUS.
- Solicitação: Relato que indica insatisfação necessariamente contendo número de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde/SUS.
- Reclamação: Relato de insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
- Informação: Comunicação, instrução ou ensinamento a respeito do sistema de saúde.
- Elogio: Satisfação ou agradecimento por atendimento prestado por um serviço do SUS.
- Sugestão: Sugestões de ações e campanhas de saúde/SUS.
- Disseminação de Informações: é o ato de fornecer informações ao demandante, com a finalidade de evitar o registro de demandas no OuvidorSUS, resolver questões através de orientações e esclarecimentos.

6.28 Conselho Municipal de Saúde

A participação e o controle social no SUS estão previstos na Constituição Federal (1988) e na Lei nº 8080/90 desde os anos noventa. O Conselho de Saúde é uma das instâncias de controle social prevista na Lei 8.142/90, que afirma:

O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

Por meio do Conselho Municipal é possível reconhecer a participação social como uma das diretrizes do SUS, incorporando a concepção de que a participação da comunidade é fundamental para a ampliação da democracia e para a efetivação das Políticas Públicas de Saúde.

É conceituado ainda como órgão deliberativo na formulação e execução da política municipal de saúde inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na

promoção e controle social, sendo composto por representantes de Usuários (50%), de Trabalhadores de Saúde (25%), Gestores/Prestadores de Serviços de Saúde (25%). O Conselho Municipal de Saúde possui em sua estrutura as comissões técnicas, que são constituídas por membros, indicados pelos respectivos segmentos.

COMISSÕES DO C.M.S. 2020 – 2022

COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Manoel Alves Pereira (Prestador/Gestor)
karina Nunes do Vale Moraes (Prestador/Gestor)
Iomar Mendes de Sousa (Trabalhador)
Ariana Vasconcelos Pereira (Trabalhador)
M^a Raimunda de Sousa Arraz (Usuário)
M^a Tamar T. Cavalcante de Sousa (Usuário)
Paulo Henrique Pereira Procópio (Usuário)
Leontino Pereira de Oliveira (Usuário)

COMISSÃO DE LICITAÇÃO E CONTRATOS

Hélio José Bertoldo da Silva (Prestador/Gestor)
Maria do Socorro Sales Ribeiro (Trabalhador)
Robério dos Santos Gomes (Usuário)
Ana Cláudia Braga Santos Silva (Usuário)

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA REDE, UNIDADES DE SAÚDE, HMI E HII.

Silvio Tayquara de Sá Uchoa (Prestador/ Gestor)
Acilea Santos Nascimento Pereira (Prestador/ Gestor)
Silvana Lima da Costa Pitol (Trabalhador)
Francisca Viana Borges Menezes (Trabalhador)
Holden Farhany Arruda Martins (Usuário)
Jurandi Mesquita (Usuário)
Apolônia Vieira de Sousa (Usuário)
Maria Divina da Silva Reis (Usuário)

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Doralina Marques de Almeida (Prestador/Gestor)
Pedro Nascimento Rodrigues (Trabalhador)
Ercy M^a do Nascimento Chaves (Usuário)
M^a das Graças Carvalho (Usuário)

COMISSÃO DE ÉTICA

Naari Margli Alves Andrade (Prestador/Gestor)
Cícero Rodrigues Noleto (Trabalhador)
Maria da Conceição de Sousa Silva (Usuário)
Renê Rocha Rosa (Usuário)

DIGISUS

Ana Cláudia Braga Santos Silva (Usuário)
Ma. Tamar Torquato Cavalcante Sousa (Usuária)

CIST – Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora de Imperatriz

Floraci Maria da Silva (Trabalhador)
Silvana Lima da Costa Pitol (Trabalhador)

6.29 Regionalização

O Sistema de governança no âmbito do Sistema Único de Saúde é constituído por instâncias Gestoras de negociação e pactuação tendo na sua configuração institucional a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e as Comissões Intergestores Regionais – CIR.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram instituídas gradativamente nos estados brasileiros durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993, que estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS).

A CIB-MA formada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), sendo composta por representantes titulares e 1 suplentes da SES e membros efetivos do COSEMS-MA constituindo em espaço de negociação, decisão e deliberação sobre a Política de Saúde do Estado do Maranhão.

A CIB-MA conta com uma Câmara Técnica formada por representantes da SES-MA e Representantes do COSEMSMA e uma Secretaria Executiva com membros. Possui Regimento Interno publicado pela deliberação CIB nº

Cada uma das Região de Saúde possui uma CIR que conta com Câmara Técnica, Secretaria Executiva e Grupos de Trabalho. É vinculada à Secretaria Estadual de Saúde - SES, com realização de reuniões ordinárias mensais, com participação dos Gestores, na qualidade de membros efetivos e Técnicos na qualidade de suplentes, dos municípios que compõem a região.

Os temas de interesse da Região de Saúde são debatidos na Câmara Técnica e apresentados na reunião ordinária da CIR para pactuação ou para informe. As pactuações são encaminhadas para área técnica da SES para análise. Se necessário retornam a CIR e se aprovadas são remetidas para o Grupo Condutor Estadual e posteriormente para CIB passando pela Câmara Técnica e reunião ordinária para pactuação ou informe.

Município	Área (Km²)	População (Hab.)	Densidade
AMARANTE DO MARANHÃO	7669.09	42017	5,48
BURITIRANA	818.416	15503	18,94
CAMPESTRE DO MARANHÃO	615.379	14530	23,61
CAROLINA	6441.559	24151	3,75
DAVINÓPOLIS	337.041	12923	38,34
ESTREITO	2718.96	43097	15,85
GOVERNADOR EDISON LOBÃO	615.85	18740	30,43
IMPERATRIZ	1367.901	259.980	190,06
JOÃO LISBOA	1126.517	23677	21,02
LAJEADO NOVO	1047.725	7653	7,30
MONTES ALTOS	1338.39	9064	6,77
PORTO FRANCO	1417.483	24294	17,14
RIBAMAR FIQUENE	900.483	7859	8,73
SENADOR LA ROCQUE	746.738	13981	18,72
SÃO JOÃO DO PARAÍSO	2053.83	11207	5,46
SÍTIO NOVO	3114.827	18237	5,85

6.30 Novo Modelo de Financiamento do SUS – PROGRAMA PREVINE BRASIL

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

Quando se trata de financiamento da APS, este deve ocorrer com a participação dos

três entes federativos – União, Estados e Municípios/Distrito Federal, de forma tripartite, com a supervisão ativa de atores que ocupam espaços e instâncias de controle social, mormente os conselhos de saúde. Pesquisas demonstram que, tanto no Brasil quanto em vários outros países, o financiamento da APS é incipiente e figura como um grande fator limitador a ser superado, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Ou seja, constata-se que o montante orçamentário destinado à Atenção Primária em Saúde é insuficiente e sua alocação é gerencialmente ineficaz. Sendo assim, a insuficiência dos recursos contribui para uma política remuneratória pouco atrativa para os profissionais de saúde de determinadas áreas.

Dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 2011 indicam que, quantitativamente, os investimentos públicos na APS brasileira têm aumentado progressivamente nos últimos anos, atingindo em 2009 um valor per capita 80% maior do que era investido em 2002. E, ainda assim, esse aumento pode ser considerado insuficiente para suprir as demandas de saúde, já que não vem acompanhado de melhorias da capacidade locativa e da vontade política por parte dos gestores.

6.30.1 Captação Ponderada

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

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

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

6.30.2 Pagamento por Desempenho

6.30.2. 1 Incentivos para Ações Estratégicas

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

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal(eSB);
- Unidade Odontológica Móvel(UOM);
- Laboratório Regionalde Prótese Dentária(LRPD);
- Equipe de Consultório na Rua(eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial(UBSF);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Microscopista;
- Equipe de Atenção Básica Prisional(eABP);
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

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

6.30.3 Indicadores Previne Brasil

A pactuação de indicadores reforça as responsabilidades do gestor, em função das necessidades de saúde da população e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde, devendo as metas ser definidas a cada ano. A análise dos indicadores é capaz de auxiliar nas tomadas de decisão e no planejamento estratégico na área da saúde, para que atinjam melhores resultados de saúde.

Antes do Previne Brasil ser instituído, o financiamento da Atenção Primária era composto pelos Piso de Atenção Básica Fixo e Variável. O valor fixo per capita era com base na população IBGE, ou seja, eram consideradas todas as pessoas do município para calcular o repasse, variando de R\$ 23,00 a R\$ 28,00.

O novo modelo de financiamento veio para substituir esse modo de cálculo, permitindo a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a efetividade da cobertura da Atenção Primária de Saúde, a qualificação da assistência e o resultado dos indicadores de saúde.

Os três componentes de repasse financeiro federal a municípios e ao Distrito Federal são: capitação ponderada (cadastro de pessoas), incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde) e pagamento por desempenho (indicadores de saúde).

De acordo com a portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 a qual dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil sendo eles:

- I. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12 semana de gestação;
- II. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
- IV. Cobertura de exame citopatológicos;
- V. Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
- VI. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
- VII. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Indicadores de Monitoramento

População cadastrada pelas equipes da USF

Proporção de pessoas residentes no território adstrito atendidas noturno

Proporção de atendimentos noturno de usuários residentes fora da área adstrita noturno

Percentual de atendimentos de consultas agendadas noturno

Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero

Número de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal na Atenção Primária à Saúde

AÇÕES

Acolhimento com classificação de risco

Consultas médicas

Consultas de enfermagem

Consultas odontológicas

Imunização(calendário vacinal completo)

Grupos terapêuticos e de Educação em Saúde

Dispensação de medicamentos,incluindo Antibióticos e RENAME

Cadastro da população

Visitas e atendimentos domiciliar

Exames, procedimentos e pequenas cirurgias

OBS;Obrigatório USF 75h com saúde bucal, opcional USF 60h com ou sem saúde bucal

INDICADOR 1

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação. (%)

CONSIDERAÇÕES

O indicador 1 mensura a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, os seis atendimentos, sendo que a primeira consulta até a 12ª semana gestacional. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento correto em relação a quantidade de gestantes estimadas que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador com finalidade de avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal, incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições vulneráveis da gestante e da criança.

INDICADOR 4

Cobertura de exame citopatológico. (%)

CONSIDERAÇÕES

O indicador 4 mensura a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram 1 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município com a finalidade de avaliar a adequação do acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero, avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero e subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.

INDICADOR 5

Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente. (%)

CONSIDERAÇÕES

O objetivo do indicador 5 é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis selecionadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, em relação a quantidade de crianças do município com a finalidade de avaliar o acesso às ações de imunização, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização e avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS.

INDICADOR 6

Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre. (%)

CONSIDERAÇÕES

O indicador 6 mensura a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada de hipertensos do município com a finalidade de avaliar se a aferição de Pressão Arterial (PA) em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas, ao controle da PA desses usuários, avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.

INDICADOR 7

Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

CONSIDERAÇÕES

O indicador 7 mensura Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada o com a finalidade de avaliar pessoas com diabétis pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas, avaliar a glicemia desses usuários, avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas diabéticas par subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.

Sendo assim, o incentivo à formação técnica dos ACS e ACE é de grande importância para a União, estados, Distrito Federal e municípios, por meio da transformação de práticas de saúde e da própria organização do trabalho, qualificando habilidades e competências.

O Programa Saúde com Agente visa fomentar estratégias de formação e práticas pedagógicas inovadoras que promovam a integração ensino-serviço multiprofissional e interdisciplinar e que compatibilizem a formação profissional dos agentes de saúde durante o serviço. As atividades serão coordenadas pela SGTES/MS e executadas por meio de convênio firmado com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

6.30 Redes de Atenção à Saúde

As redes municipais de atenção à saúde estão em desenvolvimento necessitando ainda transpor diversos desafios para que possam atingir plenamente os objetivos e pressupostos contidos nos dispositivos legais que as regulamentam.

Esta demanda requer conjugação de esforços, uma vez que é necessária articulação de conhecimentos à vontade dos vários setores envolvidos na saúde, incluindo a administração pública em suas diversas esferas e instâncias, além das categorias profissionais da saúde e da sociedade civil organizada em instâncias participativas de deliberação.

Existem grandes desafios que podem ser divididos em quatro categorias: financiamento; gestão; orientação dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) baseada na população; valorização social e política da APS.

A não superação desses obstáculos implica a não implantação adequada das Redes e, portanto, a manutenção da lógica hegemônica de se estruturar o sistema de saúde e dos modos de se produzir saúde, para isso é necessário condições estruturais que permitam a concretização e manutenção destas redes ao longo do tempo.

RESUMO DAS PACTUAÇÕES NOS PLANOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

REDE	SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR INVESTIMENTO	VALOR CUSTEIO
PSICOSSOCIAL Preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Unidade de Acolhimento Adulto Destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas e deverá observar os seguintes requisitos específicos: I - ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes; II - contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pósgraduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; e b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.	Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico, proteção temporária e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.	R\$ 300.000,00 Parcela única	R\$ 25.000,00 mês
	Unidade de Acolhimento Infante Juvenil - Destinada às crianças e aos adolescentes, entre 12 (doze) a 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos, com disponibilidade de 10 (dez) vagas.	Deverá observar os seguintes requisitos específicos: I - ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes; II - contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de	R\$ 360.000,00 Parcela única	R\$ 30.000,00/mês

		saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte		
	Leitos Saúde Mental (Clínico)	A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará a graduação do número de leitos implantados: Para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno; b) 1 (um) enfermeiro por turno; c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima total de serviços de 20h por semana.	R\$ 66.000,00 Parcela única	R\$ 67.321,32
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS A Rede de Atenção às Urgências - Amazônia Legal tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde dos Estados e	Motolância (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências)	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, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.		R\$ 18.200,00/mês R\$ 9.100,00 (contrapartida estadual)
	Mudança de Tipologia de Hospital Geral Especializado Tipo I para Tipo II	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com uma cobertura populacional a partir 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitado em alta complexidade,	R\$ 0,00	R\$ 100.000,00/mês

Municípios situados na área de abrangência da Amazônia Legal, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.		para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumato-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.		
	Leitos de Retaguarda		R\$ 0,00	R\$ 592.006,00/mês
	Leitos de Cuidados Prolongados	Portaria GM/MS de Consolidação nº 03 e 06/2017. Portaria de Origem nº 2809 de 07/12/2012	R\$ 100.000,00 Parcela única	300,00 (por Leito, até 60º dia de internação); 200,00 (por Leito a partir de 61º dia de internação); valor atual a partir de 91º
	Qualificação UPA São José	Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU, contando com 3 profissionais médicos para o funcionamento da unidade (2 diurnos e 1 noturno);	R\$ 0,00	R\$ 97.500,00/mês
	Atendimento Ao Paciente Com Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até quinze dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa.	R\$ 0,00	R\$ 114.975,00/mês
REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA A Rede de Cuidados à	Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) (Clínica/Centro de Especialidade)	Instrutivo Reabilitação Rede PcD SAIPS 201406; Portaria MS-GM 835 e 793	R\$ 5.107.000,00 Parcela única	R\$ 345.000,00/mês
	Oficina Ortopédica fixa	Promove o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - OPM, além de confecção de adaptações, ajustes e pequenos concertos em OPM. A Oficina Ortopédica Fixa possui todos os	R\$ 758.000,00	R\$ 54.000,00/mês

<p>Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS).</p>		<p>equipamentos necessários a uma oficina ortopédica, capacitando-a a trabalhar com termoplásticos de alta e baixa temperatura, laminação, com metais e sapataria. É capaz de confeccionar todos os tipos de órteses e próteses (de membros superiores e inferiores, estáticas/rígidas, articuladas e dinâmicas), coletes, palmilhas e calçados adaptados (ortopédicos e para pés neuropáticos) e adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária; além de realizar adequações posturais em cadeiras de rodas, ajustes e manutenção nas OPM e adaptações.</p>		
<p>REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS</p> <p>Constituída por 3 eixos temáticos, eixo oncologia, eixo renal crônico e eixo sobrepeso e obesidade, de acordo com as portarias do ministério da saúde.</p>	<p>SRC -SERVIÇO DE REFERÊNCIA E DIAGNÓSTICO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO</p>	<p>Serão realizados anualmente no mínimo: 800 - colposcopias ;100-Biópsia do colo do útero; 80- Excisão do colo uterino; 250-Ultrassonografia Pélvica(ginecológica); Ultrassonografia transvaginal 1500</p> <p>SRC:</p> <p>a) médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250);</p> <p>b) enfermeiro (CBO - 223505); e</p> <p>c) técnico de enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e</p>	<p>R\$ 30.000,00</p>	<p>R\$ 80.802,40 Por produção</p>
	<p>SDM-SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA</p>	<p>Serão realizados anualmente no mínimo : 100-biópsia ; 4.500-mamografias bilateral; 550-mamografias unilateral; 100-punções apirativas por agulha fina; 100- Punção aspirativa por agulha grossa; 700-Ultrassonografia mamária bilateral.</p> <p>SDM:</p> <p>a) médico mastologista (CBO - 225255) ou médico ginecologista e obstetra (CBO -</p>	<p>R\$ 80.000,00</p>	<p>R\$ 271.270,00 Por produção</p>

		<p>225250);</p> <p>b) médico radiologista (CBO - 225320) ou médico mastologista (CBO - 225255);</p> <p>c) enfermeiro (CBO - 223505);</p> <p>d) técnico em enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e</p> <p>e) técnico em radiologia e imagenologia (CBO - 324115) ou tecnólogo em radiologia (CBO - 324120).</p>		
REDE	SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR INVESTIMENTO	VALOR CUSTEIO
PSICOSSOCIAL Preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Unidade de Acolhimento Adulto Destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas e deverá observar os seguintes requisitos específicos: I - ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes; II - contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pósgraduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; e b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.	Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico, proteção temporária e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.	R\$ 300.000,00 Parcela única	R\$ 25.000,00 mês
	Unidade de Acolhimento Infante Juvenil - Destinada às crianças e aos	Deverá observar os seguintes requisitos específicos: I - ser referência para Municípios	R\$ 360.000,00 Parcela única	R\$ 30.000,00/mês

	<p>adolescentes, entre 12 (doze) a 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos, com disponibilidade de 10 (dez) vagas.</p>	<p>ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes; II - contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte</p>		
	<p>Leitos Saúde Mental (Clínico)</p>	<p>A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará a gradação do número de leitos implantados: Para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno; b) 1 (um) enfermeiro por turno; c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima total de serviços de 20h por semana.</p>	<p>R\$ 66.000,00 Parcela única</p>	<p>R\$ 67.321,32</p>
<p>REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS</p>	<p>Motolância (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências)</p>	<p>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, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado</p>		<p>R\$ 18.200,00/mês R\$ 9.100,00 (contrapartida estadual)</p>

<p>A Rede de Atenção às Urgências - Amazônia Legal tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde dos Estados e Municípios situados na área de abrangência da Amazônia Legal, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.</p>		pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.		
	Mudança de Tipologia de Hospital Geral Especializado Tipo I para Tipo II	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com uma cobertura populacional a partir 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	R\$ 0,00	R\$ 100.000,00/mês
	Leitos de Retaguarda		R\$ 0,00	R\$ 592.006,00/mês
	Leitos de Cuidados Prolongados	Portaria GM/MS de Consolidação nº 03 e 06/2017. Portaria de Origem nº 2809 de 07/12/2012	R\$ 100.000,00 Parcela única	300,00 (por Leito, até 60º dia de internação); 200,00 (por Leito a partir de 61º dia de internação); valor atual a partir de 91º
	Qualificação UPA São José	Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU, contando com 3 profissionais médicos para o funcionamento da unidade (2 diurnos e 1 noturno);	R\$ 0,00	R\$ 97.500,00/mês
	Atendimento Ao Paciente Com Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até quinze dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa.	R\$ 0,00	R\$ 114.975,00/mês

<p>REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA</p> <p>A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	<p>Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) (Clinica/Centro de Especialidade)</p> <p>Oficina Ortopédica fixa</p>	<p>Instrutivo Reabilitação Rede PcD SAIPS 201406; Portaria MS-GM 835 e 793</p> <p>Promove o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - OPM, além de confecção de adaptações, ajustes e pequenos concertos em OPM. A Oficina Ortopédica Fixa possui todos os equipamentos necessários a uma oficina ortopédica, capacitando-a a trabalhar com termoplásticos de alta e baixa temperatura, laminação, com metais e sapataria. É capaz de confeccionar todos os tipos de órteses e próteses (de membros superiores e inferiores, estáticas/rígidas, articuladas e dinâmicas), coletes, palmilhas e calçados adaptados (ortopédicos e para pés neuropáticos) e adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária; além de realizar adequações posturais em cadeiras de rodas, ajustes e manutenção nas OPM e adaptações.</p>	<p>R\$ 5.107.000,00 Parcela única</p> <p>R\$ 758.000,00</p>	<p>R\$ 345.000,00/mês</p> <p>R\$ 54.000,00/mês</p>
<p>REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS</p> <p>Constituída por 3 eixos temáticos, eixo oncologia, eixo renal crônico e eixo sobrepeso e obesidade, de acordo com as portarias do ministério da saúde.</p>	<p>SRC -SERVIÇO DE REFERÊNCIA E DIAGNÓSTICO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO</p>	<p>Serão realizados anualmente no mínimo: 800 - colposcopias ;100-Biópsia do colo do útero; 80- Excisão do colo uterino; 250-Ultrassonografia Pélvica(ginecológica); Ultrassonografia transvaginal 1500</p> <p>SRC:</p> <p>a) médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250);</p> <p>b) enfermeiro (CBO - 223505); e</p> <p>c) técnico de enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e</p>	<p>R\$ 30.000,00</p>	<p>R\$ 80.802,40 Por produção</p>
	<p>SDM-SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA</p>	<p>Serão realizados anualmente no mínimo : 100-biópsia ; 4.500-mamografias bilateral; 550-mamografias unilateral; 100-punções apirativas por agulha fina; 100- Punção</p>	<p>R\$ 80.000,00</p>	<p>R\$ 271.270,00 Por produção</p>

aspirativa por agulha grossa; 700-
Ultrassonografia mamária bilateral.

SDM:

a) médico mastologista (CBO - 225255) ou
médico ginecologista e obstetra (CBO -
225250);

b) médico radiologista (CBO - 225320) ou
médico mastologista (CBO - 225255);

c) enfermeiro (CBO - 223505);

d) técnico em enfermagem (CBO - 322205) ou
auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e

e) técnico em radiologia e imagenologia (CBO
- 324115) ou tecnólogo em radiologia (CBO -
324120).

7. OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO

A tomada de decisão na gestão pública apresenta inúmeros desafios, sobretudo na área da saúde, considerando o ambiente complexo, adaptativo e com múltiplas variáveis interferentes em que ela está inserida. Para uma tomada de decisão direcionada às reais necessidades de saúde da população, o planejamento estratégico institucional torna-se um passo fundamental nesse processo, por meio da construção de diretrizes estratégicas, objetivos, ações e metas guiadas com foco em ter o cidadão no centro do sistema de saúde.

A instância maior de planejamento no âmbito municipal é o Plano Municipal de Saúde. A etapa inicial da sua construção consiste em uma detalhada análise da situação de saúde, abrangendo a apresentação do município e do contexto no qual o sistema de saúde está inserido, a avaliação da gestão e a análise de indicadores de saúde do município, todos componentes indissociáveis para uma adequada construção de diretrizes e objetivos estratégicos com potencial impacto nas necessidades de saúde.

A priorização dos problemas realizada após a análise e discussão do diagnóstico apresentado nessa seção puderam embasar a construção das diretrizes, objetivos e metas para a Secretaria Municipal de Saúde a serem executados no período compreendido entre os anos de 2022 e 2025.

As etapas de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 compreenderam:

1- Análise Situacional: foi realizado o levantamento de dados para contextualização da situação de saúde do município, considerando o contexto apresentado, a análise da Situação de Saúde de Imperatriz MA foram divididas em etapas:

- Apresentação do município e da rede de atenção à saúde;
- Análise de indicadores de saúde;
- Avaliação institucional da gestão;

Demandas apresentadas pela Equipe Técnica e pelo Controle Social.(Elaboração de Problemas) compondo os capítulos a seguir: perfil socioeconômico; estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; Condições sócio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e educação na saúde; gestão; controle social e auditoria.

Foram consideradas as seguintes situações para a proposição de metas a partir da problematização:

- Continuidade das metas do PMS 2028-2021;
- Pactuações ocorridas na Comissão Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestoras Bipartite (CIB);
- Painel de indicadores de pactuação interfederativa.

O painel de indicadores do programa Previne Brasil e alguns indicadores de interesse específico do município como indicadores de saúde mínimos para serem utilizados na análise da situação de saúde e para serem monitorados e avaliados ao longo do período de execução do Plano.

8. OFICINAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO

Para o plano de 2022-2025 da Secretaria Municipal de Saúde através da Assessoria de Planejamento, optou por utilizar oficinas e reuniões setoriais com instrumento adaptado em forma de apresentação em formato de aula expositiva, foram disponibilizados para às áreas técnicas o material norteador para a construção de metas. Contendo basicamente:

- Explicativo do que são metas e indicadores, sobre o que é o Plano Municipal de Saúde, sobre o que é a Programação Anual de Saúde;
- Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano Plurianual (PPA) e Programação Anual de Saúde (PAS);
- Modelo de Plano de Saúde com exemplificação de meta e seus respectivos indicadores;
- Modelo de Programação Anual de Saúde com exemplificação de ações físicas e seus componentes; Roteiro para a proposição de metas e respectivos indicadores – Plano Municipal de Saúde informações sobre metas de outros instrumentos de planejamento e gestão.

As oficinas contaram com a participação dos líderes da alta gestão da secretaria (secretário municipal, secretário adjunto diretores, coordenadores e técnicos das áreas estratégicas) e de representantes do Conselho Municipal de Saúde. Para a avaliação específica priorizou-se as áreas-fim (Atenção Primária; Média e Alta complexidade; Vigilância em Saúde) para as áreas meio (Planos; Processos de apoio; Pessoas; Informação e Conhecimento) de forma a construir um consenso de avaliação sob as diferentes perspectivas das várias áreas envolvidas.

Concluindo essa Primeira etapa a Assessoria de Planejamento realizou a Análise de Viabilidade das propostas com o alinhamento para proposição das metas através dos principais problemas elencados pelas áreas técnicas na metodologia foram considerados preferencialmente os problemas sentidos pela população, devendo assim o usuário ser contemplado como beneficiário na meta proposta.

PRINCIPAIS PROBLEMAS LEVANTADOS E IDENTIFICADOS COMO PRIORITÁRIOS

- Baixa satisfação e experiência do usuário com os serviços de saúde da rede municipal pelo elevado tempo de espera em alguns atendimentos, realização de exames e procedimentos na atenção especializada e descontinuidade frequente na oferta de medicamentos.
- O investimento em estratégias para ampliação, qualificação e implementação de processos de inovação em tecnologia da informação está insuficiente para as necessidades da rede de serviços da SMS.
- O cuidado materno-infantil e da mulher está fragilizado, destacando-se a oferta de rastreamento de cancer de mama e de colo uterino, oferta de consultas de pré-natal e de consultas odontológicas em gestantes abaixo do preconizado e aumento na transmissão de HIV e sífilis durante a gestação.
- Os sistemas de informação, extração e integração de dados da SMS estão insuficientes para as necessidades da rede e monitoramento adequado de dados e indicadores
- O município está vivenciando um aumento nas doenças crônicas, internações e óbitos por causas evitáveis e por condições que deveriam estar sendo cuidadas na Atenção Primária à Saúde (Centros de Saúde).
- O financiamento e captação de recursos institucionais para a saúde estão insuficientes para as necessidades da população do município.
- A proporção de crianças vacinadas no município está bem abaixo do previsto.
- A infraestrutura física, de insumos e medicamentos na rede de assistência à saúde está insuficiente para as demandas crescentes em saúde.
- O município está vivenciando um aumento das doenças transmissíveis, sobretudo dengue e doenças evitáveis por adequada cobertura vacinal.
- Os processos de aquisição e contratos da SMS estão fragilizados sobretudo pela falta de alinhamento e definição de responsabilidades entre os diversos setores da SMS, incluindo as áreas orçamentária e financeira.
- A rede de Atenção Psicossocial municipal está fragilizada, fragmentada e incompleta, com

necessidade de investimento na linha de cuidado em Saúde Mental.

- A oferta de medicamentos para o cidadão está insuficiente para as necessidades atuais da rede de serviços.
- O processo de avaliação das necessidades de recursos humanos está frágil no âmbito da SMS com conseqüente insuficiência no quantitativo de profissionais nas diferentes áreas da gestão e assistência à saúde.
- SMS não possui uma política municipal de gestão de pessoas que contemple processos de atração, desenvolvimento, engajamento, valorização e avaliação do desempenho do servidor.
- O impacto da COVID-19 na rede municipal tende a aumentar pelo aumento da carga de doenças agudas e crônicas associadas à COVID-19.
- A oferta de serviços em saúde bucal (número de equipes de saúde bucal) do município está bem abaixo do esperado.
- Não existem mecanismos e processos em prol da saúde do trabalhador no âmbito da SMS.
- Fragilidade no potencial de participação popular, de controle social e de publicização de ações do CMS de interesse da população.
- A SMS não instituiu uma política municipal de atenção especializada que atenda às necessidades de saúde.
- Os mecanismos institucionais para desenvolvimento, qualificação e educação permanente dos profissionais para o exercício de suas funções e contribuição no processo de melhoria contínua do SUS está insuficiente no âmbito da SMS.
- O município está vivenciando um aumento nas doenças crônicas, internações e óbitos por causas evitáveis e por condições que deveriam estar sendo cuidadas na Atenção Primária à Saúde (Centros de Saúde).
- Baixa cobertura do acompanhamento das condições do Programa Bolsa Família
- Diminuição de contatos de TB examinados e Diminuição de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera
- Necessidade de melhorar a transparência da gestão publicizando as ações com

linguagem acessível a todos

- Perfis profissionais/ critérios para seleção da liderança do primeiro escalão administração não definidos
- O componente de auditoria interna no SUS está implantado mas não há diretrizes para a apuração, de ofício e de irregularidades
- Os estabelecimentos de saúde não fazem monitoramento de custos

9 . ANÁLISE DO CONTEXTO DA PANDEMIA

O conjunto de medidas implantado pela SMS no enfrentamento da pandemia impactou as ações previstas no PMS 2018-2021 e a SMS definiu como prioridade as ações de enfrentamento da pandemia e adaptação dos serviços municipais ao contexto do momento resultando em suspensão temporária de várias ações planejadas e ao mesmo tempo incluindo novos objetivos e ações.

DESAFIOS

Exposição das fragilidades em gestão da saúde pública .

Aumento da demanda reprimida das doenças crônicas não transmissíveis, das doenças transmissíveis, de exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, que junto com as causas externas, aumentam a tripla carga de doenças que já pressionam o sistema de saúde.

Possível impacto negativo no financiamento da saúde pública no país também por diminuição do Produto Interno Bruto nacional

OPORTUNIDADES

Monitoramento por dados, algoritmos de atendimento, etc.

Novas possibilidades de flexibilização da execução do trabalho, como por exemplo o teletrabalho; as novas possibilidades de educação permanente e desenvolvimento dos trabalhadores (plataformas virtuais para aulas, novos modelos de cursos EaD etc.); e novas formas de comunicação institucional como webinars, reuniões virtuais etc..

10. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Após realização da Conferencia Municipal e com a Apropriação das informações do relatório Final da XVII Conferência Municipal de Saúde: a Assessoria de Planejamento em comum acordo com o Conselho Municipal de Saúde e a fim de que possibilitasse a viabilidade técnico- operacional realizou análise sobre as propostas aprovadas levando-se em consideração os recursos e dotações orçamentárias -financeira das referidas metas ora descritas e aprovadas na Conferencia e concluiu que a categorização de cada proposta estava de acordo com a característica de sua descrição, podendo ser para: Plano Municipal de Saúde; Programação Anual de Saúde, e as que estavam com inviabilidade ou por não pertencer a area da saúde ou por não serem contempladas na LDO foram descartadas e sugeridas para uma posterior inclusão bem como foram designada para estudo em outra secretaria da administração municipal

Principais problemas levantados

1-Baixa satisfação e experiência do usuário com os serviços de saúde da rede municipal pelo elevado tempo de espera em alguns atendimentos, realização de exames e procedimentos naatenção especializada e descontinuidade frequente na oferta de medicamentos.

2-O investimento em estratégias para ampliação, qualificação e implementação de processos de inovação em tecnologia da informação está insuficiente para as necessidades da rede de serviços da SMS.

3-O financiamento e captação de recursos institucionais para a saúde estão insuficientes para as necessidades da população do município.

4-Aumento do número de dependentes químicos e etilistas;

5- Recursos financeiros da União insuficientes para suprir a necessidade da gestão;

6-Melhorar o Serviço de Regulação, Controle e Avaliação (SISREG)

7-Não existem mecanismos e processos em prol da saúde do trabalhador no âmbito da SMS.

8- A SMS não instituiu uma politica municipal de atenção especializada que atenda

às necessidades de saúde.

9- Perfis profissionais dos conselheiros não estão descritos

10-CMS não realiza gestão de riscos

11-Fragilidade na publicização das ações do CMS incluindo suas resoluções e recomendações e temas de interesse da população

Dando continuidade na Operacionalização da Construção do Plano Municipal de Saúde cabe destacar que as metas formuladas para ser incluída no rol deste PMS, necessitou ter viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira, com objetivo de superar, reduzir, eliminar ou controlar o problema elencado, a partir da contextualização situacional prévia do problema com direcionamento nos esforços para vencer as fragilidades institucionais ainda presentes na busca de um sistema de saúde mais qualificado .

Nesse processo, após conhecer os principais problemas de saúde do município, foram traçados compromissos para superar ou controlar os problemas identificados. Assim, cada um dos problemas priorizados pela etapa anterior, em consonância com as propostas da XVII Conferência Municipal de Saúde, foi alinhado a uma das diretrizes nacionais ou estaduais de saúde e a análise de suas possíveis causas e consequências, permitiu a definição de objetivos e metas atualizadas para os próximos 4 quatro anos.

Durante toda essa construção buscou-se garantir metas quantificáveis, medidas por indicadores confiáveis de desempenho ou de resultado final. Como todo Plano de Saúde, este será operacionalizado em quatro anos, para os quais serão propostas ações e projetos oportunos para alcançar as metas pactuadas, por meio das Programações Anuais de Saúde, cujo monitoramento se dará em audiências públicas, nos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e nos Relatórios Anuais de Gestão.

A seguir, apresentamos as Diretrizes, Objetivos e Metas que nortearão as políticas de saúde municipais no município de Imperatriz para os próximos quatro anos, com seus respectivos indicadores. O PMS foi organizado em torno de treze diretrizes, que funcionam como eixos estruturantes em torno dos quais os objetivos foram agrupados. As metas, por sua vez, foram agrupadas em torno desses objetivos

A evolução das metas durante o período de vigência do Plano poderá ser monitorada e avaliada por meio de indicadores definidos para cada uma delas. Para cada indicador, sempre que possível, foi estabelecida uma linha de base (o referencial a partir do qual deverá

ser feita a avaliação) com recorte temporal específico por ano. Em caso de metas que representam iniciativas totalmente novas, a linha de base é zero. As unidades de medida do indicador estão padronizadas, sendo sempre um número, um percentual, uma taxa, uma razão ou uma proporção

Para cada meta do PMS 2022-2025, também se indicou a unidade da SMS responsável por sua execução - o que não significa que não existam metas de responsabilidade compartilhada com outras unidades ou até mesmo com outros órgãos da PMS.

11. DIRETRIZES OBJETIVOS METAS INDICADORES

DIRETRIZ Nº 1: Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e geração e de ciclos de vida, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no território

Objetivo 1: Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			Meta prevista 2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Realizar o cadastramento de 100% dos domicílios, pelas Equipes de Saúde da Família para área adscrita.	Percentual de cadastramento de domicílios pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	80%	100	100	100
02	Realizar o cadastramento de 100% dos usuários, pelas Equipes de Saúde da Família para área adscrita.	Percentual de cadastramento de usuários pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	80%	100	100	100
03	Realizar extratificação de risco de 80% dos pacientes portadores de DCNT.	Percentual de portadores de DCNT extratificados pelas equipes de Saúde da Família	80%	Percentual	60%	80	90	100
04	Realizar de revisão de 100% do território, das equipes de Saúde da Família.	Percentual de territórios revisados pelas equipes de saúde da família.	100%	Percentual	60	80	100	100
05	Realização e atualização do mapa do território de 100% das equipes de Saúde da Família.	Percentual de mapas construídos e atualizados dos territórios, pelas equipes de saúde da família.	100%	Percentual	60	80	100	100
06	Realizar a manutenção de 100% dos profissionais para composição das equipes de Saúde da Família.	Realizar a manutenção de profissionais para composição das equipes de Saúde da Família	100%	Percentual	80%	100	100	100
07	Manter a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família da população. 100%	Cobertura populacional estimada de eSF	100%	Percentual	70	80	90	100

08	Aumentar a cobertura da população por serviços de atenção básica (atenção primária) em 90%	Cobertura populacional estimada de eAP	80%	Percentual	60%	70	80	90
09	Aumentar a cobertura de Saúde Bucal para 80%	Cobertura de Saúde Bucal	80%	Percentual	10%	20	20	30
10	Reduzir a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais para 06	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	06	Numero	01	01	02	02
11	Realização de atividades de saúde bucal em 50% de portadores de necessidades especiais	Atividades de saúde bucal em 90% de portadores de necessidades especiais realizadas	50%	Percentual	10%	10	20	10
12	Realizar ações de promoção em saúde bucal em 100% das unidades com saúde bucal.	Ações de promoção em saúde bucal em 100% das unidades realizadas	100%	Percentual	30%	30	60	100
13	Realizar atendimento odontológico com tratamento completo para no mínimo 60% das gestantes que realizam pré-natal na APS (Previne Brasil	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%	Percentual	60%	60	60	60
14	Realizar acompanhamento odontológico de prevenção a 60% da população de 0 a 16 anos, através do levantamento epidemiológico e estudo de grau de necessidade	Acompanhamento odontológico de prevenção a 40% da população de 0 a 16 anos, realizado	60%	Percentual	10%	10	10	20
15	Manter 100% atualizados os cadastros dos Hipertensos das equipes de saúde da família	Percentual de hipertensos cadastrados pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	60%	60	60	60
16	Aumentar a proporção de hipertensos com pressão arterial aferida a cada seis meses para 50%.	Proporção de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	50%	Percentual	50%	50	50	50
17	Manter 100% atualizados os cadastros dos Diabéticos das equipes de saúde da família	Percentual de diabéticos cadastrados pelas equipes de Saúde da Família.	100%	Percentual	60%	70	80	100
18	Solicitar exame de hemoglobina glicada, duas vezes ao ano pelo menos 50% dos diabéticos	Percentual de pessoas diabéticas com solicitação do exame de hemoglobina glicada no ano.	50%	Percentual	50%	50	50	50

19	Implantar uma modalidade de Prática Integrativa e Complementar (PICS) inicialmente em duas Unidades de Atenção Primária.	Número de Unidades de APS com PICS implantada	02	Número	00	01	01	
20	Descentralizar o Programa de Tabagismo para 100% das UBS.	Percentual de Unidades de APS com o Programa Implantado	100%	Percentual	25%	25	25	25
21	Diminuir em 15% a incidência de Tabagismo	Incidência de tabagismo diminuída	15%	Percentual	04%	05	09	15
22	Monitorar 100% os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.	Percentual de Unidades da APS monitoradas	100%	Percentual	100%			
23	Manter a cobertura das ações obrigatórias do Programa Saúde na Escola (PSE) em 100% das escolas pactuadas	Manter a cobertura das ações obrigatórias do Programa Saúde na Escola (PSE) em 100% das escolas pactuadas	100%	Percentual	60%	80	100	100
24	Ampliar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa família (PBF) para 80%	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	80%	Percentual	70%	80	80	80
25	Implementar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	01	Número	01			
26	Implementar em 100% as Unidades de Saúde da Família a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa de maneira informatizada.	Percentual de Unidades de Saúde da Família com avaliação multidimensional implementada	100%	Percentual	25%	25	25	25
27	Reduzir em 20% internações de pessoas com 60 anos ou mais por causas sensíveis na Atenção Primária em Saúde	Proporção de internações de pessoas com 60 anos ou mais por causas sensíveis à Atenção Primária	20%	Proporção	5%			
28	Reduzir em 4% ao ano em relação à meta 2021 a Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT):	Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) reduzida	4%	Percentual	01%			
29	Instituir protocolo de atendimento à população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde.	Número de Protocolo instituído	01	Numero	01			

Objetivo 2 - Adequar a rede física e melhorar a segurança, a ambiência e a infraestrutura das Unidades de Saúde								
01	Realização de manutenções predial preventiva em 100% unidades de saúde.	Realização de manutenção predial preventiva em unidades.	100%	Percentual	60%			
02	Reformar ou ampliar 15 unidades básicas de saúde, com apoio financeiro do Programa Requalifica MS-monitorado SISMOB	Unidades reformadas	15	Numero	03			
03	Reequipar as Unidades de Saúde em 60%	Unidades equipadas	60%	Percentual	10%			

DIRETRIZ Nº 02: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança com implementação da Rede Cegonha

Objetivo 1: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil para viabilizar acesso, acolhimento e resolutividade

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			Meta prevista 2022- 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Redução 10 % da mortalidade infantil para casos ano.	Taxa de mortalidade infantil	10%	Percentual	2%	5%	6%	10%
02	Investigar 100% dos óbitos maternos e infantis, com proposta de intervenções nas unidades de saúde e nos hospitais onde ocorreram os óbitos	Número de óbitos maternos e Infantis investigados	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
03	Realização de 6 ou mais consultas de pré-natal(Previne Brasil), em 80% das gestantes do município.iniciando ate a 12 semana	Realização de consultas de pré-natal em gestantes do município.	80%	Percentual	60%	70%	70%	80%
04	Realização de 02 teste de Sífilis em gestantes do município.	Número de testes de sífilis em gestantes.	02	Número	02	02	02	02
05	Realização de 1 teste de HIV para cada gestantes do município.	Número de testes de HIV em gestantes.	01	Número	01	01	01	01

06	Garantir implementação de atividades do programa de saúde do homem em 60% das equipes de Saúde da Família.	Proporção de unidades com realização de atividades do programa de saúde do homem.	60%	Percentual	20%	40%	50%	60%
07	Realização de consultas de pré-natal odontológico (Previne Brasil), em 60% das gestantes do município.	Realização de consultas de pré-natal odontológico em gestantes do município.	60%	Percentual	60%	60%	60%	60%
08	Manter 90% atualizada a caderneta vacinal das crianças de 0 a 6 anos, conforme calendário nacional de vacinas.	Manter caderneta vacinal de crianças atualizada conforme calendário vacinal.	90%	Percentual	80%	80%	90%	90%
09	Manter 100% de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
10	Reduzir a proporção de 20% de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	20%	Proporção	05%	10%	15%	20%
11	Capacitar 100 % Rede de Atenção Primária em Saúde a respeito do Protocolo Municipal de Pré Natal de Baixo Risco.	Percentual de Unidades de APS capacitadas	100%	Percentual	50%	60%	80%	100%
12	Implantar o Protocolo de Aleitamento Materno na Atenção à Saúde da Mulher e da Criança/SMS em toda Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços de Saúde com Protocolo Implementado	100%	Percentual	50%	80%	80%	100%
13	Implementar um Procedimento Operacional Padrão (POP) de fluxo intersetorial de atenção à situação de violência sexual infantil em parceria com a saúde mental para toda a Rede Atenção primária Saúde.	Percentual de Unidades de Saúde com POP implementado	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
14	Ampliar a cobertura de coleta do teste do pezinho de recém-nascido (SUS) em até 5 dias após o nascimento para 95%.	Cobertura de coleta do teste do pezinho de recém-nascido (SUS) em até 5 dias após o nascimento	95%	Percentual	80%	85%	90%	95%
15	Atingir 40% de adesão dos homens ao Pré-Natal (PN) do parceiro.	Percentual de homens que aderiram ao pré-natal do parceiro	40%	Percentual	10%	20%	30%	40%
16	Reduzir em 25% o número de casos novos de sífilis em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	25%	Redução	15%	20%	25%	25%

17	Manter o controle do número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos, com menos de um caso detectado ao ano.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	Número	0	0	0	0
----	---	--	---	--------	---	---	---	---

DIRETRIZ Nº 03: Garantia da atenção integral à saúde da mulher, do homem, das pessoas com doenças crônicas, raras negligenciadas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados e paliativos às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Objetivo 1: Estruturar os serviços territorializados, construídos da seguinte forma: Constituída por 3 eixos temáticos, eixo oncologia, eixo renal crônico e eixo sobrepeso e obesidade, de acordo com as portarias do ministério da saúde .

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			Meta prevista 2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Ampliar para 0,40 a razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos com um exame a cada 3 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	0,40	Razão	0,40	0,40	0,40	0,40
02	Ampliar para 0,10 a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 59 anos	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente	0,10	Razão	0,10	0,10	0,10	0,10
03	Ofertar exames de PSA para no mínimo 40% dos homens acima de 50 anos	Taxa de exames realizados nos homens acima de 50 anos.	40%	Percentual	20%	30%	35%	40%
04	Implantação de 01 Serviço de Referência de Prevenção do Colo de Útero	SRC implantado	01	Número	00	00	00	00
05	Implantação de SDM-Serviço de Referência para o Diagnóstico do Câncer de Mama	SDM implantado	01	Número	00	00	00	00
06	Avaliar excesso de peso na população adulta em todas as UBS	Percentual de adultos com excesso de peso avaliados na APS	100%	Percentual	30%	30%	30%	30%
07	Manter a realização de Campanhas Anuais de prevenção ao câncer do Colo do Útero e (Dia Internacional da Mulher e Outubro Rosa).	Campanhas realizadas	08	Número	02	02	02	02

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

Objetivo 01: Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			Meta prevista 2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Manter 100% atualizado os dados no Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica	Percentual de controle informatizado na distribuição e dispensação de medicamentos.	100%	Percentual	50%	50		
02	Atualizar a RelaçãoMunicipal de Medicamentos - REMUME ao ano	Percentual de REMUME cria dose ou atualizados	01	Número	01	01	01	01
03	Manter disponível a população 80%dos medicamentos da REMEME.	Percentual de disponibilidade de medicamentos da REMUME para a população.	80%	Percentual	60%	80		
04	Realizar 01 capacitação anual em todas ESF com os ACS na orientação à população acerca do uso adequado de medicamentos prescritos	Percentual de Unidades de Saúde da Família com ACS capacitados	04	Numero	01	01	01	01
05	Implantar Procedimento Operacional Padrão (POP) 100% as farmácias da Rede de Atenção Farmacêutica do SUS Municipal	POP implantado	100%	Percentual	30%	30	20	20
06	Adequar o mobiliário e a infraestrutura em 50 %farmácias das UBS para garantia das Boas Práticas de Armazenamento de medicamentos	UBS estruturada com mobiliarios	50%	percentual	10%	20	10	10
07	Implantar serviços de cuidado farmacêutico em pelo menos 50% das UBS com farmácia, com salas de atendimento individual para acompanhamento farmacoterapêutico.	Percentual de unidades de saúde com farmácia que ofertam o cuidado farmacêutico	50%	Percentual	10%	10	10	20

DIRETRIZ Nº 05: Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção na vigilância em saúde, garantindo o acesso no âmbito do SUS.

Objetivo 1: Implementar e Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde para Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			Meta prevista 2022 a2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Qualificar o preenchimento da causa básica de óbito na declaração de óbito, no intuito de atingir, pelo menos, 95% das declarações de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95%	Percentual	95%	95%		
02	Investigar e encerrar, oportunamente, 80% dos casos de agravos e doenças de notificação compulsória	Percentual de investigações de doenças de notificação compulsória encerradas oportunamente	80%	Percentual	80%			
03	Vacinar 95% das crianças menores de um ano com a vacina Pentavalente	Percentual de crianças menores de um ano vacinadas com a vacina Pentavalente	95%	Percentual	95%			
04	Vacinar 95% das crianças menores de um ano com a vacina Poliomielite	Percentual de crianças menores de um ano vacinadas com a poliomielite	95%	Percentual	95%			
05	Monitorar e investigar 100% dos surtos de doenças transmissíveis e demais emergências em saúde pública por meio da Vigilância em Saúde	Percentual de surtos de doenças transmissíveis e demais emergências em saúde pública investigados	100%	Percentual	80%			
06	Vacinar 80% dos grupos prioritário do Plano Nacional de Imunização para COVID 19.	Percentual de grupos definidos pelo PNI imunizados para COVID 19.	80%	Percentual	80%			
07	Notificar 100% dos casos de efeitos adversos vacinais.	Percentual de notificações de casos de efeitos adversos de vacina.	100%	Percentual	100%			
08	Manter pelo menos 80% dos casos novos de hanseníase com contatos intradomiciliares examinados, para ampliar a prevenção e controle da hanseníase.	Percentual de casos novos de hanseníase com contatos intradomiciliares de examinados	80%	Percentual	80%			
09	Realizar tratamento de 90% dos casos pacientes com tuberculose	Percentual de tratamento de casos de tuberculose	90%	Percentual	90%			
10	Realizar 100% de notificações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho	Notificações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho	100%	Percentual	100%			

11	Realizar 80% do número de notificações das situações de violências.	Percentual de aumento no número de notificações	80%	Percentual	60%				
12	Prestar assistência integral a 100% dos pacientes diagnosticados com IST/AIDS, tuberculose e hepatites virais diagnosticados na rede básica de saúde,	Percentual de pacientes assistidos dentre o total de pacientes diagnosticados anualmente com HIV/aids, tuberculose e hepatites virais na rede básica de saúde.	100%	Percentual	90%				
13	Realizar 4 ciclos de visita domiciliar, com 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos com cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	16	Número	04	04	04	04	04
Objetivo 2: Aprimorar as ações de Vigilância de fatores ambientais de risco e agravos à saúde e doenças transmitidas por vetores e hospedeiros intermediários									
01	Investigar pelo menos 90% dos acidentes com animais peçonhentos notificados.	Percentual de acidentes com animais peçonhentos notificados que foram investigados	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
02	Realizar a vigilância da raiva urbana e aérea, investigando pelo menos 90% dos casos suspeitos de raiva animal notificados.	Percentual de casos suspeitos de raiva animal notificados que foram investigados.	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
03	Investigar pelo menos 90% dos casos suspeitos de leishmaniose visceral animal notificados.	Percentual de casos suspeitos de leishmaniose visceral animal notificados que foram investigados.	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
04	Realizar análise de, 100% das amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises de água realizadas.	100%	Percentual	90%	100%	100%	100%	100%
05	Elaborar e Implantar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) nas Unidades de Saúde.	Percentual de Unidades de Saúde com PGRSS elaborado e implantado.	60%	Percentual	20%	30%	40%	60%	60%
Objetivo 3: Aprimorar as ações de Vigilância Sanitária									
01	Fiscalizar através de inspeções 100% dos estabelecimentos de saúde cadastrados.	Proporção de serviços de saúde inspecionados, no mínimo, uma vez ao ano.	100%	Percentual	60%	80%	90%	100%	100%

02	Fiscalizar 100% dos serviços de saúde classificados como alto risco cadastrados no SIVISA (Sistema de Informação em Vigilância Sanitária)	Proporção de serviços de saúde classificados como alto risco cadastrados no SIVISA inspecionados, no mínimo, uma vez ao ano.	100%	Percentual	80%	90%	90%	100%
----	---	--	------	------------	-----	-----	-----	------

DIRETRIZ Nº 06 - Aprimoramento das redes de urgência e emergência, com expansão e adequação de suas unidades de atendimento, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das centrais de regulação, bem como das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estimulando o funcionamento com pessoal capacitado e em quantidade adequada, articulando as com outras redes de atenção.

Objetivo 1: Aprimorar a rede de urgência e emergência municipal a partir do acolhimento aos usuários, tornando os serviços de urgência e emergência mais resolutivos e qualificados por meio de classificação de risco e protocolos clínicos de atendimentos e adequação da estrutura.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			Meta Prevista 2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Implantar e Habilitar 02 Bases Descentralizada com 02 USB na Zona Urbana.	01 Base Implantada	01	Número	-	01	01	-
02	Renovação da Frota do SAMU 04 USB e 01 USA.	Frota Renovada	05	Número	05	-	-	-
03	Mudança de Tipologia de Hospital Geral Especializado Tipo I para Tipo II no HMI.	Tipologia do HMI Habilitado	01	Número	01	-	-	-
04	Habilitar 57 Leitos de Retaguarda no HMI	Leitos de retaguarda Implantado	57	Número	57	-	-	-
05	Implantação de 01 Unidade de Acidente Vascular Cerebral U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, 10 Leitos	U-AVC implantada	01	Número	01	-	-	-
06	Implantação de 10 Leitos de Cuidados Prolongados no HMI	10 Leitos Implantados de de cuidados prolongados	10	Número	10	-	-	-
07	Habilitar 10 Leitos de UTI adulto no HMI	Leitos de UTI habilitados	10	Número	10	-	-	-

Objetivo 2: Aprimorar a oferta de leitos, a desospitalização e a Atenção Domiciliar

01	Implantar 01 Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD)	Número de Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar ampliada	01	Número	01	-	-	-
02	Implantar 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP).	Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) ampliada	01	Número	01	-	-	-

03	Aumentar a taxa de desospitalização mediada pelo Serviço de Atenção Domiciliar, correspondendo a 2 altas dia.	Taxa de desospitalização.	01	Número	01	-	-	-
-----------	---	---------------------------	----	--------	----	---	---	---

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

Objetivo 1: Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para Monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			Meta Prevista 2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Adequar 100% os serviços de saúde mental em relação à acessibilidade para pessoas PCDs.	Percentual de serviços com estrutura adequada	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
02	Implantar e Habilitar 03 equipes Especializadas no ambulatório de saúde mental.AMENT	03 Equipes habilitadas	03	Número	03	-	-	-
03	Elaborar Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) relacionados às rotinas da saúde mental.	Número de protocolos e POP selaborados	01	Número	01	-	-	-
04	Realizar no mínimo 12 ações de matriciamento sistemáticas por CAPS e ambulatórios nas Equipes da Atenção Primária.	Número de ações de matriciamento executadas porserviço por ano	48	Número	12	12	12	12
05	Implementar Protocolo com estratificação de risco para atendimentos de saúde mental na Atenção Primária e na RAPS.	Protocolo implantado	01	Número	01	-	-	-
06	Implantação 01 Unidade de Acolhimento Adulto destinada às pessoas maiores de 18 anos.	UAA implantada	01	Número	-	01	-	-
07	Implantação de 01 Unidade de Acolhimento Infante Juvenil - Destinada às crianças e aos adolescentes, entre 12 (doze) a 18 anos	UAIJ implantada	01	Número	-	01	-	-
08	Implantação de 12 Leitos Saúde Mental (Clínico) no HMI	12 leitos implantados	12	Número	12		2	

DIRETRIZ Nº 08: Fortalecimento da Assistência de Média e Alta Complexidade, de forma ascendente e regionalizada, contemplando as demandas específicas das regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, garantido medicamentoso acesso da população em tempo oportuno, aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde, e integrar a atenção básica e especializada.

Objetivo 1: Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para Monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			Meta Prevista 2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Qualificar os profissionais da APS a fim de reduzir o número de encaminhamentos para atenção secundária em 20%, em relação ao ano de 2020	Número de encaminhamentos para consultas especializadas.	20%	Percentual	10%	15%	15%	20%
02	Atualizar 50% dos protocolos de acesso à atenção especializada.	Percentual de protocolos de acesso atualizados.	50%	Percentual	10%	20%	40%	50%
03	Reestruturar a auditoria com profissionais de acordo com a legislação com especificação para auditar a rede assistencial própria e contratada.	Auditoria implementada e Cimplantada.	01	Número	01	-	-	-
04	Monitorar e avaliar a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no município	Implantação da Saúde Integral da População Negra	01	Número	01			
05	Realizar estudo para Implantação da linha de cuidados em Doença Falciforme	Linha de cuidados em Doença Falciforme implantada	01	Número	01			
06	Manter a regulação para o tratamento Fora do Domicílio – TFD.	Tratamento Fora do Domicílio regulado	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
07	Construção de Oficina Ortopédica Fixa	Oficina Ortopédica	01	Número	-	01	-	-

DIRETRIZ Nº 09: Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde –Atenção às Pessoas com Deficiência – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, rrespeitando as apactuações e garantindo a oferta de procedimentos.

Objetivo 1: Proteger a saúde e reabilitar as pessoas com deficiência em relação as suas capacidades funcionais Física, Auditiva, Visual e Intelectual.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2024
01	Construir e Implantar o CER tipo IV Regional	CER tipo IV implantado	01	Numero	-	01	-	-
02	Qualificar o atendimento a pessoa com deficiência, com 100% dos pacientes dos CER Projeto Terapêutico Singular	Percentual de pacientes em seguimento no Centro Especializado de Reabilitação, Projeto Terapêutico Singular.	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
03	Implantar a Estratificação de Risco da Linha de Cuidado a Pessoa com Deficiencia em 100%Unidades de Saúde	Estratificação de Risco Implantada.	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
04	Incorporar a atenção à Pessoa com Deficiência às diversas linhas de cuidado das redes de atenção.	Inclusão da atenção à Pessoa com Deficiência nas diversas linhas guias de cuidado.	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
05	Implantar nas Unidades de Saúde a utilização de instrumentos de detecção precoce, de riscos para Desenvolvimento infantil, incluindo os Transtornos mentais e deficiência física	Unidades de Saúde com os instrumentos de detecção precoce implantados/ano.	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
06	Ampliar o reconhecimento da população com deficiência em 50% fim de melhorar e estruturar as ofertas de saúde específicas para esta população	Reconhecimento da população com deficiência ampliado.	50%	Percentual	20%	50%	75%	100%
07	Construção da Oficina Ortopédica fixa	Oficina Ortopédica construida.	01	Numero	-	01	-	-

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

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

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Regular todas as ações de integração entre as Instituições de Ensino e os serviços da Rede Pública de Atenção à Saúde	Percentual de ações reguladas pelo NEPS	100%	Percentual	40%	50%	80%	100%
02	Elaborar o Plano Municipal de Educação Permanente (PMEPS). Para os 2022 e 2023	PMEPS elaborado	02	Numero	01	-	01	-
03	Fomentar a participação de 100% trabalhadores em cursos, congressos e eventos relacionados às respectivas áreas de atuação	Número de trabalhadores com liberação	100%	Percentual	20%	50%	80%	100%
04	Realizar 01 capacitações anual dos trabalhadores da saúde com vista ao atendimento humanizado e acolhimento da população nas Unidades de Saúde	Capacitações realizada	04	Numero	01	01	01	01
05	Realizar anualmente uma mostra de experiências exitosas da SMS, Exposaúde, objetivando a troca de experiências entre os serviços de saúde, com instituições de ensino e pesquisa.	EXPOSAÚDE realizada anualmente	04	Numero	01	01	01	01

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

Objetivo 1: Qualificar as ações de controle e avaliação dos serviços contratualizados.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Implantar os Planos Operativos nos serviços contratualizados.	Percentual de serviços contratualizados com Planos Operativos implantados	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
02	Monitorar o teto financeiro de todos os serviços contratualizados.	Percentual de serviços monitorados	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
03	Realizar auditorias nos serviços contratualizados de Saúde.	Número de auditorias realizadas	100%	percentual	80%	90%	95%	100%
04	Garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos Médicos hospitalares, odontológico em 100% unidades	Manutenção preventiva e corretiva mantida	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
05	Garantir 100 % a frota de veículos para execução das Ações desenvolvidas na Saúde	Frota de veículos garantida	100%	Percentual	80%	90%	100%	100%

DIRETRIZ Nº 12: Fortalecimento de ações para redução e gerenciamento de riscos. ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19.**Objetivo 1: Contribuir para a formulação, a execução e a avaliação das ações de enfrentamento da emergência de saúde pública covid-19.****Objetivo 2: Fortalecer os serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), conforme a definição de caso estabelecida, no devido sistema de informação orientado pelo ministério da saúde.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha de Base		Meta Prevista			
			2022 a 2025	Unid. Med	2022	2023	2024	2025
01	Manter o Centro de Covid em funcionamento	Números de centro em funcionamento	01	Número	1	-	-	-
02	Manter o Plano de Contingencia e o Plano de Imunização para COVID-19 atualizado de acordo com as orientações e diretrizes dos órgãos de saúde.	Plano de Imunização para COVID-19 atualizado em relação às normativas.	01	Número	01	01	01	01
03	Encaminhar todas as atualizações referentes às orientações e diretrizes dos órgãos competentes (federal, estadual e municipal), no contexto da COVID-19, para a Rede de Atenção à Saúde Pública do município.	Percentual de atualizações encaminhadas	100%	Percentual	100%			
04	Implantar o rastreamento e o monitoramento de contatos próximos de casos confirmados de COVID-19 nas Unidades de Saúde (UBSs e USFs).	Percentual de Unidades de Saúde (UBS's e USF's) com rastreamento	100%	Percentual	100%			
05	Manter a investigação e o encerramento de todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19.	Percentual de casos de SRAG por COVID-19 investigados e encerrados	100%	Percentual	100%			
06	Ofertar tratamento de reabilitação a 90% dos pacientes pós-covid com sequelas leves e moderadas.	Número de pacientes pós-covid 19 necessitados de reabilitação/ Número de pacientes em acompanhamento	90%	Percentual	40%			
7	Garantir 100% a segurança sanitária dos profissionais e trabalhadores da linha de frente com COVID 19 da SEMUS	Segurança sanitária do profissionais e trabalhadores garantidos	100%	Percentual	100%			

DIRETRIZ Nº 13: Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando os conselhos de saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo.

Objetivo 1: Garantir a participação Social , o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, mantendo as conquistas constitucionais e construindo estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções, fortalecendo a gestão compartilhada.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador Linha deBase		Meta Prevista			
			2020 a 2025	Unid.Med	2022	2023	2024	2025
01	Realizar fiscalizações em todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de serviços de saúde fiscalizados	100%	Percentual	60%	80%	90%	100%
02	Realizar uma capacitação anual para os conselheiros municipais	Capacitação realizada	04	Número	01	01	01	01
03	Realizar no mínimo 12 Plenárias Ordinárias ao ano.	Número de Plenárias Ordinárias realizadas ao ano	48	Número	12	12	12	12
04	Realizar Conferências Municipais de Saúde.	Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas	02	Número	00	01	00	01
05	Manter 100 % monitoramento e avaliação mensal dos registros de ouvidoria do SUS.	Percentual de monitoramentos realizados no ano	100%	Percentual	80%	90%	90%	100%
06	Manter a execução orçamentária específica Anual para o Conselho Municipal de Saúde- CMS dentro do orçamento geral da SEMUS no QDD e PPA	Recursos osçamentarios mantidos	01	Número	01	01	01	01
07	Qualificar a Ouvidoria da rede de Saúde através do processo de acreditação do Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS”	Ouvidoria Qualificada	01	Número	01	01	01	01
08	Garantir a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, com apresentação para apreciação do Conselho Municipal de Saúde, conforme prazo determinado pelas legislações /SUS (PMS, PAS, RDQA e Relatórios de Gestão)	Instrumentos de planejamentos executados	100%	Percentual	80%	90%	90%	90%

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O município tem sofrido com a insuficiência de leitos de UTI rotineiramente, visto o quantitativo de pacientes advindos de outros municípios da região, para Imperatriz MA que é referência, destacando-se as especialidades de Neurologia

Há necessidade dos municípios do Estado do Maranhão organizarem e pactuarem o acesso a ações e serviços de atenção à saúde a partir das necessidades da atenção básica e sua integração e articulação aos demais níveis do sistema.

Antes da pandemia de Coronavírus, até março de 2020 a Regional de Saúde de Imperatriz contava com 30 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto habilitados pelo SUS, nos seguintes hospitais: Hospital Municipal de Imperatriz HMI 20 leitos , Hospital dr Rute Noleto Macro Regional 10 leitos .No entanto com o advento da pandemia, houve expansão temporária para atendimento de paciente acometidos pela Síndrome Respiratória Aguda Grave COVID-19. No Hospital Macro Regional e o Materno Infantil

Um fator discutível é a desatualização da Programação Pactuada e Integrada – PPI, a mesma não é atualizada desde 2004 sendo a PPI um processo no qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores, com o objetivo de estabelecer e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população residente e das referências de outros municípios, tendo a conformação de redes de serviços regionalizadas sido pensada como uma forma de garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006b). Cabe ao gestor municipal garantir que a população sob sua responsabilidade tenha acesso aos serviços especializados (de média e alta complexidade),

Assim sendo, o processo de PPI, coordenado pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para a garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não

disponíveis em seu município de residência, além de orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independentemente de sua condição de gestão (BRASIL, 2001).

A programação da atenção básica é de responsabilidade exclusiva dos municípios não estando previstos referenciamentos. Já para a média complexidade ambulatorial, a lógica de programação é ascendente, sendo que os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações

que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada (BRASIL, 2006b).

Cabe aos gestores definir as prioridades que orientam a programação das ações e serviços de saúde de seus municípios (BRASIL, 2015), com base na análise da situação de saúde, peculiaridades e necessidades locais (BRASIL, 2006a)..

Na relação Sistema de Regulação x PPI, cabe ressaltar que o setor de regulação não cria, e sim gerencia o fluxo das ofertas para que todos tenham acesso aos atendimentos necessários. Sendo considerada uma previsão, o planejado pode ou não acontecer da forma programada, havendo a possibilidade de os acordos estabelecidos e contratualizados não serem atendidos, uma vez que o acesso às ações e aos serviços de saúde será fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, ou seja, considerando a classificação de risco de risco e demanda existente em sistema para distribuição de acordo com as ofertas de vaga para atendimento. (BRASIL, 2011c).

Ainda no tocante à PPI, outro apontamento interessante se faz acerca da dificuldade de seguimento ao atendimento de pacientes oriundos de municípios de outros Estados que não estão contemplados pela Programação Pactuada e Integrada e que, após atendimento no serviço de Urgência, acabam sendo incluídos e absorvidos pelo Sistema de Saúde Municipal na espera da realização de atendimento cirúrgico eletivos, impactando na fila de espera por esses procedimentos.

Outra dificuldade diz respeito aos pacientes, que não estão contemplados pela Programação Pactuada e Integrada – PPI e acabam se inserindo no Sistema de Saúde municipal pela Urgência, o que tem impactado a fila de espera por estes procedimentos bem como existe uma defasagem dos valores de procedimentos da Tabela SUS em relação aos valores praticados no mercado, principalmente de órteses e próteses. Também não houve renovação do Projeto de Cirurgias Eletivas em 2022 pelo Ministério da Saúde, que corresponde à estratégia de ampliar a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, visando diminuir o tempo de espera a determinados procedimentos. Como não houve tal renovação, haverá a redução do número de cirurgias eletivas nesse 2022.

Quanto à orientação dos serviços básicos de saúde, por vezes os serviços ofertados não atendem as necessidades de saúde do território. Tal fato se dá pela dicotomia entre a necessidade de saúde local, situação epidemiológica e a aplicação de recursos financeiros, que inclusive recentemente sofreu alterações significativas com a incorporação do Programa Previne Brasil. Pode ocorrer também quando o sistema de saúde é

reestruturado, de forma a combater uma situação epidemiológica (por exemplo: aguda) que não mais condiz com a realidade brasileira e/ou situação epidemiológica do local, onde crescentemente têm predominado as condições crônicas.

O modelo de atenção voltada aos processos curativos, como por exemplo, os serviços de Urgência e Emergência, por vezes se tornam atrativos à população, porém acabam por não atender as necessidades de saúde deste usuário, fazendo com que a oferta de atendimento não seja resolutiva em sua integralidade. E assim, este modelo insustentável, não reduz o dos agravos em saúde, papel esse que deve ser realizada pela atenção primária a partir do desenvolvimento de ações de caráter preventivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan.

BRASIL. **Lei Complementar nº 181**, de 6 de maio de 2021. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 maio.

BRASIL. **Portaria nº 750**, de 29 de abril de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 maio.

BRASIL. **Lei nº 8.689**, de 27 de julho de 1993. Sistema Nacional de Auditoria - SNA.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS**, 1ª edição. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Usuário - Módulo Planejamento DigiSUS Gestor**, novembro de 2018. Disponível em <http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2/2018**, 21 de dezembro de 2019. CGAIG/DAI/SE/MS. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.467**, de 10 de julho de 2006.

BRASIL. Constituição Federal. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição Federal. **Decreto Federal nº 7508**, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde: Lei 8080/90.

BRASIL. Constituição Federal. **Lei nº 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1091**, de 27 de abril de 2017 estabelece que o planejamento do Sistema Único de Saúde deve partir da construção dos planos municipais de saúde.

BRASIL. Ministério. **Portaria nº 1.159**, de 01 de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 750**, Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de

Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 29 de abril de 2019. Diário Oficial da União – Seção 1. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1**, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União – Seção 1 – Suplemento - p.1. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019, Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União – Seção 1. Brasília, DF, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222**, de 10 de dezembro de 2019, Institui os indicadores de pagamento do Programa Previne Brasil, Nota técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, DF, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 20 DGIP/SE/MS**, de 03 de agosto de 2021, que revoga a Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, da Comissão Intergestores Tripartite(CIT), que trata do processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores.