

Secretaria Municipal
de Saúde



PREFEITURA DE
CONDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025

Secretaria Municipal
de Saúde



PREFEITURA DE
CONDE

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022/2025

Conde/PB, julho de 2021

GESTORES

Governador de Estado da Paraíba - João Azevedo Lins Filho
 Prefeita Municipal de Conde-PB - Karla Maria Martins Pimentel Régis
 Secretário de Estado da Saúde da Paraíba - Geraldo Antônio de Medeiros
 Secretaria Municipal de Saúde de Conde-PB - Vanessa Meira Cintra

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde - Vanessa Meira Cintra
 Secretaria Adjunta da Saúde - Emanuele Carla de M. Silva
 Presidente do Conselho Municipal de Saúde - Maria Jose da Silva Pedro
 Assessoria Técnica da Saúde – Bruno André Gama Tavares
 Diretoria de Planejamento e Finanças da Saúde - Lidyane Patrícia Silva dos Santos
 Coordenadoria da Atenção à Saúde - Lady Dyana de Souza Gouveia Camelo
 Departamento de Ouvidoria da Saúde – Inaldo Luiz do Nascimento
 Departamento de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria - Maria da Conceição A. Costa
 Departamento de Políticas Estratégicas da Saúde - Nayana Caroline de Amorim H. Azevedo
 Departamento da Atenção Básica da Saúde - Iara Maria Bernardo Soares
 Departamento de Vigilância em Saúde - Camila de Medeiros Gadelha
 Departamento de Saúde Bucal - Amanda Lima Fidelis de Oliveira
 Departamento de Assistência Especializada em Saúde - Alane Barreto de Almeida Leôncio
 Departamento de Tecnologia da Informação em Saúde - Fernanda da Silva Souto
 Departamento da Assistência Farmacêutica - Luara de Souza Monteiro Duarte
 Departamento da Assistência Laboratorial - Laila Millena Gomes Dutra da Silva
 Departamento da Atenção Psicossocial - Carmelita de Oliveira Silva
 Centro de Especialidades em Reabilitação Física e Auditiva (CER II) - Girelene da Silva Correia
 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - Mayra Vitoriana da Silva
 Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU) - Jeronimo Máximo da Silva
 Pronto Atendimento - Mayara Luize Gonçalves de Souza
 Centro de Especialidades Nelson Albino Pimentel - Jose Antônio Dantas dos Santos
 Coordenador de Frota da Saúde - Auricélio Rodrigues da Silva

EQUIPE RESPONSÁVEL/COORDENAÇÃO

Alane Barreto de Almeida Leôncio
 Neuma da Costa Salles

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

MESA DIRETORA

PRESIDENTE - Maria José da Silva Pedro

1º SECRETÁRIO - Janaiza Pereira da Silva leite

SEGMENTO - GOVERNO

Lady Dyana de Souza Gouveia Camelo (titular)

Bruno Andre Gama Tavares (titular)

Nayanna Caroline de Amorim Honório Azevedo (titular)

SEGMENTO - TRABALHADOR

Jacira Pedro Lourenço (titular) - Agente Comunitária de Saúde da UBS Conceição

Antônio Pereira dos Santos (titular) - Agente Comunitário de Saúde da UBS Jacumã

Cícero José da Silva Lourenço (titular) - Agente Comunitário de Saúde/UBS Neves

Marilene Freires da Silva Santos (suplente) - Agente Comunitária de Saúde da UBS Conceição

Maria José da Silva Pedro (suplente) - Agente Comunitária de Saúde da UBS Conceição

SEGMENTO - USUÁRIO

Jhaellynna Aparecida da Silva (titular) - Movimento LGBT Irakitã

Elaine Cristina Cavalcante de Souza (titular) - Movimento Religioso

Simone da Silva Bernardo (titular) - Povo Indígena Tabajaras de Barra de Gramame

Maria Vilma Rodrigues da Silva (titular) - Associação Quilombola do Ipiranga

Maria do Socorro Bulcão (suplente) - Grupo MÃes Eficientes

Juscelino Silva de Souza (suplente) - Povo Indígena Tabajaras de Barra de Gramame

EDITORIAL E DIAGRAMAÇÃO

Aline Poggi Lins de Lima

Maria José dos Santos Ribeiro

ILUSTRAÇÃO DA CAPA

Adriano da Silva Gonçalves

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Plano Municipal de Saúde 2022-2025 [livro eletrônico] / organização Maria José da Silva Pedro ... [et al.] ; coordenação Vanessa Meira Cintra ; ilustração Adriano da Silva Gonçalves. -- João Pessoa : Design Educacional, 2021.
HTML

Outros organizadores: Iara Maria Bernardo Soares, Neuma da Costa Salles, Alane Barreto de Almeida Leôncio

Vários autores.

ISBN 978-65-996588-0-8

1. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2. Saúde pública - Brasil - Administração 3. Planejamento 4. Saúde pública I. Pedro, Maria Jose da Silva. II. Soares, Iara Maria Bernardo. III. Salles, Neuma da Costa. IV. Leôncio, Alane Barreto de Almeida. V. Cintra, Vanessa Meira. IV. Gonçalves, Adriano da Silva.

21-90131

CDD-614

Índices para catálogo sistemático:

1. Plano Municipal de Saúde : Saúde pública 614

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Assentamentos de Conde, Conde, 2021.

Figura 2. Mapa de Localização do Município, Conde, 2021.

Figura 3. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, Conde, 2021.

Figura 4. Linha do Tempo do Sistema Municipal Público de Saúde, Conde, 2021.

Figura 5. Áreas das USF, Conde, 2021.

Figura 6. Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Conde, 2021.

Figura 7. Regiões de Saúde do Estado da Paraíba, Conde, 2021.

Figura 8. 1^a Região de Saúde, Conde, 2021

Figura 9. Redes de Atenção à Saúde.

Figura 10. População adscrita por Área das equipes de Saúde da Família, Conde, 2021

Figura 11. Programação, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Comissões Intergestores Regionais da 1^a Gerência Regional de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Assentamentos Estaduais do Município, Conde, 2021.

Tabela 2. Assentamentos Federais do Município, Conde, 2021.

Tabela 3. Territorialização/Mapeamento da Rede da Atenção Básica, Conde, 2021.

Tabela 4. Indicadores Previne Brasil 2020, Conde, 2021

Tabela 5. Cobertura Vacinal, Conde, 2021

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Estimativa da população da 1ª Região de Saúde segundo municípios, Conde, 2021
- Gráfico 2. Crescimento demográfico, Conde, 2021.
- Gráfico 3. Crescimento segundo os sexos, Conde, 2021
- Gráfico 4. Distribuição por faixas etárias, Conde, 2021
- Gráfico 5. Mortalidade por COVID-19 segundo sexo, Conde, 2021.
- Gráfico 6. Óbitos por COVID-19 segundo faixa etária, Conde, 2021
- Gráfico 7. Métodos para diagnóstico de óbitos por COVID-19, Conde, 2021
- Gráfico 8. Frequência dos óbitos segundo doenças preexistente e sem comorbidades, Conde, 2021
- Gráfico 9. Estimativa Populacional de vacinas por grupos prioritários, Conde, 2021
- Gráfico 10. Relação da população alvo e vacinas recebidas, Conde, 2021.
- Gráfico 11. Relação entre 1ª Dose e 2ª Dose administradas por Grupo Prioritário, Conde, 2021
- Gráfico 12. Frequência de nascimentos por Sexo e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 13. Frequência por Faixa etária materna e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 14. Frequência por Consulta Pré-natal e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 15. Frequência por Tipo de Parto e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 16. Frequência por Duração Gestação e Ano, Conde, 2021.
- Gráfico 17. Frequência por Tipo de Gravidez e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 18. Frequência por Peso ao Nascer e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 19. Frequência por Filhos Nascidos Vivos e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 20. Frequência por Filhos Nascidas Mortas e Ano, Conde, 2021
- Gráfico 21. Doenças infecciosas e parasitárias, Conde, 2021
- Gráfico 22. Doença do Sistema Nervoso, Conde, 2021
- Gráfico 23. Gravidez, parto e puerpério, Conde, 2021
- Gráfico 24. Doenças do aparelho respiratório, Conde, 2021
- Gráfico 25. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, Conde, 2021
- Gráfico 26. Neoplasias, Conde, 2021
- Gráfico 27. Doenças do aparelho circulatório, Conde, 2021
- Gráfico 28. Doenças do aparelho geniturinário, Conde, 2021
- Gráfico 29. Agressão por meios não especificados - local não especificado, Conde, 2021
- Gráfico 30. Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviço de saúde. Conde, 2021
- Gráfico 31. Circunstância relativa às condições de trabalho, Conde, 2021

Gráfico 32. Frequência por Faixa Etária Infantil e ano, Conde, 2021

Gráfico 33. Frequência óbitos infantis por Local Ocorrência e Ano, Conde, 2021

Gráfico 34. Frequência óbitos Infantis por Capítulo CID10 e Ano, Conde, 2021.

Gráfico 35. Frequência óbitos infantis por Estabelecimento de Saúde e Ano, Conde, 2021

Gráfico 36. Frequência de óbitos por Sexo e Ano, Conde, 2021

Gráfico 37. Frequência de óbitos por Faixa Etária e Ano, Conde, 2021

Gráfico 38. Frequência de óbitos por Causa Geral (Cap CID10) e Ano, Conde, 2021

Gráfico 39. Frequência de óbitos por neoplasias, Conde, 2021

Gráfico 40. Frequência de óbitos por Causas externas de morbidade e de mortalidade, Conde, 2021

Gráfico 41. Frequência por Local de Ocorrência dos óbitos e Ano, Conde, 2021

Gráfico 42. Trabalhadores da Saúde, Conde, 2021

LISTA DE SIGLAS

PMS - Plano Municipal de Saúde

PPA - Plano Plurianual

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

DOMI - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

CRQs - Comunidades Remanescentes de Quilombos

INTERPA - Instituto de Terras e Planejamento Agrícola

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

RAS - Redede Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

MS- Ministério da Saúde

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RENAME - Relação Nacional de MedicamentosEssenciais

SIS - Sistema de Informação em Saúde

OMS- Organização Mundialde Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CIR - Comissões Intergestores Regionais

GRS - Gerências Regionais de Saúde

SG - Síndrome Gripal

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

ONU - Organização da Nações Unidas

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

NCOP - Não Classificado em Outra Parte

SUMÁRIO

Apresentação	13
1. Município de Conde	14
1.1 Formação História	14
1.2 Formação Administrativa	15
1.3 Características Municipal	15
1.4 Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde	18
1.5 Linha do Tempo do Sistema Municipal Público de Saúde	20
1.6 Territorialização	21
1.7 Saúde Suplementar	24
 2. Regionalização da saúde no estado da Paraíba	24
2.1 1ª Região de Saúde	27
 3. Análise situacional da saúde	29
3.1 Perfil Demográfico	29
4. Caracterização da pandemia pelo novo coronavírus	32
4.1 Perfil epidemiológico da Pandemia	33
4.2 Estatísticas Vitais	40
4.3 Doenças, agravos e eventos de saúde pública de Notificação Compulsória	50
4.4. MortalidadE	59
 5. Rede de Atenção à Saúde	67
5.1. Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	69
 6. Organização do Sistema de Saúde	71
6.1 Atenção Primária à Saúde	71
6.2 Atenção Especializada	79
6.3 Assistência Farmacêutica	83
6.4 Saúde Bucal	86
 7. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	87
 8. Gestão do Plano Municipal de Saúde	90

8.1 Sistemática de Programação, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS	95
8.2 Acompanhamento e avaliação do plano	95
9. Diretrizes, objetivos, metas e indicadores	96
Considerações	121
Referências	123
ANEXOS	125

Apresentação

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento balizador para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas da Secretaria Municipal de Saúde. Orientar a atuação dos trabalhadores em seus processos de trabalho, estabelecendo as diretrizes, prioridades, metas e indicadores para o período de 2022 a 2025.

Este PMS está alinhado com as demais iniciativas e instrumentos do Poder Executivo, como o Plano de Governo, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Para isso, foram dispensados importantes esforços no sentido de propiciar esta compatibilidade e está embasado na orientação estratégica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, do Plano Municipal de Saúde de Conde do quadriênio 2018-2021, como também na gestão em todos os níveis de atenção à saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Conde para o quadriênio 2022-2025 evidencia prioridades estratégicas para o futuro da saúde de seus municípios, com vistas a garantir assistência com qualidade e acessibilidade às ações e serviços de saúde, por meio do desenvolvimento de políticas sociais, de promoção e prevenção de doenças e agravos, com o papel do cidadão no sistema de saúde, no controle social e com a sustentabilidade a curto, médio e longo prazo.

O PMS encontra-se estruturado por descrição quantitativa conforme estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dos serviços de saúde e de uma proposta qualitativa de acordo com ações estratégicas, correspondentes aos eixos estratégicos, a saber: Equidade e acesso aos cuidados de saúde, Excelência da Assistência, Cidadania, Políticas Públicas Saudáveis e Sustentabilidade.

O território de Conde se caracteriza por diversidades culturais, diversidades biológicas, diversidade étnicas, linguísticas, religiosas, que são consideradas no Planejamento Estratégico da SMS, por termos Povos Indígenas, Quilombolas, Assentados, Áreas Rurais, Urbana, municípios vulneráveis, entre outros.

O PMS, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação SUS, visto que, através dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela SMS para atingir a sua missão. Assim, ele apresenta a orientação política sobre o que fazer durante o período de quatro anos, a partir de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Segundo Teixeira (2001), o “Plano é a expressão da responsabilidade municipal com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas”. De acordo com a Portaria GM 3085/2006, ele também é considerado um instrumento básico que norteia a definição da Programação Anual da Saúde, assim como da gestão do SUS.

O PMS 2022-2025 foi construído de forma ascendente com a participação de diversos atores, equipe gestora, equipes técnicas, representantes da sociedade civil e conselheiros municipal de saúde, buscando refletir de forma genuína a necessidade de saúde dos municípios de Conde.

O PMS está estruturado conforme Análise Situacional da saúde, contendo a estrutura do Sistema de Saúde, Redes de Atenção à Saúde, condições sócias sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; as DOMI e o Processo de monitoramento e avaliação.

Sua construção também foi apoiada por importantes iniciativas de aperfeiçoamento dos controles internos e melhoria contínua no processo de governança, como envolveu todos os Departamentos e Coordenações da SMS. É fruto de extensas discussões internas e um significativo processo de qualificação de seus atributos, contou com a essencial contribuição do Conselho Municipal de Saúde e da comunidade.

Desse modo, o PMS busca ampliar e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, de modo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos municípios.

1. Município de Conde

1.1 Formação História

O município de Conde tem raízes históricas na aldeia Jacoca, de índios tabajaras, administrada pelos missionários franciscanos logo após sua chegada à Paraíba em 1589. A sede do município originou-se da fusão dessa aldeia com outra denominada Pindaúna, de índios potiguaras, durante a ocupação da capitania pelos invasores holandeses.

Em 1636, quando os holandeses se apoderaram da Capitania da Paraíba, a região onde se localiza a sede municipal ainda era habitada por índios que, por ordem do governador holandês, foram se alojar na capital. Foi fundado um povoado pelo capitão inglês John Harrison, que estava a serviço dos holandeses. O povoado foi batizado de Maurícia ou Mauricéia, homenagem ao governador da província, Conde Maurício de Nassau, e foi importante como ponto estratégico na defesa da passagem de Recife (capital para os holandeses) até Filipéia de Nossa Senhora das Neves, nome antigo de João Pessoa.

Expulsos os holandeses, os portugueses elevaram a aldeia Maurícia à categoria de freguesia, e mais tarde de vila, com o nome Conde, possivelmente em referência ao Conde Nassau. Para o historiador Horácio de Almeida, o nome se deve à existência na região da fruta-do-conde, também conhecida como ata ou pinha.

A freguesia foi criada em 1668, em homenagem a Nossa Senhora da Conceição. Seu progresso foi rápido, chegando a ser sede da comarca. Depois entrou em declínio, talvez devido à rivalidade com o município de Pitimbu. A partir de 1900, houve uma reação econômica que contribuiu para a evolução do povoado.

Na divisão administrativa do Brasil em 1911, o município de Conde aparece, pela primeira vez, como distrito de João Pessoa. No quinquênio de 1944 a 1948, figurou com o nome modificado para Jacoca. O nome mudou para Vila do Conde na divisão administrativa do quinquênio de 1949 a 1953. Por fim, a emancipação política e a instalação se deram em 1963, com o nome simplificado para Conde.

1.2 Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Conde, em 1768. Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o distrito de Conde, figura no município de Paraíba. Nos quadros de apuração do Recenseamento Geral de I-IX-1920, figura no município de Paraíba o distrito de Conde de Pitumbu, não figurando o distrito de Conde.

Pela Lei Estadual n.º 700, de 1930, o município de Paraíba passou a denominar-se João Pessoa. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito figura com a denominação de Conde e permanece nomunicípio, então denominado João Pessoa. Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII- 1936 e 31-XII-1937.

Pelo Decreto-Lei Estadual n.º 520, de 31-12-1943, o distrito de Conde, passou a denominar-se Jacoca. No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o distrito já denominado Jacoca, figura no município de João Pessoa. Pela Lei Estadual n.º 7.318, de 07-01-1949, o distrito de Jacoca passou a denominar-se Vila do Conde.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o distrito já denominado Vila do Conde, figura no município de João Pessoa. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1960. Elevado à categoria de município com a denominação de Conde, pela Lei Estadual n.º 3.107, de 18-11-1963, desmembrado de João Pessoa. Sede no atual distrito de Conde (ex-Vila Conde).

Constituído do distrito sede. Instalado em 30-12-1963. Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, omunicípio é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 15-VII-1997. Pela Lei Municipal n.º 184, de 27-06-1997, é criado o distrito de Jacumã e anexado ao município de Conde. Em divisão territorial datada de 2003, o município é constituído de 2 distritos: Conde e Jacumã. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2015.

Pela Lei Municipal n.º 184, de 27-06-1997, cria o distrito de Jacumã, que ocupa toda a zona costeira, que possui 8 praias de enorme beleza cénica e natural: Praia de Jacumã, Praia do Amor, Praia de Carapibus, Praia de Tabatinga, Praia de Coqueirinho, Praia de Arapuca, Praia de Tambaba e a Praia de Barra de Graú, o que torna a orla um roteiro turístico formidável e de veraneio além de ser um dos motivos que atraem vários especuladores imobiliários e empreendedores turísticos.

O distrito de Jacumã tem em seu centro a Praia de Jacumã, onde se concentra o setor de comércio e serviços, e junto com a Praia de Carapibus são as mais povoadas, mas a praia mais conhecida é a Praia

de Tambaba, onde é permitida a prática do naturismo desde 1991 e onde fica localizada a APA de Tambaba, criada por decreto estadual, que de acordo com a lei deve ser uma área onde a ocupação humana e o uso de seus recursos se façam de modo sustentável.

1.3 Características Municipal

Conde é um município brasileiro localizado na Região Metropolitana de João Pessoa, estado da Paraíba, com população estimada, segundo o IBGE 2020, de 25.010 habitantes, com área territorial de 755.326 Km, densidade demográfica de 123,74 hab./Km, IDHM de 0,618.

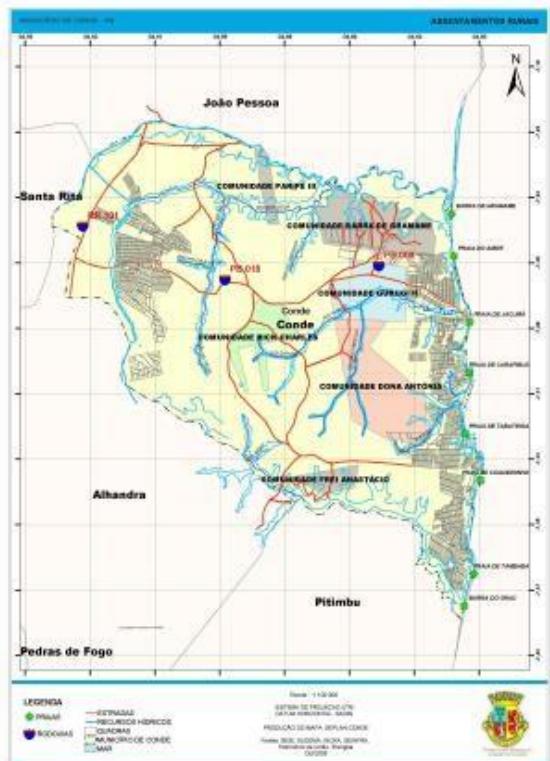
Tem esperança de vida ao nascer: 76,4 anos. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Conde é 0,618 segundo IBGE 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699).

Em 2018, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 20,8%. Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010] de 95,6%. O IDEB - Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2017] de 4,2. IDEB - Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2017] de 2,5. Matrículas no ensino fundamental [2018] de 4.714 matriculados. Matrículas no ensino médio [2018] de 1.009 matrículas. Docentes no ensino fundamental [2018] eram 239 docentes; Docentes no ensino médio [2018] eram 54 docentes; Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2018] 31 escolas Número de estabelecimentos de ensino médio [2018] 2 escolas.

Uma das importantes considerações, é a pluralidade cultural de Conde. Considerando o Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais e que conceitua Povos e Comunidades Tradicionais como grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição, em Conde temos 3 (três) Territórios Tradicionais Indígenas: Aldeias Vitória, Barra de Gramame e Nova Conquista e 3(três) Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs): Gurugi; Ipiranga e Mituaçu.

No território de Conde também estão localizados oito assentamentos, sendo dois estaduais: Capim Assú e Sítio Tambaba/Colinas do Conde e seis de âmbito federal: Barra de Gramame, Frei Anastácio, Dona Antônia, Gurugi II, Paripe III e Rick Charles, conforme o Instituto de Terras e Planejamento Agrícola (INTERPA) do Estado da Paraíba e do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – (INCRA), em junho de 2008.

Figura 1. Assentamentos de Conde, Conde, 2021.



Fonte: Secretaria de Planejamento do Município do Conde

Observando os quadros a seguir, constatasse o número de famílias, dimensões das áreas e data de desapropriação de cada assentamento.

Tabela 1. Assentamentos Estaduais do Município, Conde, 2021.

Nome dos Assentamentos	Área(há)	Nº de famílias	Ano desapropriação
Capim Assú	32,0709	14	07/10/1997
Sítio Tambaba/Colinas do Conde	90,5025	18	

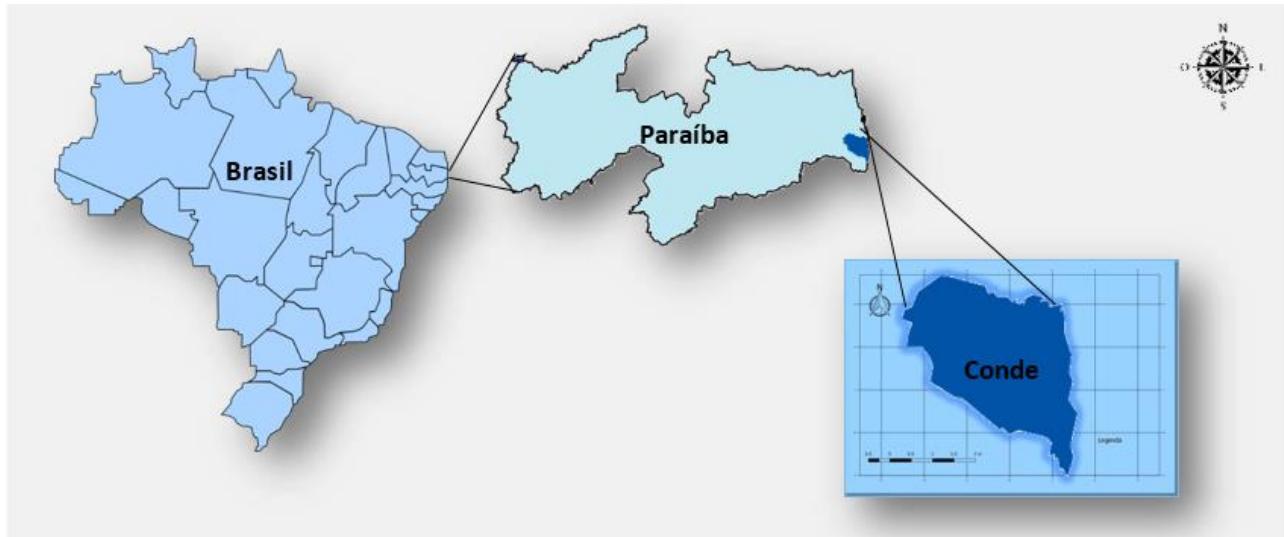
Fonte: http://www.interpa.pb.gov.br/informacoes_assentamentos.php

Tabela 2. Assentamentos Federais do Município, Conde, 2021.

Nome dos Assentamentos	Área (há)	Nº de famílias	Ano desapropriação
Barra de Gramame	771,0	74	17/08/1993
Frei Anastácio	1.122,0	110	28/05/1996
Gurugi II	592,0	78	19/06/1990
Paripe III	137,0	26	04/07/1995
Rick Charles	338,0	53	07/10/1997

Fonte: http://www.interpa.pb.gov.br/informacoes_assentamentos.php acesso em junho de 2008

Figura 2. Mapa de Localização do Município, Conde, 2021.



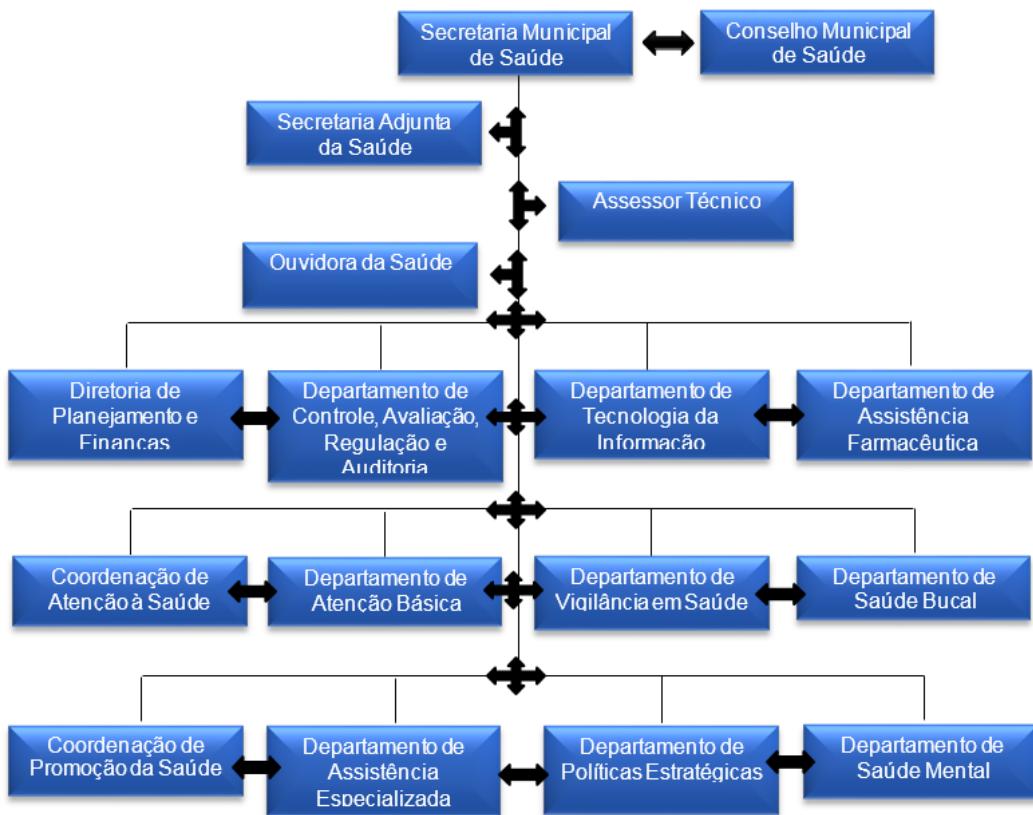
Fonte: Secretaria de Planejamento do Município do Conde

1.4 Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde

1.4.1 Estrutura Organizacional

A organização e o funcionamento dos serviços de saúde estão fundamentados em seu organograma, conforme Lei Municipal Nº 902, de 02 de janeiro de 2017, que estabelece a nova estrutura administrativa do poder executivo municipal, extinguindo e criando cargos em comissão e outras providências.

Figura 3. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, Conde, 2021.



Fonte: Lei Municipal Nº 902, de 02 de janeiro de 2017

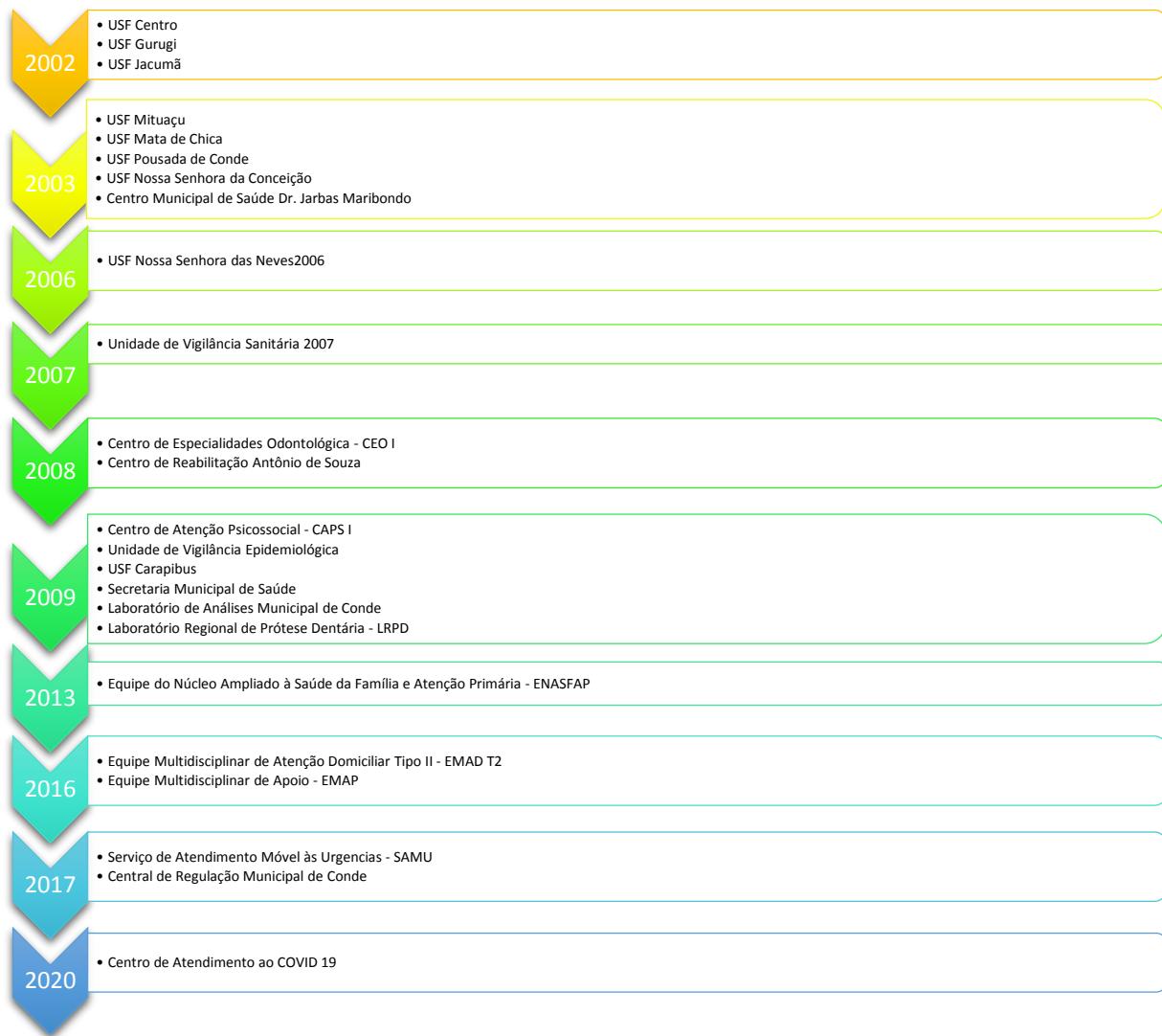
A representação gráfica da Secretaria Municipal de Saúde por meio do organograma é uma ferramenta importante para organizar os fluxos de trabalho, promover maior integração entre as áreas e facilitar a comunicação interna. Ajuda cada colaborador a compreender o seu papel e a importância do seu trabalho para o resultado final da organização. Também facilita o relacionamento da secretaria com seus parceiros e fornecedores.

Este organograma vai ser atualizado considerando o atual perfil da Rede de Atenção à Saúde e do parque tecnológico da saúde. A Rede de Atenção à Saúde encontrasse em fase expansão para atender as necessidades da população, motivando sua atualização e construção do Regimento Interno da secretaria que no momento não dispõe.

1.5 Linha do Tempo do Sistema Municipal Público de Saúde

Na Linha do Tempo da SMS muitas iniciativas foram tomadas para a implementação da Rede de Atenção Municipal de Saúde a partir de 2002, com forte ênfase na Atenção Básica e municipalização das ações de saúde.

Figura 9. Linha do Tempo do Sistema Municipal Público de Saúde, Conde, 2021.



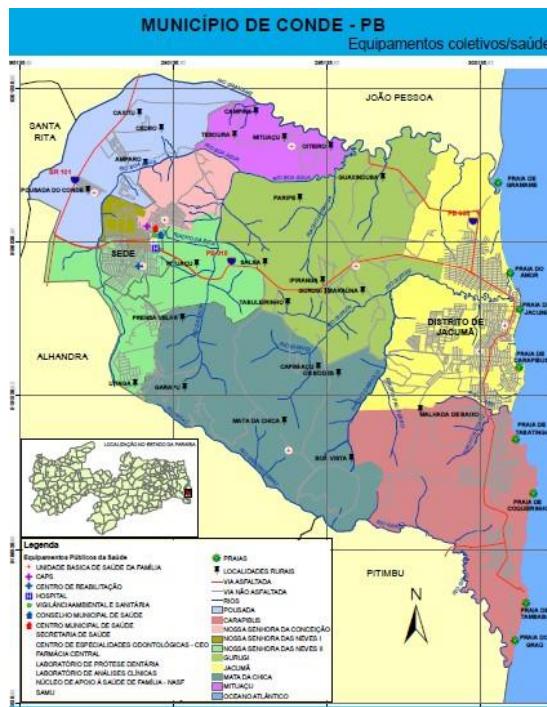
Fonte: SCNES.

O processo de ampliação da Rede proporciona o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, política e administrativa do município. Evidenciaram-se, com maior clareza, as diferenças culturais, tornando mais complexa a organização de uma rede de serviços que atendesse às diferentes necessidades dos municípios.

Registrarmos que temos o teto de mais duas USF a serem implantadas, com propostas já definidas: uma em Carnaúbas e outra em Boa Água.

1.6 Territorialização

Figura 5. Áreas das USF, Conde, 2021.



Fonte: Fonte: Secretaria de Planejamento do Município do Conde

A Política Nacional de Atenção Básica tem como uma das suas Diretrizes a Territorialização e Adstrição, entendidas como 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. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, deconstrução descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

Tabela 3. Territorialização/Mapeamento da Rede da Atenção Básica, Conde, 2021.

SEGUIMENTO	ÁREA	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº DE FAMÍLIAS	Nº DE PESSOAS	MICROÁREAS
URBANO 01	001	Nossa Senhora das Neves	1.631	5.040	07-12-22-23-26-27-36-37
	002	Jacumã	703	2.071	10-11-24-56
	003	Centro	1.407	4.397	08-21-25-30-35-40-41-45
	005	Pousada de Conde	825	2.566	01-04-17-46-48-49
	007	Nossa Senhora da Conceição	2.198	6.589	03-13-14-15-20-28-29-31-24-44-57
	009	Carapibus	1.324	4.023	05-19-35-39-40-42-47-50
	010	Village	765	2.290	16-43-58
RURAL 02	004	Gurugí	847	2.866	09-38-52-53-54-55
	006	Mata da Chica	519	1.899	06-18-45-51
	008	Mituaçú	334	905	02-33
TOTAL			10.553	32.646	

Fonte: Mapeamento da Rede Básica.

Outra Diretriz é População Adscrita, população que está presente no território da USF, 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 referênci para o seu cuidado.

A Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Redede Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), defini Rede de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A RAS tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

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

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os **pontos de atenção** à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. A exemplo dos serviços e ações que compõem as redes: Materno Infantil; Pessoa com Deficiência; de Atenção Psicossocial; Doenças Crônicas e Atenção às Urgências.

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. A gestão central do sistema é competência do Ministério da Saúde (MS), a execução das ações é executada de forma descentralizada, sendo a esfera municipal o principal executor da atenção à saúde. A Constituição facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde. A regulamentação do dispositivo constitucional, por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, operacionaliza o dever do Estado na execução de políticas econômicas e sociais, de forma a reduzir o risco de doenças.

Foram adotados princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. Entre os princípios organizacionais, destaca-se a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

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. Foram estabelecidas, ainda, linhas de atuação que visam dar concretude à execução das ações e serviços públicos de saúde, abrangendo a integralidade da atenção, por meio da oferta de serviços dos níveis de atenção básica ao especializado, da vigilância em saúde e sanitária, da regulação dos serviços e da participação privada em caráter complementar.

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.

Por determinação do mesmo decreto, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) mapeia todas as ações e serviços que o SUS, oferece ao usuário para atendimento integral à saúde. A composição do rol de ações e serviços constantes da RENASES é pactuada pela União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores, bem como a delimitação das suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços.

O suporte medicamentoso às prescrições terapêuticas é disposto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS. A nível municipal temos a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) que está em consonância com a RENAME, bem como aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. Ela também poderá ser complementada por relações específicas de medicamentos, guardada a respectiva consonância.

Para execução de procedimentos, a referência é a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Próteses e Órteses e Materiais do MS, conhecida como “Tabela SUS”, e prevê valores de remuneração, para cerca de 4,6mil procedimentos médicos, desde atendimentos ambulatoriais até cirurgias mais complexas, como transplantes.

O SUS conta também com Sistema de Informação em Saúde (SIS), definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde.

A pandemia mostrou o nível de eficácia do SUS e sua capacidade de dar respostas aos seus Princípios Organizativos: **Regionalização e Hierarquização; Descentralização e Comando Único e Participação Popular.**

1.7 Saúde Suplementar

A saúde suplementar engloba ações e serviços privados prestados por meio de planos de **saúde**. Trata-se da prestação de serviço exclusivamente na esfera privada. Já a atuação da iniciativa privada na área da saúde pública (SUS) é chamada de saúde complementar. A atenção ao município é assegurada mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

O percentual de cobertura da população de Conde por planos de saúde da Saúde Suplementar, em 2021 é de 1.204 (4,81%) assegurados. Dos 1.204, 659 (%) são do sexo masculino e 545 (%) do feminino.

Quanto a assistência médica segundo o Tipo de Contratação, 881 (73,17%) possuem plano Coletivo Empresarial, 220 (18,27%) Individual ou Familiar e 103(8,56%) Coletivo por adesão.

Segundo Segmentação da assistência médica por Grupo, 1.102 (91,53%) dos assegurados possuem assistência Hospitalar e Ambulatorial, 81(6,73%) por Referência, 17 (1,41%) Ambulatorial e 4 (0,33%) Hospitalar.

A Assistência Médica segundo Segmentação, 1.009 (83,80%) beneficiários possuem assistência Hospitalar com Obstetrícia e Ambulatorial, 81(6,74%) Referência, 52(4,32%) Hospitalar sem Obstetrícia, mas ambulatorial, 38 (3,16%) Hospitalar com Obstetrícia, ambulatorial e Odontológica, 17 (1,41%) Ambulatorial, 4 (0,33%) Hospitalar com Obstetrícia e 3 (0,24%) Hospitalar sem Obstetrícia, mas Ambulatorial e Odontológica.

2. Regionalização da saúde no estado da Paraíba

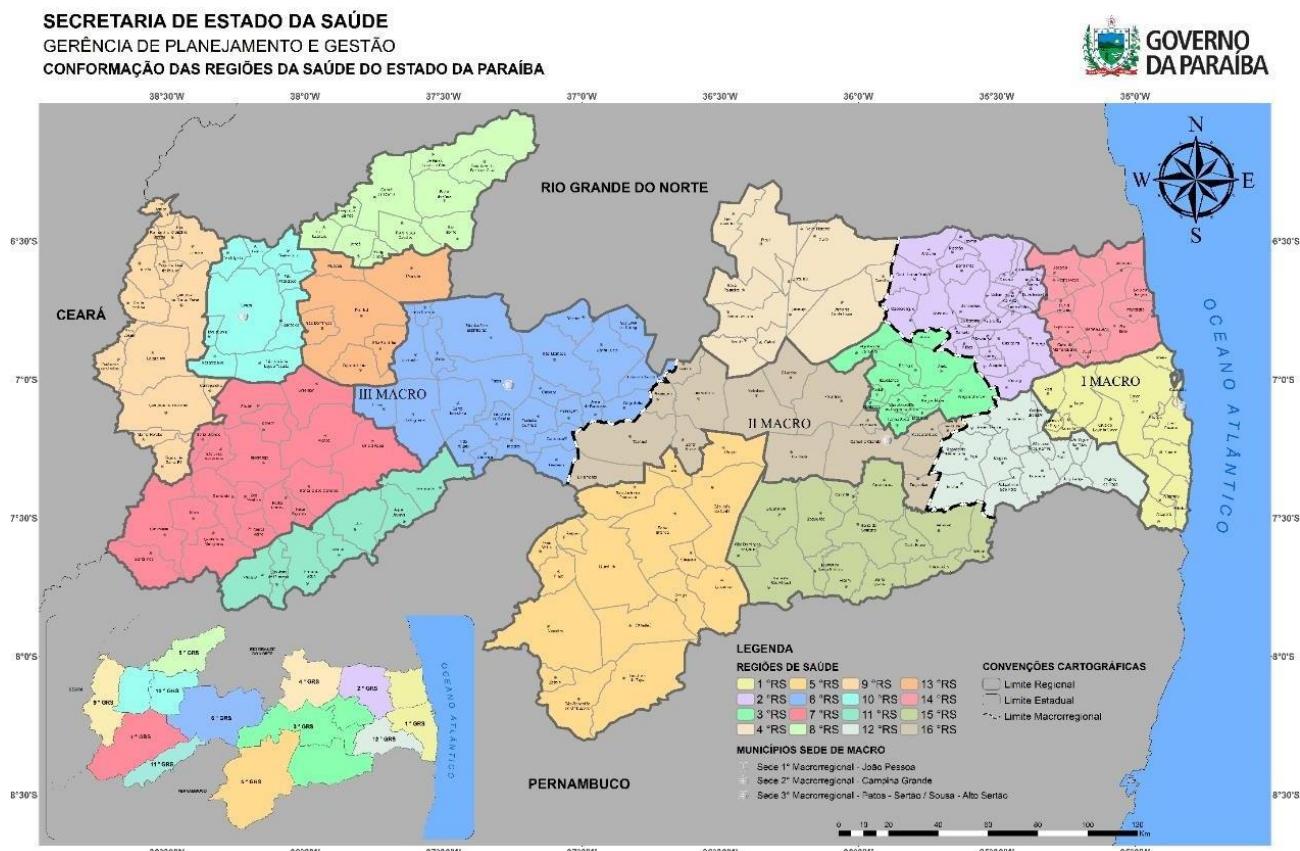
O município de Conde compõe o território da **1ª Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba, 1ª Região de Saúde e 1ª Gerencia Regional.**

Objetivando promover a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde o mais próximo possível do seu domicílio, a configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância

com a Resolução CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organizou o estado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em 04 Macrorregiões de Saúde, contemplando os seus 223 municípios.

Porém, com a publicação da Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de **Planejamento Regional Integrado** e a organização de macrorregiões de saúde, foi aprovado em CIB a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, que define **03 Macrorregiões de Saúde**. A primeira Macrorregião de Saúde, composta por quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por cinco Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira por sete Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão).

Figura 6. Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Conde, 2021.



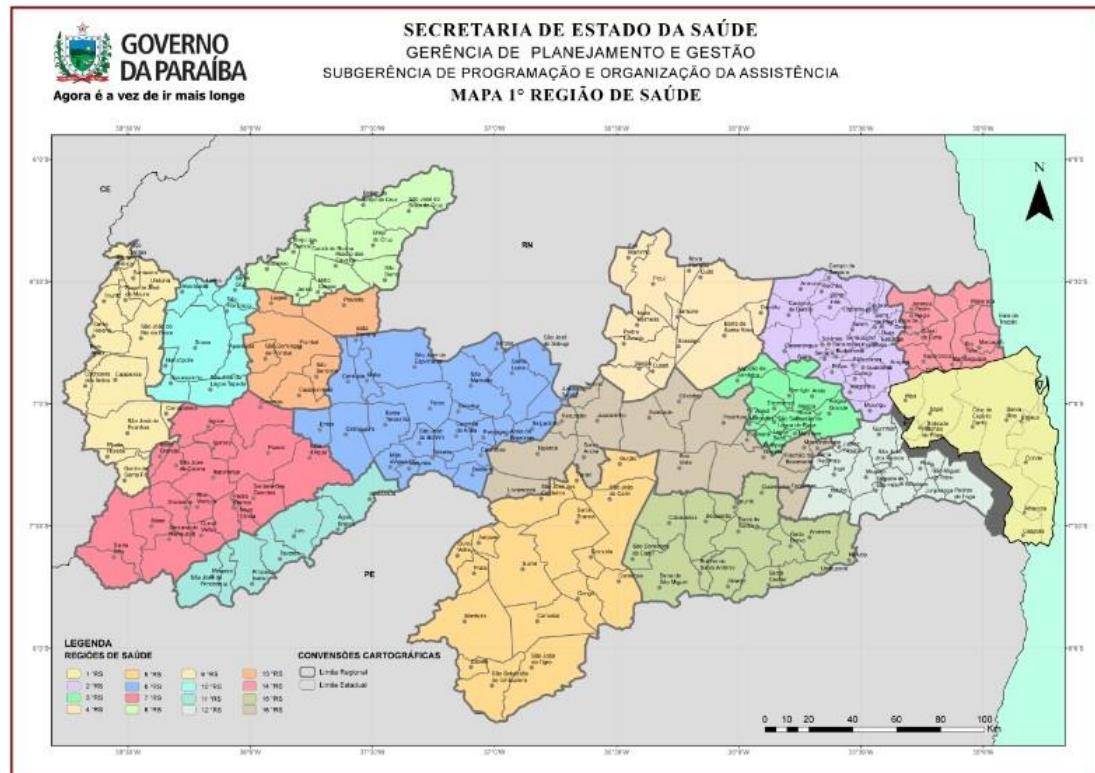
Fonte: SEPLAG/PB

O Decreto nº 7.508/2011 deu novas diretrizes à regionalização do SUS incorporando um conceito mais estruturado de redes de atenção à saúde, e define o rol mínimo de ações, procedimentos e tecnologias oferecidos pelo SUS, dispostos na Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde (RENASES) e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Além disso, o decreto organiza as relações interfederativas mediante a consagração das Comissões Intergestores Regionais (CIR) como instâncias de pactuação consensual para definição das regras de gestão compartilhada do SUS.

O Decreto 7.508/11 estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios e que representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgências e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Intergestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

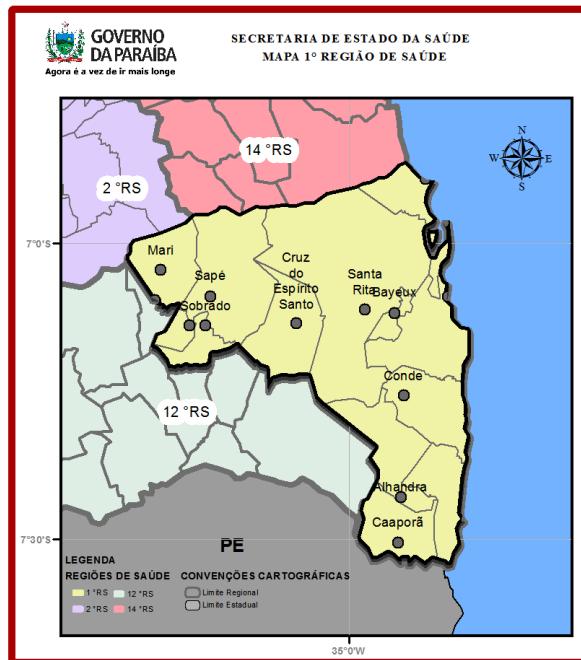
Figura 7. Regiões de Saúde do Estado da Paraíba, Conde, 2021.



Fonte: SEPLAG/PB

2.1 1ª Região de Saúde

Figura 8. 1ª Região de Saúde, Conde, 2021.



Fonte: SEPLAG/PB

Quadro 3. Comissões Intergestores Regionais da 1ª Gerência Regional de Saúde.

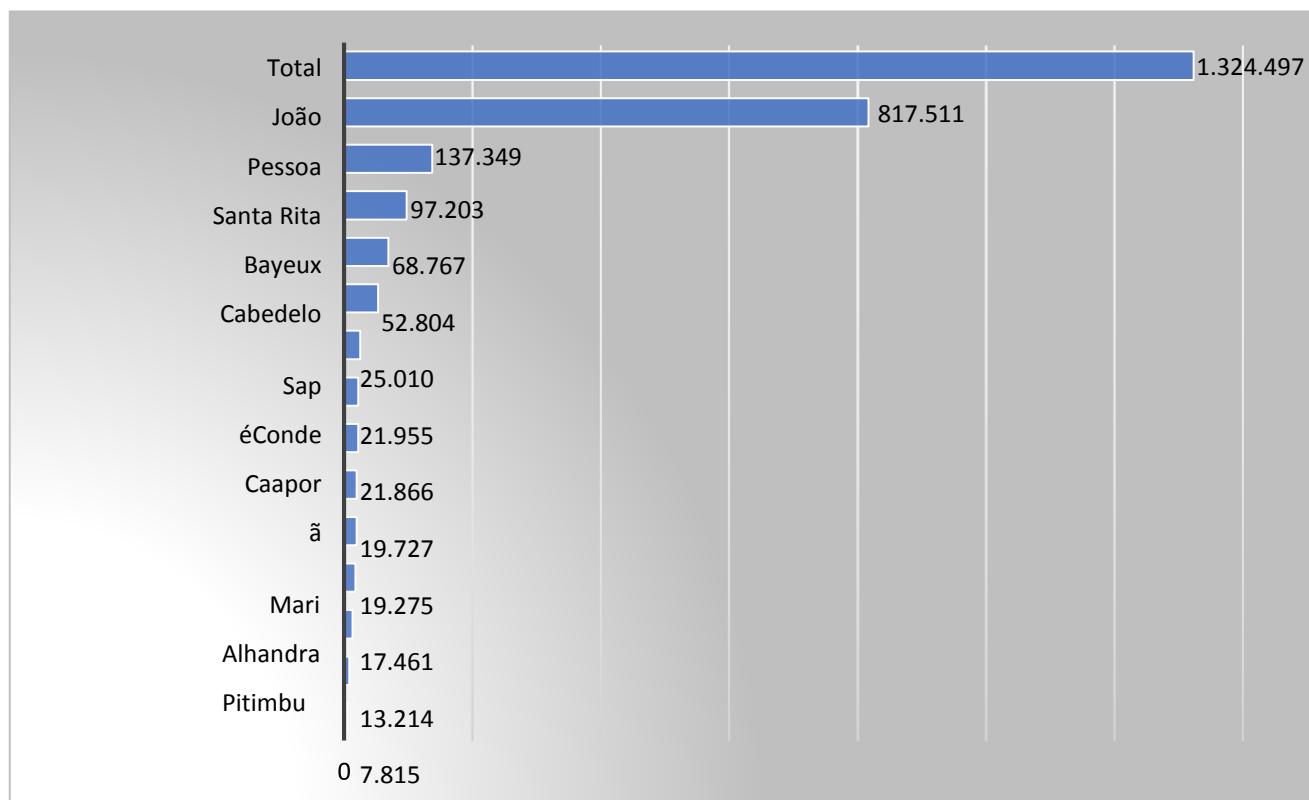
1ª Macro	1ª GRS	Regiões de Saúde/CIR	Municípios
João Pessoa	João Pessoa	1ª Região de Saúde CIR Mata Atlântica	Alhandra; Bayeux; Caaporã; Cabedelo; Conde; Cruz do Espírito Santo; João Pessoa; Lucena; Mari; Pitimbu; Riachão do Poço; Santa Rita; Sapé; Sobrado.
		2ª Região de Saúde CIR	Alagoinha, Araçagi, Araruna, Belém, Bananeiras, Borborema, Cacimba de Dentro, Campo de Santana, Caiçara, Casserengue, Cuitegí, Damião, Dona Inês, Duas Estradas, Guarabira, Lagoa de Dentro, Logradouro, Mulungu, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Riachão, Serra da Raiz, Serraria, Solânea, Sertãozinho.
		12ª Região de Saúde CIR	Caldas Brandão, Gurinhém, Itatuba, Itabaiana, Ingá, Juripiranga, Juarez Távora, Mongeiro, Pedras de Fogo, Pilar, Riachão do Bacamarte, São Miguel de Itaipu, Salgado de São Félix, São José dos Ramos.
		14ª Região de Saúde CIR Vale do Mamanguape	Jacaraú; Pedro Régis; Curral de Cima; Itapororoca; Cuité de Mamanguape; Capim; Rio Tinto; Marcação; Baía da Traição; Mamanguape; Mataraca.

Fonte: SEPLAG/PB

A Paraíba possui ainda 14 unidades geoadministrativas da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas Gerências Regionais de Saúde (GRS), entretanto estão efetivamente implantadas 12 GRS. Essas unidades têm a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo apoio técnico aos municípios, acompanhando o planejamento das ações e serviços de saúde e participando dos diversos espaços de gestão e cogestão entre os entes federados, fortalecendo o processo de regionalização no estado, cujas sedes são as seguintes:

I GRS - João Pessoa	VIII GRS - Catolé do Rocha
II GRS - Guarabira	IX GRS - Cajazeiras
III GRS - Campina Grande	X GRS - Sousa
IV GRS - Cuité	XI GRS - Princesa Isabel
V GRS - Monteiro	XII GRS - Itabaiana
VI GRS - Patos	XIII GRS - Pombal
VII GRS - Itaporanga	XIV GRS - Mamanguape

Gráfico 1. Estimativa da população da 1ª Região de Saúde segundo municípios, Conde, 2021.



Fonte: IBGE 2020.

Em função das orientações do Ministério da Saúde relacionadas ao quadro de emergência de saúde pública de cunho internacional causado pela pandemia do Coronavírus, o IBGE decidiu adiar a realização do Censo Demográfico de 2020 para 2021, motivo pelo qual

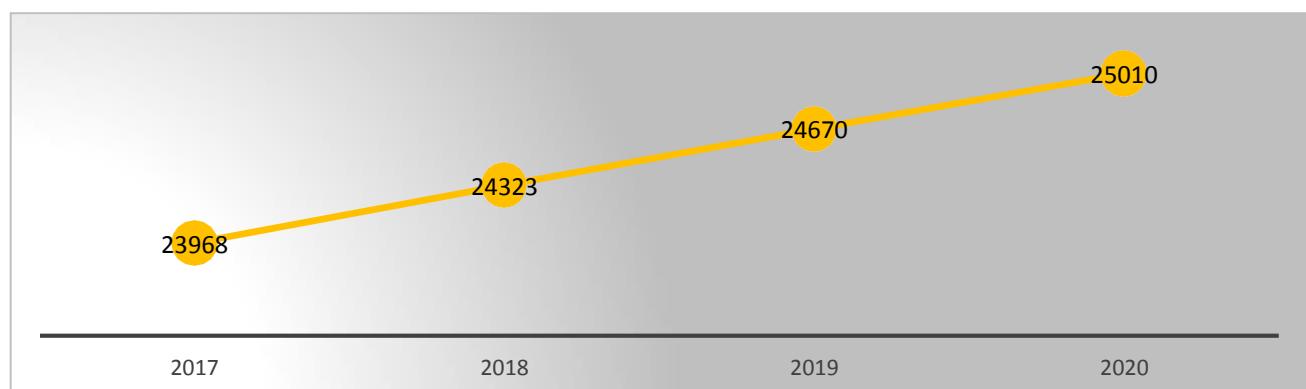
consideramos os dados do Censo 2010. Assim que publicizado o Censo 2021, atualizaremos os dados demográficos da Região de Saúde aqui apresentados.

3. Análise situacional da saúde

3.1 Perfil Demográfico

Conhecer o perfil demográfico do município constitui a principal fonte de referência para o conhecimento das condições de vida da população. A demografia utiliza a estatística para organizar e analisar os diferentes aspectos de uma população, cujo objetivo é analisar os dados populacionais de crescimento demográfico, emigração, taxa de natalidade, taxa de mortalidade, expectativa de vida, distribuição populacional por áreas, faixas de idade, entre outros. Os dados demográficos são dados alfanuméricos e possuem aplicações práticas importantes para fins de planejamento.

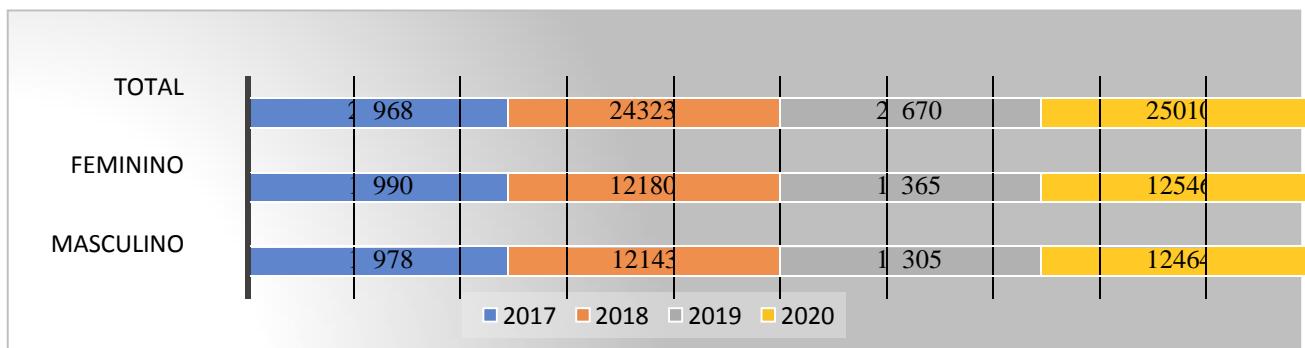
Gráfico 2. Crescimento demográfico, Conde, 2021.



Fonte: DATASUS.

Ao longo dos 4 anos a população Condense, vem apresentando aumento equilibrado no número de nascimentos, em média 347 nascimentos ao ano.

Gráfico 3. Crescimento segundo os sexos, Conde, 2021.

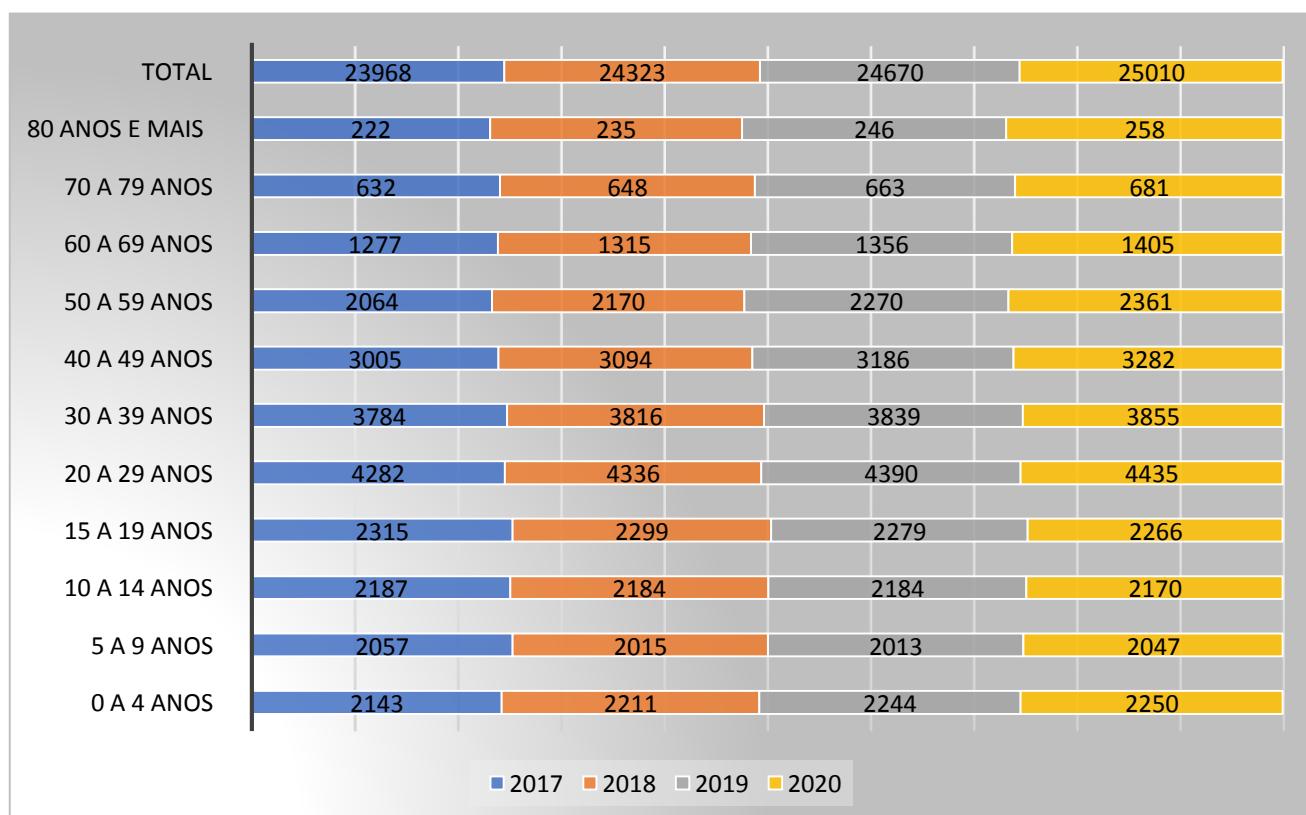


Fonte: DATASUS.

Para analisar o panorama demográfico da população Condense por faixa etária, se observa predominância no equilíbrio entre os sexos, como por faixas etárias, podendo-se afirmar que o município apresenta característica peculiar.

Conhecer a população quanto ao número e suas condições socioeconômicas é necessário para implantação de medidas que atendam a realidade da população. Conhecer o número de habitantes, os índices decrescimento vegetativo, índices de natalidade, índices de mortalidade, qualidade de vida, distribuição de renda etc., tais informações servem para que o governo realize os orçamentos anuais direcionados aos serviços públicos, como educação, saúde, infraestrutura, geração de emprego e muitas outras.

Gráfico 4. Distribuição por faixas etárias, Conde, 2021.



Fonte: DATASUS.

A composição da população é considerada jovem, predominando a faixa etária Adulta Jovem, de 20 a 39 anos 8.290(33,14 %), vindo a seguir a faixa etária Adulto, dos 40 aos 49 anos 3.282 (13,13%). A população de Crianças representa 6.467 (25,85%), de Adolescente 2.266 (9,07%) e a Idosa 2.344 (9,37%). Assim, o gestor, a equipe gestora e os trabalhadores da saúde, devem estar atentos para as doenças e agravos que acometem os dois gêneros, principalmente na faixa etária adulto jovem, e por estarem em plena fase produtiva e reprodutiva de vida, proporcionando-lhes qualidade de vida através de políticas públicas.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Análise de Situação de Saúde (Asis) é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto.

O SUS proporciona o fortalecimento da capacidade de gestão das três esferas do SUS e da articulação do sistema e dos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, implementando redes de atenção baseadas na atenção primária de saúde, com vistas à garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Apoia o desenvolvimento de estratégias que visam a ampliação do acesso e cobertura universal de saúde, com equidade e qualidade; o desenvolvimento da capacidade nacional de governança e gestão do

SUS, incluindo os aspectos relativos ao financiamento público, equitativo, suficiente e sustentável; e o fortalecimento do processo de participação social.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.

A Asis é uma metodologia de análise, na qual o observador tem a intenção de definir a realidade de um determinado espaço populacional, partindo dos problemas identificados para posteriormente analisar seus determinantes sociais, econômicos, biológicos, ambientais ou ecológicos e de serviços de saúde, levando em conta a perspectiva dos atores sociais para definir com eles prioridades comuns. Tem por objetivo produzir informação e conhecimento útil para orientar a ação em saúde coletiva.

Para tanto, a referência utilizada na análise de situação de saúde são os relatórios dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) alimentados mensalmente por técnicos e profissionais da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

O SIS é um dos instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

4. Caracterização da pandemia pelo novo coronavírus

Diante deste contexto, inicialmente consideraremos o contexto pandêmico pelo Coronavírus, de cunho internacional para iniciarmos a Análise de Situação de Saúde dos Condenses.

Até a atualização desta edição, **19 de junho de 2021**, algumas definições são dinâmicas, condicionadas às características e disponibilidade das vacinas aprovadas para uso emergencial, e poderão ser ajustadas como, por exemplo, adequação dos grupos prioritários, população alvo, capacitações e estratégias para vacinação.

A força operacional e pragmática do SUS frente a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) de cunho internacional, revela sua excelência, imponência, compromisso com o cidadão, havendo a necessidade de expandir na mesma velocidade da Pandemia para dar a resposta assistencial que a população necessitava, de forma equânime e resolutiva. E só foi possível por ter sido constituído e ter sua sustentabilidade em conceitos, princípios, práticas e protocolos consolidados.

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos.

Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus estão por toda parte. Eles são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum.

Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoVs) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-CoV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-CoV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o, mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2), responsável por causar a doença COVID-19.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus.

A ESPII é considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”.

É a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é declarada. As outras foram:

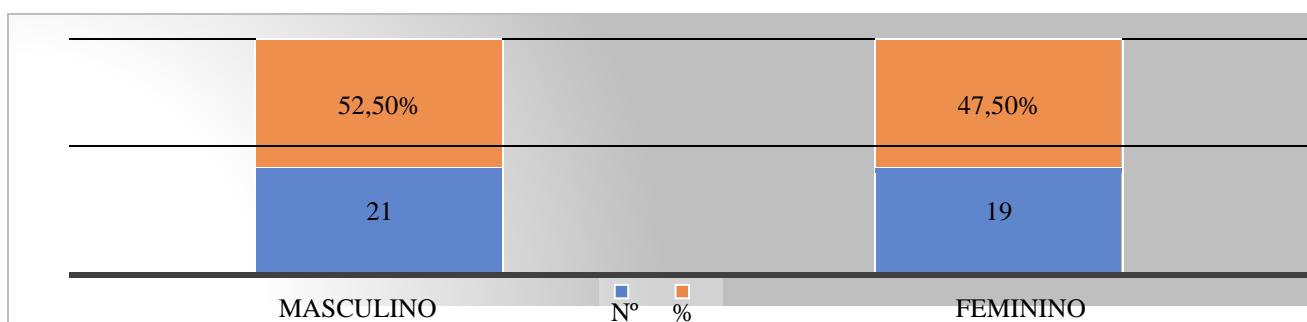
- **25 de abril de 2009:** pandemia de H1N1
- **5 de maio de 2014:** disseminação internacional de poliovírus
- **8 agosto de 2014:** surto de Ebola na África Ocidental
- **1 de fevereiro de 2016:** vírus Zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas
- **18 maio de 2018:** surto de ebola na República Democrática do Congo
- **Em 11 de março de 2020,** a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo.

4.1 Perfil epidemiológico da Pandemia

4.1.1 Mortalidade por COVID-19

Considerando os relatórios dos sistemas de Informações em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde, do início da Pandemia até a data de hoje, em Conde-PB, foram confirmados 2.285 casos de COVID-19 e 40 óbitos, 21(52,50%) foram do sexo masculino e 19 (47,50%) do feminino.

Gráfico 5. Mortalidade por COVID-19 segundo sexo, Conde, 2021.



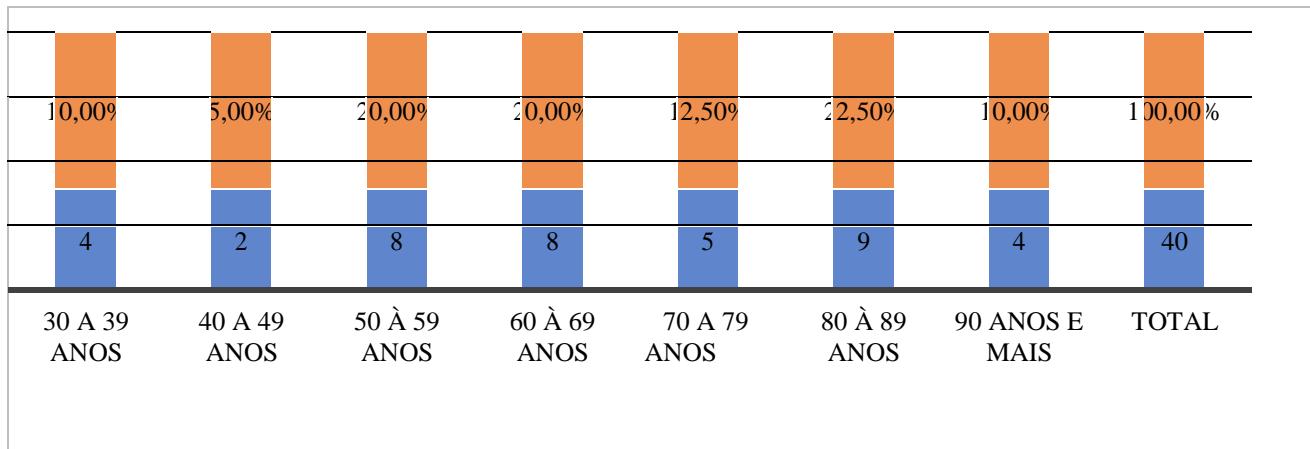
Fonte: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/microdados/>

Este dado do Perfil Epidemiológico da Pandemia em Conde, está em consonância com pesquisas, entreelas a da Universidade Yale, EUA, que explica por que os homens morrem mais frequentemente de COVID-19 que as mulheres.

A diferença na mortalidade da COVID-19 entre homens e mulheres é observada em quase todos os países. Além dos fatores dos papéis sociais e comportamentais de gêneros, os mecanismos biológicos também influenciam a mortalidade deferente entre homens e mulheres, segundo estudo publicado na revista Science. Infecção por agentes patogénicos resulta em respostas imunes diferentes, dependendo do gênero do infectado. O sexo masculino está mais associado a respostas imunes mais baixas e maior suscetibilidade e/ou vulnerabilidade a infecções. Hormônios desempenham papel crucial na predisposição para complicações de doenças. Nas mulheres, o estrogênio pode bloquear o receptor ACE2, que o vírus SARS-CoV-2 usa para entrar no corpo. Já nos homens, o andrógeno, ao contrário, facilita a entrada da infecção, de acordo com cientistas. Além disso, foi revelado que um dos fatores importantes é a presença em mulheres de dois cromossomos X possuidores de genes-chave por regularem a resposta do sistema imunológico. Em alguns casos, ambos os cromossomos X podem ativar simultaneamente o sistema imunológico congênito e identificar agentes patogênicos em estádios iniciais de infecção.

Considerando a faixa etária das vidas perdidas para a COVID-19, 9 (22,50%) representam a faixa etária entre 80 à 89 anos, 8 (20,00%) de 50 à 59 anos, 8 (20,00%) de 60 à 69 anos, 5 (12,50%) de 70 a 79 anos, 4(10,00%) de 30 a 39 anos, 4(10,00%) de 90 anos e mais e 2(5,00%) de 40 a 49 anos.

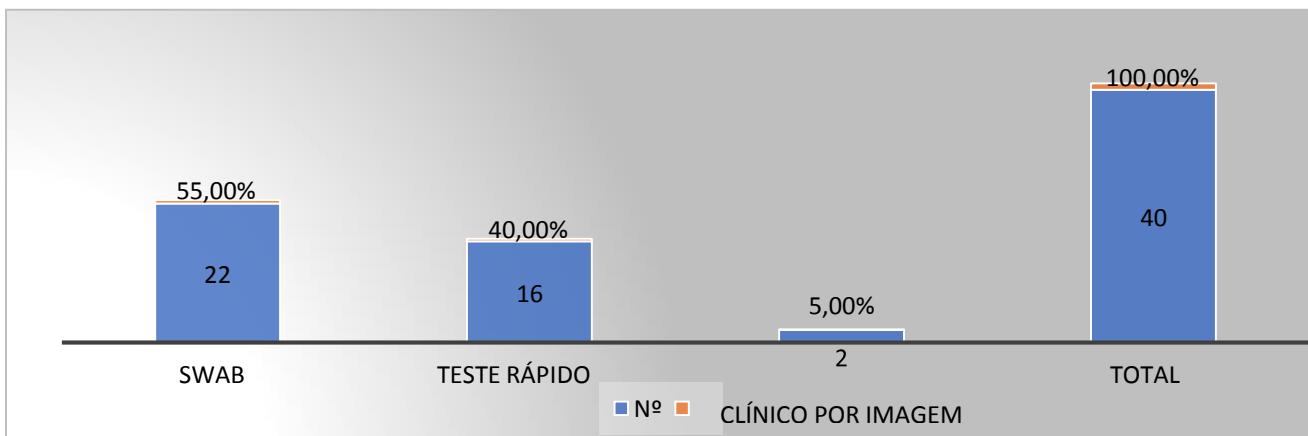
Gráfico 6. Óbitos por COVID-19 segundo faixa etária, Conde, 2021.



Fonte: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/microdados/>

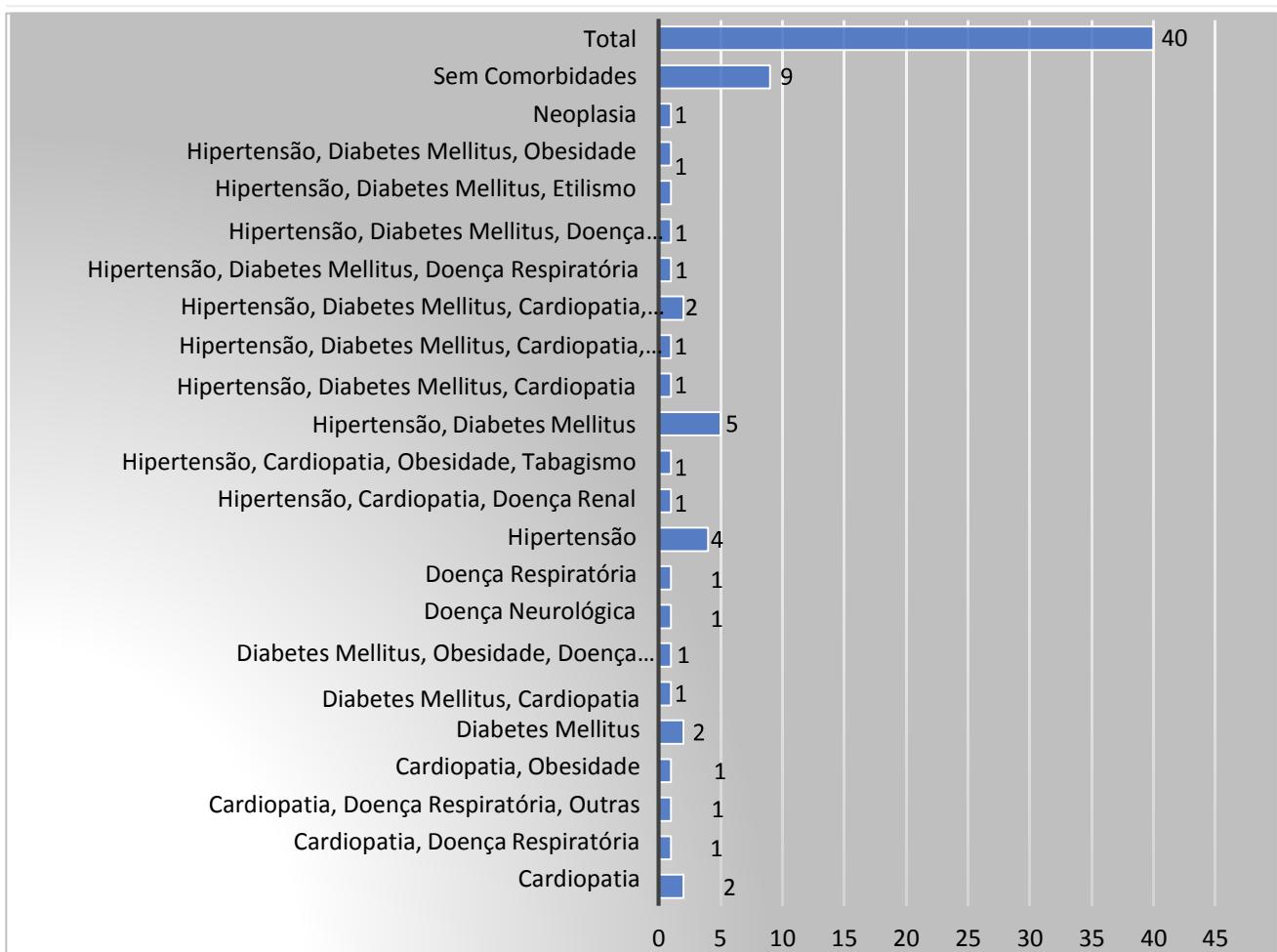
Os métodos utilizados para diagnóstico de óbitos por COVID-19 foram: 22(55,00%) através do SWAB, 16 (40,00%) Teste Rápido e 2(5,00%) Clínico por Imagem.

Gráfico 7. Métodos para diagnóstico de óbitos por COVID-19, Conde, 2021.



Fonte: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/microdados/>

Acompanhamento dos indicadores de morte é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial de Saúde para avaliar os efeitos diretos e indiretos da pandemia de Covid-19 nos países.

Gráfico 8. Frequência dos óbitos segundo doenças preexistente e sem comorbidades, Conde, 2021

Fonte: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/microdados/>

As vidas perdidas para pandemia da COVID 19 em Conde somam 40 óbitos. Dos quais 9 (22,50%) sem comorbidades, 5 (12,50%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, 4 (10,00%) Hipertensão, 2 (5,00%) Cardiopatia, 2 (5,00%) Diabetes Mellitus, 2 (5,00%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cardiopatia, Obesidade, 1 (2,50%) Cardiopatia, Doença Respiratória, 1 (2,50%) Cardiopatia, Doença Respiratória, Outras, 1 (2,50%) Cardiopatia, Obesidade, 1 (2,50%) Diabetes Mellitus, Cardiopatia, 1 (2,50%) Diabetes Mellitus, Obesidade, Doença Neurológica, Doença Renal, 1 (2,50%) Doença Neurológica, 1 (2,50%) Doença Respiratória, 1 (2,50%) Hipertensão, Cardiopatia, Doença Renal, 1 (2,50%) Hipertensão, Cardiopatia, Obesidade, Tabagismo, 1 (2,50%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cardiopatia, 1 (2,50%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cardiopatia, Imunossupressão, 1 (2,50%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, Doença Respiratória, 1 (2,50%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, Doença Respiratória, Tabagismo, 1 (2,50%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, Etilismo, 1 (2,50%) Hipertensão, Diabetes Mellitus, Obesidade e 1 (2,50%) com Neoplasia.

Vinculando o número de óbitos às comorbidades, 4 (10,00%) eram Hipertensos e 15 (37,50%) tinham Hipertensão associada a outras comorbidades, 2 (5,00%) eram Diabéticos e 10 (25,00%) tinham Diabetes Mellitus associada a outras comorbidades, 2 (5,00%) eram Cardiopatas e 9 (22,50%) eram Cardiopatas

com outras comorbidades, 6 (15,00%) Obesos com outras comorbidades, 1(2,50%) Doença Respiratória e 4 (10,00%) Doença Respiratória associada a outras comorbidades, 1(2,50%) com Doença Neurológica e 1 (5,00%) com Doença Neurológica1(2,50%) Doença Neurológica associada a outras comorbidades, 2(5,00%) Doença Renal associada a outras comorbidades e 2(5,00%) Tabagismo também associada a outras comorbidades.

4.1.2 Vacinação COVID19

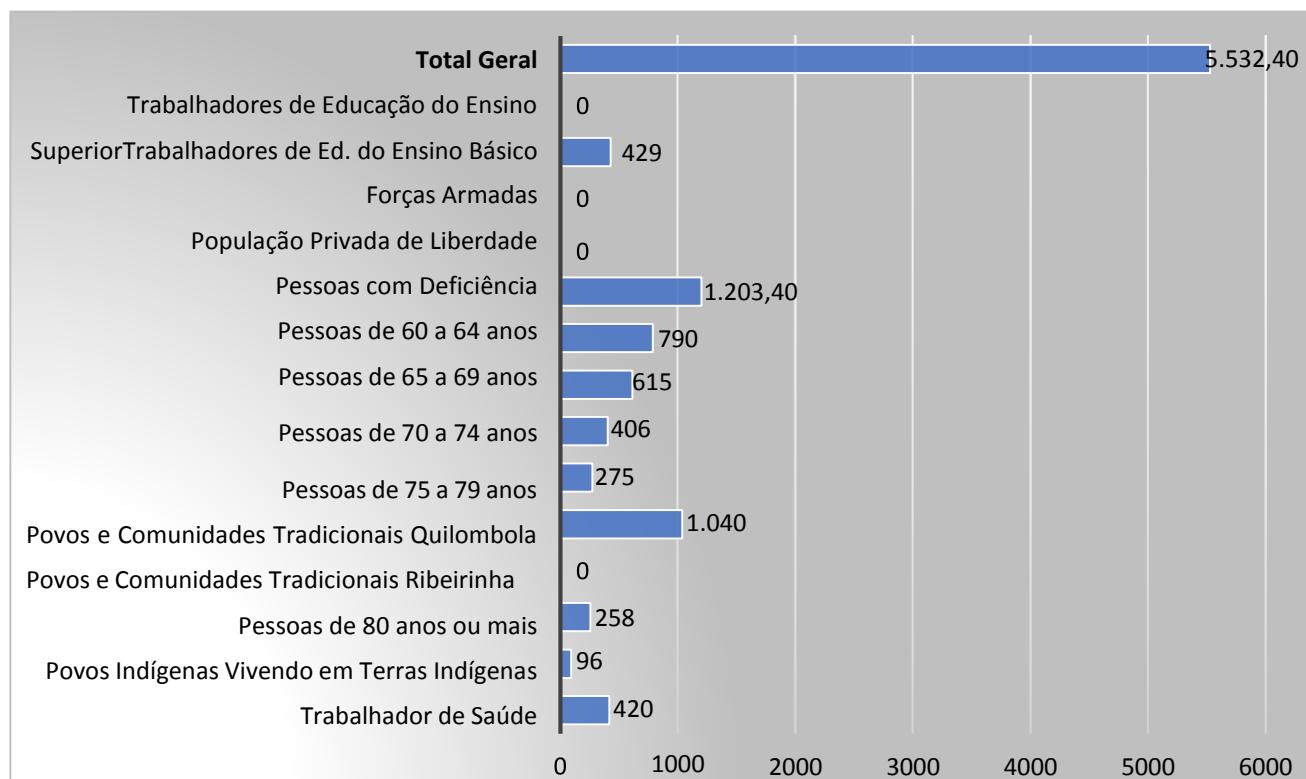
No Brasil, oficialmente a campanha de vacinação contra a Covid-19 teve início no dia 18 de janeiro de 2021. O governo federal começou a distribuir as doses disponíveis aos estados e estimou que, a partir das 17 horas, já seria possível iniciar a aplicação da vacina do coronavírus, inicialmente em Trabalhadores de saúde, vindo a seguir Pessoas de 60 anos ou mais que vivem em instituições de longa permanência, Indivíduos com deficiência que vivem em instituições de longa permanência e População indígena aldeada.

Na Paraíba, na primeira fase, 54.686 habitantes receberão a vacina, sendo 42.925 trabalhadores da saúde, 10.432 indígenas aldeados, 1.212 idosos institucionalizados e 120 com deficiências institucionalizados, atendendo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

4.1.3 Estimativa Populacional

O objetivo é vacinar 95% dos grupos prioritários, que corresponde a um total de 5.532,4 condenses, conforme descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação conforme os quantitativos que seguem, repassados pela Secretaria de Estado da Saúde para os Grupos Prioritários. Mas, devido as incompatibilidades da realidade e as metas definidas, a Coordenadora de Vigilância em Saúde solicitou quantitativos a maior e fomos atendidos para os Grupos Prioritários de Trabalhadores da Saúde e População Quilombolas.

Gráfico 9. Estimativa Populacional de vacinas por grupos prioritários, Conde, 2021.

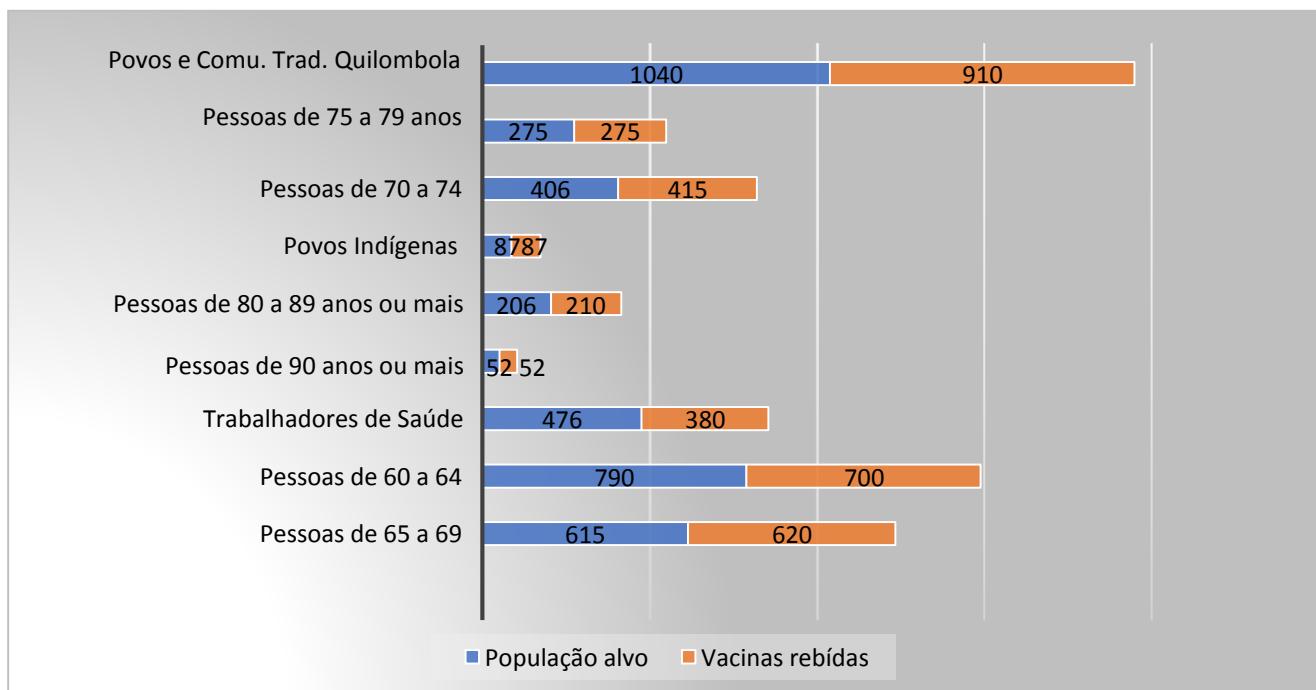


Fonte: Plano Estadual de Operacionalização da Vacina Contra a COVID-19 – PB

4.1.4 Especificações da vacinação

Considerando a relação de doses recebidas pela Secretaria de Estado da Saúde e doses aplicadas, o município recebeu 9.922 doses e aplicou 7.441 (74,99%) doses, sendo 1^a Dose 5.732 (77,03%) e 2^a Dose 1.709(22,97%). Destas, 4.242(55,00%) do Laboratório Fiocruz/AstraZeneca, 3.289 (43,30%) do Laboratório Butantan/Sinovac e 65 (0,9%) do Pfizer/Biontech.

Gráfico 10. Relação da população alvo e vacinas recebidas, Conde, 2021.



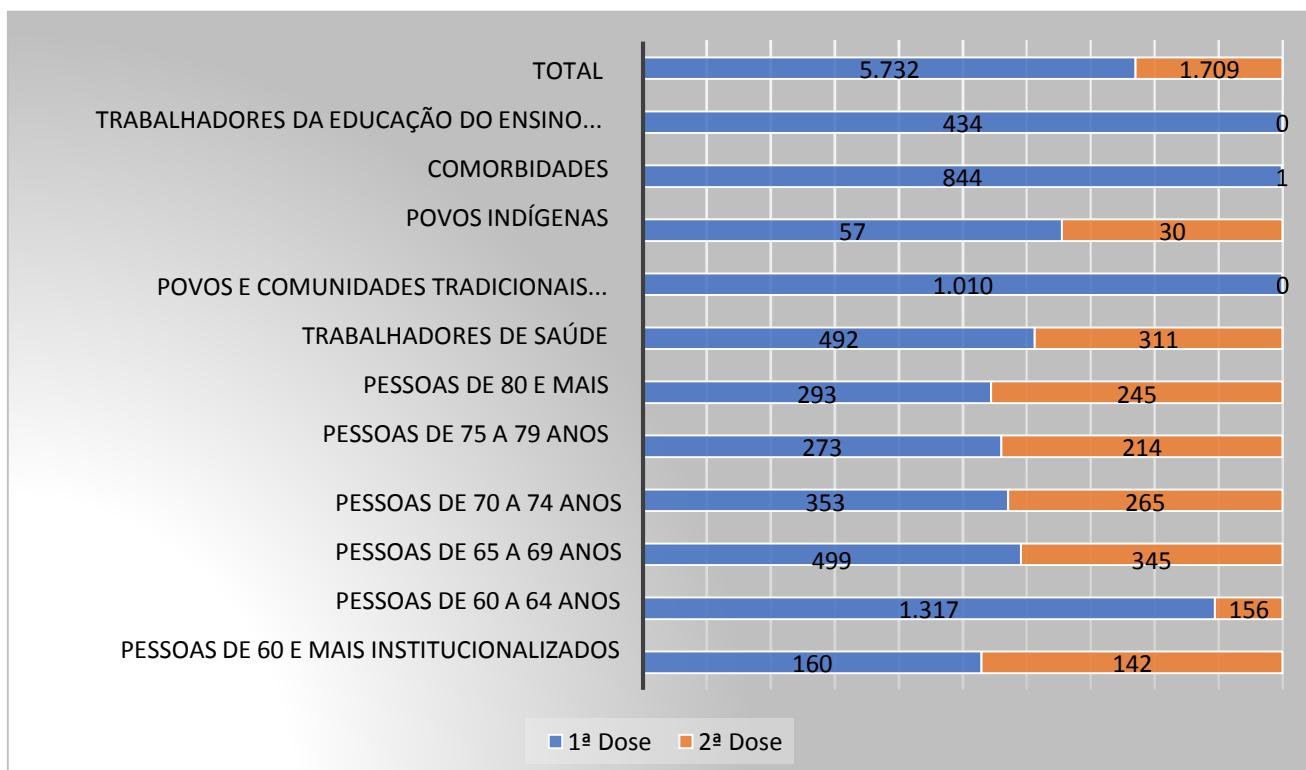
Fonte: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/painel-de-vacinacao>

O município de Conde já recebeu da Secretaria de Estado da Saúde 100,00% das vacinas dos seguintes Grupos Prioritários: Pessoas de 65 a 69 anos; Pessoas de 70 a 74 anos; Pessoas de 75 a 79 anos; Pessoas de 80 a 89 anos ou mais; Pessoas de 90 anos ou mais e dos Povos Indígenas. Dos Grupos Prioritários: Trabalhadores de Saúde 79,83%; Pessoas de 60 a 64 anos 88,61% e dos Povos e Comunidades Tradicionais Quilombola 87,50%.

De acordo também com os protocolos do Ministério da Saúde, a notificação deve ser imediata dos casos leves de Síndrome Gripal (SG) e devem ser inseridas no e-SUS Vigilância Epidemiológica (e-SUS VE), uma ferramenta de registro de notificação de casos suspeitos e confirmados do novo coronavírus. Isso se aplica a todo o território nacional. Caso seja realizado teste laboratorial diagnóstico da COVID-19, RT-qPCR ou sorológico, o resultado também deve ser registrado no sistema. O processamento da base de dados garantirá a identificação única do paciente.

O registro no sistema permitirá que as equipes de saúde da Atenção Primária informem sobre as ocorrências de maneira ágil, auxiliando a gestão no monitoramento e na análise da situação epidemiológica da transmissão da COVID-19. Os dados vão auxiliar na tomada de decisão acerca das medidas locais de isolamento social e nas ações de suporte da capacidade hospitalar instalada no município e nos serviços de referência da rede. Além disso, os órgãos de controle utilizarão as notificações do e-SUS-VE para verificar o uso correto destes sorológicos distribuídos pelo governo federal aos municípios.

Gráfico 11. Relação entre 1^a Dose e 2^a Dose administradas por Grupo Prioritário, Conde, 2021.



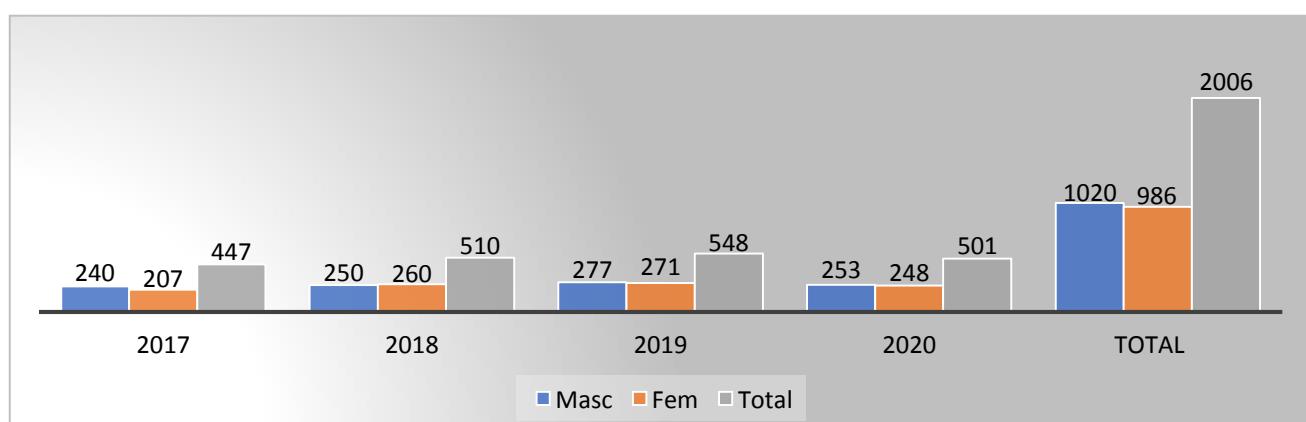
Fonte: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/painel-de-vacinacao>

4.2 Estatísticas Vitais

4.2.1 Natalidade

Natalidade é o número proporcional dos nascimentos que ocorrem numa população e em um tempo determinado. Para a demografia, a taxa de natalidade é uma medida de quantificação da fecundidade. Em geral, a natalidade é medida sobre o período de um ano e tem por base o número de nascimentos de uma população por cada mil habitantes.

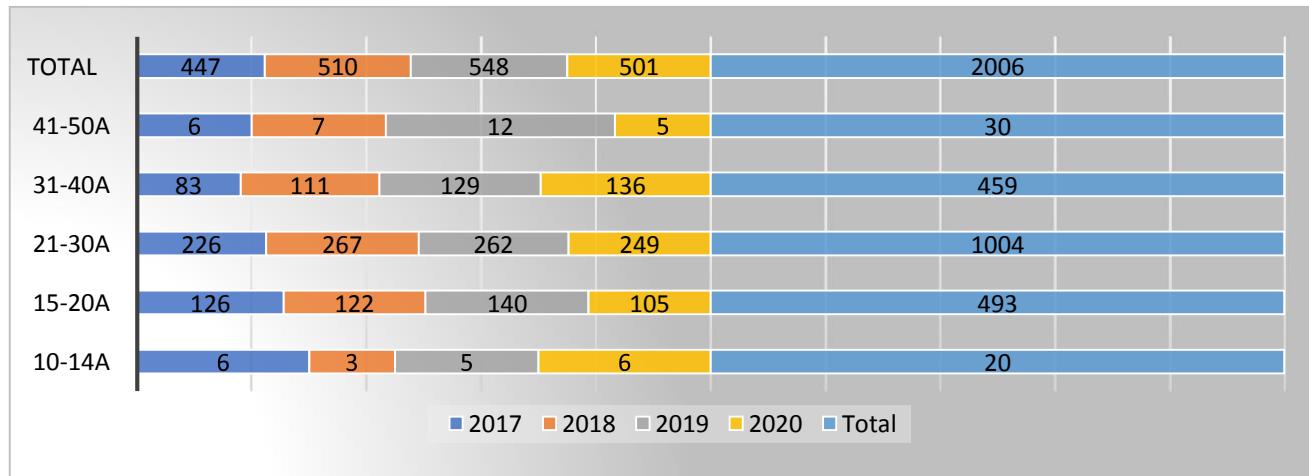
Gráfico 12. Frequência de nascimentos por Sexo e Ano, Conde, 2021.



Fonte: SINASC

Na temporalidade de 4 anos, nasceram 2006 crianças, onde 1.020 (50,84%) foram do sexo masculino e 986 (49,16%) do feminino. Dados do IBGE mostram que mães brasileiras dão à luz mais bebês do sexo masculino do que feminino, mas com a porcentagem de diferença pequena, como verificasse no município.

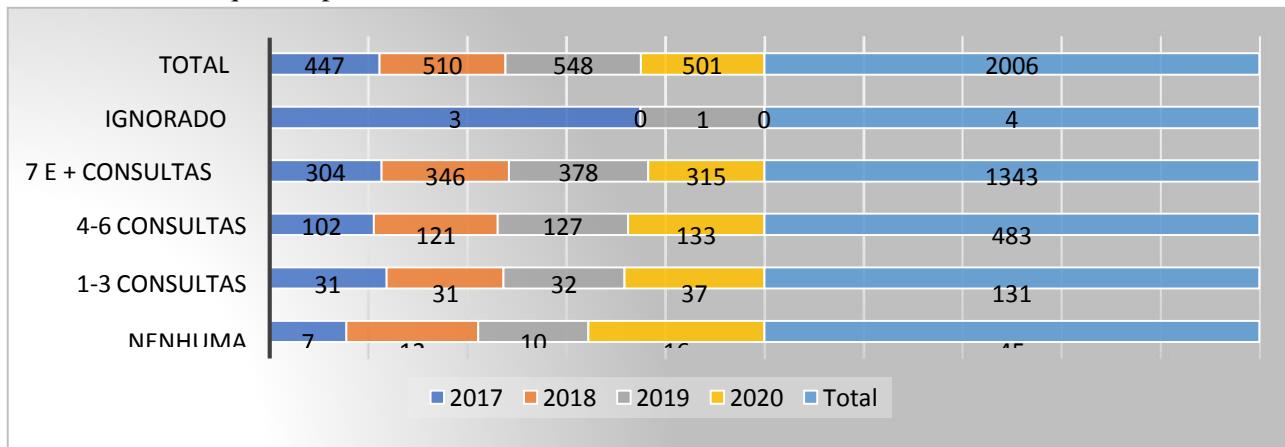
Gráfico 13. Frequência por Faixa etária materna e Ano, Conde, 2021.



Fonte: SINASC

No Brasil, Mulheres em Idade Fértil (MIF), são aquelas que estão na faixa etária entre 10 a 49 anos. Internacionalmente essa faixa está entre 15 a 49 anos. No Brasil essa estimativa de idade foi feita com base nos registros de óbito materno e em casos de gravidez em menores de 15 anos. Das 2006 mulheres que engravidaram no período em referência, 1004(50,05%) estavam principalmente na faixa etária de 21 a 30 anos, vindo a seguir 493(24,58%), entre 15 a 20 anos, 459 (22,88%) entre 31 a 49 anos, 30 (1,50%) 41 a 50 anos e 20 (0,99%) gravidez em adolescentes, de 10 a 14 anos.

Com o objetivo de monitorar a tendência da gravidez de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil, nortear as ações de saúde nas UBS e nas escolas (PSE), subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes, a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos está sendo monitorada nacionalmente. O índice de mortalidade entre essas mulheres é alto e ainda um problema de saúde pública, motivando o MS criar em 1983 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Gráfico 14. Frequência por Consulta Pré-natal e Ano, Conde, 2021.

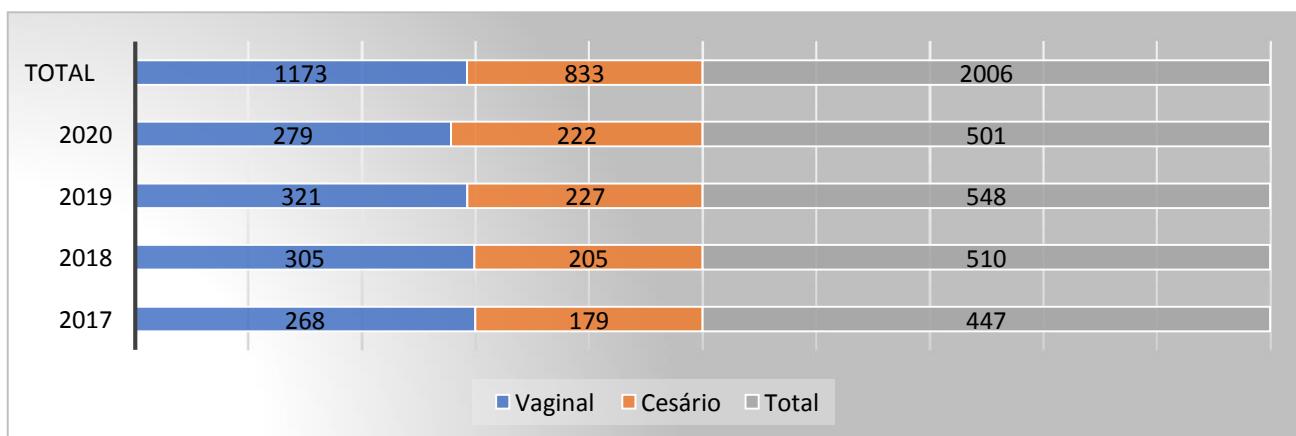
Fonte:SINASC

O número mínimo de consultas por gestante no pré-natal, preconizadas pelo MS deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Dos 2006 nascimentos no intervalo de 4 anos, 1.343(66,88%) das gestantes fizeram no pré-natal 7 consultas ou mais, tendo seus direitos e dos fetos garantidos, vindo a seguir, 483(24,08%) entre 4 a 6 consultas, 131(6,53%) entre 1 a 3 consultas. Registrasse também que 45(2,24%) das gestantes não fizeram nenhuma consulta e 4(0,20%) não informaram o número de consultas realizadas no pré-natal, sinalizando fragilidade nos registros de dados e no preenchimento qualificado dos protocolos do pré-natal.

Trata-se também de um indicador pactuado e monitorado anualmente, conforme a Pactuação Interfederativa 2017/2021, que traz as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). As consultas são realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28^a semana – mensalmente; Da 28^a até a 36^a semana – quinzenalmente; Da 36^a até a 41^a semana – semanalmente e este calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos.

As consultas de pré-natal são realizadas na UBS ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco Peri natal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorraxe prematura e óbito fetal.

Gráfico 15. Frequência por Tipo de Parto e Ano, Conde, 2021.

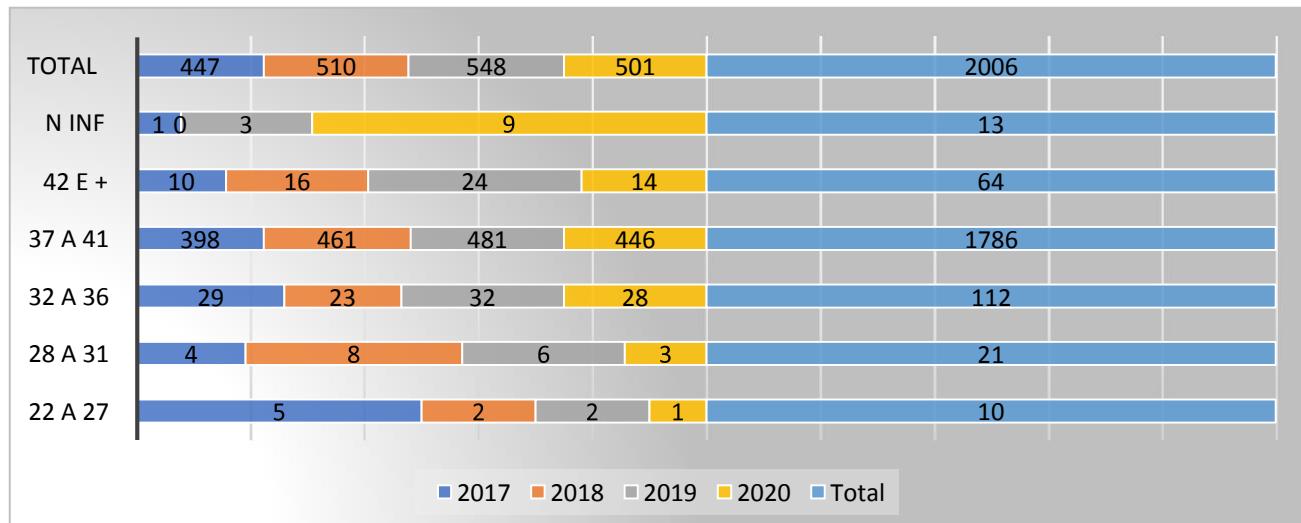
Fonte: SINASC

Quanto ao tipo de parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou duas pesquisas sobre as taxas de cesarianas: uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população e outro estudo que analisou todos os dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Baseada nesses estudos e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que: a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos; ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal; a cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela fosse necessária, do ponto de vista médico. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos de indicações médicas, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas e ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde. É meta brasileira, reduzir as taxas de cesarianas e no município essas taxas apresentam redução.

A frequência por Tipo de Parto e Ano mostra que 1.173(58,48%) dos partos foram via vaginal e 833(41,52%) cesariana. O direito da gestante ao parto seguro está na Lei N° 11.634/2007, que garante o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nenhum hospital, maternidade ou casa de parto, pode recusar um atendimento de parto já que é considerada uma situação de urgência. A parturiente só pode ser transferida para outro local se os profissionais de saúde a examinarem e houver tempo suficiente para que chegue no local onde a vaga e a garantia de atendimento estiver confirmada. Conforme os dados do local de ocorrência dos partos, dos 2006 nascimentos, 1.973(98,35%) das mulheres pariram em ambiente hospitalar, considerado ambiente seguro para as mulheres parirem. No domicílio ocorreram 17 (0,85%) nascimentos, 9(0,45%) o nascimento

não ocorreu em um estabelecimento de saúde ou domicílio e 7(0,35%) em outros serviços de saúde (o nascimento ocorreu em outros estabelecimentos que prestam atenção à saúde coletiva ou individual, que não sejam hospitais (Postos/Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, dentre outros).

Gráfico 16. Frequência por Duração Gestação e Ano, Conde, 2021.

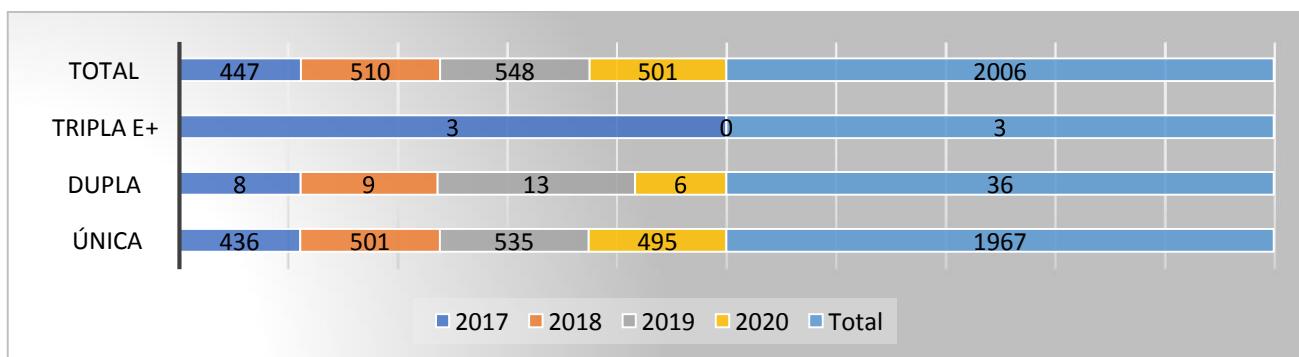


Fonte: SINASC

A idade gestacional é o tempo, medido em semanas ou em dias completos, decorrido desde o início da data da Última Menstruação (DUM) da mulher grávida. A data prevista (ou estimada) para o parto é o dia em que se completam as 40 semanas, mas tecnicamente a gravidez pode ir até 42 semanas. A partir de 37 semanas completas, o bebê já não será mais considerado prematuro, se nascer. A Gravidez pré-termo, é quando o bebê nasce com menos de 37 semanas de idade gestacional (menos de 259 dias). Neste caso o feto é considerado prematuro. A Gravidez a termo tem, em média, 40 semanas (280 dias), embora sejam considerados normais a idade gestacional de 37 semanas ou mais até 41 semanas e 6 dias, ou seja, menor de 42 semanas. A Gravidez é considerada pós-termo, quando o parto ocorre com mais de 42 semanas (294 ou mais dias). É considerado Período perinatal entre as 22 semanas de gestação (154 dias), em que o peso do feto é de cerca de 500 gramas, até aos 7 dias após o nascimento.

Das gestantes Condenses, conforme série histórica, 1.786(89,03%) pariram entre a 37^a a 41^a semanas, vindo a seguir 112 (5,58%) entre a 32^a a 36^a semanas, 64(3,19%) 42 semanas ou mais (considerada pós-termo), 21 (1,05%) entre a 28^a a 31^a semanas, 13(0,65%) sem registros do número de semanas e 10(0,50%) entre a 22^a a 27^a semanas.

Gráfico 17. Frequência por Tipo de Gravidez e Ano, Conde, 2021.



Fonte: SINASC

O número de nascimento anual de gêmeos no município é considerável. Estudo publicado na revista "Human Reproduction" mostrou que, atualmente, 1 em cada 42 crianças nascidas tem um irmão gêmeo.

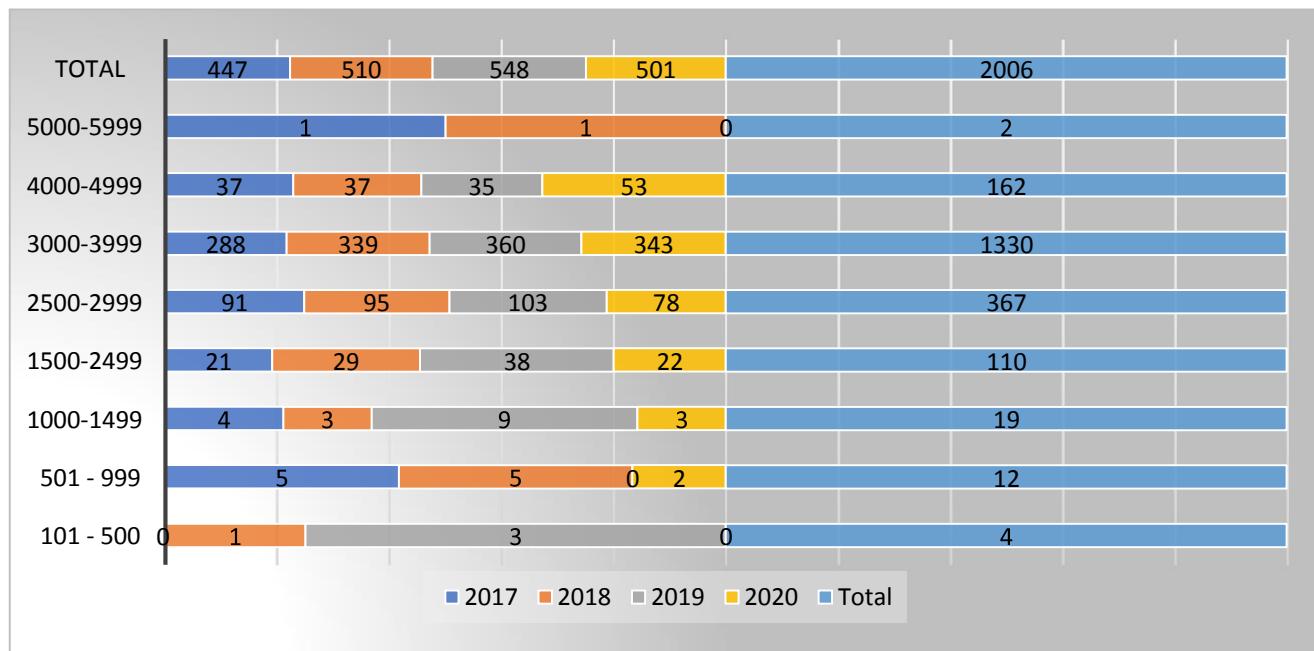
Segundo os pesquisadores, esse aumento pode ser explicado tanto pela maior procura por técnicas de reprodução assistida, que inclui não apenas técnicas de fertilização in vitro, mas também métodos mais simples, como estimulação ovariana e inseminação artificial, quanto pela tendência de as mulheres esperarem cada vez mais engravidar, uma vez que a taxa de gemelaridade aumenta em gestações tardias. Toda gravidez múltipla é de alto risco, especialmente se houverem mais de duas crianças. Um aumento dramático no número de gêmeos DZ, trigêmeos e quadrigêmeos têm ocorrido devido aos novos tratamentos para a infertilidade disponíveis.

A pesquisa revela que o número absoluto de parto de gêmeos aumentou em todos os continentes, menos na América do Sul. Uma recente pesquisa demográfica, na América Latina de forma geral, representativa de vários países em desenvolvimento, estimou o nascimento de aproximadamente 9 gêmeos a cada 1000 nascimentos no Brasil.

Gestações múltiplas estão associadas ao aumento da morbidade perinatal, notadamente resultado de maior número de recém-natos prematuros e de baixo peso. Também determinam maior frequência de malformações fetais, assim como alterações de vascularização e de quantidade de líquido amniótico. Entre outros riscos a gravidez gemelar pode também apresentar hipertensão, diabetes, taquicardia e problemas renais. Ademais, encontra-se aumentada também a morbidade materna face à maior probabilidade de ocorrência dos fenômenos de pré-eclâmpsia/eclampsia e hemorragias puerperais.

Gravidez múltipla ou única, o acompanhamento pré-natal é fundamental para assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Gráfico 18. Frequência por Peso ao Nascer e Ano, Conde, 2021.



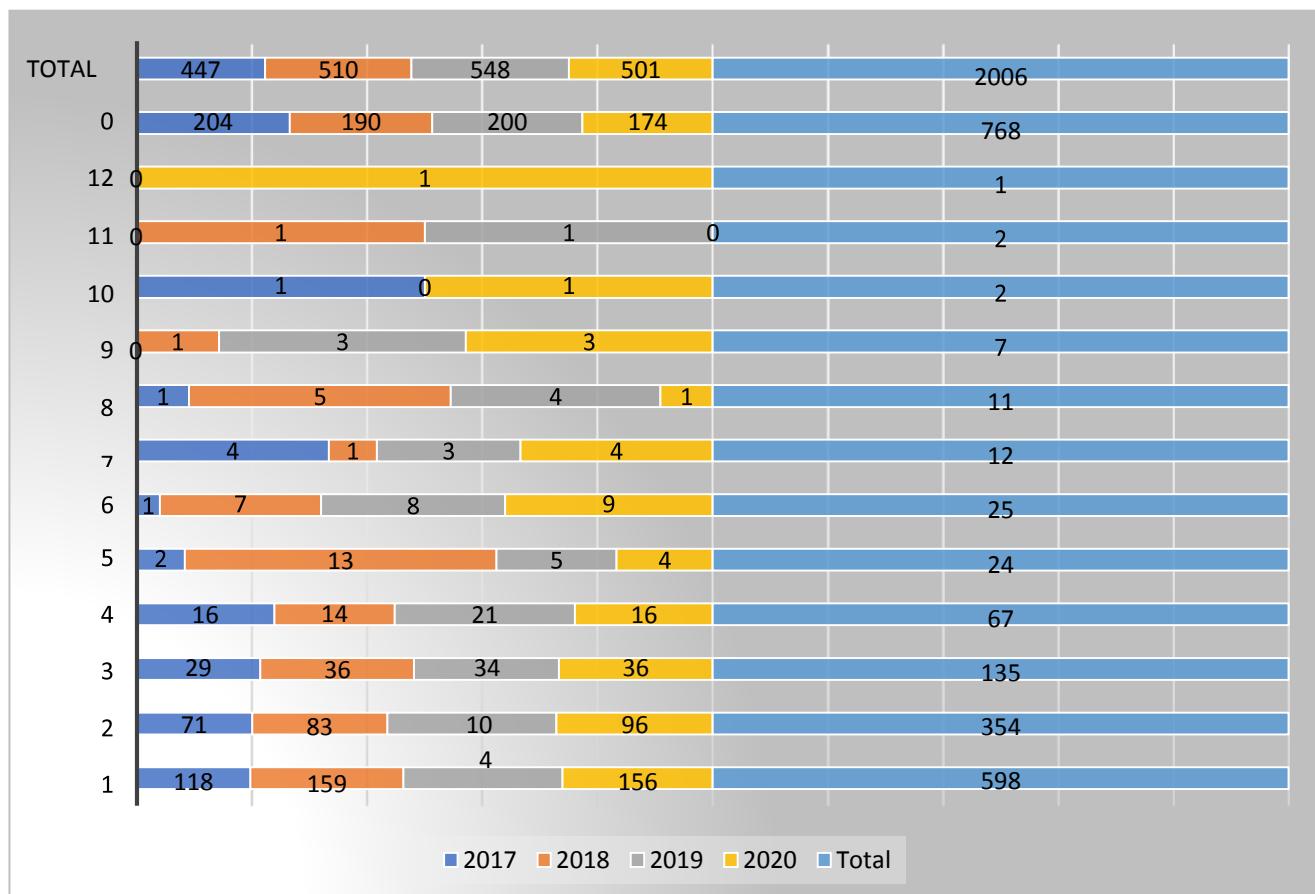
Fonte: SINASC

Entre a 37^a semana de gestação e a 42^a semanas, normalmente os recém-nascidos costumam pesar entre 2,5 e 4 kg. Em média, os meninos pesam 3,5 kg e as meninas 3,250 kg. Conforme dados do SINASC, no intervalo de 4 anos, 1.330 (66,30%) nasceram com peso entre 3000 kg a 3999 kg, considerado normal; 367 (18,30%) com 2500 kg a 2999 kg, 162(8,08%) com 4000 kg a 4999 kg, 110 (5,49%) com 1500-2499, já considerado recém-nascido de abaixo do peso, 19 (0,96%) com 1000 kg a 1499 kg, 12 (0,59%) com 501g – 999g, 4 (0,19%) com 101g – 500g e 2 (0,09%) com 5000 kg a 5999 kg, considerado excesso de peso.

Evidencias confirmam que a relação do peso com a idade da gravidez é extremamente importante, por isso, é normal que um recém-nascido prematuro, nascido antes da 37a semana de gravidez, tenha um peso inferior a 2,5 kg, o que indicaria também a possibilidade de ter sofrido um problema de desenvolvimento durante a gravidez.

Normalmente, durante o primeiro mês de vida, a maioria dos recém-nascidos ganha cerca de 30 gramas de peso por dia e cresce entre 2,5 a 4 centímetros, registrando-se um pico de crescimento por volta dos 7-10 dias e outro entre as 3-6 semanas de vida.

Gráfico 19. Frequência por Filhos Nascidos Vivos e Ano, Conde, 2021.



Fonte: SINASC.

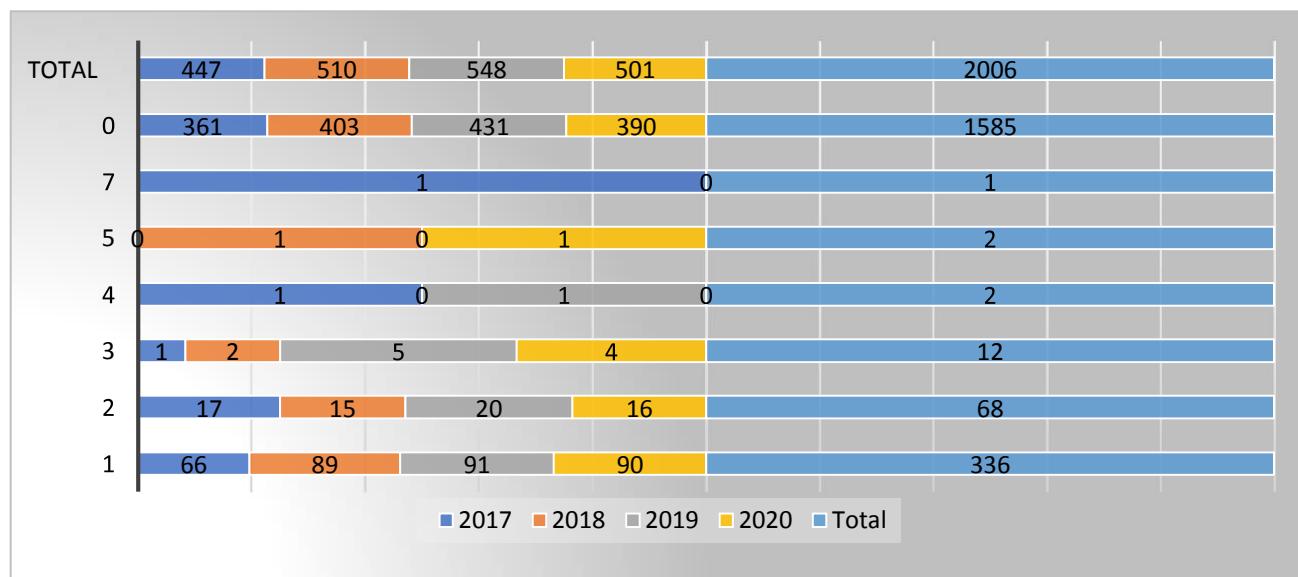
A pandemia intensificou a redução na taxa de natalidade no Brasil. Em janeiro de 2021, foram registrados 210.066 nascimentos no Brasil, 34.922 a menos do que os 244.988 do mês de janeiro de 2020. Os números demonstram uma **queda de 14%** em 2021, em relação ao ano anterior. Em 2020 já era observada uma queda de 6% na quantidade de nascimentos, em relação a 2019.

A taxa de fecundidade varia muito de país para país, sendo normalmente menor nos países desenvolvidos devido a uma maior reprodução de informação acerca de métodos contraceptivos e devido ao emprego e condições sociais e econômicas. No Brasil, na década de 1960, a taxa de fecundidade era de cerca de 6 filhos por mulher, passando para 4,5 no final da década de 1970. Em 2015, conforme dados divulgados pelo IBGE, a taxa média de fecundidade no Brasil é de 1,72 filho por mulher, semelhante à dos países desenvolvidos e abaixo da taxa de reposição populacional, que é de 2,1 filhos por. Esse índice sofre variações, caindo entre as mulheres de etnia branca e elevando-se entre as pardas. Tal variação está relacionada ao nível sócio-econômico desses segmentos populacionais; em geral, a população parda concentra-se nas camadas menos favorecidas social e economicamente, levando-se em conta a renda, a ocupação e o nível educacional, entre outros fatores.

Com relação à fecundidade, segundo o IBGE, o número de filhos por mulher, vem caindo no Brasil. Em 2010, a média, foi de menos de 2 filhos por mulher. Isso não quer dizer que todas as mulheres tenham menos de dois filhos, e sim, que ao se calcular o número de mulheres e o número de nascimentos, podemos tirar uma média de cada filho por mulher. A família brasileira vem se modificando. O número de casais sem filhos aumentou, existem cada vez mais famílias não tradicionais. O número de mulheres que são chefes de família também aumentou bastante, assim como o número de pessoas que moram sozinhas.

Em Conde o cenário é similar ao Nacional, no intervalo de 4 anos, 768(38,29%) das gestantes eram primigestas/primigrávida, 598 (29,81%) secundigesta, 354 (17,65%) tercigesta e 67 (3,34%) quartigesta. O governo acompanha a taxa de fecundidade para analisar o crescimento populacional. Observasse que 5 (0,22%) puérperas tinham 10 filhos ou mais.

Gráfico 20. Frequência por Filhos Nascidas Mortos e Ano, Conde, 2021.



Fonte: SINASC.

Das parturientes, 1.585(79,01%) afirmaram não terem filhos nascidos mortos, 336 (16,75%) ter tido 1 (um) filho natimorto, 68(3,39%) (dois) filhos natimortos, 12(0,60%) 3 filhos nascidos mortos.

Um estudo do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), agência de saúde sexual e reprodutivas Organização das Nações Unidas (ONU), divulgado que a taxa de fecundidade em 2018 é de 1,7 filho por mulher no Brasil, isto é, está abaixo da média mundial, que é de 2,5.

O nível considerado ideal para manter o tamanho da população é de 2,1 filhos por mulher, e as taxas defecundidade têm relação com condições de educação, renda e saúde.

As malformações congênitas são extremamente variáveis tanto no tipo quanto no mecanismo causal, mas todas surgem de um transtorno do desenvolvimento durante a vida fetal. No município de Conde,

conformados do SINASC, são raros os casos de anomalia congênita em recém-nascidos. Em 4 anos foram notificados 35 (trinta e cinco) casos, conforme identificados no Gráfico

Do ponto de vista clínico, e considerando as incidências e prevalências de anomalias anual em Conde, geralmente expressa menor gravidade. A vantagem do diagnóstico dessas anomalias baseia-se no fato de servirem de indicadores gerais de morfogênese anormal, assim como de pista capaz de levar ao diagnóstico de um determinado conjunto de malformações.

Considerando a Lei N° 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do sistema único de saúde, os partos foram realizados principalmente nas Maternidade Cândida Vargas e na Maternidade Frei Damião, conforme pactuação no Plano Regional da Rede Cegonha.

Outra base legal que garante direitos das gestantes é a **Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996**, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências, traz o direito da gestante a acompanhamento especializado durante a gravidez e determina que as instâncias SUS têm obrigação de garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. Conforme orientação do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o parto normal é o mais aconselhado e seguro, devendo ser disponibilizados todos os recursos para que ele aconteça.

Outro marco nos direitos da gestante é a Portaria N. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. A norma traz diversas determinações em relação aos direitos da gestante, como, por exemplo, o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação. A portaria determina também que receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades.

A **Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005**, que altera a Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, também traz a garantia das parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

4.2.2 Morbidade

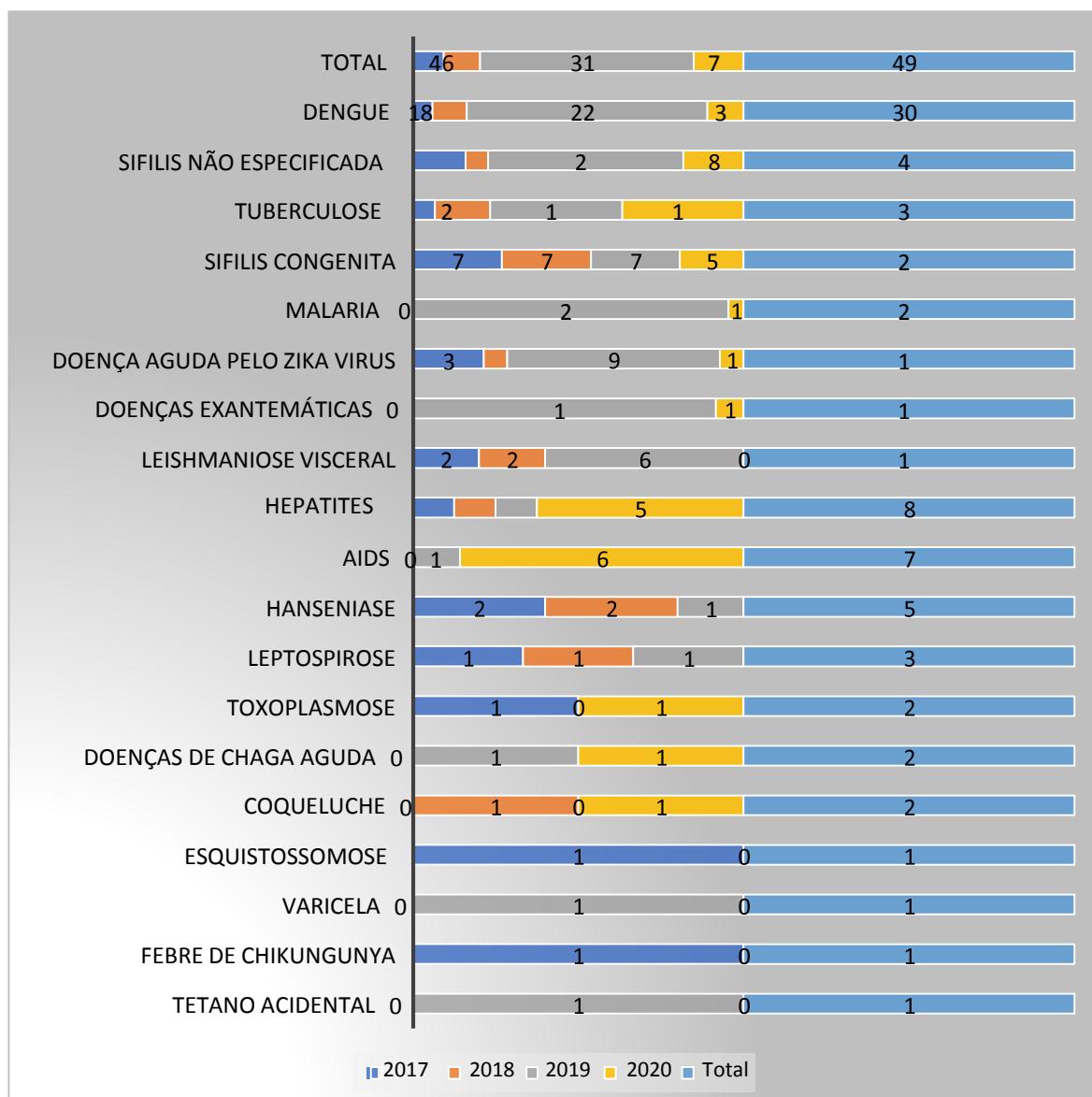
A morbidade é analisada a partir de vários parâmetros: taxa de incidência, taxa de prevalência, taxa de casos e taxa de letalidade como parâmetros específicos. O perfil de morbidade da população é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência das doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas, bem como pela alta carga de acidentes e violências e, consequentemente, com reflexo nas taxas de mortalidade.

4.3 Doenças, agravos e eventos de saúde pública de Notificação Compulsória

Considerando a Portaria Nº 1.061, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas Crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e os relatórios do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que contribuem para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade, como contribuindo com o planejamento da saúde, segue série histórica das notificações do período de 2017 à 2020.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Gráfico 21. Doenças infecciosas e parasitárias, Conde, 2021.



Fonte: SINAN.

Foram notificados 493 doenças infecciosas e parasitárias no SINAN na temporalidade em referência, onde se verifica a ocorrência do maior número de Dengue, representando 302 (61,25%) das notificações, vindo a seguir 44 (8,93%) casos de Sífilis não especificada, 30 (6,08%) de Tuberculose, 26 (5,27%) de Sífilis Congênita, 22 (4,46%) de Malária, 14 (2,84%) de Doença Aguda pelo Zica Vírus, 12 (2,43%) de Doenças Exantemáticas, 10 (2,09%) Leishmaniose Visceral, 8 (1,62%) Hepatites Virais, 7 (1,42%) AIDS e 18 (3,61%) pelas demais Doenças infecciosas e parasitárias.

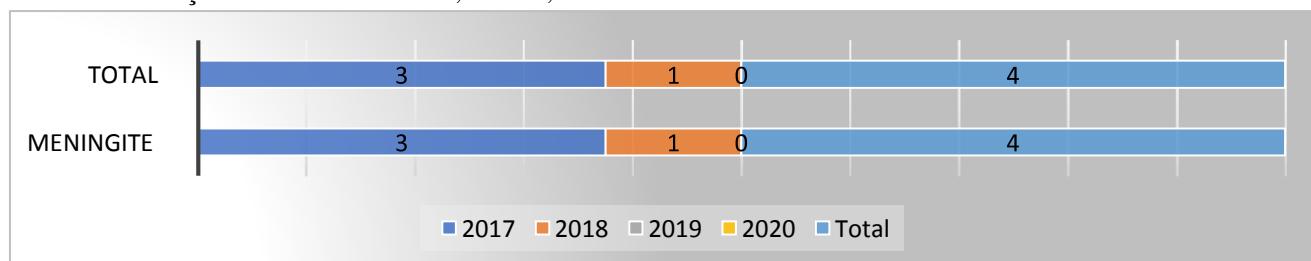
Devido as ocorrências dos casos de Malária no município, pactuamos o indicador de Malária, na Pactuação Interfederativa em 2019 e 2020. O caso notificado em 2020 é recidiva.

A nível nacional, após um longo período de redução de casos, o cenário mudou com o acréscimo no número de casos da doença nos últimos dois anos. Em 2018, foram registrados aproximadamente 195.000 casos de malária, apresentando redução de 1% em relação ao ano de 2017. No ano 2000 foram registrados 243 óbitos por malária, enquanto em 2018 foram 55 óbitos, o que representa uma redução de 77,4%.

Fatores como a ocupação territorial e as oscilações climáticas têm impacto na transmissão da malária. Contudo, o seu controle está relacionado à sustentabilidade de ações direcionadas e realizadas de forma adequada. O que se tem observado com o conjunto de ações realizadas é a retomada da redução da malária. Até maio de 2019, a redução do número de casos autóctones chegou a 28% em comparação com o mesmo período do ano anterior. O fortalecimento das ações de prevenção e controle da doença, a ampliação dos investimentos, a capacitação dos profissionais e a parceria com a atenção básica expandiram o diagnóstico da malária na rede de atenção à saúde, propiciando o início do tratamento em até 48 horas após o início dos sintomas. A oferta de testes rápidos para diagnóstico da malária aumentou 1.257% entre 2011 e 2018, propiciando uma maior expansão da rede de diagnóstico, que em 2018 já era composta por 3.500 postos de diagnóstico.

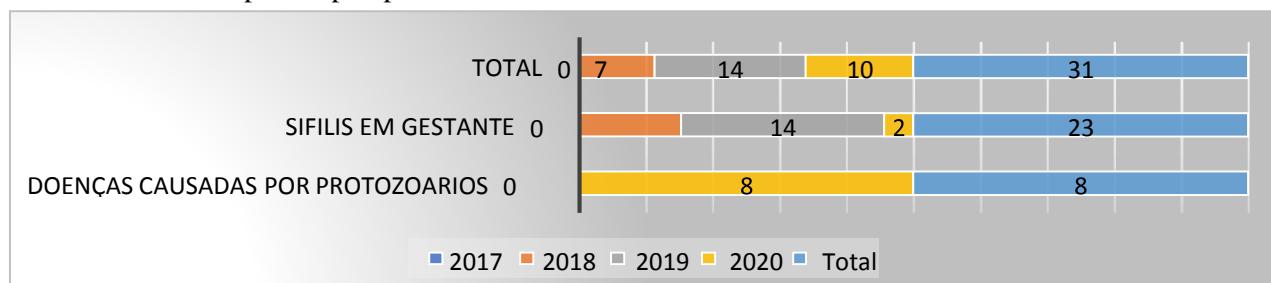
Considerando as Doenças do Sistema Nervoso foram notificados 4 casos de Meningite, relacionadas a Gravidez, parto e puerpério 31 notificações, aos efeitos tóxicos de substâncias de origem principalmente não-medicinal 2 notificações e de todas outras causas externas 278, sendo 267 Atendimento Antirrábico e 11 acidentes com animais peçonhentos, conforme Tabelas que se seguem.

Gráfico 22. Doença do Sistema Nervoso, Conde, 2021.



Fonte: SINAN.

Gráfico 23. Gravidez, parto e puerpério, Conde, 2021.



Fonte: SINAN

4.3.1 Doenças crônicas não transmissíveis

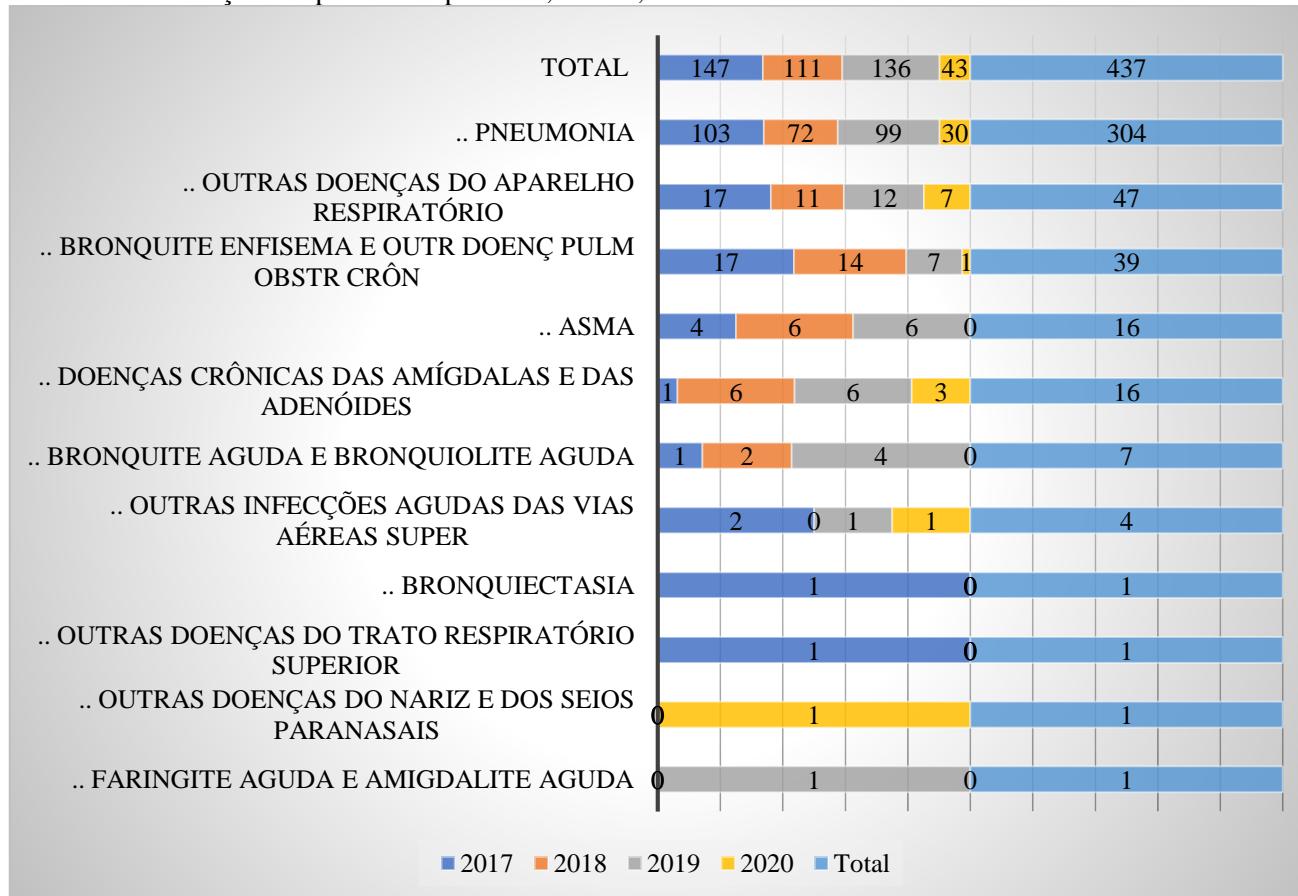
As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

O Brasil tem vivenciado nas últimas décadas um processo de mudança do perfil de adoecimento e morte da população, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da mortalidade de menores de cinco anos e redução significativa das causas evitáveis de morte, o que impactou positivamente no aumento da expectativa de vida.

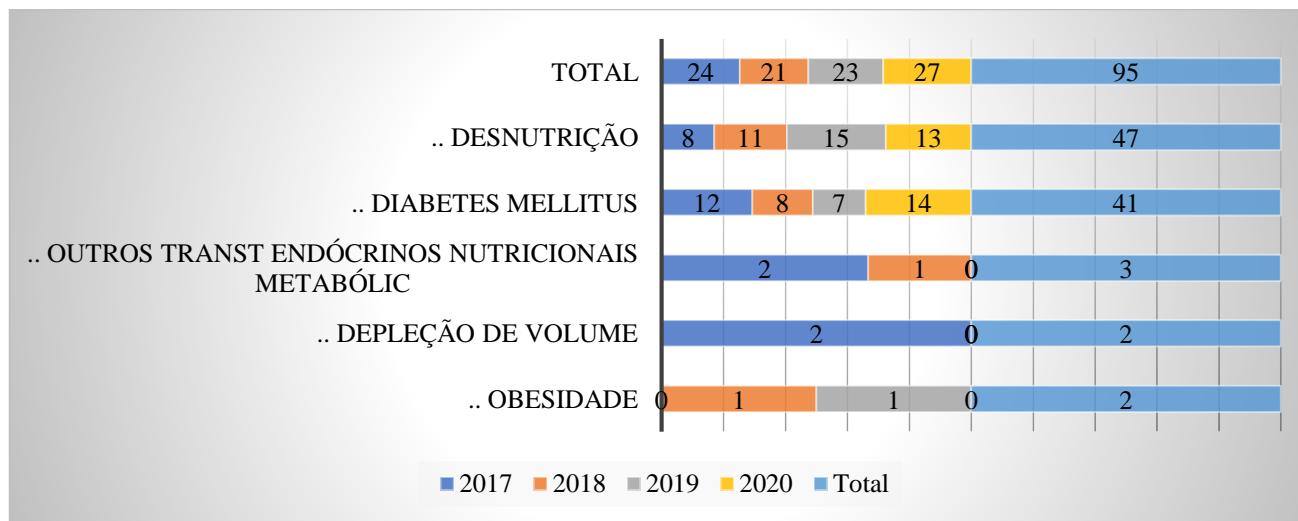
Em compensação, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outras, e das mortes por violência, como os acidentes de trânsito. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que englobam doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, depressão, doenças respiratórias e renais crônicas, entre outras, constituem um problema de saúde pública de grande magnitude no Brasil.

Ao se considerar a carga total de morbidade, ou seja, o período total decorrente de viver com a doença, as DCNT representaram em 2017 cerca de 85% do total de anos vividos com incapacidade. O coeficiente de mortalidade prematura por DCNT mede o risco de morte de pessoas de 30 a 69 anos por quatro grupos de DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – que respondem por 57% do total das mortes ocorridas em 2017, nesta faixa etária.

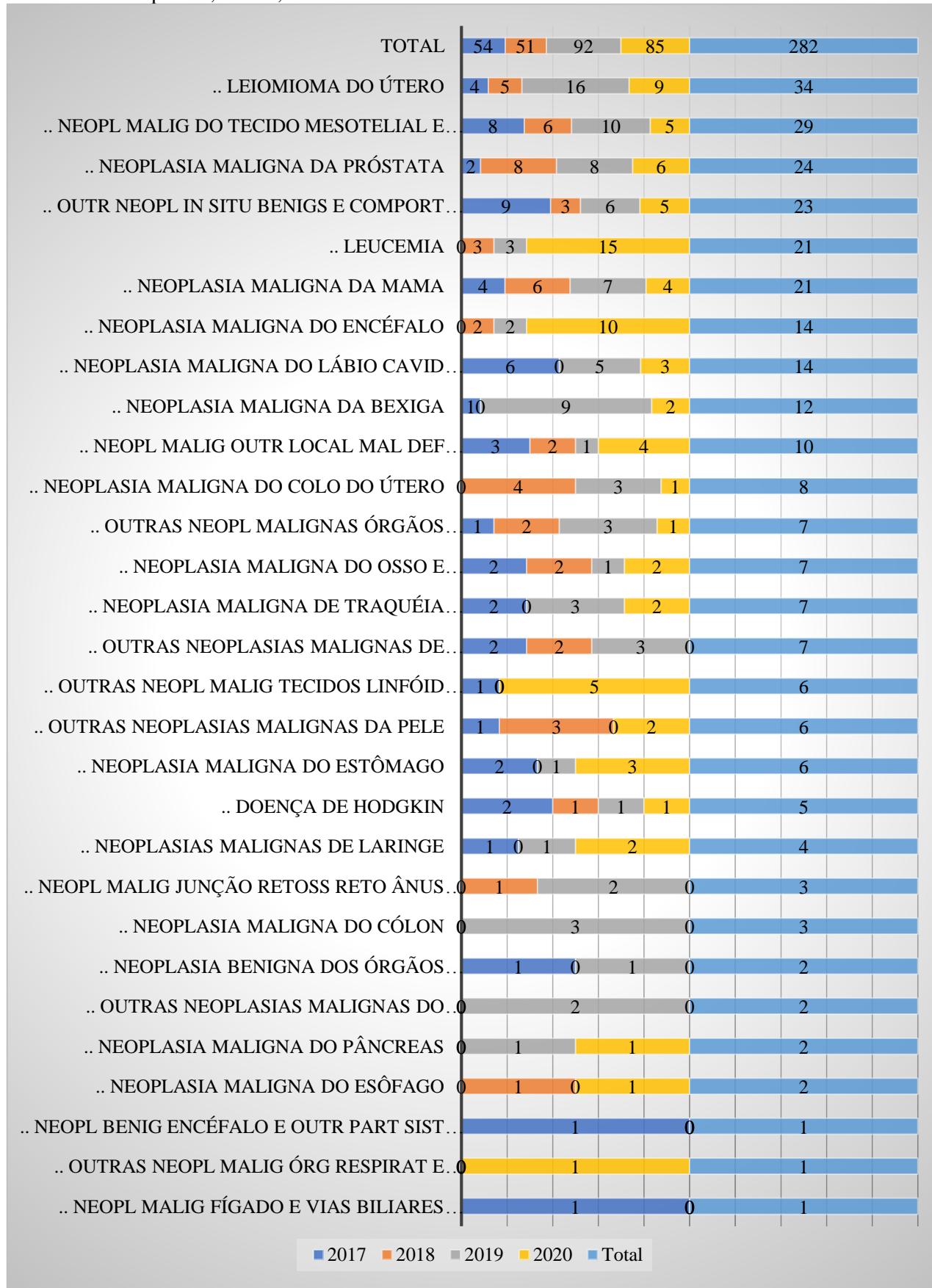
Devido às dificuldades de localizarmos os dados quantitativos das DCNT de Conde e por estarmos em fase de transição da implantação do prontuário eletrônico, optamos usar como referências as internações conforme as Linhas de Cuidados do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil do Ministério da Saúde para conhecimento do perfil municipal.

Gráfico 24. Doenças do aparelho respiratório, Conde, 2021.

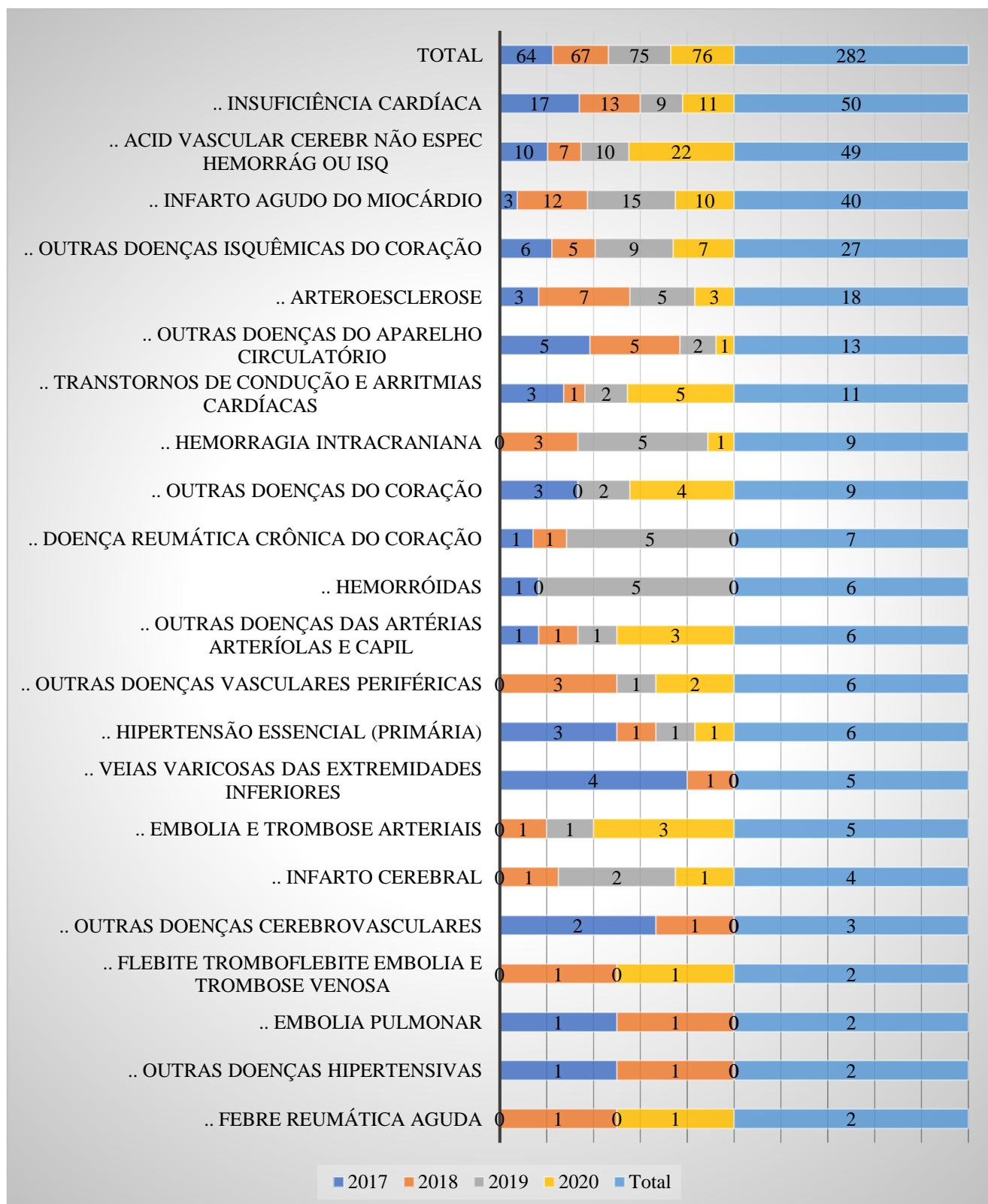
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 25. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, Conde, 2021.

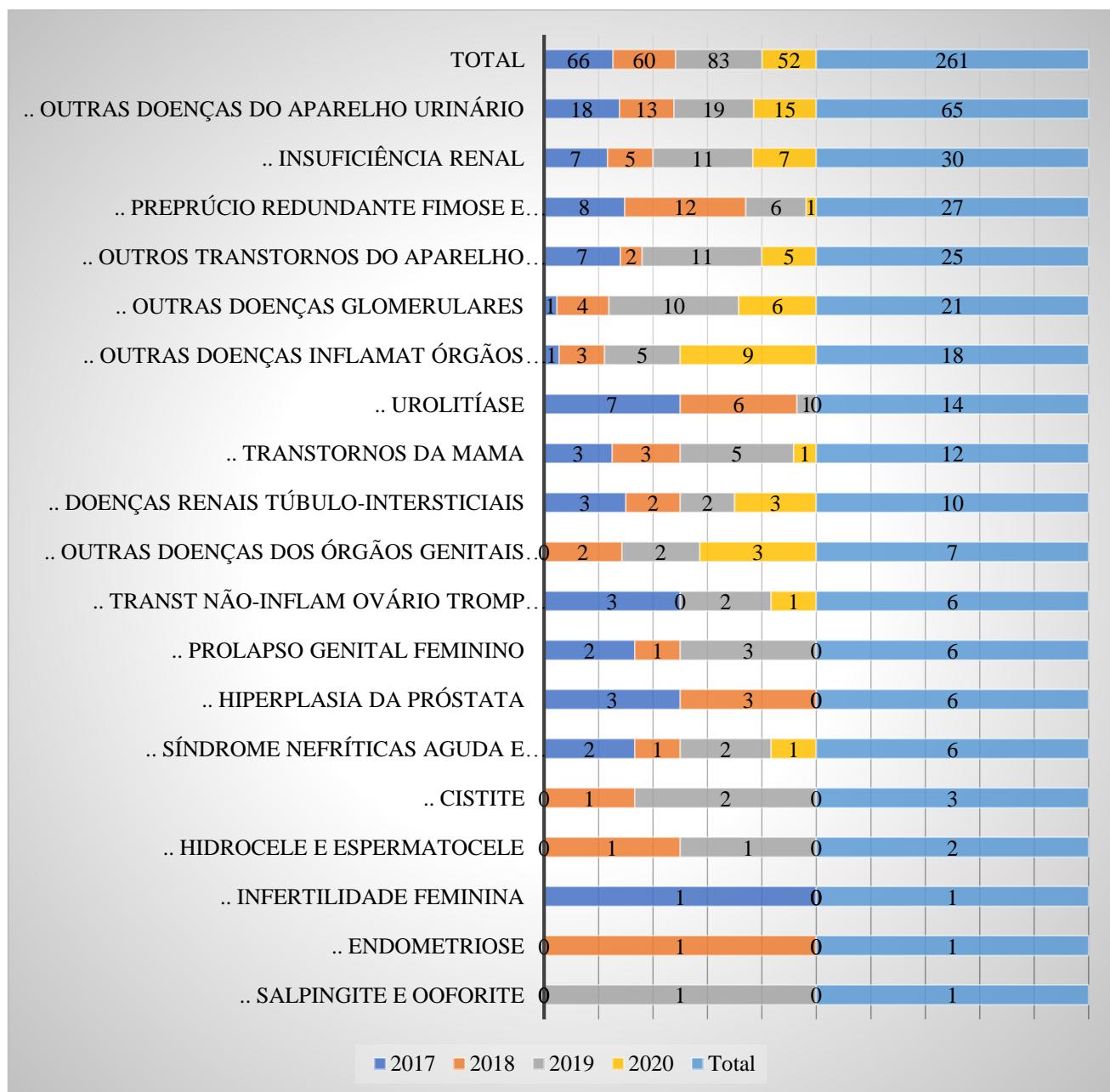
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 26. Neoplasias, Conde,2021.

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

Gráfico 27. Doenças do aparelho circulatório, Conde,2021.

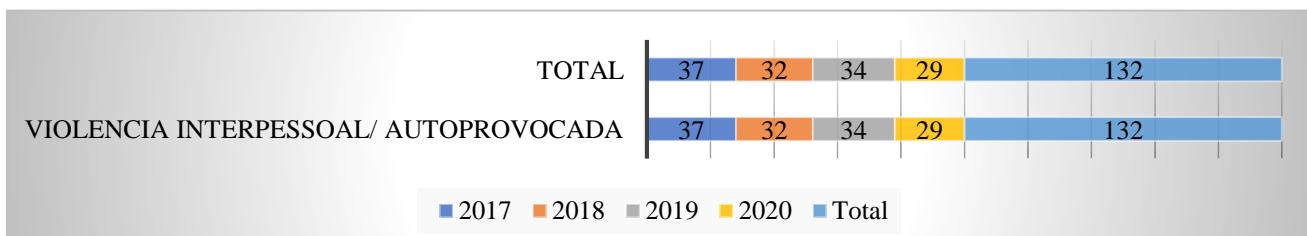
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 28. Doenças do aparelho geniturinário, Conde, 2021.

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

4.3.2 Causas Externas de notificação compulsória

Gráfico 29. Agressão por meios não especificados - local não especificado, Conde, 2021.

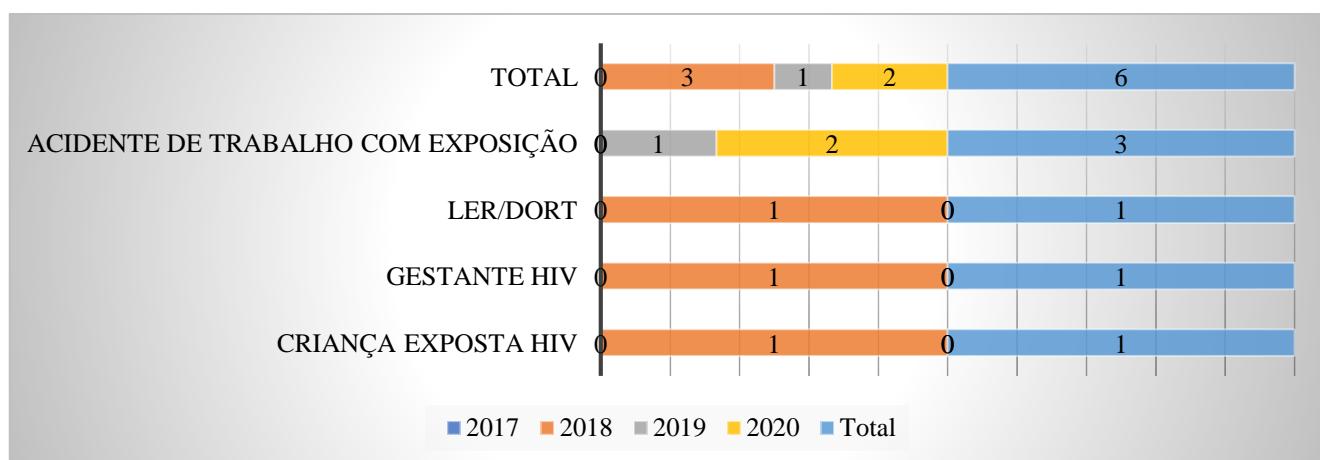


Fonte: SINAN.

Os números absolutos de notificações por causas externas (acidentes e violências) representam um importante desafio para o padrão de morbidade da população em função do elevado número de internações e sequelas físicas, sejam temporárias ou permanentes, sobretudo na população jovem, economicamente ativa e do sexo masculino, e grande ônus aos serviços de saúde. No período em referência foram registradas 132 internações hospitalares por violência interpessoal/autoprovocada, apresentando pequena redução na incidência.

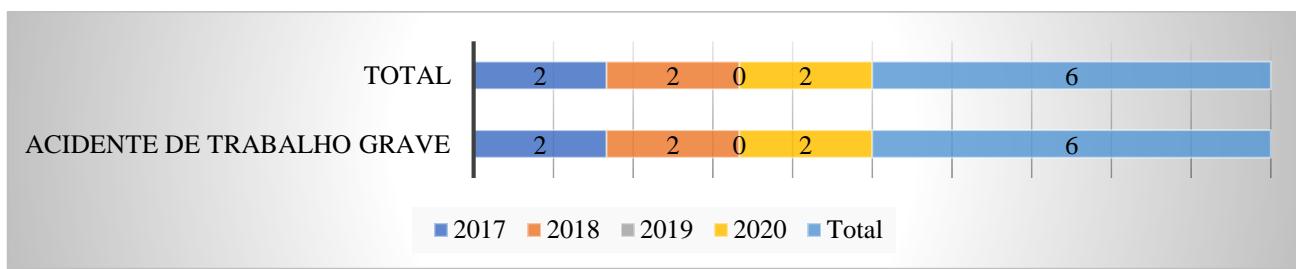
4.3.3 Doenças e Agravos relacionados ao trabalho

Gráfico 30. Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviço de saúde. Conde.2021.



Fonte: SINAN.

Gráfico 31. Circunstancia relativa às condições de trabalho, Conde, 2021.



Fonte: SINAN.

A atividade laboral configura-se em um dos mais importantes determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT) representa uma importante conquista para os trabalhadores brasileiros e baliza o fortalecimento das políticas sociais no Brasil ao definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS.

Considerando a Portaria Nº 1.061, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, no período de 2017 a 2020, 6 agravos relacionados a fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviço de saúde e 6 vinculados as circunstancia relativa às condições de trabalho, conforme os gráficos acima.

4.4. Mortalidade

4.4.1 Mortalidade Materna

A redução da RMM é entre 2017 e 2018, ao passar de 64,5 para 59,1, respectivamente. Ainda assim, o país está acima das metas firmadas com a ONU e intensifica ações de cuidado da mulher.

O Brasil conseguiu reduzir em 8,4% entre 2017 e 2018 a Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,5. Os números estão em boletim epidemiológico do Ministério da Saúde divulgados na mesma semana em que se comemora o Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna.

Óbito materno é definido como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas accidentais ou incidentais. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Muitas vezes, as causas declaradas registram a causa terminal das

afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, o que mascara a causa básica e dificulta a identificação do óbito materno. Por esse motivo, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é calculada pelo Ministério da Saúde utilizando fatores de correção.

Entre 2017 e 2018, os maiores percentuais de redução da RMM foram observados nas regiões Norte (redução de 9,1%; RMM de 88,9 para 80,8), Nordeste (redução de 8,3%; RMM de 73,2 para 67,1) e Sudeste (redução de 14,6%; RMM de 62,3 para 53,2). A Região Sul apresentou discreta redução de 0,7% (RMM de 38,5 para 38,2) e a Região Centro-Oeste registrou aumento de 14% na RMM, de 56,9 para 64,9.

O Ministério da Saúde reforça que a redução do óbito materno é uma das prioridades da pasta e tem investido em ações com esse propósito, dentre elas há investimento na qualificação e monitoramento das informações sobre óbito materno e infantil, com acompanhamento contínuo dessas ocorrências por meio da vigilância do óbito. No Brasil, em 2009, apenas 55% dos óbitos de mulher em idade fértil (entre 10 e 49 anos de idade) foram investigados. Já em 2018, esse percentual subiu para 91%, o que demonstra uma melhora da cobertura de investigação com maior acompanhamento e qualificação desses dados.

No Brasil, em 2018, foram registrados 13 óbitos maternos de meninas com idade entre 10 e 14 anos e 17 óbitos maternos de mulheres com idade entre 45 e 49 anos, faixas etárias consideradas extremas para a fecundidade. Mulheres de raça/cor preta e parda totalizaram 65% dos óbitos maternos, enquanto mulheres que não vivem em união conjugal representaram 50% dessas mortes. Apesar de a escolaridade ter sido ignorada em 13% dos registros de óbitos maternos do SIM, mulheres de baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo) corresponderam a 33% dos casos.

Na Paraíba, a mortalidade materna continua sendo um importante problema de saúde pública. Em 2017, a RMM do estado foi superior ao índice médio apresentado pelo Brasil, mas inferior ao da Região Nordeste, ocupando o quinto lugar entre os estados da Região.

Em Conde, no período de 10 anos, no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), foram registrados 2 óbitos maternos, 1 em 2013 e outro em 2016 por causas obstétricas direta, por Anormalidades da contração uterina e por Complicações do puerpério **Não Classificado em Outra Parte** (NCOP). Quanto as idades detalhadas, uma mulher tinha 17 anos e outra 32 anos. Ao considerar o local da ocorrência dos óbitos, uma morreu em hospital e outra em outro serviço de saúde.

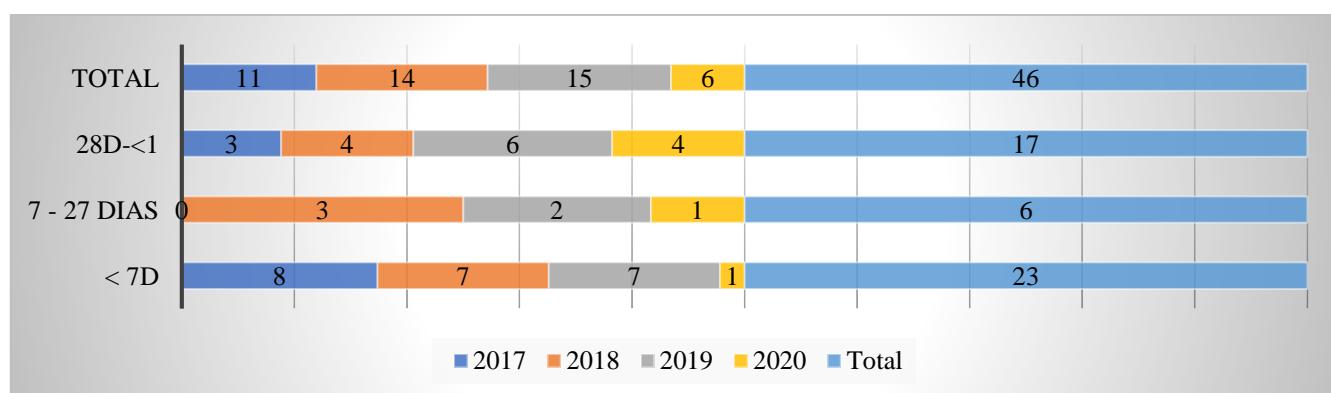
4.4.2 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil é um indicador de saúde que revela a qualidade de vida, como a assistência à população materno-infantil prestada na rede de atenção à Saúde Municipal. No intervalo de três anos, verificasse aumento significativo de óbitos infantis, com a ocorrência de 11 óbitos em 2017, 14 em 2018 e 15 em 2019, apresentando redução significativa para 6 em 2020, mesmo com o período pandêmico de cunho internacional, totalizando 46 óbitos na série histórica em referência. Destes, 23(50,00%) dos óbitos foi de crianças com menos de 7 dias de vida, 17 (36,95%) entre 28 dias e menor de 1 ano e 6 (13,05%) entre 7 e 27 dias.

Considerando os óbitos segundo os sexos, 30(65,21%) eram do sexo masculino e 16 (34,79%) feminino, representando 53,35% menos óbitos em relação aos masculinos. Algumas afecções originadas no período perinatal representam 33 (71,74%) dos óbitos, 4 (8,70%) Doenças do aparelho respiratório, 2 (4,34%) Algumas doenças infecciosas e parasitárias, 2 (4,34%) Malformações congênita, deformidade e anomalias cromossômicas e 5 (10,86%) as demais causas.

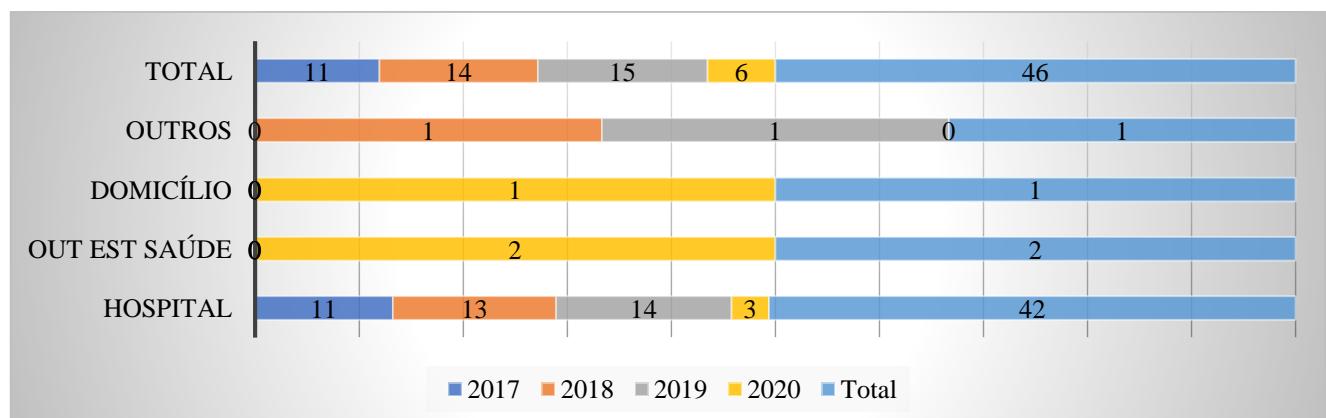
A frequência por Local da Ocorrência dos óbitos, 41 (89,14%) ocorreram no ambiente hospitalar, 2 (4,34%) em outros serviços de saúde, 2 (4,34%) em outros ambientes não especificados e 1 (2,18%) no domicílio. Dos 41 óbitos que ocorreram no ambiente hospitalar, 16 (36,36%) foram na Maternidade Cândida Vargas, 12(27,28%) na Maternidade Frei Damiao, 5(11,36%) Hospital Universitário Lauro Wanderley, 4 (9,09%) Hospital Infantil Arlinda Marques, 2 (4,55%) no Hospital Edson Ramalho, 2 (4,55%) no Centro Municipal de Saúde de Conde e 3 (6,81%) nos demais hospitais.

Gráfico 32. Frequência por Faixa Etária Infantil e ano, Conde, 2021.

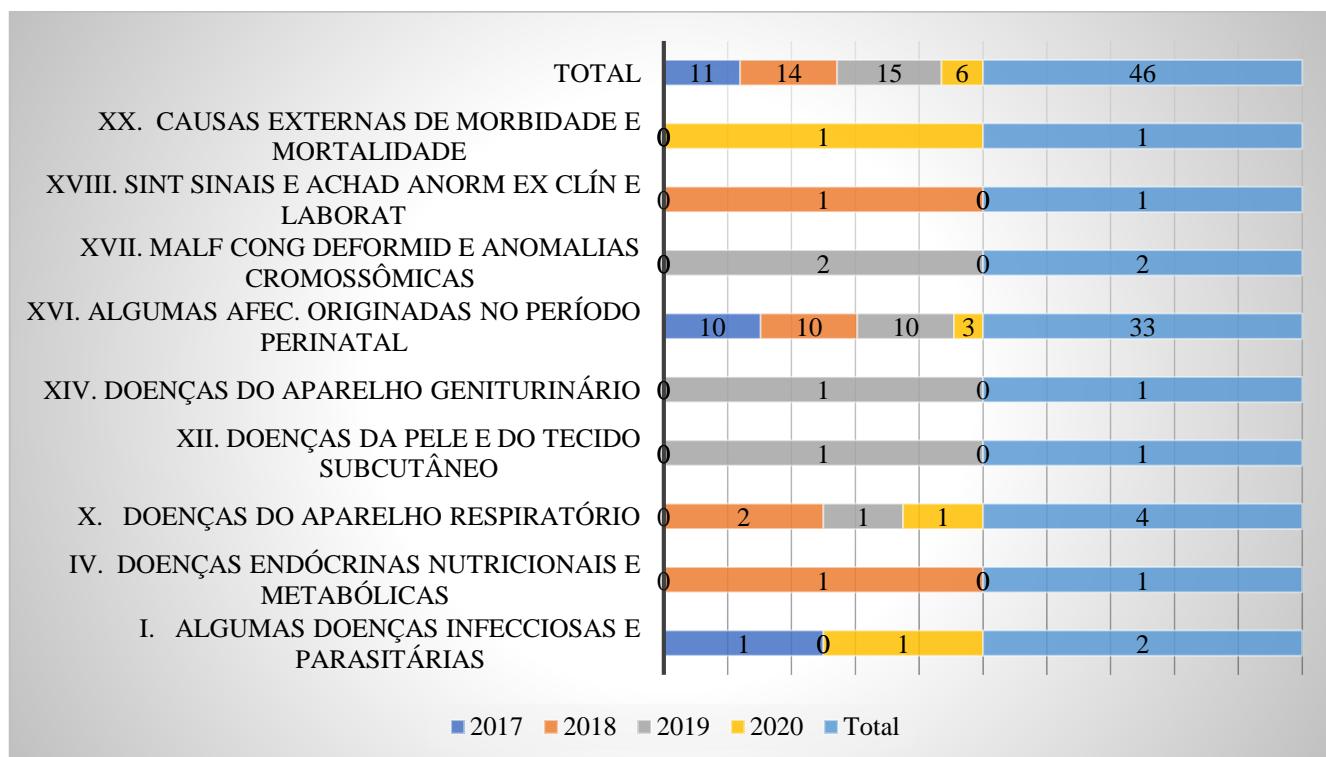


Fonte: SIM.

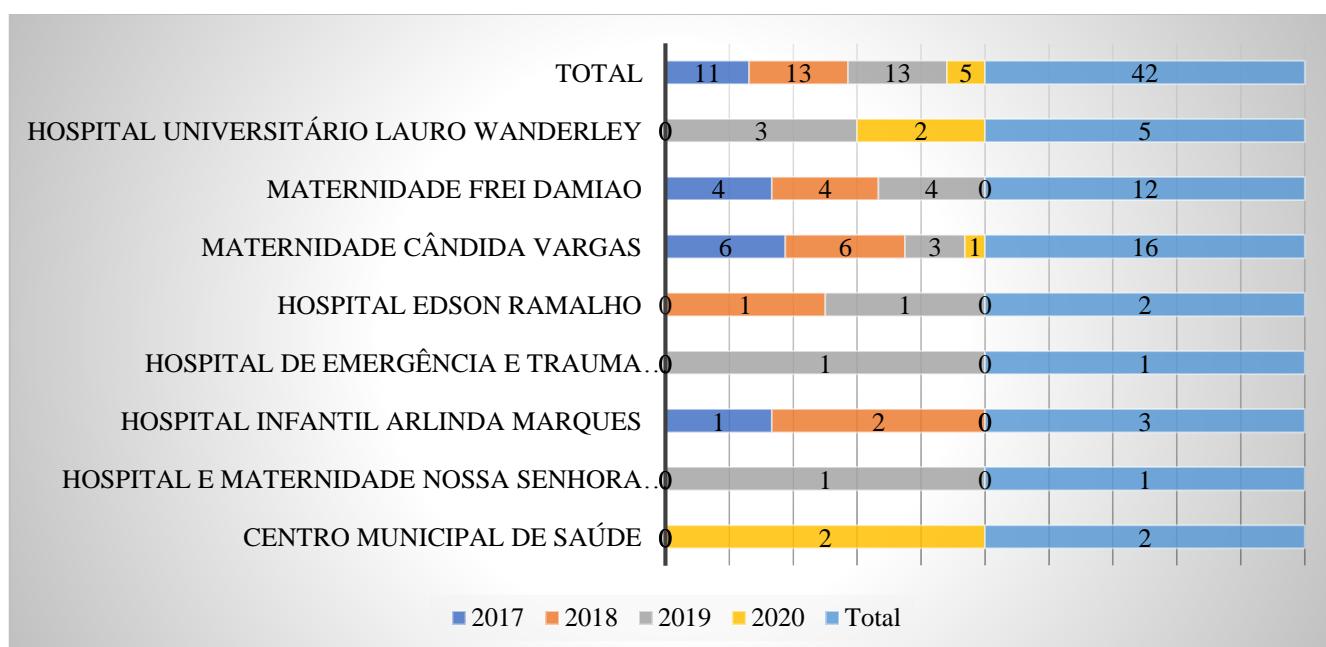
Gráfico 33. Frequência óbitos infantis por Local Ocorrência e Ano, Conde, 2021.



Fonte: SIM.

Gráfico 34. Frequência óbitos Infantis por Capítulo CID10 e Ano, Conde, 2021.

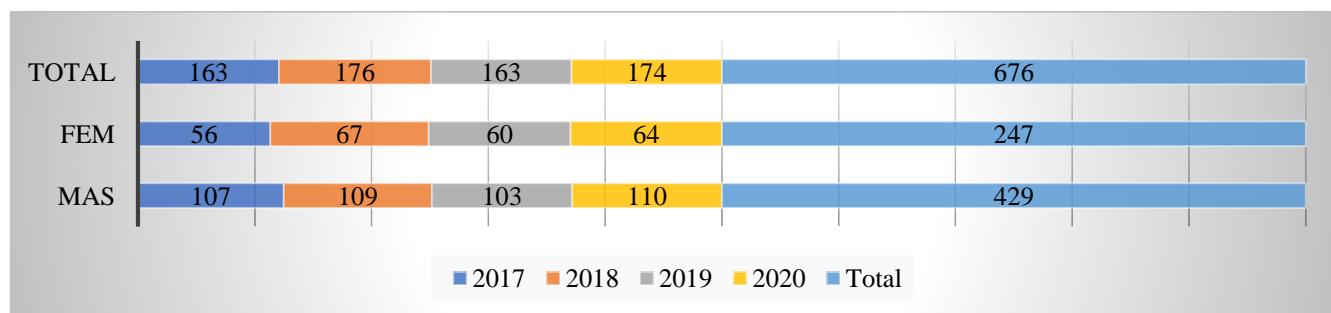
Fonte: SIM.

Gráfico 35. Frequência óbitos infantis por Estabelecimento de Saúde e Ano, Conde, 2021.

Fonte: SIM.

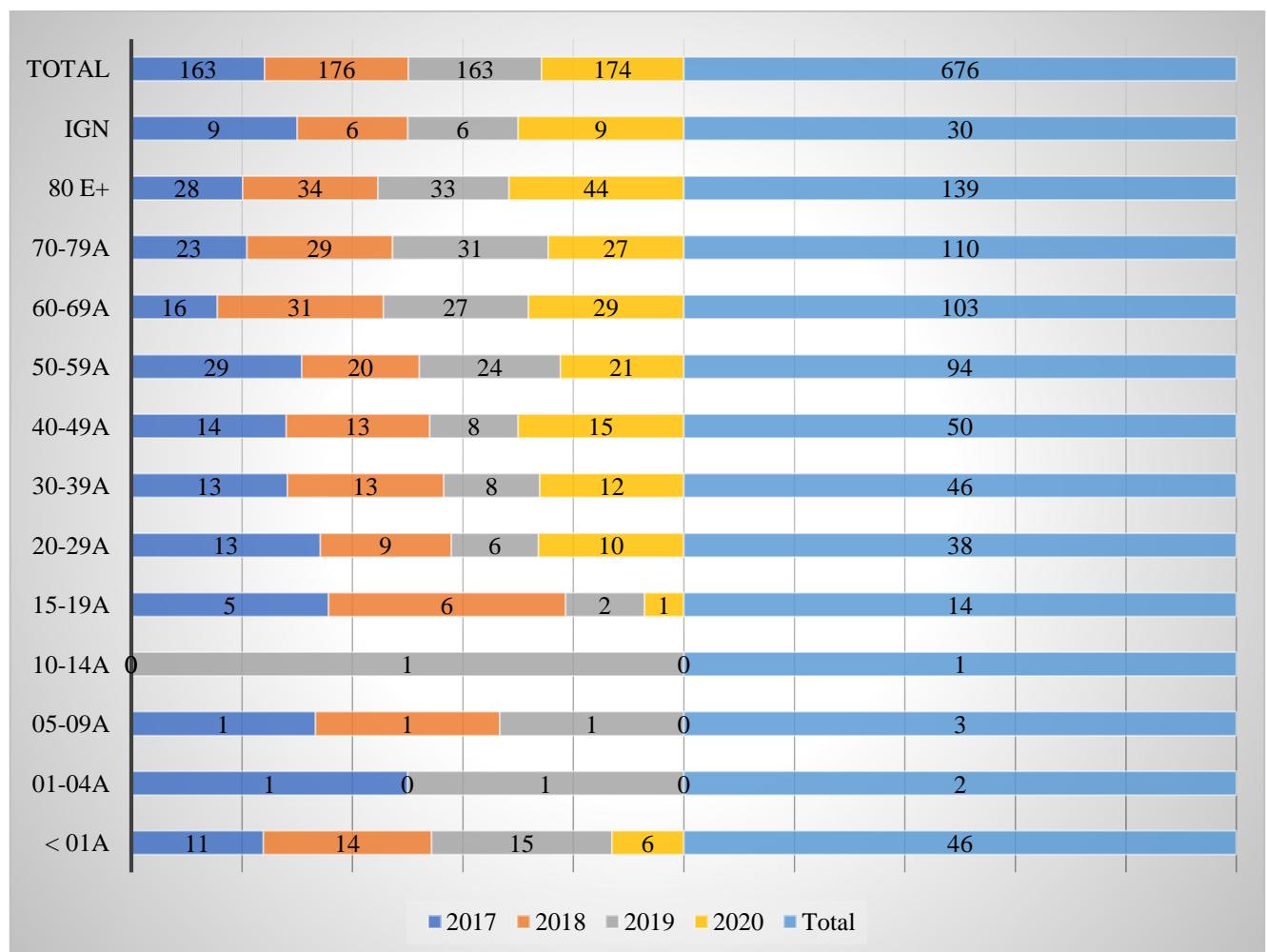
4.4.3 Mortalidade Geral

Gráfico 36. Frequência de óbitos por Sexo e Ano, Conde, 2021.



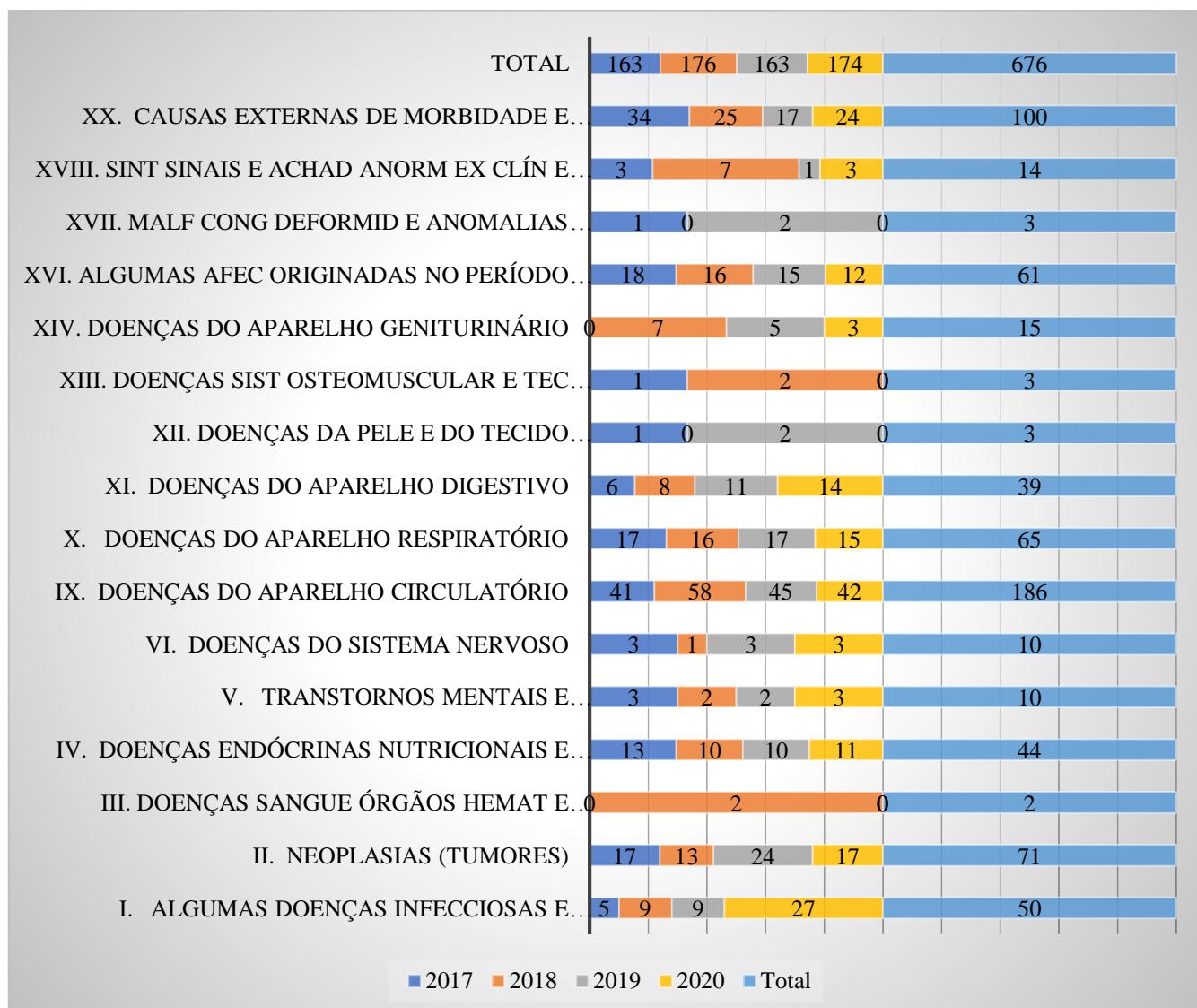
Fonte: SIM.

Gráfico 37. Frequência de óbitos por Faixa Etária e Ano, Conde, 2021.

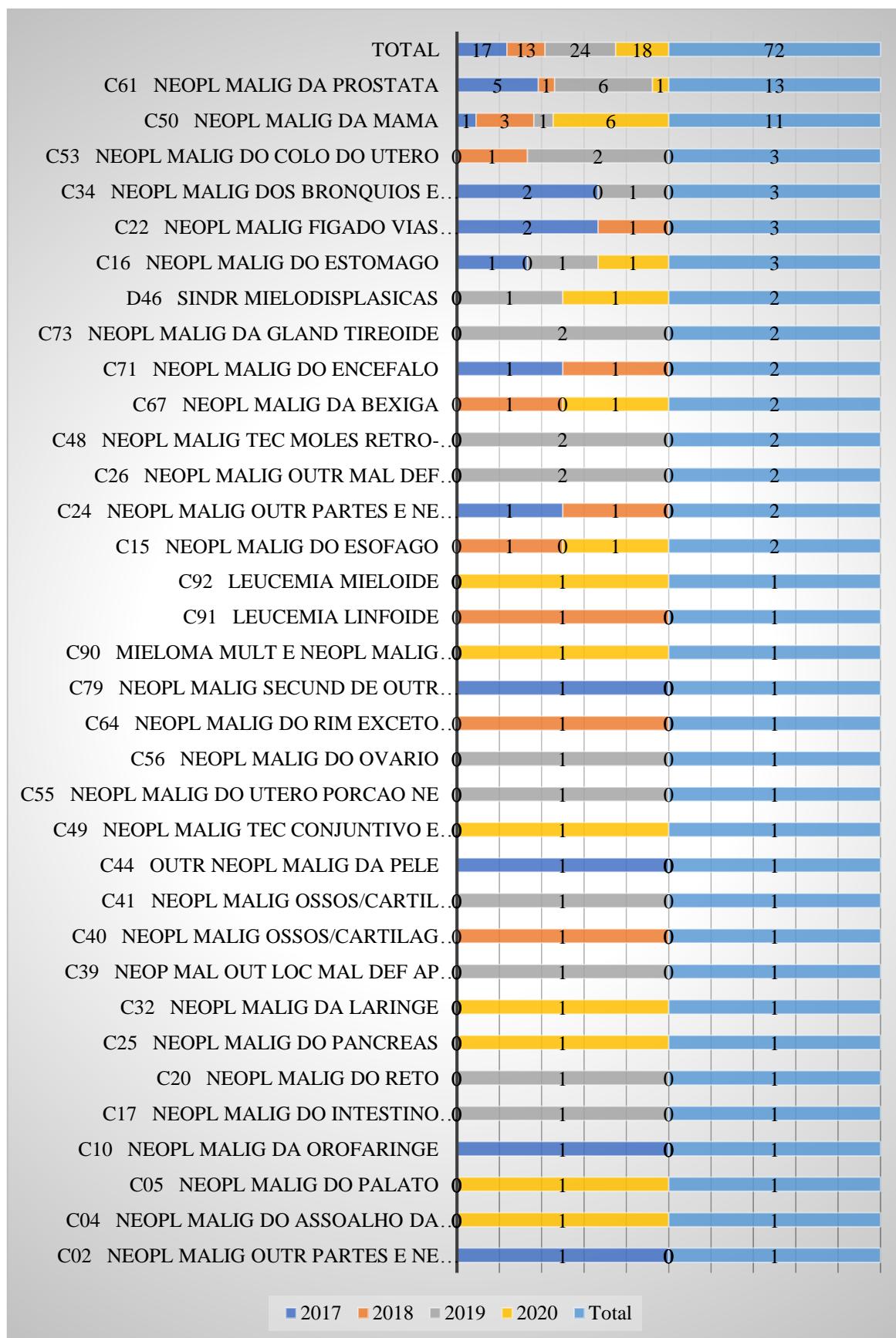


Fonte: SIM.

Gráfico 38. Frequência de óbitos por Causa Geral (Cap CID10) e Ano, Conde, 2021.

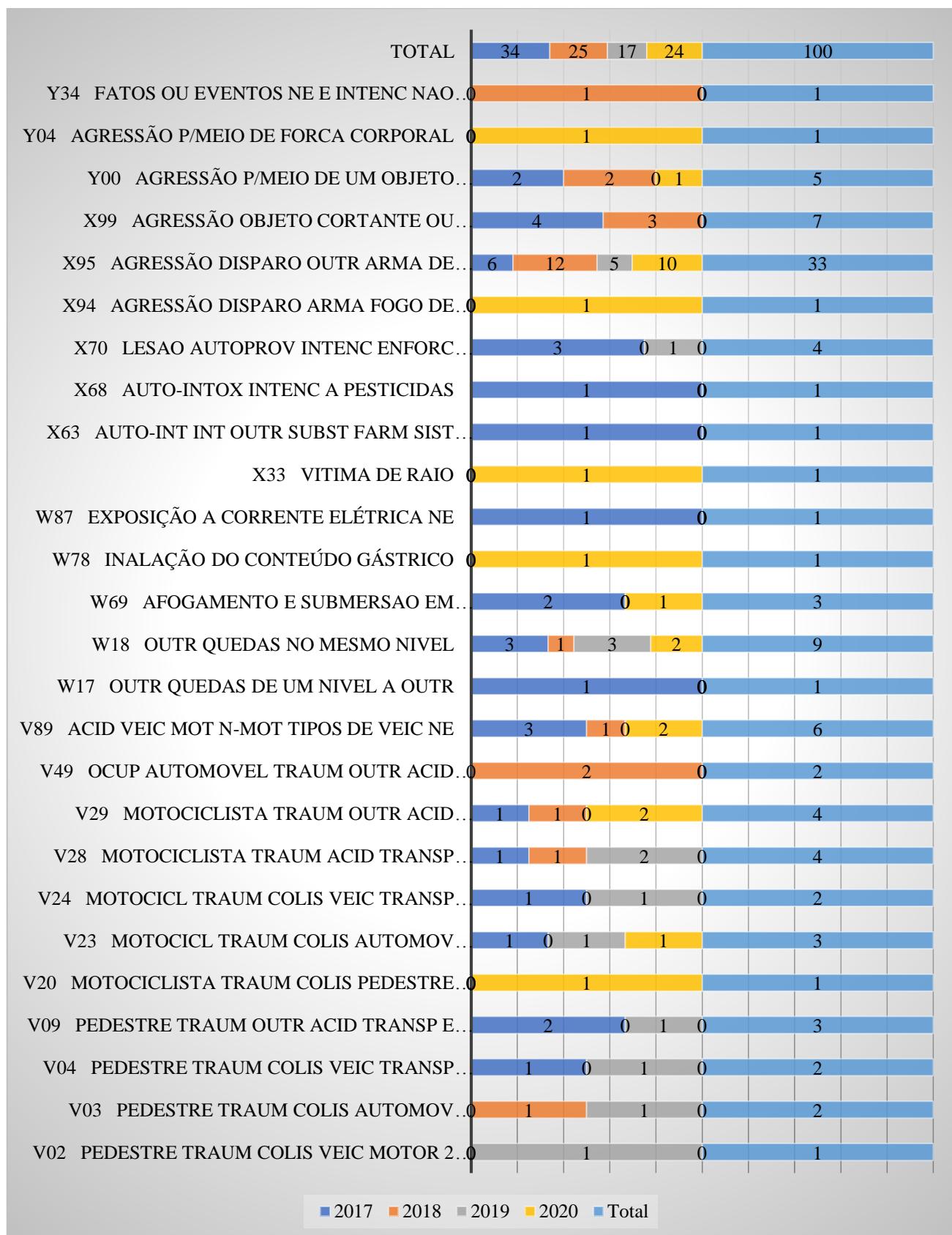


Fonte: SIM.

Gráfico 39. Frequência de óbitos por neoplasias, Conde, 2021.

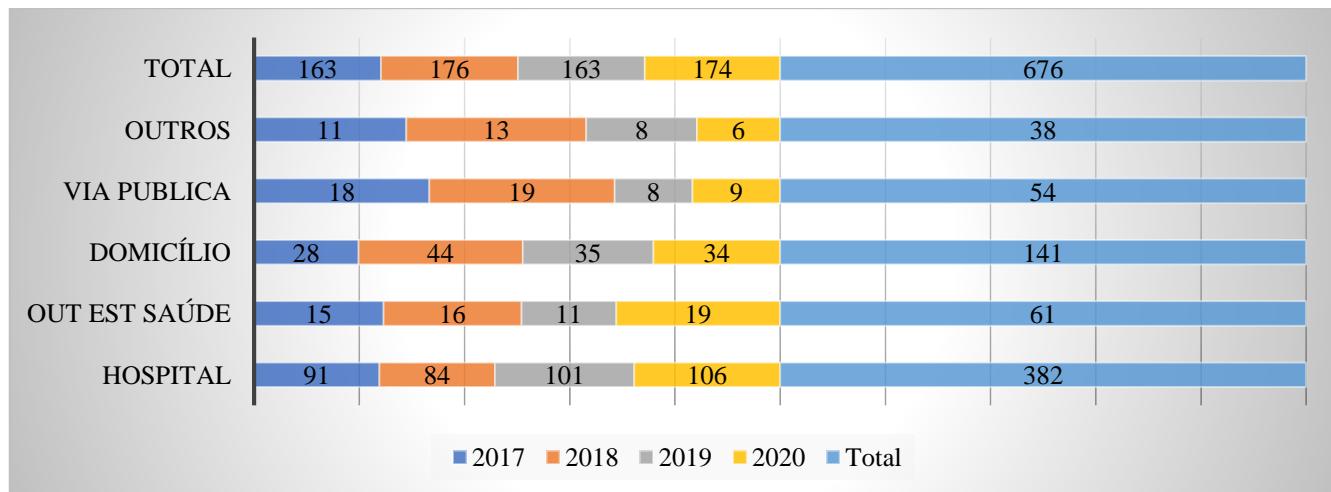
Fonte: SIM.

Gráfico 41. Frequência de óbitos por Causas externas de morbidade e de mortalidade, Conde, 2021.



Fonte: SIM.

Gráfico 41. Frequência por Local de Ocorrência dos óbitos e Ano, Conde, 2021.



Fonte: SIM.

5. Rede de Atenção à Saúde

Considerando que a Regionalização é uma das diretrizes do SUS e um dos eixos estruturantes do Pacto de Gestão, e que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, E por haver a necessidade de definir os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação.

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios; e pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Na portaria em referência, Rede de Atenção à Saúde é **definida** como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e tem por **objetivo** promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

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

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

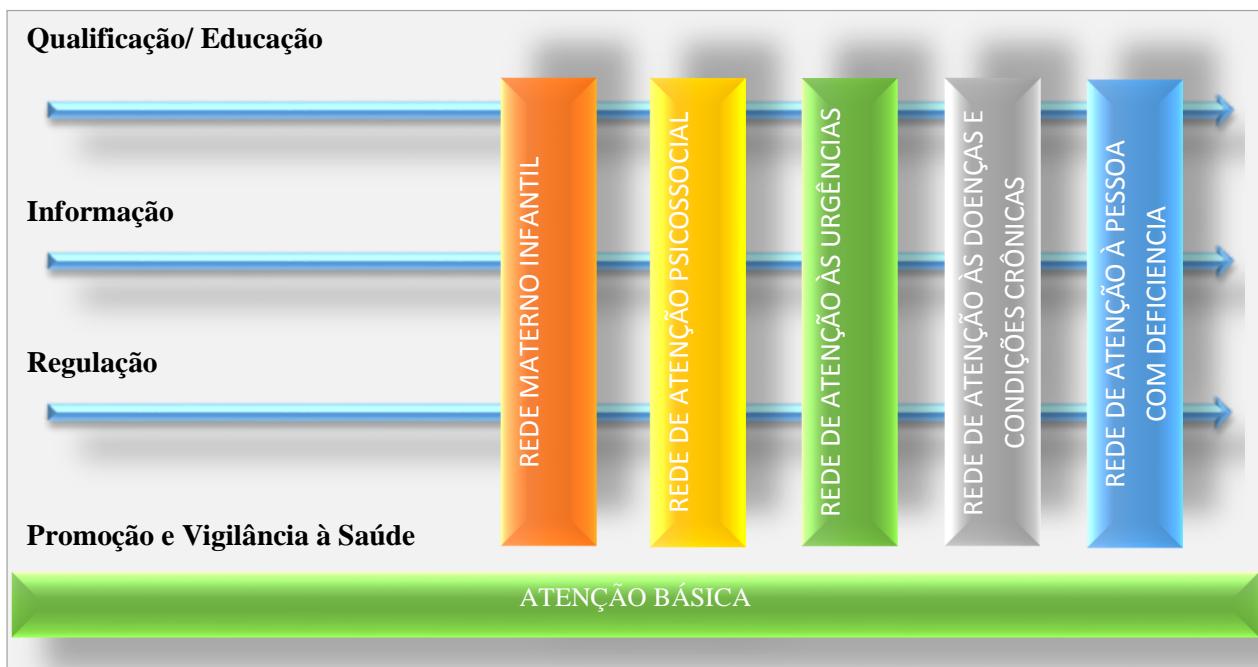
Os **pontos de atenção à saúde** são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) do MS e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências (RAU); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Cada rede temática é formada por componentes específicos, sendo:

- Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação;
- Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia;
- Rede de Atenção Psicossocial: Eixo 1 - Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Eixo 2 - Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 - Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 - Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 - Operacionalização da rede;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação.

Figura 9. Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Mendes, 2011.

5.1. Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde

A operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: **população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.**

- **População e Região de Saúde** - Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.
- **Estrutura Operacional** - A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde, centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.
- **Modelo de Atenção à Saúde** - O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os

diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação das RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemonic no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros.

Alguns desafios são considerados quanto à implementação da RAS, entre eles destacamos:

- Criação de cultura e de práticas de trabalho em rede;
- Utilização do planejamento territorial para a construção das RAS (demora na elaboração dos planos de ação regionais);
- Financiamento ainda insuficiente para a dimensão das necessidades do sistema e inadequado (pagamento por tabela e procedimentos);
- Capacidade gestora ainda insuficiente para o monitoramento de todos os processos;
- Pactos regionais que visam muito mais a captação do recurso e pouca intervenção das práticas assistenciais;
- Pactuação competitiva, pouco solidária e com descumprimento do acordado (falta de repasse dos fundos municipais e estaduais para os prestadores de serviço);
- Implantação de regulação efetiva - processo ainda frágil e burocrático, com pouca decisão gestora de exercê-la;
- Contratualização formal em pequeno número dos estabelecimentos das redes e ausência como regra de metas de qualidade e segurança do paciente;
- Formação, capacitação, qualificação e educação permanente dos trabalhadores;
- Qualificação do cuidado em todos os níveis sem efetivos planos de intervenção, como nos moldes do exercido nos hospitais do S.O.S. Emergências;
- Monitoramento e avaliação dos resultados - aprimoramento dos sistemas de informação;
- Grupos condutores das redes que não exercem papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador e responsável pela tomada de decisão.

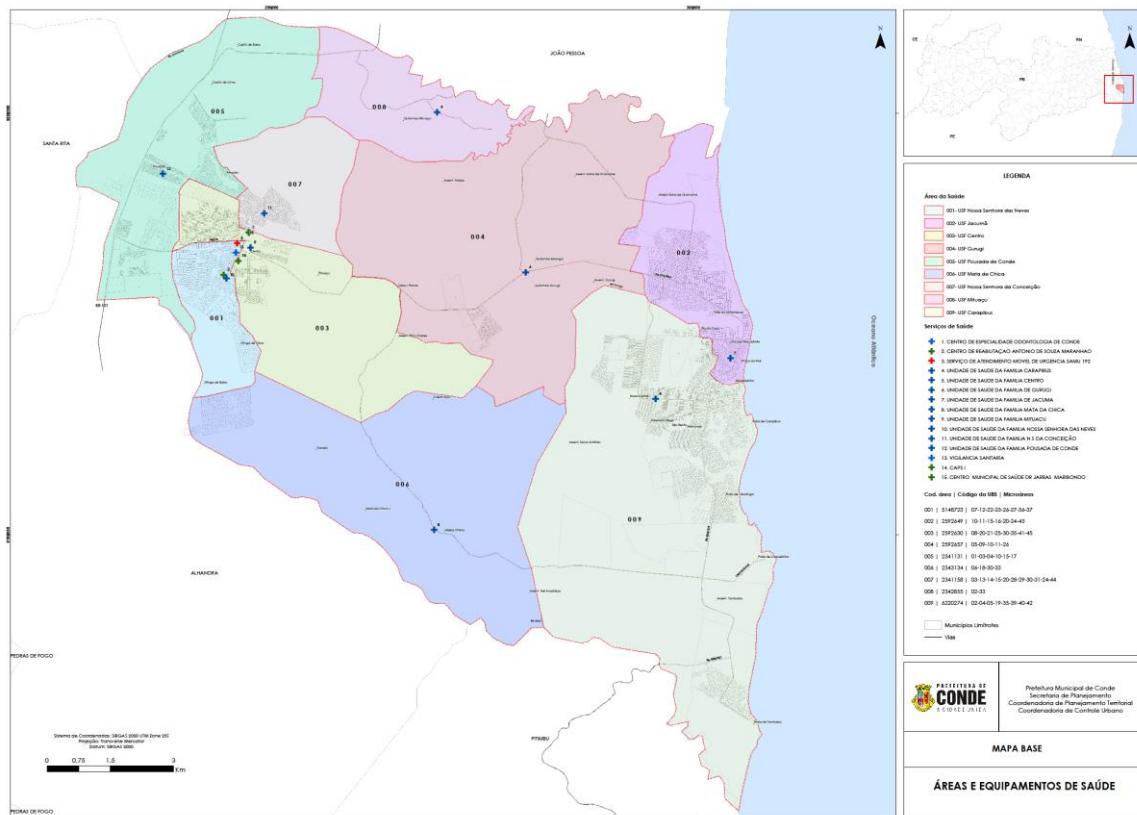
6. Organização do Sistema de Saúde

6.1 Atenção Primária à Saúde

A Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) considera a Atenção Básica como 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 Básica é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, onde os usuários tem acesso a integralidade de suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Em nosso município temos 10 Equipes de Saúde da Família implantadas e temos 02 unidades a serem implantadas no nosso território já aprovadas pelo Ministério da Saúde.

Figura 10. População adscrita por Área das equipes de Saúde da Família, Conde, 2021.



Fonte: Mendes, 2011.

No momento, e considerando a Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, implantamos o prontuário eletrônico - repositório de informações mantidas de forma eletrônica, compreendendo as informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS, ao longo da vida de um indivíduo.

O sistema de prontuário eletrônico atende aos requisitos definidos pelo Ministério da Saúde, inclusive para fins de interoperabilidade, e possuir as seguintes características principais:

- Registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;
- Prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos;
- Emissão de atestados e outros documentos clínicos;
- Solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
- Encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde;
- Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.

6.1.1 Produção Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica.

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS APS para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e
- 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território e Atividade Coletiva.

Nesse sentido, os sistemas e-SUS APS foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da Atenção Primária para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes e unidades da APS, Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Os dados que seguem, foram capturados do SISAB, sendo possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

6.1.2 Programa Previne Brasil

Considerando a Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, e que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, altera 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.

Quanto ao critério de classificação geográfica e a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE, Conde está classificado como município urbano, peso 1 (um).

O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da **capitação ponderada** deverá considerar:

I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);

II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;

III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e

IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O **pagamento por desempenho** é baseado no monitoramento quadrimestral de indicadores clínicos e epidemiológicos, a serem definidos em cada ano: inicialmente, em 2020 focados nas gestantes, saúde da mulher, saúde da criança e nas doenças crônicas. Em 2021, seriam adicionados indicadores relacionados a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tuberculose e saúde bucal, e subtraídos aqueles referentes a gestantes e doenças crônicas. Em 2022, seriam mantidos somente os indicadores de IST, adicionando outros para saúde mental e doenças crônicas, além de alguns “Indicadores Globais”. Na Portaria nº 3.222 de 10 de dezembro 2019, o MS determinou quais seriam os indicadores a serem medidos em 2020 e quais os critérios para a definição dos indicadores de 2021 e 2022.

Tabela 4. Indicadores Previne Brasil 2020, Conde, 2021.

Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação.	$\geq 80,00\%$	60,00%	1
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;	$\geq 95,00\%$	60,00%	1
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;	$\geq 90,00\%$	60,00%	2
Cobertura de exame citopatológico;	$\geq 80,00\%$	40,00%	1
Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;	$\geq 95,00\%$	$\geq 95,00\%$	2
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	$\geq 90,00\%$	50,00%	2
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	$\geq 90,00\%$	50,00%	1

Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html

O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para **ações estratégicas** deverá considerar:

- I - As especificidades e prioridades em saúde;
- II - Os aspectos estruturais das equipes; e
- III - A produção em ações estratégicas em saúde.

Em Conde, o incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

- I - Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- II - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- III - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- IV - Programa Saúde na Escola (PSE);
- V - Programas de apoio à informatização da APS;
- VI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

6.1.3 Vigilância em Saúde

Em 12 de junho de 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do

planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Conforme preconiza o MS, a Vigilância em Saúde municipal está estruturada em:

- **Vigilância Epidemiológica**, caracterizada por um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”, cujo propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas;
- **Vigilância em Saúde Ambiental** que visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

A Epidemiologia ambiental utiliza informações sobre:

- Os fatores de risco existentes (físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos ou psicossociais);
- As características especiais do ambiente que interferem no padrão de saúde da população; e
- Os efeitos adversos à saúde relacionados à exposição a fatores de risco ambientais.

Os sistemas de informações da vigilância ambiental em saúde integram aspectos de saúde e de meio ambiente, permitem a produção de informações estatísticas facilitadoras da interpretação da dinâmica com os demais sistemas e possibilitam a construção e identificação de indicadores de saúde ambiental.

Essas estatísticas podem ser produzidas por meio da interação dos registros dos diversos sistemas da área de saúde com dados ambientais, gerando indicadores que correlacionem variáveis das duas áreas. A Vigilância Ambiental em Saúde deverá dispor de informações específicas dos seguintes sistemas:

- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Fatores Biológicos;
- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Contaminantes Ambientais;
- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado à Qualidade da Água de Consumo Humano (Siságua);

- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado à Qualidade do Ar;
- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado à Qualidade do Solo;
- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado a Desastres Naturais;
- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado a Acidentes com Produtos Perigosos;
- outros sistemas que se fizerem necessários.

A Vigilância Ambiental em Saúde deve utilizar como ferramenta fundamental o georreferenciamento de dados que é o processo usado para referenciar registros tabulares a um lugar da superfície da terra ou unidade territorial (bairro, município, localidade, etc.), possibilitando assim, a elaboração de mapas de risco capazes de auxiliar a tomada de decisão nas diversas instâncias do SUS.

A Portaria GM/MS Nº 888, de 4 de maio de 2021, que altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, traz como Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - Exercer a vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com o responsável por SAA ou SAC, no Programa Vigiagua e a Diretriz nacional do plano de amostragem da vigilância da qualidade da água para consumo humano;

II - Elaborar, quando necessário, normas pertinentes à vigilância da qualidade da água complementares às disciplinas estadual e nacional;

III - Manter atualizados no Sisagua os dados de cadastro, controle e vigilância das formas de abastecimento de água para consumo;

IV - Autorizar o fornecimento de água para consumo humano, por meio de sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, considerando os documentos exigidos no Art. 15 deste Anexo;

V - Autorizar o fornecimento de água para consumo humano por meio de carro-pipa;

VI - Realizar inspeções sanitárias periódicas em sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água e carro-pipa;

VII - Solicitar anualmente ou sempre que necessário, o plano de amostragem ao responsável por SAA ou SAC;

VIII - Emitir parecer sobre o plano de amostragem elaborado pelos prestadores de serviço em até 30 dias após o recebimento;

IX - Inserir, no Sisagua, os dados do monitoramento de vigilância da qualidade da água para consumo humano;

X - Analisar as informações disponíveis sobre as formas de abastecimento de água para consumo humano, com o objetivo de avaliar o cumprimento dos dispositivos deste Anexo e, quando identificadas não conformidades, proceder com as ações cabíveis, dentre outras ações:

1 - Comunicar imediatamente ao responsável por SAA ou SAC as não conformidades identificadas;

2 - Informar imediatamente às entidades de regulação dos serviços de saneamento básico sobre as não conformidades identificadas, no que couber;

3 - Comunicar imediatamente à população, de forma clara e acessível, sobre os riscos associados ao abastecimento de água e medidas a serem adotadas;

XI - Determinar ao responsável por SAA ou SAC, quando verificadas não conformidades que apontem para situações de risco à saúde, que:

1 - Elabore plano de ação;

2 - Adote e informe as medidas corretivas;

3 - Amplie o número mínimo de amostras;

4 - Aumente a frequência de amostragem; e/ou

5 - Inclua o monitoramento de parâmetros adicionais;

XII - Intensificar as ações do Programa Vigiagua quando ocorrerem eventos de massa, situações de risco a saúde ou eventos de saúde pública relacionados ao abastecimento de água para consumo humano;

XIII - Realizar as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano nas áreas urbanas e rurais, incluindo comunidades tradicionais, aglomerados subnormais, grupos vulneráveis e comunidades indígenas localizadas na sede do município e em terras indígenas não homologadas, neste caso de forma articulada com o respectivo Distrito Sanitário Especial Indígena;

XIV - Avaliar o atendimento dos dispositivos deste Anexo, por parte do responsável por SAA ou SAC, notificando-os e estabelecendo prazo para sanar a(s) irregularidade(s) identificada(s);

XV - Encaminhar, imediatamente, aos responsáveis pelo controle da qualidade da água para consumo humano e as respectivas agências reguladoras, informações referentes aos eventos de saúde pública relacionados à qualidade da água para consumo humano; e

XVI - Solicitar aos prestadores de serviço as informações sobre os produtos químicos utilizados no tratamento de água para consumo humano e sobre os materiais que tenham contato com a água para consumo humano durante sua produção, armazenamento e distribuição.

O SISAGUA é o sistema de informação que gerencia as informações de qualidade da água, tais como os resultados de laudos de análise para potabilidade, além dos dados de cadastros dos Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas e Individuais, atuando como um instrumento de trabalho dentro do Programa Nacional VIGIAGUA. Tem como finalidade auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde a partir dos dados gerados rotineiramente pelos profissionais do setor saúde (Vigilância) e responsáveis pelos serviços de abastecimento de água (Controle) e da geração de informações em tempo hábil para planejamento, tomada de decisão e execução de ações de saúde relacionadas à água para consumo humano.

Em Conde pactuamos na Pactuação Interfederativa o indicador Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, fazendo assim, o controle da qualidade da água para consumo humano.

- **Vigilância em Saúde do Trabalhador** que se caracteriza por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho;
- **Vigilância Sanitária**, entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

O Plano de Ação Municipal de Vigilância Sanitária é um instrumento de programação e planejamento local, constituído de dados, informações e documentos, que deve ser preenchido de acordo com a necessidade de desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária e disponibilidade de Recursos Humanos considerando os critérios de pactuação e disponibilidade de recursos financeiros. Foi planejado pela equipe de Vigilância Sanitária, com a participação da Secretaria Municipal de Saúde, demais órgãos e setores da estrutura municipal, envolvidos técnica, operacional e financeiramente com a situação e atividades de Vigilância Sanitária.

No que se refere a prestação de serviços, podemos mencionar a vigilância de estabelecimentos, restaurantes, lanchonetes, padarias, sorveterias, estabelecimentos escolares, entre outros, através de inspeção, verificação de procedimentos, divulgação e educação em saúde para a população e equipe multiprofissional. Neste momento de Pandemia contra a COVID-19 que estamos enfrentando as equipes foram de real importância para fiscalizar nas ruas o cumprimento dos decretos e nos ajudar com a execução das leis e contenção do vírus.

Consideramos aqui um Programa de grande relevância da Vigilância em Saúde: o **Programa Nacional de Imunizações** (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, que é responsável pela política nacional de imunizações e tem como missão reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira. É um dos maiores programas de vacinação do mundo, sendo reconhecido nacional e internacionalmente.

Em tempos de COVID-19, alertamos para a importância de manter em dia a vacinação de rotina. A rápida escalada e a disseminação global da COVID 19 são uma grande preocupação. Esse cenário traz com ele o risco da descontinuidade da vacinação rotineira. Tanto por conta da carga relacionada à COVID-19 sobre o sistema de saúde quanto da diminuição da demanda em função do distanciamento social necessário e de uma possível relutância da comunidade em se vacinar.

Estamos trabalhando no momento atual com a vacinação de rotina nas Unidades Básicas de Saúde e com 2 (duas) importantes Campanhas de Vacinação, como a COVID-19 e INFLUENZA. Na vacinação de rotina e campanhas ofertamos 20 tipos de imunobiológicos para atender a crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos com a vacinação da população conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para crianças, adolescentes, adultos e idosos.

6.1.4 Imunizações

Tabela 5. Cobertura Vacinal, Conde, 2021.

Imuno	2017	2018	2019	2020	Total
Total	66,56	49,31	63,31	55,61	58,40
BCG	3,96	4,78	8,05	18,12	8,59
Hepatite B em crianças até 30 dias	4,18	2,59	4,03	15,44	6,43
Rotavírus Humano	86,37	71,12	86,58	80,09	80,77
Meningococo C	94,73	69,32	90,60	77,18	82,60
Hepatite B	85,05	61,55	63,31	65,32	68,67
Penta	85,05	61,55	63,31	65,32	68,67
Pneumocócica	99,12	74,70	96,87	80,09	87,36
Poliomielite	80,66	60,16	88,59	68,46	74,07
Poliomielite 4 anos	76,57	36,23	74,64	64,01	62,86
Febre Amarela	0,00	0,20	0,22	14,32	4,73
Hepatite A	82,64	61,16	78,97	67,56	72,29
Pneumocócica(1º ref)	95,16	67,13	85,01	59,73	76,55
Meningococo C (1º ref)	96,70	67,33	81,88	70,69	78,88
Poliomielite(1º ref)	80,00	55,38	70,92	67,79	68,18
Tríplice Viral D1	93,63	76,89	91,95	88,81	87,52
Tríplice Viral D2	67,25	58,76	78,30	57,49	65,26
Tetra Viral(SRC+VZ)	25,93	10,76	11,63	5,15	13,34
DTP REF (4 e 6 anos)	87,92	43,48	63,53	54,35	62,32
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	84,62	51,79	53,91	74,05	65,75
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	1,54	38,24	55,38	34,07	32,31
dTpa gestante	2,86	58,90	82,42	40,88	46,26

Fonte: SIPNI.

6.2 Atenção Especializada

Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a atenção especializada é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, implantando um modelo de cuidado compartilhado e a definição de um sistema de

educação permanente com participação dos especialistas. Está inserida na Rede de Atenção à Saúde visando à integralidade das ações de saúde para a população.

6.2.1 Atenção à Urgência e Emergência

As unidades de atenção as urgência e emergência são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor a rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e realizar a contra referência para os demais pontos de atenção do sistema municipal de saúde, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

A atenção à urgência e emergência deve nortear-se na resolução das condições agudas de urgência e emergência. Cabe a Rede de Atenção às Urgências e Emergências orientar os diversos níveis de atenção à saúde para identificar, no menor tempo possível e com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção mais adequado para a sua resolução.

A Rede de Atenção à Urgência e Emergência é organizada nos seguintes serviços de saúde:

- Componente Pré-hospitalar Móvel: SAMU 192
- Componente Pré-hospitalar Fixo:
 - Pronto Atendimento Dr. Jarbas Vinagre Maribondo (Centro e Jacumã)
 - Unidade de Pronto Atendimento 24h (em processo de implantação)
- Componente de Atenção Domiciliar: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

6.2.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

O SAMU 192 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, de 2003, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública prestando socorro à população em casos de emergência. Tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível.

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

6.2.3 Pronto Atendimento

O Pronto Atendimento do Conde trata-se de um estabelecimento que funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. No município do Conde está unidade é a porta de entrada para urgências e emergências. A unidade dispõe de uma sala azul com três poltronas, uma sala verde com três poltronas, uma sala vermelha com dois leitos, uma pediatria com duas camas hospitalares e uma sala COVID com também duas camas hospitalares. É uma estrutura simples que oferece eletrocardiograma, exames laboratoriais diurnos e leitos de observação para estabilização do paciente e encaminhamento para uma unidade hospitalar por meio da central de regulação. Em outros casos, são orientados retorno para unidade básica de saúde na busca do cuidado continuado. Nos finais de semana e feriados, existe uma extensão do pronto atendimento em Jacumã. No momento registramos a solicitação de readequação da UPA, que encontra-se tramitando junto ao Ministério da Saúde.

6.2.4 Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)

Nosso serviço está na modalidade AD2, e a equipe é composta por 08 profissionais para atender toda população desta cidade. Contamos com os profissionais: fisioterapeuta, enfermeiro, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogo, médico e coordenador do programa.

O serviço destina-se aos usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Seu objetivo é a diminuição no quantitativo de óbitos domiciliares, desospitalização, diminuir os filas no serviço e urgência e emergência, evitar internações por agravamento do quadro clínico, tendo como meta aumentar os atendimentos a nível de 95% da população com perfil para admissão, atender todos os admitidos com todos os benefícios que o programa contempla e proporcionar mais visibilidade a este serviço que é tão importante para população da cidade de Conde.

6.2.5 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I)

O CAPS são Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades. É um serviço de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mentais persistentes, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Tem como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS oferta um trabalho humanizado, acolhendo o usuário e suas queixas emocionais como legítimas, proporcionando ao usuário um lugar que o mesmo possa encontrar a melhora e voltar ao convívio social, inclusão em programas sociais. Além disso, realiza campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas; visitas domiciliares coletivas com profissionais do CAPS; Projeto terapêutico, entre outras ações.

6.2.6 Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CER-II)

Em setembro de 2016, por meio da Resolução nº 32/16, a Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba aprovou a habilitação do Centro de Especializado em Reabilitação tipo CER II (modalidade física e auditiva) no Município de Conde/PB. O serviço após processo de regionalização deverá passar a atender também a demanda dos municípios de Alhandra, Caaporã e Pitimbu.

O serviço de saúde disponibilizado pelo Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CER II) do Município de Conde/PB tem como intuito proporcionar assistência qualificada à pessoa com deficiência física e auditiva, visando assegurar o acompanhamento e cuidado, propiciando assim aos usuários desde o diagnóstico a intervenção, além de promover acessibilidade para inseri-los na sociedade de forma plena e produtiva.

O CER II faz parte da rede especializada de assistência a pessoa com deficiência, com proposta de atendimento norteada pelo Plano Viver Sem Limites do Ministério da Saúde. O Serviço apresenta uma equipe multiprofissional, sendo composta por profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, assistência social, enfermagem e uma equipe médica com neurologista adulto, ortopedista adulto e infantil e otorrinolaringologista adulto e infantil, o serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira das 07:00h as 16:00h, sendo realizado na sexta grupos terapêuticos de promoção e prevenção a saúde.

6.2.7 Centro de Especialidades e Exames Nelson Albino Pimentel

O Centro de Especialidades e Exames tem como objetivo oferecer soluções em saúde por meio de consultas médicas. São disponibilizadas consultas e exames de segunda a sexta-feira em diversas especialidades, tais como:

- Dermatologia
- Cirurgia geral
- Psiquiatria
- Pediatria
- Neuropediatria
- Cardiologia

- Psicologia
- Nutricionista
- Serviço social
- Enfermeiros, técnicos
- Eletrocardiografia
- Risco cirúrgico
- Ultrassonografias

6.2.8 Laboratório

No laboratório é realizado as coletas para análise dos exames de sangue, urina, fezes e sorologias. Trabalhamos de forma humanizada para que nossos pacientes se sintam acolhidos e tenha um atendimento de qualidade. Isto porque, nossa unidade realiza um serviço essencial, já que é daqui que sai os resultados que vão interferir diretamente para o início, ou continuidade de qualquer tratamento. As entregas dos resultados, dependendo do exame, são liberados em apenas dois dias úteis.

6.3 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica está inserida na Política Nacional de Saúde, e atribui aos municípios à seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e promoção da qualidade dos produtos e serviços ofertados.

A assistência farmacêutica em Conde está composta atualmente por uma Unidade de Farmácia Básica, situada na Central de Abastecimento Farmacêutica. No qual estão centralizados os serviços de dispensação de medicamentos para a população do município, estes são dispensados apenas com receituário médico do Sistema Único de Saúde.

A dispensação dos medicamentos é referenciada do componente de assistência farmacêutica básica conforme portaria GM nº 4217 de 28 de dezembro de 2010. Além destes, são dispensados também, os medicamentos via processo administrativo e judicial.

Sabendo da importância e da influência da Assistência Farmacêutica, mais especificamente da Atenção Farmacêutica no processo de uso de medicamentos, que se reconhece hoje ser multidisciplinar, prioriza-se o fornecimento de medicamentos para pacientes que fazem parte de algum programa de saúde desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como: Programa de Hipertensão e Diabetes e Gestantes.

6.3.1 Sistema de Implantação de farmácias Polo nas unidades básicas de Saúde do município de Conde-PB.

No intuito de facilitar o acesso da população de Conde ao medicamento, e favorecer o acompanhamento da utilização dos fármacos promovendo a melhoria na qualidade assistencial, surge à necessidade de implantar Farmácias Satélites (polos de dispensação de medicamentos).

Após observação das macro regiões do município, analisando a densidade populacional, sugere-se que seis Unidades Básicas de Saúde do município em localizações estratégicas tenham as farmácias satélites.

São elas: Unidade Carapibus, Unidade Centro, Unidade Conceição, Unidade Neves, Unidade Mata da Chica e Unidade Pousada. A Unidade Carapibus atenderá as prescrições advindas das Unidades Jacumã e Village, Unidade Neves atenderá a Unidade Gurugi e a Unidade Pousada atenderá a Unidade Mituaçú.

A presença do farmacêutico proporciona um melhor controle de estoque e maior segurança para o paciente reduzindo erros de dispensação. Como também, garante o respeito a Resolução nº 577 de 25 de julho de 2013, em seu Art. 2º que diz:

“A empresa ou estabelecimento que exerça como atividade principal ou subsidiária o comércio, venda, fornecimento, dispensação, distribuição de drogas e medicamentos deverá dispor, obrigatoriamente, de um farmacêutico diretor técnico ou farmacêutico responsável técnico.”

Os medicamentos descritos na Portaria 344/98 e seus adendos, medicamentos e insumos provindos das demandas especiais e demandas judicializadas, continuarão sendo dispensados somente na farmácia central. Os demais serão dispensados somente nas unidades polo. Vale salientar que não haverá dispensação de medicamentos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). As demandas serão supridas pela Farmácia Central.

6.3.2 Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica

Quanto a informatização da Assistência Farmacêutica, e considerando a Portaria Nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, que institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), traz em seu bojo o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (**HÓRUS**), que no momento fizemos a adesão e encontrasse em fase de implantação, cujo objetivos são:

- Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica municipal;
- Monitorar e avaliar as ações da Assistência Farmacêutica;

- Contribuir para o planejamento dos serviços;
- Conhecer o perfil de acesso e utilização de medicamentos pela população;
- Otimizar os recursos financeiros;
- Qualificar a atenção à saúde prestada aos usuários do SUS;
- Oferecer uma base de dados para consolidar a elaboração de indicadores;
- Contribuir com a formação da Base Nacional de dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica no SUS.

6.3.3 Projeto Acolher

A captação dos usuários será realizada através de visitas domiciliares por Agentes Comunitários de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família com o apoio da Equipe Multidisciplinar para identificar e acompanhar a demanda individualizada por meio de uma ficha cadastral junto de documentos pessoais, laudos, exames e prescrições atualizadas com vigência para 6 (seis) meses. Toda a dispensação será realizada na Farmácia Central do Município, após o cadastramento e processo de compra. o objetivo é realizar cadastramento dos usuários do município de Conde a fim de garantir, qualificar e ampliar a assistência integral de suas necessidades especiais. Tais como: pacientes acamados, com síndromes, neuropatias, deficiências físicas e mentais ou quaisquer outros tipos de demandas que requer atenção especial.

6.3.4 Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria

A Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. O setor de regulação é a porta de entrada de todos os encaminhamentos relacionados a consultas especializadas, cirurgias e exames médicos de Média e Alta complexidade. É o setor mais complexo da Secretaria de Saúde, apesar dos avanços novos desafios se apresentam.

A regulação vem envidando esforços para organizar, reestruturar e ampliar suas ações reguladoras, buscando manter uma integração com todas as unidades da ESF, expandindo para os serviços especializados, para que se agilize as necessidades dos pacientes. No ano de 2013 a SMS implantou o SISREG III, para regular os procedimentos ofertados pela rede própria municipal e gradativamente todos os serviços ofertados irão sendo implementados neste sistema, proporcionando a população acesso mais rápido e qualificado as necessidades de saúde pro ele apresentadas.

Considerando o Parque Tecnológico da Saúde de Conde e as relações intermunicipais para garantia do acesso dos municípios, o município fez adesão aos módulos Ambulatorial e Hospitalar, com perfil exclusivo para solicitação de agendamentos através da Central de Marcação de Consulta – CMC, considerando a Programação Pactuada Integrada - PPI.

6.4 Saúde Bucal

O município de Conde investe na atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família como reorganização do Sistema Único de Saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde a porta de entrada para o fortalecimento do sistema. Tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, sendo 100% com equipe de saúde bucal. A rede de assistência odontológica do município de Conde conta com 10 equipes de saúde bucal na atenção básica, composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, um Centro de especialidades odontológicas (CEO tipo I).

As equipes de saúde bucal inseridas na estratégia de saúde da família têm possibilitado o atendimento odontológico aos usuários da área de abrangência, tendo como objetivo além do atendimento clínico dos indivíduos a promoção e prevenção dos agravos, e com isso diminuir da prevalência das doenças bucais. Para isso, buscamos trabalhar com indicadores de saúde, para construção de planejamento e a organização do serviço, na busca de tentar diminuir os efeitos da odontologia assistencialista e mutiladora do passado.

A secretaria de Saúde através do Centro de Especialidades odontológicas possibilita a população ter acesso a serviços com as seguintes especialidades: Urgência e Emergência, PNE(Pacientes com Necessidades Especiais), radiologia, estomatologia, endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgia buco maxilofacial e clínico geral. Sendo um total de 10 (DEZ) cirurgiões-dentistas. No eixo de reabilitação o município também dispõe de um Laboratório de Prótese Dentária. As prioridades do setor odontológico estão pautadas na melhora das condições de saúde bucal da população, sendo meios para isso:

- Fortalecimento da atenção básica por meio do Previne Brasil;
- Organização assistência saúde do escolar através do PSE (Programa de Saúde Escolar);
- Elaboração do Levantamento Epidemiológico dos agravos de saúde bucal nas áreas de abrangência das Estratégias de saúde da família;
- Melhora no sistema de referência e contra referência entre atenção básica e o centro de especialidades;
- Capacitação dos profissionais através da Educação Permanente.

A atenção odontológica no município de Conde visa à promoção, prevenção e reabilitação da população de forma integral e humanizada. Os serviços estão organizados de maneira que seja possível a assistência na atenção básica e especializada inseridas nos diversos programas existentes no município.

7. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Considerando a Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, e que tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, é nossa referencia para tratarmos da Gestão do trabalho e da educação na saúde.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

A Gestão do trabalho e da educação na saúde tem como principais finalidades, dentre outras:

- Promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- Elaborar e propor políticas de formação e de desenvolvimento profissional para essa área;
- Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde;
- Promover a articulação com órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor saúde; promover a integração dos setores da saúde e da educação para fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;
- Planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do sus, relativos a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde;
- Planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do sus na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde;
- Planejar e coordenar ações visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde.

Quanto as responsabilidades do município, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pela Comissão Intergestores Regional:

- Garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;
- Monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;
- Assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

- Estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e
- Desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

Compete ao gestor municipal de saúde:

- Executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;
- Coordenar, em âmbito municipal, a implementação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- Conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no conselho municipal de saúde (CMS);
- Desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS;
- Constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- Participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;
- Articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- Regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;
- Implementar, na rede de atenção à saúde do sus, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- Instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os

trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental;

- Elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;
- Capacitar, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e
- Promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

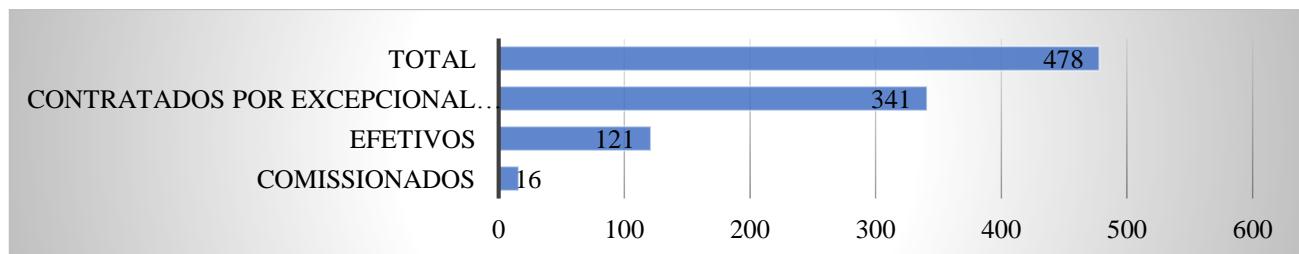
Para a implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde, se faz necessário considerar alguns Programas e Políticas devido as afinidades existentes entre elas para um melhor desempenho da Gestão do Trabalho na Saúde, entre elas:

- Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS;
- Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);
- Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS;
- A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (ProgeSUS);
- Comitê de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps);
- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde);
- Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde);
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde);
- Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS);
- Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência);
- Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde (Residência);
- Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH);
- Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS);
- Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (InforSUS);

- Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS);
- Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS);

Considerando o Quadro de Pessoal da SMS no mês de maio 2021, consta 478 colaboradores, sendo 341(71,33%) Contratados por Excepcional Interesse Público, 121 (25,32%) Efetivos e 16 (3,35%) Comissionados, conforme discriminado nos Gráficos que seguem:

Gráfico 42. Trabalhadores da Saúde, Conde, 2021.



Fonte: SAGRES. TCE/PB.

8. Gestão do Plano Municipal de Saúde

Frente aos resultados, é apresentada uma síntese das recomendações dos diferentes documentos analisados, para cada uma das cinco áreas previamente analisadas: **Acesso, Qualidade, Cidadania, Políticas Saudáveis e Sustentabilidade**. Esta organização identifica as principais temáticas dentro de cada área e discrimina as principais recomendações para cada temática.

Acesso

Reducir as desigualdades existentes no acesso a cuidados de saúde

- Melhorar a acessibilidade da população aos cuidados de saúde primários, através do desenvolvimento de serviços de proximidade, bem como de serviços na comunidade, fornecidos em unidades mais pequenas de prestação de cuidados ou por equipas móveis.
- Criação de serviços de transportes mais eficazes, com tempos de resposta melhorados.
- Desenvolvimento de novos esquemas e estratégias de transportes a nível regional.
- Fomentar a prestação de cuidados básicos de proximidade e cuidados na comunidade, relevando o papel das farmácias. Além destas, também as consultas telefónicas, o correio electrónico e outras tecnologias de informação e de comunicação, são consideradas formas de melhorar o acesso aos serviços de saúde.

- Maior flexibilidade no trabalho dos profissionais, de forma a reforçar o acesso dos cidadãos e, simultaneamente, desenvolver estratégias para fixar profissionais nas áreas onde existe um déficit de recursos humanos, atraindo profissionais recém-formados, por exemplo.

Melhorar os tempos de espera

- Melhorar os tempos de espera para acesso aos serviços de saúde – consulta, cirurgias, referencia – nas diferentes unidades prestadoras.
- Evitar atrasos e cancelamentos no atendimento aos doentes, estabelecendo tempos de espera máximos como metas de cumprimento sujeitas a incentivos e penalizações.
- Desenvolvimento de esquemas de incentivos que permitam assegurar as referências adequadas.

Abordar as necessidades de saúde dos grupos mais vulneráveis e de maior risco

- Atenuar o impacto dos determinantes sociais na saúde, segundo a perspectiva em que todos os indivíduos com condições de saúde semelhantes devem poder alcançar os mesmos resultados de saúde. Algumas das formas possíveis de consolidação desta recomendação passam pela maior atenção ao acesso dos idosos e das pessoas com incapacidades, evitando a discriminação no acesso devido à idade, género ou incapacidade.
- Facilitar o acesso de pessoas idosas ou com maiores dificuldades (pela região onde vivem, pela dificuldade na deslocação, etc.) aos cuidados de saúde, através dos cuidados de enfermagem. A implementação desta estratégia poderá envolver a criação de equipas de visita domiciliária, por exemplo. Os enfermeiros podem ser chamados a desempenhar um papel cada vez mais preponderante na prestação de cuidados à população, em todos os níveis de cuidados.

Qualidade

As recomendações ao nível da qualidade encontram-se organizadas em três áreas principais:

Institucional/organizacional

- Promover o modelo da governação clínica como ferramenta indispensável para a implementação de uma cultura de qualidade nos serviços, através de instrumentos como a gestão do risco.
- Efetuar uma mudança cultural nos serviços de saúde. A prestação de cuidados deve ser verdadeiramente centrada na clínica ampliada, o que implica uma prestação de cuidados em torno das necessidades de saúde do usuário, mas também das suas necessidades sociais, atendendo ao contexto onde se insere.
- Garantir maior segurança na prestação de cuidados, contribuindo para a minimização do erro e do dano.
- Redução do número de infecções associadas à prestação de cuidados.

- Estabelecer padrões de medição da qualidade da assistência e desenvolvimento de sistemas em função do cumprimento desses padrões.
- Redução dos tempos de espera, uma recomendação que surge também associada à dimensão do Acesso.
- Auditoria, avaliação e certificação independentes dos padrões de qualidade dos serviços de saúde.
- Promoção de práticas de benchmarking entre os serviços de saúde, o que tem impacto não apenas a nível institucional, mas a nível público, na medida em que os entes poderão optar pelas instituições que sabem ter os melhores resultados em detrimento daquelas com pior desempenho. Este aspecto contribui ainda para que as instituições com pior desempenho sejam incentivadas a melhorar.
- Desenvolver ferramentas para a gestão de caso.
- Fomentar a prática clínica com base em evidência, desenvolvendo linhas de orientação e assegurando a criação de percursos clínicos.

Recursos humanos/profissionais de saúde

- Desenvolvimento e melhoria dos instrumentos de avaliação de desempenho dos profissionais, que deverá ser realizada em função da qualidade dos cuidados prestados e da satisfação dos usuários.
- Promover o desenvolvimento e formação profissional contínuos, a aprendizagem em meio organizacional e a renovação de conhecimentos e competências.
- Instituir práticas de registo/notificação de erros e incidentes pelos profissionais.
- Identificar fontes de erros e danos evitáveis e prevenir a sua ocorrência, melhorando a segurança na prestação de cuidados – gestão do risco.
- Valorizar o papel dos enfermeiros na melhoria da experiência dos doentes, em âmbito hospitalar e comunitário.
- Desenvolver mecanismos de pagamento aos profissionais que refletem os níveis de desempenho mais elevados e as melhores práticas.

Cidadãos/doentes

- Fornecer informação clara e consistente aos doentes e desenvolver ferramentas necessárias para uma auto-gestão da doença. Pretende-se que os indivíduos adquiram capacidade para efetuar escolhas informadas e gerir melhor a sua própria doença, evitando situações de agudização.
- Desenvolver intervenções de promoção da saúde em contexto de cuidados hospitalares, levando o indivíduo a adaptar comportamentos e estilos de vida saudáveis.
- Promover a responsabilidade individual pela sua própria saúde.
- Melhorar a gestão e processamento das reclamações e opiniões dos utentes dos serviços relativamente à qualidade destes, não apenas para efeitos de acreditação, mas para impulsionar melhorias nos serviços.

Cidadania

A cidadania é considerada do ponto de vista da participação ativa do cidadão nos processos e tomadas de decisão que lhe dizem respeito. Assim, consideram-se recomendações para a cidadania em dois níveis:

Envolvimento e participação do cidadão na tomada de decisões e definição de direções estratégicas (nível macro)

- Desenvolver processos de consulta com o público (p. ex. grupos e associações de doentes, cuidadores e famílias) e os profissionais para discussão de propostas de mudança e melhoria.
- Responsabilizar as instituições e serviços perante os cidadãos e a comunidade.
- Aumentar a participação do cidadão na tomada de decisões e organização dos serviços como modo de fomentar o sentimento de inclusão e partilha da responsabilidade pelo público.
- Envolver o cidadão no seu processo terapêutico e incentivá-lo a participar enquanto forma de promover a capacitação, através da educação terapêutica e promoção da sua liderança.

Participação individual do cidadão no seu processo de cuidados (nível micro)

- Fortalecer o papel dos usuários e dos serviços de saúde através de melhor informação.
- Integrar as expectativas e opiniões dos usuários nas tomadas de decisão a nível do funcionamento da organização, através do desenvolvimento de instrumentos como questionários e inquéritos de satisfação que permitam uma maior adequação dos serviços às necessidades dos usuários.
- Promover a liderança em saúde da população enquanto instrumento de capacitação para a tomada de decisões e escolhas adequadas em matéria de saúde.
- Facilitação de informação relevante, clara, atualizada e apropriada aos usuários e disponibilização informação de saúde transparente por parte de diferentes instituições.

Políticas Públicas Saudáveis

Maior interação e melhor articulação entre os vários sectores e desenvolvimento de ações conjuntas entre Ministérios

- Desenvolver processos de avaliação de impacto de outras políticas na Saúde.
- Desenvolver esforços para colocar a Saúde nas agendas dos outros setores, como o setor Social, Finanças, Ambiente, Educação, Justiça, entre outros.

Agir nos locais de trabalho e de influência dos estilos de vida dos indivíduos

- Considerar a forma como os ambientes condicionam a saúde dos indivíduos, abordando questões como a poluição (sonora e atmosférica), as condições de trabalho, etc.

- Promover o desenvolvimento de ambientes de trabalho seguros e favoráveis à saúde, criando-se condições para a adaptação de estilos de vida saudáveis. A saúde ocupacional assume um papel relevante neste sentido.
- Considerar estratégias ao nível do meio ambiente, garantindo o seu desenvolvimento sustentável e condições para uma melhor saúde dos indivíduos.
- Desenvolver novas formas de transporte e locais propícios à atividade física, contribuindo para que os indivíduos se tornem fisicamente mais ativos.
- Desenvolver intervenções nas escolas e outros locais de influência de crianças e jovens, de modo a incentivar a adaptação de hábitos e comportamentos saudáveis (e.g. tabagismo; álcool; alimentação).

Promoção da utilização de sistemas de informação de suporte aos cuidados

- Incrementar a utilização dos sistemas de informação na prestação de cuidados aos usuários e na comunicação entre estes e os profissionais, o que representa uma mais-valia em termos de efetividade, de eficiência e de segurança dos cuidados.

Sustentabilidade

Contenção de custos

- Melhorar a eficiência na utilização de recursos.
- Valorizar a relação entre custos e qualidade, criando mecanismos de incentivos à eficiência e penalizações à ineficiência.

Aumento da produtividade

- Desenvolver novas formas de pagamento aos prestadores (e.g. pagamento por resultados), procurando garantir níveis mais elevados de produtividade sem, contudo, diminuir a qualidade da prestação.
- Desenvolver práticas de benchmarking e identificar áreas passíveis de melhoria nas instituições prestadoras.

8.1 Sistemática de Programação, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS

Figura 11. Programação, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS.



Fonte: SMS, 2021.

8.2 Acompanhamento e avaliação do plano

O Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2018-2021, diferentemente dos planos anteriores, teve como inovação o desenvolvimento de metodologia de acompanhamento da implantação/implementação de suas ações, construída em cooperação técnica e em consonância com o Termo de Compromisso de Gestão municipal e a Política Nacional da Atenção Básica.

A proposta de apoio à execução, monitoramento e avaliação do PMS foi estruturada em três “pilares”: **intervenção, avaliativo/formativo e de monitoramento**. O primeiro pilar- **intervenção**, consistiu a realização de visitas periódicas às equipes das coordenadorias da SMS a fim de verificar o grau de implantação das ações sob sua responsabilidade, identificando inclusive os elementos inibidores e facilitadores desse processo. O segundo pilar- **avaliativo/formativo**, incidiu a realização de oficinas periódicas com todos da equipe gestora e trabalhadores da saúde, para avaliação das ações e construção de estratégias para superação dos elementos inibidores da implementação do PMS. O terceiro pilar- **monitoramento**, diagnosticar em tempo oportuno fragilidades e reprogramar as ações e/ou meta definidas.

As metas deste plano serão monitoradas trimestralmente, pelas áreas técnicas responsáveis, tendo como desencadeadora do processo a equipe da Equipe Gestora. Com a finalidade de contribuir para a análise da implementação do PMS 2018-2021, será utilizada uma escala numérica com quatro pontos de cortes para indicar o grau de cumprimento das metas. Esta escala considerará os seguintes intervalos de percentuais de resposta esperada, a saber: 0 a 25%, 25% a 50%, 50% a 75%, 75% a 100%.

Para facilitar o monitoramento, a pontuação final será relacionada com a seguinte escala decresc:

- **Vermelho:** corresponde ao alcance de no mínimo 25% da meta pactuada e indica situação de perigo, de fragilidade da capacidade de gestão, de modo a se analisar as causas do não cumprimento da meta desencadeando novas ações que permitam a superação das dificuldades para cumprimento do objetivo previsto.
- **Amarelo:** corresponde ao alcance de 25% a 50% da meta pactuada e indica situação de cuidado, indicando que as ações dirigidas ao cumprimento das metas precisam ser intensificadas e aperfeiçoadas.
- **Azul:** corresponde ao alcance de 50% a 75% da meta pactuada e indica uma situação intermediária na qual as ações previstas precisam ser intensificadas ou aperfeiçoadas.
- **Verde:** corresponde ao alcance de 75% até 100% da meta pactuada e indica uma situação ótima capacidade de gestão em que às ações foram implementadas para o alcance dos objetivos.

9. Diretrizes, objetivos, metas e indicadores

Neste capítulo, são apresentados os Objetivos da Secretaria Municipal de Saúde para os próximos quatro anos, os quais estão alinhados com o Plano Plurianual 2022-2025.

Para cada objetivo são apresentadas metas quadriennais, as quais serão anualizadas nas Programações Anuais de Saúde. Em alguns deles, são apresentados também projetos prioritários, cujas etapas serão avaliadas anualmente nos relatórios de gestão.

Objetivo 1. Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada.

REDE DA ATENÇÃO BÁSICA: Manutenção							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Executar no mínimo 80,00% das ações do Programa Saúde nas Escolas (PSE) pactuadas no Termo de	Percentual das ações do Programa Saúde nas Escolas (PSE) pactuadas executadas.	80,00%	90,00%	95,00%	95,00%	95,00%

	Compromisso do Programa						
2	Ampliar a meta do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família para $\geq 85,00\%$.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	85,00%	85,00%	90,00%	95,00%	95,00%
3	Reducir para ≤ 20 (vinte) o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT.	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	25	24	24	22	20
4	Investigar 100,00 dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Ampliar para $\geq 96,00\%$ a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	96,00%	97,00%	97,00%	97,00%	97,00%
6	Ampliar para $\geq 95,00\%$ a proporção de administração de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª), Poliomielite(3ª) e Tríplice Viral (1ª).	Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª), Poliomielite (3ª) e Tríplice Viral (1ª) - com cobertura vacinal preconizada.	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%
7	Ampliar para $\geq 90,00\%$ a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	88,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
8	Garantir 100,00% de acompanhamento de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Reducir para ≤ 1 o número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	6	5	3	2	1
10	Ampliar para $\geq 85,00\%$ a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros Coliformes	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros Coliformes Totaais,	60,84%	70,00%	75,00%	80,00%	85,00%

	Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez.	Cloro Residual Livre e Turbidez.					
11	Ampliar para 0,8 a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.		0,6	0,6	0,7	0,8
12	Ampliar para 0,6 a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.		0,3	0,3	0,4	0,6
13	Garantir 100,00% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Percentual das Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
14	Garantir 100,00% de cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica.	Percentual das Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
15	Garantir 100,00% de cobertura das ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica.	Percentual das Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
16	Garantir, no mínimo, 4 ciclos com cobertura \geq 80,00% de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	4	4	4	4	4
17	Preencher 100,00% do campo "Ocupação" das notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de preenchimento do campo "Ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
18	Garantir o Percentual \geq 90,00% de diabéticos com solicitação/realização de hemoglobina glicada.	Percentual de diabéticos com solicitação/realização de hemoglobina glicada.	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
19	Garantir o Percentual $\geq=90,00\%$ de pessoas hipertensas com pressão	Percentual de pessoas hipertensas com	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%

	arterial aferida em cada semestre.	pressão arterial aferida em cada semestre.					
20	Atualizar anualmente 100,00% do Mapeamento dos territórios.	Número de mapeamento de 100% do território por ano.	1	1	1	1	1
21	Monitorar mensalmente os relatórios do SISAB dos serviços de saúde.	Número de relatórios do SISAB monitorados por serviços de saúde	12	12	12	12	12
22	Estruturar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 100,00% dos serviços da Rede da AB.	Percentual de serviços da Rede da AB com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) estruturada.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
23	Construir o Plano de Ação Municipal de Atenção Materno Infantil em consonância com o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.	Número de Plano de Ação Municipal de Atenção Materno Infantil em consonância com o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.	0	0	1	0	0
24	Construir a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) e atualizar a mesma.	Número de Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) construída e em monitoramento.	0	1	1	1	1
25	Construir o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) das Unidades de Saúde da Família.	Número de Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) das Unidades de Saúde da Família construído e em execução.	0	4	4	2	0
26	Monitorar 100,00% dos Indicadores do Programa Previne Brasil.	Percentual de Indicadores do Programa Previne Brasil.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
27	Investir na qualificação das ações com foco na redução de no mínimo 1,2% do número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.	Percentual na redução anual do número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.	1,20%	1,10%	1,10%	1,10%	1,10%
28	Garantir as Equipes Mínimas completas em 100,00% dos serviços da AB.	Percentual de serviços da AB com Equipes Mínimas completas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
29	Realizar trimestralmente encontros de Educação Permanente em Saúde com 100,00% das equipes da AB.	Percentual de encontros de Educação Permanente em Saúde com as equipes da AB	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

30	Aderir e garantir a formação Técnica de 100,00% dos ACS e ACE, conforme Programa Saúde com Agente.	Percentual de ACS e ACE com formação Técnica conforme o Programa Saúde com Agente.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
31	Realizar trimestralmente atividades de Educação em Saúde em 100,00% das comunidades.	Percentual de Serviços da AB com realização de atividades de Educação em Saúde nas comunidades.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
32	Fortalecer a Política Nacional de Humanização (PNH) em 100,00% dos serviços da rede de Atenção à Saúde Municipal.	Percentual de Serviços da rede de Atenção à Saúde com a Política Nacional de Humanização (PNH) implantada e em pleno funcionamento.	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
33	Investir em 100,00% da ambiência dos serviços da rede de Atenção à Saúde, considerando suas interfaces com outros dispositivos da PNH.	Percentual de Serviços da rede de Atenção à Saúde com a ambiência preconizada pelo Ministério da Saúde.	50,00%	80,00%	100,00%	100,00%	100,00%
34	Realizar manutenção preventiva/corretiva de pelo menos em 80,00% dos equipamentos da rede da AB.	Percentual de equipamentos da rede da AB com manutenção preventiva/corretiva e em pleno funcionamento.	60,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
35	Renovar 60,00% dos Equipamentos e Materiais Permanentes das USF.	Percentual de equipamentos e mobiliários da rede da AB substituídos e em pleno funcionamento.	10%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
36	Garantir o abastecimento em pelo menos 90,00% dos insumos para o pleno funcionamento da AB.	Percentual de serviços com abastecimento de insumos em tempo oportuno, conforme solicitações.	90%	90%	90%	90%	90%
37	Renovar anualmente 100,00% dos uniformes dos ACS, ACE e trabalhadores do SUS, conforme Manual de Identidade Visual do MS.	Percentual de uniformes dos ACS renomados.	25%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
38	Executar 100,00% da programação da agenda da Equipe do Núcleo Ampliado Saúde da Família Atenção Primária (ENASF-AB).	Percentual de ações executadas da agenda da Equipe do Núcleo Ampliado Saúde da Família Atenção Primária (ENASF-AB).	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
39	Executar 100,00% da Agenda das Visitas Domiciliares.	Percentual da Agenda das Visitas Domiciliares realizadas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

40	Qualificar em pelo menos 100,00% dos profissionais da AB para o primeiro atendimento às urgências e emergências.	Percentual de profissionais da AB qualificados para o primeiro atendimento às urgências e emergências.	25%	50,00%	60,00%	70,00%	80,00%
41	Construir 3 relatórios quadrimestrais do processo de trabalho da AB.	Número de relatórios quadrimestrais do processo de trabalho da AB construídos anualmente.	3	3	3	3	3

REDE DA ATENÇÃO BÁSICA: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Informatizar o processo de trabalho da Atenção Básica com a consolidação da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão em 100,00% dos serviços da Rede da Atenção Básica.	Percentual de USF com Prontuário Eletrônico implantado.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Implantar 2 (duas) Unidades de Saúde da Família com Equipes da ESF e ESB, objetivando garantir 100,00% de cobertura da Rede da Atenção Básica.	Número de Unidades de Saúde da Família com Equipes da ESF e ESB implantadas.	10	11	12	12	12
3	Adquirir 1 (um) consultório portátil de odontologia para atendimento domiciliar.	Número de consultório portátil de odontologia adquirido para atendimento domiciliar.	0	0	1	0	0
4	Adquirir 1(uma) Unidade Móvel Odontológica.	Número de Unidade Móvel Odontológica adquirida.	0	0	1	0	0
5	Implantar 1 (uma)Equipe de Consultório na Rua (eCR).	Número de Equipe de Consultório na Rua (eCR) implantada.	0	1	1	1	1
6	Implantar 3(três) Academias da Saúde	Número de Academias da Saúde implantadas.	0	0	1	1	1
7	Implantar 1 (uma) Equipe Multiprofissional Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM).	Número de Equipe Multiprofissional Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) implantada.	0	0	0	1	0
8	Implementar 1 (um) Programa de Residência Médica e Multiprofissional para na Atenção Primária à Saúde.	Implementação de Programa de Residência Médica e Multiprofissional.	0	0	1	0	0

9	Adquirir 2(dois) veículo de passeio para Coordenação da Atenção Básica.	Número de veículo de passeio adquirido para a Coordenação da Atenção Básica	0	2	0	0	0
10	Solicitar Credenciamento para 4 (quatro) Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Numero de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) credenciados.	62	4	0	0	0
11	Implantar 1(uma) Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na AB.	Número de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) implantadas na AB*.	0	0	0	0	1
12	Garantir a reforma e manutenção dos prédios das unidades de saúde da família.	Número de serviço de reforma garantido.	0	3	2	2	3

Objetivo 2. Promover a ampliação da oferta de serviços da Atenção Especializada com vistas à qualificação do acesso e a redução das desigualdades regionais.

MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA							
Nº	Meta	Indicador	Índice de	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
			Referência	2022	2023	2024	2025
1	Garantir pelo menos 90% do abastecimento de medicamentos e insumos para o pleno funcionamento dos serviços da rede de atenção especializada.	Percentual de abastecimento do serviço	90%	90%	90%	90%	90%
2	Garantir esterilização para os serviços da rede especializada	Percentual de 100% do serviço de esterilização garantido	0%	100%	100%	100%	100%
3	Garantir lavanderia nos serviços da rede especializada	Percentual de 100% do serviço de lavanderia garantido	0%	100%	100%	100%	100%
4	Garantir em pelo menos 80% os materiais, equipamentos e ambientes para a rede de atenção especializada.	Percentual dos materiais e equipamentos renovados	80%	20%	20%	20%	20%
5	Garantir em pelo menos 80% de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos dos serviços.	Percentual de serviços com manutenção preventiva e corretiva.	80%	20%	20%	20%	20%

6	Implantar e manter prontuários eletrônicos.	Prontuário eletrônico implantado e mantido.	3	1	1	1	0
Atendimento a COVID 19							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Realizar Testes Molecular RT-PCR Testes Imunológicos - Sorologia e Testes Rápidos para COVID 19 em 100,00% das indicações.	Percentual de Testes Molecular RT-PCR, Testes Imunológicos - Sorologia e Testes Rápidos para COVID 19 realizados.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Garantir 100,00% dos insumos nos serviços para atendimento de suspeitas e casos confirmados de COVID 19.	Percentual de insumos nos serviços para atendimento de suspeitas e casos confirmados de COVID 19.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Emitir diariamente (em dias úteis) Boletins Epidemiológico da Pandemia.	Número de Boletins Epidemiológico da Pandemia.	252	252	Calcular e ajustar enquanto Pandemia perdurar	Calcular e ajustar enquanto Pandemia perdurar	Calcular e ajustar enquanto Pandemia perdurar
4	Monitorar 100% dos Casos suspeitos e Confirmados por COVID-19	Percentual de casos suspeitos e confirmados por COVID-19 monitorados monitorados.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Manter atualizado 100,00% o Plano Municipal de enfrentamento da Pandemias.	Número de atualização do Plano Municipal de enfrentamento por ano.	1	1	1	1	1
Laboratório: Manutenção							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Elaborar 100,00% dos POPs conforme processos de trabalho.	Percentual de POPs construídos para atender o processo de trabalho do laboratório.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Laboratório: Estruturação							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Construir 1 (um) prédio para o laboratório.	Número de serviço construído	1	0	1	0	0
2	Adquirir 1(um) veículo de passeio para o laboratório.	Número de veículo adquirido	1	0	1	0	0
3	Instituir o laboratório municipal	Número de laboratório instituído no município	0	0	1	0	0

4	Garantir a terceirização de exames que não são realizados no município	Percentual de 95% terceirização de exames realizados no município	50%	95%	95%	95%	95%
5	Ampliar o atendimento do laboratório para funcionamento 24hs	Número de serviço de laboratório funcionando 24hs	0	0	1	1	1

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Manutenção

Nº	Meta	Indicador	Índice de	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
			Referência	2022	2023	2024	2025
1	Realizar mensalmente ações de matriciamento na atenção básica por meio de equipe multidisciplinar.	Número de serviços com matriciamento realizado e registrado	12	12	12	12	12
2	Firmar parcerias intersetoriais com o CRAS/CREAS.	Percentual de parcerias firmadas	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ofertar oficinas de atualização para os profissionais do serviço.	Número de oficinas realizadas.	8	2	2	2	2
4	Implementar o Plano Municipal de Saúde Mental.	Plano de Saúde Mental implementado.	0	1	0	0	0

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
			Referência	2022	2023	2024	2025
1	Construir 1(um) prédio para o CAPS I.	Número de serviço construído	0	0	0	1	0
2	Implantar 1(uma) unidade de acolhimento adulta.	Número de serviço em funcionamento	1	0	0	1	0
3	Implantar 1(uma) unidade de acolhimento infanto-juvenil.	Número de serviço em funcionamento	0	0	0	1	0
4	Reativar a sala de atividades coletivas do CAPS I.	Número de serviço reativado	0	1	0	0	0
5	Adquirir 1(um) veículo de passeio para o CAPS I.	Número de veículo adquirido	0	1	0	0	0
6	Garantir uma agenda de transporte sanitário para o CAPS I.	Número de agenda realizada por mês.	0	12	12	12	12

ATENÇÃO AS URGÊNCIAS: Manutenção

Nº	Meta	Indicador	Índice de	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
			Referência	2022	2023	2024	2025
1	Monitorar as linhas de cuidados da RAU (IAN, AVC E TRAUMA).	Percentual de monitoramento realizado das linhas de cuidado da RAU	100%	100%	100%	100%	100%

2	Garantir manutenção de pelo menos de 80% de preventiva e corretiva dos equipamentos dos serviços (SAD, SAMU, PA E UPA).	Percentual de serviços com manutenção preventiva e corretiva.	80%	80%	80%	80%	80%
3	Construir/atualizar os pops dos serviços (SAD, SAMU, PA E UPA).	Percentual de protocolos implantados e atualizados	100%	100%	100%	100%	100%
4	Ofertar treinamento de direção defensiva dos condutores dos serviços (SAD, SAMU, PA e UPA).	Número de treinamento ofertado	0	1	1	1	1
5	Garantir revisão preventiva das viaturas dos serviços (SAD, SAMU, PA e UPA).	percentual de serviço de revisao preventiva das viaturas dos serviços	100%	100%	100%	100%	100%
6	Ofertar treinamento de atendimento pré-hospitalar (APH) para profissionais dos serviços (SAMU, PA E UPA).	numero de treinamento ofertado	0	1	1	1	1
7	Garantir refeições para os profissionais dos serviços (SAMU, PA e UPA) com questionário de satisfação.	Percentual de refeições distribuídas aos serviços de plantão	100%	100%	100%	100%	100%
8	Garantir fornecimento de EPI'S e fardamentos dos funcionários	EPI'S e fardamentos garantidos.	25%	100%	100%	100%	100%

ATENÇÃO AS URGÊNCIAS: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Reformar/ampliar a sede do pronto atendimento de Jacumã	Número de serviço reformado	1	0	1	0	0
2	Implantar 1 (uma) unidade de pronto atendimento 24 horas, UPA-I.	Número de serviço implantado	0	1	0	0	0
3	Renovar em pelo menos 60% dos mobiliários e equipamentos do SAD, SAMU, PA E UPA.	Percentual de mobiliário e equipamentos renovados.	60%	15%	15%	15%	15%
4	Renovar os uniformes dos profissionais do SAMU anualmente conforme manual de identidade visual do MS.	Percentual de renovação dos uniformes dos profissionais do SAMU conforme manual de identidade visual do MS.	25%	100%	100%	100%	100%
5	Adquirir 3 (três) motolâncias.	Número de motolâncias adquiridas	0	3	0	0	0

ATENÇÃO PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS: Manutenção

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão			
				2022	2023	2024	2025
1	Realizar a manutenção do projeto atendimento ao pós COVID-19 enquanto durar os casos.	Projeto atendimento pós COVID-19 mantido/atualizado por ano.	1	1	1	1	1
2	Elaborar e atualizar os POPS do CER II conforme processos de trabalho.	Número de POPS implantados e atualizados	1	1	1	1	1
3	Garantir o plano de educação permanente em saúde do CER II.	Número de plano de educação permanente em saúde do CER II elaborado e atualizado.	0	1	1	1	1
4	Implantar protocolo de acolhimento no CER II a partir de critérios de admissão e com classificação de prioridades das demandas clínicas e de reabilitação.	Número de protocolo implantado e monitorado.	0	1	1	1	1
5	Realizar um levantamento por ano de pessoas com deficiência do município e caracterização do perfil desse seguimento.	Número de levantamento anual de pessoas com deficiência do município e caracterização do perfil desse seguimento realizado	0	1	1	1	1
6	Garantir e apoiar o conselho municipal da pessoa com deficiência.	Conselho Municipal da pessoa com deficiência implantado	0	1	0	0	0
7	Gerenciar as demandas reprimidas dos encaminhamentos para fisioterapia.	Percentual de gerenciamento das demandas reprimidas dos encaminhamentos para fisioterapia implantadas	90%	90%	90%	90%	90%
8	Ampliar os grupos terapêuticos das equipes multidisciplinares.	Número de grupos terapêuticos das equipes multidisciplinares ampliados.	1	1	1	1	1
9	Garantir a realização dos exames de avaliação e diagnóstico da modalidade auditiva.	Percentual de realização dos exames de avaliação e diagnóstico da modalidade auditiva.	90%	90%	90%	90%	90%

10	Garantir em pelo menos 80% a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos dos serviços.	Percentual de serviços com manutenção preventiva e corretiva.	80%	80%	80%	80%	80%
----	---	---	-----	-----	-----	-----	-----

ATENÇÃO PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Adquirir 1(um) veículo de 29 lugares (micro ônibus) adaptado coletivo.	Número de veículo adquirido	0	0	0	1	0
2	Garantir os materiais, equipamentos e ambiência para o CER preconizados no instrutivo do MS.	Percentual dos materiais e equipamentos para o CER preconizados no instrutivo do MS renovados	90%	90%	90%	90%	90%
3	Firmar parcerias para investir na acessibilidade dos municípios ao CER II.	Percentual de parcerias firmadas	100%	100%	100%	100%	100%
4	Adquirir 1(um) veículo de passeio para o CER II.	Número de veículo adquirido	0	0	0	1	0
5	Garantir uma agenda de transporte sanitário para o CER.	Número de agenda realizada por mês.	0	12	12	12	12
6	Elaborar um PLANO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA ELABORADO	PLANO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA ELABORADO	0	0	1	0	0

ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Implantar um ambulatório de acolhimento humanizado da população com sobrepeso e obesidade mórbida.	Número de serviço implantado.	1	0	1	0	0
2	Adquirir em pelo menos 80% de equipamentos para atendimento da população com sobrepeso e obesidade adulta e infantil (cadeiras, macas, aparelho de pressão grande obeso.)	Percentual de equipamentos adquiridos para os atendimentos.	80%	20%	20%	20%	20%

CENAP: Manutenção

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Estruturar serviço para atendimento da linha de cuidado de atenção as condições crônicas.	Número de serviço estruturado	1	1	1	1	1

2	Garantir a locação de transporte para o serviço	Número de locação de transporte garantido	0	1	1	1	1
3	Implantar projeto piloto de saúde do trabalhador	Número de projeto piloto de saúde do trabalhador implantado	0	0	1	0	0
4	Ampliar o número de especialidade no serviço	Número de especialistas ampliados no serviço	4	1	1	1	1

CENAP: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Implantar o serviço de pequenas cirurgias.	Número de serviço de pequenas cirurgias implantado	1	1	0	0	0
2	Adquirir os equipamentos e insumos para pequenas cirurgias.	Percentual dos equipamentos e insumos para pequenas cirurgias adquiridas.	90%	90%	90%	90%	90%

ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL: Manutenção

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Garantir o abastecimento de medicamentos e insumos para o pleno funcionamento dos serviços.	Percentual de abastecimento de medicamentos e insumos	100%	100%	100%	100%	100%
2	Elaborar os pops do CEO e do LRPD.	Número de POP'S elaborados	2	2	2	2	2
3	Elaborar o manual de boas práticas do CEO e do LRPD.	Número de manual de boas práticas do CEO e do LRPD elaborado	1	1	1	1	1
4	Elaborar um plano para garantia e priorização do atendimento para as pessoas com deficiências (PCD).	Plano elaborado.	1	1	0	0	0
5	Garantir atendimento odontológico no mínimo de 90,00% das gestantes.	Proporção >=90,00% de gestantes com atendimento odontológico realizado.	90%	90%	90%	90%	90%
6	Garantir atendimento pelo menos 80% das demandas no laboratório regional de prótese dentária (LRPD) e do CEO.	Percentual de 80% dos atendimentos garantidos	80%	80%	80%	80%	80%

7	Ampliar o serviço de assistência odontológica em 45% dos acamados e domiciliados no município.	Percentual de 15% ao ano de ampliação do serviço	45%	15%	15%	15%	15%
ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL: Estruturação							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Renovar em 60% o mobiliários e equipamentos do CEO e do laboratório regional de prótese dentaria (LRPD).	Percentual de 15% ao ano de mobiliários e equipamentos renovados	60%	15%	15%	15%	15%
2	Reestruturar o prédio do CEO e do LRPD.	Número de serviço reestruturado	1	0	0	1	0
SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR: Manutenção							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Garantir a agenda do projeto terapêutico singular por usuário.	Relatório relacionado a agenda de PTS de pacientes acompanhados por mês	12	12	12	12	12
2	Garantir a contrareferência do cuidado com a ATB.	Percentual de contrareferência de compartilhamento do SAD com a ATB.	100%	100%	100%	100%	100%
3	Atualizar os POP'S conforme processos de trabalho.	Número de POP'S elaborados	2	2	2	2	2
4	Construir agenda regular, mensalmente, com a equipe multiprofissional do SAD, integrada à RAS.	Número de serviço construído	12	12	12	12	12
5	Deferir um fluxo compartilhado de 100% matriciamento do SAD com atenção básica	Número de ações de matriciamento realizados com a atenção básica	12	12	12	12	12
6	Participar dos processos de educação permanente em saúde e capacitações pertinentes.	Percentual de 100% de participação garantida	100%	100%	100%	100%	100%
7	Garantir AD a 100,00% dos municípios com afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação admitida no SAD.	Percentual de 100% de tratamento e reabilitação garantido	100%	100%	100%	100%	100%

8	Garantir AD a 100,00% dos municípios com afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal admitida no SAD.	Percentual de 100% de atendimento garantido	100%	100%	100%	100%	100%
9	Garantir AD a 100,00% dos municípios com necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário admitido no SAD.	Percentual de 100% de acompanhamento clínico garantido	100%	100%	100%	100%	100%
10	Garantir AD a 100,00% dos bebês prematuros e de baixo peso com necessidade de ganho ponderal admitido no SAD.	Percentual de 100% atendimento domiciliar garantido	100%	100%	100%	100%	100%

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
				2022	2023	2024	2025
1	Construir sede para o serviço de atenção domiciliar - SAD.	Número de serviço construído	0	0	0	1	0

Objetivo 3. 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.

Assistência Farmacêutica: Manutenção							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Garantir 100,00% da Equipe Mínima da Assistência Farmacêutica.	Percentual da Equipe Mínima da Assistência Farmacêutica.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Garantir acesso aos municípios em pelo menos 90,00% dos Medicamentos e Insumos da REMUME.	Percentual de Medicamentos e Insumos da REMUME dispensados aos municípios em tempo oportuno.	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%

3	Garantir em pelo menos 80,00% das demandas dos municíipes no Projeto Acolher em tempo oportuno.	Percentual de demandas atendidas do Projeto Acolher em tempo oportuno.	80%	80%	80%	80%	80%
4	Realizar anualmente 3 (três) ações individuais e coletivas de Educação em Saúde, desenvolvidas na comunidade e com profissionais de saúde, para promover a prescrição e o uso racional de medicamento.	Número de ações de Educação em Saúde para promover a prescrição e o uso racional de medicamento.	0	3	3	3	3
5	Implantar 1(um) serviço de Farmacovigilância.	Número de serviço de Farmacovigilância implantado.	0	0	1	0	0
6	Notificar 100,00% das demandas das reações adversas causadas por medicamento.	Percentual de notificações de reações adversas causadas por medicamento.	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Avaliar mensalmente o Sistema HORUS.	Avaliação do Sistema HORUS.	12	12	12	12	12
8	Atualizar a REMUME	REMUME atualizada.	1	1	1	1	1

Assistência Farmacêutica: Estruturação

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Construir 1(um) prédio para Farmácia Central.	Número de prédio próprio da Assistência Farmacêutica.	0	0	0	1	0
2	Ceder 1(um) prédio para o Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEDMEX).	Prédio cedido.	1	1	1	1	1
3	Implantar 6 Farmácias Satélites.	Número de Farmácias Satélites Implantadas.	0	5	1	0	0
4	Aquisição de 1 (um) veículo de passeio para Farmácia Central.	Número de veículo de passeio a serviço da Farmácia Central.	0	0	1	0	0
5	Renovar em pelo menos 60% dos equipamentos e mobiliário da Farmácia Central.	Percentual do patrimônio da Farmácia Central renovado.	60,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
6	Implantar o Projeto Farmácia Viva.	Número de Projeto Farmácia Viva implantado e em pleno funcionamento.	1	0	1	1	1

Objetivo 4. Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.

Vigilância Epidemiológica							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Atender 100,00% dos protocolos da Pandemia.	Percentual de protocolos da Pandemia em execução.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Executar/monitorar/ atender 100,00% das pactuações da vacinação de COVID-19.	Percentual de pactuações da vacinação COVID-19 executada/monitorada/ atendidas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Alimentar diariamente o módulo Campanha COVID-19-SIPNI, conforme a Portaria GM/MS Nº 69, de 14 de janeiro de 2021, que institui a obrigatoriedade de registro de aplicação de vacinas contra a COVID-19 nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.	Percentual de alimentação diária no módulo Campanha COVID-19-SIPNI de vacinas administradas	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Planejar realização de Barreiras Sanitárias visando a contenção da Pandemia pelo Coronavírus.	Percentual de Barreiras Sanitárias realizadas visando a contenção da Pandemia pelo Coronavírus, considerando a programação.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Notificar 100,00% das demandas de ocorrências de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) contra a COVID-19.	Percentual de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) contra a COVID-19 notificados.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Garantir $\geq 90,00\%$ do registro de óbitos no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registro de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
6	Garantir $\geq 90,00\%$ do registro de nascidos vivos no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%

7	Monitorar as salas de vacina com alimentação mensal $\geq 80,00\%$ das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
8	Examinar $\geq 82,00\%$ dos contatos de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	82,00%	82,00%	82,00%	82,00%	82,00%
9	Examinar $\geq 70,00\%$ dos contatos de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%
10	Garantir a realização de 2 (dois) testes de sífilis por gestante.	Percentual de gestantes com a realização de 2 (dois) testes de sífilis.	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
11	Ampliar em 15,00% anualmente o número de testes de HIV.	Número de testes de HIV realizado (15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior).	15%	15%	15%	15%	15%
12	Garantir o preenchimento do campo das notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/coopreenchido com informação válida.	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%
13	Atender $\geq 90,00\%$ dos Princípios, Diretrizes e Estratégias relacionadas às IST, ao HIV/Aids e às Hepatites Virais conforme as respectivas políticas.	Percentual de Princípios, Diretrizes e Estratégias relacionadas às IST, ao HIV/Aids e às Hepatites Virais atendidos conforme as respectivas políticas.	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
14	Alimentar mensalmente 100,00% dos Sistemas de Informações relacionados a Vigilância Epidemiológica.	Percentual de Sistemas de Informações relacionados a Vigilância Epidemiológica alimentados/retroalimentados mensalmente.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

15	Elaborar 100,00% dos POPs conforme processos de trabalho.	Percentual de POPs construídos e em execução conforme processos de trabalho.	100,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
16	Reestruturar 100,00% da Ambiência (mobiliário e equipamentos) dos serviços da Vigilância em Saúde.	Percentual da Ambiência do serviço reestruturada.	100,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
17	Aquisição de 1 (um) veículo de passeio para Vigilância Epidemiológica.	Número de veículo de passeio a serviço da Vigilância Epidemiológica.	0	0	0	1	0
Vigilância Ambiental							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Realizar 85% das coletas de água mensal para verificar a qualidade da água para consumo humano.	Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).	75,00%	85,00%	85,00%	85,00%	85,00%
2	Garantir a cobertura de >= 80,00% de no mínimo 4 ciclos dos 6 ciclos de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue (4 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue).	4	4	4	4	4
3	Garantir pelo menos 90,00% de cobertura da vacinação contra raiva animal de cães e gatos.	Percentual de cobertura da vacinação contra raiva animal de cães e gatos.	100,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
4	Diagnosticar/tratar em tempo oportuno 100,00% dos casos leishmaniose visceral.	Percentual de casos diagnosticados e tratados em tempo oportuno.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Intensificar as ações de monitoramento de 100,00% das notificações de esporotricose.	Percentual de casos notificados e monitorados.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Acompanhar/monitorar 100,00% dos casos de arboviroses (Dengue, Chikungunha, Zica e Febre Amarela).	Percentual de casos notificados e monitorados.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

7	Alimentar mensalmente o Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNC) Dengue (SisPNC)	Número de alimentação anual do sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNC)	12	12	12	12	12
8	Aquisição de 1 (um) veículo de passeio para Vigilância Ambiental.	Número de veículo de passeio a serviço da Vigilância Ambiental.	0	1	1	1	1
Vigilância Sanitária							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Realizar semestralmente 1(uma) Atividades educativas para o setor regulado.	Número de Atividades educativas realizadas para o setor regulado.	2	2	2	2	2
2	Cadastrar 100,00% dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	Percentual de cadastros de novos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Excluir 100,00% dos cadastros de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária com atividades encerrada.	Percentual de exclusão de cadastros de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária com atividades encerradas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Construir o Código Sanitário	Número de código Sanitário construído	0	1	0	0	0
5	Inspecionar 100,00% dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.	Percentual de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária inspecionados.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Emitir licenciamento de 100,00% dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.	Percentual de licenciamento de novos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Investigação 100,00% das demandas de surtos de doenças transmitidas por alimentos.	Percentual de demandas de surtos de doenças transmitidas por alimentos investigadas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Investigação 100,00% de surtos de infecção em serviços de saúde.	Percentual de demandas de surtos de infecção em serviços de saúde investigadas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Realizar trimensalmente 1(uma) atividades educativas para a população.	Número de Atividades educativas realizadas para a população.	12	12	12	12	12
10	Atender 100,00% das denúncias/reclamações.	Percentual de denúncias/reclamações acolhidas e com os devidos encaminhamentos.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

11	Construir agenda para inspeção sanitária de 100,00% dos serviços de alimentação.	Percentual de execução da agenda para inspeção sanitária dos serviços de alimentação.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Instaurar o processo administrativo sanitário.	Número de processo administrativo sanitário instaurado.	0	1	1	1	1
13	Concluir 100,00% dos processos administrativos sanitários instaurados.	Percentual de processos administrativos sanitários instaurados concluídos.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
14	Aquisição de 1 (um) veículo de passeio para Vigilância Sanitária.	Número de veículo de passeio a serviço da Vigilância Sanitária.	0	1	1	1	1

Objetivo 5. Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena, Quilombolas e Assentados.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
Saúde Indígena, Quilombolas e Assentados							
1	Desenvolver/Atualizar a Política Municipal de Saúde dos Povos Indígenas na Rede da Atenção AB.	Política desenvolvida e atualizada	1	1	1	1	1
2	Desenvolver/Atualizar a Política Municipal de Saúde dos Quilombolas na Rede da Atenção AB.	Política desenvolvida e atualizada.	1	1	1	1	1
3	Desenvolver/Atualizar Plano de Ação para usuários dos Assentamentos Estaduais: Capim Assú e Sítio Tambaba/Colinas do Conde e os Federais: Barra de Gramame, Frei Anastácio, Gurugi II, Paripe III e Rick Charles em 100,00% da Rede da AB.	Plano de Ação desenvolvido e atualizado.	1	1	1	1	1

Objetivo 6. Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Implantar o serviço de marcação virtual de consultas	Número de serviço de marcação implantado	0	0	1	0	0

Objetivo 7. Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativo e de qualidade.

Secretaria Municipal de Saúde							
Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Garantir a informatização da Atenção em Saúde.	Percentual de serviços informatizados e software disponibilizados.	60%	15%	15%	15%	15%
2	Atender anualmente 100,00% das demandas judiciais.	Percentual de demandas judiciais atendidas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Executar 100,00% dos recursos das emendas individuais inseridas pelos parlamentares na Lei Orçamentária Anual.	Percentual da execução dos recursos das emendas individuais inseridas pelos parlamentares na Lei Orçamentária Anual.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Implantar 2 (duas) UBS	Número de UBS implantadas.	2	1	1	0	0
5	Construir o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.	Número de Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde construído e em execução.	0	0	0	0	1
6	Implantar o adicional de insalubridade para 100,00% dos Agentes Comunitários de Saúde e dos de Endemias.	Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias com adicional de insalubridade.	0	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Garantir moradia, deslocamento, alimentação e água potável a 100, 00% dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	Percentual de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil com direito a moradia, deslocamento, alimentação e água potável.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

8	Desenvolver/Atualizar um plano municipal para estágios.	Plano desenvolvido/atualizado.	0	1	1	1	1
9	Monitorar/executar no mínimo 80,00% dos recursos do FMS.	Percentual dos recursos do FMS monitorado/executado.	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
10	Gerenciar 100,00% do quadro de colaboradores da saúde.	Percentual de Gestão de Pessoas por serviço de saúde com Equipes Mínimas completas e capacitadas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Gerenciar 100,00% da Frota da SMS, combustível e agenda de transporte (Gestão, Assistência e Conselho Municipal de Saúde)	Número de relatório por mês.	12	12	12	12	12
12	Gerenciar o Patrimônio da Secretaria Municipal de Saúde.	Percentual do Patrimônio da Secretaria Municipal de Saúde monitorado.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	Realizar Concurso Público.	Número de Concurso Público realizado.	1	1	0	0	0
14	Adquirir/manter Linha Telefônica para os serviços da rede de saúde do município.	Número de Linha Telefônica adquirida	30	30	30	30	30
15	Executar o calendário de datas comemorativas da saúde em consonância com o do MS.	Percentual de datas comemorativas realizadas	100%	100%	100%	100%	100%
16	Construir/atualizar o plano de gerenciamento de resíduos sólidos do município.	Número plano de gerenciamento de resíduos sólidos dos serviços implantado.	1	1	1	1	1
17	Garantir a Equipe Mínima completa da Rede de Saúde	Percentual de Equipe Mínima completa no SCNES	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Manter a Equipe Mínima completa do Complexo Regulador Municipal.	Número de Equipe Mínima completa no Complexo Regulador Municipal.	1	1	1	1	1
2	Operacionalizar o Complexo Regulador Municipal: Regulação de Consultas e Exames de acordo com a PPI	Número de Complexo Regulador Municipal em pleno funcionamento conforme a PPI.	1	1	1	1	1
3	Viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, com fluxos definidos, protocolos atualizados e informatizado.	Número de Complexo Regulador Municipal com Processo de Regulação do Acesso a partir da Atenção Básica	1	1	1	1	1
4	Monitorar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados com atendimento de municípios.	Percentual de estabelecimentos de saúde com produções de atendimentos monitoradas.	100%	100%	100%	100%	100%

5	Atender normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.	Percentual de normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal em execução.	100%	100%	100%	100%	100%
6	Atender as grades de referência e contra referência de acordo com a PPI	Percentual de grades de referência e contra referência de acordo com a PPI	50	60	70	80	90
7	Adquirir pelo menos 60% novos equipamentos de Informática e mobiliário para o Complexo Regulador Municipal.	Número de computadores novos no Complexo Regulador Municipal.	60%	20%	20%	20%	20%
8	Adquirir pelo menos 60% novas Mesas para os Computadores do Complexo Regulador Municipal.	Número de novas Mesas para os Computadores do Complexo Regulador Municipal.	60%	20%	20%	20%	20%

Ouvidoria da Saúde

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Implantar/institucionalizar a Ouvidoria da Saúde.	Número de Ouvidoria da Saúde institucionalizada.	1	1	0	0	0
2	Producir 100,00% dos relatórios quadrimestrais e anual acerca das manifestações encaminhadas pelos (as) cidadãos (ãs) e sobre o desempenho das Ouvidorias do SUS.	Número de relatórios quadrimestrais e anual emitidos.	3	3	3	3	3
3	Atuar de forma coordenada e integrada com 100,00% das áreas que compõem o SUS, as instâncias colegiadas e os órgãos externos.	Percentual de demandas relacionadas aos serviços de saúde, instancia colegiada e órgãos externos.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Implantar o sistema informatizado que possibilite a inserção das manifestações, sua categorização e gerenciamento dos dados.	Número de Sistema OuvidorSUS implantado.	1	1	1	1	1
5	Manter a Internet e Linha Telefônica da Ouvidoria da Saúde.	Número de Linha Telefônica na Ouvidoria da Saúde.	1	1	1	1	1

Sistemas de Informações em Saúde

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Alimentar mensalmente o SIA/SUS e monitorar os relatórios do sistema de todos os serviços de acordo com as orientações do MS.	Número de alimentações no SIA/SUS.	12	12	12	12	12
2	Promover a formação dos trabalhadores e dos gestores de saúde para uso da informação e informática em saúde.	Número de formações por ano.	1	1	1	1	1

3	Monitorar mensalmente a transmissão de 100,00% dos dados de produção dos serviços de saúde ao DATASUS.	Número de relatório com percentual de informações alimentados mensalmente e monitorados.	12	12	12	12	12
4	Renovar pelo menos 60% dos equipamentos de informática.	Percentual de equipamentos de informática renovados.	60%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
5	Emitir relatórios quadrimestrais e anuais	Número de relatórios quadrimestrais e anuais.	3	3	3	3	3
6	Instalar os equipamentos e os materiais do SAD, bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD na estrutura física de unidade de saúde municipal, conforme SCNES.	Percentual de 85% de equipamentos instalados no serviço	85%	85%	85%	85%	85%

Conselho Municipal de Saúde

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência	Previsão 2022	Previsão 2023	Previsão 2024	Previsão 2025
1	Garantir 100,00% dos cadastros atualizados de conselheiros no SIACS.	Percentual de cadastros atualizados de conselheiros no SIACS.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Realizar 100,00% das Conferencias Municipais de Saúde.	Percentual de Conferencias Municipal de Saúde realizada conforme convocações.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Participar da avaliação de 100,00% dos Instrumentos de Gestão.	Número de instrumento de gestão avaliados.	4	4	4	4	4
4	Capacitar 100,00% dos Conselheiros da Saúde para melhor desempenharem suas competências.	Percentual de Conselheiros da Saúde capacitados.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Instituir 1 (uma) Comissão no CMS para implantação da Mesa de Negociação da Saúde.	Número de Mesa de Negociação da Saúde implantada.	1	1	1	1	1
6	Reestruturar 1 (uma) Sala do CMS.	Número de Sala do CMS reestruturada.	1	1	1	1	1

Considerações

Na conformidade da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, este PMS será operacionalizado por intermédio das Programações Anuais de Saúde (PAS), que estabelecerão o conjunto de ações necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, na conformidade das diretrizes preconizadas.

Considerando o período de vigência do Plano – quatro anos –, a perspectiva é de que as ações empreendidas, na sua maioria, respondam anualmente por, pelo menos, 25% de cada uma das metas constantes do PMS. Essa apuração deverá ocorrer até o final do primeiro trimestre, relativa ao ano anterior, de forma a possibilitar a conclusão do respectivo Relatório Anual de Gestão – RAG – e sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Em outras palavras, isso significa que o Relatório Anual de Gestão imprime caráter dinâmico ao Plano Municipal de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. Esse Relatório deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde subsequente.

Isso posto, cabe concluir que o processo de planejamento deve ser implementado tendo em conta a estreita articulação e interdependência desses instrumentos básicos, influenciando a definição de políticas e de investimentos financeiros. Além disso, vale reiterar que Plano, Programação e Relatório se relacionam diretamente com o exercício da função gestora em cada esfera de direção.

No que tange a sua atuação estratégica, a Secretaria Municipal de Saúde concentrará esforços na articulação dos determinantes da saúde da população com o conjunto de providências e medidas possíveis dentro da governabilidade setorial, tendo como foco essencial o homem comum, a partir da mobilização do Estado e da sociedade. Tais esforços têm em conta que políticas de desenvolvimento voltadas à redução da desigualdade social, da opressão, da discriminação e da marginalização são fundamentais no processo de melhoria das condições de saúde. Será buscado, enfim, o reconhecimento da saúde, por parte da sociedade, como um bem e um projeto social.

Assim, os trabalhadores da saúde retomarão os conceitos da reforma sanitária brasileira, que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da sua capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença, de cujo processo os sujeitos serão os usuários e os profissionais de saúde. Um grande esforço será, assim, empreendido para que a saúde seja apropriada por outros setores.

Nesse contexto, estará também a mobilização dos entes federados para consoante a sua capacidade e compromisso, o desenvolvimento de políticas que permitam o aperfeiçoamento e a qualificação do SUS como uma política de Estado. Esse é um desafio que será enfrentado, buscando, por exemplo, a qualidade da atenção, inovações na gestão e melhoria do gasto, dando continuidade ao processo de redução das desigualdades regionais. Particularmente no âmbito do SUS, a gestão municipal buscará implementar medidas voltadas ao aperfeiçoamento setorial, orientadas pelas grandes transformações ocorridas no processo do trabalho em saúde nas últimas décadas, com a intensificação do uso de novas tecnologias para diagnóstico e terapêutica, resultante

da profunda mudança do padrão demográfico, do perfil de morbimortalidade, do crescimento da violência e de seu impacto na sociedade e no trabalho médico; do intensivo processo de incorporação tecnológica; na ampliação do conhecimento da população sobre temas médicos e de saúde – facilitada sobretudo pela internet –; da influência da mídia; e das estratégias mercadológicas da indústria. Transversalidade, intersetorialidade, comunicação e informação serão aspectos centrais a serem trabalhados e incorporados nas medidas dirigidas ao referido aperfeiçoamento setorial, as quais deverão possibilitar a mudança do enfoque de saúde e a atenção primária à saúde, a partir da identificação das necessidades, sejam relativas a profissionais de saúde, sejam relativas à capacidade instalada ou tecnológica.

A gestão municipal buscará mobilizar também a sociedade para que a saúde possa dispor dos recursos orçamentários necessários à plena realização dos ditames constitucionais. Ao lado disso, promoverá o estabelecimento de novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS, mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. PNI 25 anos. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM 3085/2006**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.061, de 18 de maio de 2020**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.222 de 10 de dezembro 2019**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS Nº 888, de 4 de maio de 2021**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM nº 4.217 de 28 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 271, de 27 de fevereiro de 2013**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/11108.htm

BRASIL. **Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

INTERPA PB. <https://zeoserver.pb.gov.br/gestaounificada/gu/interpa>

MICRODADOS. Coronavírus. <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/microdados/>

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

PAINEL DE VACINAÇÃO. Governo do Estado da PB.

<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/painel-de-vacinacao>

SAGRES. TCE/PB: https://sagres.tce.pb.gov.br/municipio_index.php

SIPNI Web. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. <http://sipni.datasus.gov.br/sipni-web/faces/inicio.jsf>

ANEXOS



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE CONDE

Nº 1.970

Conde, 08 de novembro de 2021.

CRIADO PELA LEI 156/95.

ATOS DO PODER EXECUTIVO

LICITAÇÃO E COMPRAS

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
AVISO DE LICITAÇÃO
CONCORRÊNCIA Nº 00004/2021**

Torna público que fará realizar através da Comissão Permanente de Licitação, sediada na Rodovia Pb 018, S/N - Rodovia - Conde - PB, às 14:00 horas do dia 09 de Dezembro de 2021, licitação modalidade Concorrência, do tipo menor preço, para: Contratação de empresa de engenharia especializada, para a execução dos serviços de limpeza urbana no Município de Conde-PB. Recursos: previstos no orçamento vigente. Fundamento legal: Lei Federal nº 8.666/93; Lei Complementar nº 123/06; e legislação pertinente, consideradas as alterações posteriores das referidas normas. Informações: no horário das 12:00 as 18:00 horas – de Segunda a Quinta – e das 08:00 as 14:00 horas – Sexta dos dias úteis, no endereço supracitado. E-mail: conde.cpl.2021@gmail.com. Edital: www.conde.pb.gov.br; www.tce.pb.gov.br.

Conde - PB, 04 de Novembro de 2021

SILVIA QUEIROGA NÓBREGA - Presidente da Comissão

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE**

**AVISO DE LICITAÇÃO
TOMADA DE PREÇOS Nº 00006/2021**

Torna público que fará realizar através da Comissão Permanente de Licitação, sediada na Rodovia Pb 018, S/N - Rodovia - Conde - PB, às 15:00 horas do dia 25 de Novembro de 2021, licitação modalidade Tomada de Preços, do tipo menor preço, para: Contratação de empresa especializada para executar a conclusão da reforma do Ginásio da Pousada, neste Município. Recursos: previstos no orçamento vigente. Fundamento legal: Lei Federal nº 8.666/93; Lei Complementar nº 123/06; e legislação pertinente, consideradas as alterações posteriores das referidas normas. Informações: no horário das 12:00 as 18:00 horas – de Segunda a Quinta – e das 08:00 as 14:00 horas – Sexta dos dias úteis, no endereço supracitado. E-mail: conde.cpl.2021@gmail.com. Edital: www.conde.pb.gov.br; www.tce.pb.gov.br.

Conde - PB, 08 de Novembro de 2021

SILVIA QUEIROGA NÓBREGA - Presidente da Comissão

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
AVISO DE ADIAMENTO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 00020/2021**

O Pregoeiro Oficial comunica o adiamento da abertura da sessão pública do Pregão Eletrônico nº 00020/2021, para o dia 22 de Novembro de 2021 às 13:00 horas; e do início da fase de lances para ocorrer nessa mesma sessão pública. Referência: horário de Brasília - DF. Informações: das 12:00 as 18:00 horas – de Segunda a Quinta – e das 08:00 as 14:00 horas – Sexta dos dias úteis, na Rodovia Pb 018, S/N - Rodovia - Conde - PB. E-

mail: conde.cpl.2021@gmail.com. Site: www.portaldecompraspublicas.com.br.
Conde - PB, 08 de Novembro de 2021
LUÃ HAWANN SILVA SOUSA - Pregoeiro Oficial

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 00021/2021**

Torna público que fará realizar através do Pregoeiro Oficial e Equipe de Apoio, sediada na Rodovia Pb 018, S/N - Rodovia - Conde - PB, por meio do site www.portaldecompraspublicas.com.br, licitação modalidade Pregão Eletrônico, do tipo menor preço, visando formar Sistema de Registro de Preços objetivando contratações futuras, para: Aquisição de três veículos zero km, sendo um caminhão tipo baú para transporte de carga seca e duas vans. Abertura da sessão pública: 09:00 horas do dia 25 de Novembro de 2021. Início da fase de lances: para ocorrer nessa mesma sessão pública. Referência: horário de Brasília - DF. Recursos: previstos no orçamento vigente. Fundamento legal: Lei Federal nº 10.520/02 e subsidiariamente a Lei Federal nº 8.666/93; Lei Complementar nº 123/06; Decreto Municipal nº 0146/19; Decreto Municipal nº 007/21; e legislação pertinente, consideradas as alterações posteriores das referidas normas. Informações: das 12:00 as 18:00 horas – de Segunda a Quinta – e das 08:00 as 14:00 horas – Sexta dos dias úteis, no endereço supracitado. E-mail: conde.cpl.2021@gmail.com. Edital: www.conde.pb.gov.br; www.tce.pb.gov.br; www.portaldecompraspublicas.com.br.

Conde - PB, 08 de Novembro de 2021
LUÃ HAWANN SILVA SOUSA - Pregoeiro Oficial

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 00022/2021**

Torna público que fará realizar através do Pregoeiro Oficial e Equipe de Apoio, sediada na Rodovia Pb 018, S/N - Rodovia - Conde - PB, por meio do site www.portaldecompraspublicas.com.br, licitação modalidade Pregão Eletrônico, do tipo menor preço, visando formar Sistema de Registro de Preços objetivando contratações futuras, para: Aquisição de um veículo zero km, caminhão tipo frigorífico, categoria leve, equipado com uma carroceria rígida, do tipo baú isotérmico misto para refrigeração e congelamento. Abertura da sessão pública: 14:00 horas do dia 25 de Novembro de 2021. Início da fase de lances: para ocorrer nessa mesma sessão pública. Referência: horário de Brasília - DF. Recursos: previstos no orçamento vigente. Fundamento legal: Lei Federal nº 10.520/02 e subsidiariamente a Lei Federal nº 8.666/93; Lei Complementar nº 123/06; Decreto Municipal nº 0146/19; Decreto Municipal nº 007/21; e legislação pertinente, consideradas as alterações posteriores das referidas normas. Informações: das 12:00 as 18:00 horas – de Segunda a Quinta – e das 08:00 as 14:00 horas – Sexta dos dias úteis, no endereço supracitado. E-mail: conde.cpl.2021@gmail.com. Edital: www.conde.pb.gov.br; www.tce.pb.gov.br; www.portaldecompraspublicas.com.br.

Conde - PB, 08 de Novembro de 2021
LUÃ HAWANN SILVA SOUSA - Pregoeiro Oficial



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 01/2021/CMS

- Dispõe sobre a Pactuação Interfederativa de 2021.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Conde - PB, no uso de suas atribuições legais e considerando:

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

O disposto no Art. 30 da Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a necessidade de construção ascendente e de compatibilização sistêmica dos instrumentos de planejamento da saúde;

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

A Resolução Nº 08, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de Pactuação Interfederativa de indicadores para o período 2017/2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde;

O Caderno Pactuação Interfederativa 2017/2021 (Fichas de Indicadores), que tem por objetivo orientar o processo nacional de pactuação de metas, ao apresentar as fichas de qualificação dos 23 indicadores estabelecidos para o ano de 2017/2021;

A avaliação da Pactuação Interfederativa de 2020;

Resolve:

Art.1º - Homologar as metas do Rol de Indicadores da Pactuação Interfederativa para o ano de 2021, com vistas ao fortalecimento do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Conde - PB.

Art.2º - Esta Resolução entrará em vigor, na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Conde - PB.

Maria José da Silva Pedro
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 02/2021/CMS

- Dispõe sobre as Diretrizes do Conselho Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Conde - PB, no uso de suas atribuições legais e considerando:

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

O disposto no Art. 30 da Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a necessidade de construção ascendente e de compatibilização sistêmica dos instrumentos de planejamento da saúde;

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

A Resolução Nº 08, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de Pactuação Interfederativa de indicadores para o período 2017/2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde;

O Caderno Pactuação Interfederativa 2017/2021 (Fichas de Indicadores), que tem por objetivo orientar o processo nacional de pactuação de metas, ao apresentar as fichas de qualificação dos 23 indicadores estabelecidos para o ano de 2017/2021;

A avaliação da Pactuação Interfederativa de 2020;

Resolve:

Art.1º - Homologar as metas do Rol de Indicadores da Pactuação Interfederativa para o ano de 2021, com vistas ao fortalecimento do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Conde - PB.

Art.2º - Esta Resolução entrará em vigor, na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Conde - PB.

Diretrizes do Conselho Municipal de Saúde

Diretrizes do Conselho Municipal de Saúde

Atenção Primária à Saúde

Cód. Diretriz	Diretrizes do Conselho Municipal de Saúde
D.01	Fortalecimento da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde , em especial a Rede de Atenção Materno Infantil, da Rede de Atenção Psicosocial, com ênfase nas ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, da Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção as Doenças Crônicas.
D.02	Garantia da atenção integral à saúde da mulher e do homem, considerando os Ciclos de Vida , estimulando principalmente 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.

D.18	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.
D.19	Garantia da regulação e fiscalização da saúde suplementar, assegurando a participação do Conselho de Saúde neste processo.
D.20	Aprimoramento da política nacional de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade em torno das diretrizes do SUS e da política de saúde como meio de atender as demandas sociais.
D.21	Informatizar a Rede de Atenção à Saúde.
D.22	Aprimoramento na alimentação dos Sistemas de Informações em Saúde.

Maria José da Silva Pedro
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 03/2021/CMS

- Dispõe sobre a 14ª Conferências Municipal de Saúde.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Conde - PB, no uso de suas atribuições legais e considerando:

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

A Resolução Nº 0162/2021, de 11 de junho de 2021, do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Paraíba, que orientar a realização das Audiências Públicas e/ou Conferência Municipal de Saúde de forma virtual, como base para a elaboração do Plano Municipal de Saúde - PMS 2022/2025, em conformidade com a legislação municipal e se o momento da pandemia assim permitir até o dia 30/09/2021.

A Nota Orientativa Nº 04/2021, de 16 de agosto de 2021, do Conselho de Secretaria Municipais de Saúde da Paraíba, que recomenda que as Conferências Municipais de Saúde sejam realizadas até 30 de agosto de 2021, como forma de subsidiar a construção dos Planos Municipais de Saúde 2022 – 2025, observando que tais ações estejam contempladas nos Instrumentos de Gestão do Governo (Plano Plurianual) e orienta inserir no Grupo de Trabalho do Projeto de Regionalização, membros do Conselho de Saúde, a fim de contribuírem para as pontuações acerca necessidades da população.

A Resolução CIB-PB Nº 117, de 10 de setembro de 2020, que aprova o projeto para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde – RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado da Paraíba.

A Resolução CIB-PB Nº 26, de 13 de abril de 2021, que aprova o Guia Orientador para a exceção do Projeto Fortalecimento Regional da Paraíba.

A Portaria GSMS Nº. XX/2021, que designa profissionais para compor a Equipe de Trabalho do Plano Municipal de Saúde de Conde-PB, para o quadriênio 2022/2025.

O Decreto Nº 040/2021, de 1 de agosto de 2021, que estabelece novas medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19) no município de Conde-PB, e dá outras providências.

O momento pandêmico de cunho internacional e que os cenários da Paraíba ainda inspiram cuidados e intensas medidas de prevenção ao Coronavírus, o Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Conde/PB.

Resolve:

Art.1º Realizar a Conferência Municipal de Saúde no formato de Audiências Públicas, junto ao Grupo de Trabalho do Projeto Fortalecimento Regional da Paraíba, como base na elaboração do Plano Municipal de Saúde - PMS 2022/2025, em conformidade com a legislação municipal.

Art.2º A Conferencia Municipal de Saúde tem a finalidade de avaliar a situação de saúde da população, a Rede de Atenção à Saúde Municipal, os Processos de Trabalho da Saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde e subsidiar a construção do Plano Municipal de Saúde – PMS 2022/2025.

Art.3º A 14ª Conferência Municipal de Saúde terá como Tema Central: "O Fortalecimento do Planejamento Municipal de Saúde" e eixos temáticos: I - Instrumentos

de Planejamento da Saúde e II - Planejamento Regional Integrado (PRI) na 1ª Região de Saúde.

Garantir o princípio da paridade de representantes dos seguimentos do Conselho Municipal de Saúde – CMS nas Audiências Públicas junto ao Grupo de Trabalho do Projeto Fortalecimento Regional da Paraíba.

Art.4º - Esta Resolução entrará em vigor, na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Conde - PB.

Maria José da Silva Pedro
Presidente do Conselho Municipal de Saúde



RESOLUÇÃO Nº 04/2021/CMS

- Aprova o 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior de 2021.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Conde-PB, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A Resolução Nº 459, de 10 de outubro de 2012, do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar Nº 141/2012.

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior foi apresentado em reunião com a Plenária do Conselho Municipal de Saúde que aconteceu no dia 26 de novembro de 2020. Esse Relatório Detalhado promove a transparência orçamentaria na gestão e deve ser registrado no sistema do digiSUS. O Digisus é o sistema utilizadodo para registro de informações relativas aos instrumentos de planejamento em saúde de estados, Distrito Federal e Municípios.

Resolve:

Art. 1º Aprovar o 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior do ano de 2021.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Conde-PB.

Maria José da Silva Pedro

Maria José da Silva Pedro
Presidenta do Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 05/2021/CMS

- Aprova o Projeto Acolher.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Conde-PB, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - determina que a execução de ações de assistência terapêutica integral está incluída no rol de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS);

Tendo as leis que dão embasamento para o andamento do Projeto:

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, incumbem ao Poder Público o fornecimento às crianças e aos idosos dos recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação;

Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) - direito humano à alimentação adequada;

Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1.999, que regulamentou a Lei 7.853, de 24 de outubro de 1.989, dispondo sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência;

Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite;

A Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); • Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Conselho Nacional de Assistência Social.

Foi aprovado o Projeto Acolher em reunião do Conselho Municipal de Saúde que foi realizada no dia 24 de setembro de 2021. O Projeto Acolher tem como finalidade cadastrar todos os membros das famílias que tenham necessidade de medicamentos, materiais auxiliares e elementos de cuidado e higiene pessoal, alimentos para nutrição enteral, bem como meios de locomoção por motivo de doença, bem como a elaboração dos protocolos clínicos municipais e seus devidos tratamentos de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e do Governo do Estado da Paraíba.

Resolve:

Art. 1º Aprovar o Projeto Acolher.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Conde-PB.

Conde- PB, 24 de setembro de 2021.

Maria José da Silva Pedro

Maria José da Silva Pedro
Presidenta do Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 06/2020/CMS

- Aprova o Projeto de Implantação de Farmácias Polo nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Conde.

A Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Conde-PB, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O Conselho Municipal de Saúde de Conde aprova a implatação do Projeto de Famácias Polo, esse projeto tem como intuito realizar o cadastro de famílias que necessitam de medicamentos, materiais auxiliares e elementos de cuidado e higiene pessoal, alimentos para nutrição enteral, bem como meios de locomoção por motivos de doença e elaboração de protocolos clínicos municipais e seus devidos tratamentos de acordo com toda orientação do Ministério da Saúde de do Governo do Estado da Paraíba.

Resolve:

Art. 1º Aprova o Projeto de Implantação de Farmácias Polo nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Conde

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Conde-PB.

Conde-PB, 24 de setembro de 2021.

Maria José da Silva Pedro

Maria José da Silva Pedro
Presidenta do Conselho Municipal de Saúde



COMANDO DA GUARDA

PORTARIA Nº 001 DE 08 DE MARÇO DE 2022

Dispõe sobre a designação do responsável para a reserva de armas e munições da Guarda Civil Municipal.

O COMANDANTE DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelas leis federais 10826/2003 e suas normativas, 13022/2014, pelas leis municipais 769/2013, 788/2014, 894/2016 e pelo decreto municipal 0255/2020;

RESOLVE:

Art. 1º - Substituir o servidor da Guarda Civil Municipal, Eugenio César de Oliveira Melo, pelo servidor, Mário Nogueira da Silva, para responder pela reserva de armas e munições.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação revogando as disposições em contrário.

Conde/PB, 08 de março de 2021

Sérgio Carneiro da Silva
Comandante Geral da Guarda Civil Municipal

SECRETARIA DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 09/2021/CMS

- Aprova o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 do Município de Conde.

A Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Conde-PB, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

O Plano Municipal de Saúde foi aprovado em reunião do Conselho Municipal de Saúde do dia 29/11/2021. Esse Plano é um instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde. O PMS estabelece diretrizes, objetivos e metas de médio prazo, que orientam as ações que serão executadas na saúde do Município e nas Programações Anuais de Saúde.

Resolve:

Art. 1º Aprovar Plano Municipal de Saúde dos anos 2022 à 2025.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Conde-PB.

Maria José da Silva Pedro
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

A Secretaria de Saúde do Município de Conde – PB, no uso de suas atribuições que lhe foram conferidas ,conforme PORTARIA Nº 0208/2021, publicada no Diário oficial deste Município.

CONSIDERANDO o disposto no Art. 67 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, publicada no D.O.U. de 22 de junho de 1993 e alterações posteriores;

RESOLVE:

Art. 1º Designar os servidores abaixo para responder pela **GESTÃO** e **FISCALIZAÇÃO** do objeto do **CONTRATO Nº 00015/2022-CSL**, firmado com a empresa **ALUYLSON PESSOA DOS SANTOS EIRELI**, inscrita no **CNPJ nº 21.636.341/0001-28**, referente ao Pregão Eletrônico nº **00012/2021**, para contratação de empresa especializada em locação de veículos para atendimento das necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Conde/PB.

NOME	MATRICULA	FUNÇÃO
MARIA DILMA VIEIRA CORREIA BRAGA	62.447	GESTORA
AURICÉLIO RODRIGUES DA SILVA	62.440	FISCAL

Art.2º Atribuir aos servidores mencionados no Art.1º as atribuições e responsabilidades do artigo 67 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, bem como as abaixo descritas:

- I- Acompanhar e fiscalizar o contrato administrativo para o qual foi nomeado;
- II- Comunicar quanto à ocorrência de qualquer fato que gere o descumprimento das cláusulas contratuais por parte da Contratada, para que se proceda pela abertura de processo de notificação;
- III- Atestar através da nota fiscal e/ou fatura, conforme legislação, o fornecimento, a entrega, a prestação de serviço ou a execução da obra, após conferência prévia do objeto contratado, dentro do prazo estipulado no contrato;
- IV- Demais atribuições de fiscalização atribuíveis ao fiscal conforme legislação pertinente.

Art. 3º Determinar que as atribuições do Gestores e Fiscais sejam exercidas independentemente das atribuições que o servidor atualmente desempenha na Secretaria Municipal de Saúde de Conde ou Órgãos correlatos.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação até prazo da vigência contratual.

VANESSA MEIRA CINTRA
Secretaria Municipal de Saúde

ESTADO DA PARAÍBA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONDE

EXTRATO DE CONTRATOS

OBJETO: Sistema de Registro de Preços para eventual aquisição de Medicamentos de Controle Especial de forma parcelada destinados aos pacientes da Rede Municipal de Saúde DE CONDE/PB. **FUNDAMENTO LEGAL:** Pregão Eletrônico nº 00002/2021. **DOTAÇÃO:** ORÇAMENTO 2021 – RECURSOS PRÓPRIOS, ESTADUAIS E FEDERAIS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONDE/PB – 21.60.10.122.0034.2070/21.60.10.301.0034.2053/ 21.60.10.302.0034.2055/ 21.60.10.301.0034.2085/ 21.60.10.302.0034.2087 – ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.30.01 – MATERIAL DE CONSUMO. PARTES CONTRATANTES: Fundo Municipal de Saúde de Conde e: CT Nº 00017/2022 - 02.03.22 até 08.10.22 - DROGAFONTE LTDA - R\$ 39.809,50.

PORTARIA, Nº 009, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2022.