



Prefeitura Municipal de Tobias Barreto/Se Secretaria
Municipal de Saúde

Plano Municipal de Saúde 2022-2025

Tobias Barreto/Se
Agosto/2021



Prefeitura Municipal de Tobias Barreto/Se
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITO

Adilson de Jesus Santos

VICE-PREFEITO

Júlio César Ribeiro Prado

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Maria Angélica Trindade

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

Sabrina de Freitas de Melo Oliveira

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Anailza Maria Santana Bastos

COORDENAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇÃO

DOMICILIAR

Tamires Freitas Melo

COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

Maria Elenildes Barreto dos Santos

COORDENAÇÃO DE MARCAÇÃO DE EXAMES

Ana Lucia Rosa de Jesus Nery

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Robson Macedo Santos

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Tatiane Fontes Freitas Santana

ASSESSORIA TÉCNICA

Lissandra Santana Machado

Sumário

1.Apresentação	01
2.Introdução	02
3.Diagnóstico Situacional	04
3.1. Perfil sócio demográfico.....	05
3.2. Perfil da rede de serviços de saúde (copiar PAS).....	08
3.3. Perfil de recursos humanos (PAS).....	08
3.4. Perfil de Condições de Saúde (Taxas de natalidade e mortalidade)	16
4. Percepção dos Problemas do Estado de Saúde da População	23
5.Diretrizes do Plano Nacional de Saúde.....	24
6. Pactuação Interfederativa	33
7. Infraestrutura	38
7.1 Veículos.....	38
8. Saúde nos Ciclos da Vida	39
8.1 Saúde da Criança.....	40
8.2 Saúde do Adolescente	43
8.3 Saúde da Pessoa Idosa	45
8.4 Saúde da Mulher.....	47
8.5 Saúde do Homem.....	50
9.Eixos	53
9.1 Atenção Básica	53
9.2 Assistência Farmacêutica	67
9.3 Atenção Especializada.....	70
9.4 Vigilância em Saúde	82
9.4.1 Vigilância Epidemiológica	82
9.4.2 Vigilância Sanitária e Ambiental	85
9.5 Saúde Prisional.....	88
9.6 Gestão	90
9.7 Conselho Municipal de Saúde.....	92
10.Indicadores de saúde	98
11.Programação Orçamentária 2022-2025	100

Maria Angélica Trindade
Secretária Municipal de Saúde

1. Apresentação

A administração municipal, eleita em 2020, para o exercício 2021 a 2024, viabilizou junto com a equipe de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde o processo de elaboração do Plano de Saúde, este iniciado em junho de 2021, movido pelo espírito democrático, amplamente discutido nas diversas reuniões com os grupos de trabalho observando as conquistas dos usuários e trabalhadores do sistema.

O Plano Municipal de Saúde de Tobias Barreto foi elaborado para o quadriênio 2022 a 2025 dentro do contexto da política de saúde desenvolvida no nível municipal em consonância com as demais instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. Sua construção seguiu etapas sucessivas, importantes para definição da política de saúde formuladas considerando o perfil sócio demográfico, epidemiológico, estrutura da rede de serviços e pelas necessidades da população tobiense.

O ponto de partida foi o diagnóstico situacional, realizado a partir da análise de coerência entre as atividades desenvolvidas no sistema, competências e responsabilidades dos eixos programáticos implantados no sistema de saúde de Tobias Barreto. Promoveu-se, nesta fase, leitura de Relatórios de Gestão de anos anteriores, Plano de Saúde e Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde que institui e define políticas para a gestão municipal.

Documento fundamentado no processo contínuo de pactuação, que visa à melhoria da oferta dos serviços prestados, busca ampliação do acesso da população aos bens e serviços, implementa o conjunto de programas, projetos, ações, metas e estratégias relevantes para o desenvolvimento do sistema de saúde municipal. Organizado em módulos que permite a visualização do diagnóstico de saúde, defini financiamento, quadro de metas, e estabelecimento de atividades de acordo com a linha de ação dentro das áreas programáticas seguindo três eixos: Modelos de Gestão, Modelo de Atenção e logística e Infraestrutura.

Com o compromisso de avançar na gestão participativa, a Secretaria Municipal da Saúde, no primeiro momento após coleta de dados, apresentou o plano plurianual de saúde aos conselheiros, realizado a partir das demandas advindas dos profissionais da saúde, análise epidemiológica e da situação da gestão. Nesta fase, efetivou-se o levantamento de sugestões para compor o Plano de Saúde, que se encontrava em processo de elaboração, para posterior aprovação do Conselho Municipal da Saúde.

Agradecendo a todos que viabilizaram e participaram desta construção, espera-se que este instrumento contribua e subsidiem os atores sociais no processo de tomada de decisões, e que este, possibilite novos e grandes avanços no sistema de saúde de Tobias Barreto.

2.Introdução

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 é um instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, construído de maneira coerente com o desenho traçado e formatado no Mapa Estratégico do Governo Municipal, para o desenvolvimento sustentável por meio da prestação de serviços públicos de qualidade em Tobias Barreto. Apresenta como resultado para o setor saúde: “Ampliar o acesso e melhorar a resolutividade do sistema de saúde”.

Sua formulação tem como referência a Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde, contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção e definindo a infraestrutura e logística necessárias para os serviços de saúde.

O Plano de Saúde é estruturado com base em programas e projetos, nos quais são definidas as metas, ações e atividades específicas por eixo e área técnica, expressando o direcionamento das políticas de saúde no âmbito municipal. A elaboração deste Plano e dos instrumentos que o operacionalizam como: Programação Anual, Planos Específicos Relatórios de Gestão, deve ser entendido como um processo dinâmico que permite sua revisão periódica de objetivos, prioridades e estratégias, em função dos avanços registrados, das mudanças de cenários, dos impedimentos que eventualmente possam acontecer e da atualização de legislações.

A estrutura do plano está expressa de forma que apresenta objetivamente as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos. Foram adotados recortes comuns em cada eixo de atuação, e ao mesmo tempo, apresentadas a interdependência e a especificidade destes elementos essenciais para melhor entender e conceber o papel dos programas e projetos a serem desenvolvidos para a comunidade.

A formatação em módulos onde o primeiro apresenta os aspectos demográficos, perfil da rede de serviços e recursos humanos, e o perfil das condições de saúde. Vale frisar que, no componente que versa os módulos operacionais desdobrados em linha de ação, que por sua vez apresenta objetivos específicos que se expressam em metas, ações estratégicas, e unidade responsável. Por último são apresentados os indicadores de saúde pactuados e a programação física financeira.

Este instrumento na parte que versa os módulos operacionais está dividido em três eixos: gestão que frisa sobre o papel institucional da Secretaria Municipal da Saúde adequando aos novos modelos de gestão, organização, participação social, avaliação, controle, regulação e auditoria dos serviços; modelo de atenção, que vislumbra atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em Saúde e ações intersetoriais para

promoção da saúde e em terceiro a infraestrutura que visa organizar o Sistema de Saúde no tocante a rede física das unidades assistenciais com investimentos de tecnologias, bem como promovendo atualização profissional dos servidores para realização de ações e serviços de saúde eficientes e eficazes e promove a logística da assistência farmacêutica e dos insumos necessários para a rede de serviço.

3. Diagnóstico Situacional

3.1 Perfil sócio demográficos

3.2 Perfil da rede de serviços de saúde

3.3 Perfil de recursos humanos

3.4 Perfil de Condições de Saúde

3.1 Perfil Sócio Demográfico



O município de Tobias Barreto possui a sétima população do Estado de Sergipe com aproximadamente 52.530 habitantes dados do DATASUS, 2020. Destes, mais de 60% residem na área urbana. É o segundo município em extensão territorial do Estado, conta com 1.023,390 km², representando 0,25% de todo território brasileiro, 1,41% da região Nordeste e 4,66% do Estado. Encontra-se localizado a 127 km da capital do Estado de Sergipe, Aracaju.

Geograficamente Tobias Barreto está localizado na região Centro-Sul do Estado, limita-se ao norte com os municípios de Simão Dias e Poço Verde, ao sul com os municípios de Tomar do Geru, ao leste com o Estado da Bahia e oeste com os municípios de Riachão do Dantas e Itabaianinha.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	1864	1779	3643
5 a 9 anos	1917	1806	3723
10 a 14 anos	1972	1833	3805
15 a 19 anos	2136	2061	4197
20 a 29 anos	4726	4781	9507
30 a 39 anos	3966	4405	8371
40 a 49 anos	3297	3570	6867
50 a 59 anos	2648	3022	5670
60 a 69 anos	1570	1943	3513
70 a 79 anos	1000	1188	2188
80 anos ou mais	413	633	1046
TOTAL	25.509	27.201	52.530

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet), 2020.

O maior percentual da população está concentrado na faixa etária de 20 a 39 anos (9.507), refletindo que a cidade possui uma população jovem. Há ligeiro predomínio do sexo masculino na faixa etária de menor de 1 ano a 14 anos, com uma inversão dessa proporção a partir de 20 anos ou mais, com predominância de mulheres devido à maior mortalidade da população masculina.

O produto interno bruto municipal - PIB apresenta uma renda per capita R\$10.753,11. No ano de 2018, segundo o IBGE o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas economicamente ativa em relação à população total era de 10.2%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 46 de 75 e 36 de 75, respectivamente. Já na comparação com cidades do país como um todo, ficava na posição 2678 de 5570 e 3405 de 5570, respectivamente. Considerando

domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, obtinha 47.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 55 de 75 dentre as cidades do estado e na posição 1824 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Vale ressaltar, que a economia municipal provém da agricultura familiar, pecuária de corte, e do centro comercial de tecido, por meio das confecções em geral, e dentre tais confecções destaca-se as peças bordadas, que representa uma estimativa considerável da mão-de-obra ativa dentre os municípios.

Com relação aos aspectos sociais, o município atende uma população heterogênia com ações voltadas para o público infanto-juvenil, adultos e idosos, através das atividades e acompanhamentos da creche, asilo, escolas e programas sociais desenvolvidas pela Secretária Municipal de Assistência Social. A cultura municipal destaca-se por algumas festividades, a exemplo do carnaval fora de época, denominado de CARNATOBIAS, realizado em janeiro, festejos juninos e a festa da padroeira, Nossa Senhora Imperatriz dos Campos, realizada em agosto. Além do Festival de Arte de Tobias Barreto que movimenta a cena cultural folclórica, e proporciona entretenimento a população.

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM, avalia três das mais importantes dimensões do desenvolvimento humano, a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas: saúde, educação e renda. Desta forma conforme demonstrado na tabela abaixo, a dimensão que mais contribuiu para o crescimento do IDHM em 2010 em Sergipe foi a longevidade, com índice de 0,702, seguida de renda, com índice de 0,609, e de educação, com índice de 0,404. No ranking nacional, Sergipe ocupa a posição de 19º lugar, 19º lugar e 20º lugar no quesito longevidade, renda e educação respectivamente. No ranking nacional, Tobias Barreto ocupa a posição de 299º lugar, 193º lugar e 373º lugar no quesito longevidade, renda e educação respectivamente.

Comparação do IDH-Brasil, Sergipe, Tobias Barreto-2010.

Indicador Básico	Brasil	Sergipe	Tobias Barreto
IDHM	0,699	0,665	0,557
IDHM-Renda	0,739	0,672	0,609
IDHM-Longevidade	0,816	0,781	0,702
IDHM-Educação	0,637	0,560	0,404

Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2010

3.2 Perfil da rede de serviços de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Tobias Barreto conta com Dezoito estabelecimentos de saúde, na sua rede física de serviços próprios. São nove Unidades Básicas de Saúde, uma Clínica de Saúde da Família, oito Postos de Saúde Tipo I, um Centro Municipal de Especialidades Médicas, um Centro Municipal de Fisioterapia, um Polo de Academia da Saúde, uma Farmácia Básica, um Centro de Gestão em Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial "Clareza" (CAPS I), uma equipe de saúde prisional no Presídio Juiz Manoel Barbosa de Souza (PREMABAS) habilitada pelo MS no ano de 2021.

A principal Unidade prestadora de serviços o Hospital São Vicente de Paula, funciona seguindo estratégia definidas para os hospitais de pequeno porte (HPP), sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde/Fundação Hospitalar de saúde.

Item	Estabelecimentos Assistências de Saúde	Quantidade				CNES	Nº EQP	INE	ENDEREÇO / UBS
		ESF	PACS	NASF	ESB				
Área: URBANA									
1	Unidade Básica de saúde Jose Ramos	2	-	-	-	7685467	01 04	178608 1571052	Rua: Julia Maria da Soledade ,209
2	Clínica de saúde da Família Dra. Zilda Arns	4	-	1	3	3541444	05 06 07 08	1569775 178640 178659 178632	Rua Filomeno Geraldo dos Santos, 159
3	Unidade Básica Saúde Agripino	1	-	-	-	9828249	02	178616	Avenida Principal, SN
4	Unidade de saúde da Família Joao de Souza Andrade	2	-	-	-	2422069	03 09	178624 1518682	Rua Itabaianinha S/N

Área: RURAL									
Item	Estabelecimentos Assistências de Saúde	ESF	PACS	NASF	ESB	CNES	Nº EQP	INE	ENDEREÇO / UBS
1	Posto de Saúde Pov. Barriga	-	-	-	-	2421941	-	-	Povoado Barriga
2	Posto de Saúde Candeias	-	-	-	-	2421968	-	-	Povoado Candeias
3	Unidade Básica de Saúde Jose Albino dos Santos	1	-	-	-	2421984	11	1511017	Pov. Campestre do Abreu
4	Unidade Básica de Saúde Josafa Dias da Costa	1	-	-	-	3605787	15	1518666	Campestre do Abreu
5	Unidade Básica de Saúde Raimundo Serafim de Menezes	1	-	-	-	2422026	12	1511033	Povoado Jabeberi
6	Unidade Básica de Saúde Joselita Olinda dos Santos	1	-	-	-	2421992	10	178543	Povoado Monte Coelhos
7	Unidade Básica de Saúde Laura Maria de Jesus	1	-	-	-	2422042	14	178594	Povoado Samambaia
8	Unidade Básica de Saúde Josefa Catarina da Soledade	1	-	-	-	2422018	13	1511068	Povoado Saquinho
9	Posto de Saúde Pov. Brasília	-	-	-	-	2421976	-	-	Povoado Brasília
10	Posto de Saúde Pov. Capitoa	-	-	-	-	7194552	-	-	Povoado Capitoa
11	Posto de Saúde Pov. Agrovila	-	-	-	-	2421925	-	-	Povoado Agrovila

12	Posto de Saúde Pov. Campo Pequeno	-	-	-	-	2421933	-	-	Povoado Campo Pequeno
13	Posto de Saúde Poço da Clara	-	-	-	-	7194501	-	-	Povoado Poço da Clara
14	Posto de Saúde Pov. Roma	-	-	-	-	2421917	-	-	Povoado Roma

Outras	Centro de Atenção Psicossocial-CAPS CLARIDADE		3057909	Rua Carlos Lemos, 607
	Polo da Academia da Saúde	CONJUNTO WALTER FRANCO	7537158	Praça: Dr. Jose Rosa Oliveira Neto, SN
	Centro Municipal de Especialidades Médicas		2422050	Rua Julia Maria da Soledade, 399
	Centro Municipal de Fisioterapia Dr. Bernardino		9219560	Travessa Coronel Jose de Lemos, 41
	Farmácia Básica de Tobias Barreto		7615213	Rua: Julia Maria da Soledade, 357
	Centro de Gestão em Saúde		6288022	Avenida 07 de Junho, 457

3.3 Perfil dos Recursos Humanos

O Sistema Municipal de Saúde conta com 363 servidores públicos, sendo 283 de nível médio e 36 de nível superior destes 07 são da categoria médica. Com relação à modalidade de admissão 339 servidores da saúde são efetivos correspondendo a 93,40 % do total, e 24 são contratados por tempo determinado equivalente a 6,6% do total.

Quadro de RH de Nível Médio/Categoria Profissional

CATEGORIAS	2020	2021
Auxiliar Serviços Gerais	36	19
Agente comunitário de saúde	123	126
Agente de Endemias	24	24
Agente de Serviço	50	21
Agente de Limpeza Publica	00	02
Fiscal de Saúde	06	06
Auxiliar/téc. de enfermagem	34	36
Auxiliar/téc. de enf. ESF	12	08
Auxiliar de odontologia	08	03
Auxiliar de odontologia ESF	08	03
Educador Social	02	03
Motorista I	20	03
Motorista II	-	04
Condutor de Ambulância	-	10
Merendeiro (a)	02	02
Técnico de laboratório	04	04
Técnico Administrativo I	10	08
Técnico Administrativo II	-	01
Total	324	283

Contratados		
CATEGORIA	2020	2021
Tec. Administrativo II	-	02
Digitador	-	01
Aux. De Serviços Gerais	-	01
Recepcionista	-	01
Biomédico	-	01
Enfermeiro	-	02
Auxiliar de Limpeza	-	02
Vigilante	-	02
Total	-	13
Enfermagem	-	01

Quadro de RH de Nível Superior/Categoria Profissional

Fonte: Setor de RH/SMS Tobias Barreto/SE

Total	54	36
-------	----	----

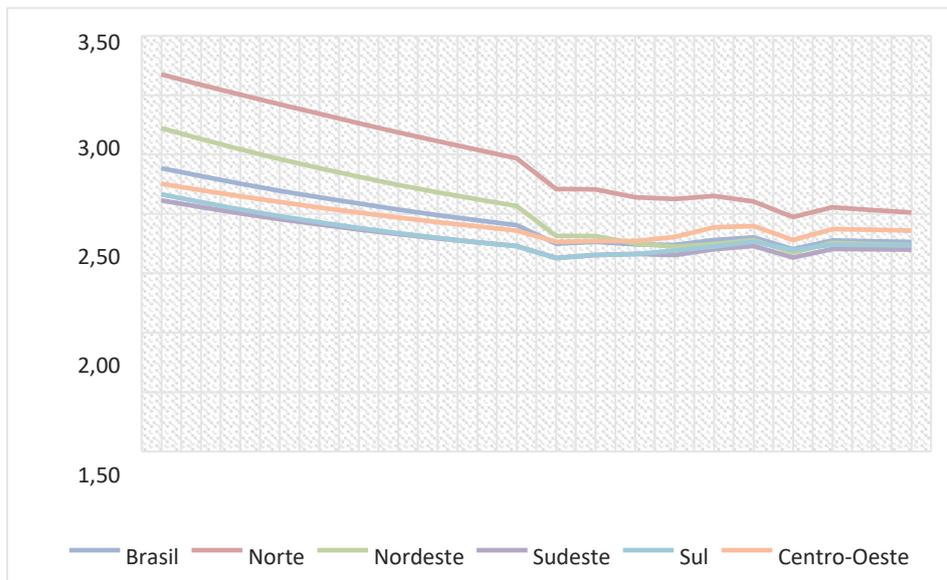
Panorama demográfico

De acordo com projeções estimadas pelo IBGE, em 2019 a população brasileira atingirá 210.147.125 habitantes, com predominância (51%) do sexo feminino, sendo distribuída nas Regiões da seguinte forma: Sudeste (42,1%), Nordeste (27,2%), Sul (14,3%), Norte (8,8%) e Centro Oeste (7,8%). Considerando que, de acordo com dados do censo populacional de 2010, a população brasileira era de 190.735.694, houve um crescimento linear de 10,2% no período, e de 1,13% ao ano. Para 2023, ano final do plano, a projeção estimada é de que a população brasileira será de 216.284.269 habitantes.

Taxas de Fecundidade Total (TFT)

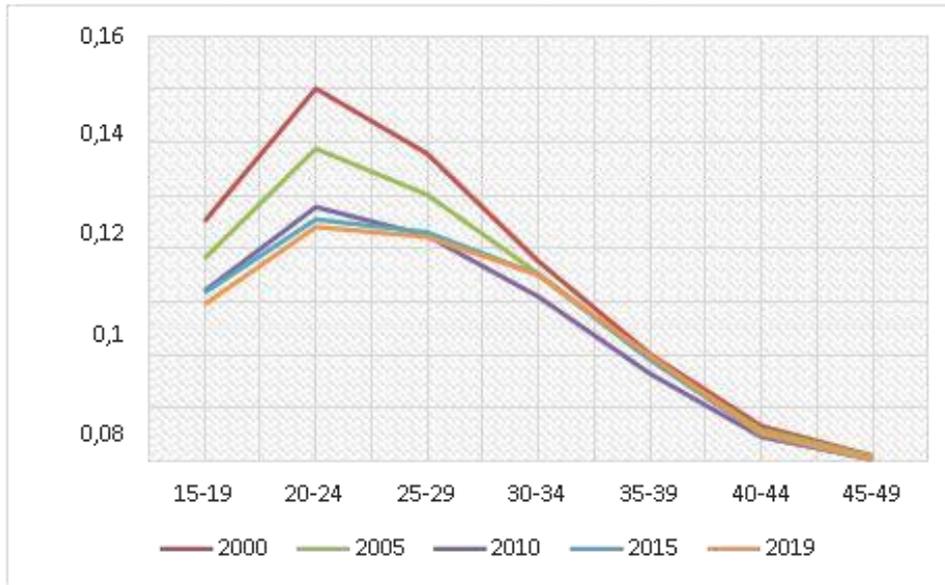
Até meados da década de 60, o Brasil teve uma estrutura etária composta com muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas, devido a níveis elevados das Taxas de Fecundidade Total (TFT). Até 1960, a TFT era levemente superior a seis filhos por mulher. Houve uma redução acentuada nas décadas seguintes, alcançando 2,4 filhos por mulher, no ano de 2000, e 1,7 em 2019. Trata-se de uma redução expressiva em um tempo tão curto, quando comparada à experiência dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares (IBGE, 2014). Essa trajetória vem refletindo a tendência dos últimos anos de redução generalizada da fecundidade observada no Brasil.

Gráfico 3.1. Taxas de Fecundidade Total, por Grandes Regiões, Brasil, 2000-2019.



O gráfico 3.2 ilustra a tendência das Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) do Brasil, no qual é possível verificar a queda da TEF da população mais jovem. Com a hipótese de envelhecimento do padrão das TEF, observa-se que a proporção do grupo de idade de 30-34 aumentou em relação ao total.

Gráfico 3.2. Taxas Específicas de Fecundidade, segundo os grupos de idade, Brasil, 2000-2019.

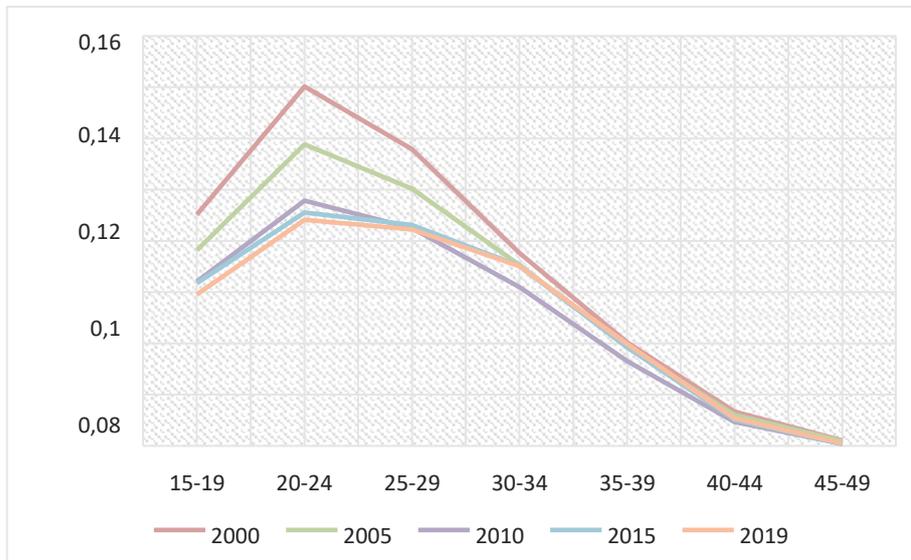


Observa-se que o município de Tobias Barreto acompanha o patamar brasileiro apresentando uma queda proporcional nas taxas de fecundidade local nas mulheres tobienses.

Estrutura de distribuição etária da população

A marcante redução na fecundidade aliada ao aumento da expectativa de vida tem importantes efeitos sobre a estrutura de distribuição etária da população, fenômeno observado a partir do censo de 1980 e que evidenciava o estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população, refletindo o declínio da fecundidade. O gráfico abaixo mostra o envelhecimento ocorrido de 2000 a 2019, o que caracteriza o ritmo de países em desenvolvimento: diminuição da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), aumento da Taxa de Urbanização e Desenvolvimento Econômico e também com Índice de Desenvolvimento Humano considerado alto.

Gráfico 3.3. Pirâmide etária do Brasil, 2000, 2010 e 2019

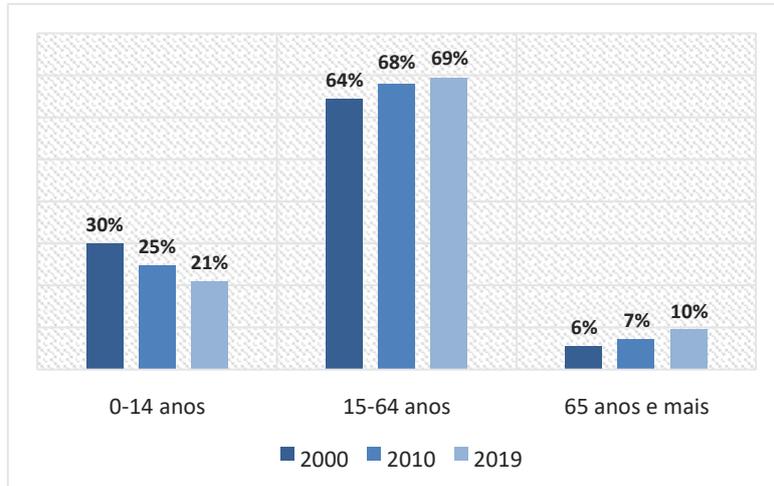


Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2013 e 2019 do IBGE.

Entre 2000 e 2019 observou-se um envelhecimento da população do Brasil. Nesse período, embora a população total tenha aumentado em mais de 25 milhões de pessoas, houve uma redução no número de pessoas abaixo de 15 anos de idade, que passou de 52 milhões em 2000 (30% da população) para 44 milhões em 2019 (21% da população). Já a população acima de 65 anos de idade passou de 9,7 milhões (5,6% da população) em 2000 para 19,1 milhões de pessoas (9,1% da população) em 2019. Segundo estimativas do IBGE, em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões

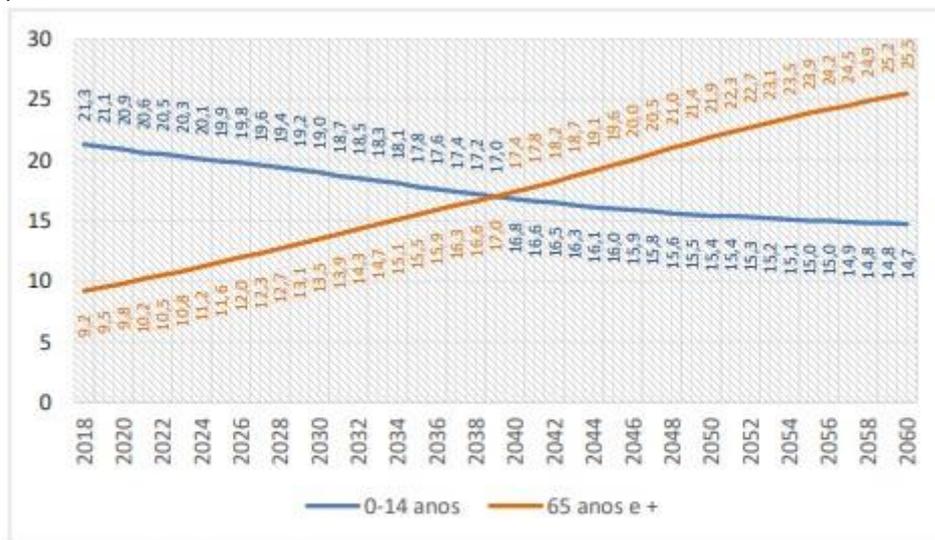
de pessoas). Já os jovens (0 a 14 anos) deverão representar 14,7% da população (33,6 milhões) em 2060.

Gráfico 3.4. Distribuição proporcional da população brasileira por faixa etária, 2000, 2010 e 2019.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2019 do IBGE.

Gráfico 3.5. Proporção da população na faixa etária de 0 a 14 anos e de 65 anos ou mais em relação ao total, no Brasil, de 2018 a 2060



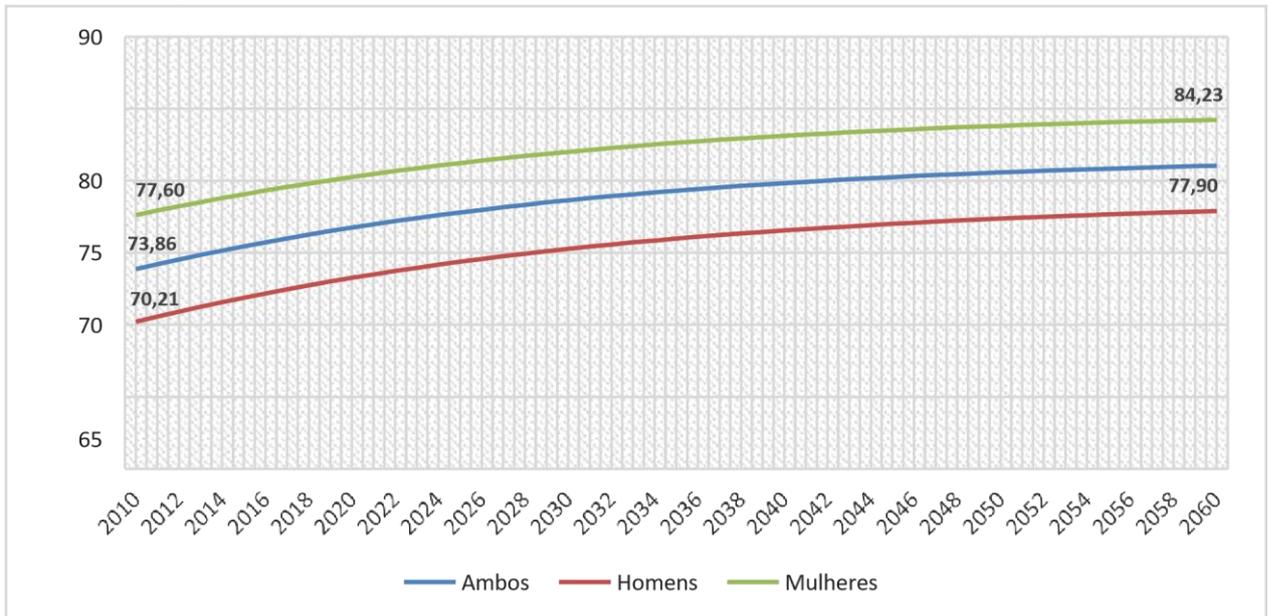
Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2019 do IBGE.

Expectativa de vida

A expectativa de vida ao nascer vem aumentando ao longo dos anos. De acordo com a projeção populacional divulgada pelo IBGE, uma pessoa nascida no Brasil em 2010 tinha expectativa de viver, em média, até os 74 anos (70 anos para homens e 78 anos para mulheres). Em 2019, foi observado um aumento médio de 2,5 anos na expectativa de vida, passando para 76,5 anos (73 para homens e 80 para mulheres).

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresenta impactos importantes na saúde da população, repercutindo no Sistema Único de Saúde em decorrência do aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis advindas do aumento da idade mediana da população.

Gráfico 3.6. Expectativa de vida ao nascer no Brasil, 2010 a 2060.



Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE – Projeção da População, edição 2018 do IBGE

3.4 Perfil de Condições de Saúde

O perfil epidemiológico dispõe de estatísticas vitais, morbidade, doenças de notificação compulsória e outros eventos de interesse a saúde, que permite visualizar as condições de saúde da população. Estas informações visam auxiliar no planejamento, na tomada de decisão e na adoção de medidas pelo poder público, para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população de Tobias Barreto.

De modo geral, o Município apresenta perfis de nascimentos e de mortalidade semelhantes às outras cidades brasileiras do seu porte, salvo algumas particularidades locais.

A informação é essencial à tomada de decisões. Assim, o conhecimento sobre a situação de saúde o que requer informações sobre o perfil da morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e os serviços de assistência médico-sanitária, são fundamentais para priorizar a assistência à saúde.

Perfil de Natalidade Definição de nascido vivo

“Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva” (Organização Mundial da Saúde, 1999).

Sistema de Informação Nascidos Vivos (SINASC) tem como fonte de informação a Declaração de Nascido Vivo (DN), documento do Ministério da Saúde utilizado em todo o país para coletar informações sobre a situação do parto, do recém-nascido e da mãe.

Sua análise leva-nos a intervir de forma efetiva nos riscos apresentados pelos recém nascidos. **As variáveis analisadas como de risco para os nascidos vivos são: baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500g), mães com menos de 15 anos, idade gestacional e parto ocorridos com menos de 37 semanas (prematuridade).**

Tabelas com Nascidos Vivos/Peso

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo			
I Identificação do Recém-nascido 1 Nome do Recém-nascido (RN) _____ 2 Data _____ Hora _____ 3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/> F - Feminino 4 Raça cor do Recém-nascido <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 709 8050 8943 7298			
II Local da Ocorrência 4 Peso ao nascer _____ em gramas 5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos _____ 6 Comprimento _____ Em cm 1 casa decimal 7 Local da ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Abadia Indígena <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros 8 Estabelecimento _____ Código CNES _____ 9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____ 10 CEP _____ 11 Bairro/Distrito _____ Código _____ 12 Município de ocorrência _____ Código _____ 13 UF _____		14 Nome da Mãe _____ 15 Cartão SUS _____ 16 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado Série _____ 17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada/desempregada) _____ Código CBO 2002 _____ 18 Data nascimento da Mãe _____ 19 Idade (anos) _____ 20 Naturalidade da Mãe _____ Município / UF (se estrangeiro informar País) _____ 21 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorçada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada 22 Raça / Cor da Mãe <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena 23 Logradouro _____ Número _____ Complemento _____ 24 CEP _____ 25 Bairro/Distrito _____ Código _____ 26 Município _____ Código _____ 27 UF _____			
III Mãe 28 Nome do Pai _____ 29 Idade do Pai _____ 30 Histórico gestacional ■ Nº gestações anteriores _____ ■ Nº de partos vaginais _____ ■ Nº de cesáreas _____ ■ Nº de nascidos vivos _____ ■ Nº de perdas fetais / abortos _____ V Gestação e parto 31 Data da Última Menstruação (DUM) _____ 32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____ Método utilizado para estimar <input type="checkbox"/> Exame Físico <input type="checkbox"/> Outro método <input type="checkbox"/> Ignorado 33 Número de consultas de pré-natal _____ 34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____ 35 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla ou mais <input type="checkbox"/> Ignorado Parto 36 Apresentação <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Ignorado 37 O Trabalho de parto foi induzido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 38 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado 39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado 40 Nascimento assistido por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermagem ou Obstetriz <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado		IV Pai 28 Nome do Pai _____ 29 Idade do Pai _____ V Gestação e parto 31 Data da Última Menstruação (DUM) _____ 32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____ Método utilizado para estimar <input type="checkbox"/> Exame Físico <input type="checkbox"/> Outro método <input type="checkbox"/> Ignorado 33 Número de consultas de pré-natal _____ 34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____ 35 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla ou mais <input type="checkbox"/> Ignorado Parto 36 Apresentação <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Ignorado 37 O Trabalho de parto foi induzido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 38 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado 39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado 40 Nascimento assistido por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermagem ou Obstetriz <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado			
VI Anomalia congênita 41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas _____ VII Preenchimento 42 Data do preenchimento _____ 43 Nome do responsável pelo preenchimento _____ 44 Função <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Func. Cartório <input type="checkbox"/> Outros (descrever) _____ 45 Tipo documento <input type="checkbox"/> CHES <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> COREH <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF _____ 46 Nº do documento _____ 47 Órgão emissor _____		VIII Cartório 48 Cartório _____ Código _____ 49 Registro _____ 50 Data _____ 51 Município _____ 52 UF _____			
ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO O Registro de Nascimento é obrigatório por lei. Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.					

Versão 07/16 - 1ª Impressão 10/23/19

www.lgb.com.br

Perfil de Mortalidade Definição de mortalidade

A mortalidade é a condição de ser mortal, portanto, de ser suscetível à morte. Entretanto, o termo mortalidade está na maioria dos casos relacionado com os estudos estatísticos aplicados sobre as populações. Então, a mortalidade aparece como um número que busca estabelecer a quantidade de mortos sobre uma determinada população.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) fornece informações sobre o perfil epidemiológico da mortalidade no município. A coleta de informações ocorre através das Declarações de Óbitos (DO) fornecidas nos hospitais, assim como pelos registros dos óbitos domiciliares nos cartórios.

Em 2021, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Município de Tobias Barreto recebeu 635 notificações de óbitos de residentes. **O coeficiente geral de mortalidade (CGM) foi de 6,3 óbitos/1.000 habitantes.** O maior número de óbitos se concentra acima de 60 anos, no entanto, cabe destacar que aproximadamente 20% ocorrem entre 20 e 49 anos.

Quanto à ocorrência de óbitos entre os adolescentes, observa-se um crescente número de óbitos na faixa etária entre 15 e 19 anos, entre as causas os homicídios e os acidentes de trânsito foram os mais representativos.(mortalidade por causas externas).

Tabela número de óbitos

Série histórica de mortalidade

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	67	5	9	13	66
II. Neoplasias (tumores)	29	37	27	30	27
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	4	4	5	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	5	6	9	9
V. Transtornos mentais e comportamentais	10	10	3	5	4
VI. Doenças do sistema nervoso	3	6	3	2	6
VII. Doenças do olho e anexos	2	3	1	7	2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	-	-	1	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	37	35	43	39	30
X. Doenças do aparelho respiratório	54	15	18	22	16
XI. Doenças do aparelho digestivo	85	60	46	61	59
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	8	4	8	7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	2	2	7	5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	34	30	15	20	15
XV. Gravidez parto e puerpério	177	174	202	252	250
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	17	19	27	27	13
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	5	5	4	3

XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	10	11	8	19
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	55	58	49	61	91
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	22	28	16	7	8
Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	620	514	491	588	635

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Data da consulta: 06/07/2021.

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

Mortalidade por causa externa

As 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, com milhares de hospitalizações no mundo, sobretudo na população jovem, economicamente ativa e do sexo masculino, e grande ônus aos serviços de saúde. No Brasil, estão entre as três primeiras causas de internações (e como primeira causa em números absolutos na faixa etária de 10 a 39 anos).

Em 2018, foram registradas 1.183.884 internações hospitalares por causas externas, representando 10% de todas as internações realizadas nos serviços próprios e conveniados ao SUS. As internações por quedas (34,9%) e por acidentes de transporte terrestre (15,5%) apresentaram as maiores frequências.

No âmbito da vigilância de violências (interpessoais e autoprovocadas) e acidentes (VA), em 2017 foram registradas 307.367 notificações de violência interpessoal/autoprovocada no Brasil. Desse total, 71,8% das vítimas notificadas eram mulheres, 46,5% eram adolescentes (10-19 anos) ou jovens adultos (20-29 anos), 45,5% eram negras, 40,4% eram brancas e 12,5% tiveram a raça/cor da pele ignorada. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas.

Entre os casos de violências interpessoais, houve predomínio das agressões físicas (67,7%), seguidas pelas psicológicas (28,8%), negligência/abandono (16,4%) e sexuais (15,4%). Parceiros íntimos (28,5%) e familiares (27,3%) foram os agressores mais frequentes. Do total

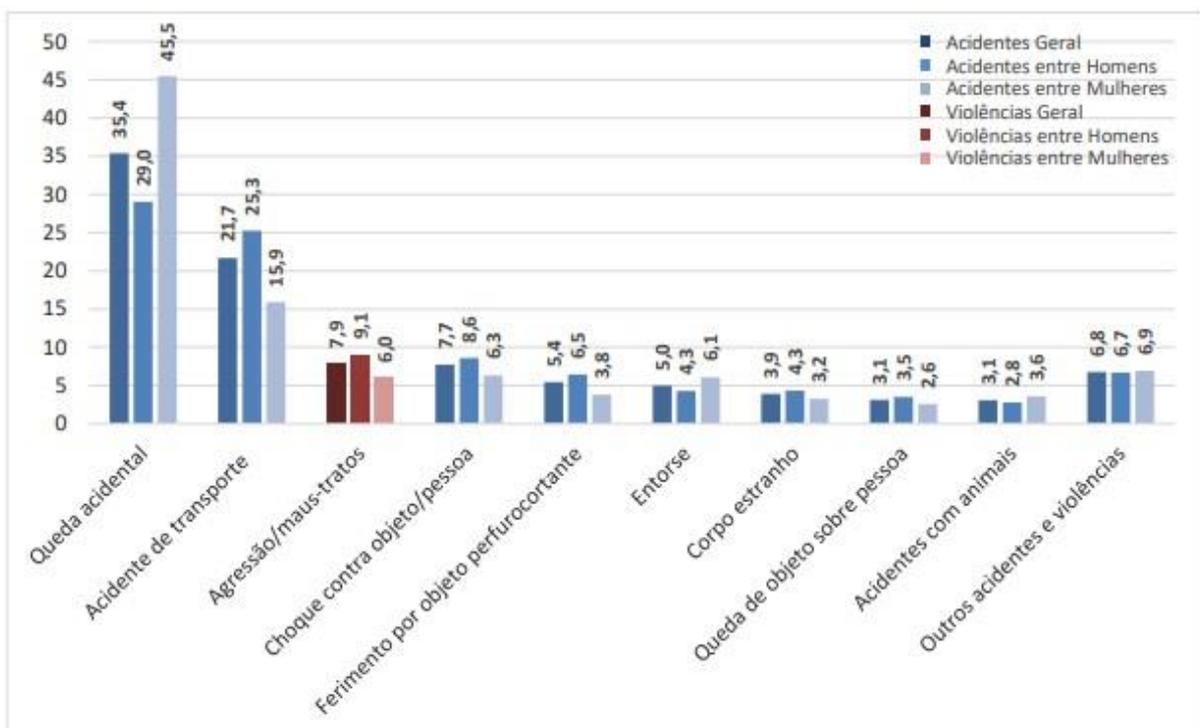
de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas e, dentre essas, 34,5% corresponderam a tentativas de suicídio.

No que se refere especialmente às crianças e adolescentes, em 2017 foram registrados 20.520 casos de lesão autoprovocada e 7.098 tentativas de suicídio. Este cenário evidencia a necessidade de qualificação da rede de proteção para o cuidado oportuno e prevenção do suicídio.

No campo da vigilância dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), em 2017 foram registrados 48.532 atendimentos em 90 serviços sentinelas de urgência e emergência. Destes, 44.243 (91,1%) corresponderam a acidentes e 4.289 (8,9%), a violências.

As ocorrências mais frequentes foram queda acidental (35,4%), acidente de transporte (21,7%) e agressão/maus-tratos (7,9%). Situação semelhante foi observada para ambos os sexos, em relação à distribuição tanto por tipo de evento (com cerca de 90,0% das ocorrências relacionadas aos acidentes) quanto por tipo de ocorrência. Alguns fatores impactam profundamente a ocorrência e gravidade dos traumas no trânsito, como associação de ingerir bebida alcoólica e dirigir, uso de telefones celulares ao conduzir, excesso de velocidade, dentre outros (Gráfico 3.26).

Gráfico 3.26. Percentual de atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência, geral, entre homens e entre mulheres, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2017.



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

Dados de 2018 para as capitais do país e o Distrito Federal evidenciaram que a frequência de adultos condutores de veículos motorizados multados por excesso de velocidade variou entre 0,9% em Manaus e 15,6% no Distrito Federal. As maiores frequências deste indicador foram encontradas, no sexo masculino, em Fortaleza (20,0%), Belo Horizonte (18,7%) e Goiânia (18,6%) e, no sexo feminino, no Distrito Federal (12,1%), Teresina (10,5%) e Porto Alegre (9,2%).

A frequência de adultos que referiram conduzir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica variou de 5,7% em Recife a 24,1% em Teresina. As maiores frequências deste indicador foram encontradas, no sexo masculino, em Teresina (30,2%), Palmas (27,1%) e São Luís (26,6%) e, no sexo feminino, em Florianópolis e Teresina (13,6%), Palmas (11,5%) e Campo Grande (9,8%).

Para o uso do telefone celular durante a condução de veículo motorizado, a frequência observada variou de 14,1% em Salvador a 24,0% em Belém. As maiores frequências deste indicador foram encontradas, no sexo masculino, em Belém (26,2%), Cuiabá (25,1%) e Macapá (24,8%) e, no sexo feminino, em Porto Alegre (24,6%), Manaus (24,2%), e Maceió e Rio Branco (23,6%).

Com a finalidade de fortalecer a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade Por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde vem priorizando enfrentamento desses agravos ao longo dos anos com destaque para algumas estratégias, como: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o Programa Vida no Trânsito e a implementação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde como indutores para fortalecimento da Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situações de Violências.


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

[REDACTED]

I	1) Tipo de óbito 1) <input type="checkbox"/> Fetal 2) <input type="checkbox"/> Não Fetal		2) Data do óbito ____/____/____		3) Cartão SUS ____		4) Naturalidade Município/UF (se estrangeiro informar País)								
	6) Nome do Pai				7) Nome da Mãe										
	8) Data de nascimento ____/____/____		9) Idade Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____		10) Sexo 1) <input type="checkbox"/> M - Masc. 2) <input type="checkbox"/> F - Fem. 3) <input type="checkbox"/> Ignorado		11) Raça/Cor 1) <input type="checkbox"/> Branca 2) <input type="checkbox"/> Preta 3) <input type="checkbox"/> Amarela 4) <input type="checkbox"/> Parda 5) <input type="checkbox"/> Indígena		12) Situação conjugal 1) <input type="checkbox"/> Solteiro 2) <input type="checkbox"/> Casado 3) <input type="checkbox"/> Viúvo 4) <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 5) <input type="checkbox"/> União estável 6) <input type="checkbox"/> Ignorada						
	13) Escolaridade (última série concluída) Nível: 0) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1) <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		3) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 5) <input type="checkbox"/> Superior completo		14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002										
	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc)								Número		Complemento		16) CEP		
II	17) Bairro/Distrito				18) Município de residência				Código		19) UF				
	20) Local de ocorrência do óbito 1) <input type="checkbox"/> Hospital 2) <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3) <input type="checkbox"/> Outros		21) Domicílio 1) <input type="checkbox"/> Domicílio 2) <input type="checkbox"/> Via pública 3) <input type="checkbox"/> Aldeia indígena 4) <input type="checkbox"/> Ignorado		22) Estabelecimento Código CHES										
III	23) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)								Número		Complemento		24) CEP		
	25) Bairro/Distrito				26) Município de ocorrência				Código		27) UF				
IV	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE		28) Idade (anos)		29) Escolaridade (última série concluída) Nível: 0) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1) <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		30) Médio (antigo 2º grau) 3) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 4) <input type="checkbox"/> Superior completo		31) Ignorado		32) Série		33) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002		
	34) Número de filhos tidos Nascidos: ____ Abortos: ____ 99) <input type="checkbox"/> Ignorado		35) Nº de semanas de gestação 99) <input type="checkbox"/> Ignorado		36) Tipo de gravidez 1) <input type="checkbox"/> Única 2) <input type="checkbox"/> Dupla 3) <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9) <input type="checkbox"/> Ignorada		37) Tipo de parto 1) <input type="checkbox"/> Vaginal 2) <input type="checkbox"/> Cesáreo 9) <input type="checkbox"/> Ignorado		38) Morte em relação ao parto 1) <input type="checkbox"/> Antes 2) <input type="checkbox"/> Durante 3) <input type="checkbox"/> Depois 9) <input type="checkbox"/> Ignorado		39) Peso ao nascer (gramas) 99) <input type="checkbox"/> Ignorado		40) Número da Declaração de Nascimento Vivo		
V	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				ASSISTÊNCIA MÉDICA				DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:						
	37) A morte ocorreu: 1) <input type="checkbox"/> Na gravidez 2) <input type="checkbox"/> No parto 3) <input type="checkbox"/> No abortamento 4) <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5) <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6) <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1) <input type="checkbox"/> Sim 2) <input type="checkbox"/> Não 9) <input type="checkbox"/> Ignorado				39) Neerópsia? 1) <input type="checkbox"/> Sim 2) <input type="checkbox"/> Não 9) <input type="checkbox"/> Ignorado						
	40) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte: a) Devido ou como consequência de: b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:				ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				Tempo decorrido entre o início da doença e a morte						
	41) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, se existentes, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.								CID						
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram no item, na cadeia acima.														
VI	42) Nome do Médico		43) CRM		44) Óbito atestado por Médico		45) Município e UF do SVO ou IML		UF						
	46) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)		47) Data do atestado		48) Assinatura										
VII	PROVAIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)				49) Acidente de trabalho				50) Fonte da informação						
	48) Tipo 1) <input type="checkbox"/> Acidente 2) <input type="checkbox"/> Suicídio 3) <input type="checkbox"/> Homicídio 4) <input type="checkbox"/> Outros		49) Ignorado		50) Sim 1) <input type="checkbox"/> Sim 2) <input type="checkbox"/> Não		51) Ignorado		52) Ocupação Policial Nº		53) Ignorado				
54) Descrição sumária do evento		55) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1) <input type="checkbox"/> Via pública 2) <input type="checkbox"/> Endereço de residência 3) <input type="checkbox"/> Outro domicílio		4) <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 5) <input type="checkbox"/> Outros 9) <input type="checkbox"/> Ignorada											
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA								Número		Bairro		Município		UF	
56) Logradouro (rua, praça, avenida, etc)															
VIII	53) Cartório		Código		54) Registro		55) Data								
	56) Município				Código		57) UF								
IX	58) Declarante				59) Testemunhas										
	A				B										

Versão 01/14 - 1ª impressão 07/2019

**4-
Percepção
dos
Problemas
do Estado
de Saúde
da
População**

A

identificação decorreu mediante análise dos indicadores, efetivada com equipes gerenciais e trabalhadores da saúde de forma que permitiu identificar problemas de saúde por grupos populacionais e agravos.

O quadro de pobreza e desigualdade reflete diretamente nas condições de saúde da população. Portanto, o conhecimento do perfil epidemiológico é fundamental para o processo de diagnóstico das necessidades e com definição de prioridades como na avaliação dos resultados das ações implantadas.

De modo geral, Tobias Barreto, apresenta perfis de agravos de doenças, de natalidade e de mortalidade semelhantes a inúmeras cidades brasileiras consideradas de médio porte, salvo algumas particularidades advindas de algumas áreas que apresentam situações propensas à concentração de casos.

Em relação à saúde da criança as infecções respiratórias agudas, verminoses, pneumonias, problemas oftalmológicos, violências, cárie e as carências alimentares apresentam-se como relevantes.

No caso das mulheres adultas, a doença cardiovascular se apresenta como principal causa de óbito, seguido do câncer de mama e de útero. Gravidez precoce e não planejada, carie / doença periodontal aparecem entre os adolescentes.

No que tange aos homens entre os agravos que mais aparecem, são expressivos a hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho geniturinário, neoplasias, violências, aumento do uso de álcool e outras drogas e Infecções sexualmente transmissíveis IST/AIDS.

De acordo com os estudos percebe-se, que falta para às pessoas portadoras de deficiência, uma assistência mais adequada, e equitativa em relação aos demais grupos populacionais. É recorrente as doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis, perturbações psiquiátricas e o uso de álcool e outras drogas.

Chama atenção para problemas de saúde ligados ao meio ambiente, que são recorrentes. No que diz respeito a dengue, chicungunha e zika vírus, esta tem se apresentado em ciclos gerando ondas epidêmicas. A esquistossomose mais em áreas localizadas. As zoonoses aparecem as Leishmaniose visceral.

Dentro do contexto identificaram-se outros problemas de saúde que perpassam por todos os grupos populacionais, a exemplo da morte violentas decorrentes do uso de drogas ilícitas e aumento da dependência química (crack). Persiste ainda a tuberculose, incidência de cárie, escabioses e outras.

Assim, foram selecionados como problemas prioritários considerando a conjuntura atual no âmbito do sistema de saúde: Doenças cardiovasculares; Cárie dental; Neoplasias (mama, útero, pulmão, próstata e outras); Depressão e abuso de álcool e outras drogas; Violências em suas diversas formas; Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS; Dengue, Tuberculose e outras doenças infecciosas e parasitárias.

5. Diretrizes do Plano Nacional de Saúde

Conforme preconizado na Lei nº 8.142/90 e na Lei Complementar nº 141/12, a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem estabelecer diretrizes para a condução da política de saúde no âmbito federal. Esses orientadores foram formalizados por

meio da Resolução CNS nº 614, de 15 de fevereiro de 2019, que aprovou as diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2020 e a incorporação no processo de elaboração do Plano Plurianual e da Lei Orçamentária de 2020; e da Resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019, que publicou as diretrizes aprovadas pelas Delegadas e Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Estas diretrizes representaram um importante referencial para a elaboração de todo o Plano Nacional de Saúde, desde seus Objetivos até suas metas, projetos e indicadores. Abaixo, além de citar as diretrizes, foram identificados os principais Objetivos relacionados, direta ou indiretamente, à sua consecução.

Cód. Diretriz	Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde	Objetivos do PPA
D.01	Investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal e de qualidade, mediante a obtenção do financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os valores das transferências fundo a fundo da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme critérios, modalidades e	Gestão e organização do sus

	categorias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012	
D.02	Ampliação da pactuação do saneamento básico e saúde ambiental, incluindo tratamento adequado dos resíduos sólidos, dando a devida prioridade político orçamentária, para a promoção da saúde e redução dos agravos e das desigualdades sociais.	Vigilância em Saúde

D.04	Garantia de recursos orçamentários e financeiros para além do piso de empenho e teto de pagamento fixados pela Emenda Constitucional nº 95/2016 de modo a impedir a redução em 2020, em termos de valores reais, da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde em comparação aos maiores valores empenhados a partir de 2014, inclusive enquanto proporção da receita corrente líquida, bem como para a integral disponibilidade financeira para o pagamento em 2020 das despesas empenhadas no exercício e dos restos a pagar inscritos e reinscritos, além do cumprimento de outras diretrizes estabelecidas nesta Resolução.	Gestão e Organização do SUS
-------------	---	-----------------------------

	regionalizadas de atenção integral às pessoas no território.	
D.05	Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e geração e de ciclos de vida, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no território	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde

D.06	Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde.	Atenção Primária à Saúde Vigilância em Saúde
D.07	Garantia da atenção integral à saúde da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher, com especial atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e reprodutivos, e às áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/floresta, população negra, quilombolas, LGBT, ciganos e população em privação de liberdade.	Atenção Primária à Saúde
D.08	Aprimoramento das redes de urgência e emergência, com expansão e adequação de suas unidades de atendimento, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das	Atenção Especializada à Saúde
	centrais de regulação, bem como das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estimulando o funcionamento com pessoal capacitado e em quantidade adequada, articulando as com outras redes de atenção.	

D.09	Fortalecimento de todas as redes de atenção pública, em especial a rede de saúde mental e demais transtornos, com ênfase nas ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, com ampliação e garantia de abertura e/ou manutenção dos investimentos dos serviços da rede própria e leitos integrais em hospitais gerais, bem como as redes de atenção às pessoas com deficiência e à saúde bucal.	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde
D.10	Garantia da atenção integral à saúde da mulher, do homem, da pessoa com deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, raras e Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à 11 Cód. Diretriz Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde Objetivos do PPA e PNS 2020-2023 negligenciadas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados e paliativos e apoio à consolidação do Plano Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	Atenção Primária à Saúde Atenção Especializada à Saúde Saúde Vigilância em Saúde
D.11	No fortalecimento do SUS, aprimorar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena,	Proteção, Promoção e

	baseado na atenção diferenciada, no cuidado integral e intercultural, observando as práticas de saúde tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais, com prioridade para a garantia da segurança alimentar e nutricional.	Recuperação da Saúde Indígena
D.12	Garantia da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, que incentivem a produção de alimentos ambiental, social e economicamente sustentáveis	Atenção Primária à Saúde
D.13	Contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde.	Atenção Primária à Saúde Gestão e Organização do SUS
D.14	Garantir e implementar gestão pública e direta com instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa e democrática, qualificada e resolutiva com participação social e financiamento estável	Gestão e Organização do SUS
D.15	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.	Gestão e Organização do SUS

D.16	Garantia e aprimoramento da assistência farmacêutica universal e integral no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a estruturação da rede de serviços e a sua força de trabalho da	Assistência Farmacêutica no SUS
	assistência farmacêutica das três esferas de governo.	
D.17	Fortalecimento do complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde, da assistência farmacêutica e de tecnologias no âmbito do SUS.	Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Produtivo em Saúde
D.18	Garantia da regulação e fiscalização da saúde suplementar, assegurando a participação dos Conselhos de Saúde neste processo.	Gestão e Organização do SUS
D.19	Promoção da participação permanente do Conselho Nacional de Saúde no processo de formulação das políticas do Ministério da Saúde, conforme Lei Orgânica do SUS.	Gestão e Organização do SUS
D.20	Garantia da implementação e efetivação da política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde e sua inserção nos três níveis de assistência, da política nacional de promoção de saúde e de educação popular em saúde.	Atenção Primária à Saúde

D.21	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	Gestão e Organização do SUS
D.22	Aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses, melhorando a vigilância à saúde, especialmente ao combate do	Vigilância em Saúde

	mosquito <i>Aedes aegypti</i> e demais arboviroses, raiva e leishmaniose.	
D.23	Aprimoramento e fiscalização da rotulagem de alimentos com informações claras e não enganosas ao consumidor, especialmente em relação aos impactos do uso de agrotóxicos e organismos geneticamente modificados (transgênicos), bem como a regulamentação da rotulagem nutricional frontal de advertência e práticas de publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis, como aqueles de alto teor de sódio gorduras e açúcar, principalmente voltada ao público infante juvenil e às pessoas com necessidades alimentares especiais (celíacos, diabéticos, hipertensos, alérgicos e com intolerância alimentar).	Vigilância em Saúde Gestão e Organização do SUS
D.24	Regulamentação e monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância (NBCAL), de forma que não comprometa a prática do aleitamento materno	Gestão e Organização do SUS

D.25	Qualificação do transporte sanitário que promova proteção e segurança dos usuários do SUS, de modo a evitar os constrangimentos por eles enfrentados historicamente no deslocamento para o atendimento de suas necessidades de saúde	Vigilância em Saúde Atenção Especializada à Saúde
D.26	Ampliação e garantia de funcionamento de pelo menos um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) por região de saúde.	Vigilância em Saúde

6. Pactuação Interfederativa

Pactuação Interfederativa é o processo de negociação entre os entes federados (municípios, estados e Distrito Federal) que envolvem um rol de indicadores relacionados a prioridades nacionais em saúde, e cabe aos entes federados discutir e pactuar tais indicadores que compreendem os interesses regionais.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2022	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025
1		a) Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	43			
		b) Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias).	---			

--	--	--	--	--	--	--

2		Proporção de óbitos de mulheres idade fértil (10 a 49 anos) investigados	95%			
3		Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	95%			
4		Proporção de vacinas selecionados do Calendário Nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade- Pentavalente (3º dose), Pneumocócica 10-valente (2º dose), Poliomielite (3º U Dose) e Tríplice viral (1º Dose) - com cobertura vacinal preconizada.	100%			
5		Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	85%			
6		Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90%			

8		Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	4			
9		Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	0			
10		Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	100%			
11		Razão de exames citopatológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,65			
12		Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,35			
13		Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	64%			
14		Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	18,5%			
15		Taxa de mortalidade infantil	10			

16		Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	0			
17		Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	93,17%			
18		Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF).	78%			
19		Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.	62%			
21		Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	100%			

22		Número de ciclos que atingiram mínimo de 80 % de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	4			
23		Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos.	95%			

5. Infraestrutura

O município de Tobias Barreto, pensando em uma saúde prestada com mais qualidade, fez uma programação (2022-2025) para melhorias na infraestrutura física de seus equipamentos. Ressalta-se que a estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais, com os recursos necessários para a execução de ações em saúde e em correspondência quantitativa ao contingente populacional adscrito e suas especificidades, é de fundamental importância para organização dos processos de trabalho e atenção à saúde dos usuários, a fim de se oferecer uma assistência de melhor qualidade.

No entanto, na prática em saúde da família evidencia-se uma necessidade de aprimoramento das características físico-estruturais e de obtenção de equipamentos e materiais requeridos para a realização das práticas em saúde. As deficiências estruturais das unidades repercutem em insatisfação dos profissionais das equipes de saúde da família. Isso porque o modelo de assistência proposto na ESF se coloca a favor de uma assistência integral ao indivíduo, à família e à comunidade, o que requer condições estruturais mínimas necessárias para a execução das ações nos serviços de saúde.

	2022	2023	2024	2025
Estruturação e reforma da Academia da Saúde	X			
Construção da UBS do Agripino				X
Construção dos pontos de apoio aos assentamentos	X			
Ampliação e reforma do CEME para implantação do ambulatório de feridas	X			
Ampliação e reforma da UBS João de Souza	X			
Ampliação e reforma da UBS José Ramos	X			

Reforma da sede da Secretaria Municipal de Saúde	X			
Reforma da sede do CMS	X			

7.1 Veículos

A Secretaria Municipal de Saúde de Tobias Barreto prevê no período de 2022-2025 a aquisição de frota de carros para ações e atividades relacionadas, e para o transporte de pacientes em tratamento fora do domicílio (TFD), como: ambulâncias, VAN, veículos de viagens. A aquisição dos veículos tem previsão de compras através de Emendas parlamentares, recursos federais, estaduais e municipais. A administração tem dado atenção especial a saúde do município e com a futura aquisição dos novos veículos, garante a ampliação dos números de veículos a disposição da população tobiense.

Veículos	2022	2023	2024	2025
Ambulância tipo A	X			
Veículos de passeio		X		
VAN		X		
Micrônibus			X	

8. Saúde nos Ciclos da Vida

O cuidado centrado nos diferentes momentos de vida e ao longo do desenvolvimento reflete visão que adapta políticas, ações e serviços às singularidades de cada fase de vida. A compreensão de que as necessidades, demandas, morbidades e a forma de utilização dos serviços de saúde sofrem mudanças importantes nas diferentes etapas da vida traz ao contexto da Rede de Atenção à Saúde uma maior proximidade com as pessoas, com estratégias de abordagem específicas.

Além disso, pela coordenação do cuidado a partir da Atenção Primária à Saúde, de forma integral e longitudinal na RAS, manifestado pela disponibilidade de ponto de primeiro contato, de base familiar, comunitária e com competência cultural, a inserção dos ciclos de vida como perspectiva de políticas públicas se propõe à discussão ampliada dos itinerários dos cidadãos para um viver qualificado.

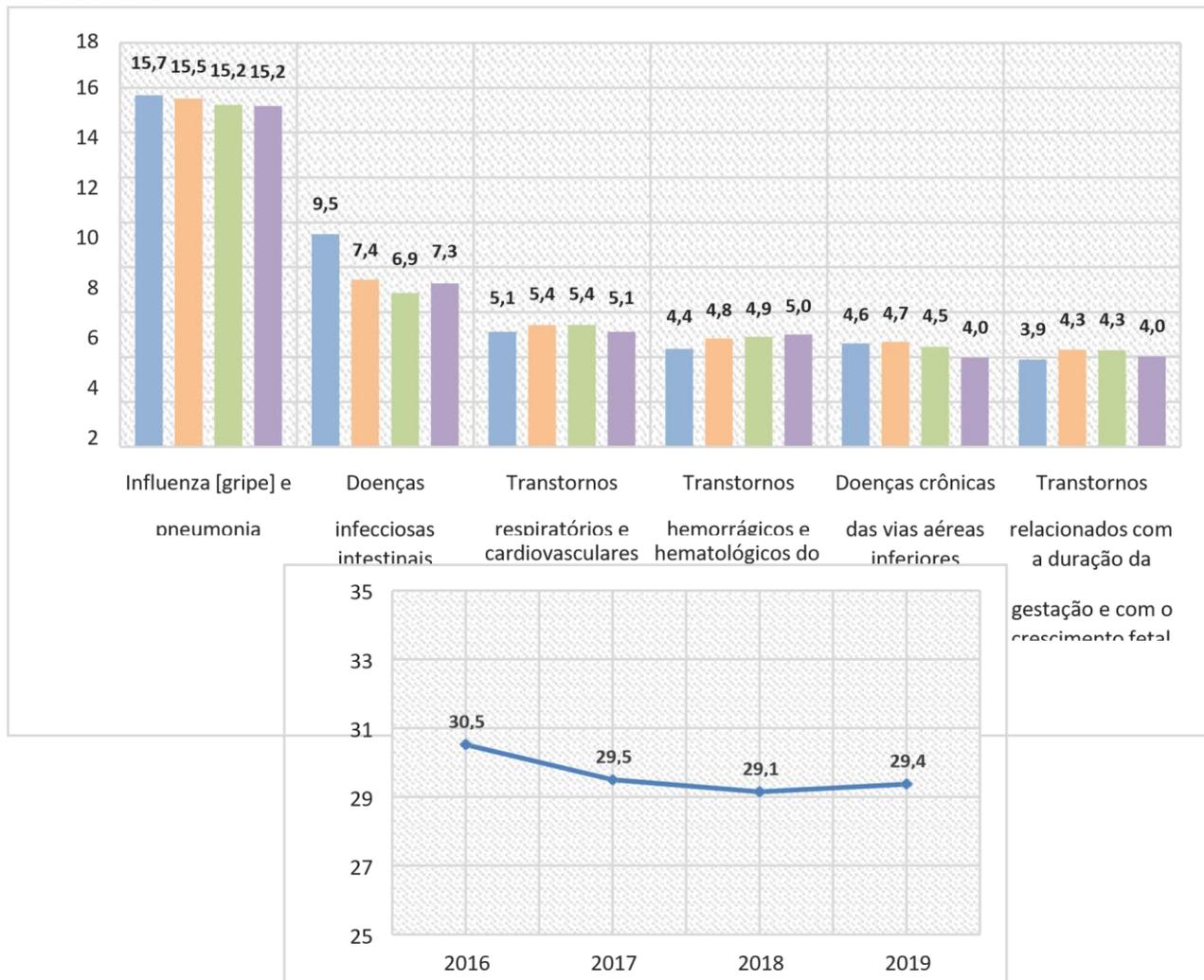
8.1 Saúde da Criança

O Brasil tem uma população de 28,9 milhões de crianças em 2019, segundo projeção do IBGE, representando 13,7% da população total.

De 2016 a maio de 2019, foram registradas 4.933.284 internações pediátricas, com predomínio de causas infecciosas. Dessas, os seis principais grupos de causas foram: I) influenza e pneumonia, II) doenças infecciosas intestinais, III) transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, IV) transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido, V) doenças crônicas das vias aéreas inferiores e VI) transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal.

Entre as crianças, a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária foi de 30,5% em 2016 e 29,4% em 2019, o que sugere que quase um terço das internações poderia ser evitada por meio de cuidados básicos de saúde. Essa proporção manteve-se estável no período analisado.

Gráfico 1. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 0 a 9 anos. Brasil, 2016 a 2019*.



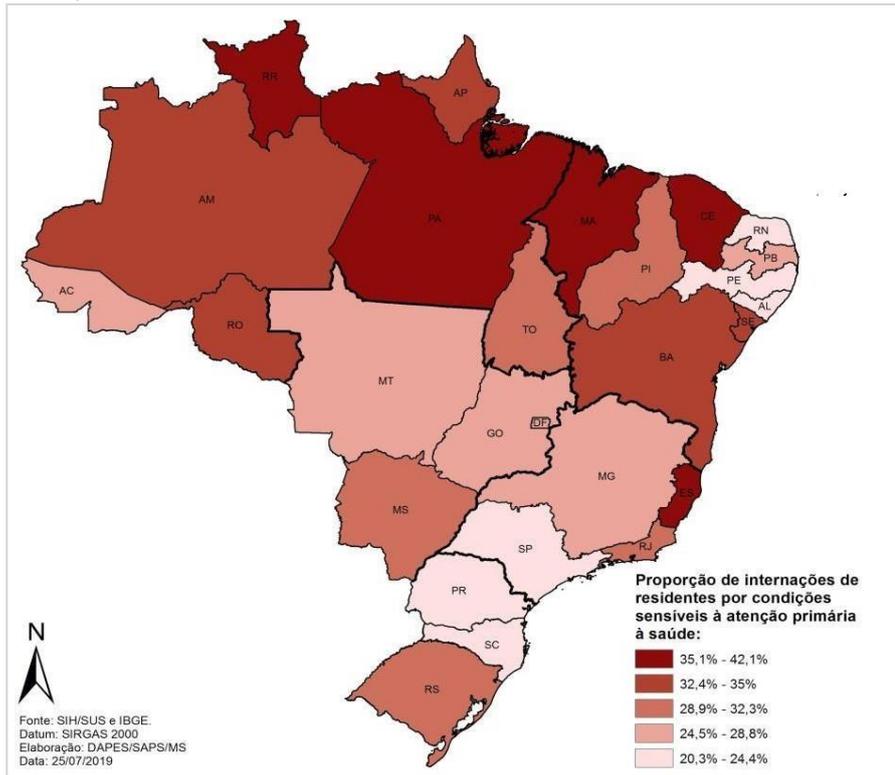
Fonte: SIH (2019). *Em 2019 são considerados dados até o mês de maio

Gráfico 2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações pediátricas, para crianças (0 a 9 anos). Brasil, 2016 a 2019*.

Fonte: SIH (2019). Dado parcial. Mês de referência: novembro de 2019.

Esse indicador não é uniforme entre as diferentes localidades, apontando que algumas áreas demandam maior atenção dos setores responsáveis pela implantação das políticas, particularmente nas regiões Norte e Nordeste.

Mapa 3. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para crianças (0 a 9 anos), 2018.



Fonte: SIH (2019).

A organização da assistência perinatal no Brasil segue o conceito de diversos níveis de complexidade dos leitos da Unidade Neonatal, cuja estrutura assistencial especializada inclui instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, orientados para prestar o cuidado integral e integrado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Ela é dividida em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), que por sua vez é tipificada em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Atualmente, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal são constituídas por ambientes terapêuticos de alta complexidade assistencial.

3.5). Diferente do que ocorre com os leitos de UTIN, esses leitos estão prioritariamente concentrados nas Regiões Norte e Nordeste.

Mapas 3.4 e 3.5. Proporção da cobertura populacional das Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), por UF.

Fonte: CNES (2019). Dados de junho de 2019.

8.2 Saúde do Adolescente

A adolescência constitui etapa crítica do desenvolvimento, cujas mudanças físicas, emocionais e psicológicas podem representar maior exposição a fatores de risco à saúde, assim como oportunidades de promoção de comportamentos saudáveis. No entanto, esse grupo etário apresenta baixa utilização dos serviços de saúde, demandando estratégias inovadoras para superação de barreiras de acesso.

A composição das internações no SUS de adolescentes e jovens sugere perfil de vulnerabilidade que deve orientar aspectos essenciais da política de saúde para essa população. Nesse sentido, é importante registrar que as duas principais causas de hospitalização entre adolescentes e jovens são aquelas associadas à gravidez, parto e puerpério (45,4% de 10 a 19 anos e 60% de 20 a 29 anos) e causas externas (12,4% entre adolescentes e 10,3% entre jovens).

Esses dados tornam-se mais relevantes na medida em que se verificam altas taxas de fecundidade na adolescência. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a média brasileira (68,4 por 1.000 adolescentes) ficou, entre 2010 e 2015, acima da média latino-americana e caribenha (65,5), assim como da média global para o mesmo período (46).

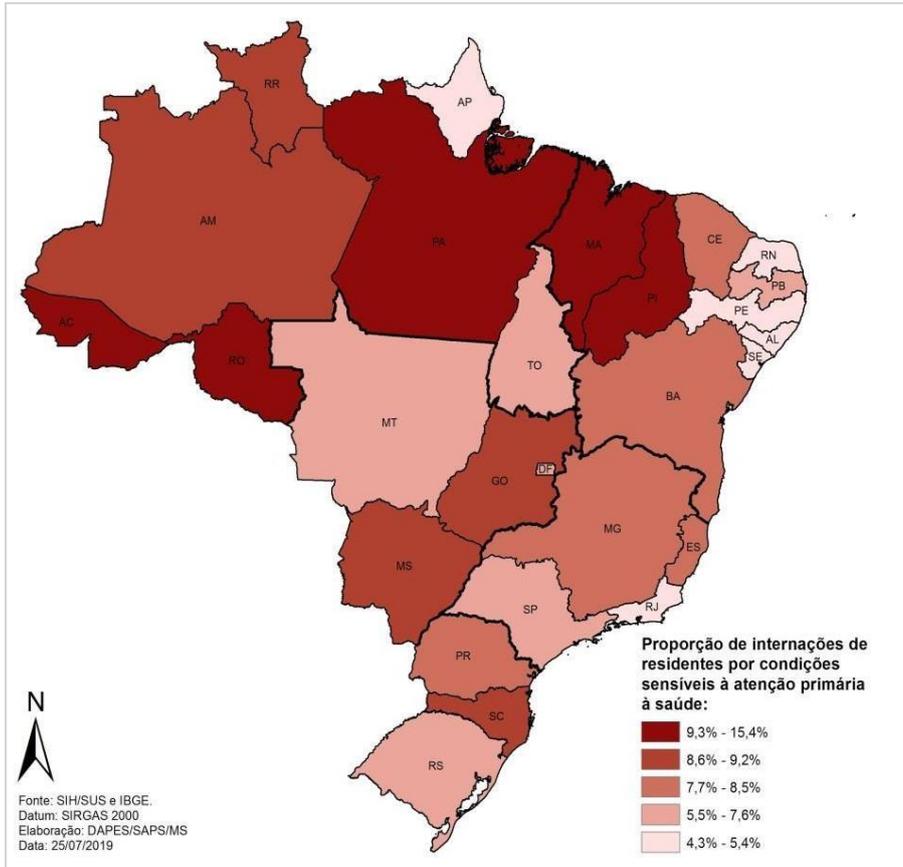
Apesar de muito alta, observa-se uma consistente tendência de queda do número de nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 anos frente ao total de mulheres, para o período de 2014 a 2017, saindo de 17,9% para 15,7%. Nas demais faixas etárias, essa proporção não apresentou variação. No entanto, os resultados ainda são preocupantes, considerando sua associação com maiores riscos à saúde materno-infantil e seus efeitos socioeconômicos na vida das jovens mães.

Gráfico 3.76. Proporção de gravidez na adolescência, na faixa etária de 10 a 19 anos. Brasil, 2014 a 2017

Fonte: SINASC (2019).

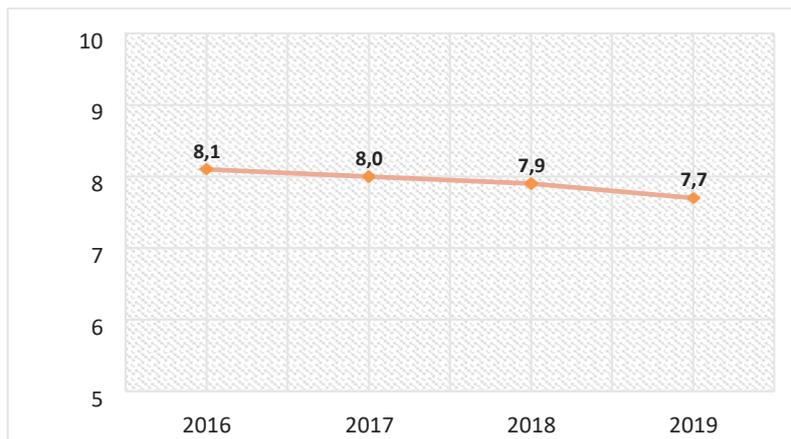
O Mapa 3.6 apresenta o percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária frente ao total de internações na faixa etária de 10 a 19 anos, evidenciando uma pequena redução no período de 2016 a 2019. O Mapa 3.6 demonstra a heterogeneidade do percentual de internação quando avaliado por Unidade Federada.

Mapa 3.6. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária na população de 10 a 29 anos, em 2018, por UF



Fonte: SIH (2019).

Gráfico 3.77. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, na faixa etária de 10 a 19 anos. Brasil, 2016 a 2019.



Fonte: SIH (2019). Em 2019, dados até maio

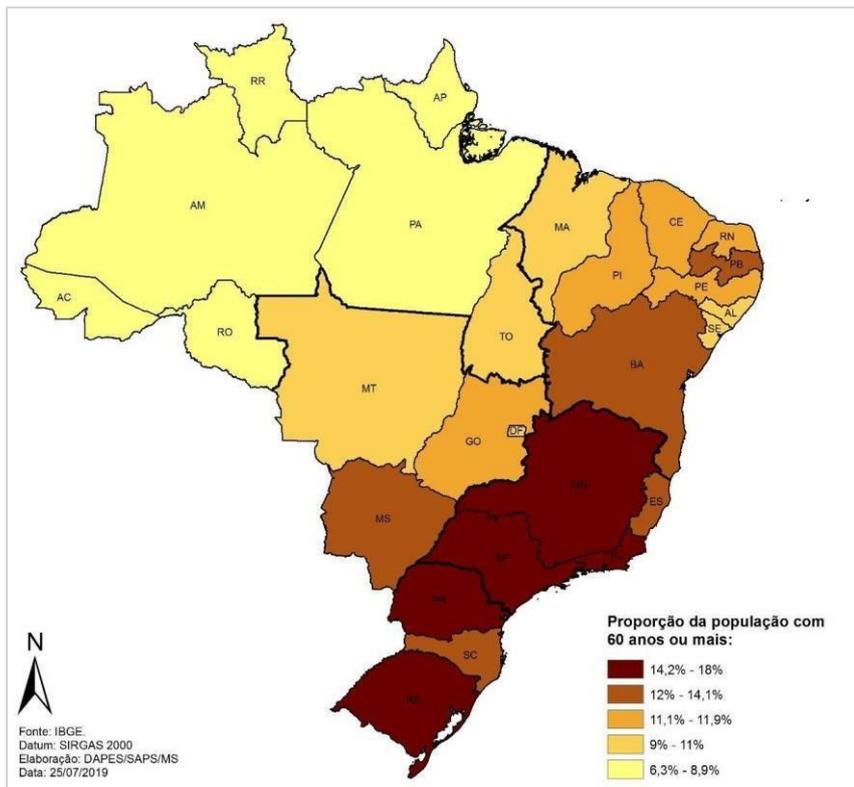
As causas externas são a principal causa de morte entre pessoas jovens e adolescentes, totalizando 57.607 (70,4%) em 2017. Nesse grupo de causas, as agressões ocupam o primeiro lugar, com 34.949 (42,7%), seguido dos acidentes de transporte, com 11.649 (14,0%).

8.3 Saúde da Pessoa Idosa

O processo de envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais e da sociedade, incluindo novas formas de cuidado.

De acordo com dados da PNAD/2015, as mulheres representam 56% da população idosa brasileira e, se considerarmos a população com idade superior a 80 anos, esse percentual de mulheres sobe ainda mais. Em geral, as mulheres idosas têm menor renda e escolarização, grandes percentuais delas são chefes de família, bem como exercem o papel de principais cuidadoras de familiares em situação de dependência de uma forma geral. Essas especificidades variam considerando a região de residência, raça/cor e grupo/classe social da idosa. O Brasil vive um momento em que suas unidades da federação estão em diferentes estágios da transição demográfica. Por exemplo, em 2019, 17,9% da população no estado do Rio Grande do Sul está com 60 anos ou mais de idade, sendo que no Amapá, apenas 6,3% da população está nessa faixa etária.

Mapa 3.7. Proporção da população na faixa etária de 60 anos ou mais por unidades federativas no Brasil, em 2019.



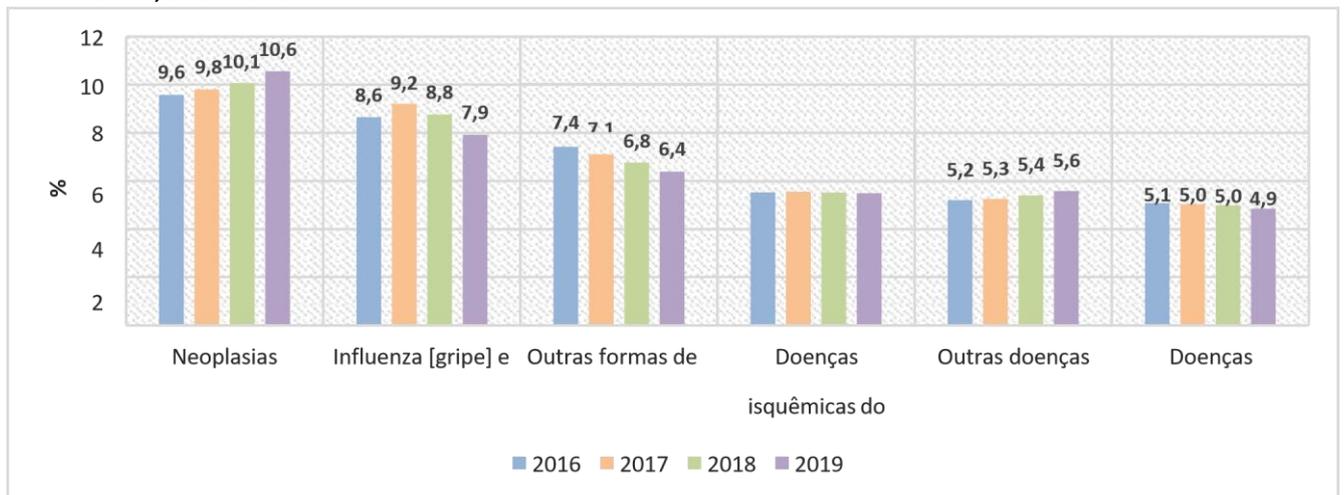
Fonte: Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030 / IBGE.

Essa mudança demográfica vem acompanhada de mudança no perfil epidemiológico, com aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, neoplasias malignas, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, sendo a população

idosos a mais exposta a essas condições, na qual se observa geralmente a presença de comorbidades.

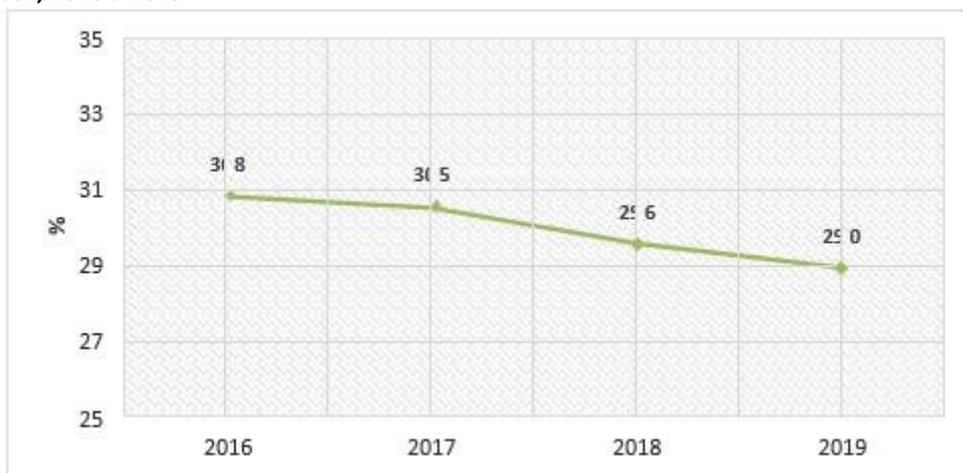
De 2016 a maio de 2019, foram registradas 9.945.735 internações entre as pessoas de 60 anos e mais. Dessas, os seis principais grupos de causas foram: neoplasias malignas, influenza e pneumonia, doenças isquêmicas do coração, outras doenças do coração, outras doenças bacterianas e doenças cerebrovasculares. Destaca-se o aumento das internações por neoplasias malignas e a redução das internações por outras formas de doença do coração no período.

Gráfico 3.78. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 60 anos e mais. Brasil, 2016 a 2019*.



Fonte: SIH (2019). *Em 2019 são considerados dados até maio.

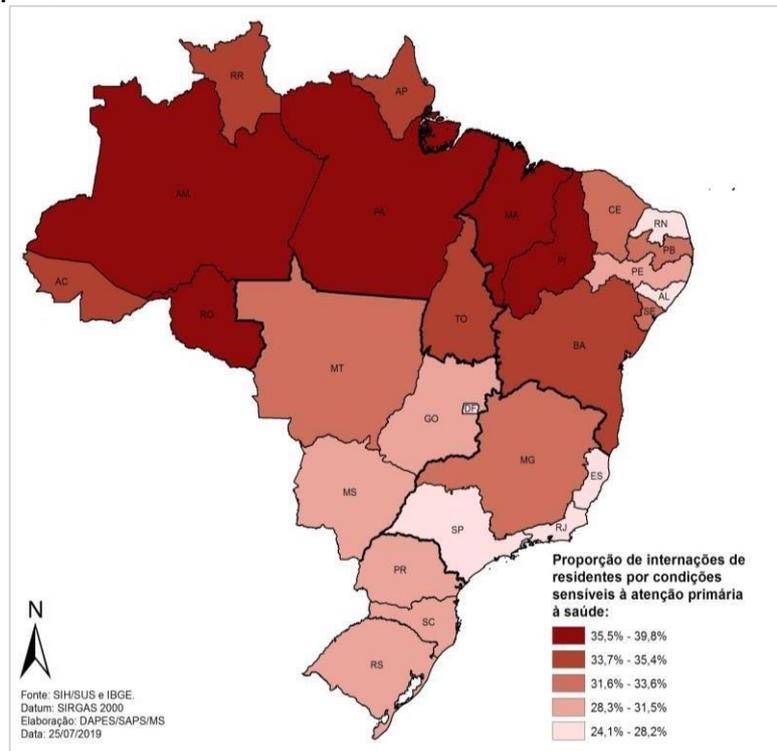
Gráfico 3.79. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, para a população de 60 anos e mais. Brasil, 2016 a 2019*.



Fonte: SIH (2019). *Em 2019 são considerados dados até maio.

Observando os dados por UF, percebe-se que a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária varia de 24% a 40%, aproximadamente, demonstrando diferentes estágios regionais e apontando que algumas áreas demandam maior atenção para os próximos anos do que outras.

Mapa 3.8. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, para a população com 60 anos ou mais, em 2018, por UF.

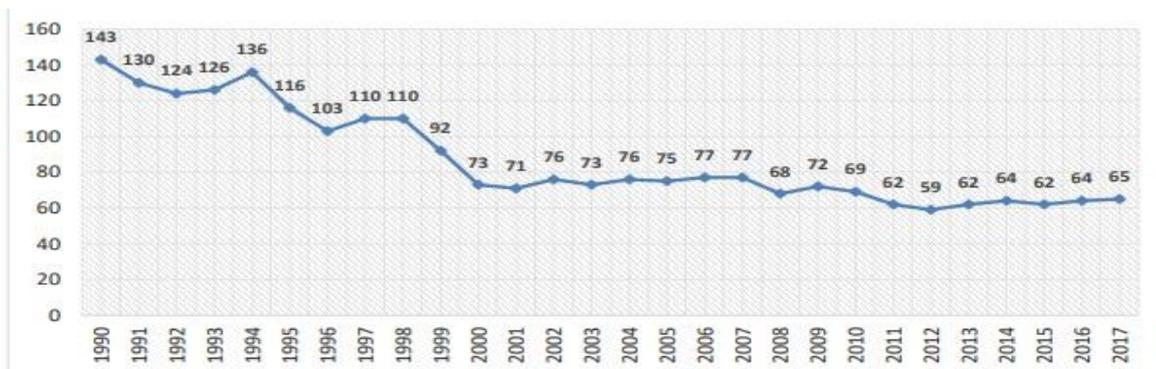


Fonte: SIH (2019).

8.4 Saúde da Mulher

No âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), apesar de não ter alcançado a meta de reduzir em três quartos a mortalidade materna entre 1990 e 2015, o Brasil reduziu à metade esse indicador. No entanto, considerando a tendência de estabilização da razão de mortalidade materna desde o início do século 21 (em torno de 65/100.000 nascidos vivos) e a manutenção de profundas desigualdades regionais, diferentes estratégias têm sido implementadas para a superação desses desafios. A priorização dessas ações tornase ainda mais imperiosa na medida em que a meta brasileira para esse indicador é ainda mais ousada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): reduzir de 62 a 30/100.000 entre 2015 e 2030.

Gráfico 3.80. Razão de morte materna por ano, no período de 1990 a 2017, no Brasil.

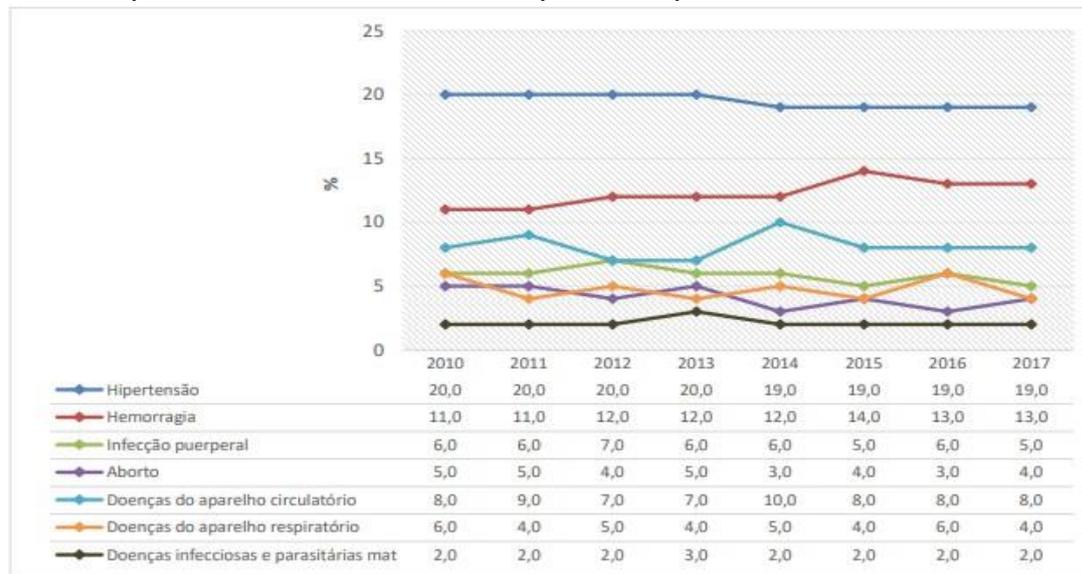


Fonte: SIM (2019).

Entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo estão a hipertensão e a hemorragia, conforme gráfico abaixo. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto. Entre as causas indiretas, as de maior importância epidemiológica têm sido as doenças do aparelho circulatório, que ocorrem principalmente pela má qualidade da assistência no pré-natal e no parto.

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

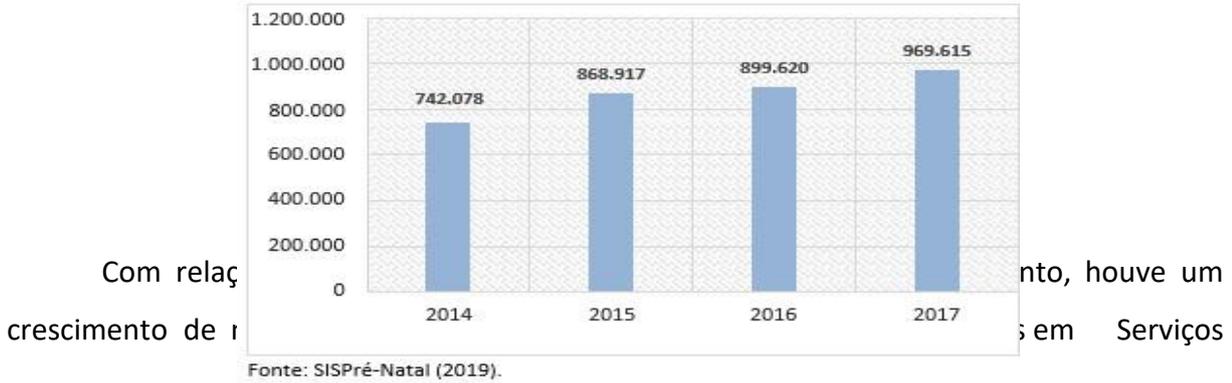
Gráfico 3.81. Principais causas de mortalidade materna por ano, no período de 2010 a 2017, no Brasil.



Fonte: SIM (2019).

No Brasil, vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS. A captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação vem apresentando um considerável aumento.

Gráfico 3.82. Número de gestantes que fizeram a 1ª consulta pré-natal até a 12ª semana de gestação. Brasil, 2014 a 2017.



Hospitales de Referência em Atençã de Alto Risco (GAR) entre 2016 e junho de 2019. Além disso, houve também a implantaçã de 11 novos Centros de Parto Normal e de 13 Casas da Gestante, Bebê e Puérpera de 2016 a 2019 (até o 1º semestre).

Tabela 3.18. Estrutura de Rede de Atençã de Saúde da Mulher, no período de 2016 a 2019, no Brasil.

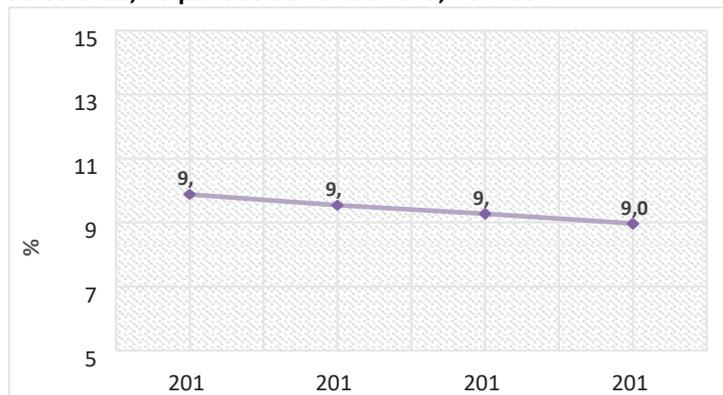
Serviços / Estabelecimentos	2016	2017	2018	2019 (*)	Variaçã (2016-2019)
Serviço Hospitalar de Referência de Alto Risco (GAR)	74	127	163	165	+123,0%
Centros de Parto Normal (CPN)	15	23	25	26	+73,3%
Casas de Gestante Bebê e Puérpera (CGBP)	12	20	24	25	+108,3%

Fonte: CNES (2019), SISAB (2019), SIA-SUS (2019) e portarias de habilitaçã publicadas.

*Em 2019 sã considerados dados até o mês de junho.

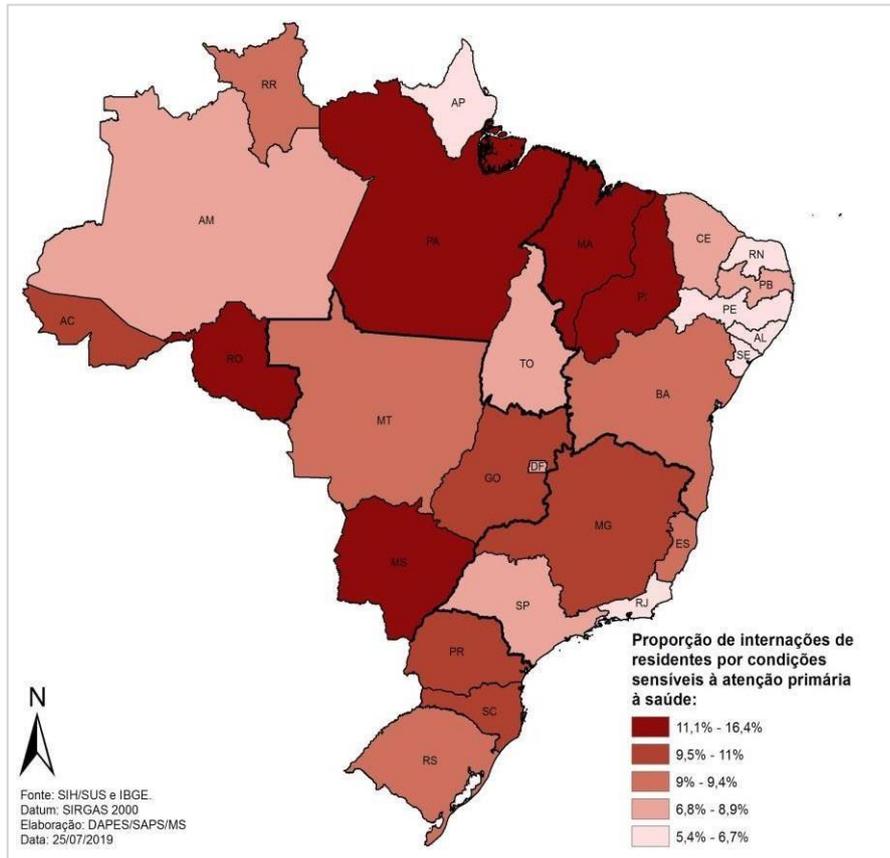
O Gráfico 3.83 apresenta a proporçã de internaçõs por condiçõs sensíveis à atençã primária frente ao total de internaçõs entre as mulheres de 10 a 59 anos, de 2016 a 2019. A análise demonstra estabilidade desse indicador para o período.

Gráfico 3.83. Proporçã de internaçõs por condiçõs sensíveis à atençã primária sob o total de internaçõs, para o sexo feminino, de 10 a 59 anos, no período de 2016 a 2019, no Brasil.



Fonte: SIH. Dados preliminares de maio de 2019.

Mapa 3.9. Proporçã de internaçõs por condiçõs sensíveis à atençã primária sob o total de internaçõs, para o sexo feminino, de 10 a 59 anos, em 2018, por UF.



Fonte: SIH (2019).

8.5 Saúde do homem

Os homens no Brasil vivem, em média, 7,1 anos a menos que as mulheres, com expectativa de vida de 72,7 anos. Na vida adulta, morrem duas vezes mais do que as mulheres.

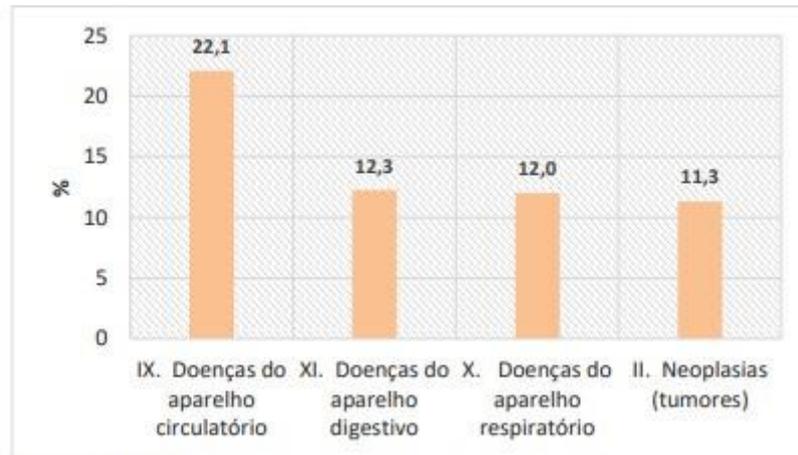
De 2016 a 2018, as principais causas de internação de homens, foram as causas externas (16,8%), seguido de doenças do aparelho respiratório (13,0%), doenças do aparelho circulatório (12,2%) e doenças do aparelho digestivo (11,9%). Essa situação varia de acordo com a faixa etária.

Gráfico 3.84. Principais causas de Internações em homens de 10 a 49 anos, por capítulo CID 10. Brasil, 2016 a 2018



Fonte: SIH (2019).

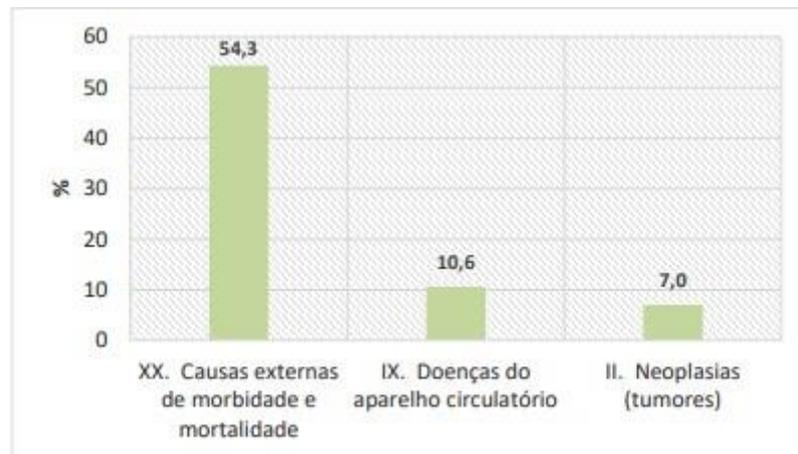
Gráfico 3.85. Principais causas de Internações em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2016 a 2018



Fonte: SIH (2019).

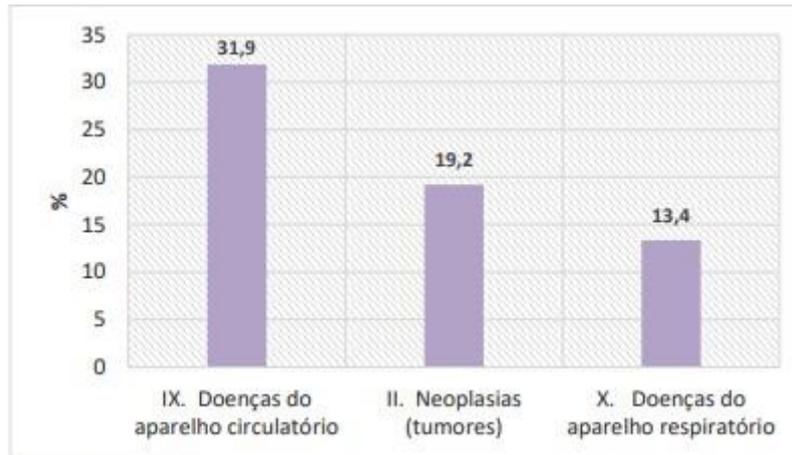
As principais causas de morte nos homens foram as doenças do aparelho circulatório (25,7%), as causas externas (17,6%) e as neoplasias (15,7%). Novamente, as causas mudam de acordo com a faixa etária.

Gráfico 3.86. Principais causas de óbitos em homens de 10 a 49 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2015 a 2017.



Fonte: SIH (2019).

Gráfico 3.87. Principais causas de óbitos em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10. Brasil, 2015 a 2017



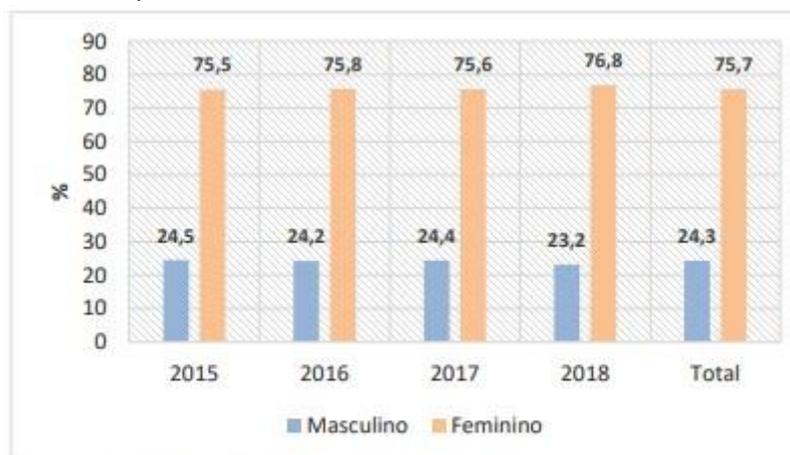
Fonte: SIH (2019).

Esses dados acerca da morbimortalidade revelam que a população masculina jovem e adulta tem adoecido e morrido mais devido às causas externas, como acidentes, sejam de trabalho ou de transporte terrestre, e situações de violências, como agressão por arma de fogo e suicídio. E a população de 50 anos e mais é mais acometida por doenças e condições crônicas.

Ao observar a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária frente ao total de internações entre os homens, percebe-se uma discreta redução (21,5% para 20,8%) de 2016 a 2018. Entre as regiões geográficas, a tendência observada também é de discreta queda. Entretanto, ao analisar esses dados por UF, percebe-se que essa redução não ocorreu de maneira uniforme, apontando iniquidades regionais que demandam maior atenção.

De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), entre 2016 a 2018, do total de consultas realizadas por médicos e enfermeiros na Atenção Primária, apenas 24% foi realizada na população masculina.

Gráfico 3.88. Proporção de consultas realizadas por médicos e enfermeiros na atenção primária, por sexo, na faixa etária de 20 a 59 anos. Brasil, 2015 a 2018.



Fonte: e-SUS/SISAB (2019).

Conforme os dados acima, percebe-se que para reduzir as principais causas de morbimortalidade da população masculina, torna-se imprescindível ampliar o acesso e o acolhimento dessa população aos serviços de saúde da APS.

9.Eixos

9.1 Atenção Básica

A atenção primária é o primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Os atendimentos são realizados nas unidades de saúde, atendimentos itinerantes e por meio de visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe de saúde, em atuação interdisciplinar, (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde).

O Município de Tobias Barreto, conta com 15 equipes saúde da família perfazendo uma cobertura da atenção básica de 93,17% que, além das ações de rotina nas unidades básicas de saúde, são desenvolvidas atividades de prevenção e promoção da saúde pelas equipes de saúde da família (ESF), agente comunitário de Saúde (ACS) e profissionais da rede de serviços.

PLANO DA ATENÇÃO BÁSICA

LINHA DE AÇÃO: Rede Assistencial da Atenção Básica

JUSTIFICATIVA

Desenvolvimento de programas que viabilizem garantia e ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde individuais e coletivos, dentro de um novo modelo assistencial descentralizado e regionalizado, que contempla as linhas de ação na visão na rede de cuidado.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
-----------	------	--------------------	---------------------

Oferecer procedimentos básicos à população própria.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica até 100%.	Aumentar a produção/produtividade dos procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem básicos; Implantar ações de acolhimento nas unidades de saúde; Manter o terceiro turno na unidade básica de saúde Zilda Arns com funcionamento das 7 às 21h.	Coordenação Atenção Básica
Ampliar a estratégia saúde da família de acordo com a legislação vigente.	Aumentar a cobertura do PSF.	Construir proposta de ampliação do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde a partir de remapeamento do território;	Coordenação Atenção Básica
		Ampliar as visitas domiciliares do SUS.	
Solicitar credenciamento e homologação junto ao Ministério da Saúde de novas equipes de acordo com a população estimada.	Ampliar o número de ESF.	Remapeamento da área do município.	Coordenação da Atenção Básica.
Abastecer as Unidades Básicas de saúde, com insumos necessários para o atendimento e possíveis casos de urgência.	Reestruturar as UBS's com salas de observação.	Capacitar os profissionais da atenção primária, para atendimentos básicos de urgência.	Coordenação da Atenção Básica.
Capacitar os profissionais	Atualização constante dos profissionais em cursos e capacitação.	Participação dos profissionais da rede em capacitações, cursos, reuniões visando melhorias nos indicadores de saúde.	Coordenação da Atenção Básica.
Informatizar as UBS's	Manter a PEC nas UBS's contempladas de acordo com a Portaria Ministerial 3393 de 11 de dezembro de 2020.	Facilitar e agilizar o atendimento entre as redes de atenção à saúde; Facilitar o rastreamento do histórico clínico do paciente; Diminuir o tempo de espera do atendimento.	Coordenação da Atenção Básica.

LINHA DE AÇÃO: Saúde do Adulto/Idoso**JUSTIFICATIVA**

Desenvolver ações direcionadas à prevenção e controle das doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT)

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Acompanhar portadores de hipertensão arterial e diabetes.	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (menor 70 anos) por DCNT. Fomentar ações direcionadas à prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis em 100% das UBS.	<p>Formular e desenvolver ações e projetos voltados para a prevenção e promoção da saúde da população adulta (> de 20 anos);</p> <p>Promover atenção integral à saúde do adulto e idoso, face às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT);</p> <p>Estruturar matricialmente (Referência).</p>	Coordenação Atenção Básica.

LINHA DE AÇÃO: Alimentação e Nutrição**JUSTIFICATIVA**

Necessidade de implementar ações para organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da Atenção Primária e voltadas à promoção da alimentação saudável, monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, prevenção e controle da desnutrição e da obesidade, além da prevenção de carências nutricionais de ferro, vitamina A e vitamina B1 (tiamina).

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos nas UBS, incluindo a vigilância alimentar e nutricional.	Capacitar 100% dos profissionais da Atenção Primária em Alimentação Saudável.	Desenvolver ações de Educação permanente em saúde na atenção primária sobre alimentação saudável; Desenvolver trabalho interdisciplinar com as equipes de Saúde da Família, para atendimento individual, com apoio matricial de nutricionistas; Realizar ações que busquem a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.	Coordenação Atenção Básica.

LINHA DE AÇÃO: Saúde do Homem

JUSTIFICATIVA

Atenção Integral à Saúde do Homem vem sendo desenvolvida de forma desarticulada necessitando implementar os serviços de promoção, prevenção e reabilitação da população masculina de 20-59 anos.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Desenvolver ações de saúde do Homem.	Atender no mínimo 5% dos homens de 20-59 anos nas 15 Unidades de Saúde da Família; Implementar o agosto azul, de acordo com o calendário do ministério da Saúde.	Desenvolver atividades de educação em saúde, como rodas de conversa e palestras educativas, visando uma maior mobilização para o acesso dos homens de 20 a 59 anos nas Unidades de Saúde da Família; Ampliar a participação dos homens nas ações envolvendo a saúde.	Coordenação Atenção Básica
	Instituir o novembro Azul.	Buscar parcerias com o Estado para viabilizar a carreta do homem; Ações nas UBS, durante o mês de novembro, visando diminuir os casos de câncer de Próstata.	

LINHA DE AÇÃO: Saúde da Criança e do Adolescente**JUSTIFICATIVA**

Apesar da expressiva queda dos índices de mortalidade infantil, esse indicador mantém-se elevado, o que torna necessária a tomada de medidas e implementação de ações que venham a reduzir este indicador.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>Promover ações que visam à redução da mortalidade infantil, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na primeira infância, bem como diminuir os índices de gravidez na adolescência;</p>	<p>Reduzir a mortalidade infantil de 17,71/1000 N.V, para 16/000 N.V.</p> <p>Reduzir o percentual de gravidez na adolescência de 24% N.V. para 20% N.V.</p>	<p>Implementar as atividades de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o 6ª mês de vida e à alimentação complementar saudável até os 02 anos.</p> <p>Assegurar atividade rotineira de vacinação e distribuição de vitamina "A" nas Unidades de Saúde;</p> <p>Promover ações intra e intersetoriais voltadas para a saúde sexual e reprodutiva do adolescente.;</p> <p>Viabilizar a implantação de Projeto para formar grupos de adolescentes objetivando desenvolver ações de promoção, prevenção e fortalecer a assistência prestada nas UBS.</p>	<p>Coordenação Atenção Básica</p>

LINHA DE AÇÃO: Saúde da Mulher**JUSTIFICATIVA**

Os elevados índices de óbitos em mulheres por câncer de mama e de colo do útero, e a morbidade materna durante o período de gestação e puerpério, justificam a implementação de ações que visem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce dos agravos que aumentam a morbimortalidade feminina.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Implementar o programa de atenção à saúde da mulher.	<p>Alcançar pelo menos 55% das gestantes consultadas de pré natal e mais.</p> <p>Aumentar em 10% a cobertura do papanicolau na população de 25 a 64 anos</p>	<p>Incrementar a cobertura de prevenção e diagnóstico precoce do câncer cérvico uterino e de mama;</p> <p>Estimular a prática do autoexame de mama, viabilizar o exame clínico e a realização do diagnóstico por imagem de forma organizada;</p> <p>Proporcionar opções para livre escolha e o acesso aos métodos contraceptivos para os casais;</p> <p>Implementar a realização do teste rápido de gravidez e do teste rápido para detecção de sífilis e HIV nas Unidades de Saúde. Garantir o fluxo de pacientes acompanhadas pelo pré-natal de baixo risco para assistência obstétrica adequada, casos encaminhados pelas ESF.</p>	Coordenação Atenção Básica.
Implementar o programa Mãe Amiga	<p>Alcançar as gestantes cadastradas, no E-SUS, afim de acompanhamento mais eficaz, diminuindo o risco de mortalidade materno-infantil;</p> <p>Realizar Palestras com gestantes cadastradas;</p> <p>Implementar estratégias para buscar a participação efetiva da figura paterna no pré natal.</p>	<p>Participação efetiva nas ESF's nos Programas do município.</p> <p>Incentivar a participação dos pais, nas consultas de rotinas, e nas rodas de conversas com a ESF.</p>	Coordenação da Atenção básica Coordenação do Programa amamenta Brasil.

LINHA DE AÇÃO: Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde**JUSTIFICATIVA**

Desenvolver ações de Articulação Intersetorial. -Programa Saúde na Escola (PSE) - Academia da Saúde

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Reativar o Programa Academia da saúde da cidade.	Implementar as ações do Polo da Academia da Saúde.	<p>Viabilizar a manutenção da qualidade dos equipamentos utilizados;</p> <p>Qualificar e manter o padrão dos profissionais que atuam na academia da saúde da cidade;</p> <p>Estratificar junto a ESF, encaminhamentos de usuários com comorbidades de Hipertensão, diabetes, obesidades para ser assistidos pelo Programa da academia.</p>	Coordenação da atenção básica

<p>Implementar ações de prevenção e promoção à saúde dos escolares através da integração de políticas setoriais tendo como eixo norteador o desenvolvimento de ações de educação em saúde.</p>	<p>Desenvolver ações de promoção e prevenção em 100% das escolas cadastradas no programa.</p>	<p>Realizar rodas de conversas abordando temas que visem divulgar medidas de prevenção e promoção à saúde para enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar.</p> <p>Saúde na escola. Fomentar espaços de diálogo incluindo os alunos, professores, equipes de saúde e familiares para discutir questões de vulnerabilidade às DST/AIDS, prevenção ao uso de álcool, drogas, tabaco e gravidez não planejada em adolescentes e jovens.</p> <p>Reunião sobre abordagem do PSE e protocolo de reabertura das escolas e com a Secretária da Educação e Diretores das unidades escolares;</p> <p>Prevenção á COVID19 nas escolas;</p>	<p>Coordenação da atenção básica</p> <p>Coordenação do Programa do PSE;</p>
--	---	---	---

		<p>Promoção e avaliação da Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;</p> <p>Promoção da segurança alimentar e nutricional, visando a prevenção da obesidade infantil;</p> <p>Prevenção das violências e dos acidentes;</p> <p>Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis alterações;</p> <p>Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer das escolas;</p> <p>Verificação da situação vacinal dos (as) alunos(as);</p> <p>Combate ao mosquito Aedes Aegypti;</p> <p>Promoção da cultura da paz, cidadania e Direitos humanos.</p>	
--	--	---	--

SAÚDE BUCAL

Plano de Saúde Bucal – 2022

LINHA DE AÇÃO: Saúde Bucal

JUSTIFICATIVA

Apesar da ampliação do número de consultórios odontológicos e de Equipes de Saúde Bucal ainda se faz necessário aumentar a oferta na variedade de serviços oferecidos visando minimizar os agravos de doenças bucais já instaladas melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Fornecer tecnologia suficiente para que as equipes de saúde bucal consigam melhorar o seu diagnóstico e conseqüentemente implementar o tratamento mais adequado visando minimizar agravamentos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcançar os indicadores do previne Brasil no que se refere a odontologia; 2. Fornecimento de radiografia odontológica periapical e radiografia panorâmica para sede e interiores; 3. Aquisição de Ultrassom adontológico para as ESB; 4. Restauração do odontomóvel. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalação de aparelho de radiografia odontológica no interior 2. Cobertura total de assistência de radiologia odontológica para sede e povoados. 3. Parceria com odontomóvel para cobertura de áreas que não possuem consultório odontológico instalado. 	Coordenação de Saúde Bucal

Plano de saúde bucal 2023

LINHA DE AÇÃO: Saúde Bucal

JUSTIFICATIVA

As doenças que acometem a cavidade bucal afetam significativamente a vida de indivíduos e populações. Uma boca doente interfere na saúde geral, dificulta o controle da diabetes e prejudica o sistema cardiovascular além de impactarem negativamente nas relações interpessoais, trabalho e renda. Faz-se necessário a ampliação dos atendimentos e de ações.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Fortalecer as equipes de saúde bucal oferecendo suporte humano e tecnológico para que consigam realizar seus atendimentos com qualidade. Ampliar o número de equipe de saúde bucal ampliando a oferta do serviço.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcançar o atendimento odontológico de gestantes superior a 60%. 2. Educação em Saúde bucal para pré-escolares e escolares do ensino fundamental I. 3. Aumentar a cobertura odontológica da zona de expansão da sede do município. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adequar estrutura dos consultórios de modo a possibilitar atendimento seguro e sigiloso, oferecendo ergonomia adequada aos profissionais da odontologia. 2. Cobertura odontológica de todas às equipes de saúde da família. 	Coordenação de Saúde Bucal

Plano de Saúde Bucal – 2024

LINHA DE AÇÃO: Saúde Bucal

JUSTIFICATIVA

A cárie precoce da infância é uma enfermidade que ataca de forma incisiva crianças com idade pré-escolar levando a deterioração dos dentes decíduos, causando dor, infecções e comprometendo o desenvolvimento harmônico do sistema estomatognático. Sendo assim se faz necessário uma busca ativa para encontrar essas crianças e evitar a instalação da doença cárie e interferir precocemente quando esta já estiver presente.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
1. Impedir o avanço da doença cárie em pré-escolares; 2. Reabilitar pacientes com edentulismo.	1. Alcançar os indicadores do previne Brasil no que se refere à odontologia; 2. Redução do número de cáries em pré-escolares; 3. Educação continuada em saúde bucal para alunos e professores da rede pública de ensino; 4. Habilitação na Portaria Ministerial 2.291, 10 de setembro de 2021, para aquisição de prótese dentárias.	1. Incentivar as ações de saúde coletiva em ambientes escolares; 2. Realização de vídeos educativos em saúde Bucal; 3. Triagem de pacientes com baixo poder aquisitivo para reabilitação com Prótese Total e Prótese Parcial.	Coordenação de Saúde Bucal

Plano de saúde bucal 2025

LINHA DE AÇÃO: Saúde Bucal

JUSTIFICATIVA

A reestruturação dos consultórios e a renovação dos recursos tecnológicos em odontologia devem ocorrer de forma permanente, pois é uma área da saúde em constante transformação. Um ambiente que fornece suporte suficiente possibilita o cirurgião-dentista e ao auxiliar de saúde bucal oferecer aos pacientes um tratamento com maior qualidade.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>1. Ampliar o número de tratamentos concluídos.</p> <p>2. Ampliar as atividades de prevenção em saúde bucal</p>	<p>1. Alcançar os indicadores do previne Brasil no que se refere à odontologia.</p> <p>2. Instalação de cuba ultrassônica nos maiores consultórios.</p> <p>3. Instalação de aparelho de raio X odontológico nos maiores povoados.</p> <p>4. Redução do número de encaminhamentos ao centro de especialidades odontológicas para tratamento endodôntico.</p>	<p>1. Diagnóstico precoce e adequado sobre as condições endodônticas.</p> <p>2. Exodontias mais seguras através de exame radiográfico quando necessário.</p> <p>3. Ampliação de atendimentos de saúde coletiva nas escolas.</p> <p>4. Busca ativa de lesões potencialmente maleinizáveis na cavidade bucal.</p>	Coordenação de Saúde Bucal

9.2 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é definida como área prioritária e essencial para a promoção e recuperação da saúde. Considerada uma atividade multidisciplinar e complexa, precisa articular-se permanentemente com outras áreas, como Vigilância Sanitária, Epidemiologia, Coordenações de Programas Estratégicos de Saúde (Hanseníase, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Tuberculose), Programa Saúde da Família - PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS, Área administrativo-financeira, Planejamento, Material e Patrimônio, Licitação, Auditoria, Setor Jurídico, Controle e Avaliação (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implantação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Esta Política estabeleceu as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde – SUS. Sua organização é considerada prioridade para consolidação do sistema de saúde brasileiro e persiste como um desafio para os entes federativos (BRASIL, 2001).

A reorientação da Assistência Farmacêutica, uma das diretrizes desta Política Nacional, tem como objetivo o desenvolvimento de atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2006). O ciclo de ações para execução dessa assistência envolve resumidamente os seguintes itens relativos aos medicamentos: padronização/seleção; programação; aquisição, armazenamento e distribuição; prescrição; dispensação; controle de qualidade; educação em saúde para o uso adequado de medicamentos; vigilância farmacológica e sanitária de produtos farmacêuticos; educação permanente dos profissionais que atuam na área (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Para tanto, O SUS prevê a Assistência Farmacêutica como parte da rede, possibilitando ao farmacêutico não só participar de maneira mais efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologias envolvendo os medicamentos e a prestação de serviços de saúde, já que os medicamentos são o principal recurso terapêutico utilizado e o seu mau gerenciamento é a principal causa de desperdícios de investimentos (MARIN, 2003).

Dentre os níveis de organização, a Atenção Básica compreende um conjunto de ações de alta cobertura populacional e de grande importância, executadas pelos serviços de saúde, que têm por características: atender os problemas de saúde mais comuns (maior prevalência) de dada população; promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade, a assistência farmacêutica está fortemente inserida nesse contexto de organização (OPAS, 2013).

A Secretaria Municipal da Saúde de Tobias Barreto tendo por base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2020 estabelecida pela Portaria Nº 3.047, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2019 para a seleção e aquisição de medicamentos, apresenta este documento, que norteia a modo de funcionamento incluindo aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos para usuários assistidos nos estabelecimentos assistências de saúde.

O município tem a responsabilidade de assegurar o fornecimento dos medicamentos destinados à atenção básica de saúde a sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna. O Plano de Assistência Farmacêutica é o primeiro instrumento de planejamento e gestão da área no município de Tobias Barreto, desde que foram diagnosticadas situações peculiares que tornar-se fundamental delinear uma orientação específica com base na legislação vigente da Assistência Farmacêutica no município.

Com relação ao perfil da rede de serviços, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Tobias Barreto conta com quatorze estabelecimentos de saúde, na sua rede física de serviços próprios. São nove Unidades de Saúde da Família, seis Postos de Saúde Tipo I, um Centro de Saúde, um Laboratório Municipal. O Centro de Atenção Psicossocial “Clareza” (CAPS I).

A principal Unidade prestadora de serviços a UPA São Vicente de Paula, funciona seguindo estratégia definidas para as UPAS sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde/Fundação Hospitalar de saúde.

O financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é compartilhado entre os gestores federal, estadual e municipal. A Portaria GM/MS nº 1.555/2013 regulamenta e aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica que é de pactuação tripartite e bipartite.

No município de Tobias Barreto, cabe à SMS o financiamento dos medicamentos que não constam na RENAME e que foram incluídos na REMUME (em anexos). A gestão dos Componentes Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica, que também disponibilizam medicamentos utilizados na Rede Básica, é de responsabilidade dos setores federal e estadual, cabendo ao município seguir os fluxos operacionais para permitir o acesso aos medicamentos pelos usuários.

O quadro abaixo mostra as metas elencadas para o ano de 2022/2025.

DESCRIÇÃO DA META	2022	2023	2024	2025
Abastecimento efetivo de medicamentos	X	X	X	X
Ampliação da estrutura da farmácia básica interligando-a ao almoxarifado	X			
Institucionalização da CAF	X			
Atualização da REMUME	X	X	X	X
Realização de atividades educativas junto a Instituições de Ensino e Pesquisa na Assistência Farmacêutica	X	X	X	X
Implantação e treinamento do sistema HÓRUS nas UBS dos interiores.	X	X	X	X

9.3 Atenção Especializada

A Atenção Especializada é feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizada em ambiente ambulatoriais das Unidades Mistas de Saúde e dos hospitais. Desta forma, segue os conceitos:

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos.

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco.

Equoterapia

A Equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo para o desenvolvimento da força muscular, relaxamento, conscientização do próprio corpo e aperfeiçoamento da coordenação motora e do equilíbrio. O equino deve ser treinado/adestrado para a realizar movimentos como paradas e partidas precisas, passadas curtas ou largas e contribuir de forma eficaz com o tratamento, sendo necessário ainda ter uma diversidade de trotes, impulsão e engajamento maior e menor (MAJEWSKII, 2021).O município de Tobias Barreto vêm buscando parceria para o quadriênio 2022-2025 implantar á

prática da equoterapia como uma forma alternativa no tratamento de crianças portadoras de necessidades especiais ,e também como método alternativo em outras patologias .

Programa Melhor em casa

O Programa melhor em casa foi habilitado pela Portaria ministerial nº 1.208 de 18 de junho de 2013, foi integrado ao Programa SOS Emergências na Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. As equipes de cuidadores são formadas, prioritariamente, por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta, também identificadas como equipe EMAD. Outros profissionais como fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional. Atualmente a Equipe do Programa de atenção domiciliar conta com 18 profissionais.

De acordo com a Portaria, a atenção domiciliar é interpretada como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Plano de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa 2022

LINHA DE AÇÃO: Melhor em Casa

JUSTIFICATIVA

A atenção domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
------------------	-------------	---------------------------	----------------------------

<p>Fortalecer a atuação de forma geral do programa Melhor em Casa, proporcionando atendimento de qualidade e assistência humanizada em saúde, afim de proporcionar melhores resultados no plano de cuidados e redução com gastos desnecessário de deslocamento.</p>	<p>1. Ampliar a oferta de insumos específicos, materiais médicos hospitalares de referência no cuidado.</p> <p>2. Melhoria da estrutura física da sede.</p>	<p>1. Aquisição de insumos diferenciados para cobertura de feridas, com melhores resultados de tempo de resposta de tratamento, além de materiais específicos para a equipe de EMAP.</p> <p>2. Adequar estrutura física da sede, para melhor comportar a equipe, proporcionando sala adequada para reuniões de discussão de casos e elaboração de Plano de Cuidados Terapêuticos e espaço para melhor organização dos prontuários e arquivos.</p>	<p>Coordenação de Atenção Especializada.</p>
---	---	---	--

Plano de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa 2023

LINHA DE AÇÃO: Melhor em Casa

JUSTIFICATIVA

Importância da equipe multidisciplinar na assistência prestada pelo programa, o paciente é visto como um todo, atendido na sua integralidade, onde a família recebe também atenção especial nesse processo.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>Fortalecer a atuação geral do programa Melhor em Casa, oferecendo suporte humano e estrutural para otimizar seus atendimentos com qualidade.</p>	<p>1. Ampliar o quantitativo de pacientes atendidos, atingindo o limite máximo de 60 pacientes permitidos pela portaria Portaria nº 825 de 2016.</p>	<p>1. Expandir a carga horária dos plantões da assistência fisioterapêutica e fonoaudiológica, serviços de maior demanda.</p>	<p>Coordenação de Atenção Especializada.</p>

Plano de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa 2024

LINHA DE AÇÃO: Melhor em Casa**JUSTIFICATIVA**

Pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. A indicação para o atendimento domiciliar pode vir de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP), sendo o cuidado compartilhado com a família e/ou cuidador responsável.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Fortalecer a atuação geral do programa Melhor em Casa, proporcionando melhorias na ampliação de cobertura e deslocamento.	1. Ampliar a cobertura de assistência da zona de expansão da sede do município.	1. Adequar estrutura dos veículos de transporte para melhor descolamento das equipes na sede do município e nos povoados.	Coordenação de Atenção Especializada.

Plano de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa 2025

LINHA DE AÇÃO: Melhor em Casa**JUSTIFICATIVA**

O Programa Melhor em Casa permite que a equipe de saúde conheça melhor a realidade do paciente, o que auxilia na melhoria da qualidade de vida de toda a família, proporcionando um olhar diferenciado em relação ao assistido, enxergando-o como um ser humano completo e que necessita de acolhimento para alcançar uma recuperação satisfatória.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Fortalecer a atuação geral do programa Melhor em Casa, no investimento em projetos inovadores na promoção em saúde humanizada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitação continuada de profissionais. 2. Projetos simbólicos que resgatem a essência do paciente e do cuidador. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer uma rede de atuação mais próxima das Redes de Atenção à Saúde, promovendo aperfeiçoamento e capacitação contínua de seus profissionais, além de melhor articulação para os fluxos de encaminhamento. 2. Aquisição de recursos financeiros para elaboração e execução de projetos. 	Coordenação de Atenção Especializada.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

PLANO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 2022

LINHA DE AÇÃO: Atenção Psicossocial		
JUSTIFICATIVA		
<p>Incorporar uma linha de atenção psicossocial com acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, preservando e fortalecendo os laços sociais do usuário com atendimento humanizado. Faz-se necessário a ampliação das ações.</p>		
OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO
<p>Promover a articulação entre saúde mental e atenção básica;</p> <p>Garantir e promover Capacitações periódicas aos profissionais do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e as equipes da saúde de forma a trabalhar a temática da Saúde Mental;</p> <p>Manutenção do Centro de Convivência CAPS Claridade.</p> <p>Realização da conferência da Saúde Mental</p>	<p>Fortalecer o Atendimento especializado por meio dos Centros de Atenção Psicossocial</p>	<p>Adquirir instrumentos para oficina de musicoterapia;</p> <p>Adquirir informatização do trabalho;</p> <p>Ofertar acompanhamento em reabilitação Psicossocial à pessoa com transtorno mental e/ou com necessidades relacionadas ao uso de drogas;</p> <p>Realizar abordagem na rua, visitas domiciliares, busca ativa, oficinas e grupos terapêuticos, entre outros;</p> <p>Produzir processo de construção compartilhada por meio do matriciamento com a Atenção Básica;</p> <p>Realizar atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social através viagens com visita a feira, fábrica, memorial, zoológico, ponto turístico e praia;</p> <p>Estabelecer parceria para estudos científicos na qual as informações possam subsidiar as estratégias de cuidado a serem oferecidas no período de transição e pós epidemia;</p> <p>Dimensionar os impactos decorrentes da epidemia na comunidade e usuários dos CAPS, a fim de prestar suporte pontual, escuta e orientação qualificadas;</p> <p>Realizar curso para abordagem em surto psicótico;</p> <p>Adquirir veículo próprio automobilístico para atendimento (buscando recursos vias emendas parlamentares).</p>

PLANO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 2023

LINHA DE AÇÃO: Atenção Psicossocial			
JUSTIFICATIVA			
Incorporar uma linha de atenção psicossocial com ampliação dos objetivos do ano anterior para uma assistência de qualidade e o cuidado das dependências químicas.			
OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>Ofertar serviços de média e alta complexidade, em Atenção Psicossocial, quando a demanda ultrapassar a capacidade de resolução da Atenção Primária;</p> <p>Reorientar a atenção em saúde mental de acordo com a legislação vigente.</p>	<p>Fortalecer o atendimento especializado por meio dos Centros de Atenção Psicossocial</p>	<p>Melhoria técnica e estrutural do CAPS já implantado;</p> <p>Desenvolver ações pautadas nos estudos realizados para subsidiar as estratégias de cuidado;</p> <p>Aumentar a cota de exames laboratoriais destinados a pacientes atendidos no CAPS;</p> <p>Viabilizar a manutenção do prédio próprio para o Centro de Atenção Psicossocial;</p> <p>Fortalecer as visitas domiciliares e atendimento as famílias;</p> <p>Ampliar a rede de serviços com a abertura de Estabelecimentos;</p> <p>Assistências de Saúde compatível com o Plano da Rede de Atenção Psicossocial;</p> <p>Reabilitação Psicossocial com iniciativas de geração</p>	<p>Coordenação Saúde Mental</p>

		de trabalho e renda/ empreendimentos solidários.	
--	--	--	--

PLANO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 2024

LINHA DE AÇÃO: Atenção Psicossocial

JUSTIFICATIVA

Incorporar uma linha de atenção psicossocial preservando e fortalecendo os laços sociais do usuário com atendimento humanizado e o cuidado das dependências químicas e a promoção da saúde mental na atenção básica.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Ofertar serviços de média e alta complexidade, em Atenção Psicossocial, quando a demanda ultrapassar a capacidade de resolução da Atenção Primária.	Fortalecer o atendimento especializado por meio dos Centros de Atenção Psicossocial	<p>Implantar novas Oficinas/ações Terapêuticas;</p> <p>Avaliar o processo de trabalho desenvolvido nos últimos anos para realizar ações pertinentes no ano;</p> <p>Ampliação da reabilitação Psicossocial com iniciativas de geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários;</p>	Coordenação Saúde Mental

Plano 2022-2025 Fisioterapia, Regulação, CEME

LINHA DE AÇÃO: Atenção Especializada			
JUSTIFICATIVA			
Incorporar uma linha de atenção especializada de forma humanizada e promover atendimento de qualidade no serviço prestado no município de Tobias Barreto.			
OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>Promover qualidade no atendimento de forma humanizada;</p> <p>Promover a articulação entre atenção básica e atenção especializada;</p> <p>Cuidar do funcionário e dos pacientes estabelecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde através de escalas para o atendimento;</p> <p>Reduzir a lista de espera (demanda reprimida) da fisioterapia;</p> <p>Promover acesso à tecnologia assistiva na fisioterapia;</p> <p>Traçar metas para diminuir a lista de espera do Centro Municipal de Especialidades Médicas;</p> <p>Ampliar o quadro de funcionários do Centro Municipal de Especialidades Médicas;</p> <p>Ampliar a produtividade do trabalho dos profissionais no Centro Municipal de</p>	<p>Fortalecer o atendimento especializado;</p> <p>Fortalecer as estratégias com a Atenção Primária para não sobrecarregar o atendimento especializado;</p> <p>Implantar as PICS no Centro Municipal de Especialidades Médicas</p> <p>Ampliar o acesso e a resolutividade do atendimento prestado aos usuários que demandam de atendimento da fisioterapia;</p> <p>Ampliar o atendimento para psicólogo.</p>	<p>Desenvolver ações sobre fluxo de atendimento para educação da população sobre o atendimento especializado;</p> <p>Desenvolver palestra na sala de espera;</p> <p>Garantir a articulação com atenção básica na promoção de campanha do Ministério da Saúde;</p> <p>Desenvolver parceria na capacitação dos profissionais nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde;</p> <p>Adquirir material didático para atendimento psicológico e terapêutico ocupacional;</p> <p>Adquirir materiais que proporcionam resultados desejados na Fonoaudiologia;</p> <p>Adquirir computadores para ampliação e descentralização do Centro de Regulação;</p> <p>Implementar programas de intervenção fisioterapêutica mais abrangente e envolvendo</p>	<p>Coordenação de Atenção Especializada</p> <p>Coordenação de Fisioterapia</p> <p>Coordenação do Centro Municipal de Especialidades Médicas</p> <p>Centro de regulação</p>

Especialidades Médicas;		maior número possível de indivíduos dentro da realidade do serviço;	
-------------------------	--	---	--

<p>Aumentar o quadro de funcionários do Centro de Regulação;</p> <p>Garantir e promover Capacitações periódicas aos profissionais do Centro Municipal de Especialidades Médicas;</p> <p>Verificar as metas atingidas e estabelecer novas metas para diminuir a lista de espera do Centro Municipal de Especialidades Médicas.</p>		<p>Garantir que a Centro de Fisioterapia Municipal tenha estrutura física e manutenção adequada, condizentes com o preconizado pelas Portarias do SUS, visando à oferta de serviços humanizados e de qualidade;</p> <p>Garantir e assegurar marcação da fisioterapia no próprio local, respeitando a prioridade de urgência (definida pela avaliação do fisioterapeuta);</p> <p>Facilitar o acesso à consulta a pacientes que necessitam de próteses, órteses e/ou meios auxiliares de locomoção, sem a necessidade de aguardar na lista de espera para a solicitação de OPM e direcionamento ao CASE.</p>	
---	--	--	--

9.4 Vigilância em Saúde

LINHA DE AÇÃO: Doenças Imunopreveníveis

JUSTIFICATIVA

As ações de vacinação e vigilância apresentam impacto positivo na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis refletindo positiva e diretamente na qualidade e expectativa de vida da população.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
Prevenção das doenças imunopreveníveis.	Manter o desempenho do programa de imunização com cobertura vacinal > 90%.	1. Disponibilizar os imunobiológicos em todas as Unidades de Saúde; 2. Vacinar a população conforme o esquema vacinal e as normas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI); 3. Monitorar a cobertura vacinal; 4. Implementar campanhas de vacinação de acordo com o Programa Nacional de Imunização; 5. Monitorar os eventos adversos.	Coordenação de Vigilância em Saúde

9.4.1 Vigilância Epidemiológica Plano Vigilância em Saúde – 2022 – 2025

LINHA DE AÇÃO: Eventos e Emergências em Saúde Pública – (Doença diarreicas, influenza, meningite e outras).

JUSTIFICATIVA

Efetivar o monitoramento das doenças Diarreicas Agudas (MDDA), influenza e meningite.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>1. Realizar notificação e monitoramento de agravos ;</p> <p>2. Intensificar ações em combate ao novo coronavírus.</p>	<p>Investigar 100% dos casos notificados ;</p> <p>Diagnósticar os casos precoce, diminuir a circulação SARS. Cov2.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar o monitoramento das doenças diarreicas agudas (MDDA); 2. Realizar ações para prevenção e controle junto com a vigilância sanitária na prevenção de surto; 3. Disponibilizar os medicamentos para tratamento da influenza e o diagnóstico precoce SARS.Cov2. 	<p>Coordenação Vigilância em Saúde</p>

LINHA DE AÇÃO: Controle dos Agravos Crônicos Transmissíveis (Tuberculose e Hanseníase)**JUSTIFICATIVA****Implementar as ações de promoção, prevenção e tratamento de tuberculose e hanseníase.**

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
1. Avaliar as ações de controle da Tuberculose e da Hanseníase.	1. Garantir 100% dos pacientes monitorados no tratamento de hanseníase e tuberculose.	1. Acompanhar o tratamento dos pacientes identificados com tuberculose e hanseníase; 2. Monitorar a cobertura medicamentosa mensal dos casos de hanseníase e tuberculose 3. Intensificar as ações de tratamento nas UBS; 4. Realizar ações de vigilância epidemiológica para o controle da tuberculose e hanseníase.	Coordenação de Vigilância em Saúde.

LINHA DE AÇÃO: Controle Endemias**JUSTIFICATIVA**

Controlar os níveis de adoecimento e mortes causadas pelas endemias.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>Acompanhar os Programas de Controle das endemias.</p> <p>Realizar ações preventivas contra as doenças endêmicas.</p>	<p>1. Realizar no mínimo 6 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.</p> <p>2. Realizar ações de prevenção para o controle das doenças transmissíveis por vetores;</p> <p>3. Identificar precocemente os portadores de Schistosoma mansoni;</p> <p>4. Realizar campanha de vacinação antirrábica anual;</p> <p>5. Identificar precocemente os casos de Leishmaniose e ativar o programa no âmbito Municipal.</p>	<p>1. Reduzir índice de infestação predial por aedes aegypti;</p> <p>2. Desenvolver ações comunitária para o controle da dengue;</p> <p>3. Realizar 01 campanha de vacinal antirrábica anual;</p>	<p>Coordenação de Vigilância em Saúde</p>

9.4.2 Vigilância Sanitária e Ambiental

As ações de Vigilância Sanitária dirigem-se, geralmente ao controle de bens produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Fiscaliza serviços de interesse da saúde, como escolas, clubes, academias, parques, centros comerciais entre outros. Realiza também o controle da água de consumo humano e o controle de resíduos.

Atualmente o setor possui 06 (profissionais) capacitados para o desempenho das atividades de Vigilância sanitária: esses desenvolvem ações educativas na feira livre, local onde produzem e/ou comercializam gêneros alimentícios (barracas de frutas/ bancas de verduras, legumes, cereais, comidas caseiras e o mercado da feira que comercializa “in natura” carnes diversas. A VISA municipal intensificou as ações de orientação das medidas sanitárias realizando fiscalização em bares e comércio local para cumprimento de Decretos estadual ou municipal, sempre em parceria com a Guarda Municipal e Polícia Militar.

PLANO DE AÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA 2022- 2025**LINHA DE AÇÃO: Vigilância Sanitária****JUSTIFICATIVA**

Desenvolver conjunto de ações que objetiva a redução da taxa de morbi-mortalidade por doenças relacionadas ao meio ambiente e consumo humano, bem como a diminuição de situação de risco à saúde, a indivíduos e grupos populacionais.

OBJETIVO**META****ESTRATÉGIA DE
AÇÃO****UNIDADE
RESPONSÁVEL**

<p>Executar as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias, no âmbito do município.</p> <p>Intensificar o Sistema de informação que permita a entrega de documentação digitalizada, via sistema online.</p> <p>Adquirir um computador, uma impressora e um scanner para digitalização dos documentos.</p> <p>Adquirir um veículo para as ações de fiscalização da Vigilância.</p> <p>Promover ações educativas nas Escolas municipais</p> <p>Realizar levantamento e cadastro dos estabelecimentos comerciais no âmbito do município.</p>	<p>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. Inspeccionar 100% dos estabelecimentos programados</p> <p>Facilitar o acesso a população que necessite dos serviços da VISA, via sistema</p> <p>Digitalizar para o Sistema de Informação da VISA municipal, 100% dos cadastros dos estabelecimentos comerciais.</p> <p>Intensificar as ações de fiscalizações, da Visa Municipal.</p> <p>Dar continuidade as orientações de medidas sanitárias de Combate a COVID19 e ou outras doenças</p> <p>Realizar o cadastro de 100% dos estabelecimentos</p>	<p>Viabilizar a análise da água; melhorar a qualidade das ações em serviços de saúde através de inspeções sanitárias. Executar ações de prevenção do risco e promoção da Saúde (inspeções sanitárias).</p> <p>Viabilizar o acesso de entrega de documentos solicitados pela Visa municipal.</p> <p>Buscar recursos federais, estaduais, municipais e/ou através de Emendas parlamentares para a aquisição de um veículo para as ações da VISA</p> <p>Palestras envolvendo medidas sanitárias de combate a COVID19, e outras doenças</p> <p>Permitir o cadastro via online e entrega dos documentos digitalizados via Sistema</p>	<p>Coordenação Vigilância à Saúde.</p> <p>Divisão de vigilância Sanitária do Estado.</p> <p>Fundo Municipal de Saúde</p> <p>Secretaria da Educação</p>
--	---	--	--

9.5 Saúde Prisional

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva.

A consequência econômica e social dessa desconformidade implicou, por parte do governo federal, a elaboração e pactuação de uma política que considerasse, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade.

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

A PNAISP nasceu da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento desse modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais.

Destarte, essas mudanças podem ser apontadas como grande ganho na garantia e defesa dos direitos humanos no Brasil, em total consonância com a previsão constitucional de saúde para todos sob a responsabilidade do Estado brasileiro.

O município de Tobias Barreto foi contemplado através da Portaria GM/MS Nº 1.560 de 8 de julho 2021 para implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na Unidade Presídio Regional Juiz Manoel Barbosa de Souza (PREMABAS), situada Rodovia Antônio Carlos Valadares, s/n, na cidade de Tobias Barreto/SE. Conta com um ambiente ambulatorial e um consultório odontológico conjugado para atendimento dos internos. A equipe é formada por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 odontólogo e 01 auxiliar de consultório odontológico. Visando a promoção e a prevenção de doenças nas pessoas privadas de liberdade.

LINHA DE AÇÃO: Saúde Prisional**JUSTIFICATIVA****Efetivar as políticas públicas de saúde voltada as pessoas privadas de liberdade.**

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
<p>Acompanhar os portadores de Hipertensão e Diabetes;</p> <p>Realizar ações de promoção e prevenção de saúde;</p> <p>Diminuir número de atendimentos hospitalares (urgência);</p> <p>Ofertar atendimento odontológico;</p> <p>Implantar Protocolo de atendimento no ambulatório;</p> <p>Alimentação dos sistemas de informações: e-SUS e e-Atende;</p>	<p>Fomentar ações direcionadas à prevenção e controle da Hipertensão e Diabetes nos internos.</p> <p>Implantar a realização de testes rápidos de Hepatite, HIV, sífilis e do covid;</p> <p>Instituir atendimentos rotineiros do médico e de enfermagem visando a redução de encaminhamento dos internos a Unidades Hospitalares;</p> <p>Manter atendimento odontológico na Unidade Prisional;</p> <p>Instituir instrumento norteador para atendimento médico e de enfermagem;</p> <p>Alimentar e-SUS e e-Atende.</p>	<p>Plano nacional das políticas públicas de saúde voltadas as pessoas privadas de liberdade.</p>	<p>Equipe de Saúde Prisional</p>

9.6 Gestão

A Constituição Federal e a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, traz princípios e diretrizes do SUS, que norteiam a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as competências entre a União, os estados e os municípios.

Dessa forma, cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações.

Os gestores do SUS ficam assim responsáveis por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda a população o pleno usufruto do direito à saúde.

Dessa forma, compreende o planejamento, a coordenação, a avaliação, o controle e a auditoria das ações e serviços de saúde locais e regionais.

LINHA DE AÇÃO: Gerenciamento dos Recursos Financeiros e Materiais

JUSTIFICATIVA

A implementação de estratégias que visem gerenciar e administrar o Sistema de Saúde, seguindo normas e diretrizes da política de saúde das três esferas de governo, com priorização dos investimentos de acordo com a realidade local e a legislação vigente.

OBJETIVOS	META	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL
------------------	-------------	---------------------------	----------------------------

<p>Gerenciar a administração e desenvolvimento e logística municipal</p> <p>Implantar um sistema de recursos</p>	<p>político financeiro</p> <p>Sistema de</p>	<p>Ampliar e gestão do sistema de administrativo financeiro</p> <p>xxxxxxxxxxxx</p>	<p>Acompanhar ações específicas de logística de material, transporte e serviços das unidades administrativas.</p> <p>Promover autonomia e capacidade do Fundo Municipal de Saúde.</p> <p>Implementar e executar a programação de compras e sistema de custos.</p> <p>Realizar auditoria técnica, administrativa da regularidade dos processos contábeis.</p>	<p>Coordenação Administrativa/ Financeira</p>
--	--	---	--	---

9.7 Conselho Municipal de Saúde

O conselho Municipal de Saúde se constitui, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A conferência de saúde é um amplo fórum de debates que conta com a participação de toda a sociedade civil e representantes do governo com a finalidade de avaliar, planejar e definir as ações e diretrizes que melhorem a qualidade dos serviços de saúde pública, proporcionando ganhos de qualidade de vida para toda a população e maiores condições para o desenvolvimento da sociedade. Ou seja, a conferência de saúde é um espaço de diagnóstico e debate que objetiva orientar o início do planejamento plurianual da gestão, em todas as esferas de governo.

As conferências de saúde foram previstas pela primeira vez na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Essa lei define a conferência como uma instância colegiada do SUS e determina que a conferência de saúde deve se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (Municipal, Estadual/do Distrito Federal e Nacional).

Ainda de acordo com a lei, a conferência deve ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, quando o gestor não o fizer, pelo Conselho de Saúde. A Lei nº 8.142/1990 prevê ainda que a conferência, após convocada, deve ter sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio a ser aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Sobre os processos de organização da conferência, a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, prevê no inciso XIX de sua quinta diretriz que é função do Conselho “estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde”.

Com isso, definiu-se que, embora a previsão para o processo ascendente da Conferência Nacional seja de 4 anos, os municípios e estados podem realizar outras conferências próprias ao seu ciclo de mandato, com especial atenção para o período de planejamento das respectivas políticas públicas como o Plano de Saúde e o Plano Plurianual (PPA), por exemplo.

OBJETIVOS DA CONFERÊNCIA

Os principais objetivos da conferência de saúde podem ser definidos em 4 pontos:

I – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

II – Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade acerca da saúde como direito e em defesa do SUS;

III – Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as esferas federativas, do município à união;

IV – Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual (PPA) e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Deste modo, deve-se reforçar a importância das conferências de saúde, tendo em vista que elas se prestam à função de fortalecer a democracia e o SUS como condição necessária para uma saúde pública, universal, integral e equânime para todos os brasileiros e brasileiras, promovendo a participação e o controle social. Com as conferências, é possível buscar a construção de um sistema que garanta acesso democrático à saúde, com foco na promoção, prevenção e atendimento humanizado em saúde.

Controle Social	2022	2023	2024	2025
Pré conferência	X	-	-	-
Conferência Municipal de Saúde	-	X	-	-

20. EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Núcleo Municipal de Educação permanente de Tobias Barreto, segue a política nacional como norteadora que compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Tem como estratégia, contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde. Constitui-se em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras com vistas à construção de uma saúde que valorize os usuários e os atores sociais do trabalho.

Objetivo: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativas práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes.

Promover uma educação permanente que consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde para garantir o treinamento e direcionamento dos profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde.

EIXOS	TEMA
-------	------

<p>ATENÇÃO PRIMÁRIA</p> <p>2022-2025</p>	<p>Capacitação da ESF na prevenção de acidentes de trabalho;</p> <p>Capacitação da ESF na coleta, armazenamento e entrega de</p> <p>Capacitação as ESF na Saúde do Homem, visando aumentar a oferta do serviço</p> <p>Capacitar técnicos de enfermagem e enfermeiros sobre vacinação</p> <p>Capacitar as ESF no tabagismo à fim de implantar o programa</p> <p>Capacitações Saúde da Mulher, da criança e do adolescente</p> <p>Capacitar a ESF no programa Viver mais leve: Diabetes</p> <p>Capacitar a ESF sobre Tuberculose e Hanseníase</p> <p>Capacitação sobre a promoção da saúde: comunicação, educação e mobilização social nas UBS</p> <p>Emergências médicas durante o atendimento odontológico</p> <p>Biossegurança no atendimento odontológico</p> <p>Lesões mais frequentes de mucosa bucal</p> <p>Pré natal odontológico e gestante</p>
	<p>Traumatismo dental</p> <p>Diagnóstico de câncer bucal</p> <p>Mínima intervenção em odontologia</p>
<p>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</p> <p>2022-2025</p>	<p>Capacitar em parceria com CEREST regional a equipe do laboratório e do CAPS</p> <p>Capacitar a equipe do CAPS sobre tabagismo</p> <p>Capacitar a equipe do laboratório sobre coleta e envio da amostra para o Lacen</p>

<p>VIGILANCIA EM SAÚDE</p> <p>2022-2025</p>	<p>Capacitar as equipes sobre agrotóxico, em parceria com a secretaria de agricultura</p> <p>Manuseio na coleta da água para análise físico-químico, organoléptico e microbiologia</p> <p>Boas práticas de manipulação dos alimentos</p> <p>Capacitar as equipes sobre IST</p> <p>Capacitar as equipes no manuseio e preenchimento das notificações</p> <p>Capacitações sobre óbitos, notificação compulsória imediata</p>
<p>FARMÁCIA</p> <p>2022-2025</p>	<p>Capacitar a equipe na dispensação de insulina (Insulinoterapia)</p> <p>Capacitar a equipe na dispensação de anticoncepcionais</p> <p>Treinamento da equipe no Sistema Hórus</p> <p>Treinamento da equipe de enfermagem que estão inseridos no protocolo de enfermagem do município</p> <p>Capacitações dos farmacêuticos em parceria com o Conselho Regional de Farmácia e outras instituições sobre assuntos de bom desempenho da Assistência Farmacêutica</p>

21. REDE HOSPITALAR

A unidade de pronto atendimento (UPA 24h), faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

As UPA's 24h possui diretrizes: o funcionamento ininterrupto 24h e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, acolhimento e classificação de risco.

Na Rede de Atenção à Saúde, a UPA unidade de complexidade intermediária entre Unidades Básicas de Saúde e a porta de urgência hospitalar. Casa de Saúde São Vicente de Paulo contem 19 leitos de internamento, sendo quatro infantil, quatro masculino, quatro feminino e três para estabilizações, além de quatro leitos voltados à ala obstétrica. O município de Tobias Barreto possui parceria para treinamento e estabelecer protocolo de fluxo de atendimento. O funcionamento se dar todos os dias da semana 24horas, sendo responsabilidade dos entes federais.

11. Programação Orçamentária 2022-2025

A Lei Federal nº 8.080/1990, caput do artigo 36 e parágrafos 1º e 2º:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

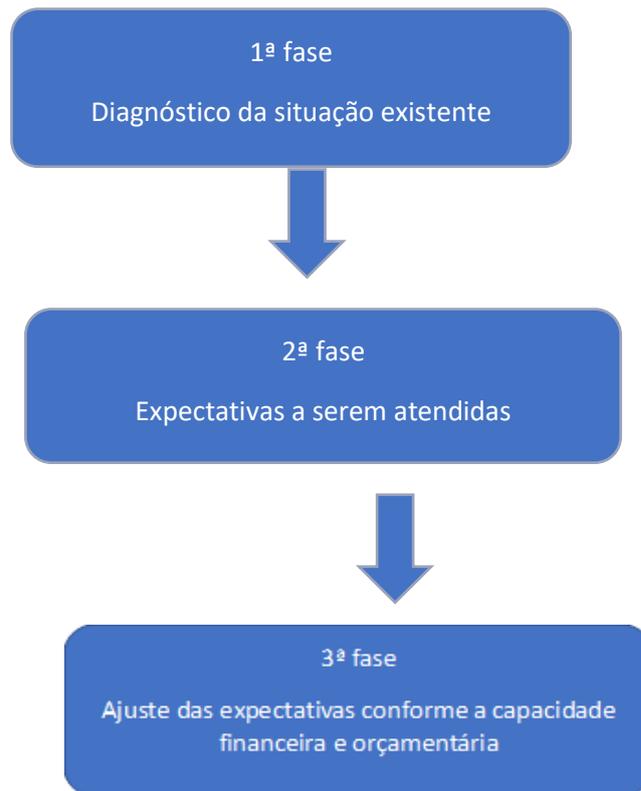
§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Segundo a Constituição Federal, o processo de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde deve ser compartilhado entre as três esferas de governo (artigo 30, inciso VII; artigos 195 e 198, § 1º; e artigo 77 dos ADCT;

O planejamento das ações e dos serviços públicos de saúde também é regulamentado pela Constituição Federal, que estabelece a obrigatoriedade do gestor público da União, dos estados e dos municípios associarem os respectivos Planos de Saúde ao Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual de cada esfera de governo, submetidos aos Conselhos de Saúde antes do encaminhamento ao Poder Legislativo.

Essa exigência está contida também no artigo 48 da Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que exige a realização de audiências públicas na fase de elaboração dos planos e orçamentos, bem como na fase de tramitação dos respectivos projetos de lei no Poder Legislativo, e no artigo 36 da Lei nº 8.080/1990, que estabelece o caráter ascendente do processo de planejamento do SUS e a compatibilidade das necessidades com a disponibilidade de recursos.

Figura 1 – Fases Iniciais do Processo de Planejamento



A partir da execução orçamentária e financeira podem ser desenvolvidos indicadores de desempenho da gestão, que devem ser combinados com outros indicadores setoriais específicos, permitindo a combinação de elementos quantitativos e qualitativos de análise das políticas públicas em termos de atendimento às necessidades da população.

O Plano Plurianual (PPA), previsto no artigo 165, I da Constituição Federal, é o principal instrumento de planejamento público para orientação estratégica, estabelecimento de prioridades e metas, sendo esse concretizado, através de Programas e ações desenvolvidas pela gestão municipal.

O Plano plurianual 2022-2025 deve apresentar as despesas, dentro do Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, do município de Tobias Barreto, dando transparências a aplicação dos recursos e aos resultados obtidos.

O Projeto de Lei com o PPA, deve ser encaminhado ao Poder Legislativo, até 30 de setembro de 2021, onde o mesmo deverá ser votado pela Câmara de vereadores. Assim, o Plano Plurianual, tecnicamente elaborado, dentro da perspectiva da saúde, contendo a Programação e planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, terá a validade para os três últimos anos da gestão atual e o primeiro ano da gestão seguinte.

Essa execução orçamentária deverá seguir o disposto na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), respeitando as metas e objetivos previstos no Plano, devendo atender as receitas vinculadas as suas finalidades.

COMPATIBILIZAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOBIAS BARRETO/SE COM O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - 2022-2025

DIRETRIZ/ Z/ MO	PROGRAMA/AÇÃO	EXERCÍCIO 2022	EXERCÍCIO 2023	EXERCÍCIO 2024	EXERCÍCIO 2025	TOTAL
DIRETRIZ I - MÓDULO OPERACIONAL 2	Gestão SUS - Administração Geral SMS - Desenvolvimento Institucional/ Modernização gerencial	6.765.267,47	7.238.836,19	7.745.554,73	8.287.743,56	30.037.401,95
DIRETRIZ I - MÓDULO OPERACIONAL 1	Manutenção e Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	17.084,39	18.280,30	19.559,92	20.929,11	75.853,72
DIRETRIZES VI E VII - MÓDULOS OPERACIONAIS 5 E 6	Readequação da Rede Física e Tecnológica Contrução, Reforma, Ampliação e Aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de Assistência de	885.836,95	947.845,54	1.014.194,72	1.085.188,35	3.933.065,57
DIRETRIZ II - MÓDULO OPERACIONAIS 3 E 4	Gestão das Ações da Rede de Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde - ESF - ESB - Atenção Domiciliar - Assistência Ambulatorial AB - PSE e outros	13.744.321,20	14.706.423,68	15.735.873,34	16.837.384,48	61.024.002,70
DIRETRIZ III - MÓDULO OPERACIONAL 5	Gestão das ações de vigilância em Saúde (Epidemiológica e Sanitária) - doenças imunopreveníveis - Vigilância epidemiológica DST AIDS - Prevenção e controle de	1.068.486,25	1.143.280,29	1.223.309,91	1.308.941,60	4.744.018,04
DIRETRIZ IV - MÓDULO OPERACIONAL 6	Gestão das Ações da Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade Ambulatoria e Hospitalar	1.642.237,03	1.757.193,62	1.880.197,17	2.011.810,97	7.291.438,79

DIRETRIZ V - MÓDULO OPERACIONAL 7	Operacionalização da Rede de Assistência Farmacêutica (Básica e Medicamentos estratégicos)	904.497,31	967.812,12	1.035.558,97	1.108.048,10	4.015.916,51
	TOTAL	25.027.730,60	26.279.117,13	27.593.072,99	28.972.726,64	107.872.647,35

