



# PLANO MUNICIPAL DE SAUDE

2022 - 2025



**PROPRIÁ**  
**Trabalhando se constrói o futuro**

**Valberto de Oliveira Lima**

Prefeito Municipal

**Rafael Silva Sandes**

Vice Prefeito

**José Jackson de Oliveira**

Secretário Municipal de Saúde

**Jaqueline Maria da Silva**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

## **Equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde**

**Camila Marques Vieira**  
**Coordenação de Atenção Primária**

**Karla Mirabel Santana**  
**Coordenação de Atenção Especializada**

**Marília Vitória Souza Silva**  
**Coordenação de Vigilância Epidemiológica**

**Nathalia Stephane Santos Nascimento**  
**Coordenação de Vigilância Sanitária**

**Lara Carine Henrique Freire**  
**Coordenação de Saúde Bucal**

**Kátia Rejane Soares**  
**Coordenação da Assistência Farmacêutica**

**João Lino dos Santos**  
**Coordenação de Regulação**

**Maykon Gomes Correia**  
**Coordenação da Central de processamento de Dados**

**Edilaine Andrade Barbosa**  
**Coordenação de Almoxarifado**

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	9
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	10
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	10
1.1.1. Perfil Demográfico.....	11
1.1.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH .....	12
1.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO .....	13
1.2.1. Panorama Epidemiológico .....	13
1.2.1.1. Natalidade.....	13
1.2.1.2. Mortalidade.....	15
1.2.1.3. Cobertura vacinal .....	18
1.2.1.4. Doenças de Notificação Compulsória .....	19
1.2.1.5. Doenças e Agravos não transmissíveis .....	20
1.2.2. Panorama de Internações Hospitalar.....	24
2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE .....	26
2.1. Atenção Primária a Saúde .....	27
2.2. Urgência e Emergência.....	27
2.3. Atenção Psicossocial .....	28
2.4. Atenção Especializada.....	29
2.5. Regulação.....	31
2.6. Assistência Farmacêutica .....	31
3. VIGILANCIA EM SAÚDE.....	33
3.1. Vigilância Epidemiológica.....	33
3.2. Vigilância Sanitária e Ambiental .....	35
3.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador .....	35
4. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	36
5. SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA .....	37
6. GESTÃO EM SAÚDE .....	39
6.1. Planejamento em Saúde .....	40
6.2. Judicialização .....	41
6.3. Auditoria .....	41
6.4. Ouvidoria.....	42
6.5. Participação e Controle Social .....	43
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS .....	44

ANEXOS .....	55
ORGANOGRAMA .....	56
PROPOSTAS APROVADAS NA VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ÂMBITO MUNICIPAL.....	57

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - IDHM e seus indicadores no município - Propriá/SE - 2000 e 2010

Tabela 2 - Percentual de Nascidos Vivos de gestantes com pré-natal adequado e mais que adequado e 7 ou + consultas. Propriá, 2016 a 2021

Tabela 3 - Perfil dos Nascidos Vivos de mães residentes em Propriá, 2016 a 2021

Tabela 4 - Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada, segundo o tipo de Violência por município de notificação. Propriá, 2013 a 2021

Tabela 5 - atendimentos realizados no CAPS. Propriá, 2019 a 2021.

Tabela 6 - Atendimento Ambulatorial Especializado. Propriá, 2021

### **Lista de Quadros**

Quadro 1 - Distribuição populacional por sexo e faixa etária. Propriá, 2022.

Quadro 2 - Série histórica de Cobertura Vacinal no município de Propriá, 2019 a 2021

Quadro 3 - Frequência de agravos notificados segundo mês de notificação, Propriá  
2018-2020

Quadro 4 - Número de estabelecimentos de saúde por tipo e gestão. Propriá, dez/2021

Quadro 5 - Indicadores Financeiros. Propriá, 2021

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 - Crescimento Populacional. Propriá, 1970 a 2022.

Gráfico 2 - Número de Nascimentos de mães residentes de Propriá, 2012 a 2021.

Gráfico 3 - Taxa bruta de mortalidade em Sergipe, Região de Propriá e Propriá, 2012 a 2021.

Gráfico 4 - Número de óbitos por Capítulos CID-10 residentes de Propriá, 2012 a 2021.

Gráfico 5 - Número de óbitos em MIF por ano de ocorrência, Propriá, 2012 a 2021.

Gráfico 6 - Mortalidade Infantil e componentes Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-neonatal, Propriá, 2013 a 2021.

Gráfico 7 - Comparativo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, Propriá, 2018 a 2020.

Gráfico 8 - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) por DCNT\*, Propriá, 2013 a 2021

Gráfico 9 - Mortalidade por Causa Externa residentes de Propriá, 2012 a 2021.

Gráfico 10 - Mortalidade por Causas Externas por faixa etária residentes de Propriá, 2012 a 2021.

Gráfico 11 - Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada por município de notificação. Propriá, 2013 a 2021.

Gráfico 12 - Número de Internações Hospitalares por Capítulos CID 10 exceto Gravidez, parto e puerpério, 2008-2020.

Gráfico 13 - Proporção de Internações Hospitalares por faixa etária, 2012 – 2021

Gráfico 14 - Proporção de Internações Sensíveis à atenção primária, Propriá. 2012-2021.

Gráfico 15 - Série Histórica do Percentual aplicado Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Propriá, 2017 a 2021.



## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Pirâmide Etária segundo sexo e idade. Propriá/SE, 2022.

Figura 2 - Percentual de notificações da violência interpessoal e autoprovocada segundo o sexo. Propriá, 2013 a 2021.

## **APRESENTAÇÃO**

O Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento exigido pelas normativas que regulamentam o SUS, é a expressão das prioridades de uma gestão para a área de saúde. Tem como propositura nortear todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde, tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade através do Conselho Municipal de Saúde

A proposta metodológica utilizada para elaboração do PMS, partiu da análise da situação de saúde do município, através da análise dos dados sobre oferta e serviços, identificação e descrição dos principais problemas vivenciados pela população identificados pelos gestores através das equipes de Saúde da Família, Vigilância em Saúde e demais profissionais da Secretaria de Saúde, bem como, pelas propostas da VI Conferência Municipal de Saúde.

Após essa avaliação foram estabelecidos metas e diretrizes para atuação da SMS frente a ampliar o acesso da população `a serviços de saúde de qualidade, intervindo nos vazios assistenciais e melhoria da atenção e linhas de cuidado nos ciclos de vida. Como um instrumento vivo, o Plano pode ser atualizado conforme as mudanças do cenário na área de saúde, incorporando novas estratégias e ou orientações à luz da ciência

Os desafios encontrados são proporcionais a importância do SUS e a responsabilidade assumida na condução da política municipal de saúde, evidenciadas, inclusive, pela excelência esperada pela população. Também a convicção de que, com o trabalho incansável dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS Municipal, alcançaremos os compromissos estabelecidos neste Plano, tão importantes para deixarmos como legado um sistema de saúde mais eficiente e que atenda às necessidades dos propriaenses e da região

José Jackson de Oliveira  
Secretário Municipal de Saúde

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

O município de Propriá fica localizado no leste sergipano, distante 100 km<sup>2</sup> da capital Aracaju. Banhado pelo Rio São Francisco, é limitado pelo estado de Alagoas a nordeste, pelos municípios de Neópolis e Japoatã a sul, São Francisco a sudoeste e Cedro de São João e Telha a oeste. Quem nasce em Propriá é chamado de propriaense. A economia municipal baseia-se na pesca e rizicultura; seguido de atividades comerciais de médio porte. De acordo com o IBGE, estimativa de 2021, sua população era de 29.756 habitantes, sendo o 17º município mais populoso.

Sede de uma das Regiões de Saúde do Estado - Região do Baixo São Francisco – atua também como referência regional para alguns procedimentos de média complexidade. A região do Baixo São Francisco é composta por 16 municípios totalizando uma população de 148.130 habitantes, sendo Propriá o município com a maior população regional.

**Imagem 1 – Mapa de Propriá**

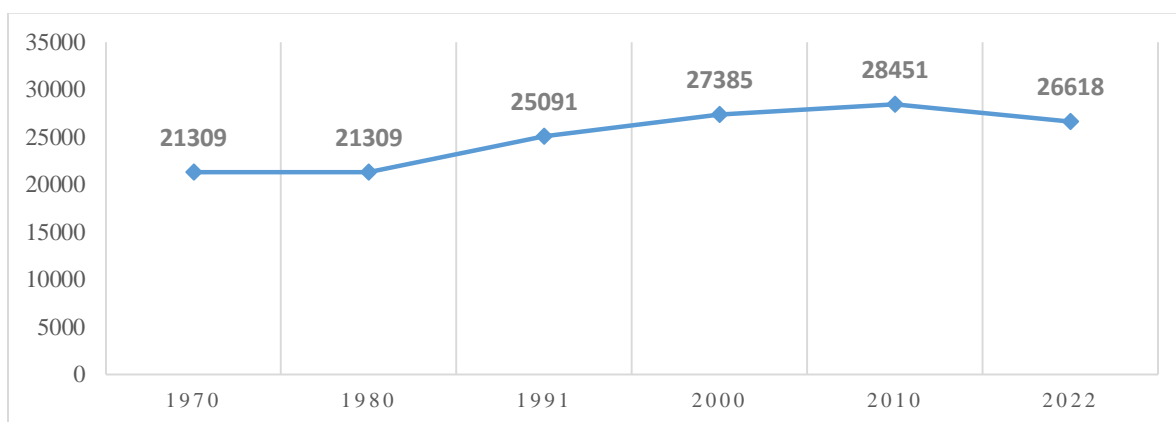


O Decreto Federal nº 7.508/2011 define o território de saúde a partir de regiões, as quais devem conter, minimamente: “I - Atenção Primária; II - Urgência e Emergência; III - Atenção Psicossocial; IV - Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; e V - Vigilância em Saúde” (BRASIL, 2011).

### 1.1.1. Perfil Demográfico

Propriá possui 26.618 habitantes, densidade demográfica de 276,35 habitantes por quilômetro quadrado e uma extensão territorial de 96,320 km<sup>2</sup> (IBGE,2022). De acordo com os censos demográfico, a população no município entre os anos de 2000 e 2010 apresentou um aumento de 3,9%, já entre os anos de 2010 e 2022 demonstrou uma redução no quantitativo populacional, ou seja uma taxa de crescimento geométrico de -0,55%

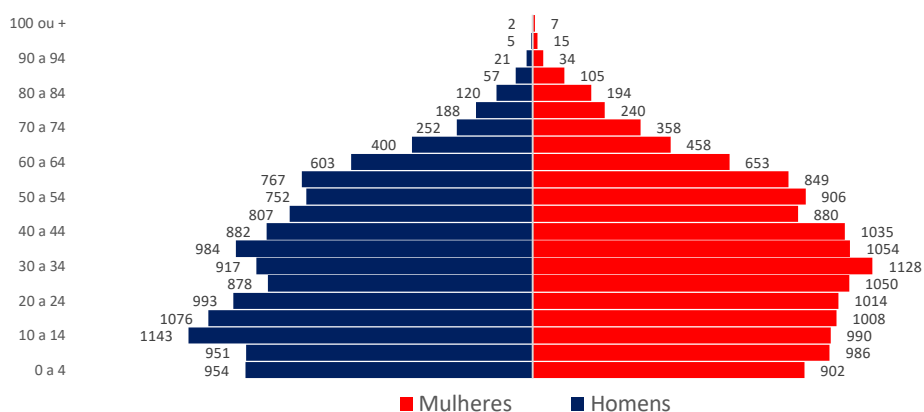
**Gráfico 1 – Crescimento Populacional. Propriá, 1970 a 2022**



Fonte: Censo IBGE

A população propriaense é majoritariamente feminina (52,1%), negra (preta e parda – 70%) e jovem (20 a 39 anos – 30,1%) e o idoso representando 13,9% da população. (IBGE, 2022). O atual perfil da sociedade propriaense demanda esforços em ações estratégicas que alcancem especialmente determinados públicos, considerando sexo, raça/cor e grupo etário. Desse modo, compreender os determinantes e condicionantes inerentes à saúde da mulher, da população negra, da juventude e do idoso faz-se necessário para o planejamento em saúde, a direcionalidade na tomada de decisão e a alocação de recursos.

**Figura 1 - Pirâmide Etária segundo sexo e idade. Propriá/SE, 2022**



Fonte: Censo IBGE 2022

**Quadro 1 – Distribuição populacional por sexo e faixa etária. Propriá, 2022.**

Faixa Etária	Masculino	% Masculino	Feminino	% Feminino	Total	% Total
0 a 4	954	7,5	902	6,5	1856	7,0
5 a 9	951	7,5	986	7,1	1937	7,3
10 a 14	1143	9,0	990	7,1	2133	8,0
15 a 19	1076	8,4	1008	7,3	2084	7,8
20 a 29	1871	14,7	2064	14,9	3935	14,8
30 a 39	1901	14,9	2182	15,7	4083	15,3
40 a 49	1689	13,2	1915	13,8	3604	13,5
50 a 59	1519	11,9	1755	12,7	3274	12,3
60 a 69	1003	7,9	1111	8,0	2114	7,9
70 a 79	440	3,5	598	4,3	1038	3,9
80 anos e +	205	1,6	355	2,6	560	2,1
<b>Total</b>	<b>12752</b>	<b>100,0</b>	<b>13866</b>	<b>100,0</b>	<b>26618</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Censo IBGE 2022

### 1.1.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

Considerando a realidade e especificidades regionais, o IDH foi ajustado para Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Este abrange os componentes da Longevidade (expectativa de vida ao nascer), Educação (Escolaridade da população adulta e Fluxo escolar da população jovem) e Renda per capita (disponibilidade financeira por pessoa em determinado território), representada por um número que varia entre zero e um. Quanto mais próximo de um, maior o desenvolvimento humano do município.

Conforme percebido na tabela 2, o IDHM do município era 0,551, em 2000, e passou para 0,661, em 2010. Em termos relativos, a evolução do índice foi de 19,96% no município.

Analisando o IDHM Educação, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 99,12%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 83,28%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 47,43%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 33,26%. Outro indicador que compõe o **IDHM Educação** e mede a escolaridade da população adulta é o **percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo**. Esse indicador reflete defasagens das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 32,65% para 48,15, no município.

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município - Propriá - entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era de R\$ 282,52 em 2000, e de R\$ 400,35 em 2010, valores de agosto de 2010.

**Tabela 1 - IDHM e seus indicadores no município - Propriá/SE - 2000 e 2010**

<b>INDICADORES</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
IDHM	0,551	0,661
IDHM Educação	0,421	0,593
<b>% de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo</b>	32,65	48,15
<b>% de 4 a 5 anos na escola</b>	84,66	93,15
<b>% de 15 a 17 anos de idade com ensino fundamental completo</b>	28,89	47,43
<b>% de 18 a 20 anos de idade com ensino médio completo</b>	18,03	33,26
IDHM Longevidade	0,695	0,776
<b>Esperança de vida ao nascer</b>	66,67	71,58
IDHM Renda	0,573	0,629
<b>Renda per capita</b>	282,52	400,35

Fonte: Elaboração PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010).

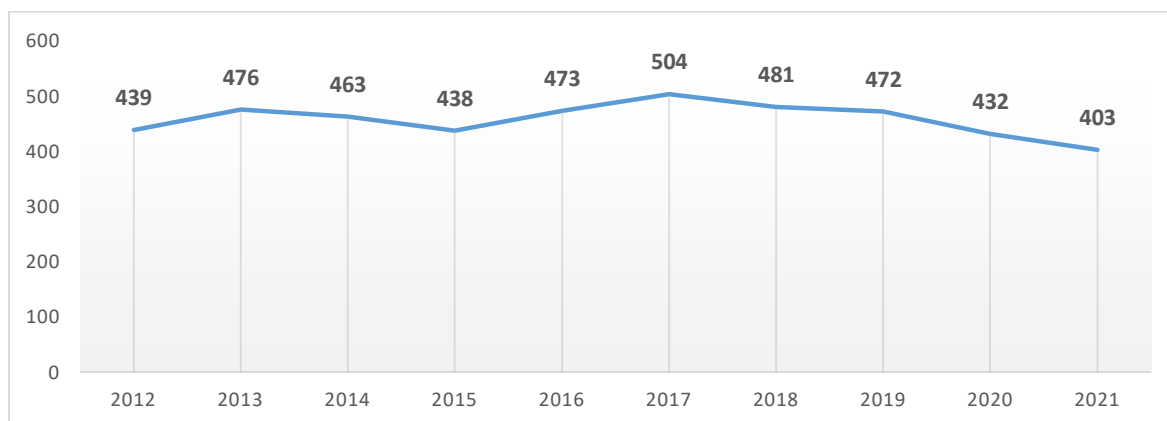
## **1.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

### **1.2.1. Panorama Epidemiológico**

#### **1.2.1.1. Natalidade**

Entre os anos de 2013 e 2021, nota-se uma redução no número de crianças nascidas vivas geradas por mulheres residentes em Propriá, principalmente após 2017 a tendência de queda é acentuada, seguindo um fenômeno observado mundialmente e também no Brasil.

**Gráfico 2 – Número de Nascimentos de mães residentes de Propriá, 2012 a 2021**



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

### Perfil dos Nascimentos

Em relação ao perfil desses nascidos vivos faremos análise de indicadores que podem refletir a assistência ao pré-natal – número de consultas de PN na quantidade de 7 ou mais consultas e sua característica de "Adequação quantitativa de pré-natal" que considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal. E, avaliação de fatores que contribuem para as condições do nascimento: duração da gestação, peso o nascer, e idade da mãe.

**Tabela 2 - Percentual de Nascidos Vivos de gestantes com pré-natal adequado e mais que adequado e 7 ou + consultas. Propriá, 2016 a 2021**

Adequado quantitativo pré-natal	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Nascidos vivos</b>	473	504	481	472	432	403
<b>7 ou mais consultas</b>	255	302	312	321	268	298
<b>Adequado</b>	51	51	31	43	37	21
<b>Mais que adequado</b>	216	249	272	264	236	264
<b>% Adequado</b>	10,78	10,12	6,44	9,11	8,56	5,21
<b>% Mais que adequado</b>	45,67	49,40	56,55	55,93	54,63	65,51
<b>% Adequado e mais que adequado</b>	56,45	59,52	62,99	65,04	63,19	70,72

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

**Tabela 3 – Perfil dos Nascidos Vivos de mães residentes em Propriá, 2016 a 2021**

Perfil nascidos Vivos	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nascidos vivos	473	504	481	472	432	403
Idade da mãe (< de 20 anos)	106	120	95	90	76	67
% mães menores de 20 anos	22,41	23,81	19,75	19,07	17,59	16,63
Menos de 36 semanas	57	62	49	52	39	36
% prematuridade	12,05	12,30	10,19	11,02	9,03	8,93
Baixo peso nascer (< 2500g)	41	42	33	33	23	32
% baixo peso ao nascer	8,67	8,33	6,86	6,99	5,32	7,94

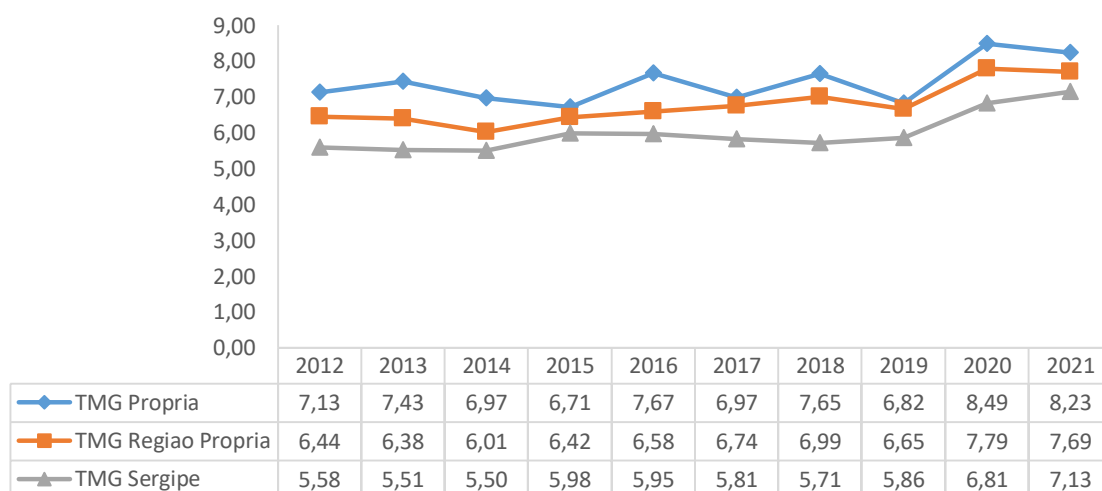
As tabelas 2 e 3 demonstram melhoria em alguns indicadores. O pré-natal mais que adequado apresenta uma tendência de crescimento, o percentual de mães adolescentes e crianças prematuras apresentaram redução ao longo dos últimos 5 anos, mas, a proporção de crianças com baixo peso ao nascer apresentou em 2021 um aumento ficando com 7,94% dos nascimentos, sendo o índice aceitável até 8%.

### 1.2.1.2. Mortalidade

#### Mortalidade Geral

A taxa bruta de mortalidade em Propriá apresentou uma tendência de decréscimo em 2013, mas torna-se flutuante a partir de 2015 e posiciona-se acima da taxa estadual e da região de saúde do Baixo São Francisco conforme demonstrado no gráfico 3. O aumento visualizado em 2020 corresponde ao período da pandemia.

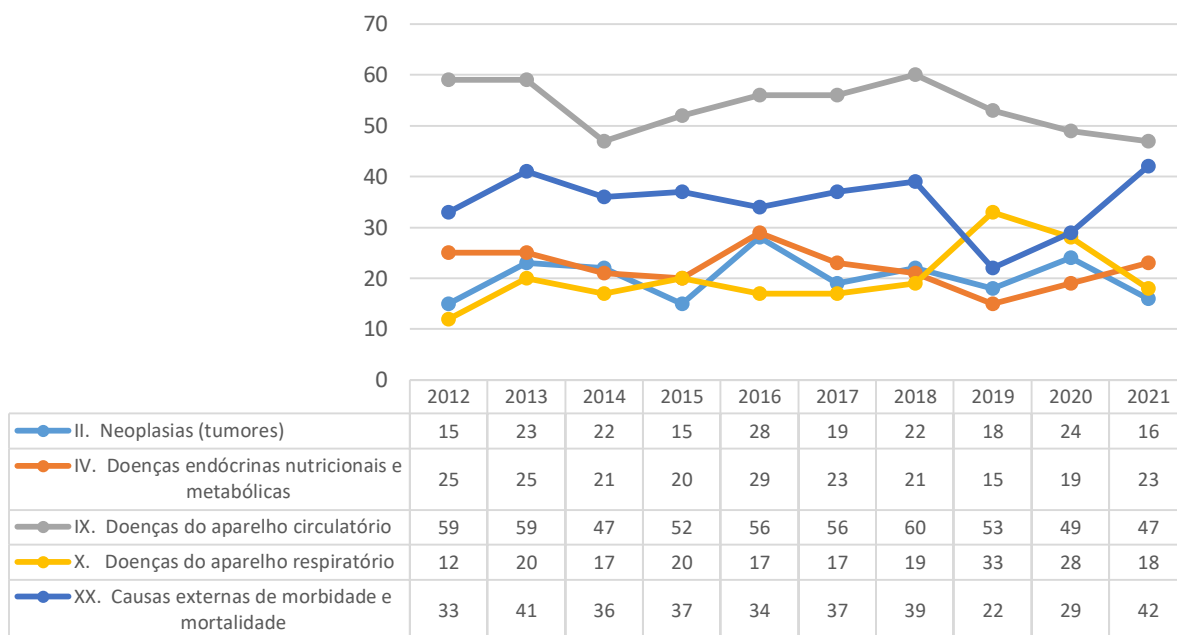
**Gráfico 3 - Taxa bruta de mortalidade em Sergipe, Região de Propriá e Propriá, 2012 a 2021\***



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/ IBGE - Estimativas de população. \* dados preliminares



**Gráfico 4 – Número de óbitos por Capítulos CID-10 residentes de Propriá, 2012 a 2021\***



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/ IBGE. \* dados preliminares

No gráfico 4 foram destacadas as cinco principais causas de óbitos no período de 2012 a 2021. Os dados demonstram uma queda nos óbitos relacionado as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório a partir de 2019 e uma tendência crescente dos óbitos por doenças endócrinas e metabólicas e por causas externas. As neoplasias mantem um cenário flutuante, com uma média de 20 óbitos/ano.

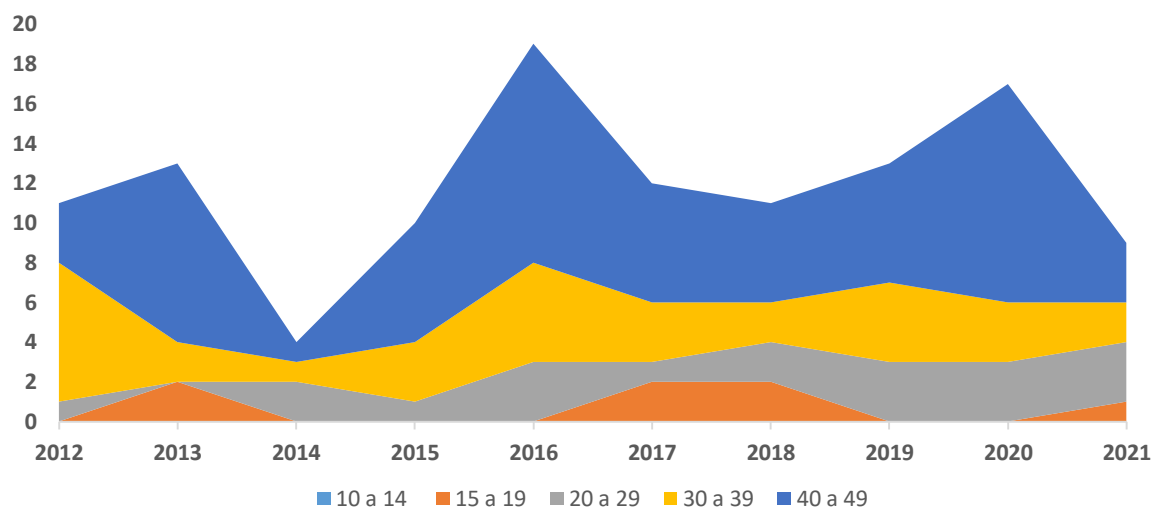
Os dados também revelaram que indivíduos do sexo masculino apresentam uma taxa de mortalidade mais elevada que o sexo feminino. Do total de óbitos de 2010 a 2020, 56,88% foram do sexo masculino.

### **Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil – MIF**

O Monitoramento da Mortalidade de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) busca aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adultos e idoso), considerando as questões de vulnerabilidade social, na atenção básica, redes temáticas e na rede de atenção à saúde.

Observa-se no gráfico 5, uma queda acentuada dos óbitos em 2014, mas a partir de 2015 uma tendência crescente nas mortes de MIF's, com as maiores ocorrências em 2016 e 2020. No tocante a morte materna, no período de 2013 a 2021 foram registrados 2 óbitos, nos anos de 2016 e 2021.

**Gráfico 5 - Número de óbitos em MIF por ano de ocorrência, Propriá, 2012 a 2021.**

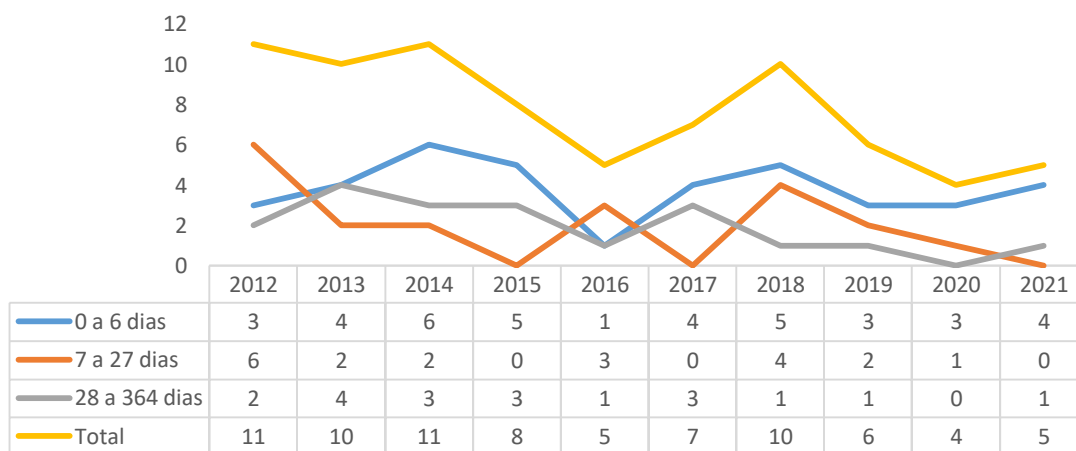


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

### Mortalidade Infantil

A Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças como a qualidade de vida de uma determinada população. A Mortalidade Neonatal está relacionada as condições insatisfatórias em relação ao nível socioeconômico da população, à saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, enquanto que a Mortalidade Pós-neonatal reflete baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.

**Gráfico 6 - Mortalidade Infantil e componentes Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-neonatal, Propriá, 2013 a 2021.**



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

Na análise de 2012 a 2021, sendo 2021 preliminar, verifica-se uma redução gradativa do número de óbito infantil entre 2013 a 2016, mas a partir de 2017 nota-se

uma tendência crescente. Entre os seus componentes destaca-se o componente Neonatal precoce (0 a 6 dias) como aquele que concentra a maior parte dos óbitos na faixa de menores de 1 ano ao longo de todo o período.

### 1.2.1.3. Cobertura vacinal

Diversos indicadores possibilitam a avaliação das condições de saúde da população. Um desses é a Cobertura Vacinal (CV) dos imunobiológicos disponibilizados na rotina pelo Programa Nacional de Imunizações, responsáveis pela diminuição/erradicação de diversas doenças preveníveis e hospitalizações. A CV pode ser entendida como a proporção de crianças menores de um ano que receberam o esquema completo de vacinação em relação aos menores de 1 ano existentes na população. O cálculo considera como numerador, o total de doses que completam o esquema vacinal e, no denominador, a estimativa da população-alvo, multiplicado por 100.

**Quadro 2 - Série histórica de Cobertura Vacinal no município de Propriá, 2019 a 2021**

<b>Imunobiológicos</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Hepatite B	80,16	79,56	85,59
Rotavírus Humano	76,59	73,41	66,74
Meningococo C	73,41	68,85	67,8
Pentavalente	72,82	78,77	64,83
Pneumocócica	78,57	76,59	71,4
Poliomielite	73,02	77,58	62,29
Tríplice Viral D1	66,67	79,56	66,1

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

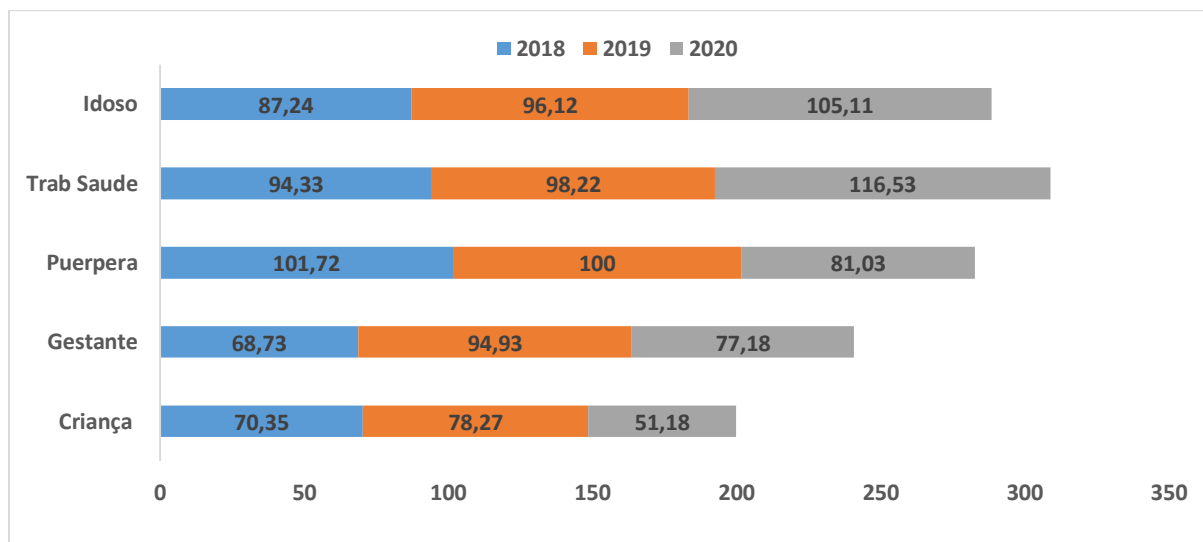
Em relação à Cobertura Vacinal de crianças menores de 01 ano, é possível observar que no ano de 2021 houve uma queda nos índices da maioria dos imunobiológicos, exceto Hepatite B.

### Campanha Nacional Contra a Gripe

A meta da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza em 2020, era vacinar 90% de cada grupo prioritário: trabalhadores de saúde, crianças na faixa etária de seis meses a menores de seis anos, gestantes em qualquer idade gestacional, puérperas, indivíduos com 60 anos ou mais e adultos 55 a 59 anos. A vacinação também abrangeu pessoas portadoras de doenças crônicas, população privada de

liberdade, funcionários do sistema prisional e policiais civis, militares, bombeiros e membros ativos das forças armadas

**Gráfico 7 - Comparativo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, Própria, 2018 a 2020**



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

#### 1.2.1.4. Doenças de Notificação Compulsória

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal. A notificação deve ser realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde

tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

O viés encontrado está na subnotificação, o que favorece o mascaramento dos riscos e agravos que podem afetar a população, gerando prejuízos substanciais à medida que o conhecimento das doenças e de seus agravos são imprescindíveis para a promoção de ações de controle. Sendo assim, faz-se necessário ampliar a qualidade dos serviços de vigilância em saúde melhorando as informações e disponibilizando a toda equipe a fim de refletir em melhores resultados nos indicadores de saúde da população.

**Quadro 3 – Frequência dos principais agravos notificados segundo ano de notificação, Propriá 2017-2021**

<b>Agravos Notificados</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico</b>	4	9	3	6	3
<b>AIDS</b>	8	9	6	11	7
<b>Dengue</b>	76	15	142	2	0
<b>Febre de Chikungunya</b>	115	0	8	<b>2</b>	8
<b>Hanseníase</b>	7	4	2	2	6
<b>Hepatites Virais</b>	3	9	4	2	2
<b>Leishmaniose Visceral</b>	0	1	0	0	0
<b>Sífilis Congênita Recente</b>	8	7	7	6	2
<b>Sífilis em Gestante</b>	8	8	13	5	3
<b>Tuberculose</b>	25	21	21	12	8

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

#### **1.2.1.5. Doenças e Agravos não transmissíveis**

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) estão entre as principais causas de morte no município. A partir da terceira década de vida, as mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentam e são atribuídas a fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, sedentarismo e alimentação não saudável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT foram responsáveis por cerca de 70% das mortes ocorridas globalmente em 2019.

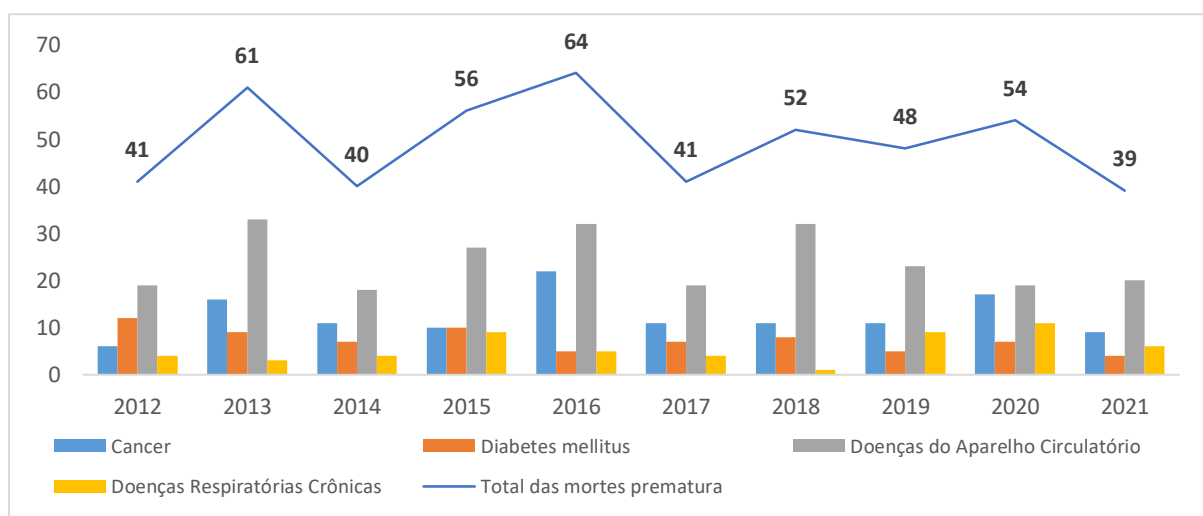
## Mortalidade Prematura pelas principais DCNT

No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2019, por 41,8% dos óbitos, e, em Propriá, no mesmo período, foram responsáveis por 23,76% do total de mortes ocorridas prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade.

As mortes prematuras por DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas) no período de 2013 a 2021, sendo 2021 preliminar, nota-se que as doenças do aparelho circulatório e os cânceres são responsáveis pelo maior número de óbitos. Sobre as neoplasias, os maiores números foram atribuídos aos cânceres de traqueia, brônquios e pulmões, mama e colo de útero.

Da mortalidade prematura por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) são atribuídas às doenças isquêmicas do coração, infarto agudo do miocárdio e doenças cerebrovasculares. E destaca-se o aumento por diabetes mellitus e doenças do aparelho respiratório a partir de 2019 (gráfico 8).

**Gráfico 8 - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) por DCNT\*, Propriá, 2013 a 2021**



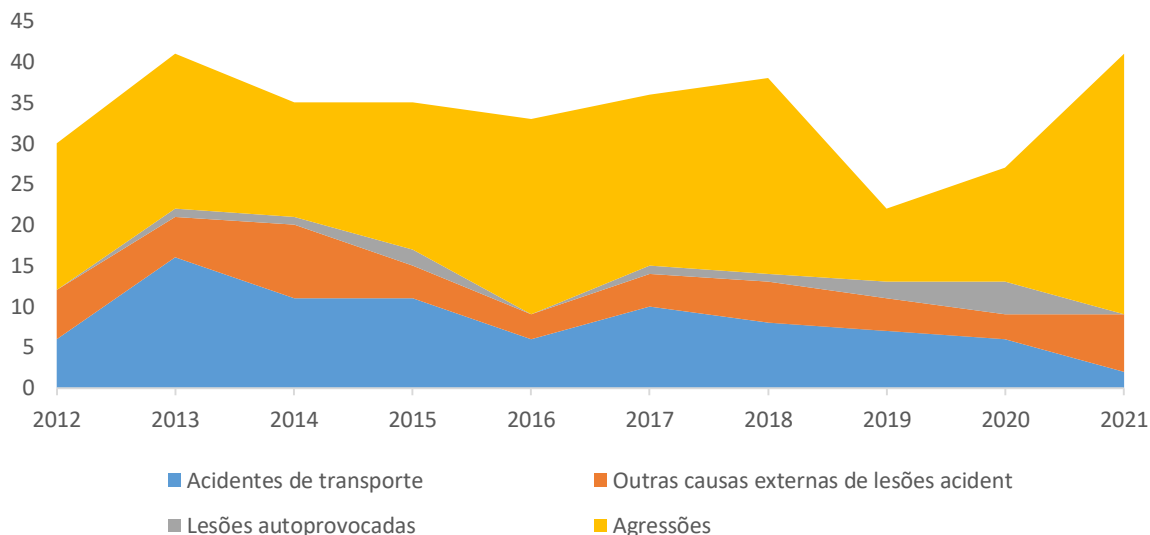
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## Causas Externas

As causas externas ocupa a terceira causa de morte entre residentes de Propriá no ano de 2020 (11,51% do total de óbitos; acometendo 82,76% o sexo masculino e 6,04% o sexo feminino). Dentre os principais agravos, estão as agressões (48,27%) principalmente por arma de fogo, seguido de acidente de transporte com jovens e motociclistas (20,68%). De forma geral, as causas externas têm impacto

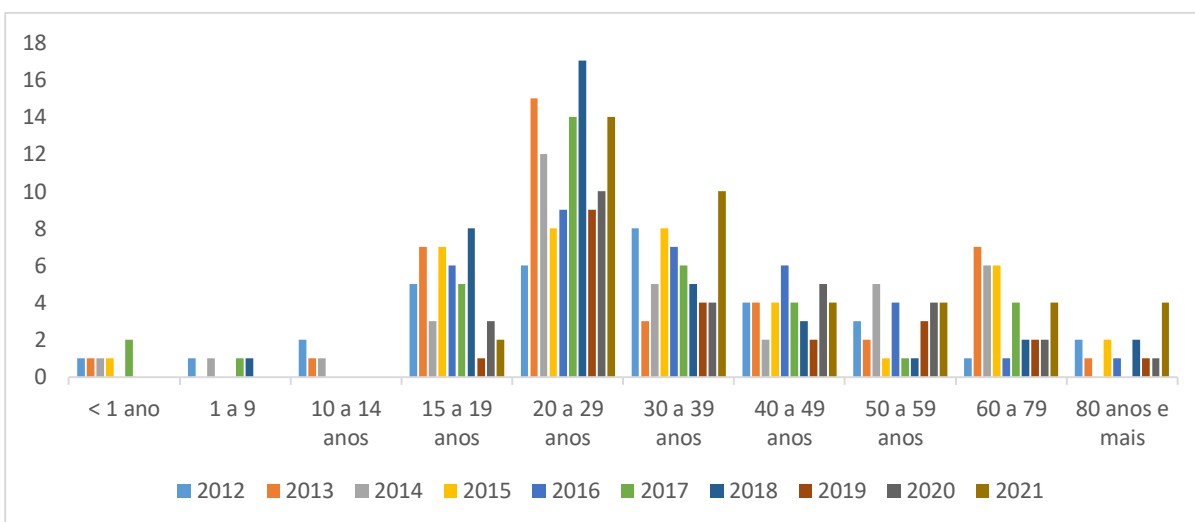
maior na mortalidade entre adultos de 20 a 39 anos de idade, principalmente do sexo masculino.

**Gráfico 9 – Mortalidade por Causa Externa residentes de Propriá, 2012 a 2021\***



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. \* dados preliminares

**Gráfico 10 – Mortalidade por Causas Externas por faixa etária residentes de Propriá, 2012 a 2021\***



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. \* dados preliminares

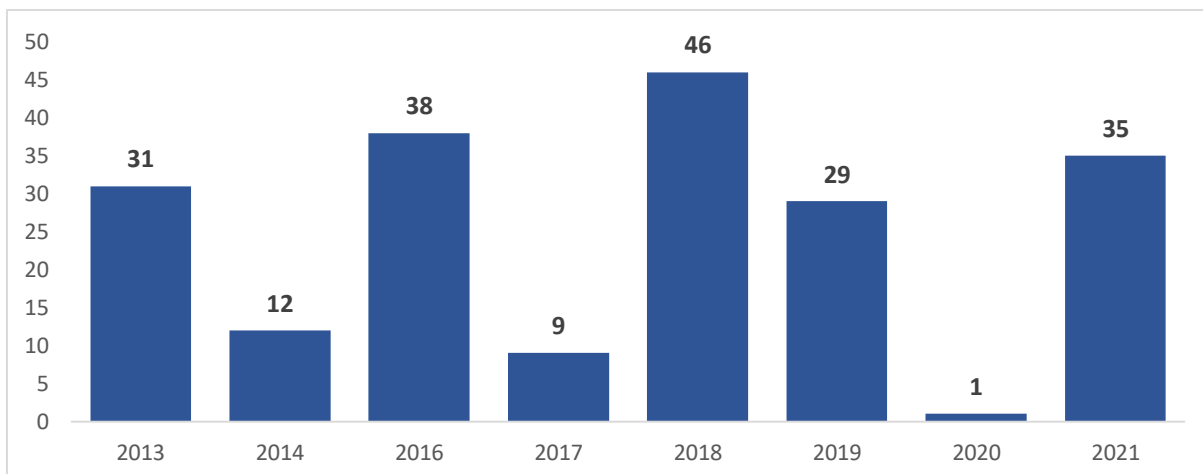
### Notificação da Violência Interpessoal e autoprovocada

A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência.

No período de 2013 a 2021, Propriá registrou 201 notificações de violência interpessoal/autoprovocada no SINAN. Alia-se a esse cenário a não notificação por

parte dos profissionais que são motivados em alguns momentos pelo receio de retaliação por parte do agressor, desconhecimento da ficha de notificação, não diferenciar notificação e denúncia.

**Gráfico 11 – Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada por município de notificação. Propriá, 2013 a 2021.**



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Quanto ao tipo da violência os maiores registros foram da violência física associada a força corporal / espancamento com 323 (75,46%), a violência psicológica apresentou uma redução, e a lesão autoprovocada (autoagressões e tentativas de suicídio) apresentou um aumento especificamente em 2021 (Tabela 4).

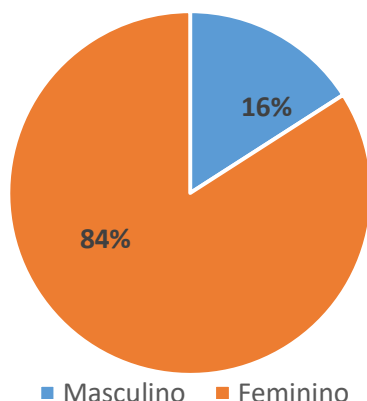
**Tabela 4 - Número de notificações da violência interpessoal e autoprovocada, segundo o tipo de Violência por município de notificação. Propriá, 2013 a 2021**

TIPO DE VIOLENCIA	2013	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Lesão Autoprovocada	1	2	1	-	-	4	-	12	20
Física	27	12	37	9	46	25	1	26	183
Psicológica e moral	31	11	3	-	3	-	-	1	49
Tortura	6	3	-	-	1	-	-	-	10
Sexual	2	1	5	-	4	3	0	3	18
Financeira/Econômica	7	1	-	-	-	-	-	-	8
Força corporal Espancamento	22	13	24	8	37	23	-	13	140

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net



**Figura 2. Percentual de notificações da violência interpessoal e autoprovocada segundo o sexo. Propriá, 2013 a 2021**



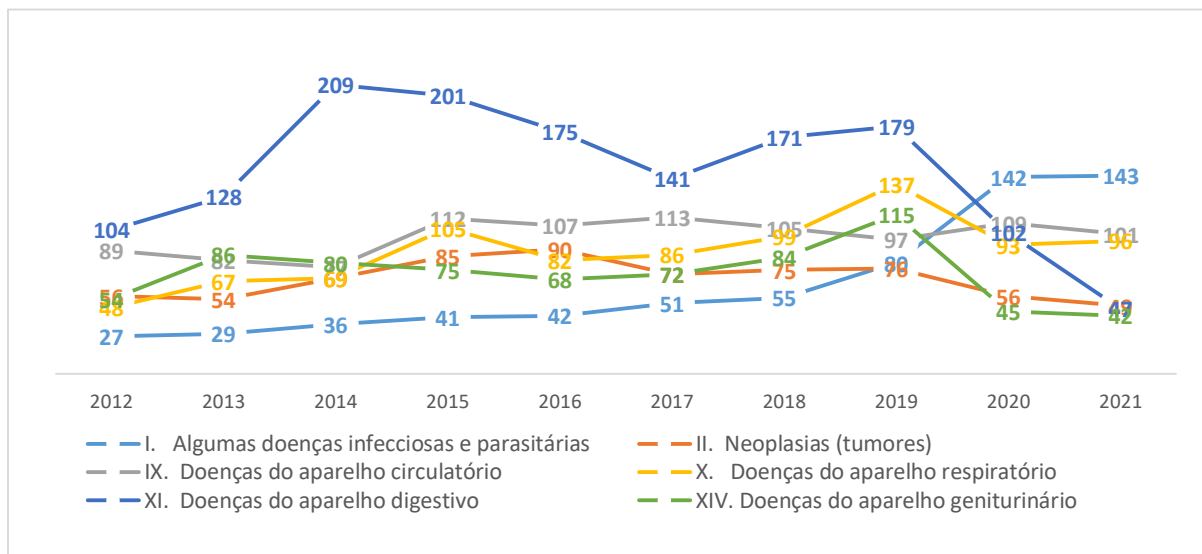
O maior percentual das vítimas foi do sexo feminino 84% (169); e a faixa dos 20 aos 39 anos respondeu por 61,53% (104) das notificações (Figura 2).

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

### **1.2.2. Panorama de Internações Hospitalar**

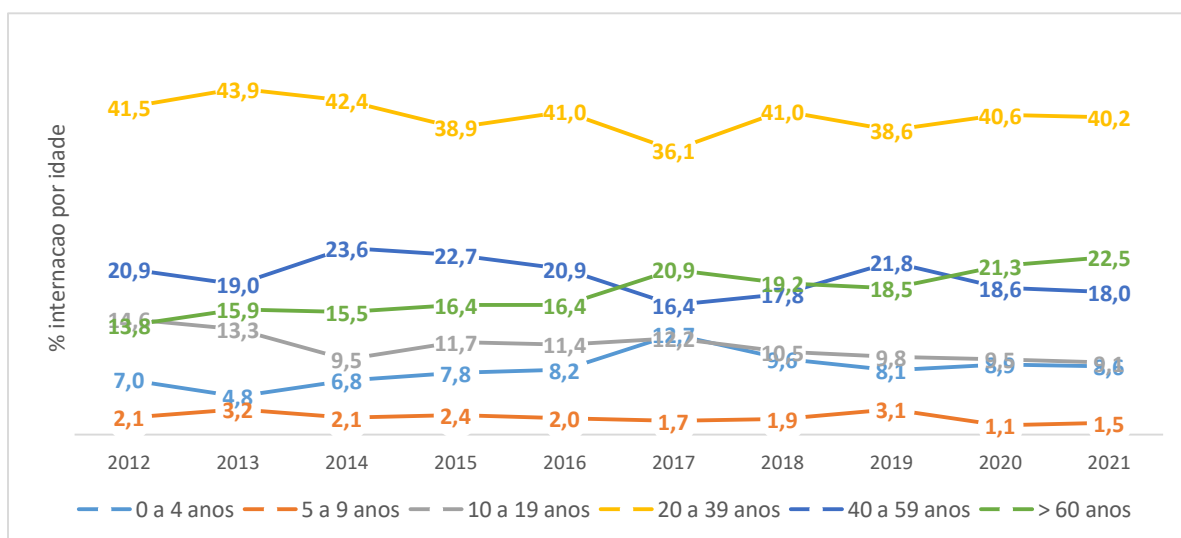
Aqui apresentamos um panorama das internações hospitalares dos residentes de Propriá no período de 2012 a 2021. No gráfico 12 identificamos que as principais causas de internação estão relacionadas as doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho geniturinário. Com aumento expressivo das doenças infecciosas e parasitária e redução a partir de 2019 das doenças do aparelho digestivo e geniturinário. O Gráfico 13 demonstra que a maior proporção de internações ocorre na faixa de 20 a 39 anos com houve aumento nas internações na faixa etária de 60 anos ou mais a partir de 2019, e uma constância nas demais idades.

**Gráfico 12 - Número de Internações Hospitalares por Capítulos CID 10 exceto Gravidez, parto e puerpério, 2008-2021\***



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) \* Dados preliminares

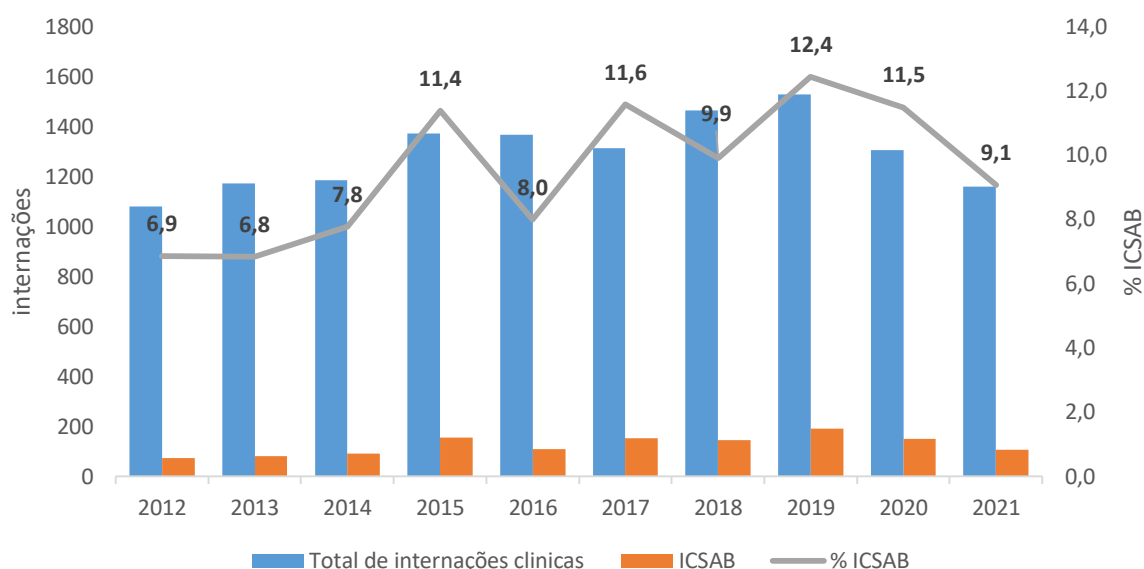
**Gráfico 13 - Proporção de Internações Hospitalares por faixa etária, 2012 – 2021\***



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). \* Dados preliminares

Quanto às internações sensíveis à atenção primária observa-se uma redução a partir de 2019 no total destas internações e conseqüentemente a proporção por causas sensíveis a atenção primária.

**Gráfico 14 - Proporção de Internações Sensíveis à atenção primária, Propriá. 2012-2021.**



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

## 2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A Organização da Rede de Saúde é fundamental para garantir acesso universal e atenção integral dos cidadãos aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. No município, a Rede de Atenção à Saúde é composta por estabelecimentos de gestão municipal, gestão estadual, além da rede privada contratualizada para atender a a população do município e Região nos procedimentos pactuados.

**Quadro 4- Número de estabelecimentos de saúde por tipo e gestão. Propriá, dez/2021**

Tipo de Estabelecimento	Total
<b>Posto de Saúde</b>	2
<b>Centro de Saúde/Unidade Básica</b>	8
<b>Hospital Geral</b>	1
<b>Consultório Isolado</b>	6
<b>Clínica/Centro de Especialidade</b>	20
<b>Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)</b>	2
<b>Unidade Móvel De Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência</b>	2
<b>Central De Gestão Em Saúde</b>	1
<b>Centro De Atenção Psicossocial</b>	1
<b>Polo Academia Da Saúde</b>	1
<b>Central De Abastecimento</b>	1
<b>Total</b>	<b>45</b>

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Base: dez/2021

## **2.1. Atenção Primária a Saúde**

A APS constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. A Atenção Primária à Saúde dispõe de 10 Unidades Básicas de Saúde com estratégia de Saúde da Família e 01 Polo da Academia da Saúde. O município possui 10 Equipes Saúde da Família (ESF) representando 100% de cobertura, 8 Equipes de Saúde Bucal com 92,95% cobertura, 01 Equipe Núcleo Ampliado Saúde da Família (ENASF-AB).

As Unidades Básicas de Saúde são as portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) atuando com acolhimento das necessidades de saúde, por meio das equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e demais profissionais de saúde da Atenção Primária. Nas UBS são ofertadas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas e procedimentos como inalações, injeções, curativos, vacinas e coleta para testagem rápida.

O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, que integra a da rede de Atenção Primária à Saúde. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde, produção do cuidado e o modo de vida saudável além da potencialização de espaços públicos como espaços de inclusão, de participação, de lazer e de promoção da cultura da paz. Os polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

## **2.2. Urgência e Emergência**

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas, ampliar e qualificar o acesso humanizado, de forma ágil e oportuna, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade. A rede é constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

### 2.3. Atenção Psicossocial

A Política de Atenção Psicossocial tem como fundamento legal a Lei Federal nº 10.216/2001 a Lei Estadual nº 9.716/1992 e as Portarias MS/GM nº 3.088/2011/13 e nº 3.588/2017, que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS.

Um dos elementos estruturantes da atenção psicossocial no município é garantir a atuação interdisciplinar como prática prioritária na Atenção em Saúde Mental. Possui um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I IRMÃ AUGUSTINHA.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS é um serviço de base territorial, que presta serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. E, também realiza apoio matricial à Atenção Primária.

A linha de cuidado instituída para os usuários se dá por meio do instrumento Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é construído com o propósito de efetivar um cuidado que busque a reinserção psicossocial dos usuários, tendo por base o vínculo, a clínica ampliada, a construção da cidadania e da autonomia, num modelo de gestão colegiado e com a participação de todos os atores envolvidos no processo (usuários, familiares, trabalhadores e gestores).

**Tabela 5 – atendimentos realizados no CAPS. Propriá, 2019 a 2021.**

Procedimento	2019	2020	2021
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL	-	-	-
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL	10	23	-
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	-	-	-
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	291	146	8
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	-	1	-
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	177	401	806
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	224	113	13
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	92	78	251

ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	39	9	18
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	22	48	75
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUARIOS DE CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL E FAMILIARES	265	-	78
PRATICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	-	-	-
PRATICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	40	-	29
ATENCAO AS SITUACOES DE CRISE	-	-	4
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENCAO BASICA	39	29	12
ACOES DE REDUCAO DE DANOS	41	-	-
ACOES DE REABILITACAO PSICOSSOCIAL	31	8	-
<b>TOTAL</b>	<b>1271</b>	<b>856</b>	<b>1294</b>

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

## 2.4. Atenção Especializada

### Atenção Ambulatorial Especializada

A rede ambulatorial especializada no município é composta pelo Centro de Especialidades Médicas e pelo Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de gestão estadual. O acesso do usuário aos serviços é ordenado pela Atenção Primária à Saúde e são acompanhados por médicos especialistas, além de, em alguns casos, serem acompanhados por equipes multiprofissionais, que especificam os tratamentos adequados para os usuários.

No Centro de Especialidades Médicas Dr. Otávio Martins Penalva são ofertadas diversas especialidades e serviços.

**Tabela 6 – Atendimento Ambulatorial Especializado. Propriá, 2021**

<b>Atendimentos</b>	<b>2021</b>
Consulta Cardiologia	519
Consulta Cirurgia Geral	107
Consulta Dermatologia	258
Consulta Endocrinologia	222
Consulta Fonoaudiologia	272
Consulta Geriatria	81
Consulta Ginecologia	504
Consulta Neurologia	127
Consulta Nutrição	359
Consulta Ortopedia	216
Consulta Otorrinolaringologia	422
Consulta Pediatria	247
Consulta Psicologia	1069
Consulta Psiquiatria	490
Consulta Urologia	273

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Na área ambulatorial de diagnóstico por imagem de média complexidade o município possui contrato com prestadores de serviços para oferta dos procedimentos aos usuários do SUS.

Os desafios para o fortalecimento da Rede de Atenção especializada para o município e região, no tocante à oferta de serviços e procedimentos, está principalmente na capacidade instalada no território, na integração com as outras redes, nos processos de referência e contrarreferência.

### **Atenção Especializada Hospitalar**

O município conta no território com o Hospital Regional, de gestão Estadual, serviço de média complexidade, cujo acesso ocorre de maneira referenciada (via Central de Regulação de Urgência (CRU/SAMU), Núcleo de Interno de Regulação (NIR) dos Hospitais da Rede) ou espontânea, através de serviços eletivos ou de emergência. Possui atendimentos especializados, urgência clínica, pediátrica e ortopédica, realização de cirurgias, serviço de internamento, entre outros. Casos de maior complexidade, são transferidos para o Hospital Geral da Rede Estadual.

Compõe a rede, a Maternidade São Vicente de Paula, perfil de risco habitual, também de gestão Estadual. Referência para toda a Região do Baixo São Francisco mas pela posição geográfica, atende os municípios circunvizinhos do estado de Alagoas.

### **Atenção Especializada Em Saúde Bucal**

Quando as demandas de saúde bucal ultrapassam a capacidade de atendimento da APS, no que se refere à complexidade dos procedimentos, as Equipes de Saúde Bucal (eSB) referenciam os pacientes ao Centro de Especialidade Odontológica (CEO) para atendimento especializado, seguindo os protocolos de encaminhamentos.

O CEO localizado no território, mas com abrangência regional, oferta: diagnóstico bucal com ênfase na detecção de câncer de boca, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, periodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais.

## **2.5. Regulação**

Na Portaria nº 1.559/2008, o Ministério da Saúde define Complexo Regulador como “estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os modelos Complexo Regulador Estadual, Regional ou Municipal”. Na mesma portaria estabelece que o Complexo regulador deve estar articulado com as áreas assistenciais, bem como com as ações de contratação de serviços e de controle e avaliação da produção apresentada, compartilhando informações para a melhor alocação dos recursos, de acordo com as necessidades da população.

Os Complexos Reguladores Municipais e Estaduais devem assegurar à população o acesso aos serviços de saúde observando a organização nas regiões de um Estado, de acordo com os pactos realizados com este fim, de acordo com a oferta mais adequada às suas necessidades. O setor de Regulação Municipal tem a missão de coordenar, operacionalizar e monitorar a regulação do acesso aos serviços da rede de atenção à saúde sob gestão do município para a população de sua referência, de acordo com as pactuações e contratos em vigor, promovendo o acesso equânime dos pacientes dentro de um processo de gestão da oferta e da demanda, conforme a prioridade dos casos e os recursos disponíveis.

O processo regulatório não se restringe a um único município, mas se estende por todo o Estado e até a nível nacional. É necessário conhecer a capacidade de atendimento de toda a rede de saúde e se essa capacidade está corretamente refletida na oferta dos serviços à população. Para garantir a equidade no acesso à saúde, é preciso que a demanda pelos serviços possa ser gerenciada de forma transparente e em todo estado, região ou município.

## **2.6. Assistência Farmacêutica**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que a compra de medicamentos representa um dos principais investimentos para o sistema público de saúde. Neste sentido, a Política Municipal de Assistência Farmacêutica precisa estar estruturada, organizada e qualificada com identificação dos seus principais problemas e potencialidades de forma a garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos como insumo essencial à proteção, à promoção e à recuperação da saúde. As



atividades da Assistência Farmacêutica em Propriá estão organizadas da seguinte forma: aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação do medicamento, além das ações relativas ao conjunto de atividades que compõem a Atenção Farmacêutica.

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em 3 Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

Fazem parte do componente básico, os medicamentos e insumos utilizados no âmbito da atenção básica em saúde, sendo o município responsável pela aquisição e dispensação. O Componente Estratégico compreende medicamentos para o tratamento de doenças que configuram problemas de saúde pública. Estão incluídos: Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, DST/AIDS, Endemias Focais, Alimentação e Nutrição, Controle do Tabagismo, Influenza. Os medicamentos deste componente são dispensados pela Central de Assistência Farmacêutica Estadual.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) está voltado para algumas doenças cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. É a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas no âmbito do Componente e será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no Componente Especializado estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação e b) Grupo 1B: financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos

Estados sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas.

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica

### **3. VIGILANCIA EM SAÚDE**

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

Como política municipal são executadas as ações básicas de Vigilância sanitária, Epidemiológica e Ambiental com o propósito voltada para eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde, bem como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

Como Modelo de Atenção, a sua organização direciona as políticas públicas para atuarem de modo transversal, intersetorial, propiciando a promoção, prevenção e a recuperação em torno de problemas e grupos populacionais estratificados por riscos epidemiológico, sanitário e ambiental existentes no município.

#### **3.1. Vigilância Epidemiológica**

A vigilância epidemiológica tem como finalidade a execução de um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de

recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis e agravos à saúde.

No município, a Vigilância Epidemiológica é responsável pelas seguintes áreas técnicas: Programa Municipal de Controle do *Aedes Aegypti*; Programa Municipal de Controle da Tuberculose e Hanseníase; Programa Municipal de IST/AIDS/Hepatites Virais; Agravos Agudos (Influenza e COVID-19, DTHA); Surtos alimentares; Agravos Imunopreveníveis; Agravos de Zoonoses e Arboviroses (Toxoplasmose, Raiva Humana e atendimento antirrábico, Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Esquistossomose, Animais Peçonhentos, Dengue, Zika e Chikungunya); Centro de Controle de Zoonoses.

Ações desenvolvidas pela VE: coleta de dados através de busca ativa; análise e interpretação dos dados coletados; recomendação de medidas de controle; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, atualização dos profissionais das redes assistenciais, retroalimentação das redes e divulgação de informações buscando a integração efetiva com as redes assistenciais, visando a mudança e melhoria dos indicadores de saúde.

### **Vigilância de Eventos Vitais**

A vigilância dos eventos vitais trabalha com o gerenciamento das declarações de nascidos vivos (DNV) e as declarações de óbito (DO) nos Sistemas Nacionais de Informação referentes a Nascidos Vivos (SINASC) e o Mortalidade (SIM) e seu fornecimento para estabelecimentos de saúde, médicos e cartórios. E posteriormente com a investigação do óbito e qualificação dos documentos de Declaração de óbito (DO) e Declaração de Nascidos Vivos (DNV) para poder analisar dos indicadores de mortalidade.

A Vigilância do Óbito monitora os óbitos fetais, infantis, maternos, de mulheres em idade fértil e de causa básica de óbito mal definida, ocorridos no âmbito do município, nas unidades hospitalares e domicílios, procedendo o recebimento das investigações realizadas pelos níveis ambulatoriais, hospitalares e domiciliares, condensando as informações nas fichas síntese, com posterior atualização do Sistema de Informação de Mortalidade e do SIMWEB com a alimentação das investigações.

### **3.2. Vigilância Sanitária e Ambiental**

A Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental no município atuam com foco nas ações de promoção e proteção à saúde, prevenção, controle, fiscalização, regulação e gerenciamento de riscos sanitários para os consumidores, trabalhadores e meio ambiente mediante a avaliação e intervenção quando necessária nas etapas de produção, distribuição e comercialização de produtos e na prestação de serviços de interesse da saúde.

A Gerência de Vigilância Sanitária do município desenvolve as atividades de cadastramento de estabelecimentos, denúncias/reclamações, inspeções, notificações, apreensões, emissões de alvarás sanitários, instauração de processo administrativo sanitário e atividades educativas junto a população e atua com uma equipe multiprofissional.

A Vigilância Ambiental desenvolve a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano buscando garantir que a água que chega ao cidadão, tanto pela rede pública como por meio de solução alternativa, esteja dentro dos parâmetros de potabilidade definidos pela Portaria da Potabilidade MS 888 de 2021. As análises laboratoriais para monitoramento abrangem parâmetros bacteriológicos e físico-químicos e demandam coletas diárias de amostras de água da rede pública, caminhões pipa e fontes urbanas.

Outras atividades desenvolvidas por esta vigilância são: fiscalização de sistemas de abastecimento de água, de soluções alternativas individuais e coletivas; monitoramento da qualidade da água de fontes coletivas na cidade. A promoção de saúde e a educação ambiental, a partir da importância da água para a vida, exigem ações integradas com as demais políticas sociais, principalmente de saneamento e meio ambiente.

### **3.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador**

A Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador que visa à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. A portaria diz que para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior

complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

No município, o desenvolvimento das ações direcionadas à saúde dos trabalhadores, formais ou informais, públicos ou privados, estão vinculadas às ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, que buscam à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

#### **4. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Para a implementação plena do SUS e para se alcançar os objetivos e metas previstos nos Planos de Saúde é necessário tratar a Gestão do Trabalho como uma questão estratégica. O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, por meio de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Esse processo social tem o conjunto dos trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas.

Está contido na área da gestão do trabalho um conjunto de ações que visam valorizar o trabalhador e o seu trabalho, devendo buscar a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais. Neste sentido são necessárias práticas de educação em saúde que devem fornecer ao indivíduo o ato de conhecer ou reconhecer a aquisição de suas habilidades a favor da tomada de decisões na busca por um melhor aperfeiçoamento. É perante este entendimento que a gestão municipal deve propor suas ações de educação em saúde.

Para fortalecimento dessa área e execução do planejamento das ações de saúde é necessário atualizar a situação dos recursos humanos existentes em seus diversos aspectos avaliando se atende as necessidades para manutenção da estrutura gestora adequada e eficiente. No entendimento que os trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde torna-se fundamental: 1. Ofertar condições dignas de trabalho, implementando ações de biossegurança específicas, assegurando o uso de equipamentos de proteção individual e coletiva para os trabalhadores. 2. Buscar a cooperação da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA) para realizar ações de educação permanente para

trabalhadores, profissionais de gestores do SUS nas diversas áreas de atuação. Bem como fomentar qualificação através dos cursos de pós-graduação e aperfeiçoamento.

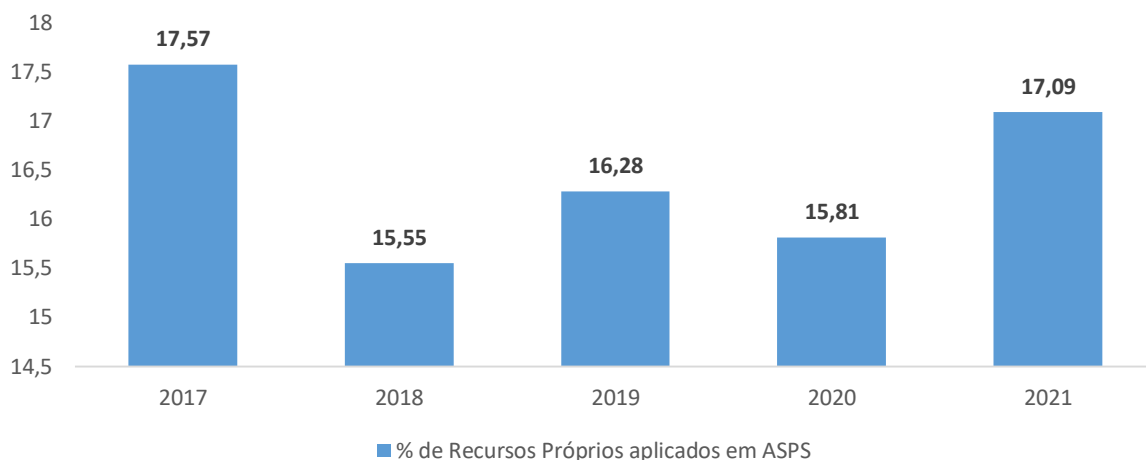
3. Estabelecer o reconhecimento das mesas de negociações como espaços democráticos para equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho.

## **5. SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA**

O financiamento do SUS é realizado através do aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), executado pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme determina § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

A operacionalização dessas ações tem seu amparo na Lei Complementar nº 141/2012, onde preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos fundos de saúde, que são unidades orçamentárias e gestoras da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. O aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS - LC 141/2012), de no mínimo 15% da Receita Líquida de Impostos e Transferências (RLIT), e conforme gráfico abaixo o município cumpre com o mínimo constitucional, e em alguns anos ultrapassou o percentual aplicado em saúde.

**Gráfico 15 - Série Histórica do Percentual aplicado Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Propriá, 2017 a 2021**



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

#### Quadro 5 – Indicadores Financeiros 2021

	Indicador	Transmissão Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	8,99 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	90,09 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	16,69 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	95,47 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	26,26 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	61,54 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 669,03
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	65,93 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,70 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	17,24 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,11 %
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	0,00 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	58,02 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	17,09%

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) - 2021

## **Mudanças no Financiamento**

A partir da edição da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, o financiamento e as transferências dos recursos federais sofreram profundas alterações, com uma nova divisão dos blocos de financiamento: Bloco de Custeio das ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, posteriormente alterados pela Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020, para Manutenção e Estruturação, a fim de evitar confusão entre a nomenclatura dos blocos e as categorias econômicas da despesa. No entanto, independente da vinculação e a destinação dada aos recursos, o município permanece com a obrigação de cumprir os objetivos e compromissos estabelecidos nos atos normativos que determinam os repasses. Assim, para prestar contas dos recursos recebidos, o município deve apresentar em seu relatório de gestão e nos demais instrumentos de prestação de contas e transparência o atingimento dos objetivos pactuados.

Também houve modificação do financiamento federal da atenção básica através do Programa Previne Brasil. O repasse de recursos passa a ser vinculado ao atingimento de metas e objetivos como, por exemplo, o cadastramento de usuários, ou a programas estratégicos, como as unidades de saúde com horário estendido (Saúde na Hora).

Outra forma do município adquirir recursos é através de Emendas Parlamentares que são recursos oriundos do orçamento público legalmente indicados pelos membros do Congresso Nacional, da Assembleia Legislativa e Câmara Municipal. O desafio para os próximos anos está em consolidar e ampliar a captação de recursos financeiros junto aos parlamentares federais, estaduais e municipais.

## **6. GESTÃO EM SAÚDE**

Gestão é definida como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”. Assim, as três esferas de governo, devem 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 e promover a articulação de políticas de saúde. Na SMS, a gestão compreende as funções de planejamento, monitoramento, avaliação, jurídica, contratualização, auditoria e controle, ouvidoria e a participação e o controle social.

### **6.1. Planejamento em Saúde**

O planejamento no âmbito do SUS tem como pressuposto a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990), o Decreto nº 7.508 de 2010, a Lei Complementar nº 141 de 2021 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135 de 2013. Envolve a atuação integrada dos três entes federativos (União, Estados e Municípios) de forma que a ação governamental efetive a organização do trabalho, por meio da definição de papéis e de responsabilidades na alocação de recursos (humanos, físicos, tecnológicos e financeiros). O processo de planejamento integrado de governo inclui o Plano de Governo, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual e o Plano de Saúde.

O planejamento no SUS pressupõe os seguintes princípios:

- ✓ O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
- ✓ O planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral
- ✓ O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões Intergestores regionais, bipartite e tripartite
- ✓ O planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS
- ✓ O planejamento deve ser ascendente e integrado
- ✓ O planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
- ✓ O planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

A implementação de políticas de saúde exige definição da forma pela qual se darão as conexões entre a formulação de diretrizes políticas e sua operacionalização nos serviços de saúde. Os instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de

planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS e são regidos por prazos e formatos que exigem o trabalho de compatibilização entre ambos.

## **6.2. Judicialização**

A Judicialização da saúde é entendida como o fenômeno das ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde (SUS) que demandam o fornecimento de tratamentos em saúde com base no direito constitucional. O acesso à justiça para fins de resguardo do direito à Saúde é legítimo e democrático, e tem sido, para muitos indivíduos e grupos, uma alternativa mais viável e efetiva do que os mecanismos atuais de participação social. Em atenção à temática, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta grande volume de demandas, tipologia e meios pelos quais as consultas e processos chegam.

Tal conjuntura traz problemas ao planejamento da Gestão Pública, pois quando da elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), não há conhecimento acerca das ações judiciais em tramitação ou que tramitarão em matéria de saúde pública, de modo a se inviabilizar um exato dimensionamento do montante a ser gasto pelo ente.

Faz-se necessário instituir critérios de controle e sistematização para quantificação dos gastos e mapeamento dos processos judiciais para que possam ser traçadas estratégias de racionalização, melhorando o planejamento e a gestão dos recursos, ampliando a comunicação pública sobre o funcionamento e oferta de serviços de saúde no município.

Apesar do crescente número de demandas, o embasamento em todos estes procedimentos técnicos e na Saúde Baseada em Evidências vem cada vez mais ganhando espaço, e sendo reconhecido inclusive por tribunais, que passaram a considerar os pontos de vistas científicos da incorporação de tratamentos e tecnologias pelo SUS e da concessão de Registros pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

## **6.3. Auditoria**

A auditoria do SUS foi estabelecida por meio do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, instituída pela Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, e regulamentada pelo Decreto

no 1.651, de 28 de setembro de 1995. É um instrumento de governança que tem a finalidade de contribuir com a garantia do acesso oportuno e da qualidade nas ações e serviços de saúde oferecidos aos cidadãos.

Dentre as competências a serem desenvolvidas pela Auditoria estão:

- ✓ Auditar as ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde;
- ✓ Auditar os serviços de saúde sob gestão municipal, sejam públicos, contratados ou conveniados;
- ✓ Auditar denúncias feitas por demais órgãos de controle (Ministério Público, Defensoria Pública, Ouvidoria, Conselho Municipal de Saúde, etc.);
- ✓ Auditar contas bloqueadas pelos Sistemas do Ministério da Saúde;
- ✓ Emitir recomendações de ajustes de não conformidades aos prestadores de serviço e também aos setores da Secretaria de Saúde, buscando a melhoria na execução dos contratos e consequente controle do desperdício do recurso público, colaborando também para a transparência e credibilidade da gestão;
- ✓ Bloquear pagamentos de valores por serviços não executados pelos prestadores de serviço.

#### **6.4. Ouvidoria**

As ouvidoria do SUS possuem fundamentação jurídica na Constituição Federal, artigos nº 37 e nº 198 (BRASIL, 1988), e na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), e em legislações que estão inseridas nas diversas políticas que vêm aprimorando o SUS (Pacto pela Saúde, ParticipaSUS, HumanizaSUS) bem como na Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017), que dispõe sobre o participação, proteção e defesa dos direitos dos Usuários de Serviços Públicos; e a Lei nº 13.709/2018 (BRASIL, 2018), que ordena a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A Ouvidoria da Saúde é uma unidade administrativa prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), existente nas três esferas de governo, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente. Seu principal objetivo é garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social. E a função de intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os diversos serviços que compõem a Rede de

Saúde, desenvolvendo a qualificação da comunicação entre eles, formando laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania.

A Ouvidoria, instrumento de fortalecimento do sistema, possibilita o exercício da cidadania em saúde, além de contribuir com o gestor na tomada de decisões e qualificar as ações e oferta de serviços mediante as informações e dados obtidos das demandas da população.

### **6.5. Participação e Controle Social**

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da Política Pública de Saúde, atuando na formulação de estratégias para o planejamento e execução, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os Conselhos de Saúde têm papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Assim, devem ter assegurada a estrutura e capacidade operacionais adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Propriá foi instituído através da Lei nº 13 de 15 de dezembro de 1996. Com formação paritária, é composto por 8 membros que durante o mandato irão acompanhar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do sus municipal e contribuir na formulação das políticas municipal e estadual através das conferencias de saúde. Possuem Regimento Interno que direciona o funcionamento do CMS, bem como as atividades e atribuições dos conselheiros. As deliberações do conselho são homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde e são submetidos para análise e aprovação do colegiado todos os projetos e instrumentos de gestão (PMS, PAS, RDQA e RAG).

## **7. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

As diretrizes de saúde estabelecidas expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de políticas que se concretizam nos objetivos.

Os objetivos expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações no território, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada.

As metas expressam um compromisso para alcançar objetivos.

No propósito de fortalecer o SUS municipal, com o aperfeiçoamento do atendimento da rede de atenção, efetivação da promoção e à prevenção da saúde, bem como a adoção de estratégias e ações direcionadas ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população atendida, a gestão da SMS elaborou o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 assumindo o compromisso em contribuir com a melhoria das condições de saúde e promoção da qualidade de vida dos propriaenses.

## Relação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde 2022-2025

<b>DIRETRIZ Nº 1 - Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde de maneira integrada com os demais níveis de Atenção à Saúde</b>									
<b>OBJETIVO Nº 1.1 - Ampliar a cobertura da Atenção Primária à Saúde no município</b>									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
1.1.1	Remapeamento de 100% do território através dos cadastrados das equipes da Atenção Primária a Saúde	Percentual de Remapeamento realizado	100	90 (2021)	%	-	100	-	-
1.1.2	Implantar o Programa Saúde na Hora (Funcionamento com horário ampliado)	Número de Unidades Básicas de Saúde com o Programa Saúde na Hora implantado	1	0 (2021)	Número	-	-	01	-
1.1.3.	Atingir 95% de cobertura da Atenção Primária	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	95	92,81 (2021)	%	93	94	95	95
1.1.4	Ampliar para 95% a cobertura da Saúde Bucal	Cobertura Equipe de Saúde Bucal	95	92,95 (2021)	%	93	94	95	95
1.1.5	Implantar o “Programa Fazendo Saúde na Feira” – ações de prevenção e promoção à saúde para atendimentos de suporte básico de vida	Número de programa prevenção e promoção à saúde implantado	1	0 (2021)	Número	-	1	-	-
1.1.6	Implantar e manter o “Programa PlanificaSus Propriá” em 4 Unidade Saúde da Família (USF)	Número de USF com PlanificaSus Implantado	04	0 (2021)	Número	-	-	02	02
1.1.7	Criar o Odontomóvel para ampliar o atendimento nos povoados	Número de Unidade Móvel de Odontologia funcionando	80	0 (2021)	Número	-	-	01	-
<b>OBJETIVO Nº 1.2 – Garantir e ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Primária</b>									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
1.2.1.	Realizar de mais de 6 consultas de pré-natal em 70% das gestantes, com a primeira consulta até a 12ª semana de gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	70	48 (2022 Q1)	%	55%	60%	65%	70%

1.2.2	Aumentar em 5% ao ano, o número de testes para diagnóstico do HIV na população em geral nos equipamentos municipais de saúde	Número de testes realizados para o diagnóstico do HIV em relação ao ano anterior	617	508 (2020)	Número	533	560	588	617
1.2.3.	Ofertar testes rápidos de sífilis e HIV na Rede Assistencial de Saúde a 100% das gestantes	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100	78 (2022 Q1)	%	80%	85%	90%	100%
1.2.4.	Ampliar para 70% a coleta de citopatológico na APS	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	70	30 (2022 Q1)	%	46	50	60	70
1.2.5.	Ampliar para 0,35 a razão da mamografia realizada em mulheres de 50 a 69 anos de idade	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,35	0,06 (2021)	Razão	0,20	0,25	0,30	0,35
1.2.6.	Realizar acompanhamento das condicionalidades da saúde em 85% dos beneficiários do Programa Bolsa Família	Proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família em acompanhamento das condicionalidades da saúde.	85	81,19 (2021)	%	85%	85%	85%	85%
1.2.7.	Realizar as ações de saúde nas temáticas do PSE em 90% das escolas cadastradas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e da Educação.	Proporção de escolas atendidas pelo PSE	100	50 (2021)	%	90%	90%	90%	90%
1.2.8	Atingir 80% da proporção de gestantes em atendimento de pré-natal na Atenção Básica com atendimento odontológico realizado	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado em relação ao previsto	80	79 (2022 Q1)	%	80%	80%	80%	80%
1.2.9	Atingir 100% das unidades de saúde com acesso à informatização	Percentual de Unidades de Saúde com acesso à informatização	100	20 (2021)	%	-	25%	25%	30%
1.2.10	Adquirir 100% de equipamentos e materiais permanentes necessários para os estabelecimentos da Atenção Primária em Saúde	Percentual de equipamentos adquiridos	100	0 (2021)	%	-	60%	20%	20%

<b>DIRETRIZ Nº 2 - Aprimoramento do acesso a assistência especializada e hospitalar por de ações média e alta complexidade integradas</b>									
<b>OBJETIVO Nº 2.1 - Garantir a eficiência, eficácia e integralidade da atenção especializada</b>									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
2.1.1	Ampliar em 8% a média de consultas especializadas na Rede de Atenção à Saúde	Média de consultas realizados na atenção especializada em relação ao ano anterior	316	292 (2021)	Número	297	303	309	316
2.1.2	Adquirir 100% dos equipamentos necessários para a Atenção Especializada	Percentual de equipamentos adquiridos	100	0 (2021)	%	-	80	20	-
2.1.3	Adquirir 100% de insumos e materiais necessários para a Atenção Especializada	Percentual de Insumos adquiridos	100	0 (2021)	%	-	80	20	-
<b>OBJETIVO Nº 2.2 - Implantar e garantir o funcionamento do CER III</b>									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
2.2.1	Solicitação de habilitação do serviço CER III no SAIPS	Solicitação protocolada no SAIPS	1	0 (2021)	Número	-	1	-	-
2.2.2	Realizar avaliação em 100% da estrutura do CER III	Avaliação estrutural realizada	100	0 (2021)	%	-	-	100	-
2.2.3	Elaborar os fluxos de acesso ao CER III	Fluxo de acesso elaborado e apresentado no CIR e APS do município	1	0 (2021)	Número	-	1	-	-
2.2.4	Elaborar os protocolos para atendimentos das deficiências auditiva, física e intelectual	Protocolo elaborado e discutido com áreas técnicas	3	0 (2021)	Número	-	3	-	-
2.2.5	Inauguração do CER III	CER III inaugurado	1	0 (2021)	Número	-	-	1	-
2.2.6	Garantir o funcionamento de 100% do serviço com RH, materiais e equipamentos necessários	Serviço Especializado em Reabilitação – CER III em funcionamento	100	0 (2021)	%	-	-	80	20
2.2.7	Implantar Serviço de órteses e próteses	Serviço de órteses e próteses implantado	1	0 (2021)	Número	-	-	-	1



OBJETIVO Nº 2.3 – Implantar e garantir o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
2.3.1	Solicitar Habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar no Sistema de Apoio à Implantação de Políticas de Saúde (SAIPS)	Solicitação realizada no SAIPS	1	0 (2021)	Número	1	-	-	-
2.3.2	Realizar diagnóstico de demanda para o SAD considerando distribuição territorial e a necessidade de cuidado	Diagnóstico situacional das demandas para SAD realizado	1	0 (2021)	Número	-	01	-	-
2.3.3	Implantar uma (01) Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)	Equipe EMAD implantada	1	0 (2021)	Número	-	-	01	-
2.3.4	Implantar uma (01) Equipe multiprofissional de Apoio (EMAP)	Equipe EMAP implantada	1	0 (2021)	Número	-	-	01	-
2.3.5	Elaboração do protocolo de acesso ao SAD com definição da atuação compartilhada APS/SAD	Protocolo de acesso ao SAD elaborado	1	0 (2021)	Número	-	-	01	-
2.3.6	Elaboração de Protocolo Assistencial para atuação no SAD	Protocolo Assistencial do SAD elaborado	1	0 (2021)	Número	-	-	01	-
2.3.7	Garantir 100% da estrutura adequada para o funcionamento do SAD (insumos, equipamentos, medicamentos, infraestrutura)	Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em funcionamento	100	0 (2021)	%	-	-	100	100
OBJETIVO Nº 2.4 – Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
2.4.1	Captação de Recursos para Construção do Centro de Atenção Psicossocial Municipal – CAPS I	Recurso adquirido	1	0 (2021)	Número	-	1	-	-
2.4.2.	Construção de sede própria para o CAPS	Percentual da obra concluída	100	0 (2021)	%			50	50

2.4.3	Aumentar em 10% o número de ações de Matriciamento ampliando a resolutividade das equipes de atenção primária em saúde mental	Número de ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	42	29 (2020)	Número absoluto	32	35	38	42
2.4.4	Implantar 01 equipe multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) tipo 1	Número de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I implantada	01	0 (2021)	Número absoluto	-	-	1	-
2.4.5	Realizar 2 (duas) ações de educação e prevenção em saúde mental por semestre em parceria com secretaria de educação	Número de ações de educação e prevenção em saúde mental realizadas	16	0 (2021)	Número absoluto	04	04	04	04

### DIRETRIZ Nº 3 – Promoção e Aprimoramento das ações de Vigilância em Saúde

**OBJETIVO Nº 3.1** - Desenvolver ações no âmbito da Vigilância em Saúde para reduzir os riscos e agravos à saúde da população a fim de melhorar na condição de saúde e no aumento da expectativa de vida.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidad e Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
3.1.1	Notificar as violências interpessoal e autoprovocadas com 100% dos os campos com informações válidas	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocadas com informações válidas.	100	65 (2021)	%	100	100	100	100
3.1.2	Preencher 100% as notificações relacionadas a saúde do trabalhador com campos “Ocupação” e “Atividade Econômica (CNAE)” com informações válidas.	Proporção de preenchimento dos campos “Ocupação” e “Atividade Econômica (CNAE)” nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena	100	87,5 (2020)	%	100	100	100	100
3.1.3	Atingir até 2024 a cobertura vacinal preconizada (95%) para as quatro vacinas selecionadas para crianças menores de dois anos de idade: pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose)	Cobertura vacinal em menores de dois anos nas vacinas pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose)	95	0 (2021)	%	85	90	95	95

3.1.4	Reduzir anualmente a mortalidade infantil	Número de óbitos até 1 ano de idade	2	5 (2021)	Número	4	3	2	2
3.1.5	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis a < 40 óbitos	Número de óbito por DNCT na faixa etária de 30 a 69 anos	30	36 (2021)	Número	36	36	30	30
3.1.6	Alcançar 95% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95	88,19 (2021)	%	90	92	93	95
3.1.7	Alcançar 90% a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	90	20 (2021)	%	50	60	80	90
3.1.8	Reduzir número de casos novos de Tuberculose	Número de casos novos de tuberculose	07	11 (2020)	Número	10	09	08	07
3.1.9	Ampliar em 10% a oferta de teste rápido para detecção de HIV, Sífilis, Hepatites B e C na população em geral (exceto gestante)	Número de teste rápido para detecção de HIV, Sífilis, Hepatites B e C realizados em relação ao ano anterior	3.227	2.425 (2020)	Número	2.425	2.667	2.934	3.227
3.1.10	Realizar no mínimo 4 ações “CTA Itinerante” para Diagnóstico Precoce através dos testes-rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C.	Número de “CTA Itinerante” realizado	16	4 (2021)	Número	4	4	4	4
3.1.11	Realizar seis (06) LIRAs como ação de prevenção, controle e monitoramento do Aedes aegypti	Número de LIRAs realizados	6	3 (2021)	Número	6	6	6	6
3.1.12	Ampliar para 90 % a proporção dos casos de Febre de Chikungunya confirmados ou descartados por critério laboratorial	Proporção dos casos de Febre de Chikungunya confirmados ou descartados por critério laboratorial.	90	87,5 (2021)	%	90	90	90	90
3.1.13	Realizar 01 Campanha Antirrábica	Número de campanha realizada	01	1 (2021)	Número	01	01	01	01

**OBJETIVO Nº 3.2 – Fortalecer as ações de Vigilância Sanitária e Ambiental**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidad e Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
3.2.1	Monitorar 100% a qualidade da água para consumo humano através de coletas das amostras nos diversos pontos da cidade Proporção de análises realizadas em amostras de	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros Coliformes Totais	100	100 (2021)	%	100	100	100	100

	água para consumo humano quanto aos parâmetros Coliformes Totais (PCT), Turbidez (PT) e Cloro Residual Livre (PCRL)	(PCT), Turbidez (PT) e Cloro Residual Livre (PCRL)							
3.2.2	Monitorar em 100% a situação sanitária das Unidades Básicas de Saúde do município pelo menos 01 vez ao ano	Proporção de Unidades Básicas de Saúde inspecionadas pela vigilância sanitária	100	0 (2021)	%	100	100	100	100
3.2.3	Apurar 90% das denúncias recebidas pela VISA num prazo de 15 dias	Proporção de denúncias apuradas pela Vigilância Sanitária num prazo máximo de 15 dias	90	83,3 (2021)	%	90	90	90	90

#### DIRETRIZ Nº 4 – Garantir a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

**OBJETIVO Nº 4.1** - Fortalecer o controle social na saúde por meio da participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS na formulação e fiscalização da política de saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
4.1.1	Disponibilizar 1 capacitação anual para conselheiros e secretários executivos ao longo da gestão	Número de capacitações realizadas	3	0 (2021)	Número	-	1	1	1
4.1.2	Realizar reuniões ordinárias mensais do Conselho Municipal de Saúde com garantia de infraestrutura e logística adequada (transporte, alimentação)	Reuniões ordinárias mensais realizadas	12	12 (2021)	Número	12	12	12	12
4.1.3	Adquirir, quando necessário, equipamentos para qualificar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (Datashow, caixa de som, microfone sem fio, gravador, tela de projeção)	Percentual de Equipamentos adquiridos	100%	0 (2021)	Número	-	-	100%	-
4.1.4	Realizar a VII Conferência Municipal de Saúde	Conferência Municipal de Saúde realizada	1	1 (2019)	Número	-	1	-	-
4.1.5	Realizar Eleição do Conselho Municipal de Saúde	Eleição realizada	1	1 (2019)	Número	-	1	-	-

<b>OBJETIVO Nº 4.2 - Promover canais de interlocução e comunicação da sociedade na gestão do SUS municipal</b>									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
4.2.1	Implantar Ouvidoria do SUS	Número de ouvidoria Implantada	1	0 (2021)	Número	-	-	1	-

**DIRETRIZ Nº 5 - Qualificação da assistência farmacêutica, gestão da logística de aquisição, armazenamento e distribuição de insumos para a saúde**

**OBJETIVO Nº 5.1 - Melhorar o acesso da população na Rede de Assistência Farmacêutica**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
5.1.1	Garantir o abastecimento de 95% dos medicamentos e insumos da Atenção Primária à Saúde	Percentual de medicamentos e insumos da APS adquiridos	95	90 (2021)	%	95	95	95	95
5.1.2	Garantir o abastecimento de 95% dos medicamentos e insumos da Atenção Especializada	Percentual de medicamentos e insumos da AE adquiridos	95	90 (2021)	%	95	95	95	95
5.1.3	Garantir o abastecimento de 95% dos medicamentos e insumos da Atenção Psicossocial (CAPS)	Percentual de medicamentos e insumos do CAPS adquiridos	95	90 (2021)	%	95	95	95	95
5.1.4	Manter em funcionamento o sistema Hórus 100% das unidades dispensadoras	Proporção de unidade dispensadora com sistema Hórus ativo	100	100 (2021)	%	100	100	100	100
5.1.5	Produzir 2 relatórios gerenciais de gestão de medicamentos por semestre considerando as funcionalidades do sistema	Número de relatórios gerenciais produzidos	2	1 (2021)	Número	2	2	2	2
5.1.6	Manutenção do Consórcio Intermunicipal para aquisição de medicamentos e insumos para atendimento a 100% da Rede Municipal de Saúde	Número de consórcio intermunicipal ativo	1	1 (2021)	Número	1	1	1	1

**DIRETRIZ Nº 6 – Qualificação da Política de Educação Permanente em Saúde Municipal****OBJETIVO Nº 6.1 - Promover a Educação Permanente para os servidores da Rede de Atenção à Saúde a fim de qualificar a assistência aos usuários nos serviços de saúde do SUS, proporcionando a valorização e aperfeiçoamento contínuo dos profissionais**

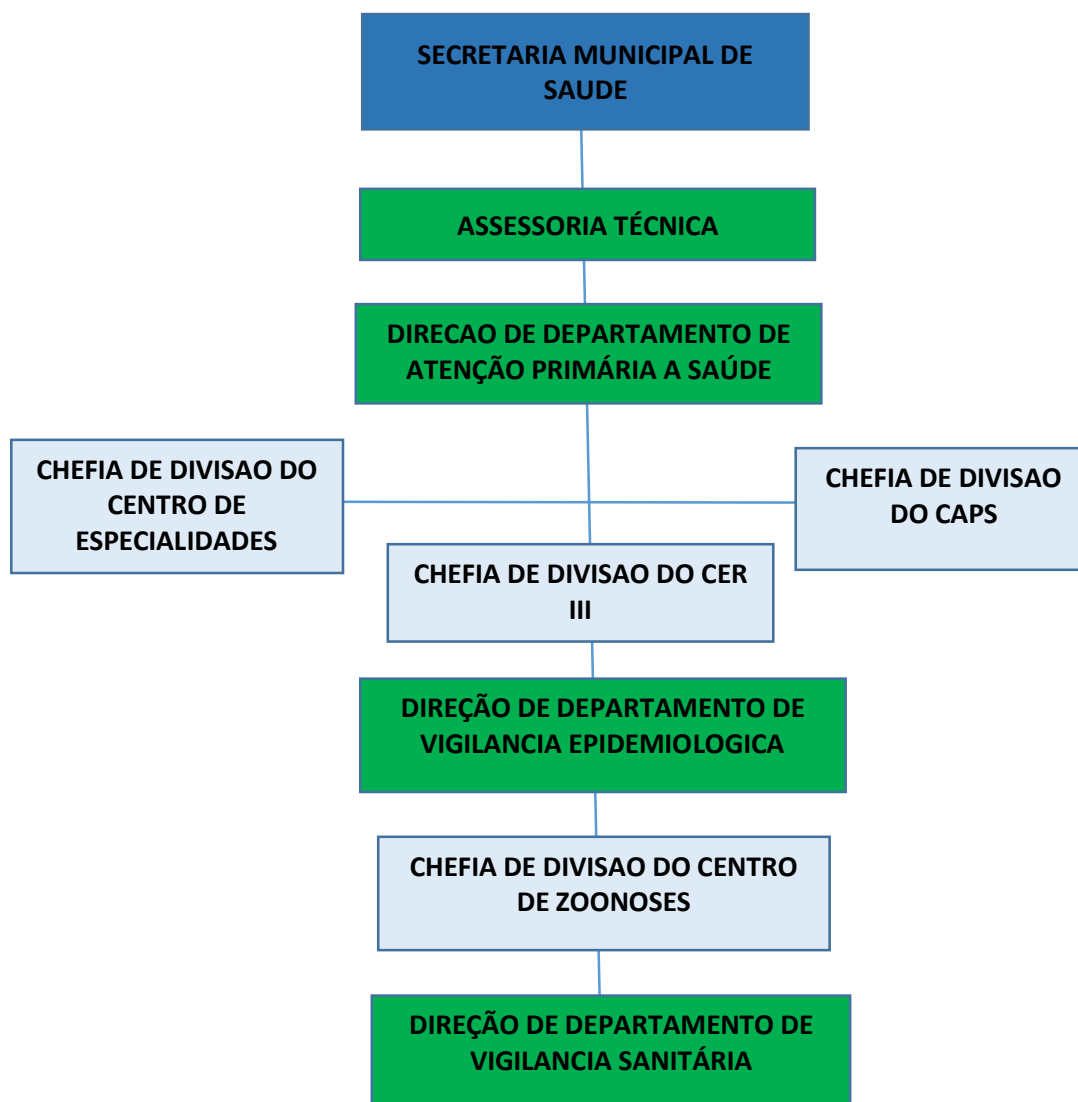
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
6.1.1	Realizar uma (01) capacitação e qualificação de profissionais da APS para atenção integral à mulher durante o seu ciclo reprodutivo, climatério e menopausa;	Número de capacitações sobre Atenção Integral a mulher durante o ciclo reprodutivo, climatério e menopausa realizadas	01	0 (2021)	Número	-	-	1	-
6.1.2	Qualificar 100% as Equipes da APS para o cuidado em saúde mental.	Proporção de equipes da APS capacitadas sobre o cuidado em saúde mental	100	25 (2021)	Número	10	30	30	30
6.1.3	Realizar reuniões semestral com gestores e profissionais da APS para discussão do cenário epidemiológico e indicadores de saúde.	Número de reuniões realizadas entre gestores e profissionais da APS para discussão do cenário epidemiológico e indicadores de saúde.	09	0 (2021)	Número	-	3	3	3
6.1.4	Realizar (01) Seminário de Capacitação e sensibilização dos profissionais da Atenção primária para importância da notificação dos agravos e preenchimento correto dos dados, importância do monitoramento / investigação do perfil da mortalidade	Número de seminário de sensibilização com profissionais da APS realizado	01	0 (2021)	Número	-	1	-	-
6.1.5	Realizar uma (01) Capacitação dos profissionais da APS através de Roda de Discussão para melhoria do cuidado Materno Infantil	Número de capacitação sobre linha do cuidado Materno Infantil realizada	02	0 (2021)	Número	-	-	1	-
6.1.6	Realizar uma (01) Capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros em manejo clínico da Tuberculose	Número de capacitação realizada	01	0 (2021)	Número	-	1	-	-
6.1.7	Capacitar médicos e enfermeiros da Atenção Primária em PCDT e Manejo Clínico das IST/HIV/Aids	Número de capacitação realizada	01	0 (2021)	Número	-	1	-	-

<b>DIRETRIZ Nº 7 – Fortalecimento da Gestão do SUS</b>									
<b>OBJETIVO Nº 7.1 - Garantir financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde.</b>									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
7.1.1	Aplicar, anualmente, no mínimo 15% (quinze por cento) em Ações e Serviços Públicos de Saúde da arrecadação dos impostos a que se refere a Constituição Federal	Percentual aplicado em ações e serviços público de saúde	15	17,09 (2021)	%	15	15	15	15
<b>OBJETIVO Nº 7.2 - Ampliar e qualificar os serviços de saúde, garantindo ambiência adequada e acessibilidade aos usuários e profissionais de saúde, a fim de contribuir para a resolutividade e efetividade da atenção à saúde</b>									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano (2022-2025)	Valor de base e ano	Unidade Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
7.2.1	Realizar diagnóstico da estrutura física, elétrica e hidráulica de todos os estabelecimentos de saúde	Proporção de estabelecimentos de saúde com diagnóstico estrutural realizado	100	0 (2021)	%	50	50	-	-
7.2.2	Construção 02 (duas) Unidades Básicas de Saúde	Obra construída	2	0 (2021)	Número	-	-	1	1
7.2.3	Reformar os estabelecimentos de saúde conforme a necessidade detectada no diagnóstico estrutural	Percentual de estabelecimentos de saúde reformados	100	2 (2020)	%	-	50	50	-
7.2.4.	Reforma do Centro de Especialidades Médica	Unidade Reformada	1	0 (2021)	Número	-	1	-	-

# **ANEXOS**



## ORGANOGRAMA



## **PROPOSTAS APROVADAS NA VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ÂMBITO MUNICIPAL**

### **EIXO I: SAÚDE COMO DIREITO**

- ✓ Garantir a contratação de médico para a unidade básica de saúde José Renato Viera Brandão.
- ✓ Agilização nas marcações de exames do povoado São Miguel.
- ✓ Garantir saneamento básico nos povoados.

### **EIXO II: Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)**

- ✓ Garantir 1 profissional de farmácia a cada UBS no município.
- ✓ Realizar um estudo epidemiológico local.
- ✓ Ampliar o número de equipamentos para qualificar o atendimento em Saúde Bucal no município.
- ✓ Ampliar as equipes de Saúde Bucal no município.
- ✓ Adquirir aparelhos de RX para o Programa de Saúde Bucal no município.
- ✓ Adequar as estruturas físicas do CAPS no município.
- ✓ Implantar a informatização dos programas do município.
- ✓ Ampliar a quantidade de veículos para a rede de saúde no município.
- ✓ Garantir o piso salarial e insalubridade a todos os profissionais da saúde do município de Propriá.

### **EIXO III: Financiamento adequado e suficiente para o SUS**

- ✓ Implantação de bicicletas para os agentes de endemias.
- ✓ Equiparação de carga horária dos agentes de saúde e de endemias.
- ✓ Interação do gestor com os profissionais,
- ✓ Equiparação do salário aos servidores ao agente de endemias.
- ✓ Reativação do serviço de feridas crônicas.