
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 - 2025



MARICÁ
2021

PREFEITO

FABIANO TAQUES HORTA

VICE-PREFEITO

DIOGO ZEIDAN

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLANGE REGINA DE OLIVEIRA

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE

CLAUDIA

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESIDENTE – LUSMAR DE MORAES

ABREVIações

ATAN – Área Técnica de Alimentação e Nutrição
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEREST METRO II.2 – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana II.2
CLINASTT – Clínica de Acolhimento em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA – Lei Orçamentária Anual
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CAPSI – Núcleo de Atenção Psicossocial Infantil
NUSSEMM – Núcleo de Saúde do Servidor Municipal de Maricá
PASI – Programa de Atenção à Saúde do Idoso
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISCA – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PMCD – Programa Municipal de Combate à Dengue
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada e Integrada
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificações
SINASC – Sistema de Informação Nacional sobre Nascidos Vivos

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

VIAMB – Vigilância Ambiental

VISATT – Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	05
2. INTRODUÇÃO.....	06
3. ANÁLISE SITUACIONAL.....	08
3.1 Perfil Demográfico e Socioeconômico.....	08
3.1.1 Perfil demográfico.....	08
3.1.2 Perfil socioeconômico.....	15
3.2 Perfil Epidemiológico.....	16
3.2.1 Natalidade.....	16
3.2.2 Morbidade.....	23
3.2.3 Mortalidade.....	27
3.2.3.1 Mortalidade Materna.....	32
3.2.3.2 Mortalidade Infantil.....	35
3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	37
3.4 CORONAVÍRUS (COVID-19).....	46
4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	48
4.1 Atenção Primária à Saúde.....	49
4.2 Políticas e Programas que Compõem as Linhas de Cuidado.....	49
4.3 Rede de Atenção Psicossocial.....	53
4.4 Atenção Ambulatorial Especializada.....	53
4.5 Assistência Hospitalar.....	54
4.6 Rede de Urgência e Emergência.....	54
4.7 Assistência Farmacêutica.....	54
5. GESTÃO EM SAÚDE.....	54
5.1 Planejamento em Saúde.....	55
5.2 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	55
5.3 Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Controle Social.....	57
5.4 Financiamento em saúde e Planejamento Orçamentário.....	58
5.5 Ouvidoria.....	61
5.4 Judicialização em Saúde.....	61
6. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	62
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	64
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 é o instrumento do planejamento em saúde que norteia a gestão do SUS local. Nele são definidas as diretrizes, objetivos e metas para gestão da política de saúde, a partir da análise e diagnóstico dos perfis demográfico, epidemiológico, sanitário e socioeconômico municipais.

Este instrumento de planejamento expressa o compromisso da gestão na implementação da política pública de saúde que garantirá o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal mediante o cumprimento dos princípios básicos da universalidade, da equidade e integralidade, e, conseqüentemente favorecendo a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população maricaense.

O PMS 2022-2025 norteia todas as ações para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal sendo o alicerce de toda programação em saúde prevista para os próximos 04 anos e subsidia o acompanhamento, a execução e a avaliação das ações em saúde em todos os seus níveis de Atenção, de modo a garantir a integridade dessa atenção, seja por parte dos gestores em saúde, conselheiros de saúde e toda sociedade civil. Ele é a base para o desenvolvimento e o acompanhamento dos Instrumentos de Gestão e ele irá orientar a elaboração das Programações Anuais de Saúde (PAS), que por sua vez são monitoradas e avaliadas pelos Relatórios Detalhados Quadrimestrais Anteriores (RDQA) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Além disso, o Plano Municipal de Saúde expressa as metas previstas no Plano Plurianual (PPA) e no Plano de Governo. As Programações Anuais de Saúde têm sua execução baseada na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA).

Dentre as estratégias presentes no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 destacamos o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), por esta ser a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e ordenadora da Rede de Atenção, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, que funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços das redes de saúde, do mais simples ao mais complexo.

Destacamos também a importância do aperfeiçoamento e melhorias na Rede da Atenção Especializada à Saúde, pautada pelo controle da qualidade e avaliação dos serviços especializados disponibilizados na assistência, bem como buscar desenvolver mecanismos inovadores que fortaleçam a organização do sistema dos serviços para o estabelecimento, de padrões técnicos no atendimento à população.

2. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é a expressão da responsabilidade municipal com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas, na medida em que a escolha entre problemas e alternativas de ação é sempre um processo que envolve princípios e valores éticos, morais, culturais. Consiste na avaliação técnica, porquanto se baseia na utilização de diversas informações, conhecimento e tecnologias que permitem a identificação, descrição e análise dos problemas, que subsidiam a escolha de alternativas de ação frente a estes problemas, que inclui o balanço entre os recursos disponíveis e os recursos necessários para a execução das ações e atividades previstas.

A elaboração deste Plano foi organizada de forma participativa, envolvendo os diversos atores sociais responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde da população, isto é, os dirigentes e técnicos do nível administrativo da gestão municipal, os profissionais e trabalhadores de saúde e os representantes dos diversos grupos da população, tomando como subsídio privilegiado as proposições das Pré-Conferências Municipais e as percepções e demandas advindas do Conselho Municipal de Saúde, definidos em consonância com os princípios e diretrizes adotadas na legislação básica e normas complementares do SUS.

A ação conjunta dos elaboradores no processo de construção do Plano Municipal de Saúde, permitiu o levantamento e análise das informações disponíveis acerca da situação de saúde do município, isto é, de análise de problemas e oportunidades de ação, subsidiando a escolha entre propostas alternativas de organização e operacionalização de ações e serviços de saúde.

Este Plano deve atender as necessidades de organização da Rede de Atenção à Saúde e as logísticas e estratégias de estruturação e desenvolvimento institucional para responder por um período de 2022 a 2025.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 PERFIS DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

3.1.1 Perfil Demográfico

O município de Maricá está localizado no Estado do Rio de Janeiro, e situado na região metropolitana II, distante 50 quilômetros da capital Rio de Janeiro. Sua localização reservou ao município condição também periférica em relação à Região dos Lagos, ainda que tradicionalmente tenha se caracterizado como cidade de veraneio. Nos últimos anos, por conta de seu litoral voltado para a Bacia de Santos, Maricá assumiu posição estratégica na economia do petróleo, com a exploração do Pré-Sal, o que ampliou sua visibilidade no cenário socioeconômico regional. Com área total de 361,6km², Maricá faz divisa com Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Saquarema. Seu território abrange grande biodiversidade, incluindo maciços costeiros e vasto sistema lagunar, que correspondem a cerca de 36% de seu território, além de cerca de 42km de orla marítima, possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE no ano de 2021 de 167.668 habitantes, resultando em uma densidade populacional de 351,55 Hab/Km. As vias de acesso são caracterizadas por Rodovias de alta densidade de veículos (RJ 102, RJ 106, RJ 114, e RJ 116).

Maricá apresenta uma grande área urbana de ocupação rarefeita formada por 04 distritos e bairros, abaixo mapa em que caracteriza a divisão geográfica do município.



Cada um dos distritos, também se dividem em subdistritos, equivalentes a uma divisão em bairros:

- 1º Distrito de Maricá (sede) tem aproximadamente 57.984 residentes (IBGE, 2010) e divide-se em vinte e dois bairros, sendo estes: Centro, Flamengo, Mumbuca, Itapeba, Parque Nanuque, Ponta Grossa, São José de Imbassaí, Barra de Maricá, Restinga de Maricá, Zacarias, Retiro, Camburi, Caxito, Ubatiba, Araçatiba, Jacaroá, Marquês de Maricá, Condado de Maricá, Lagarto, Pilar, Pindobas e Silvado.
- 2º Distrito de Ponta Negra tem aproximadamente 12.157 residentes (IBGE,2010) e divide-se em doze bairros: Manoel Ribeiro, Pindobal, Jardim Interlagos, Guaratiba, Balneário Bamburá, Cordeirinho, Ponta Negra, Bananal, Espraiado, Jaconé, Caju e Vale da Figueira.
- 3º Distrito de Inoã tem aproximadamente 9.018 residentes (IBGE,2010), e divide-se em seis bairros: Cassorotiba, Chácara de Inoã, Inoã, Calaboca, Santa Paula e Spar.
- 4º Distrito de Itaipuaçu tem aproximadamente 36.890 residentes (IBGE,2010), e divide-se em dez bairros: Recanto de Itaipuaçu, Praia de Itaipuaçu, Jardim Atlântico Oeste, Jardim Atlântico Central, Jardim Atlântico Leste, Cajueiros, Barroco, Rincão Mimoso, Itaocaia Valley e Morada das Águias.

Compõe a Região de Saúde Metropolitana II – Comissão Intergestores Regional - CIR/Metropolitana II, junto a seis municípios. A Região é composta pelos municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. A sede da CIR/Metropolitana II, encontra-se no município de Niterói.



Tabela 1. População estimada nos anos de 2010 a 2020, Maricá - RJ

População Residente Estimada – Maricá/RJ										
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
129.958	133.291	136.716	140.160	143.738	147.482	150.955	154.257	157.789	161.207	164.504

Fonte:

Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

A tabela acima demonstra que entre os anos de 2010 e 2020 o aumento estimado da população foi de 22,4%.

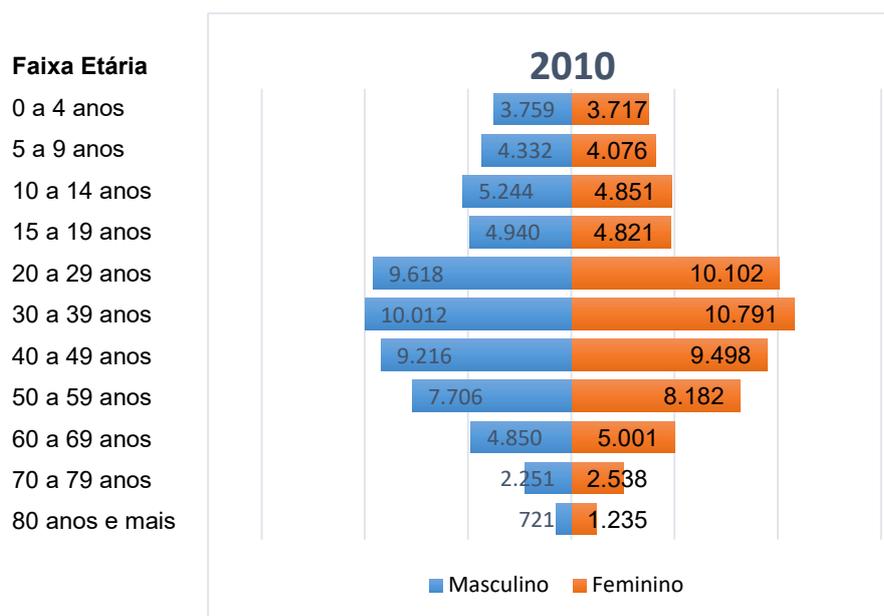
Tabela 2 - População estimada para o ano de 2020, distribuída por sexo e faixa etária.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	5.206	4.964	10.170
5 a 9 anos	4.977	4.765	9.743
10 a 14 anos	4.440	4.373	8.813
15 a 19 anos	4.776	4.680	9.456
20 a 29 anos	12.008	12.178	24.186
30 a 39 anos	12.578	13.007	25.585
40 a 49 anos	12.286	13.077	25.636
50 a 59 anos	11.345	11.657	23.002
60 a 69 anos	7.845	8.583	16.428
70 a 79 anos	3.833	4.448	8.281
80 anos e mais	1.389	2.089	3.478
Total	80.683	83.821	164.504

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

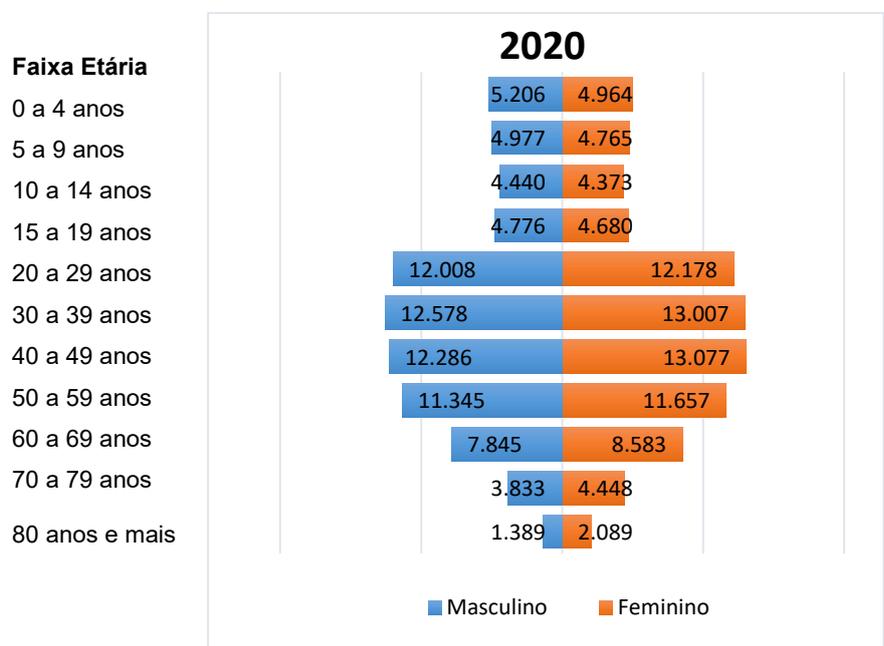
A distribuição populacional do ano de 2020, nos mostra uma maior concentração da população entre as faixas etárias de 20 a 59 anos, na população adulta. Embora o número de pessoas do sexo masculino seja maior nas faixas etárias de 0 a 19 anos, temos a inversão com o maior número de população feminina a partir da faixa etária dos 20 anos. O que pode ser observado nas pirâmides etárias a seguir.

Gráfico 1 – Pirâmide Etária da população maricaense em 2010.



Fonte: Pirâmide etária ano de 2010 (Censo, 2010)

Gráfico 2 – Pirâmide Etária da população maricaense em 2020.



Pirâmide etária ano de 2020 (População estimada pelo Ministério da Saúde)

As Figuras acima propõe a comparação entre a população registrada pelo município no censo realizado pelo IBGE em 2010 (127.461) e a população estimada pelo Ministério da Saúde (MS) pa

o ano de 2020 (164.504). A Figura 2 mostra um aumento na população na faixa etária de 0 a 9 anos e uma queda na população na faixa etária de 10 a 19 anos, quando comparado com o ano de 2010. Percebe-se também um aumento da população, a partir dos 40 anos, com expressivo aumento na faixa etária a partir dos 60 anos, este perfil populacional aponta para uma transição demográfica, no sentido de deixarem de ter uma população jovem para, gradativamente, apresentar uma população idosa. A tendência de um maior número de pessoas do sexo feminino a partir de 20 anos se manteve na comparação entre 2010 e 2020.

Tabela 3 - População estimada por ciclo de vida nos anos de 2010 e 2020, Maricá-RJ

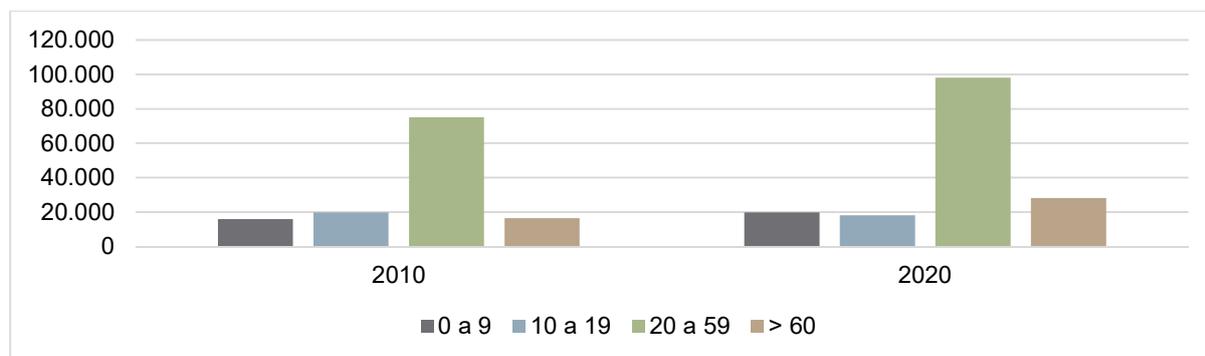
Ciclos de Vida	Faixa Etária	População 2010	População 2020
Criança	00 a 09 anos	16.828	19.912
Adolescente	10 a 19 anos	20.132	18.269
Adulto	20 a 59 anos	76.172	98.136
Idoso	≥ a 60 anos	16.826	28.187

Fonte: IBGE e
Estimativas
preliminares
elaboradas
pelo
Ministério
da

Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

As faixas etárias foram agrupadas por ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso. Estes ciclos orientam as propostas de ações em saúde. A análise aponta para o envelhecimento gradual da população, pois observa-se o aumento expressivo da faixa etária de 20 a 59 anos, bem como acima de 60 anos e um baixo crescimento populacional nas faixas etárias iniciais (criança e adolescente).

Gráfico 3. População estimada por ciclos de vida nos anos de 2010 e 2020, Maricá – RJ



Fonte: IBGE e Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

O Gráfico acima auxilia a visualização dos dados, onde nota-se que o quantitativo das faixas etárias de crianças (0 a 9 anos) teve baixo crescimento, já entre adolescentes (10 a 19 anos) ocorreu diminuição, enquanto o crescimento nos demais ciclos, adulto (20 a 59 anos) e idoso (acima de 60 anos) houve maior crescimento.

Tabela 4- Estrutura etária da população nos anos 2010 e 2020, Maricá – RJ

Estrutura Etária	2010		2020	
	População	% doTotal	População	% doTotal
Menor 15 anos	27.064	20,3%	28.725	17,4%
15 a 59 anos	86.068	66,5%	107.592	65,4%
60 anos e mais	16.826	13%	28.187	17,1%
Total da população	129.958	100,0	164.504	100,0
Índice de envelhecimento	62,1	-	98,1	-
Proporção de idosos na População	12,9	-	17,1	-
Razão de dependência	50,1	-	52,9	-

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

O envelhecimento da população do Município pode ser verificado também através do cálculo do índice de envelhecimento, presente na Tabela 4. Observa-se que no ano de 2010 esse índice era de 62,1 e em 2020 passou para 98,1. Este índice de envelhecimento da população é calculado a partir do número de pessoas com 60¹ anos ou mais de idade em relação a cada 100 pessoas menores de 15 anos.

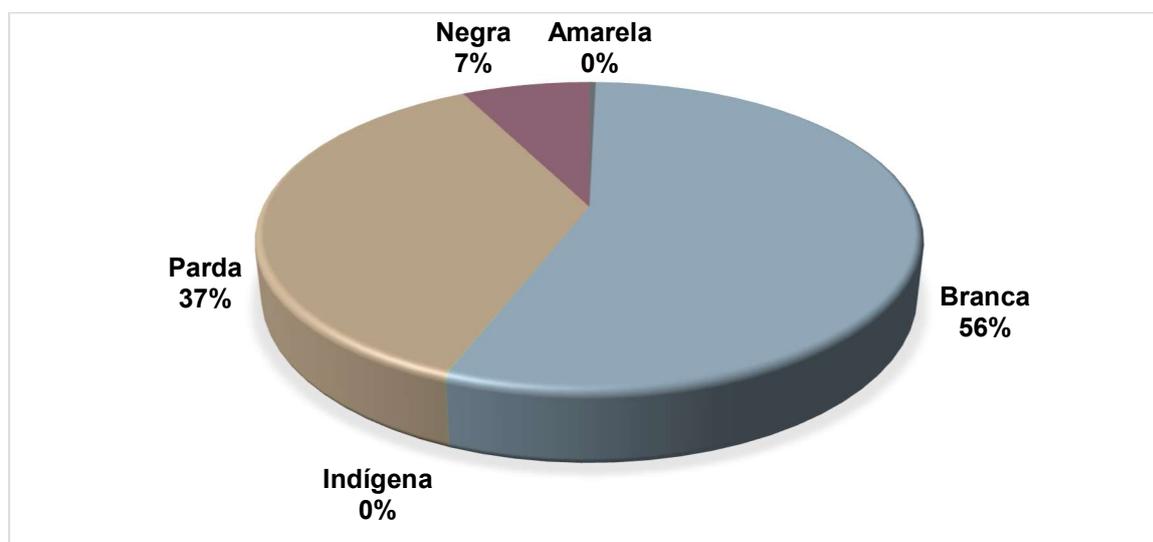
A proporção de pessoas idosas na população representa o número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade em relação ao total da população. Esta proporção em 2010 era de 12,9 e passou para 17,1 em 2020. Portanto temos, um índice que reflete o ritmo de envelhecimento da população de nosso Município

A razão de dependência é um cálculo de importante nesta análise. Ele representa a proporção do segmento etário da população economicamente dependente (menores de 15 anos e as pessoas com 60 anos ou mais) em relação ao segmento etário potencialmente produtivo (faixa etária entre 15 e 59 anos de idade). Conforme Tabela acima observa-se aumento da razão de dependência de 50,1 em 2010 para 52,9 em 2020.

Estes levantamentos permitem verificar que o Município está em fase de envelhecimento, considerando que o envelhecimento demográfico não depende apenas do número absoluto de idosos e sim da relação desta faixa etária com as outras e com o total da população. Essa mudança no perfil da população vem se acentuando nos últimos anos e reflete os efeitos do baixo crescimento em números absolutos de crianças e adolescentes, aliada ao aumento da expectativa de vida da população.

Em relação à etnia, 56% das pessoas se autodeclaram brancas, sendo o segundo grupo o de pardos (37%), seguido pelas raças preta (7%), amarela (0,37%) e uma minoria indígena (0,6%), conforme ilustra o gráfico abaixo.

Gráfico 4. População do Município por raça no ano 2010, Maricá – RJ



Fonte: IBGE – Censo 2010

Maricá tem em sua estruturação geodemográfica uma população indígena que vive em duas aldeias: Aldeia Mata Verde Bonita, natural de Parati-Mirim, Parati-RJ, que em 2008 migrou para Camboinhas, Niterói-RJ, hoje localizada no distrito de Itaipuaçu, no bairro de São José do Imbaussá com 62 indígenas Guaranis M'Byá; e a Aldeia Sítio do Céu, natural de Porto Alegre-RS que em 2000 migrou para Aracruz-ES, com o objetivo de visitar parentes e em 2013 se instalou em Maricá-RJ. Hoje é formada por 26 indígenas Guaranis M'Byá e está localizada no Parque Estadual da Serra da Tiririca, na Morada das Águias, no distrito de Itaipuaçu.

3.1.2 Perfil Socioeconômico

O município de Maricá tem vivenciado um momento de grande desenvolvimento econômico, fomentado pela exploração petrolífera na bacia de Campos e a descoberta dos depósitos do pré-sal na Bacia de Santos, a 200 km da costa. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita no ano de 2018 (IBGE, última data base disponível) se encontra em R\$ 171.003,42, coloca o município de Maricá na 2ª posição em relação aos outros municípios do Estado do Rio de Janeiro. Em comparação com os demais municípios do país, o Município ocupa a 22ª posição e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,765 classificando-se como o sexto município de maior qualidade de vida no Estado.

Em relação ao salário médio mensal dos trabalhadores formais, em 2019 o valor era de 2,4 salários-mínimos. Com essa média salarial o Município estava posicionado na 16ª posição no

Estado. A taxa da população em relação ao emprego, segundo as estimativas para ao ano de 2018, revela que a proporção de pessoas com emprego formal em relação a população total era de 16,5%. Em comparação com os outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, a cidade ocupa a 55ª posição.

A educação é um importante marcador de desenvolvimento socioeconômico de uma população, e Maricá apresenta uma taxa de alfabetizados de 95,10%. Para avaliar a educação básica, o governo federal criou em 2007 o Índice de Desenvolvimento da Escola Básica – IDEB. A avaliação pelo IDEB acontece a cada dois anos e avalia séries iniciais e finais. O Quadro 4 apresenta os resultados obtidos pelas escolas do Município nos anos de 2011 e 2021, onde se verifica a melhoria dos resultados obtidos pelas escolas públicas.

Tabela 5. Resultados obtidos no Índice de Desenvolvimento da Escola Básica–IDEB, Maricá.

Séries Avaliadas IDBE	2011	2021
4º série/ 5º Ano	4,7	6,1
8ª série/ 9º ano	4,6	6,1

Fonte: INEP

3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Ao considerar o perfil epidemiológico como indicador da qualidade de vida associando os fatores determinantes e condicionantes pode-se utilizá-lo para orientação do planejamento das ações necessárias ao desenvolvimento da melhoria das condições de saúde. Entende-se que o processo saúde doença ultrapassa o limite da ausência de doença sendo diretamente influenciado pelas condições sociais.

Nesta perspectiva a Lei 8.080 define a Vigilância Epidemiológica como: “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Os indicadores de saúde estimam o nível de saúde da população e sua aplicação direta favorece o planejamento, a gestão das políticas e a oferta de ações e serviços de saúde (ASPS).

A análise da situação epidemiológica compreende três dimensões: natalidade, morbidade e mortalidade. No município de Maricá, a exemplo do que vem ocorrendo no Brasil, são registradas reduções nas taxas de fecundidade, com aumento progressivo da expectativa de vida e

consequente envelhecimento da população. Essa mudança na estrutura demográfica tem influenciado o padrão de ocorrência de doenças e dos óbitos.

A construção do Perfil Epidemiológico orientará o compromisso de atuação para modificação das condições de saúde da população Maricaense.

Entretanto o ano de 2020 foi marcado pelo início da pandemia de COVID-19, doença infecciosa causada pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2. Com o impacto da pandemia, dados relativos as internações e óbitos apresentaram algumas alterações importantes.

3.2.1 Natalidade

A análise da natalidade é realizada através do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), implantado oficialmente em todo o Brasil, a partir de 1990. O SINASC visa informar os nascimentos ocorridos no país e é operacionalizado a partir de um documento básico padronizado – declaração de nascidos vivos (DNV), que deve ser preenchido para todos os nascidos vivos, por qualquer profissional de saúde, o que possibilita o uso de suas informações de forma direta para a construção de indicadores, de acordo com recomendações da RIPSAN (Rede Interagencial de Informação para Saúde).

A taxa Bruta de Natalidade (TBN) refere-se ao número de nascidos vivos para cada mil habitantes da população residente.

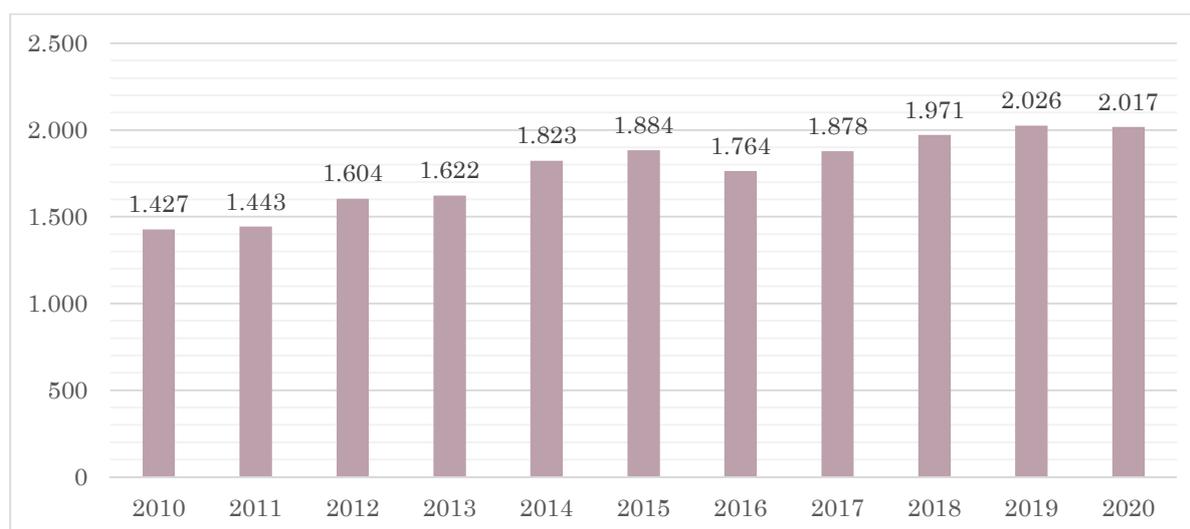
Tabela 6 - Demonstrativo do número de Nascidos Vivos e Taxa Bruta de Natalidade (TBN) município de Maricá, durante o período de 2010 a 2020.

Ano	População	Nascidos Vivos	TBN Maricá
2010	129.958	1.427	11,0
2011	133.291	1.443	10,8
2012	136.716	1.604	11,7
2013	140.160	1.622	11,6
2014	143.738	1.823	12,7
2015	147.482	1.884	12,8
2016	150.955	1.764	11,7
2017	154.257	1.878	12,2
2018	157.789	1.971	12,5
2019	161.207	2.026	12,6
2020	164.504	2.017	12,3

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Tabnet/SES RJ

A Comparação da taxa de natalidade nos últimos 10 anos, observa-se uma tendência de crescimento entre os anos de 2010 a 2015, seguido por uma queda no ano de 2016, enquanto os anos de 2017 a 2020, apresenta estabilidade.

Gráfico 5 - Série Histórica de Nascidos vivos em Maricá nos de 2010 a 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Tabnet/SES RJ

A Taxa de Fecundidade sofreu decréscimo durante o período compreendido entre 1991 a 2010. Em 2010 a TF estava em 1,6 ligeiramente abaixo da faixa mínima de 2,1, desta forma indicando fecundidade insuficiente para garantir a reposição populacional. O decréscimo da taxa pode ter associação a diversos fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, aumento do uso de métodos contraceptivos, maior participação feminina no mercado de trabalho, instabilidade nos empregos, etc.

Observa-se que diversos indicadores podem ter contribuído para a redução da Taxa de Fecundidade, dentre eles destacamos: esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 7 – Evolução da Longevidade, mortalidade e fecundidade entre os anos 1991, 2000, 2010 – Maricá/RJ

Indicadores	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,85	69,51	75,99
Mortalidade infantil	30,23	19,36	12,2
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,4	1,8	1,6

Fonte: Atlas Brasil

O baixo peso ao nascer e a

prematuridade são os indicadores relacionados ao recém-nascido que indicam o risco para morbimortalidade no primeiro ano de vida. Esta condição está relacionada tanto a fatores da mãe (condição sócio econômica, escolaridade, idade e doenças), bem como a condições relacionadas ao atendimento do pré-natal (orientações, acompanhamento e infraestrutura).

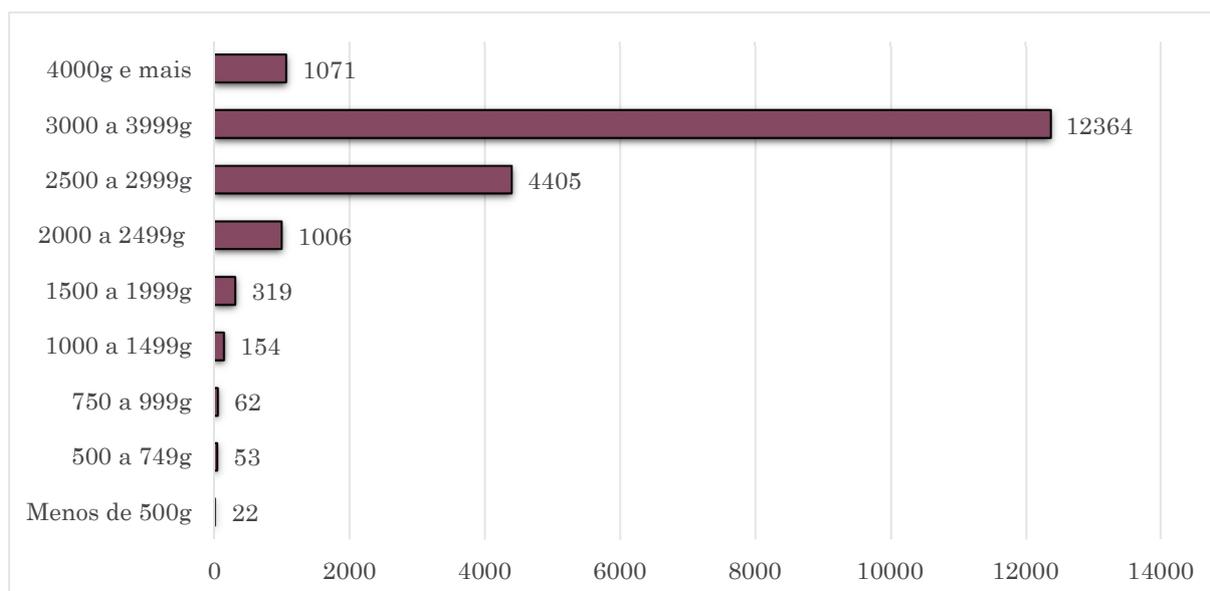
Recém-nascidos de baixo peso ao nascer (RNBP) são considerados problemas de saúde pública pela associação, com altas taxas de mortalidade e morbidade. O parâmetro para considerar recém-nascido de baixo peso é definido da seguinte forma: Baixo Peso ao Nascer (menos de 2.500 g), Peso Muito Baixo ao Nascer (menos de 1.500 g) e Peso Extremamente Baixo ao Nascer (menos de 1.000 g). As estimativas globais indicam que o baixo peso ao nascer (BPN) afeta substancialmente a incidência de doenças perinatais, consideradas uma das principais causas de doença e morte infantil.

Tabela 8 – Prevalência de Baixo Peso ao Nascer, entre os anos 2010 a 2020, Maricá

Peso ao nascer	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Menos de 500g	2	7	2	3	2	-	-	1	1	2	2	22
500 a 749g	3	3	4	4	4	7	5	7	5	7	4	53
750 a 999g	3	2	3	4	7	7	3	9	10	7	7	62
1000 a 1499 g	9	13	13	15	10	21	13	17	20	13	10	154
1500 a 1999 g	15	27	24	18	26	34	32	37	38	38	30	319
2000 a 2499 g	76	77	78	92	94	98	84	94	96	111	106	1.006
2500 a 2999 g	345	356	362	366	441	450	415	404	406	434	429	4.408
3000 a 3999 g	912	879	1.038	1.034	1.130	1.175	1.119	1.196	1.276	1.308	1.297	12.364
4000g e mais	62	79	80	86	109	92	93	113	119	106	132	1.071
Total NV	1.427	1.443	1.604	1.622	1.823	1.884	1.764	1.878	1.971	2.026	2.017	19.459
Total BP	108	129	124	136	143	167	137	165	170	178	159	1.616
%debaixopeso	7,5	8,9	7,7	8,4	7,8	8,9	7,7	8,8	8,6	8,8	7,9	8,2

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Tabnet/SES RJ

Tabela 9 -Total de Nascidos Vivos por Peso ao Nascer, entre os anos 2010 a 2020, Maricá.

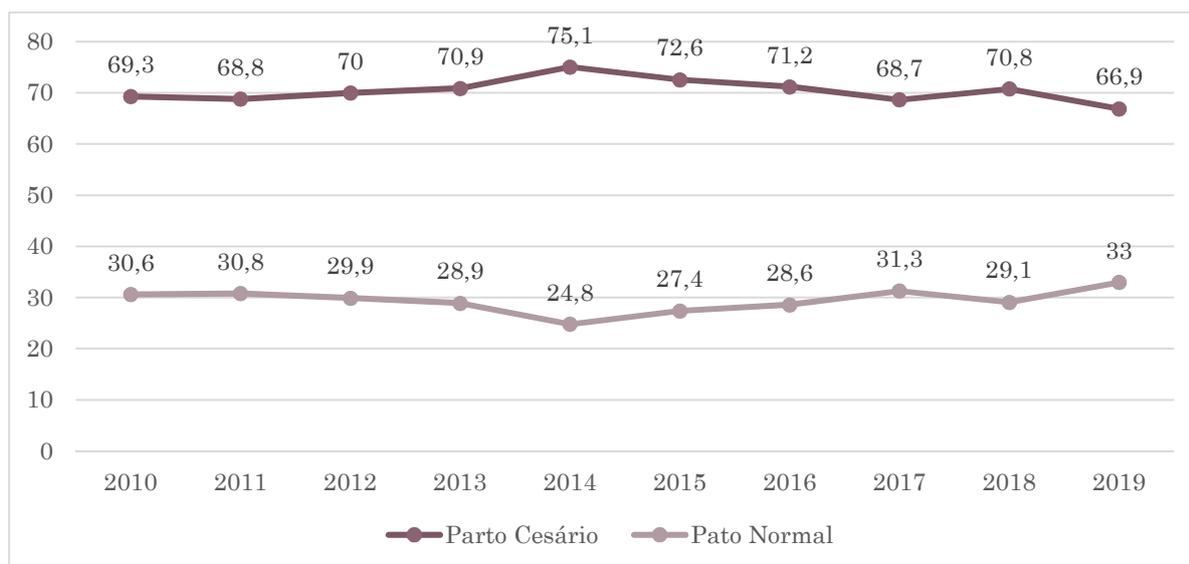


Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Tabnet/SES RJ

Em relação à forma de parto, Maricá tem elevado percentual de partos cesáreos (66,9% - no ano de 2019), representando a menor taxa, da série histórica. A Organização Mundial da Saúde preconiza taxa máxima de 10-15%. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos. Quando não tem indicação médica, a cesárea ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte materna (ANS,2015). A redução desta taxa, ainda que difícil, deve ser uma das metas do município, principalmente, baseada nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, lançado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017.

Como podemos observar nos gráficos abaixo (Gráfico ?) mostra um crescimento na proporção de Partos Cesários nos anos de 2010 a 2014, seguindo por uma queda a partir do ano de 2015 a 2019. Em relação ao Parto Normal apresenta queda nos anos de 2010 a 2014, seguindo por um crescimento a partir do ano de 2015 a 2019.

Gráfico 5 - Proporção de Parto Cesário e Parto Normal de nascidos vivos de mulheres residentes nos anos de 2010 a 2019, Maricá – RJ



Fonte: Sistema de informações sobre Nascidos Vivos – SINASC - SESRJ

A proporção de parto normal passou a fazer parte dos Indicadores para Pactuação Interfederativa e uma das justificativas do Ministério da Saúde a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Assim, espera-se que a cada ano os Municípios possam ampliar o percentual de partos vaginais em torno de 15%.

Em relação à idade da mãe, Maricá apresenta no período de 2010 a 2020 predominância nas faixas etárias de 20 a 29 anos, representando 47% dos partos, a proporção de mães adolescentes (15 a 19 anos) está em torno de 15%, enquanto que 15,9% compreende as mães com 35 anos e mais de idade. Percebemos, ainda que na maioria das faixas etárias houve um pequeno crescimento do número de nascidos vivos. Observa-se ainda que a partir do ano de 2017, apresenta um aumento significativo de parto em mulheres acima dos 40 anos, como também a partir do ano de 2018, observou-se a ocorrência de parto em mulheres acima de 50 anos, podemos assim, evidenciar que cada vez mais as mulheres optam por adiar a gravidez, tendência observada mundialmente. O envelhecimento na estrutura etária das gestantes é um fenômeno acompanhado do aumento da expectativa de vida, e da redução das taxas de fecundidade.

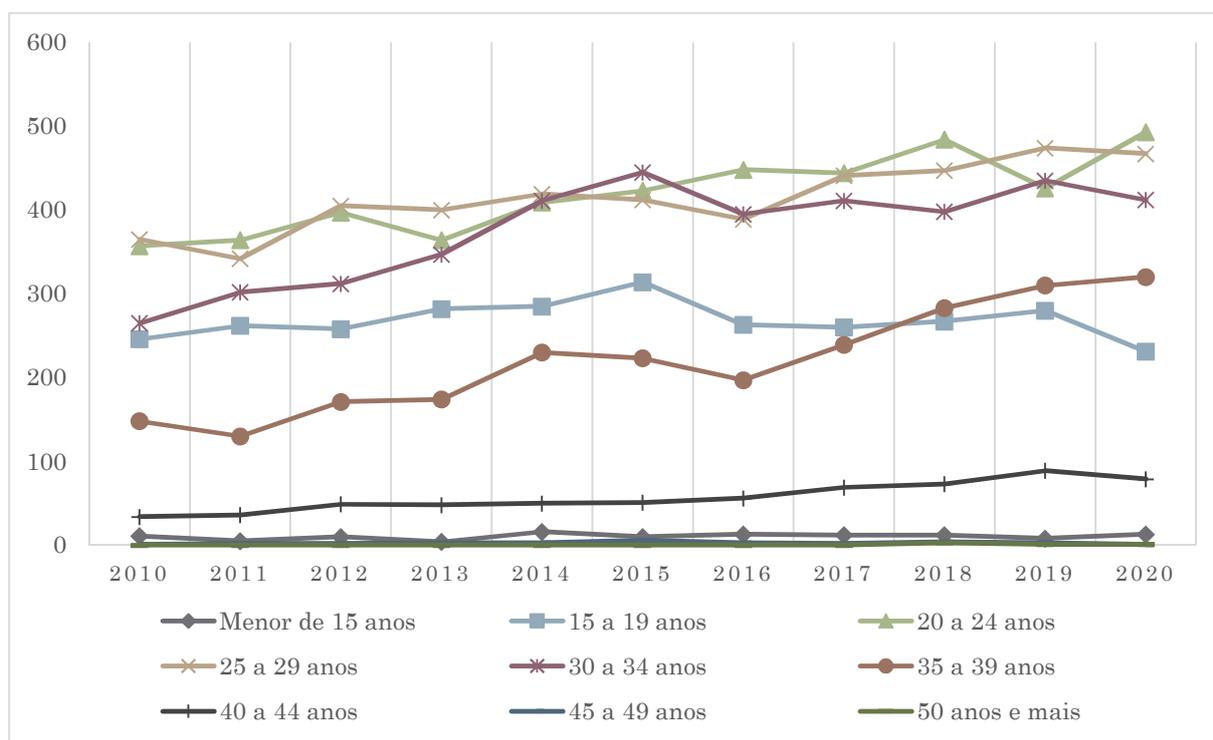
Tabela 10 - Nascidos vivos em residente, segundo a faixa etária da mãe, nos anos de 2010 a 2020, Maricá - RJ

Faixa etária da mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
---------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Menor de 15 anos	11	5	10	4	16	10	13	12	12	8	13	114
15 a 19 anos	246	262	258	282	285	314	263	260	267	280	231	2948
20 a 24 anos	357	364	397	364	409	423	448	444	484	426	493	4609
25 a 29 anos	365	342	405	400	419	412	389	441	447	474	467	4561
30 a 34 anos	265	302	312	347	411	445	395	411	398	435	412	4133
35 a 39 anos	148	130	171	174	230	223	197	239	283	310	320	2425
40 a 44 anos	34	36	49	48	50	51	56	69	73	89	79	634
45 a 49 anos	1	2	2	3	3	6	3	2	4	3	1	30
50 anos e mais	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	1	5
Total	1.427	1.443	1.604	1.622	1.823	1.884	1.764	1.878	1.971	2.026	2.017	19.459

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Tabnet/SES RJ

Gráfico 5 - Nascido vivos em residente segundo a faixa etária da mãe, nos anos de 2010 a 2020, Maricá- RJ



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Tabnet/SES RJ

Em relação à escolaridade materna, verificou-se que, em média, 2,45% das mães possui de 1 a 3 anos de estudo e cerca de 0,19% declararam não ter nenhum estudo, porém observa-se a

diminuição do número de mães analfabetas ao longo da série, observa-se ainda que na maioria das mães, possuem de 8 a 11 anos de estudos 54,8%.

Tabela 10 – Nascidos Vivos por residência, segundo escolaridade da Mãe, nos anos de 2010 a 2020 – Maricá -RJ

Escolaridade da mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Nenhuma	9	3	2	4	9	2	5	-	1	3	-	38
1 a 3 anos	30	52	66	58	61	53	37	39	36	25	20	477
4 a 7 anos	349	315	311	368	320	350	359	333	343	268	273	3589
8 a 11 anos	738	796	922	884	1034	1045	957	1063	1111	994	1133	10677
12 anos e mais	294	262	277	296	381	420	395	435	470	453	482	4165
Ignorado ou não informado	7	15	26	12	18	14	11	8	10	283	109	513
Total	1427	1443	1604	1622	1823	1884	1764	1878	1971	2026	2017	19459

Tabnet/SESRJ

Fonte:
Sistema de
Informações
sobre
Nascidos
Vivos
SINASC

3.2.2 Morbidade

Os dados sobre morbidade disponíveis são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O instrumento de coleta dessa informação é a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

O município de Maricá, conta com 2 (duas) Unidades Hospitalares, ambos sob gestão municipal, um caracterizado como Hospital Geral com Obstetrícia e outro inaugurado no ano de 2020, sendo referência para internações exclusivas ao tratamento do COVID-19, inicialmente. As internações de alta complexidade são referenciadas para outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, algumas internações de Alta Complexidade ocorrem na rede hospitalar da Metropolitana II, onde destacamos os serviços de: Oncologia, Cardiologia Intervencionista e UTI Adulto tipo II, que são pactuados regionalmente.

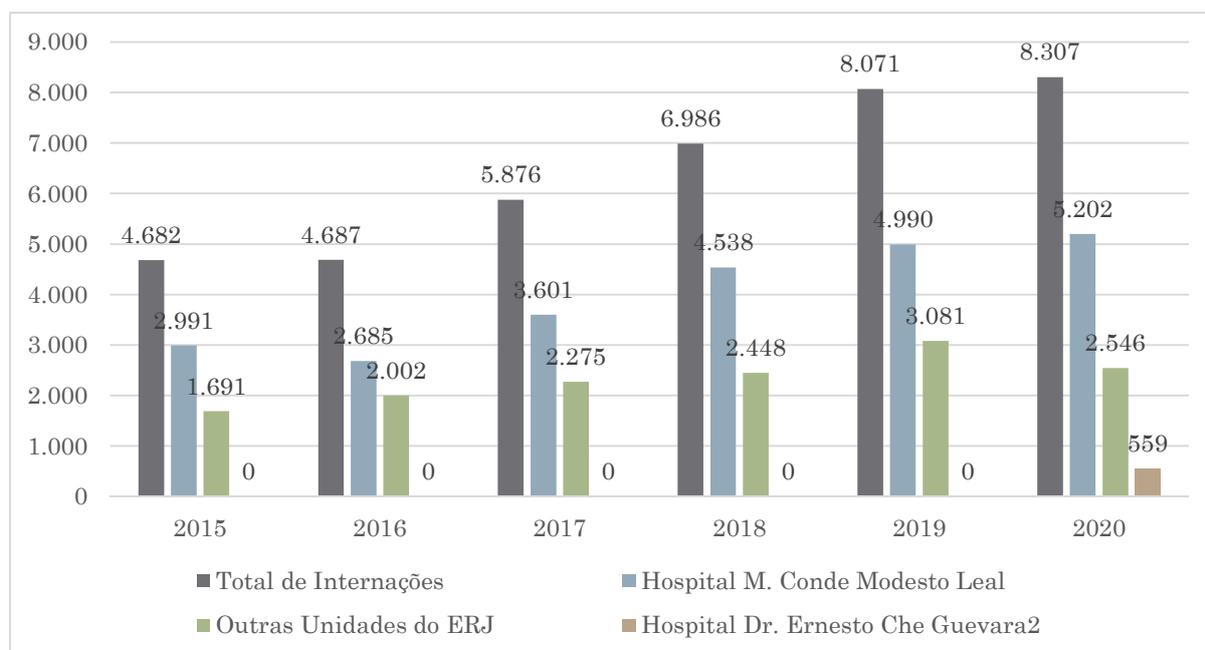
Observa-se que durante o período avaliado o município demonstrou absorver em média 62% do total das internações de seus munícipes, em sua unidade própria, demonstrando assim boa suficiência hospitalar.

Tabela 11 – Distribuição das internações de residentes, durante os anos de 2015 a 2020 por Hospitais em Maricá e demais Hospitais no Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Internações por Unidade Hospitalares	Total de Internações 2015 a 2020	%
Hospital M. Conde Modesto Leal	24.007	62,17
Hospital Dr. Ernesto Che Guevara	559	1,44
Outros no ERJ	14.602	37,82
Total	38.609	-

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS – Tabnet/SES RJ

Gráfico 6 – Total de Internações de residentes no anos 2015 a 2020, Maricá-RJ



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS – Tabnet/SES RJ

As causas de internação demonstram os motivos de adoecimento da população e indicam as intervenções a serem realizadas para reduzi-las.

Tabela 12 - Principais causas de internação hospitalar de residentes no Município, morbidades segundo capítulo da CID-10. Maricá, 2015 a 2020.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	625	472	374	380	420	1.509	3.780

II. Neoplasias [tumores]	272	274	405	558	761	615	2.885
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	60	57	87	102	118	141	565
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	93	148	177	205	223	253	1.099
V. Transtornos mentais e comportamentais	33	16	53	98	92	83	375
VI. Doenças do sistema nervoso	55	92	116	130	163	130	686
VII. Doenças do olho e anexos	28	31	25	14	39	65	202
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	9	4	14	17	28	19	91
IX. Doenças do aparelho circulatório	455	540	598	733	846	746	3.918
X. Doenças do aparelho respiratório	391	397	431	460	499	331	2.509
XI. Doenças do aparelho digestivo	443	388	445	563	580	482	2.901
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	97	85	158	158	174	695
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	114	124	152	124	173	135	822
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	555	346	416	448	554	422	2.741
XV. Gravidez, parto e puerpério	781	825	1.268	1.564	1.636	1.659	7.733
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	36	64	134	139	177	194	744
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	28	39	44	48	76	57	292
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	23	138	75	80	101	71	488
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	627	595	899	1.054	1.283	1.123	5.581
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	3	0	0	0	0	0	3
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	28	40	78	111	144	98	499
Total	4.682	4.687	5.876	6.986	8.071	8.307	38.609

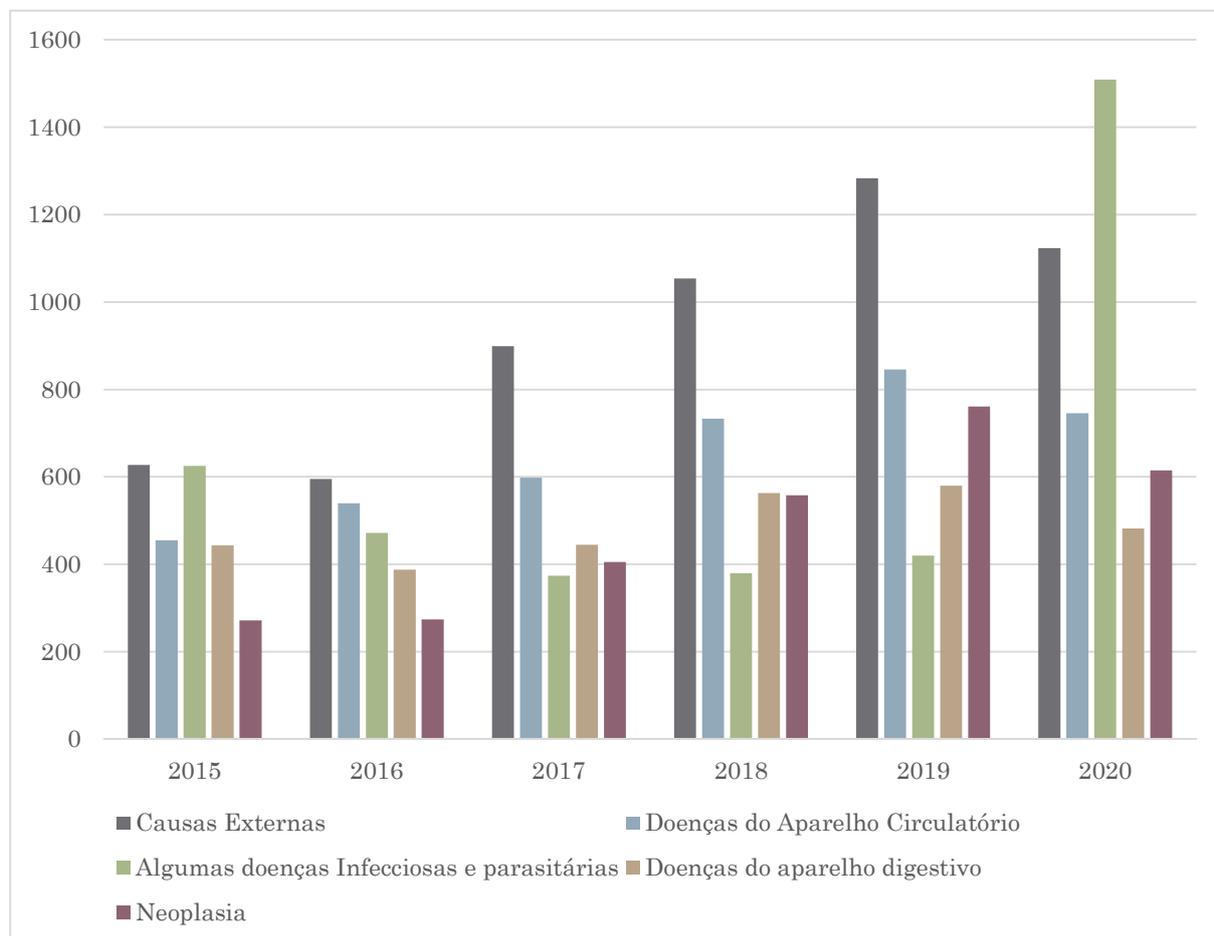
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS – Tabnet/SES RJ

Avaliando a série histórica das causas de internações é possível verificar que no ano de 2020 ocorreu uma mudança importante no perfil de morbimortalidade em função da ocorrência da pandemia decorrente da doença COVID-19, causada pelo novo Coronavírus, com o 1º caso confirmado em Maricá, no mês de março/2020.

Por tanto, o perfil de morbidade hospitalar para Maricá, excluindo as internações relacionadas as causas obstétricas devido a sua maioria não ser patológica, destacam-se como as cinco principais causas de internação, respectivamente: Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de Causas Externas (5.581 = 14,45%); Doença do Aparelho Circulatório (3.918 = 10,14%); Algumas Doenças Infecciosas e Parasitária (3.780 = 9,79%), deste total é possível verificar que somente no ano de 2020 apresenta (1.509 = 39,92%) do total das causas, assim evidenciando o impacto da pandemia causada pelo CORONAVIRUS COVID-19 na rede

assistencial e hospitalar do Município; Doenças do Aparelho Digestivo (2.901 = 7,51%); Neoplasia (2.885 = 7,47%).

Gráfico 7 - As quatro principais causas de internações segundo causa CID 10, entre os anos de 2015 a 2020, Maricá - RJ



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS – Tabnet/SES RJ

As causas externas tem grande impacto na morbidade e devem ter alguma ação para sua redução, além das programações para as demais causas em destaque.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP é um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária. Ele pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde. Por tanto, O indicador Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica é um instrumento valioso para

monitoramento e a avaliação deste nível de atenção, pois representa um conjunto de problemas de saúde nos quais a resolutividade de ações da atenção primária diminuiria o risco de internações. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (Caderno de Saúde Pública, 2009).

Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários.

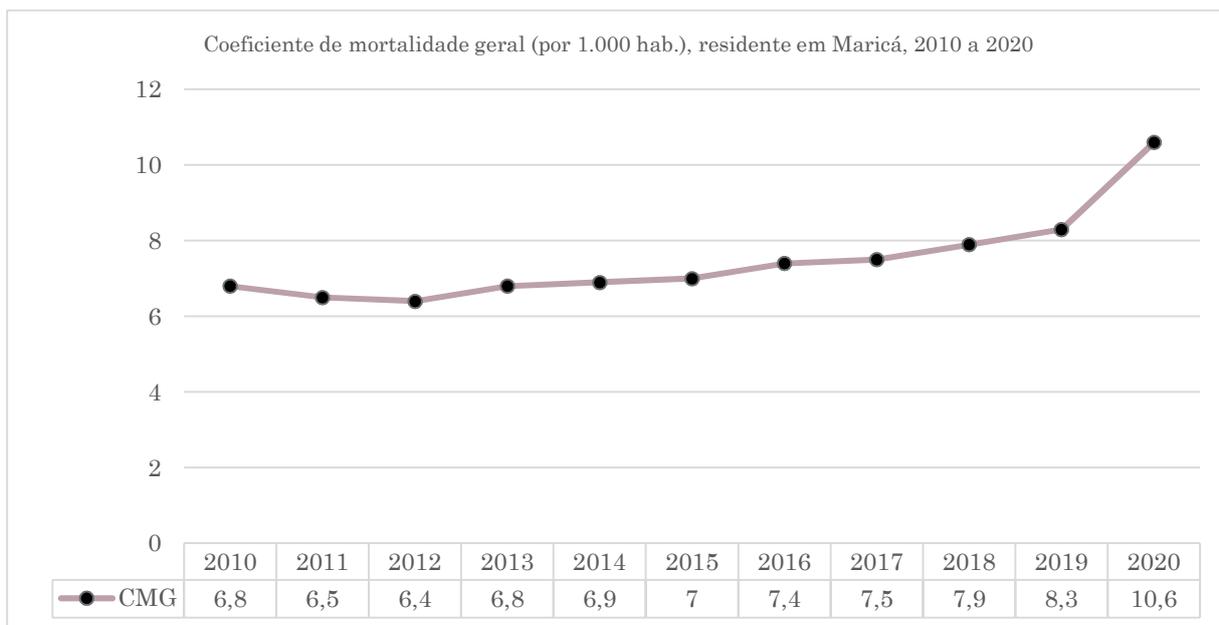
O percentual de internações sensíveis à Atenção Básica no município de Maricá tem diminuído nos últimos anos, apresentando um resultado semelhante ao atingido no âmbito estadual e regional. Maricá em 2020 alcançou um percentual de 17%, enquanto no Estado atingiu 17,7% e Região Metropolitana II atingiu 17,6 % de internações sensíveis à Atenção Básica.

3.2.3 Mortalidade

A mortalidade é um dos indicadores necessários para avaliação das condições de saúde de uma população, pois ela reflete diretamente a magnitude dos problemas de saúde e indica a linha de ação para melhorar a qualidade de vida. A taxa bruta de Mortalidade, expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes, é um bom indicador para comparar séries históricas em uma mesma população, ou como parâmetro para compreender e comparar a dinâmica de mortalidade entre populações diferentes. Ela expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à idade, e ao sexo. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas, pode também está associada a elevada proporção de pessoas idosas na população total, ou refletir a fatores epidemiológicos.

Em Maricá no período de 2010 a 2020, essa taxa sofreu alteração com tendência linear ascendente, variando entre 6,8 em 2010 e 10,6 em 2020.

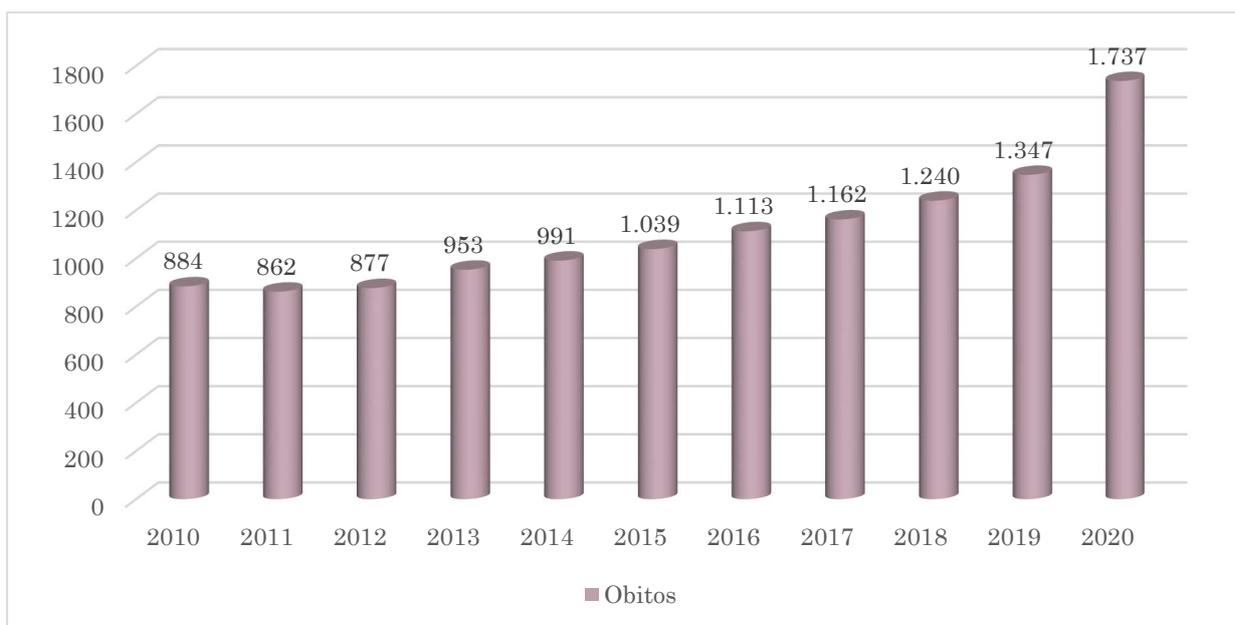
Gráfico 8 – Taxa Bruta de Mortalidade de residentes no Município. Maricá, 2010 a 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

Quanto ao número absoluto de óbitos de residentes ocorridos entre os anos de 2010 a 2020, no gráfico 9, podemos observar tendência linear ascendente, com ápice ocorrido no ano de 2020, em decorrência do COVID-19.

Gráfico 9 - Número absoluto dos óbitos de residentes de Maricá ocorridos entre os anos de 2010 a 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

Em relação às internações (morbidade) na faixa etária de crianças (0 a 9 anos), observa-se na série histórica apresentadas na Planilha ?.

As principais causas dos óbitos de residentes, considerando a série histórica dos anos de 2010 à 2020, apresentada na tabela abaixo, são: as Doenças do Aparelho Circulatório (3.415 = 27,97%), Neoplasias (2.039 = 16,70%), Causas Externas (1.226 = 10,36%), Doenças do Aparelho Respiratório (1.152 = 9,46%), e Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas (907 = 7,42%). Observa-se uma mudança em relação ao perfil de morbidade hospitalar descrito anteriormente.

Tabela 13 - Óbitos de residentes, distribuídas pelos Capítulos do CID 10, referentes aos anos de 2010 a 2020. Maricá – RJ

Causa do óbito – capítulo CID 10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	47	46	39	45	45	44	49	43	71	56	336	821
II - Neoplasias [tumores]	137	149	143	151	169	188	187	204	197	241	273	2.039
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4	2	11	5	3	9	7	7	5	5	10	68
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	72	77	73	63	69	73	68	75	94	129	114	907
V - Transtornos mentais e comportamentais	2	6	2	13	7	5	5	13	6	11	22	92
VI - Doenças do sistema nervoso	17	11	18	25	19	25	18	39	45	54	45	316
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	3
IX - Doenças do aparelho circulatório	271	284	274	286	287	292	335	344	304	353	385	3.415
X - Doenças do aparelho respiratório	77	83	78	102	99	94	134	122	130	104	129	1.152
XI - Doenças do aparelho digestivo	37	38	40	32	41	47	50	38	55	59	62	499
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	4	3	6	3	3	7	6	15	14	5	68
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3	4	2	4	6	6	1	6	4	4	5	45
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	37	27	43	50	40	43	41	46	47	50	57	481
XV - Gravidez, parto e puerpério	-	3	-	2	2	1	-	-	2	1	2	13
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	11	10	17	15	11	14	12	13	9	6	13	131
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	7	6	8	7	5	4	8	5	9	3	66
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados	79	48	28	46	53	59	68	69	113	107	157	827
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	83	72	100	100	130	128	127	128	138	141	119	1.266
Total	884	871	877	953	991	1.036	1.114	1.162	1.240	1.344	1.737	12.209

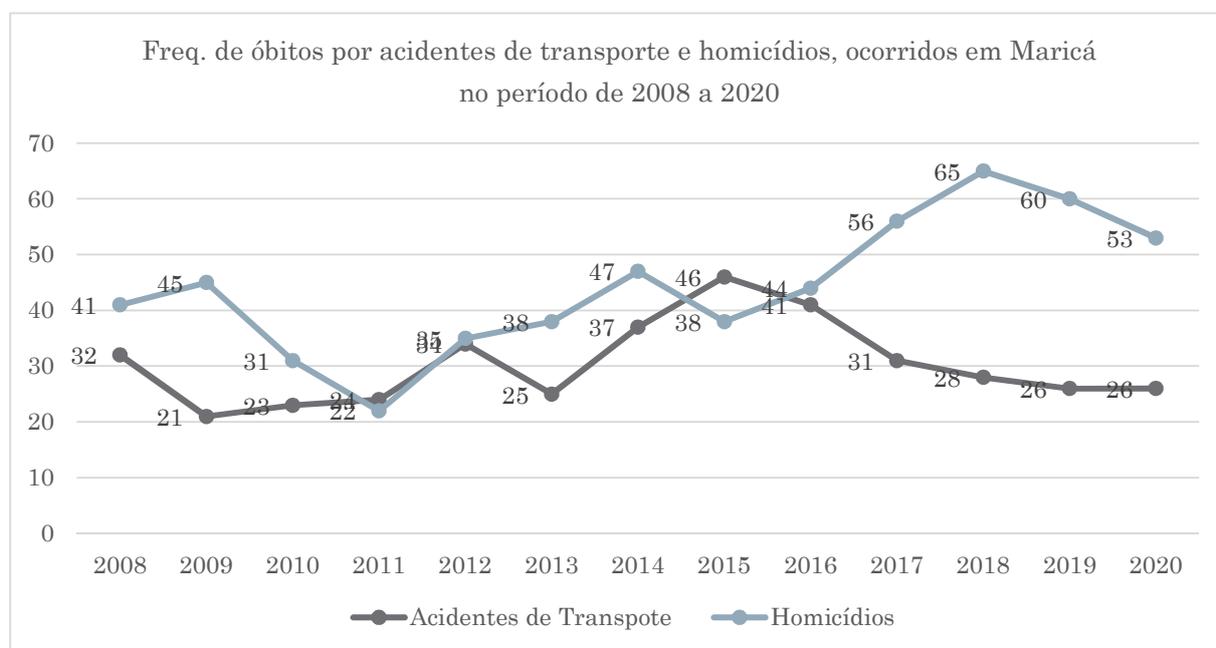
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

Em relação às cinco principais causas de óbitos em 2020, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por (385) 22,16% do total das mortes, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias (336) 19,34%, neoplasias (273) 15,71%, Causas mal definidas (157) 9,03% e doenças do aparelho respiratório (129) 7,42%. Importante observar que em 2020 ocorreu uma

mudança no perfil de mortalidade, onde as doenças infecciosas e parasitárias passaram a ocupar a 2ª posição em função da COVID-19, situação distinta à observada em anos anteriores. É possível observar um aumento de óbito nas Causas mal definidas, que sugere estimar o grau de qualidade da informação sobre causas de morte. Percentuais elevados sugerem deficiências na declaração das causas de morte e, em outras circunstâncias, nos processos de registro, coleta, crítica e análise dos dados de mortalidade.

Ressaltam-se as causas externas como fator de importância para mortalidade. Dentre elas, agressões e os acidentes de transporte. Os óbitos por causas externas, durante os anos da série histórica analisada, a partir do ano de 2016, mantiveram-se com tendência linear de valores descendente, no entanto os números se mantêm elevados, a despeito da edição do Decreto Nº 6.488, em 19/06/08, que regulamenta a Lei Nº 9.503, de 23/09/97, o Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito. Em relação aos óbitos por homicídio, observa-se uma tendência linear de valores ascendentes, apesar da variação entre os anos, atingindo maiores valores nos anos de 2018 e 2019.

Gráfico 10 - Total de óbitos por acidentes de transporte e homicídios ocorridos no Município. Maricá, 2008 a 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

Durante o período de 2010 a 2020, verifica-se o predomínio de óbitos entre os indivíduos do sexo masculino, registrando uma proporção de 56,20% no total dos anos.

Tabela 14 – Distribuição dos óbito por sexo, segundo ano de ocorrência por local de residência.

Sexo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Masculino	512	496	483	542	546	568	637	668	690	742	978	6862
Feminino	372	375	394	411	445	468	477	494	550	602	758	5346
Ignorado ou não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Total	884	871	877	953	991	1036	1114	1162	1240	1344	1737	12209

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

3.2.3.1 Mortalidade Materna

A Taxa de mortalidade materna é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna calculado pela relação do número de mortes de mulheres durante todo o período da gestação até 42 dias após o parto, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (Laurenti, 2000).

O indicador permite estimar a frequência de óbitos femininos atribuídos às causas em questão em relação ao número de nascidos vivos, refletindo a qualidade da assistência à saúde da mulher (OPAS, 2002).

Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), foram adotadas oito Metas de Desenvolvimento, entre elas, reduzir a mortalidade materna a uma taxa de 35 mortes por 100 mil nascimentos até o ano de 2015.

O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas e reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Por isso a razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador que estima a frequência desses óbitos em relação aos nascidos vivos. Razões elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

Como observamos na tabela abaixo, em Maricá a Razão de Morte Materna (RMM), alterna de alta para média estando em (49,35) no ano de 2019 e (99,15) em 2020. O óbito materno, tal como

o óbito infantil, é tido como evento grave na medida em que pode ser evitado. Por este motivo mesmo sendo em números absolutos pequenos, dentro do Universo populacional da cidade este ganha relevância.

Tabela 15 – Razão por morte Materna (por 100 mil Nascidos Vivos), nos anos de 2010 a 2020, Maricá-RJ

Razão por Morte Materna (por 100 mil nascidos Vivos)			
Maricá 2010 a 2020			
Ano	NV	Óbitos Maternos	RMM
2010	1.427	1	70,0
2011	1.443	2	138,6
2012	1.604	0	-
2013	1.622	2	124,6
2014	1.823	2	109,7
2015	1.884	1	53,07
2016	1.764	0	-
2017	1.878	0	-
2018	1.971	2	101,4
2019	2.026	1	49,35
2020	2.017	2	99,15

Parâmetros da RMM (OMS): Baixa – até 20/100.000 NV; Média – de 20 a 49/100.000 NV;
Alta – de 50 a 149/100.000 NV; Muito alta - < que 150/ 100.000 NV.

A escolaridade materna tem sido apresentada, como variável independente, em trabalhos epidemiológicos que abrangem os mais variados temas. Assim, a baixa escolaridade materna está associada a um risco maior de mortalidade materna (Orach, 2000; Theme Filha et al., 1999).

Tabela 16 – Distribuição da Mortalidade Materna, segundo escolaridade, nos anos de 2010 a 2020 – Maricá -RJ

Escolaridade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
1 a 3 anos	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	04
4 a 7 anos	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	03
8 a 11 anos	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	03
Ignorado ou não informado	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	03
Total	1	2	0	2	2	1	0	0	2	1	2	13

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

Em relação aos óbitos de mulheres em idade fértil, no período de 2010 a 2020 houve 538 óbitos de mulheres em Idade fértil, destes 25,9% as causas foram neoplasias malignas, das quais os principais motivos foram as neoplasias de mama, seguidas pelas de órgãos digestivos e as de órgãos genitais femininos. 18,7% dos óbitos as causas foram as doenças do aparelho circulatório onde os principais motivos foram as de doenças do coração isquêmicas ou não, seguidas pelas doenças cerebrovasculares. E a terceira causa foram as causas externas de morbi/mortalidade (15,9%), onde os principais motivos foram os acidentes de transporte e as agressões. Este perfil nos mostra a necessidade ainda maior em desenvolver ações na rede de Atenção Básica, responsável pelas iniciativas de Educação, Promoção e Vigilância à Saúde, além das ações e medidas estratégicas de educação no trânsito e de ações de prevenção a violência doméstica.

Tabela 16 – Óbitos Mulheres em Idade Fértil por Capítulo CID-10, 2010 à 2019, Maricá-RJ

Causa do Óbito Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	4	1	4	6	1	7	1	4	7	8	50
II. Neoplasias (tumores)	13	9	12	12	12	12	15	15	10	16	9	135
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	-	2	1	1	1	-	1	-	1	-	8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	2	-	3	-	4	2	3	4	7	3	28
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	3
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	1	2	1	1	1	1	1	3	2	13
IX. Doenças do aparelho circulatório	10	13	9	5	14	13	9	7	8	8	5	101
X. Doenças do aparelho respiratório	-	2	2	2	3	2	1	2	3	3	1	21
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	1	3	-	2	2	2	1	1	2	3	17
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	-	1	-	2	1	1	-	2	-	4	13
XV. Gravidez parto e puerpério	-	3	-	2	2	1	-	-	2	1	2	13
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	1	2	-	-	1	1	-	-	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	4	1	2	3	2	4	1	2	7	6	39
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6	6	8	4	7	10	7	10	8	11	9	86
Total	47	45	40	39	56	50	50	43	49	67	52	538

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

Como estratégia de monitoramento dos óbitos maternos, a investigação dos óbitos em mulheres em idade fértil permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar,

após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Além disso, este indicador pode contribuir com a identificação de fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Podemos verificar na planilha ? que no período de 2010 à 2019, (92,8%) dos óbitos em mulheres em idade fértil, foram investigados apontando as condições e as relações destes com o óbito materno, ofertando aos gestores informações para direcionar melhor as ações mais necessárias para evitar a mortalidade materna e outros eventos em mulheres em idade reprodutiva,

Tabela 17 - Óbitos mulheres idade fértil por Local ocorrência e Óbito investigado, 2010 à 2019.

Local de ocorrência	Óbitos investigado	Óbito não investigado	Óbito total	% Óbitos investigado
Hospital	342	17	359	95,3
Outros estabelecimentos de saúde	28	05	33	80,0
Domicílio	47	09	56	83,9
Via pública	18	02	20	90,0
Outros	17	02	19	89,5
Total	452	35	487	92,8

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

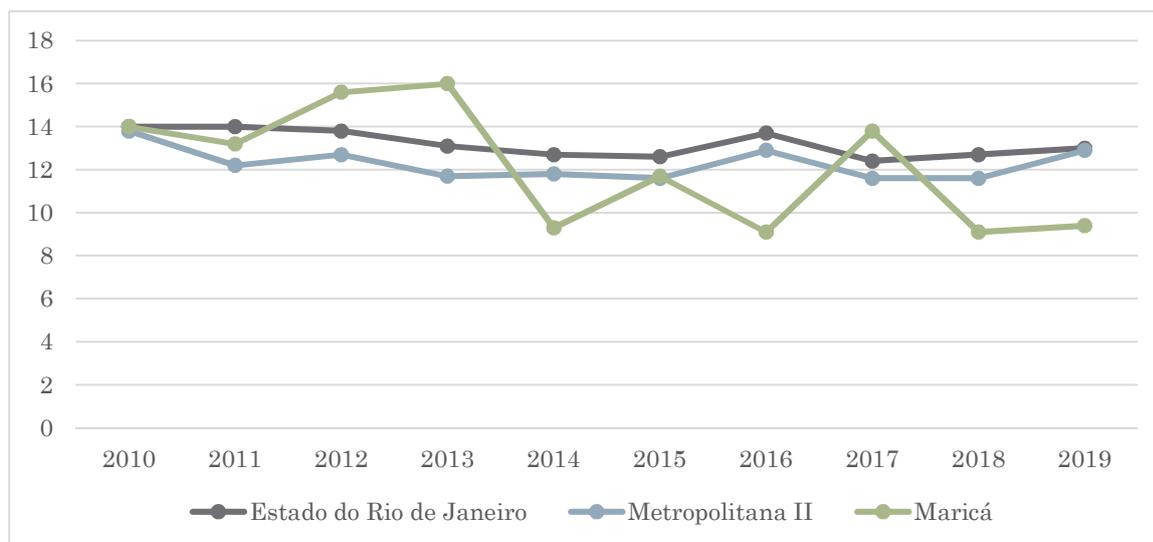
3.2.3.2 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil é um indicador importante, não somente dos cuidados de saúde, mas também das condições socioeconômicas de um país.

Pelos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), Maricá apresenta um índice de mortalidade infantil considerado baixo, pois classifica como alta quando ocorrem em média 50 mortes ou mais de criança de até um ano de idade por mil nascidos vivos (CMI); média quando fica entre 20 a 49 óbitos por mil nascidos vivos e, baixa quando o índice fica abaixo de 20 mortes.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 19,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 9,4 óbitos por mil nascidos vivos, no ano de 2019. No Estado do Rio de Janeiro, a taxa era de 21,2, em 2000, passou para 13,0 em 2019. Entre 2010 e 2019, a taxa de mortalidade infantil na região metropolitana II caiu de 13,8 óbitos por mil nascidos vivos para 12,9 óbitos por mil nascidos vivos.

Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade Infantil, comparativo entre ERJ, Metro II e Maricá.



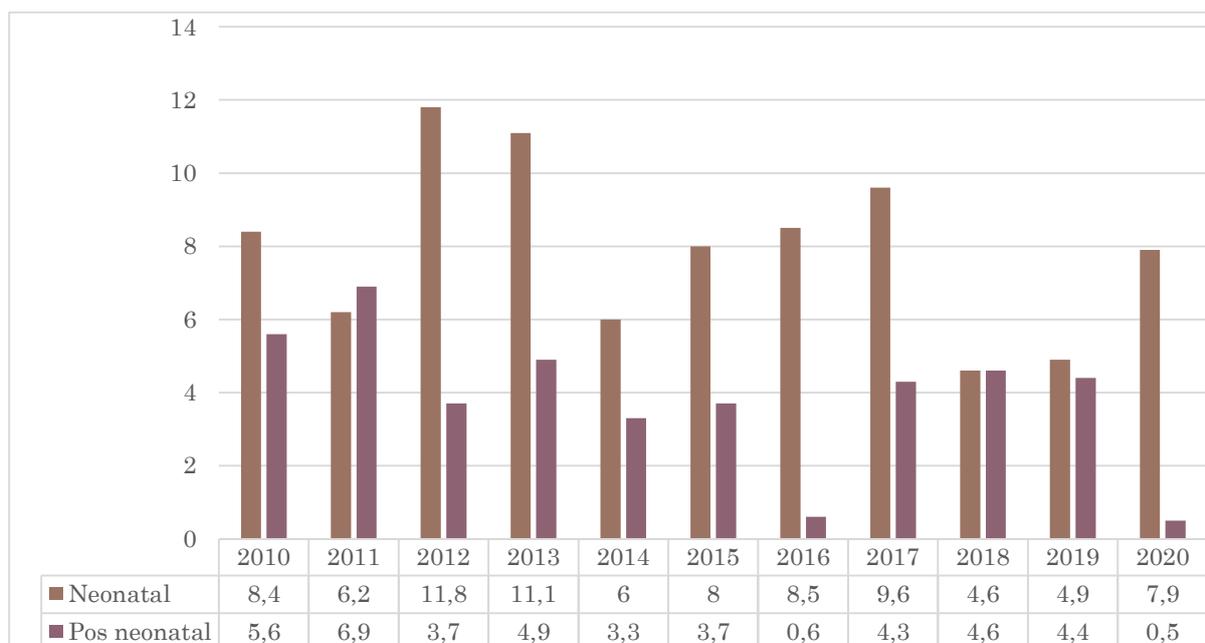
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

A mortalidade infantil pode ser dividida em neonatal e pós neonatal. A mortalidade neonatal compreende os óbitos de menores de 28 dias, ainda se subdivide em neonatal precoce (até 6 dias) e neonatal tardia (de 7 a 27 dias). Adota-se essa subdivisão em função da observação de que esses períodos apresentam causas de morte bastante específicas. A mortalidade neonatal (óbito até 27 dias de vida) está relacionada ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, diretamente ligada a qualidade da assistência no pré-natal, no parto, no pós-natal e nos cuidados ao recém-nascido.

A mortalidade pós-neonatal, compreende o número de óbitos de crianças de 28º dia a 364 dias de vida completos, de maneira geral está associada ao desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

Portanto torna evidente a necessidade de analisar a mortalidade infantil segundo seus componentes, já que as medidas preventivas a serem adotadas para reduzir a mortalidade neonatal são diferentes daquelas que asseguram a diminuição da mortalidade pós-neonatal.

Gráfico 12. Taxa Mortalidade Infantil nos períodos neonatal e pós-neonatal nos anos de 2010 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Nota-se na série histórica que a mortalidade neonatal predomina em relação à pós-neonatal.

Para melhor compreensão deste contexto, apresentamos a seguir a com as causas de óbitos em crianças menores de 1 ano. Ela mostra que os óbitos nestas crianças, ocorrem principalmente por dois grupos de causas.

Tabela 18 - Número de óbitos segundo causa CID 10 em menores de 1 ano nos anos de 2010 a 2020. Maricá-RJ

Causa do óbito – capítulo CID 10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	1	1	3	-	-	-	1	3	1	-	12
VI - Doenças do sistema nervoso	1	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	5
IX - Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3
X - Doenças do aparelho respiratório	1	2	-	-	1	2	-	1	3	-	-	10
XI - Doenças do aparelho digestivo	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	11	9	17	15	11	14	12	13	9	6	13	130
XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	2	5	4	5	3	3	4	5	1	4	3	39
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados	-	-	1	1	-	1	-	1	-	1	-	5
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	2	2	2	1	2	2	-	2	-	4	1	18
Total	20	19	25	26	17	22	16	26	18	19	17	225

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Tabnet/SES RJ

A tabela nos mostra que a primeira causa, está relacionado ao Capítulo XVI do CID 10 “Algumas afecções originadas no período pré-natal”, compreende causas como, por exemplo:

Infecções específicas do período perinatal e feto, recém-nascido afetados por fatores maternos e complicações da gravidez, do trabalho de parto e pós-parto. O segundo grupo de causas do Capítulo XVII do CID 10 “Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas”, o qual compreende as malformações congênitas e anomalias cromossômicas.

Embora a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) promova diversas ações na busca pela redução no número de óbitos infantis, este é um indicador que conta com uma enorme complexidade de fatores determinantes para sua modificação.

O pré-natal é extremamente importante para assegurar a saúde de mãe e filho, neste sentido a SMS trabalha constantemente na qualificação da atenção ao pré-natal, com discussão e elaboração de protocolos, oferta das consultas preconizadas, capacitações constantes para as equipes quanto aos aspectos relacionados à saúde materna-infantil, com acompanhamento e orientação contínua à gestante. Contudo, fatores de trabalho, sociais e culturais dificultam a adesão da gestante, que é essencial para que as estratégias desenvolvidas nos serviços de saúde tenham efetividade.

A mortalidade infantil considera óbitos de crianças menores de um ano de vida, assim, além de todos os riscos associados à gestação soma-se o desafio de promover a redução das taxas de mortalidade os diversos fatores relacionados à vulnerabilidade social que ainda dificultam o acesso e uso dos meios de promoção, proteção e recuperação da saúde além de fatores externos (acidente ou violência), aos quais o bebê está sujeito após o nascimento. Condições sociais adversas, dificuldades da família em relação aos cuidados da saúde do bebê (aleitamento materno, nutrição, vacinação), acidentes de transporte, afogamentos, outros riscos acidentais à respiração e agressões (violências) são exemplos que compõe esse cenário.

3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde caracteriza-se pela promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. Sendo assim o objetivo é analisar permanentemente as situações de saúde da população, articulando de maneira conjunta com ações destinadas riscos e danos à saúde da população, garantindo integralidade da atenção, de maneira individual e coletiva dos problemas de saúde.

A vigilância em saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde, deste a atenção Primária em Saúde, até a rede de urgência e emergência, através dos núcleos de Vigilância

hospitalar, isso se faz necessária para construção da integralidade na atenção e alcance de resultados. Atualmente, se dividem no município em Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Vigilância Epidemiológica responsável também pela parte de imunização.

As necessidades frente às áreas da Vigilância em Saúde é a necessidade do aumento de servidores, assim como uma sede, possibilitando o melhor desempenho e conseqüentemente atingindo índices mais satisfatórios e serviços de qualidade.

3.3.1 - Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que buscam o conhecimento, detecção e prevenção de qualquer alteração em fatores que determinam e condicionam a saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Assim fornecendo uma orientação técnica, para o processo de decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Voltada à prevenção e ao controle de doenças transmissíveis, além de trabalhar com um elenco de doenças de notificação compulsória, hoje, deve ter sensibilidade para a detecção de variadas condições que interfiram na saúde humana (de forma articulada com outras áreas, como a da vigilância ambiental e da vigilância em saúde do trabalhador e Vigilância Sanitária). Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente aos gestores para a decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos; Além de Coleta e processamento de dados; Análise e interpretação dos dados processados; Divulgação das informações; Investigação epidemiológica de casos e surtos; Análise dos resultados obtidos; Recomendações e promoção das medidas de controle indicadas; Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas em todos os níveis de saúde do Município, desde unidades básicas de saúde até a rede de urgência e emergência.

O monitoramento dos Sistemas de Informação de Mortalidade, Sistemas de Informação de Nascidos Vivos, Sistemas de informação de Agravos e Notificação, Gerenciamento de Ambiente Laboratorial, Investigação Epidemiológica, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, entre outros), investigação de casos e surtos, etc. Também é responsável pelo setor de imunização, campanhas de vacinas, busca ativa de pacientes faltosos, principalmente de crianças menores de um ano.

A Organização Mundial da Saúde - OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, a COVID-19, constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a situação foi caracterizada pelo órgão como uma pandemia. Dado o ganho de importância e relevância das ações de vigilância diante da pandemia de COVID-19, destacam-se as diferentes áreas de atuação da Vigilância em Saúde no monitoramento da pandemia: - Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave; - Vigilância de óbitos; - Vigilância de Síndrome Gripal e Surtos; - Monitoramento das Unidades Sentinela.

3.3.2 - Programa de Imunização

As atividades de imunização são desenvolvidas de forma sistematizada e planejada para atender as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo erradicar, eliminar e controlar as doenças que são prevenidas com o uso de vacinas. Todas as vacinas são oferecidas gratuitamente a população de acordo com Calendários Básicos de Vacinação, conforme idades determinadas pelo Ministério da Saúde.

O programa visa à normatização das ações e atividades do Programa de Imunização, sejam elas referentes às campanhas de vacinação, vacinação de bloqueio na vigência de surtos e/ou epidemias bem como a vacinação de rotina; Controle e distribuição das vacinas, seringas e agulhas aos postos de vacinação; Avaliação, notificação e acompanhamento de eventos adversos associados à aplicação de vacinas; Acompanhamento no atendimento a vítimas de agressões por animais que podem transmitir a raiva aos humanos; Envio de documentação a Secretaria Estadual de Saúde, para avaliação e conduta sobre a exposição de vacinas a alterações Promoção da educação continua dos profissionais, garantindo a confiabilidade das ações desenvolvidas nas salas de vacinação; Acompanhamento das coberturas vacinais; Convocação de faltosos para a vacinação; Fornecimento de atestado de vacinação para a matrícula em instituições de ensino ou para fins empregatícios conforme calendário vacinal para a idade; Atendimento a população com registro das vacinas aplicadas em sistema informatizado; Digitação de informações sobre vacinação nos sistemas do Ministério da Saúde.

O programa programará um cronograma único de oferta das doses dos imunizantes, de modo a garantir a oferta dos imunizantes, sem deixar de garantir o melhor aproveitamento dos insumos. O calendário de imunização no município junto aos moradores. É articulado com a Secretaria Estadual de Saúde na estratégia das campanhas e para a cobertura em vacinas da parte da

população que requer atendimento obrigatório permanente. O programa funciona nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família, inclusive os agentes comunitários de saúde são capacitados para avaliação adequada dos cartões de vacina, assim como os enfermeiros e técnicos da rede tem capacitação sistemática para aplicação das vacinas disponíveis.

Serão implementados os Polos de Imunização distritais, que deverão realizar a gerência e capacitação do distrito correspondente, sempre tendo como referência a gerência de Imunização.

3.3.3 - Programa de IST/AIDS e Hepatites Virais

O programa atua na prevenção e no tratamento das IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), melhorando a qualidade de vida e interrompendo a cadeia de transmissão, tendo suas notificações sendo inseridas no SINAN. O Programa promove a orientação para a prática do sexo seguro, por meio de ações e iniciativas próprias ou em parceria, que promovam a orientação da prevenção e do diagnóstico precoce da infecção; realizam distribuição de material educativo (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, folders, prospectos entre outros insumos), bem como oferta dos testes para diagnóstico do HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C em livre demanda; com o objetivo de promover a disseminação dessas moléstias e de seus agentes de contágio e o diagnóstico precoce da doença em toda a rede do município.

Também oferece o exame de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, nas formas de teste rápido ou exame convencional e tem por objetivo fazer o diagnóstico precoce das IST principalmente as quatro que são oferecidos os exames, encaminhar para tratamento e assim quebrar a cadeia de transmissão destas doenças; para alcançar este objetivo organiza as campanhas de prevenção tanto nas UBS e ESF, praças e datas temáticas como por ex. Carnaval, dia da mulher, dia mundial de luta contra a aids, entre outras.

Observados os sintomas mais comuns, o primeiro atendimento dos casos suspeitos pode e deve ser feito em qualquer Posto de Saúde da Rede municipal de Saúde, na UPA de Inoã, Hospital Municipal Dr Ernesto Che Guevara, ou mesmo no Hospital Municipal Conde Modesto Leal, que tem um CTA – Centro de Testagem e acolhimento, que funciona 24 horas, todos os dias da semana.

3.3.4 - Programa Municipal de Combate a Tuberculose - PMCT

O programa tem por objetivo o controle da TUBERCULOSE, uma doença infecciosa que configura um sério problema de saúde pública no Brasil. Esta doença é detectada após o aparecimento de sintomas, associados ou isolados, como tosse por mais de três semanas (principal sintoma), catarro, febre, sudorese intensa, cansaço, dor no peito, falta de apetite e emagrecimento ou até

escarro com sangue (em casos extremos). Sabe-se que qualquer pessoa pode adoecer por tuberculose e ela, também, pode atingir outras partes do corpo, porém a tuberculose pulmonar é a principal forma da doença.

Os usuários que apresentem sintomas compatíveis com a doença devem procurar imediatamente a unidade básica de Saúde mais próxima de sua residência, onde serão avaliados e encaminhados ao PCT (Programa de Controle da Tuberculose), localizado no Serviço de Atenção Especializada (SAE), que se encarregará da notificação no SINAN, atendimento com especialistas, exames clínicos e diagnóstico.

A equipe do PCT (programa de controle da tuberculose) visa o atendimento aos pacientes com essa grave doença pulmonar, bem como a avaliação de seus contatos, com o intuito de diminuir/ impedir a cadeia de transmissão. Busca-se, ainda a diminuição da subnotificação de casos e o aumento da adesão dos pacientes ao tratamento.

Também atuam na capacitação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde) para detecção e encaminhamento precoce dos eventuais pacientes. Promovem diálogo com as unidades de emergência e internação para acompanhamento dos casos moderados e graves que necessitem deste atendimento e, executam exames preconizados para o diagnóstico e acompanhamento dos casos. Por fim, realiza-se a gestão dos sistemas de informação da tuberculose, no município, a fim de subsidiar a análise dos indicadores de saúde e promover ações de prevenção, combate e controle da doença no território.

3.3.5 - Programa Hanseníase

Tem como objetivo identificar, diagnosticar e tratar os casos de hanseníase. Observados os sintomas da doença como a sensação de formigamento, físgadas ou dormência nas extremidades; manchas brancas ou avermelhadas, geralmente com perda da sensibilidade ao calor, frio, dor e tato; áreas da pele aparentemente normais que têm alteração da sensibilidade e da secreção de suor; nódulos e placas em qualquer local do corpo; diminuição da força muscular entre outros, o usuário deverá procurar a unidade básica de saúde mais próxima da sua residência. Na unidade básica, o paciente será avaliado e referenciado ao Programa Municipal de Hanseníase, localizado no SAE - Serviço de Atendimento Especializado - onde será atendido pelo especialista, que se encarrega a notificação no SINAN, exames clínicos, diagnóstico, acompanhamento e tratamento.

A equipe multidisciplinar do PMH visa à realização da busca ativa para detecção de casos novos, tratamento supervisionado com poliquirioterapia (PQT), tratamento dos estados racionais e

outras complicações, Também investe na prevenção de incapacidades, de forma que o portador não sofra com o estigma que acompanha a doença, Outra ação do programa é a avaliação de contatos a fim de diminuir a cadeia de transmissão À educação em saúde para o usuário é fundamental para a redução do estigma e aproximação do sujeito à nova situação de vida e enfrentamento de limitações, bem como realização de capacitações permanentes com profissionais das UBS e EST.

Realiza-se, também, o gerenciamento do sistema Sinan de informações em Hanseniose e análise dos indicadores estratégicos do programa para fins de monitoramento e avaliação das ações e a divulgação de informações.

3.3.6 - Programa de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis

O programa tem por objetivo garantir atendimento permanente a pacientes com quadro de hipertensão crônica e diabetes.

Para ter acesso aos serviços do programa é preciso procurar um Posto de Saúde para avaliação clínica. Onde os pacientes são identificados e atendidos, sendo cadastrados para a obtenção de medicamentos e insumos, dispensados nas próprias unidades. Em certos casos, o apoio de outras áreas é necessário, como de cardiologista, endocrinologista, nutricionista, etc. O programa também orienta os usuários e promove ações educativas de prevenção dos fatores de risco, como obesidade, tabagismo, sedentarismo, etc. Os pacientes passam por exames apropriados e recebem os medicamentos que fazem parte da lista elaborada pelo Ministério da Saúde para distribuição gratuita.

O programa destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Permitindo conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população.

3.3.7 - Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – VISATT

É uma Unidade Municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por finalidade a promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Cabe a VISATT promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância.

Além disso, fazer busca ativa das notificações, assim como recebê-las das Unidades de Saúde do Município, investigá-las e inseri-las no Sinan.

Dentro da VISATT também contamos com o NUSSEM – Núcleo de Saúde do Servidor de Maricá, que se destina ao atendimento de todos os funcionários vinculados a prefeitura, e compondo sua equipe com enfermeira, técnica de enfermagem e psicólogos, e sendo o paciente encaminhado à outras especialidades, caso necessário. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Metropolitana II.2 –

CEREST É uma Unidade Regional do Sistema Único de Saúde (SUS) que abrange os municípios da Região Metropolitana II, Maricá (sede); Itaboraí, Tanguá; Rio Bonito e Silva Jardim. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, promovendo a integração da rede de serviços de saúde do SUS. Suas atribuições incluem o suporte técnico especializado aos municípios de sua abrangência apoiando a implantação/implementação de serviços e ações em saúde do trabalhador garantindo a participação popular na gestão, além de estruturar a rede de informações, apoiar estudos e pesquisas, capacitar recursos humanos e realizar convênios para os encaminhamentos dos trabalhadores vítimas de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho, quando necessário. Através do encaminhamento ou solicitação dos Serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora dos municípios da Região Metropolitana II.2, uma equipe multiprofissional irá avaliar o caso e dar o suporte necessário para a resolução do mesmo.

3.3.8 - Vigilância Sanitária- VISA

A Vigilância sanitária é o conjunto de ações capazes, de eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas, destacando principalmente o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, em todas as etapas do processo, da produção ao consumo, controlando os serviços direta ou indiretamente envolvem a saúde. Diante das realidades frentes à área da Vigilância em Saúde, a principal necessidade é o aumento de efetivo assim possibilitando o melhor desempenho e conseqüentemente atingindo índices mais satisfatórios.

Com a crescente demanda de utilização de produtos e serviços, e inovações tecnológicas, são evidentes as responsabilidades da Vigilância Sanitária na prevenção, proteção e promoção da saúde. Contudo, para tornar-se um verdadeiro instrumento de controle social e de defesa da cidadania, a atuação da Vigilância Sanitária é imprescindível.

A Vigilância Sanitária, está inserida na Coordenação de Vigilância em Saúde, exercendo a fiscalização de produtos e serviços, através de uma equipe multiprofissional composta por veterinários, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionista e arquiteto. Esta equipe trabalha integrada com os diversos setores da Prefeitura, estabelecendo contato com as equipes de Vigilância em Saúde que atuam junto ao Programa Médico de Família, Associações de Moradores, Básicas de Saúde, Coordenação das Escolas Estaduais e Municipais, Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria de Ação Social entre outras que, notificam imediatamente a Vigilância Epidemiológica e Sanitária a ocorrência de agravos de relevância para a Saúde Pública.

Essa equipe multiprofissional de fiscalização sanitária promove fiscalização / licenciamento de estabelecimentos de: alimentos, medicamentos e serviços de saúde.

A vigilância sanitária tem como finalidade a intervenção sobre todos os aspectos que possam afetar à saúde dos cidadãos, decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção o consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Ações básicas

1. Intervenções em estabelecimentos comerciais de correlatos, saneantes domissanitários, cosméticos, perfumes e produtos de higiene;
2. Estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação
3. Laboratórios ou oficinas de prótese dentária;
4. Estabelecimentos comerciais de ótica;
5. Estabelecimentos médicos-veterinários;
6. Estabelecimentos de tatuagem e de piercing;
7. Estabelecimentos de fisioterapia;
8. Estabelecimentos de comércio de artigos médico-hospitalares e odontológicos;
9. Institutos de esteticismo e congêneres;
10. Institutos de beleza e estabelecimentos congêneres;
11. Academias de ginástica, musculação, condicionamento físicos e congêneres;
12. Estabelecimentos de comércio de gêneros alimentícios;

-
13. Comércio de produtos saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene;
 14. Estabelecimentos de ensino/creches;
 15. Locais de uso público restrito: Cemitério/Necrotério; Estabelecimentos Funerários; Terreno Baldio; Estações Rodoviárias.

Ações em comércio farmacêutico

1. Drogarias e farmácias com ou sem manipulação;
2. Farmácias e Dispensários de medicamentos de estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação

3.3.9 - Vigilância Ambiental- VIAMB

Tem como função buscar a identificação de situações de risco ou perigos no ambiente que possam causar doenças, incapacidades e mortes, com o objetivo de se adotar ou recomendar medidas para a remoção ou redução da exposição a essas situações de risco, através de notas técnicas divulgadas na rede de saúde.

São fatores de risco a saúde aqueles decorrentes de qualquer situação ou atividade no meio ambiente, principalmente os relacionados à organização territorial e ao ambiente construído. A avaliação das fontes de risco saúde nos locais e processos de trabalho, determinando a adoção das providências para eliminação ou redução dos riscos. A vigilância ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde. As ações neste contexto têm privilegiado, por exemplo, o controle da potabilidade da água para consumo humano, estratégia de ação em caso de desastres naturais, avaliação da qualidade do ar, do solo e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores.

Responsável pelo controle de agravos e doenças transmitidas por animais (zoonoses), por meio do controle de pragas urbanas e pelo monitoramento dos agravos referentes às populações de animais domésticos como cães e gatos, gerando notificações na base de dados do SINAN. Promove anualmente a prevenção de doenças Infectocontagiosas por meio de investigações de casos notificados, recebidos pela Vigilância Epidemiológica, através também de ações de busca ativa, testagem de animais suspeitos de leishmanioses, vacinação antirrábica, e também o tratamento medicamentoso dos animais acometidos dor esporotricose, através do Programa Municipal de Controle da Esporotricose Animal.

3.3.10 - Programa Municipal de Combate a Dengue- PMCD

Tem como principal foco regular o controle do vetor *Aedes Aegypti*, mosquito transmissor da Dengue. O PMCD utiliza-se do modelo adotado pela SES, dividido em agentes visitantes, equipe de reconhecimento geográfico, equipe de ponto estratégico/UBV, equipe de laboratório, e equipe de mobilização em saúde.

Os agentes visitantes atuam em áreas específicas levando educação ambiental para a população, além de eliminar/tratar focos do vetor nos logradouros, já a equipe de ponto estratégico atua em pontos denominados como passivos, onde há monitoramento e tratamento dos vetores, como ferro velho por exemplo.

Já a tecnologia UBV (ultra baixo volume) que corresponde a equipamentos para aspersão a frio de inseticida em micro volumes, lançados em grande velocidade. Dada essa característica do equipamento, a fração de inseticida lançada tem a capacidade de percorrer dezenas ou centenas de metros, e devido ao baixo peso, permanecer bastante tempo precipitando, favorecendo assim o encontro desse inseticida com os insetos alvos.

São conhecidos dois tipos desse equipamento, a UBV veicular, que trabalha acoplada a uma viatura, e a UBV costal, que é transportada e manobrada por uma pessoa. Com a utilização dessa tecnologia em períodos de epidemia de dengue procura-se eliminar, com alto rendimento, os mosquitos que estão transmitindo a dengue numa área, uma vez que o inseticida lançado deve alcançar o interior e o entorno dos imóveis, habitat desses mosquitos.

As ações do programa foram reforçadas pela contratação de novos Agentes de Combate a Endemias e a capacitação deles antes de iniciar o trabalho de campo. A principal orientação é para que o morador esteja sempre atento a eliminar água parada em recipientes que possam acumular água da chuva, especialmente resíduos em quintais, pratos de vasos e manter com tampas os reservatórios.

O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor do município. Realizando o diagnóstico das condições de vida e saúde da população do seu território de atuação, de forma articulada com profissionais da atenção básica, por sua vez, desenvolve um trabalho integrado com a vigilância em saúde e a atenção básica no território. Além disso, realiza ações de promoção e prevenção à saúde dos indivíduos e das famílias na lógica da vigilância em saúde a partir de uma visão

interdisciplinar e globalizada, promovendo estratégias para mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas da saúde e socioeducacional.

3.4 CORONAVÍRUS (COVID-19)

O ano de 2020 foi um ano mundialmente atípico, devido à disseminação do novo Coronavírus (COVID-19) em escala pandêmica, sendo o registro do primeiro caso no Município no mês de março. Essa situação foi classificada pela organização Mundial da Saúde (OMS) como Emergência de Saúde Pública de Impacto Internacional (ESPII), exigindo muitas medidas de prevenção e enfrentamento da doença entre a população.

Desde o surgimento dos primeiros casos suspeitos no Município, várias ações foram desencadeadas pela gestão local, com o objetivo de reduzir o impacto da pandemia na população e preparar a rede de assistência para enfrentamento da epidemia.

Tabela 19 - Casos de COVID 19 confirmados, por Município de residência, segundo Mês da notificação

Mês da notificação	Total
2020/03	14
2020/04	235
2020/05	431
2020/06	1.099
2020/07	1.107
2020/08	1.108
2020/09	647
2020/10	609
2020/11	1.132
2020/12	1.355
2021/01	1.091
2021/02	543
2021/03	1.168
2021/04	1.650
2021/05	1.525
2021/06	907
2021/07	1.277
2021/08	1.049
2021/09	739
2021/10	326
2021/11	239
2021/12	187
Total	18.438

Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (CIEVS-RJ) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Tabela 20 - Número de Óbitos confirmados por Município de residência segundo Mês do óbito

Mês do óbito	Total
Ignorado	4
2020/03	1
2020/04	19
2020/05	34
2020/06	18
2020/07	22
2020/08	25
2020/09	26
2020/10	26
2020/11	23
2020/12	34
2021/01	25
2021/02	32
2021/03	52
2021/04	103
2021/05	97
2021/06	58
2021/07	37
2021/08	38
2021/09	38
2021/10	20
2021/11	5
2021/12	1
Total	738

Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (CIEVS-RJ) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Tabela 21 - Número de doses aplicadas por Município de residência segundo Mês de aplicação – Vacinação COVID -19

Mês de aplicação	Total
2021/01	1.562
2021/02	3.940
2021/03	12.437
2021/04	28.563
2021/05	18.679
2021/06	21.820
2021/07	37.649
2021/08	41.230
2021/09	36.560
2021/10	26.421
2021/11	22.848
2021/12	16.610
Total	268.319

No tempo recente a Saúde da humanidade apresentou peculiaridades devido à contaminação pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2), que tomou proporções pandêmicas, conforme declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, devido à gravidade e rápida disseminação geográfica. Em pouco tempo, o Evento de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) chegou ao Brasil e o Ministério da Saúde conferiu ao mesmo a importância de Evento de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e foram acionadas medidas sanitárias urgentes de prevenção e enfrentamento.

Considerando o panorama da Saúde, os serviços foram reorganizados para lidar com a situação sem precedentes epidemiológicos quanto à alarmante velocidade de contaminação, sem, contudo, negligenciar as demais demandas de saúde que não deixaram de coexistir. A política municipal de saúde tem procurado fortalecer a Atenção Básica com ampliação de oferta de novos serviços que atendam às necessidades da comunidade, desenvolvidos por equipes multiprofissionais, com foco na excelência e aprimoramento contínuo do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde. Enfim, considerando a conjuntura extraordinária de Saúde em que o PMS é elaborado, a gestão encontra no fortalecimento da Atenção Básica estratégia eficaz para dar respostas não só ao momento, uma vez que essa represente o principal acesso da população à Rede de Atenção à Saúde, mas com olhar mais prospectivo, quando o sistema de Saúde terá que arcar com as medidas de recuperação e redução de danos por conta das sequelas em larga faixa populacional acometida pelo COVID-19 no momento pós pandemia.

4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Rede de Atenção à Saúde de Maricá é organizada de forma hierarquizada sendo a Atenção Primária em Saúde a porta de entrada no sistema local.

A Rede SUS de Atenção à Saúde conta com 24 Unidades Básicas de Saúde que , 01 Posto de Saúde, 01 Ambulatório de Especialidades, 01 Serviço de Assistência Especializada, 1 Centro de Diagnóstico e Tratamento, 2 Hospitais Gerais onde 1 deles dispõe de Serviço de Maternidade de Risco Habitual, 3 Unidades de Pronto Atendimento, 3 Unidades Móvel Pré Hospitalar na Área de Urgência, 1 Central de Regulação do Acesso, além da Rede de Atenção Psicossocial que conta com 1 CAPS II, 1 CAPSI, 1 CAPS-AD, 2 Serviços de Residência Terapêutica e 4 Ambulatórios multiprofissionais de Saúde Mental.

O território da cidade encontra-se dividido em 04 áreas distritais onde os serviços de atenção primária têm crescido nos últimos anos gradualmente, em dezembro de 2021 a cobertura de atenção primária municipal alcançou 89,98% da população contando com 55 (cinquenta e cinco) equipes Saúde da Família que são ordenadoras do processo de cuidado em saúde, responsáveis pelo atendimento dos usuários de seu território assistencial, e ainda com 1(uma) equipe de Consultório da Rua, 01 (uma) equipe Multidisciplinar Saúde Indígena, 2 (duas) equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, 01 (uma) Equipe Multidisciplinar de Apoio a Atenção Domiciliar, 13 (treze) equipes de Saúde Bucal, 01 (uma) equipe de Consultório na Rua , 6 (seis) equipes de NASF com serviços de Práticas Integrativas e Complementares.

4.1 Atenção Primária à Saúde

A organização da saúde local define a Atenção Primária em Saúde como a principal porta de entrada e ordenadora do sistema, através da oferta de ações e serviços públicos de saúde resolutivos que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

4.2 Políticas e Programas que Compõem as Linhas de Cuidado

4.2.1. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), denominadas pela Organização Mundial de Saúde como Medicinas Tradicionais e/ou Complementares, foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. As práticas integrativas e complementares trazem, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso à práticas de cuidado que tem em sua essência um outro olhar sobre o indivíduo e sobre o processo saúde-doença.

No município a oferta de serviços de PIC's, ocorre através do NASF com suas 6 equipes multiprofissionais distribuídas pelos distritos.

4.2.2. Programa de Tabagismo

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, motivando fumantes a deixarem de fumar e permitindo o acesso do mesmo ao tratamento da dependência da nicotina.

O programa visa a conscientização sobre os riscos do tabaco, oferece apoio aos participantes para o abandono do fumo, com informações e estratégias para ajuda-los e seus próprios esforços. Para evitar ou reduzir os efeitos da abstinência, o programa promove a reposição de nicotina via medicamentos, entre os quais o adesivo, as pastilhas e a goma. O paciente participa de quatro sessões de grupo (de 1h cada), uma vez por semana, onde recebem atenção individual, orientações estratégicas, informações gerais e específicas sobre o problema, revisão e discussão do seu estado e tarefas para realizar. Após as quatro sessões, os participantes continuam usando os medicamentos por aproximadamente 3 meses. Atualmente, há a oferta do serviço no Posto Central e no Ambulatório Municipal de Especialidade.

4.2.3. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

O Programa inicialmente contemplava um público extremamente extenso que incluía as mulheres, as crianças e os adolescentes. Foi dividido em programas que atendem grupos mais específicos. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISCA) é voltado para o desenvolvimento das ações que compreendem todo o ciclo de vida feminino voltadas para prevenção de câncer de colo de útero e mama; Incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas; Redução da mortalidade materna; Diminuição da gravidez na adolescência.

O programa atua na prevenção do câncer ginecológico (cérvico uterino e mama), no pré-natal (de baixo e alto risco), no pós-parto (puerpério); no tratamento oportuno das doenças ginecológicas, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, no planejamento familiar, na atenção à passagem do período reprodutivo para o não reprodutivo (climatério); na atenção em grupo às gestantes, às mães e na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

4.2.4. Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

O programa realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil desde o nascimento até aos 2 anos de idade (Puericultura) , oferta a realização de testes do pezinho, olhinho e orelhinha (triagem neonatal); vacinação (BCG, hepatite B e outras); consultas pediátricas; ações de assistência, promoção e prevenção da saúde da criança e do Adolescente.

Dentre as ações do PAISCA destacamos como objetivos principais a redução da mortalidade infantil, da morbidade por causas evitáveis e a diminuição da gravidez na adolescência.

4.2.5. Planejamento Familiar

Têm como finalidade prevenir a gravidez não planejada, as gestações de alto risco e a promoção de maior intervalo entre os partos, o planejamento familiar proporciona maior qualidade de vida ao casal. Inclui oferta métodos contraceptivos gratuitos. Ajuda ao paciente entender a metodologia mais adequada que será feita pela paciente, após entender os prós e contras de cada um dos métodos. Orienta aos usuários ao acesso a vasectomias e laqueaduras, métodos definitivos de contracepção, bem como a preservativos e outros tipos de anticoncepcionais.

4.2.6. Programa de Atenção a Saúde do Idoso

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso foi implantado no município com objetivo de melhorar a qualidade de vida e dar mais acesso a população idosa de Maricá, garantindo assim o direito do Idoso e a política de humanização na área de saúde.

São realizados atendimentos domiciliares, por uma equipe multidisciplinar (Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo) em caráter ambulatorial com objetivo de acompanhar e assistir o paciente na maioria das vezes acamados, em suas patologias, de forma continuada. Caso o idoso não seja cadastrado são encaminhados a gerencia do programa, não precisa passar pela secretaria de saúde. O idoso será avaliado por quem é de competência, nem sempre será a assistente social.

Atendimento domiciliar a idosos, crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo, sendo assistência de equipe multiprofissional gratuita, com cuidados mais próximos da família. O programa também ajuda a reduzir as filas nos hospitais de emergência, já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família. Melhora e amplia a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto

da família. Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação poderão ser atendidos em casa, e terão redução dos riscos de contaminação e infecção.

4.2.7 Programa Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), tendo como objetivo a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade dos homens entre 20 e 59 anos de idade nos seus diversos contextos.

Essa política vem ao encontro da equidade de gênero que se faz presente na agenda mundial há mais de duas décadas, sendo o Brasil um dos países pioneiros em instituir a Saúde do Homem enquanto área técnica do governo federal. As diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens morrem mais cedo, morrem principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares, possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes, procuram menos os serviços de saúde, por limitação de tempo e, principalmente, pela falsa autopercepção da sua infalibilidade física e mental.

Dessa forma o programa tem por finalidade facilitar e ampliar o acesso e acolhimento da população masculina aos serviços de saúde. Buscando romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde, através de uma equipe multidisciplinar buscando orientar aos usuários da melhor maneira possível sobre saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de Violências e Acidentes. A coordenação do programa exerce suas atividades no Centro de Diagnostico e Tratamento.

4.2.8 Pólo de Ostomizados

O Polo dos Ostomizados tem como objetivo prestar assistência especializada de natureza interdisciplinar, as pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e pele periestomal e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança mensalmente. Nosso serviço atende prioritariamente a pessoas com ostomias do sistema digestório e urinário (Colostomias, Ileostomias e Urostomias).

4.2.9 Programa de Saúde Indígena

O programa tem como finalidade fazer o acolhimento às aldeias indígenas da região, promovendo o acesso às ações e serviços públicos de saúde da rede de saúde aos índios. Utiliza a estratégia de Saúde da Família como porta de entrada ao sistema fazendo o acompanhamento dos membros da tribo. Oferta acompanhamento de: pré-natal, puericultura, de doenças mais frequentes, pacientes crônicos, vacinação e ações de promoção a saúde e prevenção de doenças, além de acompanhar e supervisionar tratamentos de curta e longa duração; prestar apoio em eventos das aldeias.

4.2.10 Programa de Saúde da População Negra

Programa em fase de implantação e ampliação voltado para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e tratamento das doenças que acometem a população negra.

4.3 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal é formada por dispositivos integrados e hierarquizados. Conta com 01 CAPS II, 01 CAPSi, 01 CAPS AD, 02 Residências Terapêuticas, 04 Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental. Tem como proposta a alteração da qualificação da totalidade dos CAPS para tipo III, além da habilitação de leitos psiquiátricos no Hospital Conde Modesto Leal.

4.4 Atenção Ambulatorial Especializada

O município encontra-se dividido em 04 áreas distritais e a programação da gestão é descentralizar a assistência especializada para a totalidade dos distritos, facilitando o acesso e ampliando a oferta de ações e serviços públicos de saúde.

Cada distrito contará com rede primária e rede especializada para realização de consultas e exames de forma descentralizada.

4.5 Assistência Hospitalar

A rede hospitalar atualmente conta com 2 hospitais gerais e tem planejamento de ampliação incluindo hospital Materno Infantil e hospital geral no 4º distrito.

4.6 Rede de Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) municipal é formada por 01 UPA, 01 Unidade de Pronto Atendimento (Santa Rita), 01 Emergência no Hospital Conde Modesto Leal, 02 bases do SAMU (Centro e Itaipuaçu) dispendo de 02 Ambulâncias Básicas, 01 Ambulância Avançada e 01 Motolância. A RUE contará com ampliação de sua rede para os distritos, como previsto pela gestão da saúde.

4.7 Assistência Farmacêutica

A Central de Abastecimento Farmacêutica conta com farmacêuticos trabalhando nos fluxos da CAF e diretamente com a assistência farmacêutica nas Unidades de Atenção Básica. O quantitativo de farmacêuticos vem sendo ampliado para atender as necessidades das unidades básicas de saúde que contam com dispensação local de medicamentos.

Os fluxos assistenciais na CAF são iniciados pela seleção de medicamentos que fazem parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Nesta relação estão todos os medicamentos padronizados no município nas formas farmacêuticas e posologias, mais adequadas e buscando atender com abrangência o perfil epidemiológico municipal.

Na CAF também é realizada toda distribuição de medicamentos e materiais médicos para todo o município.

Os farmacêuticos da CAF também atendem os profissionais de saúde para qualquer esclarecimento técnico, principalmente profissionais do ambulatório. Além do atendimento a fiscalização, seja da Vigilância Sanitária, do Conselho Regional de Farmácia e outros órgãos fiscalizadores competentes.

5. GESTÃO EM SAÚDE

A lei orgânica de saúde, Lei MS nº 8080 de 19 de setembro de 1990, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, instrumentalizou o funcionamento do SUS com a regulamentação das ações e serviços de saúde e definiu os seus princípios. Entre os princípios do SUS, destacam-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, descentralização político-administrativa, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das

três esferas de gestão, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a organização dos serviços públicos.

A Secretaria Municipal de Saúde busca através do Planejamento de suas ações e investimentos organizar o Sistema local de saúde em conformidade com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde.

5.1 - Planejamento em Saúde

O Planejamento em Saúde é fundamental para orientar a tomada de decisão da gestão. A partir do Planejamento das ações com definição de metas a serem alcançadas determinam as prioridades de investimento.

O serviço de Planejamento é responsável pela elaboração e avaliação e monitoramento dos instrumentos de gestão. Os instrumentos básicos são: Plano Municipal de Saúde, Programações Anuais de Saúde, Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e Relatório Anual de Gestão.

5.2 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Os objetivos de desenvolvimento sustentável se constituem em um pacto global assinado durante a Cúpula das Nações Unidas em 2015 pelos 193 países membros. A agenda é composta por 17 objetivos ambiciosos e interconectados, desdobrados em 169 metas, com foco em superar os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no Brasil e no mundo, promovendo o crescimento sustentável global até 2030.

Os Objetivos servem como base para a elaboração das metas do Planejamento a Saúde, podendo articulá-los com as seguintes metas previstas neste Plano:

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	METAS CORRESPONDENTES PREVISTAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos	Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil;
	Reativar o Grupo Condutor da Rede Cegonha Municipal garantido o monitoramento e avaliação do cuidado no pré-natal, parto e puerpério.
	Qualificar a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, monitorando o acesso das gestantes às consultas de pré-natal;
	Garantir o número preconizado de consultas de pré-natal realizadas por gestante;

	Garantir o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação;
3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos	Garantir o atendimento em tempo oportuno a recém-nascidos na Atenção Primária;
	Realizar acompanhamento de crianças de 0 à 24 meses, através de consulta de puerperal;
	Realizar busca ativa de crianças faltosas a consulta puerperal;
	Implantar o teste rápido de sífilis em todos os serviços de atendimento à gestante;
	Garantir o diagnóstico precoce da sífilis nos serviços públicos que realizam pré-natal;
	Treinar as equipes para a administração da Penicilina Benzatina e nas ações dos efeitos adversos;
	Equipar os serviços de saúde que realizarão o tratamento da sífilis;
	Proporcionar o acesso a vacinas do Calendário Nacional de Vacinação
3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis	Realizar ações para atingir a cobertura ideal das vacinas pactuadas;
	Ampliar o SAE - local para atendimento da Tuberculose, da hanseníase e IST's
	Qualificar as equipes da APS para identificação e busca ativa de casos de hanseníase na população
	Qualificar as equipes da APS para identificação e busca ativa de casos de Tuberculose na população
	Manter testagem IST 24h para gestantes no CTA por demanda espontânea.
	Manter testagem IST 24h para gestantes que derem entrada na maternidade – H.M.C.M.L.
3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar	Realizar coletas de água do programa VIGIAGUA
	Implementar a vigilância das Doenças Crônicas não transmissíveis;
	Formular e implantar 12 (doze) linhas de cuidados prioritárias (Diabetes, Doença Cardiológica, Doença Respiratória Crônica, Doença Falciforme, Câncer, Depressão/Risco de suicídio, Transtornos de Ansiedade, Sífilis, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites)
3.5 - Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool	Qualificar serviços de Atenção Psicossocial para atendimento 24 horas (CAPS AD)
3.6 - Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas	Implantar núcleos distritais de investigação, análise e assistência dos casos suspeitos de violência e maus tratos.
3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	Realizar Protocolo e Fluxograma para prescrição e dispensação de métodos contraceptivos;
	Capacitar as e USF para a realização de grupos de planejamento sexual e reprodutivo;
	Reduzir a gravidez não planejada com a ampliação da distribuição de métodos contraceptivos;
	Ampliar a distribuição do DIU de cobre
3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de	Implantação dos Polos de Imunização Distritais – extensão da Rede de Frio

saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos	Atingir a cobertura vacinal das vacinas do ciclo básico
	Atingir a demanda vacinal das vacinas do ciclo básico – nas condições extramuros
3.9 - Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo	Plano Municipal VIGIAR
3.a - Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado	Capacitar 100% das USF e CAPS para a oferta do tratamento para Tabagismo.
5.2 - Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos	Implantar núcleos distritais de investigação, análise e assistência dos casos suspeitos de violência e maus tratos.
	Qualificar as notificações de casos suspeitos de violência autoprovocada e interpessoal
	Garantir a participação da Sociedade civil e outros órgãos em ações conjuntas da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em relação ao combate do trabalho escravo.
	Programar campanha de sensibilização para combate e identificação do trabalho escravo
5.6 - Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão	Realizar Protocolo e Fluxograma para prescrição e dispensação de métodos contraceptivos;
	Capacitar as ESF para a realização de grupos de planejamento sexual e reprodutivo.
	Reduzir a gravidez não planejada com a ampliação da distribuição de métodos contraceptivos;
	Ampliar a distribuição do DIU de cobre
6.3 - Até 2030, melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a liberação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo à metade a proporção de águas residuais não tratadas e aumentando substancialmente a reciclagem e reutilização segura globalmente	Realizar coletas de água do programa VIGIAGUA
16.1 - Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares	Implantar núcleos distritais de investigação, análise e assistência dos casos suspeitos de violência e maus tratos.
	Qualificar as notificações de casos suspeitos de violência autoprovocada e interpessoal

5.3 – Conselho Municipal de Saúde (CMS) – Controle Social

O controle social é um processo no qual a população participa, por meio de representantes eleitos, normalmente nas Conferências de Saúde, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas de saúde.

O controle social pode ser entendido como a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública, a apropriação pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (CORREIA,

2000). Além disso participa da elaboração da política de saúde local e acompanha seu desenvolvimento.

O Conselho Municipal de Saúde de Maricá foi criado pela Lei 1083, de 12 de maio de 1992. Atualmente, o CMS é composto por 16 conselheiros sendo 08 representantes do segmento de usuários, 4 do segmento de profissionais de saúde, 01 prestador de serviços e 03 gestores. Atualmente, o Conselho é presidido por um representante do segmento de profissionais de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde tem buscado assegurar condições de funcionamento do conselho provendo espaço físico, infra-estrutura e recursos humanos próprios para o conselho. Compete ao conselho municipal discutir, elaborar, planejar e deliberar quanto a política municipal de saúde, inclusive quanto a aplicação financeira.

As reuniões são mensais e ocorrem nas últimas quintas-feiras de cada mês.

5.4 - Financiamento em saúde e Planejamento Orçamentário

Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o SUS deve ser 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. Com a implementação do modelo de descentralização / municipalização da gestão das ações e dos serviços de saúde, transferindo ao município, os recursos e as responsabilidades pela definição e operação da política local de saúde, surgiu a necessidade da utilização de instrumento de gestão que garantisse o uso adequado desses recursos específicos, transferidos da União, do Estado e do próprio município, para custeio e investimentos na saúde local. Além de ter que assegurar a aplicação desses recursos, exclusivamente na saúde, esse instrumento deveria ser gerido de forma racional, democrática, transparente e com participação da comunidade.

A Emenda Constitucional Nº 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar Nº141/2012, definiu a participação das esferas de governo no financiamento do SUS, determinando aos Estados um percentual mínimo de 12% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, a serem destinadas à saúde, e, para os municípios, um percentual de 15%. Já a União, conforme EC Nº 95/2017, a partir de 2018, passou a ser calculado pelo valor da Despesa Paga + Restos a Pagar Pago no exercício anterior corrigido pela inflação.

Entre o montante da receita que deve ser considerada como base de cálculo para destinação dos 15% para a Saúde, estão compreendidos os impostos do Município, como IPTU, ISS, ITBI, IRRF, ITR acrescidos dos juros e multas provenientes dos mesmos. Entre as Transferências Constitucionais e Legais, por parte da União há a Quota-parte do FPM, a Quota- parte do ITR e as

Transferências da Lei Complementar Nº 87/1996. No âmbito estadual, há transferências para o Município da Quota-parte do ICMS, Quota-parte do IPI-Exportação, Quota-parte do IPVA, entre outras.

Para receber recursos financeiros, transferidos da União e do Estado para a saúde, a Lei Federal 8.142/90 determina que, em cada município, seja criado, por lei específica, o Fundo Municipal de Saúde – FMS, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS.

Diante dessa exigência, o Município de Maricá, através da Lei nº 03/1991, instituiu o Fundo Municipal de Saúde de Maricá, diretamente vinculado e administrado pelo Secretário Municipal de Saúde.

O financiamento federal, antes composto pelos Blocos de Financiamento instituídos pela Portaria Nº 204/2007 e posteriormente acrescido do Bloco de Investimento, pela Portaria Nº 837/2009, foi, mais uma vez, alterado, desta feita, pela Portaria Nº 3992/2017, sendo que, a partir de janeiro de 2018, os recursos ficaram organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- I. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II. Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde;

Os Blocos passaram a ter nova denominação, a partir da Portaria Nº 828, de 17 de abril de 2020, sendo, então, denominados:

- I. Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio); e
- II. Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento).

Os recursos que compõem cada Bloco são transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco e mantidas em instituições financeiras oficiais federais.

Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio bloco, observando também:

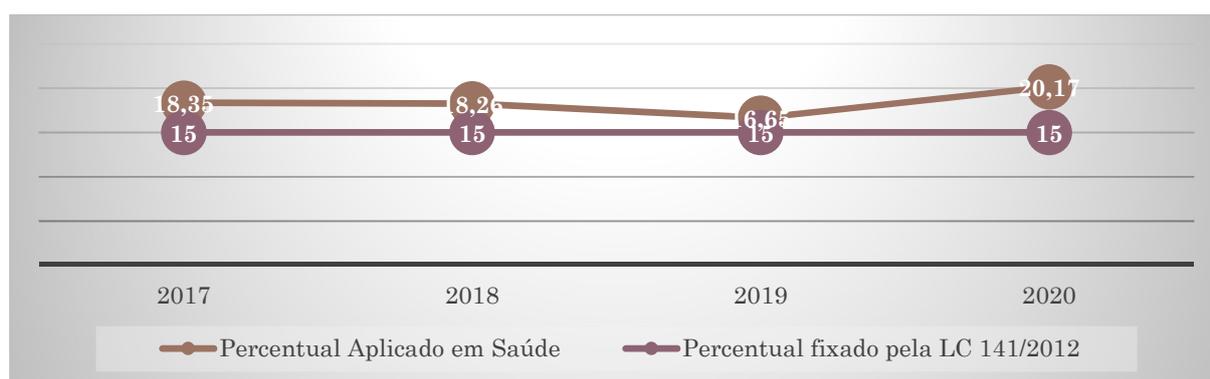
- I. Que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e
- II. O cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias e resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS.
- III. Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento geral da União, ao final do exercício financeiro.

O Fundo Nacional faz as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por Grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

- I. Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde
 - a) Atenção Básica;
 - b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
 - c) Assistência Farmacêutica;
 - d) Vigilância em Saúde; e
 - e) Gestão do SUS.
- II. Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde
 - a) Atenção Básica
 - b) Atenção Especializada
 - c) Vigilância em Saúde;
 - d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e
 - e) Gestão do SUS

A constituição estabelece que o município deve repassar 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais em gastos com saúde. Maricá executou, em 2017 18,35% com ASPS, e nos exercícios seguintes o investimento se manteve acima dos 15%, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 12 - Percentual de recursos Próprios Aplicados em Saúde, 2017 à 2020 – Maricá.



Fonte: SIOPS

Há de se considerar também o Plano Plurianual como instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da administração pública.

Por meio do Plano Plurianual, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de quatro anos e os caminhos trilhados para viabilizar as metas previstas, inclusive da Secretaria de Saúde. Dessa forma o Plano Municipal de Saúde foi elaborado em consonância com o plano orçamentário, ou seja, o PPA 2022-2025.

5.5 Ouvidoria

A Ouvidoria da Saúde é um canal de comunicação do cidadão com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo um mecanismo institucional de cidadania no qual as pessoas expressam suas sugestões, reclamações, denúncias ou elogios. Esta participação dos usuários no sistema de saúde fortalece o controle social e contribui com o processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde.

Com o objetivo de propiciar uma resolução adequada às questões apresentadas pelos cidadãos, a Ouvidoria da Saúde efetua o encaminhamento, realiza o acompanhamento da demanda, e faz o retorno ao usuário com as orientações necessárias.

Os registros feitos por meio da Ouvidoria da Saúde orientam ações e a gestão das políticas públicas do Sistema Único de Saúde no Município.

5.6 Judicialização em Saúde

A ocorrência corriqueiramente designada *judicialização da saúde*, refere-se às demandas judiciais em que são levadas ao arbitro do Poder Judiciário pretensões em face do Estado fundamentadas no direito à saúde consagrado pela Constituição Federal de 1988, especialmente por seu artigo 196 em que se consagra que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. É com fundamento nessa e nas demais disposições constitucionais sobre o tema que predomina na doutrina e na jurisprudência o entendimento de que há obrigação estatal de prover integral acesso a tratamentos de saúde aos indivíduos, exigível em juízo de todos os entes federativos, conjunta ou separadamente.

Embora seja viável argumentar que esse fenômeno induz aprimoramento da gestão do Sistema Único de Saúde, pois em muitos casos os pacientes são forçados a se socorrer do Judiciário para verem cumpridas as relações de medicamentos e serviços formalmente instituídas, observou-se, contudo, aumento significativo de demandas que, sob o argumento de consagrar aos indivíduos direito previsto constitucionalmente, acabam por impactar a organização de todo o sistema, já que muitas vezes subvertem a ordem de atendimento estabelecida com base em

critérios técnicos e concedem acesso a procedimentos e insumos não disponíveis em detrimento da utilização prioritária dos tratamentos incorporados.

Por óbvio que, além de impactar negativamente na organização do sistema, tais demandas acabam por gerar impactos financeiros significativos para a gestão e, por conseguinte, para todas as políticas públicas, vez que o orçamento público é finito.

Ademais, esse aumento exponencial da judicialização da saúde exigiu da Secretaria Municipal de Saúde a sistematização de processos capazes de viabilizar o cumprimento das determinações e a prestação de informações técnicas para auxiliar a defesa dos interesses da Administração, bem como a parametrização das informações apuradas de forma a subsidiar a constante avaliação das políticas públicas, por exemplo, alternativas terapêuticas disponíveis pelo SUS ao pedido do autor, a existência de medicamentos genéricos e de similares, medicamentos e outros insumos ofertados no SUS, com o encaminhamento dos requerentes aos responsáveis pelo fornecimento informando sobre as competências de cada ente da federação na política de dispensação de medicamentos e materiais.

6. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os processos de monitoramento e avaliação são complementares entre si, devem acontecer durante o processo de desenvolvimento e execução e estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, permitindo o ajustamento de ações que convirjam para os objetivos.

Por meio da Programação Anual de Saúde (PAS) são elaboradas as ações que serão realizadas ano a ano, para o alcance dos objetivos e metas aprovados no Plano Municipal de Saúde, previamente aprovado para execução no período de 4 anos. A PAS é avaliada durante o ano quanto à realização das ações e o resultado da avaliação é subsídio para a PAS do ano seguinte, mantendo e/ou adequando ações que ainda sejam oportunas, suprimindo outras e elaborando novas, conforme a necessidade, tomando por base o Plano Municipal de Saúde do quadriênio vigente.

O processo de monitoramento e avaliação do Plano de Saúde (PS) possibilita a identificação de problemas durante a execução do mesmo, além do controle de prazos e tomada de decisões em tempo oportuno. Os indicadores pactuados são monitorados e avaliados trimestralmente, sendo apresentados ao Conselho Municipal de Saúde em reuniões ordinárias e em Audiências Públicas, e fazem parte

do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Desta forma, de acordo com a avaliação, podem ser tomadas medidas ou feitas intervenções oportunas para o alcance das metas pactuadas respectivas aos indicadores.

A prática de monitoramento e avaliação na rotina dos serviços vem sendo aperfeiçoada pelo SUS e é um efetivo instrumento para planejamento das ações de saúde e utilização mais eficiente dos recursos financeiros.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) também apresenta os indicadores do ano a que se refere e é, da mesma forma, submetido à aprovação do CMS. O RAG apresenta a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados, compila os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

7 - DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

DIRETRIZ 1 - Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e geração e de ciclos de vida, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no território.					
Objetivo 1.1 - Fortalecer a APS promovendo acessibilidade e equidade nas redes de atenção à saúde.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Realizar o diagnóstico de adequação estrutural de 100% das unidades de saúde da rede realizado levando em consideração a legislação vigente;	% de unidades de saúde com o diagnóstico de adequação estrutural realizado levando em consideração a legislação vigente	100%	100%	100%	100%
Reformar e ampliar 24 Unidades de Saúde da Família adequando-as aos parâmetros de ambiência estabelecidos;	% de unidades com estrutura física adequada aos parâmetros mínimos estabelecidos	4	10	8	2
Construir e inaugurar três unidades de Saúde da Família;	Número de Unidade de Saúde da Família construída e inaugurada.	0	1	1	1
Manter as equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas;	Número de Equipes de Saúde da Família implantadas	54	54	54	54
Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária;	Número de pessoas cadastradas nas unidades de Saúde da Família	3.500	3.500	3.500	3.500
Solicitar e manter atualizado o registro para funcionamento (Licença Sanitária e Alvará) dos estabelecimentos da Atenção Primária;	Proporção de Unidades de Saúde da Família com registro regular para funcionamento (Licença Sanitária e Alvará)	0%	5%	70%	100%
Reduzir o número de imóveis alugados pela Secretaria Municipal de Saúde, visando reduzir gastos com estabelecimentos com estrutura física inadequada, através da adesão à Programas como Requalifica UBS para ampliação e construção de UBS;	Número de imóveis alugados para equipes de Atenção Primária	7	5	3	0
Ampliar a oferta de consultas e procedimentos nas unidades de atenção primária;	Proporção de equipes que realizam o mínimo de 70% dos serviços elencados no rol previsto para a Atenção Primária	40%	60%	70%	90%

Ampliar a oferta de atendimentos de enfermagem das unidades de AB;	Razão de consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde por população coberta pela Atenção Primária, por ano	0,7	0,8	0,9	1
Ampliar a oferta de atendimentos médicos nas unidades de AB;	Razão de consultas médicas na Atenção Primária à Saúde por população coberta pela Atenção Primária, por ano	0,7	0,8	0,9	1
Credenciar e implantar e-Multi;	Número de equipes e-Multi credenciadas e implantadas no Município	5	6	6	6
Estender o horário de atendimento nas Unidades de Saúde da Família, a fim de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, através da adesão ao Programa/ Estratégia Vigente (Saúde na Hora);	Número de Unidades de Saúde da Família com horário de atendimento estendido	3	4	5	6
Garantir o acolhimento do usuário e a implantação e monitoramento dos fluxos e protocolos, facilitando a movimentação do usuário nas redes de atenção;	Número de Ouvidorias recebidas por dificuldades de acesso às unidades de Atenção Primária /100.000 habitantes/mês	7	5	3	2
Objetivo 1.2- Qualificar a Estratégia Saúde da Família.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Ampliar a capacidade resolutiva das unidades de saúde para qualificar os encaminhamentos às unidades especializadas.	Proporção do número de encaminhamentos de usuários para consultas ambulatoriais de especialidades em serviços de atenção secundária e terciária pelo total de atendimentos realizados pelas equipes de Atenção Primária.	30%	25%	20%	15%
Qualificar e monitorar o acolhimento da demanda espontânea em 100% das unidades; Estabelecer diretrizes sobre a escuta qualificada por profissional da saúde garantindo que nenhuma demanda de usuário seja liberada pela equipe de recepção;	Percentual de unidades com acolhimento da demanda espontânea	30%	60%	80%	100%
Ampliar o número de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) nas Unidades Básicas de Saúde;	Percentual de ESF/ e-Multi que realizam PICS	10%	25%	40%	80%
Diminuir internações por causas sensíveis à Atenção Primária;	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	30%	29,50%	28,80%	28,50%
Formular e implantar 12 (doze) linhas de cuidados prioritárias (Diabetes, Doença Cardiológica, Doença Respiratória Crônica, Doença Falciforme, Câncer, Depressão/Risco de suicídio, Transtornos de Ansiedade, Sífilis, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites);	Número de Linhas de Cuidado implantadas	3	6	9	12

Implantar marcadores de consumo alimentar na Atenção Primária, através das e-Multi, qualificando e fortalecendo a Linha de Cuidados do ATAN;	Percentual de equipes de Saúde da Família com marcadores de consumo alimentar implementados	20%	50%	100%	100%
Capacitar os profissionais (ESF, maternidade, saúde da mulher, pediatria, nutricionistas das e-Multi) no manual de condutas gerais PNSF;	Percentual de profissionais capacitados no Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)	20%	70%	80%	80%
Capacitar os profissionais (ESF, maternidade, saúde da mulher, pediatria, nutricionistas das e-Multi) no PNS-VIT A;	Percentual de profissionais capacitados no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A-EXCLUIR	20%	50%	80%	80%
Capacitar e formar profissionais da Atenção Primária como Tutores no Programa Amamenta e Alimenta Brasil a fim de qualificar o atendimento da Atenção Primária na cobertura de micronutrientes;	Número de profissionais da Atenção Primária capacitados e formados como Tutores no Programa Amamenta e Alimenta Brasil	0	0	2	4
Capacitar profissionais da Atenção Primária para o Monitoramento do estado nutricional do SISVAN a fim de garantir melhor monitoramento do estado nutricional do cidadão e, conseqüentemente, permitir melhor planejamento das ações;	Percentual de profissionais da Atenção Primária capacitados para o Monitoramento do estado nutricional do SISVAN	0%	50%	80%	90%
Capacitar trabalhadores da Atenção Primária para o desenvolvimento de ações temáticas que abordem o preconceito e os tópicos: promoção da cultura de paz, preconceito racial, geracional e de gênero, saúde reprodutiva e IST/AIDS;	Percentual de USF desenvolvendo ações com foco na temática de saúde dos jovens	1	2	2	2
Capacitar 100% das USF e CAPS para a oferta do tratamento para Tabagismo;	Percentual de Unidades de Saúde da Família que realizam o Tratamento para o Controle do Tabagismo.	20%	40%	60%	80%
Capacitar Equipes de USF dentro dos protocolos assistenciais para atendimento dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e suas complicações a fim de diminuir a taxa de internação por Doenças Isquêmicas do Coração e por doenças cerebrovasculares;	Percentual de profissionais da Atenção Primária capacitados em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	15%	40%	80%	100%
Manter acima de 80% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família;	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	85%	90%	90%	90%
Capacitar em Hanseníase os profissionais da Atenção Primária para intensificar as ações objetivando o aumento da taxa de detecção da doença;	Taxa de detecção da hanseníase	10%	15%	20%	25%
Implantar 01 Núcleo de Segurança do Paciente para promover e apoiar a implementação das ações voltadas à	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantado na Atenção Primária	0	0	0	1

Segurança do Paciente na Atenção Primária, a partir da Comissão instituída e elaborando protocolos básicos para sua implementação;					
Objetivo 1.3- Qualificar e ampliar a atenção odontológica no município.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Ampliar a cobertura de equipes de Saúde Bucal na ESF;	Percentual de cobertura das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família Atenção Primária	10%	13%	15%	17%
Reativar o odontomóvel como unidade de atendimento odontológico em localidades de difícil acesso, escolas e ações de atividades coletivas a fim de ampliar o acesso aos serviços em saúde bucal no município;	Número de Consultórios Odontológicos em Odontomóvel implantados e em funcionamento	0	0	1	1
Implantar o serviço de próteses dentárias totais e parciais nas ESFs;	Número de Laboratórios de Próteses Dentárias implantados e em funcionamento no Município.	0	0	1	1
Implantar o CEO - Centro de Especialidades Odontológicas para o atendimento odontológico nas especialidades de: Periodontia, Endodontia;	Número de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO tipo II) implantado	0	0	1	1
Aumentar a cobertura de primeira consulta odontológica programática;	Cobertura da primeira consulta odontológica programática	3,5	5,5	7,5	10
Atingir anualmente a razão de 1 entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta odontológica programática;	Razão entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta odontológica programática	1	1	1	1
Realizar atendimento odontológico à gestante, conforme preconiza a Rede Cegonha (pelo menos 2 atendimentos durante a gravidez);	Percentual de gestantes que tiveram no mínimo 2 atendimentos odontológicos durante o pré-natal	5%	20%	30%	70%
Objetivo 1.4 – Fortalecer as ações de Promoção da Alimentação Saudável e implementar o monitoramento em situações de Risco para Doenças e Agravos Preveníveis.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Realizar Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional da Alimentação Saudável e Prevenção a Obesidade Infantil aos Educandos;	Percentual de Educandos das escolas pactuadas no PSE avaliados sobre Segurança Alimentar e Nutricional.	100%	100%	100%	100%
Aumentar a cobertura de gestantes e crianças ao PNSF;	Percentual de gestantes e crianças contempladas pelo PNSF	0%	30%	50%	70%
Aumentar a cobertura de crianças contempladas pelo PNS Vitamina A;	Percentual de cobertura de crianças contempladas pelo PNS Vitamina A—EXCLUIR	0%	30%	40%	60%
Adequar a equipe com número de profissionais nutricionais para atendimento especializado à idosos,	Número de nutricionistas para atendimentos especializados (idosos, gestantes, adultos e infantil).	0	4	7	7

gestantes, crianças e adultos), qualificando o atendimento prestado e reduzindo doenças e agravos preveníveis;					
Adequar 03 salas/ambulatórios com equipamentos para atendimento nutricional;	Número de salas para atendimento nutricional na Atenção Especializada com equipamentos e materiais mínimos necessários.	0	1	2	3
Manter atendimento nutricional em todos as e-Multi;a fim de realizar atendimento individual, grupos educativos, interconsultas e Matriciamento das equipes de Saúde da Família;	Percentual de e-Multi com profissional Nutricionista	50%	50%	100%	100%
Implantar grupos de reeducação de hábitos e alimentação pelas equipes multidisciplinares nas e-Multi;	Percentual de Unidades de Atenção Primária/USF com grupos de reeducação de hábitos e alimentação realizados mensalmente	0%	30%	50%	80%
Estruturar fluxo para absorver crianças com excesso de peso acompanhadas no crescer saudável pelo nutricionista nas e-Multi, visando diminuir morbidade e prevenir doenças;	Percentual de crianças com excesso de peso acompanhadas pelo Crescer Saudável avaliadas EXCLUIR	0%	0%	50%	80%
Estruturar fluxo para acompanhamento nutricional das crianças de baixo peso identificadas pela Atenção Primária e PSE a fim de reduzir o índice de desnutrição infantil;	Percentual de crianças de baixo peso identificadas pela Atenção Primária e PSE acompanhadas.	0%	0%	70%	90%
Promover grupos e práticas de atividade física regulares através das e-Multi nas Unidades de Saúde da Família a fim de estimular hábitos saudáveis e minimizar doenças previsíveis à população;	Proporção de Unidades de Saúde da Família com práticas regulares de atividades física mensalmente.	10%	20%	60%	100%
Objetivo 1.5 – Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Reduzir a incidência e a mortalidade de mulheres por câncer de mama e câncer do colo de útero ampliando o acesso das mulheres à coleta do exame de colpocitologia oncológica para faixa etária dos 25 a 64 anos;	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária;	0,15	0,20	0,27	0,29
Realizar capacitação teórico-prático para todos os profissionais enfermeiros e médicos das USF e UBS na realização do exame clínico das mamas;	Cobertura de profissionais médicos e enfermeiros capacitados para avaliação e realização do exame clínico das mamas;	10%	40%	45%	60%
Ampliar o acesso das mulheres ao exame de rastreamento de mamografia na faixa etária dos 40 aos 75 anos;	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 40 a 75 anos e população da mesma faixa etária;	20%	40%	60%	80%

Contratar Mastologista para garantir a continuidade da linha de cuidado, para as pacientes com resultados alterados;	Número de Mastologista na Rede Municipal, para acompanhamento mastológico	1	2	2	2
Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil;	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados	100%	100%	100%	100%
Objetivo 1.6 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Reativar o Grupo Condutor da Rede Cegonha Municipal garantido o monitoramento e avaliação do cuidado no pré-natal, parto e puerpério;	Número de reuniões anuais realizadas	4	6	6	6
Realizar Protocolo e Fluxograma para prescrição e dispensação de métodos contraceptivos;	Proporção de equipe/ Unidades Saúde da família com realização de grupos de planejamento sexual e reprodutivo.	30%	50%	60%	70%
Qualificar a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, monitorando o acesso das gestantes às consultas de pré-natal e garantindo o número preconizado de consultas de pré-natal realizadas por gestante;	Percentual de gestantes que realizaram 7 consultas ou mais durante o pré-natal	70%	75%	80%	85%
Garantir o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação;	Percentual de gestantes que iniciam o pré-natal até a 12ª semana de gestação	75%	80%	80%	85%
Acompanhar e tratar as gestantes diagnosticadas com sífilis, de acordo com os protocolos da Saúde da Mulher, com a busca ativa das gestantes que abandonam o Pré natal e educação permanente para todos os profissionais envolvidos no atendimento à gestante;	Coeficiente de Incidência da Sífilis Congênita (por mil nascidos vivos)	5,95	4,9	3,8	2,8
Reduzir a gravidez não planejada com a ampliação da distribuição de métodos contraceptivos;	Número de DIU's de cobre inseridos por ano	100	150	180	200
Realizar a triagem neonatal em todas as crianças nascidas na Maternidade municipal (para os testes do olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho);	Taxa de cobertura dos exames da Triagem Neonatal	65%	75%	85%	90%
	Ampliar o número de postos de coleta para a realização do teste do pezinho	6	9	12	16
Promover e incentivar o Aleitamento Materno através do acompanhamento na rede pública de gestantes e nutrizes;	Proporção de crianças (0-6 meses) em aleitamento materno exclusivo	60%	75%	80%	85%
Objetivo 1.7 - Reorganizar a Rede de Atenção à Saúde da Criança para garantia do acesso, acolhimento e resolutividade.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025

Implantar protocolo de atendimentos em Puericultura em todas as equipes de saúde da Atenção Primária;	Taxa de Unidades de Atenção Primária com Protocolo de Puericultura implantado	20%	30%	40%	50%
Realizar atendimento intercalado em Puericultura entre médico e enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família;	Percentual de equipes nas Unidades de Saúde da Família que realizam atendimentos em Puericultura intercalado	30%	50%	80%	90%
Garantir o atendimento em tempo oportuno a recém-nascidos na Atenção Primária;	Proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida	50%	65%	70%	80%
Realizar acompanhamento de crianças de 0 à 24 meses, através de consulta de puericultura;	Percentual de crianças com consultas de puericultura realizadas conforme preconizadas até 24 meses	30%	50%	70%	80%
Garantir o diagnóstico precoce da sífilis nos serviços públicos que realizam pré-natal;	Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade	30	20	10	10
Realizar ações para aumentar a cobertura das vacinas pactuadas;	Percentual de crianças abaixo de 02 anos com cartão vacinal em dia em relação ao ano anterior	2%	10%	15%	40%
Objetivo 1.8 - Garantir a atenção integral à saúde dos adolescentes.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Diminuir o índice de gestação em mulheres menores de 18 anos no território;	Proporção de gestantes adolescentes grávidas	10,8	10,2	9,7	9,2
Realizar ação de sensibilização e combate à violência sexual cometida contra criança e adolescente no município de Maricá;	Proporção das ações de sensibilização e combate à violência sexual cometida contra adolescentes realizados no território municipal.	15%	40%	50%	55%
Capacitar os profissionais das Unidades de Saúde para abordagem dos temas apresentados na Caderneta de Saúde do Adolescente;	Percentual de profissionais da Atenção Primária capacitados para preenchimento adequado da Caderneta da Saúde do Adolescente	10%	40%	45%	60%
Realizar atividades no cotidiano escolar abordando a temática dos riscos e danos do uso de Álcool, Tabaco, Crack e Drogas;	Percentual de adolescentes educandos das escolas pactuadas no PSE contemplados com informações sobre Risco e Danos do Uso de Álcool, Tabaco, Crack e Drogas.	10%	20%	40%	50%
Objetivo 1.9: Fortalecer a assistência no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Sensibilizar e qualificar os trabalhadores da saúde para acolher e envolver os pais/parceiros desde o teste de gravidez;	Percentual de consultas de pré-natal do parceiro realizadas pelas ESF em relação ao total de consultas de Pré-Natal	20%	35%	50%	60%
Promover capacitação de profissionais as e-Multi e ESF para fortalecer a linha de cuidado de atenção à saúde do homem;	Capacitação das equipes de saúde para acolhimento da população masculina realizada ao ano.	1	1	1	1
Objetivo 1.10 - Fortalecer o cuidado em Rede para as Pessoas com Deficiência, com a qualificação dos serviços para iniciar a reabilitação no tempo clinicamente aceitável a fim de promover a redução de danos e evitar agravos.					

Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Elaborar e Implantar as linhas de cuidado de atenção à pessoa com deficiência Intelectual, Auditiva, Visual, Física e Múltiplas Deficiências;	Linha de Cuidado Implantado	0	1	1	1
Promover capacitação de profissionais das e-Multi e ESF para fortalecer a linha de cuidado de atenção à pessoa com deficiência;	Capacitação das equipes de saúde para acolhimento da Pessoa com deficiência.	1	2	2	2
Implantar e habilitar 1 Centro Especializado em Reabilitação tipo II;	Centro Especializado em Reabilitação implantado e habilitado.	0	0	1	1
Realizar a adequação da estrutura física das unidades de saúde visando a acessibilidade à Pessoa com Deficiência;	Número de unidades de saúde acessível a pessoas com deficiências adequadas.	5	15	20	24
Implantar o Serviço de estimulação precoce;	Serviço de estimulação precoce implantado	0	1	1	1
Objetivo 1.11 - Implementar a atenção à Saúde Indígena baseada no cuidado integral, garantindo o respeito às especificidades culturais.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Realizar reforma da USF Aldeia Indígena;	Número de unidade de saúde indígena reformada.	0	1	1	1
Implementar práticas complementares e integrativas, assim como fortalecer praticas tradicionais indígenas como coadjuvantes na prevenção e tratamento de transtornos psíquicos;	Percentual de PICS implementadas e realizadas nas aldeias.	2	3	4	5
Ampliar a cobertura de rastreamento para a detecção precoce de câncer de colo de útero para 80% das mulheres indígenas de 25 a 64 anos;	Razão de exame citopatológico do colo do útero em mulheres indígenas de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,15	0,20	0,27	0,30
Realizar a vacinação das crianças indígenas conforme calendário vacinal;	Percentual de crianças cadastradas menores de um ano com esquema vacinal completo	10%	30%	35%	40%
Qualificar a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, monitorando o acesso das gestantes às consultas de pré-natal;	Percentual de gestantes indígenas cadastradas em acompanhamento pré-natal	20%	30%	50%	60%
Objetivo 1.12 - Contribuir para redução de todas as formas de violência e das taxas de mortalidade por violências.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Implantar e efetivar o Núcleo de Prevenção à Violência;	Núcleo de prevenção à violência implantado	1	1	1	1
Implantar a Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência;	Porcentagem de etapas concluídas incorporadas na atualização da Linha de Cuidado	50%	80%	100%	100%
Descentralizar o atendimento as pessoas de violência para a APS;	Porcentagem de ESF que realizam atendimento às pessoas vítimas de violência	5%	50%	100%	100%

Aprimorar o monitoramento das notificações de violência por tipologia e propor estratégia territorial em parceria com a Vigilância em Saúde, considerando as condições de pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, culturais, étnico-raciais, religiosas, geracionais, territoriais e de nacionalidade;	Porcentagem dos casos notificados com estratégias estabelecidas para enfrentamento da violência	5%	25%	50%	75%
Elaborar e implantar Protocolo de atendimento à crianças vítimas de violência interpessoal nas Unidades de Saúde;	Percentual de Unidades Básicas de Saúde/USF com Protocolo de atendimento à crianças vítimas de violência interpessoal implantado	10%	15%	20%	25%
Promover capacitações anuais sobre prevenção à violências, com o objetivo de reduzir a subnotificação;	Número de capacitações sobre violência realizadas	1	2	2	2
Objetivo 1.13 - Garantir a atenção integral à saúde da População Negra.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Promover capacitação dos profissionais sobre a “racismo” e “saúde da população negra”;	Porcentagem de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido e com informação válida.	15%	45%	75%	100%
Capacitar os profissionais da Rede de Saúde para a coleta do quesito raça/cor conforme o Programa Nacional da População Negra;	Número de capacitações realizadas/ano	1	1	1	1
Incluir as especificidades de saúde da população negra nas linhas de cuidado implantadas (ATAN, Saúde Mental, Tabagismo, Doenças Crônicas, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Homem, Violência);	Número de linhas de cuidados com especificidade da população negra inseridas	1	4	4	4
Elaborar e implantar Linha de Cuidado da população negra;	Percentual de unidades com linhas de cuidados da população negra implantadas	10%	50%	100%	100%
Implantar Ambulatório de hemoglobinopatias	Número de Ambulatório de hemoglobinopatias implantados	0	1	1	1
Objetivo 1.14 - Estruturar a Política Municipal de Saúde à População LGBTQIAPN+.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Elaborar e implantar a Linha de Cuidado da População LGBTQIAPN+;	Política Municipal de Saúde à População LGBTQIAPN+ implantada	0	1	1	1
Implantar o serviço de hormonização na Atenção Especializada;	Número de Unidades de saúde com serviço de hormonização implantado	0	1	1	1
Implantar atendimento ambulatorial especializado em atendimento à População Transexual a fim de ampliar o acesso aos serviços de saúde à esta população;	Acesso aos serviços de Saúde pela população LGBTQIAPN+	0	1	1	1

Instituir protocolo de atendimento à população LGBTQIAPN+;	Percentual de unidades com protocolo instituído	0%	100%	100%	100%
Objetivo 1.15 - Melhorar as condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Implementar a vigilância das Doenças Crônicas não transmissíveis;	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das principais doenças crônicas não transmissíveis.	410	400	360	320
Realizar Grupo de exercícios terapêuticos para idosos portadores de doença de Parkinson acompanhados pela ESF;	Número de grupo de exercícios terapêuticos para idosos realizado na ESF.	05	10	12	12
Promover a capacitação dos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde sobre o uso da caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;	Proporção de profissionais capacitados para o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	80%	90%	100%	100%
Aplicar a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todos os idosos cadastrados nas unidades de Saúde da Família;	Porcentagem de caderneta de Saúde da Pessoa Idosa implantada	70%	90%	100%	100%
Implantar o protocolo de atendimento ao idoso tendo em vista o acolhimento das demandas e seus encaminhamentos;	Protocolos e fluxos de atendimento a idosos frágeis implantados.	0%	100%	100%	100%
Articular ações de prevenção e assistência em saúde bucal, visando a prevenção de perda de dentes e doença periodontal;	Percentual de idosos frágeis acompanhados pela ESF avaliados pela Saúde Bucal	10%	30%	50%	80%
Integrar as ações de atenção ao idoso no âmbito do SUS, SUAS e Secretarias Municipais;	Razão de consultas médicas e de enfermagem realizadas nas Unidades de Saúde da Família por população idosa cadastrada na ESF.	0,8	0,8	1	1
Objetivo 1.16 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Implantar serviço de saúde mental 24 horas;	CAPS III implantado e inaugurado	1	1	1	1
Implantar CAPS II em Itaipuaçu	CAPS II implantado e inaugurado	25%	50%	100%	100%
Implantar CAPS II em Inoã	CAPS II implantado e inaugurado	25%	50%	100%	100%
Implantar Centro de Convivência	Centro de Convivência implantado e inaugurado	25%	50%	100%	100%
Implantar 4 Leitos de Referência em Hospital Geral;	Nº de Leitos de Referência em Hospital Geral implantados e inaugurados	4	4	4	4
Manter e operacionalizar a RAPS Municipal;	% da Rede de Atenção Psicossocial Municipal mantida e operacionalizada	100%	100%	100%	100%

Realizar Fóruns Permanentes de Atenção Psicossocial trimestrais;	Nº de Fóruns Permanentes de Atenção Psicossocial mantidos	4	4	4	4
Implantar o Grupo Condutor da RAPS Municipal;	Nº de reuniões quadrimestrais do Grupo Condutor da RAPS Municipal realizadas	1	1	1	1
Implantar Linha de Cuidados em Atenção Psicossocial;	Nº de Linhas de Cuidado em Atenção Psicossocial implantadas;	1	1	1	1
Realizar 24 Matriciamentos em Atenção Psicossocial através dos CAPS;	Nº ações matriciais em atenção psicossocial realizadas pelos CAPS	24	24	24	24
Realizar atividades de educação permanente para todos os profissionais da RAPS;	Nº de ações de educação permanente para os profissionais da RAPS	1	1	1	1
DIRETRIZ 2 - Ampliação e otimização do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade, com justiça social, respeitando as diversidades pessoais e coletivas, ambientais, sociais e sanitárias das regiões, com acessibilidade plena e respeito a diversidade de gênero, buscando reduzir as mortes e morbidades evitáveis, melhorando as condições de vida das pessoas e aprimorando as políticas de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, fortalecendo o processo de regionalização e descentralização, ampliando o acesso a atendimentos de especialidades de média e alta complexidade, em tempo oportuno, com investimento das três esferas de governo, respeitando os princípios do SUS, a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), regionais e integrais, incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada.					
Objetivo 2.1 - Implementar ações que impactem positivamente o perfil da Saúde e a qualidade de vida das populações.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Qualificar e manter o Consultório na Rua;	Número de equipes mantidas e qualificadas	1	1	1	1
Manter e qualificar as equipes do Programa Melhor em Casa;	Número de equipes mantidas e qualificadas	3	3	3	3
Elaborar, implantar e divulgar a carteira de serviços;	Número de carteiras de serviços elaboradas e divulgadas	1	1	1	1
Objetivo 2.2 - Qualificar a gestão administrativa da Rede de Atenção à Saúde.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Integrar e aperfeiçoar os sistemas de prontuários eletrônicos em utilização na rede de atenção à saúde;	Percentual de unidades da rede de atenção à saúde com prontuário eletrônico implantado;	80%	100%	100%	100%
Implantar e manter o complexo regulador municipal;	Número de complexos reguladores implantados e mantidos	1	1	1	1

Estruturação de sede administrativa unificada da secretaria municipal de saúde;	Número de sede administrativa unificada da secretaria municipal de saúde em funcionamento	0	1	1	1
Sistematizar, monitorar e cumprir os mandados judiciais;	Percentual de mandados judiciais sistematizados, cumpridos e monitorados	100%	100%	100%	100%
Reativar parceria com a defensoria pública visando reduzir os arrestos judiciais;	Percentual de redução de arrestos judiciais	100%	100%	100%	100%
Construção, readequação, estruturação ou reformas prediais;	Percentual de unidades de saúde reformadas, readequadas, estruturadas e construídas em relação ao planejamento anual	100%	100%	100%	100%
Realizar estudo de outros modelos de gestão para a rede de atenção à saúde;	Número de estudos anuais realizados	1	1	1	1
Revisar os contratos de gestão com parcerias de OSS adequando as demandas e o equilíbrio contratual;	Percentual de contratos revisados e adequados	100%	100%	100%	100%
Viabilizar as ações e serviços públicos de saúde, em toda a rede, por meio de contratos de gestão com a FEMAR;	Número de contratos de gestão firmados com a FEMAR	1	2	3	3
Manter e operacionalizar as atividades administrativas da SMS;	Percentual de atividades administrativas mantidas e operacionalizadas	100%	100%	100%	100%
Reduzir o tempo de liberação de resultados de exames laboratoriais nas unidades de Urgência da rede própria	Tempo médio de liberação de laudos	0	20%	40%	60%
Implantar, Credenciar e manter serviço de oftalmologia municipal de média complexidade	Número de serviços implantados e mantidos	0	0	1	1
Ampliar a frota de ambulâncias para atendimento das demandas das unidades da Rede de Urgência e Emergência	Número de ambulâncias novas adquiridas	0	1	1	1
Implantar e manter Policlínicas Distritais	Número de Policlínicas Distritais implantadas e mantidas	0	2	4	4
Disponibilizar aplicativo para emitir avisos sobre marcações de consultas e exames	Número de aplicativos em uso	0	1	1	1
Disponibilizar aplicativo/painel sobre a fila da regulação	Número de aplicativos/painéis em uso	0	1	1	1
Reorganizar e manter o serviço de TFD	Número de serviços em funcionamento	0	1	1	1
Implantar e manter serviço de Rastreio e Diagnóstico em Oncologia	Número de serviços implantados e mantidos	0	0	1	1

Criar Fórum Permanente de Saúde	Número de eventos realizados	0	2	2	2
Realizar concurso público	Número de concursos públicos realizados	0	0	1	0
Manter Serviço Ambulatorial de Nefrologia	Número de ambulatórios mantidos	0	0	1	1
Implantar e Manter Serviço de Hemodinâmica vinculado ao Hosp. Mun. Dr. Ernesto Che Guevara	Número de Serviços implantados e mantidos	0	0	1	1
Implantar e Manter Serviço de Terapia Renal Substitutiva ambulatorial (TRS) – Hemodiálise - vinculado ao Hosp. Mun. Dr. Ernesto Che Guevara	Número de Serviços implantados e mantidos	0	0	0	1
Objetivo 2.3 - Implementar uma política de gestão de pessoas e desenvolvimento dos trabalhadores.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Reestruturar o organograma da secretaria municipal de saúde;	Implantação de novo organograma da Secretaria Municipal de Saúde	50%	100%	100%	100%
Elaborar e implantar Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);	Percentual de PCCS elaborado e implantado	25%	50%	100%	100%
Garantir o pagamento dos encargos da folha salarial;	Percentual da folha salarial e encargos sociais pagos	100%	100%	100%	100%
Objetivo 2.4 - Ampliar e qualificar a participação da sociedade e do controle social na construção da política de saúde.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Implantar Conselhos Gestores Locais nos Distritos;	Número de Conselhos Gestores Locais implantados nos Distritos	0	4	4	4
Realizar Conferências Municipais de Saúde/Fóruns/Seminários;	Número de Conferências Municipais de Saúde/Fóruns/Seminários realizados	0	4	4	4
Manter e operacionalizar o Conselho Municipal de Saúde;	Conselho Municipal de Saúde mantido e operacionalizado	1	1	1	1
Contratar e oferecer capacitações aos conselheiros municipais de saúde	Número de capacitações realizadas e ofertadas aos conselheiros municipais de saúde	0	12	12	12
Disponibilizar diárias para os conselheiros durante participação em cursos realizados no município	Número de diárias para os conselheiros durante participação em cursos realizados no município disponibilizadas	0	1920	1920	1920
Disponibilizar diárias para os conselheiros durante participação em capacitações externas	Número de diárias para os conselheiros durante participação em capacitações externas disponibilizadas	0	320	320	320
Adquirir mobiliário e equipamentos de informática	Percentual de atendimento das solicitações	0	100%	100%	100%
Garantir infraestrutura necessária para realização de Conferências, Fóruns e Seminários	Percentual de atendimento das solicitações	0	100%	100%	100%

Divulgar resolução da ANS de 30/03/2022 sobre ressarcimento do SUS dos atendimentos de usuários com plano de saúde .	Número de campanhas realizadas	0	1	1	1
Participar da elaboração do orçamento da secretaria municipal de saúde	Número de participações na elaboração do orçamento da secretaria municipal de saúde	0	1	1	1

Oferecer capacitação para a sociedade civil visando favorecer e incentivar a utilização das ferramentas de controle social voltados para a saúde	Número de capacitações realizadas e ofertadas aos cidadãos maricaenses	0	1	1	1
Acompanhar quadrimestralmente o uso de 25% da arrecadação das rendas petrolíferas na saúde, como previsto na lei 12858, de 09 setembro 2013.	Número de avaliações quadrimestrais realizadas	0	3	3	3
Objetivo 2.5 - Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Manter o Programa de Assistência Farmacêutica Básica;	Programa mantido	100%	100%	100%	100%
Adquirir e distribuir insumos, materiais e medicamentos para a rede municipal de saúde;	Percentual de distribuição de itens previstos	100%	100%	100%	100%
Implantar Núcleo de Medicamentos Excepcionais em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde/RJ e Ministério da Saúde;	Número de Núcleos de Medicamentos Excepcionais existentes	0	1	1	1
Implantar e manter o Programa Farmácia Viva	Programa implantado e mantido	0	1	1	1
DIRETRIZ 3 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde.					
Objetivo 3.1 - Estabelecer ações buscando qualidade dos serviços de Vigilância em Saúde.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Estruturar sede da Vigilância Sanitária;	Espaço físico e estruturado para atendimento dos usuários que precisam dos serviços da Vigilância Sanitária	100%	100%	100%	100%
Divulgar boletim semestral da Vigilância em Saúde com informações sobre condições de saúde da população para o usuário dos serviços de Saúde – Via site da Prefeitura;	Número de Boletins de Vigilância em Saúde	2	2	2	2
Instituir fluxos para atendimentos das demandas de solicitações e/ou denúncias no que se refere VISA;	Protocolos internos, VIPRO	80%	80%	80%	80%
Programar e manter o Sistema SISVISA;	Sistema de informação implantado e mantido	1	1	1	1
Realizar a campanha de vacinação antirrábica animal;	Percentual da População de cães e gatos do município vacinada	80%	80%	80%	80%

Realizar coletas de água do programa VIGIAGUA;	Número de análises de potabilidade de água para consumo Humano realizadas	100%	100%	100%	100%
Elaborar Plano municipal de desastres naturais-VIGIDESASTRE;	Número de Planos elaborados	1	1	1	1
Plano Municipal VIGIAR;	Número de relatórios anuais elaborados	1	1	1	1
Criar protocolos e instituir fluxos para atendimentos das demandas de solicitações e/ou denúncias no que se refere a zoonoses;	Percentual de Protocolos internos implantados	75%	75%	75%	75%
Estruturar Núcleo de Imunização;	Disponibilizar espaço adequado às normas vigentes para Núcleo Central para estocagem e armazenamento de imunobiológicos e insumos para vacinação.	1	1	1	1
Realizar ciclos de Visitas Domiciliares do programa da dengue;	Visitação dos logradouros pelos Agentes de Combate a endemias, para tratamento e/ou eliminação de foco do vetor.	4	4	4	4
Realizar ações contínuas de controle, avaliação e monitoramento das vigilâncias;	Ações contínuas mantidas	100%	100%	100%	100%
Qualificar as salas de vacinas nas USF's;	Salas de vacina com obras de adequação realizadas	60%	80%	100%	100%
Qualificar novos profissionais da APS na realização dos testes rápidos IST	Profissionais capacitados	100%	100%	100%	100%
Elaboração dos Fluxos dos agravos de Notificação obrigatória;	Protocolo e Fluxos implantados	80%	90%	100%	100%
Sensibilizar e capacitar os profissionais da APS e RUE sobre a importância do preenchimento correto e completo das fichas de notificação – SINAN	Profissionais capacitados	90%	90%	100%	100%
Implantar núcleos distritais de investigação, análise e assistência dos casos suspeitos de violência e maus tratos;	Implantação dos núcleos	70%	80%	90%	90%
Capacitação da APS e RUE para enfrentamento epidemiológico;	Ações de controle realizadas.	100%	100%	100%	100%
Elaborar Plano de Contenção da Sífilis Congênita;	Plano elaborado	70%	80%	100%	100%
Qualificar as notificações de casos suspeitos de violência autoprovocada e interpessoal	Notificações suspeitas de violência doméstica e sexual.	70%	80%	100%	100%
Criar estrutura física para implementação do CEREST DA METRO II – Centro de Referência	Espaço próprio e Estruturado-TRANSFERIDO PARA OBJETIVO 3.2	01	01	01	01

Regional de Saúde do Trabalhador com equipamentos e mobiliários adequados;					
Descentralizar o Programa de Hanseníase para as unidades da APS;	Percentual de equipes com Programa de Hanseníase em funcionamento	70%	80%	90%	100%
Descentralizar o Programa de Tuberculose para as unidades da APS.	Percentual de equipes com Programa Tuberculose em funcionamento	70%	80%	90%	100%
Implantação dos Polos de Imunização Distritais – extensão da Rede de Frio;	Otimização, armazenamento e melhor distribuição de imunológicos em cada distrito.	90%	100%	100%	100%
Atingir a cobertura vacinal das vacinas do ciclo básico;	Articulação de ações para busca ativa com a APS – Manutenção de rodas de conversa – em todas as faixas etárias	90%	90%	90%	90%
Atingir a demanda vacinal das vacinas do ciclo básico – nas condições extramuros	Articulação de ações para busca ativa com a APS – Manutenção de rodas de conversa – em todas as faixas etárias	90%	90%	90%	90%
Operacionalização de ações de saúde que possibilitem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de agravos e a reabilitação da saúde na covid-19 e/ou outras doenças de interesse sanitário;	Percentual da rede estruturada para o enfrentamento do Covid e/ou outras doenças de interesse sanitário	100%	100%	100%	100%
Implantar e manter Centro de Controle de Zoonoses	Número de Centros de Controle de Zoonoses implantados e mantidos	0	0	1	1
Objetivo 3.2 - Estabelecer ações buscando qualidade do CEREST/VISATT .					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Criar estrutura física para implementação do CEREST DA METRO II – Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador com equipamentos e mobiliários adequados	Espaço próprio e estruturado	1	1	1	1
Estimular a participação do controle social	1. Participação em 100% das reuniões com Conselho Municipal de Saúde 2. Participação em 50% das reuniões da CISTT Estadual 3. Participação em 100% das reuniões da CISTT Municipal 4. Participação em 100% das Conferências	-	-	-	1
Analisar a situação de saúde do trabalhador e da trabalhadora (ASSTT)	1. Percentual das Capacitações realizadas 2. Número de ASSTT de Maricá realizadas e inseridas no Plano Municipal de Saúde 3. Número de ASSTT dos municípios da área de	-	-	-	100%

	abrangência realizadas e inseridas nos Planos Municipais de Saúde locais				
Realizar vigilância de ambientes e processos de trabalho (VAPT)	1. Número de Capacitações realizadas 2. Percentual das Inspeções Sanitárias em Saúde do Trabalhador realizadas em Maricá 3. Percentual de Inspeções Sanitárias em Saúde do Trabalhador realizadas nos municípios da área de abrangência	-	-	-	100%
Realizar ações de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador e da trabalhadora	1. Percentual de Unidades de Saúde de Maricá matriciadas 2. Percentual de Unidades de Saúde dos outros municípios da área de abrangência matriciadas 3. Percentual de notificações de Acidentes e Agravos relacionados ao trabalho inseridas no SINAN 4. Número de Dados do Qualifica CEREST enviados	-	-	-	100%
Implantar atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora (assistência)	1. Percentual de instrumentos criados para Maricá 2. Percentual de instrumentos criados para os municípios da área de abrangência 3. Percentual das reuniões com o CEREST Estadual realizadas 4. Percentual das reuniões de apoio realizadas com os municípios da área de abrangência	-	-	-	1
Implementar educação permanente em saúde do trabalhador e da trabalhadora	1. Percentual de profissionais que participaram das formações em Maricá 2. Percentual de profissionais que participaram das formações nos municípios da área de abrangência 3. Percentual das formações realizadas 4. Percentual de profissionais da equipe inscritos no RENASTÃO	-	-	-	1
Fortalecer comunicação e informação em saúde do trabalhador e da trabalhadora	1. Percentual de ações divulgadas 2. Percentual de materiais informativos produzidos	-	-	-	100%
Manter gestão do CEREST	1. Percentual de Participação em reuniões com os Setores ligados às demandas da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora 2. Percentual de ações alcançadas no Plano de Ação do Cerest Maricá 3. Percentual de ações alcançadas no Plano Regional para os municípios da área de abrangência 4. Percentual das necessidades do CEREST Maricá atendidas	-	-	-	100%

	5 Percentual de Faturamento alimentado e enviado 6. Percentual de Dados do Qualifica CEREST alimentado e enviado				
Disponibilizar um sistema de informações para melhorar a comunicação dos diferentes níveis de atenção à saúde	Número de sistemas de informações disponibilizados	-	-	-	1
Criar, através da intranet, um sistema de informações para que o profissional de saúde acesse aos serviços e as especialidades ofertadas nas unidades.	Número de sistemas de informações disponibilizados	-	-	-	1
Criar um calendário de ações via plataforma de informações compartilhadas de ações e atividades, para todos os colaboradores da rede	Número de calendários via plataforma disponibilizados	-	-	-	1
Garantir e melhorar as adequações dos espaços físicos, visando atendimento aos usuários, interação e descanso dos profissionais de saúde, e atividades de educação em saúde	Percentual de unidades que sofreram as adequações previstas	-	-	-	50%
Criar uma Linha de Cuidado para os profissionais, para estipular protocolos, fluxos e direitos do trabalhador	Número de Linhas de Cuidado para os profissionais implantadas	-	-	-	1
Criar um espaço laboral para cuidar da saúde mental e física dos profissionais de saúde	Número de espaços laborais para os profissionais de saúde em funcionamento	-	-	-	1
Desenvolver mesas de negociações com empregadores, gestores e profissionais, participativa no campo da saúde	Número de mesas de negociações implantadas	-	-	-	1
Criar, em nível municipal, repasse financeiro para que profissionais de saúde recebam um incentivo ao alcançar metas e indicadores com as ações propostas	Número de estudos sobre a definição dos indicadores, critérios para pagamento e valores a serem pagos aos profissionais como gratificação por desempenho	-	-	-	1
Capacitar e sensibilizar os trabalhadores da saúde para a notificação de casos de doenças do trabalhador	Número de capacitações/sensibilizações realizadas	-	-	-	1
Criar e implementar uma Linha de Cuidado da Saúde do Trabalhador	Número de Linhas de Cuidado implantadas	-	-	-	1
Criar espaços para escuta sobre saúde mental no âmbito do local do trabalho de uma equipe externa, com apoio a saúde do trabalhador	Número de espaços de escuta sobre saúde mental implantados	-	-	-	1
Capacitar os profissionais da ponta e gestores para a saúde do trabalhador	Número de capacitações sobre saúde do trabalhador para os profissionais da gestão e da rede realizados	-	-	-	1

Realizar educação permanente dos profissionais da rede respeitando suas formações	Número de planos de educação permanente construídos e implantados	-	-	-	1
Fortalecer as ações da Saúde do Trabalhador, principalmente com complementação do quadro de profissionais.	Percentual do quadro de pessoal completo de acordo com as necessidades locais	-	-	-	100%
Realizar concurso público com implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários.	Número de concursos públicos realizados	-	-	-	1
Garantir a participação dos trabalhadores de saúde em capacitações, treinamentos e atividades de educação continuada e permanente.	Percentual de trabalhadores treinados	-	-	-	50%
Capacitar agentes multiplicadores nas unidades, formar comissões para disseminar o conhecimento (agentes multiplicadores in loco)	Percentual de agentes multiplicadores treinados	-	-	-	50%
Valorizar o profissional através da educação permanente, com atualização contínua dos protocolos em saúde, entre outros, através de centro de estudos nas unidades	Número de atualizações de protocolos oferecido	-	-	-	4
Garantir o espaço da educação permanente para todos os profissionais que atuam efetivamente no município, com atenção àqueles que estão “na ponta”	Percentual de trabalhadores treinados	-	-	-	50%
Garantir espaço para criação de centro de estudos nas unidades, com cronograma visando atender a todos os profissionais	Número de centros de estudos criados	-	-	-	4
Implantar curso obrigatório de integração com mínimo de 40 horas antes do profissional assumir o cargo	Percentual de profissionais que participaram do curso de integração antes de iniciarem as suas atividades profissionais	-	-	-	100%
Realizar atualização dos profissionais sobre os protocolos e fluxos que sejam alterados	Percentual de profissionais atualizados nos protocolos e fluxos alterados	-	-	-	100%
Criar grupos de trabalho periódicos da Rede de Atenção à Saúde	Percentual de grupos de trabalho periódicos em relação a quantidade necessária	-	-	-	100%
Fortalecer o colegiado local e os processos de extensão científica nas universidades	Número de colegiados locais fortalecidos	-	-	-	1
Criar espaço onde a unidade convida o território a participar de programas de saúde, mostrando ao usuário como funciona a atuação dos profissionais, com uma agenda fixa	Número de espaços criados/estabelecidos	-	-	-	4

Flexibilizar a liberação dos trabalhadores de saúde para estágios	Número de protocolos de liberação de servidores para participarem de estágios criados e implementados	-	-	-	1
Fortalecer a participação popular nos espaços de reunião, salas de espera e território, disseminando informações sobre prevenções.	Número de atividades educativas realizadas nas unidades ao ano	-	-	-	36
Incentivar a criação de oficinas	Número de oficinas implantadas	-	-	-	3
Qualificar o usuário sobre autocuidado e a alta hospitalar	Percentual de pacientes com orientação e encaminhamento para APS no momento da alta hospitalar	-	-	-	100%
Unificar o fluxo para informação de alta para todas as unidades de saúde	Percentual de unidades hospitalares próprias com fluxo para informação de alta implantado	-	-	-	100%
Disseminar os conhecimentos fitoterápicos associando-os com os saberes populares	Número de capacitações oferecidas	-	-	-	1
Dialogar com os usuários de forma que eles entendam, utilizando a “linguagem” da comunidade/ambiente em que se está inserido	Percentual de unidades com acolhimento e escuta humanizados	-	-	-	50%
Implantar PCCS e PCES	Número de PCCS e PCES	-	-	-	2
Incentivar a Residência multiprofissional	Número de profissões com residência	-	-	-	6
Regulamentar os estágios curriculares, não curriculares, das visitas técnicas e ensinos práticos e projetos técnico-educacionais	Percentual de estágios curriculares, não curriculares, das visitas técnicas e ensinos práticos e projetos técnico-educacionais regulamentados	-	-	-	100%
Ampliar a oferta de vagas no programa acadêmico bolsista	Percentual de ampliação de vagas no programa bolsista	-	-	-	20%
Incentivar e expandir as residências em saúde nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.	Percentual de ampliação de vagas nas residências multiprofissionais	-	-	-	15%

Referência Bibliográfica

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1990a). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1990b). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

BRASIL. Casa civil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 jun. de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2012). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. CONASEMS, COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2016. 324p.

Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AF01_tela-1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Brasília, DF, 2010. 24 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf

BRASIL (2014b), Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.

Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 11 nov. 2014.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf

BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, Brasília, DF, 2011. 160 p. (Série B.

Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL (2014c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS, Brasília, DF, 2014. 160 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf

BRASIL (2013d). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema

Único de Saúde- SUS. Brasília, 07 de jul.2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

