PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026- 2029



MARICÁ

2025

PREFEITO

WASHINGTON LUIZ CARDOSO SIQUEIRA

VICE-PREFEITO

JOÃO MAURÍCIO DE FREITAS

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MARCELO COSTA VELHO MENDES DE AZEVEDO

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
E-multi – Equipe multiprofissional de apoio a estratégia de Saúde da Família (antigo NASF)
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
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**.....13
2. INTRODUÇÃO.....13
3. ANÁLISE SITUACIONAL.....14
3.1 Perfil Demográfico e Socioeconômico.....14
3.1.1 Perfil demográfico.....14
3.1.2 Perfil socioeconômico.....21
3.2 Perfil Epidemiológico.....22
3.2.1 Natalidade.....22
3.2.2 Morbidade.....29
3.2.3 Mortalidade.....34
3.2.3.1 Mortalidade Materna.....37
3.2.3.2 Mortalidade Infantil.....40
3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....43
4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....50
4.1 Atenção Primária à Saúde.....51
4.2 Políticas e Programas que Compõem as Linhas de Cuidado.....52
4.3 Rede de Atenção Psicossocial.....55
4.4 Atenção Ambulatorial Especializada.....56
4.5 Assistência Hospitalar.....56
4.6 Rede de Urgência e Emergência.....56
4.7 Assistência Farmacêutica.....56
5. GESTÃO EM SAÚDE.....57
5.1 Planejamento em Saúde.....57
5.2 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....57
5.3 Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Controle Social.....58
5.4 Financiamento em saúde e Planejamento Orçamentário.....58
5.5 Ouvidoria.....60
5.4 Judicialização em Saúde.....60
6. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....61
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....62
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....87

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026–2029 constitui o principal instrumento de planejamento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes, os objetivos e as metas que orientarão a política pública de saúde no quadriênio de sua vigência. Sua elaboração fundamenta-se na análise situacional do município, considerando os perfis demográfico, epidemiológico, sanitário e socioeconômico, bem como a capacidade instalada da Rede de Atenção à Saúde.

O presente Plano expressa o compromisso da gestão municipal com o fortalecimento do SUS, pautado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção, com vistas à ampliação do acesso, à qualificação do cuidado e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população maricaense.

O Plano Municipal de Saúde PMS 2026–2029 orienta a organização, a execução e o monitoramento das ações e serviços de saúde no âmbito municipal, constituindo-se como referência para a formulação das Programações Anuais de Saúde (PAS) e para o seu acompanhamento sistemático por meio dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). O Plano encontra-se alinhado ao Plano Plurianual (PPA), ao Plano de Governo, à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e às Leis Orçamentárias Anuais (LOA), assegurando coerência entre planejamento, financiamento e execução das políticas públicas.

No período de 2026 a 2029, o Plano prioriza o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, consolidando-a como principal porta de entrada do sistema e eixo estruturante da organização dos serviços. A APS será qualificada com foco na ampliação do acesso, na continuidade do cuidado, na responsabilização sanitária das equipes e na melhoria dos resultados assistenciais.

Paralelamente, o PMS estabelece diretrizes para o aprimoramento da Rede de Atenção Especializada à Saúde, com ênfase na qualificação da oferta, no monitoramento da qualidade dos serviços, na racionalização dos fluxos assistenciais e na adoção de mecanismos de regulação e avaliação que garantam maior resolutividade e eficiência do sistema.

Assim, o Plano Municipal de Saúde 2026–2029 consolida-se como instrumento estratégico de gestão, orientado por evidências, resultados e responsabilidade sanitária, reafirmando o compromisso do município com a consolidação de um SUS público, universal, resolutivo e sustentável.

2. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2026–2029 materializa a responsabilidade constitucional do município na garantia do direito à saúde, consolidando-se como instrumento estratégico de planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Representa a síntese de um processo decisório estruturado, orientado pela identificação de prioridades sanitárias, definição de objetivos estratégicos e pactuação de metas mensuráveis, voltadas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde da população.

A definição das prioridades e das alternativas de intervenção fundamenta-se em critérios técnicos, epidemiológicos, sociais e orçamentários, observando princípios éticos, legais e institucionais que regem a administração pública e o SUS. O processo de planejamento baseia-se

na análise de evidências, na utilização de sistemas de informação em saúde e na avaliação da capacidade instalada da Rede de Atenção à Saúde, permitindo o alinhamento entre necessidades identificadas, recursos disponíveis e sustentabilidade financeira das ações propostas.

A elaboração do Plano ocorreu de forma participativa e democrática, envolvendo gestores, técnicos, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil, com destaque para as contribuições advindas do Fórum Municipal que contou com a participação do Conselho Municipal de Saúde. Esse processo assegura legitimidade institucional ao documento e fortalece o controle social, em consonância com a legislação vigente e as normas complementares do SUS.

O diagnóstico situacional realizado permitiu o levantamento e a análise crítica dos principais indicadores de saúde, da organização dos serviços e dos fluxos assistenciais, subsidiando a definição de estratégias voltadas à ampliação do acesso, à qualificação do cuidado, à melhoria da resolutividade e ao aprimoramento da gestão.

Para o período de 2026 a 2029, o Plano orienta a organização e o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes estruturantes, metas monitoráveis e estratégias operacionais compatíveis com as demandas locais e com a capacidade de financiamento do sistema. Assim, consolida-se como instrumento de governança sanitária, voltado à eficiência, à transparência, à responsabilidade fiscal e à melhoria contínua dos resultados em saúde.

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, integrando a Região Metropolitana II, a aproximadamente 50 quilômetros da capital estadual. Sua posição geográfica o insere em área estratégica de articulação entre a Região Metropolitana e a Região dos Lagos, mantendo histórico de ocupação associado ao turismo e à atividade de veraneio.

Nos últimos anos, em função de sua localização no litoral voltado para a Bacia de Santos e da expansão das atividades relacionadas à exploração do petróleo na camada do Pré-Sal, o município passou a ocupar posição de destaque no cenário econômico regional, com impactos significativos sobre o crescimento populacional, a dinâmica urbana e a demanda por serviços públicos, especialmente na área da saúde.

Com área territorial de 361,6 km², Maricá faz divisa com os municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Saquarema. O território municipal caracteriza-se por relevante diversidade ambiental, incluindo maciços costeiros, extensas áreas de restinga e um vasto sistema lagunar, que corresponde a aproximadamente a 36% de sua área total, além de cerca de 42 km de orla marítima.

De acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2025, a população do município é de 212.470 habitantes, resultando em densidade demográfica aproximada de 587,58 habitantes por km². O crescimento populacional recente impõe desafios à organização da Rede de Atenção à Saúde, especialmente no que se refere à ampliação da cobertura assistencial, à infraestrutura física e à distribuição equitativa dos serviços.

O município possui extensa área urbana de ocupação predominantemente horizontal e rarefeita, organizada administrativamente em quatro distritos e cinquenta bairros. Essa configuração territorial, associada à expansão urbana acelerada, impacta diretamente o planejamento da oferta de serviços de saúde, exigindo estratégias de regionalização, descentralização e adequação logística.

O acesso ao município e a circulação interna são realizados, majoritariamente, por rodovias estaduais de grande fluxo, dentre as quais se destacam as RJ-102, RJ-106, RJ-114 e RJ-118, que exercem papel estruturante na mobilidade da população e na organização dos fluxos assistenciais.

Mapa 1 – Município de Maricá distribuído por distritos.



A organização administrativa do município estrutura-se em quatro distritos, os quais se subdividem em bairros, conforme descrito a seguir:

O **1º Distrito – Maricá (Sede)** é composto por vinte e dois bairros: Centro, Flamengo, Mumbuca, Itapeba, Parque Nancy, 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.

O **2º Distrito – Ponta Negra** é formado por doze bairros: Manoel Ribeiro, Pindobal, Jardim Interlagos, Guaratiba, Balneário Bambuí, Cordeirinho, Ponta Negra, Bananal, Espraiado, Jaconé, Caju e Vale da Figueira.

O **3º Distrito – Inoã** compreende seis bairros: Cassorotiba, Chácara de Inoã, Inoã, Calaboca, Santa Paula e Spar.

O **4º Distrito – Itaipuaçu** é composto por 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.

Essa divisão territorial exerce impacto direto na organização da Rede de Atenção à Saúde, especialmente quanto à distribuição das unidades assistenciais, planejamento da cobertura da Atenção Primária, logística de deslocamento e regionalização dos serviços.

O município integra a Região de Saúde Metropolitana II, no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR/Metropolitana II), juntamente com os municípios de Itaboraí, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. A sede da CIR/Metropolitana II localiza-se no município de Niterói.

A inserção regional reforça a necessidade de articulação interfederativa para garantia da integralidade da atenção, especialmente no acesso aos serviços de média e alta complexidade, regulação assistencial e pactuação de fluxos regionais.

Mapa 2 – Região Metrpolitana II do Estado do Rio de Janeiro.



O último Censo foi realizado no ano de 2022 e a partir de então estimativas populacionais foram previstas anualmente, e estão apresentadas abaixo:

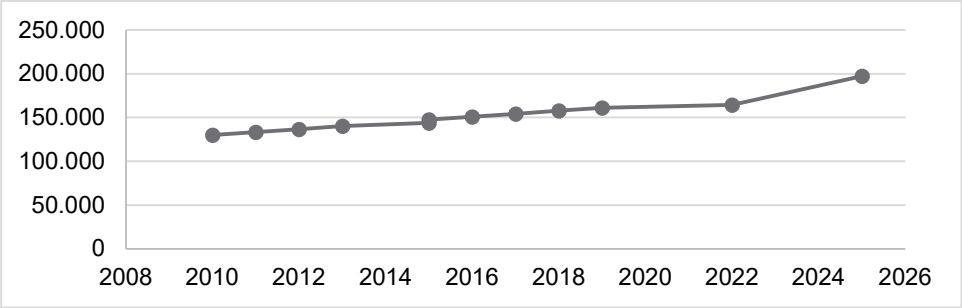
Tabela 1. População estimada nos anos de 2010 a 2025, Maricá – RJ.

População Residente Estimada – Maricá/RJ												
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2022	2025
129.958	133.291	136.716	140.160	143.738	147.482	150.955	154.257	157.789	161.207	164.504	197.277	212.470

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

A tabela acima demontra que entre os anos de 2010 e 2025 o aumento estimado da população foi de 62,49%.

Gráfico 1 - População estimada nos anos de 2010 a 2025, Maricá – RJ.



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

Tabela 2 - População estimada para o ano de 2025, distribuída por sexo e faixa etária.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	5.589	5.353	**10.942**
5 a 9 anos	6.655	6.327	**12.982**
10 a 14 anos	7.298	6.717	**14.015**
15 a 19 anos	6.928	6.440	**13.368**
20 a 29 anos	13.915	13.643	**27.558**
30 a 39 anos	13.781	15.073	**28.854**
40 a 49 anos	15.591	17.745	**33.336**
50 a 59 anos	13.839	15.615	**29.470**
60 a 69 anos	11.243	12.798	**24.041**
70 a 79 anos	5.765	7.247	**13.012**
80 anos e mais	1.870	3.038	**4.908**
Total	**102.474**	**109.996**	**212.470**

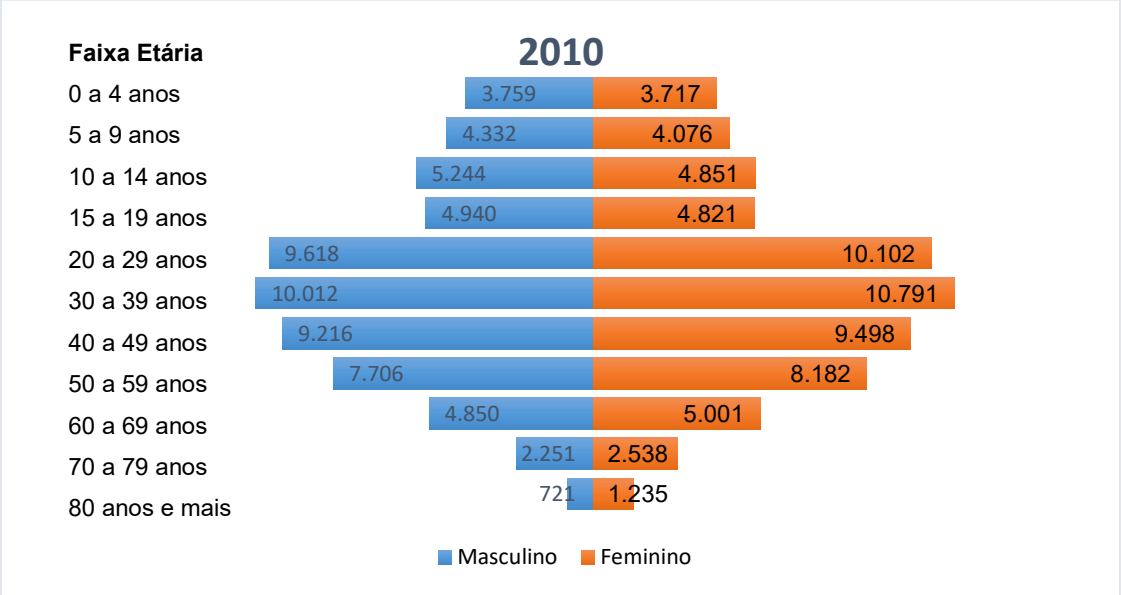
Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

A distribuição populacional estimada para o ano de 2025 evidencia maior concentração de habitantes nas faixas etárias de 20 a 59 anos, caracterizando predomínio da população em idade adulta e economicamente ativa. Esse perfil demográfico impacta diretamente a organização dos serviços de saúde, especialmente no que se refere às demandas relacionadas às condições crônicas não transmissíveis, saúde do trabalhador e saúde reprodutiva.

Observa-se que, nas faixas etárias de 0 a 29 anos, há predominância da população masculina. A partir dos 30 anos, verifica-se inversão dessa tendência, com maior representatividade da população feminina nas faixas etárias subsequentes. Esse padrão acompanha a tendência nacional relacionada à maior expectativa de vida das mulheres e à sobremortalidade masculina em idades jovens e adultas.

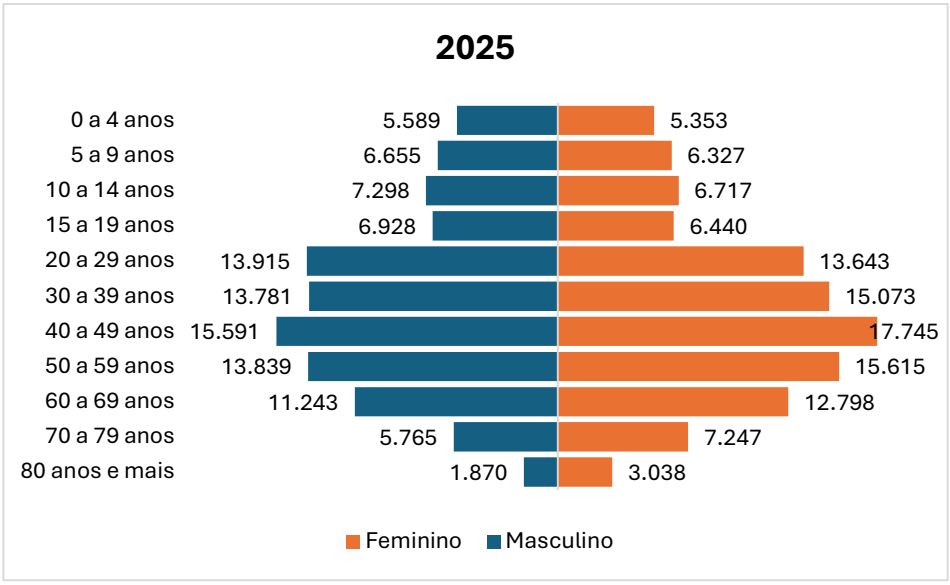
A análise das pirâmides etárias demonstra processo gradual de transição demográfica, com redução proporcional das faixas etárias mais jovens e crescimento relativo da população adulta e idosa, sinalizando a necessidade de planejamento voltado ao envelhecimento populacional, à ampliação do cuidado às doenças crônicas e ao fortalecimento das políticas de promoção da saúde ao longo do curso da vida.

Gráfico 2 – Pirâmide Etária da população maricaense em 2010.



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

Gráfico 3 – Pirâmide Etária da população maricaense em 2025.



Fonte: Pirâmide etária ano de 2025 (População estimada pelo Ministério da Saúde)

As figuras apresentadas permitem a comparação entre a população registrada no Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, que contabilizou 127.461 habitantes, e a população estimada pelo IBGE para o ano de 2025, correspondente a 212.470 habitantes.

A análise das pirâmides etárias evidencia crescimento populacional em todas as faixas etárias no período considerado, refletindo processo de expansão demográfica expressiva no município. Destaca-se, de forma relevante, o aumento da população com 80 anos ou mais, que apresentou

crescimento aproximado de 25% no intervalo analisado, sinalizando avanço do processo de envelhecimento populacional.

Essa dinâmica demográfica implica impactos diretos sobre o planejamento da Rede de Atenção à Saúde, especialmente quanto à ampliação da oferta de serviços voltados ao cuidado de condições crônicas, à atenção à pessoa idosa, à reabilitação e à organização da atenção domiciliar.

A tabela a seguir apresenta a variação do crescimento populacional por faixa etária entre os anos de 2010 e 2025, permitindo análise detalhada da evolução demográfica e subsidiando a definição de prioridades assistenciais para o período de vigência do Plano Municipal de Saúde 2026–2029.

Tabela 3 - População estimada por ciclo de vida nos anos de 2020 e 2025, Maricá-RJ.

Ciclos de Vida	Faixa Etária	População 2020	População 2025
Criança	00 a 09 anos	19.912	23.924
Adolescente	10 a 19 anos	18.269	27.383
Adulto	20 a 59 anos	98.136	119.202
Idoso	≥ a 60 anos	28.187	41.961

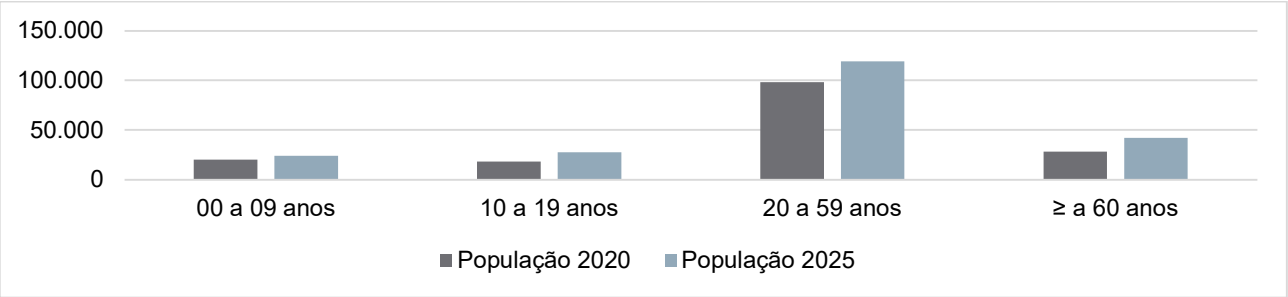
Fonte: IBGE e Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

As faixas etárias foram agrupadas por ciclos de vida — criança, adolescente, adulto e idoso — de modo a orientar a formulação das propostas de ações e serviços de saúde. Essa organização permite alinhar o planejamento às necessidades específicas de cada etapa do curso de vida e qualificar a definição de prioridades assistenciais.

A análise demográfica evidencia processo gradual de envelhecimento populacional. Observa-se crescimento expressivo nas faixas etárias de 10 a 19 anos (49,8%) e na população com 60 anos ou mais (48,0%). Verifica-se, ainda, aumento populacional na faixa etária de 0 a 9 anos (20,1%) e na população adulta de 20 a 59 anos (21,5%).

Esses dados demonstram expansão populacional em todos os ciclos de vida, com destaque para o crescimento proporcional da população idosa, o que reforça a necessidade de fortalecimento das políticas voltadas à atenção às condições crônicas, ao cuidado longitudinal, à promoção do envelhecimento saudável e à ampliação da capacidade assistencial da Rede de Atenção à Saúde.

Gráfico 4. População estimada por ciclos de vida nos anos de 2020 e 2025, Maricá – RJ.



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

O gráfico acima demonstra que houve crescimento no quantitativo populacional em todas as faixas etárias analisadas. Destacam-se, em comparação às demais, os grupos de adolescentes e idosos, que apresentaram variação mais expressiva no período estudado.

Nos demais ciclos de vida — crianças e adultos — também se observa crescimento populacional, ainda que em menor proporção, situando-se em torno de 20% em cada um desses grupos. Embora proporcionalmente inferior ao observado nas faixas de adolescentes e idosos, esse aumento mantém relevância epidemiológica e deve ser considerado no planejamento da oferta de ações e serviços de saúde.

Tabela 4 - Estrutura etária da população nos anos 2010 e 2025, Maricá – RJ.

Estrutura Etária	2020		2025	
	População	% doTotal	População	% doTotal
Menor 15 anos	28.725	17,4%	37.939	17,9%
15 a 59 anos	107.592	65,4%	132.570	62,4%
60 anos e mais	28.187	17,1%	41.961	19,7%
Total da população	**129.958**	**100,0**	**212.470**	**100,0**
Índice de envelhecimento	98,1	-	110,6	-
Proporção de idosos na População	17,1	-	19,7	-
Razão de dependência	52,9	-	45,9	-

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

O processo de envelhecimento da população do município pode ser observado por meio do Índice de Envelhecimento, apresentado na Tabela 4. Em 2020, esse índice era de 98,1, passando para 110,6 em 2025. O Índice de Envelhecimento é calculado a partir da relação entre o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos.

O aumento desse indicador demonstra a inversão progressiva da pirâmide etária, fenômeno associado à redução da fecundidade e ao aumento da expectativa de vida, refletindo melhorias nas condições gerais de vida e no acesso aos serviços de saúde.

A proporção de pessoas idosas na população — indicador que expressa o percentual de indivíduos com 60 anos ou mais em relação ao total de habitantes — também apresentou crescimento no período analisado, passando de 17,1% em 2020 para 19,7% em 2025. Esse dado evidencia o ritmo de envelhecimento populacional no município e reforça a necessidade de adequação da Rede de Atenção à Saúde às demandas específicas desse grupo etário.

Outro indicador relevante é a Razão de Dependência, que representa a relação entre a população considerada economicamente dependente (menores de 15 anos e pessoas com 60 anos ou mais) e a população potencialmente produtiva (15 a 59 anos). Observa-se redução da razão de dependência de 52,9 em 2020 para 45,9 em 2025. Essa redução indica aumento proporcional da população em idade produtiva, ainda que em contexto de envelhecimento progressivo.

Os dados demonstram que o município encontra-se em fase de transição demográfica avançada, caracterizada pelo envelhecimento populacional. Esse processo não depende apenas do crescimento absoluto do número de idosos, mas da relação entre as diferentes faixas etárias e sua participação relativa no conjunto da população. A mudança no perfil demográfico tem se intensificado nos últimos anos, refletindo a diminuição do crescimento nas faixas etárias mais jovens, associada ao aumento da longevidade.

No que se refere à composição étnico-racial, 56% da população se autodeclara branca, 37% parda, 7% preta, 0,37% amarela e 0,6% indígena, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

O município possui, em sua configuração geodemográfica, população indígena residente em duas aldeias da etnia Guarani M'Byá. A Aldeia Mata Verde Bonita, originária de Paraty-Mirim (RJ), migrou em 2008 para Camboinhas (Niterói-RJ) e encontra-se atualmente localizada no distrito de Itaipuaçu, no bairro de São José do Imbassaí. Aldeia Sítio do Céu, originária de Porto Alegre (RS), migrou em 2000 para Aracruz (ES) e estabeleceu-se em Maricá em 2013. Atualmente é formada por indígenas Guarani M'Byá e está situada no Parque Estadual da Serra da Tiririca, na localidade de Morada das Águias, também no distrito de Itaipuaçu.

A presença dessas comunidades reforça a necessidade de desenvolvimento de ações específicas voltadas à saúde indígena, respeitando aspectos culturais, territoriais e organizacionais próprios, em articulação com as políticas públicas de atenção diferenciada.

3.1.2 Perfil Socioeconômico

O município de Maricá tem vivenciado um período de expressivo desenvolvimento econômico, impulsionado principalmente pela exploração petrolífera na Bacia de Campos e pela produção oriunda dos campos do pré-sal na Bacia de Santos, localizada a aproximadamente 200 km da costa.

O Produto Interno Bruto (PIB) municipal figura entre os que mais crescem no país, fortemente influenciado pela atividade de extração de petróleo e gás natural.

Principais destaques da economia municipal:

Posição no cenário nacional: Em dados consolidados de 2023, Maricá alcançou a 3ª posição no ranking nacional de PIB entre os municípios brasileiros, superando inclusive diversas capitais.

Estrutura produtiva: A indústria, com predominância da extração de petróleo e gás, representa 77,1% do PIB municipal, seguida pelo setor de serviços (20,7%) e pela administração pública (2,1%).

PIB per capita: Em 2023, o PIB per capita foi estimado em R$ 679.714,48, posicionando o município entre os maiores do país.

Royalties do petróleo: A arrecadação de royalties constitui a principal fonte de receita municipal, influenciando diretamente a capacidade de investimento público.

Políticas redistributivas: O desempenho econômico tem possibilitado a implementação de programas sociais estruturantes, como a Moeda Social Mumbuca e o sistema de transporte público gratuito (Vermelhinhos), voltados à promoção da inclusão social e dinamização da economia local.

Na comparação com os demais municípios do Estado do Rio de Janeiro, Maricá ocupava, em 2023, a 2ª posição entre os 92 municípios quanto ao PIB per capita e a 3ª posição no ranking nacional entre os 5.570 municípios brasileiros.

Quanto à composição das receitas, o percentual de receitas externas em 2024 foi de 84%, colocando o município na 27ª posição no estado e na 3.460ª posição em âmbito nacional. No mesmo exercício, o total de receitas realizadas foi de R$ 6.923.080.885,40 (valores informados conforme base oficial), enquanto o total de despesas empenhadas foi de R$ 7.359.431.161,94. Esses montantes posicionaram o município entre os dois maiores orçamentos do estado e entre os primeiros 15 no cenário nacional.

No que se refere ao desenvolvimento humano, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), apurado em 2010, foi de 0,765, classificando Maricá entre os municípios de alto desenvolvimento humano e figurando como o sexto melhor colocado no estado à época.

Em relação ao mercado de trabalho, a média salarial mensal no município corresponde a aproximadamente 2,5 salários mínimos. Em 2023, registraram-se 41.532 vínculos formais de emprego. Entretanto, dados de 2010 indicavam que 33,8% da população possuía rendimento

nominal mensal per capita de até meio salário mínimo, evidenciando a coexistência de elevada arrecadação pública com desigualdades socioeconômicas internas.

No campo educacional, a taxa de escolarização da população de 6 a 14 anos atingiu 98,85% em 2022, situando o município na 51ª posição entre os 92 municípios fluminenses e na 3.290ª posição no ranking nacional.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), em 2023, os anos iniciais do ensino fundamental da rede pública alcançaram 5,7, enquanto os anos finais registraram 4,6. No comparativo estadual, o município ocupou a 32ª e a 37ª posições, respectivamente. Em âmbito nacional, situou-se nas posições 3.039 (anos iniciais) e 3.087 (anos finais), entre os 5.570 municípios brasileiros.

3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A análise do perfil epidemiológico constitui importante instrumento para avaliação da qualidade de vida da população, uma vez que permite correlacionar os agravos à saúde com seus fatores determinantes e condicionantes. Dessa forma, torna-se elemento fundamental para subsidiar o planejamento e a implementação de ações voltadas à melhoria das condições de saúde.

Compreende-se que o processo saúde-doença ultrapassa a simples ausência de enfermidades, sendo diretamente influenciado por fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais e demográficos.

Nessa perspectiva, a Lei nº 8.080/1990 define Vigilância Epidemiológica como o “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 permitem estimar o nível de saúde da população e, quando analisados de forma sistemática, favorecem o planejamento, a gestão das políticas públicas e a organização da oferta de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

A análise da situação epidemiológica contempla, de forma integrada, três dimensões principais: natalidade, morbidade e mortalidade. No município de Maricá, assim como observado no cenário nacional, verifica-se redução nas taxas de fecundidade, aumento progressivo da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional. Essa transição demográfica tem repercutido diretamente no perfil de adoecimento e mortalidade, com maior predominância de condições crônicas não transmissíveis e agravos associados ao envelhecimento.

A elaboração do Perfil Epidemiológico do município orientará a definição de prioridades e o compromisso institucional com a adoção de estratégias capazes de modificar positivamente as condições de saúde da população maricaense, promovendo maior equidade, integralidade e efetividade das ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.2.1 Natalidade

A análise da natalidade no município é realizada a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado oficialmente em todo o território nacional em 1990. O SINASC tem como finalidade registrar e disponibilizar informações sobre os nascimentos ocorridos no país, constituindo importante instrumento para o monitoramento das condições de saúde materno-infantil.

O sistema é operacionalizado por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento padronizado e de preenchimento obrigatório para todos os nascidos vivos, devendo ser emitido por profissional de saúde responsável pelo atendimento ao parto ou pelo recém-nascido. As informações contidas na DNV permitem a construção direta de indicadores demográficos e de saúde.

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) corresponde ao número de nascidos vivos ocorridos em determinado período, geralmente um ano, para cada mil habitantes da população residente no mesmo período. Esse indicador possibilita avaliar a dinâmica do crescimento populacional e subsidiar o planejamento de políticas públicas, especialmente nas áreas de atenção materno-infantil.

A análise da Taxa Bruta de Natalidade (TBN) deve ser compreendida no contexto da transição demográfica vivenciada pelo município. A redução progressiva dos níveis de fecundidade, observada nas últimas décadas no Brasil e refletida em Maricá, indica uma desaceleração do crescimento vegetativo da população.

Esse movimento está associado a múltiplos fatores, como maior escolarização feminina, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, inserção da mulher no mercado de trabalho, urbanização e mudanças no padrão cultural das famílias. Como consequência, observa-se diminuição proporcional da população jovem e aumento progressivo da população idosa, configurando o processo de envelhecimento populacional já evidenciado pelos indicadores demográficos apresentados anteriormente.

Do ponto de vista epidemiológico e da gestão em saúde, a redução da natalidade produz impactos importantes na organização da rede assistencial. Embora haja tendência de menor demanda proporcional por serviços obstétricos e pediátricos no longo prazo, permanece a necessidade de qualificação da atenção ao pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, com foco na redução da morbimortalidade materna e infantil.

Tabela 5 - Demonstrativo do número de Nascidos Vivos e Taxa Bruta de Natalidade (TBN) município de Maricá, durante o período de 2010 a 2024.

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
2021	193.718	2.031	10,5
2022	200.252	2.133	10,7
2023	206.229	2.191	10,6
2024	211.986	2.120	10,0

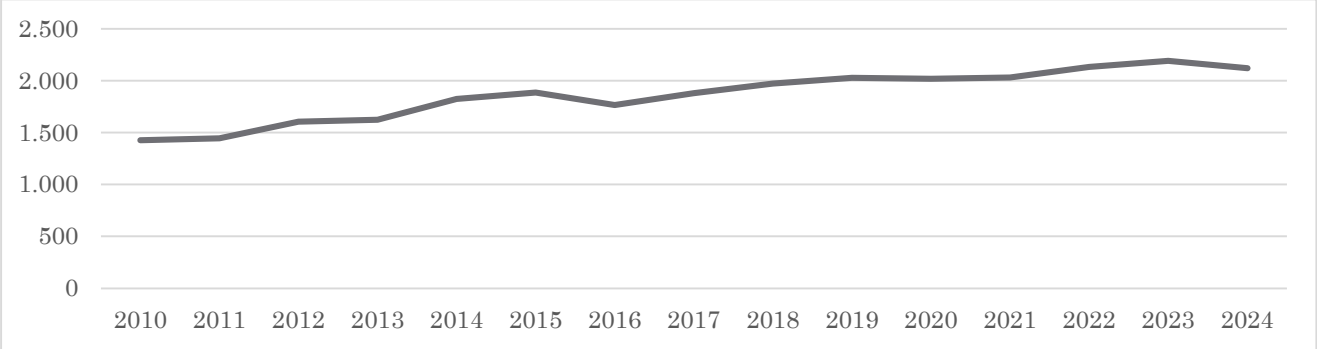
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Tabnet/SESRJ

A comparação da Taxa Bruta de Natalidade nos últimos anos evidencia tendência de crescimento no período de 2010 a 2015, seguida de redução em 2016. Entre 2017 e 2020,

observa-se relativa estabilidade dos índices, enquanto, a partir de 2021, verifica-se nova queda, mantendo-se em patamar médio aproximado de 10 nascidos vivos por mil habitantes.

Esse comportamento acompanha a tendência nacional de redução da fecundidade, especialmente após o período pandêmico, quando fatores econômicos, sociais e sanitários influenciaram decisões reprodutivas. A manutenção da taxa em torno de 10% indica consolidação do processo de transição demográfica no município, com impacto direto na estrutura etária e no planejamento das políticas públicas, particularmente nas áreas de saúde materno-infantil e organização da rede assistencial

Gráfico 5 - Série Histórica de Nascidos vivos em Maricá nos de 2010 a 2024.



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

O baixo peso ao nascer e a prematuridade constituem importantes indicadores das condições de saúde materno-infantil, estando diretamente associados ao risco de morbimortalidade no primeiro ano de vida. Essas condições refletem tanto fatores maternos — como situação socioeconômica, escolaridade, idade, estado nutricional e presença de comorbidades — quanto aspectos relacionados à qualidade da assistência pré-natal, incluindo acesso oportuno, número adequado de consultas de pré-natal, orientações recebidas, acompanhamento clínico e infraestrutura dos serviços de saúde.

Os recém-nascidos de baixo peso ao nascer (RNBP) são considerados prioridade em saúde pública devido à sua associação com maiores taxas de mortalidade neonatal e infantil, além de maior risco de complicações respiratórias, neurológicas, infecciosas e de atraso no desenvolvimento.

A classificação do peso ao nascer é definida da seguinte forma:

Baixo Peso ao Nascer (BPN): menos de 2.500 gramas

Muito Baixo Peso ao Nascer (MBPN): menos de 1.500 gramas

Extremamente Baixo Peso ao Nascer (EBPN): menos de 1.000 gramas

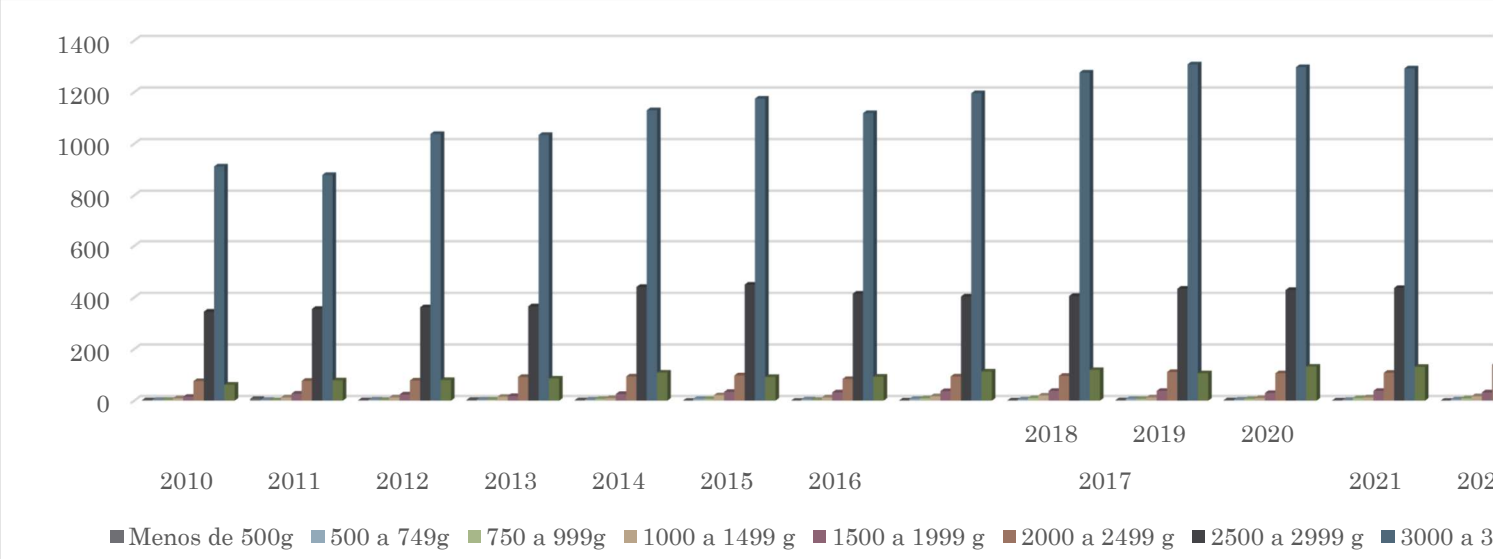
Estimativas nacionais e internacionais demonstram que o baixo peso ao nascer impacta significativamente a incidência de agravos perinatais, configurando-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil. Dessa forma, sua monitorização sistemática é essencial para avaliação da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e das condições sociais que influenciam a saúde materna.

Tabela 6 – Prevalência de Baixo Peso ao Nascer, entre os anos de 2010 a 2024, Maricá.

Peso ao nascer	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Menos de 500g	2	7	2	3	2	-	-	1	1	2	2	1	-	1	2	**26**
500 a 749g	3	3	4	4	4	7	5	7	5	7	4	3	5	5	4	**70**
750 a 999g	3	2	3	4	7	7	3	9	10	7	7	10	9	7	6	**94**
1000 a 1499 g	9	13	13	15	10	21	13	17	20	13	10	13	17	26	27	**237**
1500 a 1999 g	15	27	24	18	26	34	32	37	38	38	30	38	32	41	33	**463**
2000 a 2499 g	76	77	78	92	94	98	84	94	96	111	106	108	140	120	151	**1.525**
2500 a 2999 g	345	356	362	366	441	450	415	404	406	434	429	437	492	543	488	**6.368**
3000 a 3999 g	912	879	1.038	1.034	1.130	1.175	1.119	1.196	1.276	1.308	1.297	1.292	1.347	1.355	1.312	**17.670**
4000g e mais	62	79	80	86	109	92	93	113	119	106	132	131	91	93	97	**1.483**
Total NV	*1.427*	*1.443*	*1.604*	*1.622*	*1.823*	*1.884*	*1.764*	*1.878*	*1.971*	*2.026*	*2.017*	*2.031*	*2.133*	*2.191*	*2.120*	***27.936***
Total BP	**108**	**129**	**124**	**136**	**143**	**167**	**137**	**165**	**170**	**178**	**159**	**173**	**203**	**200**	**223**	**2.415**
% de baixo peso	7,5	8,9	7,7	8,4	7,8	8,9	7,7	8,8	8,6	8,8	7,9	8,5	9,5	9,1	10,5	**8,6**

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

Gráfico 6 - Nascidos Vivos por Peso ao Nascer, entre os anos 2010 a 2024, Maricá.



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

Em relação à via de parto, o município de Maricá apresenta elevado percentual de partos cesáreos, atingindo 67,3% no ano de 2024. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesariana situem-se entre 10% e 15%, percentual considerado adequado para atender às indicações clínicas necessárias, sem exposição desnecessária a riscos.

A cesariana constitui intervenção cirúrgica fundamental e potencialmente salvadora quando há indicação médica precisa. Contudo, sua realização sem critérios clínicos adequados pode acarretar riscos adicionais à saúde materna e neonatal. Estudos indicam maior probabilidade de

complicações respiratórias no recém-nascido, além de aumento do risco de morbidade e mortalidade materna, quando comparada ao parto vaginal, especialmente em contextos de indicação não justificada.

A análise da série histórica demonstra crescimento na proporção de partos cesáreos no período de 2010 a 2014, seguido de redução entre 2015 e 2019. Em sentido inverso, os partos normais apresentaram redução entre 2010 e 2014, com posterior aumento no período de 2015 a 2019. Essa inversão sugere possível impacto de políticas de incentivo ao parto normal e de reorganização da assistência obstétrica no período analisado.

O monitoramento contínuo desse indicador é fundamental para avaliação da qualidade da atenção obstétrica e para definição de estratégias voltadas à promoção do parto seguro, humanizado e baseado em boas práticas.

Tabela 7 - Tipos de parto de mulheres residentes nos anos de 2010 a 2024, Maricá – RJ.

Tipo de parto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Vaginal	436	445	480	468	452	516	505	587	574	669	549	644	725	755	690	8.495
Cesáreo	990	993	1.123	1.151	1.370	1.368	1.256	1.291	1.396	1.357	1.468	1.388	1.408	1.436	1.424	19.419
Total	1.426	1.438	1.603	1.619	1.822	1.884	1.761	1.878	1.970	2.026	2.017	2.032	2.133	2.191	2.114	27.914

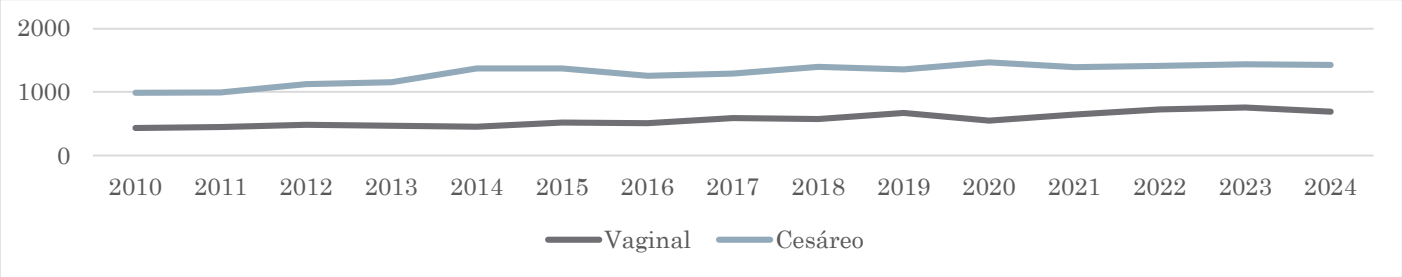
Fonte: Sistema de informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – SESRJ

Tabela 8 - Percentual de Partos Cesários e Normais de nascidos vivos de mulheres residentes nos anos de 2010 a 2024, Maricá – RJ.

Tipo de parto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Vaginal	30,6	31	29,9	28,9	24,7	27,4	28,7	31,3	29,1	33	27,2	31,7	34	34,4	32,6	30,4
Cesáreo	69,4	69	70,1	71,1	75,3	72,6	71,3	68,7	70,9	67	72,3	68,3	66	65,6	67,8	69,6

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

Gráfico 7 - Proporção de Parto Cesário e Parto Normal de nascidos vivos de mulheres residentes nos anos de 2010 a 2024, Maricá – RJ.



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

No que se refere à idade materna, observa-se que, no período de 2010 a 2024, houve predominância de partos na faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo a 47% do total de nascidos vivos no município. A proporção de mães adolescentes (15 a 19 anos) representou 14,5% dos partos, enquanto 16,8% ocorreram entre mulheres com 35 anos ou mais. No ano de 2024 a taxa de gravidez na adolescência foi de 11,3%.

Verifica-se, ainda, discreto crescimento no número de nascidos vivos na maioria das faixas etárias ao longo da série histórica. Destaca-se que, a partir de 2017, houve aumento mais expressivo de partos em mulheres com 40 anos ou mais. Além disso, desde 2018, registram-se ocorrências de partos em mulheres com idade superior a 50 anos.

Esse comportamento evidencia a tendência de adiamento da maternidade, fenômeno observado em âmbito nacional e internacional, associado a fatores como maior inserção da mulher no mercado de trabalho, ampliação do acesso à educação, planejamento reprodutivo e avanços nas tecnologias de reprodução assistida.

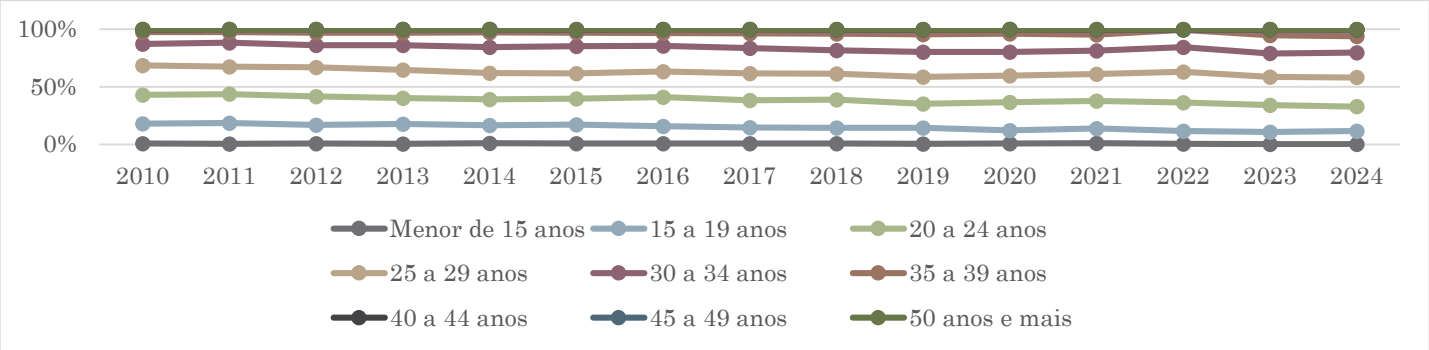
O envelhecimento da estrutura etária das gestantes insere-se no contexto da transição demográfica, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e pela redução das taxas de fecundidade. Do ponto de vista assistencial, essa mudança implica maior necessidade de qualificação do pré-natal para gestantes em idade avançada, considerando o maior risco de complicações obstétricas e perinatais associado a esse grupo etário.

Tabela 9 - 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	2021	2022	2023	2024	**Total**
Menor de 15 anos	11	5	10	4	16	10	13	12	12	8	13	19	9	5	5	152
15 a 19 anos	246	262	258	282	285	314	263	260	267	280	231	258	225	229	236	3896
20 a 24 anos	357	364	397	364	409	423	448	444	484	426	493	486	504	512	455	6566
25 a 29 anos	365	342	405	400	419	412	389	441	447	474	467	477	542	535	537	6652
30 a 34 anos	265	302	312	347	411	445	395	411	398	435	412	415	435	450	455	5888
35 a 39 anos	148	130	171	174	230	223	197	239	283	310	320	278	307	345	301	3656
40 a 44 anos	34	36	49	48	50	51	56	69	73	89	79	93	5	108	122	962
45 a 49 anos	1	2	2	3	3	6	3	2	4	3	1	6	6	5	9	56
50 anos e mais	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0	2	0	8
Total	**1.427**	**1.443**	**1.604**	**1.622**	**1.823**	**1.884**	**1.764**	**1.878**	**1.971**	**2.026**	**2.017**	**2.033**	**2.133**	**2.191**	**2.120**	**27.936**

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

Gráfico 8 - Nascido vivos em residente segundo a faixa etária da mãe, nos anos de 2010 a 2024, Maricá- RJ.



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

Na série histórica de 2010 a 2024, em relação à escolaridade materna, verificou-se que, em média, 0,17% das mães declararam não possuir nenhum grau de instrução. Aproximadamente 1,9% apresentavam de 1 a 3 anos de estudo e 15,6% possuíam entre 4 e 7 anos de escolaridade.

Observa-se, ao longo do período analisado, redução progressiva do número de mães sem instrução formal, indicando melhoria no nível educacional da população feminina em idade reprodutiva.

A maioria das mães concentra-se na faixa de 8 a 11 anos de estudo, representando 56,6% dos registros, enquanto 23,7% possuem 12 anos ou mais de escolaridade. Esse perfil evidencia predominância de gestantes com ensino médio completo ou em fase de conclusão, além de parcela significativa com nível educacional mais elevado.

A escolaridade materna é reconhecida como determinante social relevante, associando-se diretamente à adesão adequada do pré-natal, à adoção de práticas preventivas e aos desfechos materno-infantis, sendo, portanto, indicador estratégico para o planejamento das ações de saúde.

A análise conjunta dos indicadores relacionados à idade materna, escolaridade, tipo de parto e baixo peso ao nascer permite identificar padrões de vulnerabilidade materno-infantil no município e orientar a organização da Rede de Atenção à Saúde.

Observa-se predominância de partos na faixa etária de 20 a 29 anos (47%), considerada de menor risco obstétrico. Entretanto, destaca-se a presença de dois grupos que demandam maior atenção: as mães adolescentes (14,5%) e crescimento expressivo dos partos em mulheres acima de 40 anos a partir de 2017 e registros em mulheres acima de 50 anos desde 2018.

A maternidade na adolescência associa-se, em geral, a maior vulnerabilidade social, risco de evasão escolar, menor renda e maior probabilidade de desfechos adversos, incluindo prematuridade e baixo peso ao nascer. Por outro lado, a gestação em idade materna avançada relaciona-se a maior incidência de hipertensão gestacional, diabetes mellitus gestacional, prematuridade, maior indicação de cesariana e complicações neonatais.

No que se refere à escolaridade materna, embora se observe melhoria progressiva no nível educacional — com predominância de mães entre 8 e 11 anos de estudo (56,6%) e percentual relevante com 12 anos ou mais (23,7%) — ainda há presença de grupos com baixa escolaridade. A literatura demonstra que menor nível educacional está associado a menor adesão ao pré-natal, maior risco de intercorrências gestacionais e piores desfechos neonatais, incluindo maior probabilidade de baixo peso ao nascer.

O baixo peso ao nascer, por sua vez, constitui importante marcador de risco biológico e social, refletindo tanto condições maternas (idade extrema, comorbidades, estado nutricional, condições socioeconômicas) quanto a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Sua ocorrência está diretamente relacionada ao aumento da morbimortalidade infantil e à maior demanda por cuidados especializados.

Impõe-se o fortalecimento de estratégias integradas que incluam:

Qualificação e ampliação do pré-natal, com estratificação de risco;

Ações específicas para adolescentes e gestantes em idade avançada;

Incentivo ao parto normal e à adoção de boas práticas obstétricas;

Monitoramento contínuo do baixo peso ao nascer e da prematuridade;

Integração entre Atenção Primária, média complexidade e rede hospitalar.

Essa abordagem integrada permite avançar da análise descritiva para a definição de prioridades estratégicas, contribuindo para a redução das iniquidades e para a melhoria dos indicadores materno-infantis no município.

Tabela 10 – Nascidos Vivos por residência, segundo escolaridade da Mãe, nos anos de 2010 a 2024 – Maricá -RJ.

Escolaridade da mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Nenhuma	9	3	2	4	9	2	5	-	1	3	-	4	3	2	1	48
1 a 3 anos	30	52	66	58	61	53	37	39	36	25	20	18	13	16	9	533
4 a 7 anos	349	315	311	368	320	350	359	333	343	268	273	228	191	178	149	4.335
8 a 11 anos	738	796	922	884	1034	1045	957	1063	1111	994	1133	1.227	1.293	1.344	1.279	15.820
12 anos e mais	294	262	277	296	381	420	395	435	470	453	482	536	631	646	650	6.628
Ignorado ou não informado	7	15	26	12	18	14	11	8	10	283	109	20	2	5	32	572

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

3.2.2 Morbidade

Os dados de morbidade apresentados são provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), gerido pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O principal instrumento de registro dessas informações é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que possibilita o monitoramento das internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O município de Maricá dispõe de duas unidades hospitalares sob gestão municipal. Ambas são caracterizadas como Hospitais Gerais, sendo que uma delas conta com serviço de Obstetrícia. A segunda unidade, inaugurada em 2020, foi inicialmente estruturada como referência para internações exclusivas relacionadas ao tratamento da COVID-19, ampliando a capacidade assistencial durante a emergência sanitária. Atualmente, funciona como hospital geral, atendendo demandas clínicas e cirúrgicas.

As internações de alta complexidade são, em sua maioria, referenciadas para outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, conforme pactuação regional. Parte dessas demandas é absorvida pela rede hospitalar da Região Metropolitana II, com destaque para os serviços de Oncologia e Cardiologia Intervencionista, organizados de forma regionalizada.

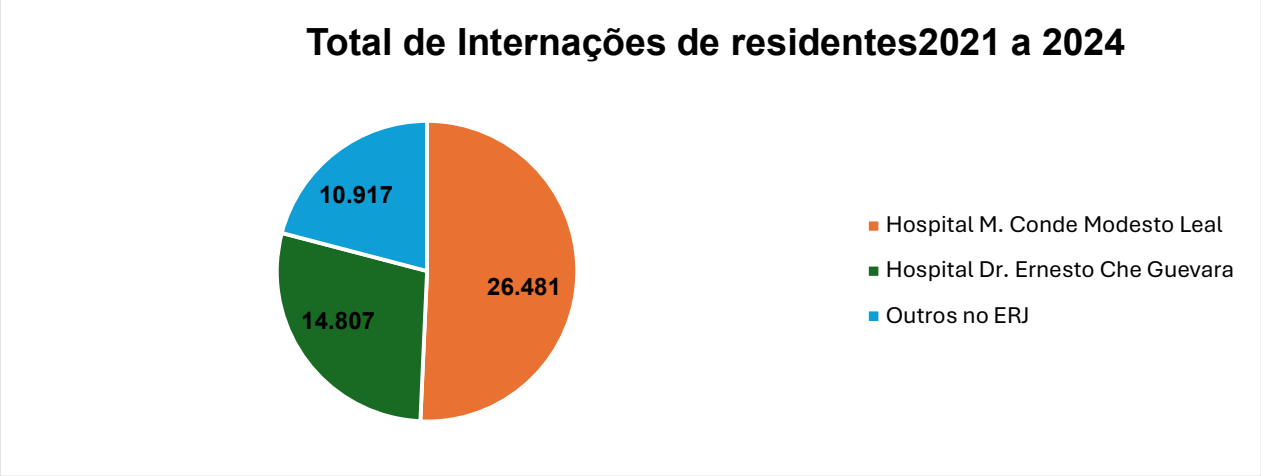
No período analisado, observa-se que o município absorveu 79,1% (41.288) do total de internações de seus residentes (52.205) em unidades próprias, indicando capacidade significativa de resposta hospitalar local para atendimentos de média complexidade. Entretanto, a dependência de serviços de alta complexidade ofertados em outros municípios evidencia a necessidade de fortalecimento da articulação regional, bem como da qualificação dos fluxos de referência e contrarreferência, de modo a assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado.

Tabela 11 – Distribuição das internações de residentes, durante os anos de 2021 a 2024 por Hospitais em Maricá e demais Hospitais no Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Internações por Unidade Hospitalares	Total de Internações 2021 a 2024	%
Hospital M. Conde Modesto Leal	26.481	50,7
Hospital Dr. Ernesto Che Guevara	14.807	28,4
Outros no ERJ	10.917	20,9
Total	**52.205**	**100%**

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

Gráfico 9 – Total de Internações de residentes no anos 2021 a 2024, por hospital de internação, Maricá-RJ



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

As causas de internação hospitalar expressam os principais motivos de adoecimento da população e configuram-se como relevante indicador do perfil epidemiológico municipal. Sua análise sistemática possibilita identificar os agravos de maior incidência, os grupos populacionais mais vulneráveis e possíveis fragilidades na organização da Rede de Atenção à Saúde.

O monitoramento contínuo dessas causas subsidia a formulação de intervenções estratégicas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico oportuno e ao manejo clínico adequado das condições prevalentes. Ademais, contribui para a redução de internações potencialmente evitáveis, especialmente aquelas sensíveis à Atenção Primária à Saúde, e para o aprimoramento da eficiência, resolutividade e qualidade da assistência ofertada à população.

A seguir, as causas de morbidade serão apresentadas em tabela e gráfico, com o objetivo de evidenciar os principais motivos de adoecimento da população maricaense. Essa apresentação permitirá identificar as causas de maior relevância epidemiológica e subsidiará a definição de ações estratégicas voltadas à redução das internações passíveis de prevenção ou intervenção precoce.

A análise desses dados orientará o planejamento de medidas capazes de produzir impacto epidemiológico positivo, especialmente nas condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, fortalecendo a atuação preventiva e a resolutividade da rede assistencial municipal.

Tabela 12 - Principais causas de internação hospitalar de residentes no Município, morbidades segundo capítulo da CID-10. Maricá, 2020 a 2024.

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.504	2.441	639	674	882	**6.140**
II. Neoplasias [tumores]	613	875	988	1.033	1.090	**4.599**
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	141	105	122	138	155	**661**
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	249	247	363	393	446	**1.698**
V. Transtornos mentais e comportamentais	80	79	121	152	252	**684**
VI. Doenças do sistema nervoso	129	146	222	283	267	**1.047**
VII. Doenças do olho e anexos	63	91	99	150	167	**570**
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	19	6	26	49	45	**145**
IX. Doenças do aparelho circulatório	739	905	1.334	1.586	1.687	**6.251**
X. Doenças do aparelho respiratório	330	557	1.079	1.207	1.291	**4.464**
XI. Doenças do aparelho digestivo	481	620	974	1.933	2.272	**6.280**
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	170	212	293	340	361	**1.376**
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	133	145	214	277	308	**1.077**
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	421	422	860	1.481	1.424	**4.608**
XV. Gravidez, parto e puerpério	1.654	1.779	1.940	1.979	1.861	**9.213**
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	194	190	195	210	169	**958**
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	56	54	50	101	96	**357**
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	71	159	245	278	226	**979**
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	1.119	1.417	1.571	1.803	1.927	**7.837**
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	96	174	315	336	602	**1.523**
Total	**8.262**	**10.624**	**11.650**	**14.403**	**15.528**	**60.467**

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

Ao avaliar a série histórica das causas de internação, observa-se que, nos anos de 2020 e 2021, ocorreu alteração significativa no perfil de morbimortalidade do município, em decorrência da pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus. O primeiro caso confirmado em Maricá foi registrado em março de 2020, marcando o início de um período de forte impacto sanitário e hospitalar.

Para análise do perfil de morbidade hospitalar, optou-se por excluir as internações relacionadas às causas obstétricas (Capítulo XV da CID-10), considerando que grande parte dessas internações não decorre de condições patológicas, mas de eventos fisiológicos relacionados à gestação, parto e puerpério.

Assim, as causas de internação por magnitude foram distribuídas conforme os capítulos da CID-10 apresentados a seguir:

Tabela 13 – Distribuição das internações de munícipes, ocorridas entre 2020 e 2024, por Capítulos do CID 10.

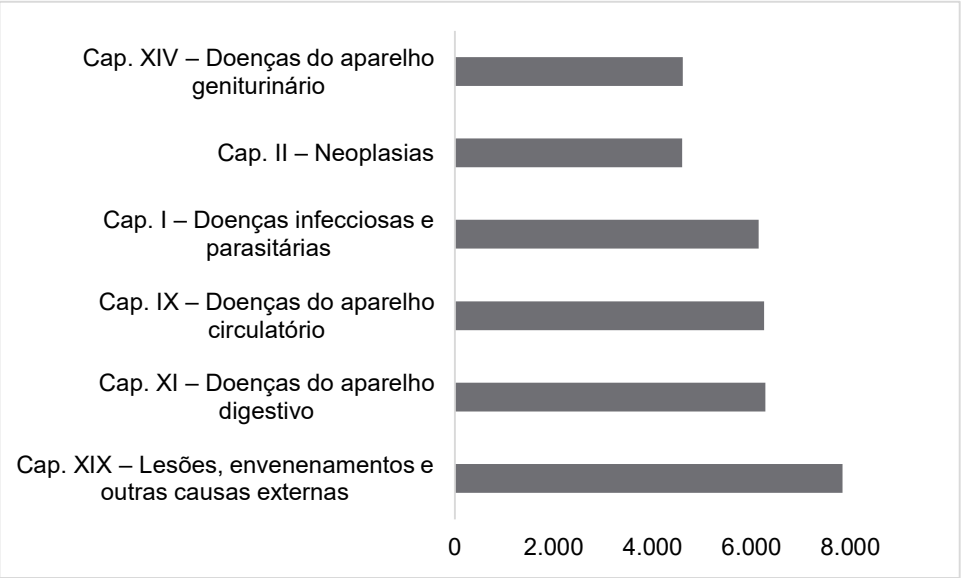
Capítulo CID 10	Total internações	% de internações
Cap. XV – Gravidez, parto e puerpério	9.213	15,2
Cap. XIX – Lesões, envenenamentos e outras causas externas	7.837	13,0
Cap. XI – Doenças do aparelho digestivo	6.280	10,4
Cap. IX – Doenças do aparelho circulatório	6.251	10,3
Cap. I – Doenças infecciosas e parasitárias	6.140	10,2
Cap. II – Neoplasias	4.599	7,6
Cap. XIV – Doenças do aparelho geniturinário	4.608	7,6
Cap. X – Doenças do aparelho respiratório	4.464	7,4
Cap. IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.698	2,8
Cap. XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde	1.523	2,5
Cap. XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.376	2,3
Cap. XIII – Doenças do sistema osteomuscular	1.077	1,8
Cap. VI – Doenças do sistema nervoso	1.047	1,7
Cap. XVI – Afecções originadas no período perinatal	979	1,6
Cap. XVIII – Sintomas e sinais inespecíficos	958	1,6
Cap. III – Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos	684	1,1
Cap. V – Transtornos mentais e comportamentais	661	1,1
cap. VII – Doenças do olho e anexos	570	0,9
cap. XVII – Malformações congênitas	357	0,6
Cap. VIII – Doenças do ouvido	145	0,2
Total	**60.467**	**100%**

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

A análise demonstra que, excluindo as causas obstétricas, destacam-se como principais motivos de internação as lesões e causas externas, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo, circulatório, infecciosas e neoplasias. Observa-se predominância de condições associadas tanto ao perfil de transição epidemiológica (doenças crônicas não transmissíveis) quanto a agravos relacionados a causas externas, indicando necessidade de estratégias intersetoriais de prevenção.

Esse padrão reforça a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no manejo das condições crônicas, da vigilância e prevenção de violências e acidentes, bem como da articulação regional para atenção às neoplasias e demais condições de maior complexidade.

Gráfico 10 - As seis principais causas de internações segundo causa CID 10, entre os anos de 2020 a 2024, Maricá – RJ.



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

As causas externas exercem grande impacto na morbidade do município e demandam estratégias específicas para sua redução, além do fortalecimento das programações voltadas às demais causas de maior magnitude.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem um importante indicador para avaliação do desempenho dos serviços de saúde, especialmente da capacidade de resolução da Atenção Primária à Saúde (APS). O indicador parte do pressuposto de que determinadas condições clínicas, quando manejadas de forma oportuna, contínua e eficaz no âmbito da atenção básica, apresentam menor probabilidade de evoluir para quadros que exijam internação hospitalar.

Dessa forma, o conjunto das ICSAP representa problemas de saúde nos quais a efetividade das ações desenvolvidas na APS — como prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento longitudinal — pode reduzir significativamente o risco de hospitalizações. Estudos apontam que taxas elevadas de internações por essas causas estão associadas à insuficiência de cobertura, dificuldades de acesso ou baixa resolutividade da atenção primária (Caderno de Saúde Pública, 2009).

A Atenção Primária exerce, portanto, papel estratégico na redução dessas internações.

O percentual de internações sensíveis à Atenção Básica no município apresentou comportamento semelhante ao observado no âmbito estadual e regional. Em 2020, Maricá registrou 17% de ICSAP, enquanto o Estado atingiu 17,7% e a Região Metropolitana II alcançou 17,6%. Esse resultado indica desempenho alinhado ao cenário regional, embora ainda haja margem para redução progressiva desse indicador.

Os dados evidenciam que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde permanece como eixo estruturante para: redução de internações evitáveis melhoria da qualidade do cuidado, otimização dos recursos hospitalares, redução de custos assistenciais e ampliação da integralidade da atenção.

O monitoramento contínuo das ICSAP deve subsidiar o planejamento municipal, orientando intervenções prioritárias nas linhas de cuidado das doenças crônicas, condições respiratórias e infecções mais prevalentes.

3.2.3 Mortalidade

A mortalidade é um dos indicadores centrais na avaliação das condições de saúde de uma população, pois sintetiza o impacto dos agravos à saúde e subsidia a definição de prioridades e estratégias de intervenção. Sua análise permite compreender não apenas a intensidade dos óbitos, mas também as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no território.

A Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) corresponde ao número de óbitos ocorridos em determinado período para cada 1.000 habitantes da população residente. Trata-se de um indicador amplamente utilizado para acompanhamento de séries históricas e comparações entre localidades.

Municípios com maior proporção de idosos tendem a apresentar taxas mais elevadas, mesmo em contextos de boas condições assistenciais.

No município de Maricá, no período de 2020 a 2024, observa-se comportamento de redução da Taxa Bruta de Mortalidade, passando de 9,3 óbitos por 1.000 habitantes em 2020 para 8,2 óbitos por 1.000 habitantes em 2024. Ainda que o período tenha sido marcado pelos impactos diretos e indiretos da pandemia de COVID-19, especialmente nos anos de 2020 e 2021, os dados mais recentes sugerem uma tendência de declínio após o pico pandêmico.

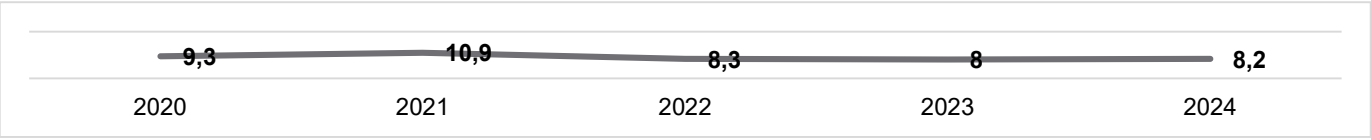
Essa redução pode estar relacionada a diferentes fatores, tais como: superação gradual do excesso de mortalidade associado à pandemia, reorganização da rede assistencial e retomada do acompanhamento das condições crônicas, ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria na vigilância e qualificação das informações sobre mortalidade.

Tabela 14 – Óbitos de residentes durante o período de 2020 a 2024, distribuídos por Capítulos do CID 10.

Causa básica - capítulo	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Capítulo 1 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	336	540	151	78	85	1.190
Capítulo 2 - Neoplasias [tumores]	273	296	263	344	318	1.494
Capítulo 3 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	10	6	8	9	6	39
Capítulo 4 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	114	107	95	107	79	502
Capítulo 5 - Transtornos mentais e comportamentais	21	7	7	6	3	44
Capítulo 6 - Doenças do sistema nervoso	45	49	63	72	100	329
Capítulo 8 - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	1	0	1	2
Capítulo 9 - Doenças do aparelho circulatório	385	461	425	482	484	2.237
Capítulo 10 - Doenças do aparelho respiratório	129	153	173	148	210	813
Capítulo 11 - Doenças do aparelho digestivo	62	61	72	56	62	313
Capítulo 12 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	17	23	12	34	91
Capítulo 13 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5	3	5	7	9	29
Capítulo 14 - Doenças do aparelho geniturinário	57	59	71	64	83	334
Capítulo 15 - Gravidez, parto e puerpério	2	3	1	2	0	8
Capítulo 16 - Algumas afecções originadas no período perinatal	13	14	9	12	12	60
Capítulo 17 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	7	7	9	9	35
Capítulo 18 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	158	177	148	101	123	707
Capítulo 20 - Causas externas de morbidade e de mortalidade	119	150	141	137	128	675
Total	**1.737**	**2.110**	**1.663**	**1.646**	**1.746**	**8.902**

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

Gráfico 11 – Taxa Bruta de Mortalidade de residentes no Município. Maricá, 2020 a 2024.



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

A análise das causas básicas de óbito em Maricá entre 2020 e 2024 evidencia a consolidação do perfil epidemiológico característico da transição demográfica e epidemiológica, com predominância das doenças crônicas não transmissíveis, além do impacto pontual da pandemia de COVID-19 nos primeiros anos da série.

No período analisado, foram registrados 8.902 óbitos. Observa-se pico de mortalidade em 2021 (2.110 óbitos), seguido de redução em 2022 e 2023, com discreta elevação em 2024.

As doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) mantiveram-se como principal causa de óbito ao longo de toda a série, totalizando 2.237 mortes no período. Houve crescimento progressivo de 385 óbitos em 2020 para 484 em 2024, indicando tendência de aumento sustentado. Esse padrão reforça o peso das doenças cardiovasculares — como infarto e acidente vascular cerebral — na mortalidade municipal, evidenciando a necessidade de intensificação das ações de prevenção, diagnóstico precoce e controle de fatores de risco (hipertensão, diabetes, obesidade e tabagismo).

As neoplasias (Capítulo II) configuram a segunda principal causa de morte, com 1.494 óbitos no período. Observa-se aumento gradual após 2022, alcançando 344 óbitos em 2023 e 318 em 2024. Esse comportamento pode refletir tanto o envelhecimento populacional.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV), nas quais o diabetes tem papel central, totalizaram 502 óbitos, mantendo relativa estabilidade com leve tendência de redução em 2024.

As doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I) apresentaram comportamento atípico na série histórica, com expressivo aumento em 2021 (540 óbitos), refletindo o impacto direto da COVID-19. Após esse pico, houve queda acentuada em 2022 (151 óbitos) e estabilização em níveis inferiores nos anos seguintes, indicando retorno ao padrão pré-pandêmico.

As doenças do aparelho respiratório (Capítulo X) também mostraram elevação progressiva, alcançando 210 óbitos em 2024, o maior valor da série. Esse dado pode estar associado tanto a sequelas respiratórias pós-COVID quanto ao envelhecimento populacional.

As causas externas (Capítulo XX) totalizaram 675 óbitos no período, mantendo relativa estabilidade anual. Apesar de não liderarem a mortalidade geral, representam importante impacto social e potencial de prevenção, exigindo ações intersetoriais voltadas à redução de acidentes e violências.

Destaca-se também o número de óbitos classificados no Capítulo XVIII (sintomas, sinais e achados não especificados), com 707 registros. A redução observada de 177 em 2021 para 101 em 2023 sugere melhoria progressiva na qualificação da informação sobre causa básica de morte.

As doenças do sistema nervoso (Capítulo VI) apresentaram crescimento contínuo, passando de 45 óbitos em 2020 para 100 em 2024, indicando possível aumento da relevância de doenças neurodegenerativas, compatível com o envelhecimento populacional.

O conjunto dos dados demonstra que a mortalidade no município é predominantemente determinada por doenças crônicas não transmissíveis, especialmente cardiovasculares e neoplasias.

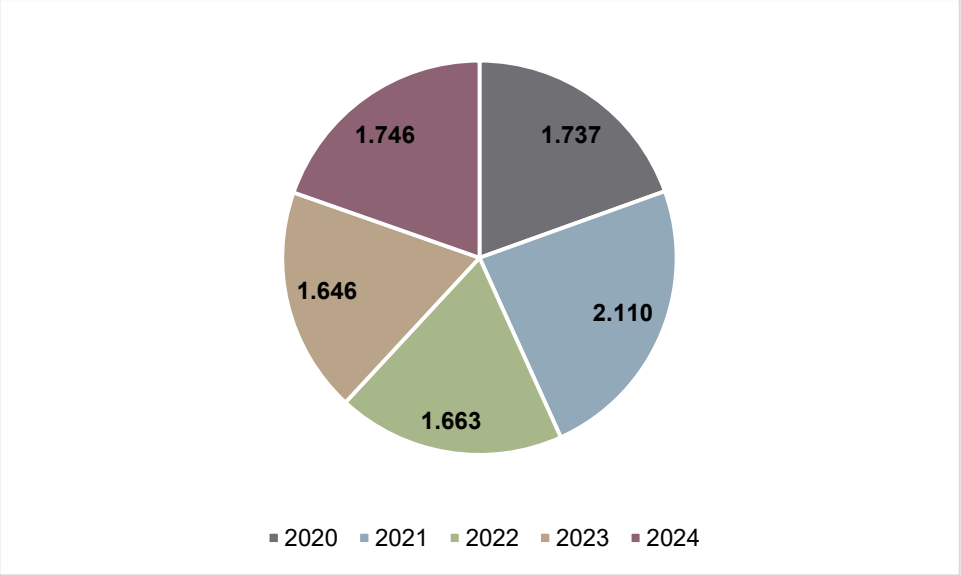
O pico observado em 2021 está diretamente associado à pandemia de COVID-19 e após a fase crítica pandêmica, houve redução do total de óbitos, com estabilização em patamar inferior ao de 2021.

O crescimento das doenças circulatórias, respiratórias e neurológicas reforça o impacto do envelhecimento populacional;

As causas externas permanecem relevantes e com potencial de prevenção.

Do ponto de vista do planejamento em saúde, os resultados indicam a necessidade de fortalecimento das linhas de cuidado das doenças cardiovasculares e do câncer, ampliação das ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco, monitoramento contínuo da mortalidade por causas respiratórias e neurológicas e implementação de estratégias intersetoriais para redução das causas externas.

Gráfico 12 - Número absoluto dos óbitos de residentes de Maricá ocorridos entre os anos de 2020 a 2024.



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

Tabela 15 – Distribuição dos óbitos por sexo, segundo ano de ocorrência por local de residência.

Sexo	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Masculino	978	1.157	878	893	905	**4.811**
Feminino	758	953	784	753	841	**4.089**
Ignorado ou não informado	1	0	1	0	0	**2**
Total	**1.737**	**2.110**	**1.663**	**1.646**	**1.746**	**8.902**

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

Tabela 16 – Distribuição dos óbitos por idade, segundo ano de ocorrência por local de residência.

Faixa etária	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Menor de 1 ano	17	24	21	27	24	113
1 a 4 anos	2	10	8	5	4	29
5 a 9 anos	0	2	3	1	5	11
10 a 14 anos	0	4	2	3	3	12
15 a 19 anos	14	19	17	10	2	62
20 a 24 anos	20	24	22	19	16	101
25 a 29 anos	16	31	23	10	30	110
30 a 34 anos	25	28	25	21	18	117
35 a 39 anos	35	40	39	25	23	162
40 a 44 anos	48	57	33	40	47	225
45 a 49 anos	52	69	44	56	47	268
50 a 54 anos	80	112	70	66	68	396
55 a 59 anos	139	172	106	112	94	623
60 a 64 anos	159	208	141	152	173	833
65 a 69 anos	204	259	204	175	211	1,053
70 a 74 anos	223	261	188	225	203	1.100
75 a 79 anos	206	237	213	200	198	1.054
80 anos e mais	497	551	503	497	578	2.626
~Idade ignorada	0	2	1	2	2	7
Total	**1.737**	**2.110**	**1.663**	**1.646**	**1.746**	**8.902**

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

3.2.3.1 Mortalidade Materna

A mortalidade materna constitui um dos mais relevantes indicadores das condições de saúde da mulher e da qualidade da assistência obstétrica ofertada. É definida como o óbito de mulher ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou localização da gestação, desde que relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas adotadas em decorrência dela (Laurenti, 2000).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) estima a frequência desses óbitos em relação ao número de nascidos vivos, sendo expressa por 100 mil nascidos vivos. O cálculo pode ser representado da seguinte forma:

Esse indicador reflete de forma indireta a qualidade da atenção à saúde da mulher, abrangendo desde o planejamento reprodutivo e assistência pré-natal até o parto, puerpério e acesso oportuno aos serviços de urgência e emergência obstétrica (OPAS, 2002).

É importante destacar que, embora o número absoluto de óbitos maternos seja reduzido, cada ocorrência representa evento grave e potencialmente evitável. Em populações menores, variações discretas no número de casos podem produzir alterações significativas na razão, o que exige análise qualitativa detalhada de cada óbito por meio de comitês de investigação.

Do ponto de vista estratégico, os dados reforçam a necessidade de fortalecimento da captação precoce da gestante, garantia de pré-natal adequado com estratificação de risco, monitoramento rigoroso das síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções além da atuação efetiva do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna.

A mortalidade materna, assim como a mortalidade infantil, constitui indicador sensível da qualidade da rede de atenção à saúde e deve permanecer como prioridade no planejamento municipal, mesmo quando os números absolutos são baixos.

Tabela 17 – Óbitos Maternos ocorridos nos anos de 2020 a 2024, Maricá-RJ.

Óbitos Maternos	2020	2021	2022	2023	2024
Maricá	2	3	1	2	0

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

Em relação aos óbitos de mulheres em idade fértil, no período de 2020 a 2024 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 18 – Óbitos Mulheres em Idade Fértil por Capitulo CID-10, 2020 à 2024, Maricá-RJ.

Causa básica - grupo	2020	2021	2022	2023	2024	Total
A15-A19 Tuberculose	0	1	1	0	1	3
A30-A49 Outras doenças bacterianas	1	1	0	0	3	5
A92-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	0	0	0	0	1	1
B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	1	1	2	4	1	9
B25-B34 Outras doenças por vírus	6	32	1	0	0	39
B35-B49 Micoses	0	0	0	1	0	1
B50-B64 Doenças devidas a protozoários	0	0	2	0	0	2
C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	4	5	3	7	4	23
C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	0	0	0	2	1	3
C45-C49 Neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles	0	0	1	0	0	1
C50-C50 Neoplasias malignas da mama	1	3	3	8	8	23
C51-C58 Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	3	4	7	7	3	24
C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	1	1	1	0	1	4
C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	0	0	0	0	1	1
C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	0	0	2	2	2	6
E10-E14 Diabetes mellitus	1	5	3	0	0	9
E40-E46 Desnutrição	0	0	0	1	0	1
E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	2	0	1	1	1	5
E70-E90 Distúrbios metabólicos	0	0	0	1	0	1
G00-G09 Doenças inflamatórias do sistema nervoso central	0	1	1	0	1	3
G35-G37 Doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	1	0	0	0	0	1
G80-G83 Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	1	0	0	0	0	1
G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	0	0	0	0	1	1
I10-I15 Doenças hipertensivas	0	2	2	1	2	7
I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	1	1	3	4	0	9

I26-I28 Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	0	0	1	3	1	5
I30-I52 Outras formas de doença do coração	1	1	2	2	2	8
I60-I69 Doenças cerebrovasculares	2	1	1	3	3	10
I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	0	0	0	1	1	2
I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	1	0	0	0	0	1
J00-J06 Infecções agudas das vias aéreas superiores	0	0	0	1	0	1
J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	0	2	3	1	3	9
J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1	0	1	0	2	4
J80-J84 Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	0	1	1	0	1	3
J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	0	1	0	0	0	1
K20-K31 Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	1	0	0	0	0	1
K35-K38 Doenças do apêndice	0	1	0	0	0	1
K40-K46 Hérnias	0	0	2	0	0	2
K55-K64 Outras doenças dos intestinos	0	0	1	0	0	1
K65-K67 Doenças do peritônio	0	0	0	1	0	1
K70-K77 Doenças do fígado	1	0	1	0	0	2
K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	1	2	0	0	1	4
L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	0	0	1
M30-M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	0	0	1	1	0	2
N10-N16 Doenças renais túbulo-intersticiais	2	0	1	1	0	4
N17-N19 Insuficiência renal	1	0	2	1	1	5
N20-N23 Calculose renal	0	0	0	0	1	1
N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	1	0	0	1	2	4
N70-N77 Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	0	0	0	1	0	1
O00-O08 Gravidez que termina em aborto	0	1	0	1	0	2
O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	1	1	1	0	0	3
O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	1	0	0	0	0	1
O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	0	1	0	1	0	2
Q90-Q99 Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	0	0	0	0	1	1
R50-R69 Sintomas e sinais gerais	0	1	1	0	0	2
R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	6	9	5	5	4	29
V01-V09 Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	2	0	0	3
V20-V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	1	1	0	0	3
V40-V49 Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	1	1	0	0	2
V80-V89 Outros acidentes de transporte terrestre	3	0	2	1	0	6
W00-W19 Quedas	0	1	0	2	0	3
W65-W74 Afogamento e submersão acidentais	0	0	1	0	0	1
W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração	0	0	0	1	0	1
X58-X59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	0	2	0	0	0	2
X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente	1	1	1	1	0	4
X85-Y09 Agressões	4	2	2	5	5	18
Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	0	0	0	1	1	2
Y83-Y84 Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento	0	0	0	1	0	1
Total	**52**	**88**	**68**	**75**	**60**	**343**

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.

Tabela 19 - Óbitos mulheres idade fértil com causa materna presumível investigados, 2020 à 2024.

Investigação óbitos MIF	2020	2021	2022	2023	2024
Maricá	22.2	7.1	83.3	85.7	100.0

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

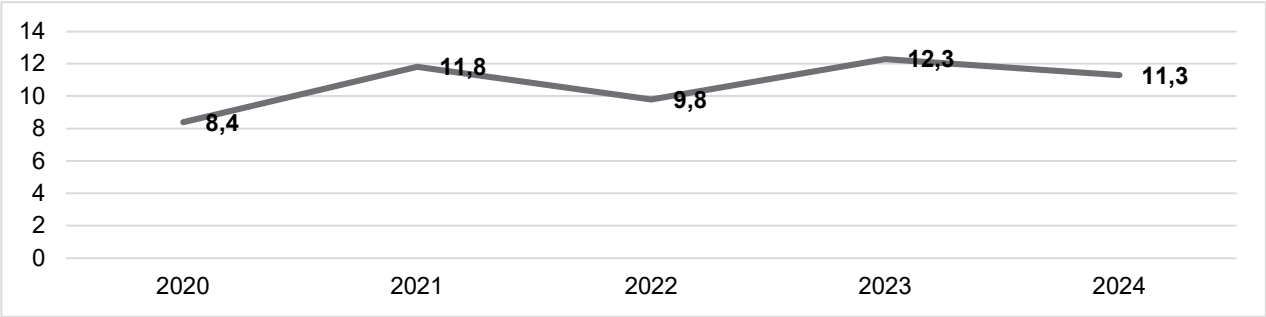
3.2.3.2 Mortalidade Infantil

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 13 – Taxa de Mortalidade Infantil.



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

A mortalidade infantil é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida, da organização dos serviços de saúde e do desenvolvimento socioeconômico de um território. Sua análise permite avaliar tanto o acesso quanto a qualidade da assistência pré-natal, do parto, do cuidado neonatal e das políticas públicas voltadas à primeira infância.

Segundo parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS):

- Alta: ≥ 50 óbitos por mil nascidos vivos
- Média: 20 a 49 óbitos por mil nascidos vivos

- Baixa: < 20 óbitos por mil nascidos vivos

Em 2020, Maricá apresentava taxa de 8,4 óbitos por mil nascidos vivos, situando-se no limite inferior da classificação considerada baixa.

Em 2024, o índice passou para 11,3 óbitos por mil nascidos vivos, ainda mantendo a classificação baixa.

Entretanto, mesmo com índices considerados baixos, a mortalidade infantil permanece como evento prioritário, pois grande parte dos óbitos nessa faixa etária é potencialmente evitável, especialmente aqueles relacionados a:

- Prematuridade
- Baixo peso ao nascer
- Asfixia perinatal
- Infecções
- Causas preveníveis por adequada assistência pré-natal e neonatal

A mortalidade infantil pode ser dividida em neonatal e pos 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.

A mortalidade neonatal corresponde aos óbitos ocorridos até o 27º dia de vida e subdivide-se em:

Neonatal precoce: 0 a 6 dias de vida
Neonatal tardia: 7 a 27 dias de vida

Essa subdivisão é adotada porque os períodos apresentam causas específicas e diferentes determinantes.

- Prematuridade
- Baixo peso ao nascer
- Asfixia perinatal
- Infecções neonatais
- Malformações congênitas

Mortalidade Pós-neonatal (28 a 364 dias)
Compreende os óbitos ocorridos do 28º dia até completar um ano de vida.

A análise da mortalidade infantil segundo seus componentes permite identificar com maior precisão os determinantes predominantes e direcionar intervenções mais eficazes.
Assim, compreender se os óbitos concentram-se no período neonatal ou pós-neonatal é fundamental para orientar o planejamento em saúde e fortalecer as políticas públicas voltadas à redução da mortalidade infantil de forma sustentável.

Gráfico 12. Óbitos infantis nos períodos neonatal e pós-neonatal nos anos de 2020 a 2024.

Faixa etária menor de 1 ano	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Neonatal precoce	12	10	8	11	10	51
Neonatal tardia	4	6	3	8	4	25
Pós-neonatal	1	8	10	8	10	37
Total	17	24	21	27	24	113

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 congênitas, 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 classific	-	-	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/SESRJ

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 consiste em um conjunto de ações voltadas à promoção da saúde, à vigilância, à proteção, à prevenção e ao controle de doenças e agravos. Seu objetivo é monitorar de forma contínua a situação de saúde da população, articulando-se com intervenções destinadas à redução de riscos e danos, garantindo a integralidade da atenção nos níveis individual e coletivo.

A Vigilância em Saúde deve estar integrada a todos os níveis de atenção, desde a Atenção Primária à Saúde até a Rede de Urgência e Emergência, incluindo os Núcleos de Vigilância Hospitalar. Essa integração é essencial para consolidar a integralidade do cuidado, fortalecer a capacidade de resposta do sistema e alcançar resultados efetivos na melhoria das condições de saúde da população.

No município, a Vigilância em Saúde está organizada nas seguintes áreas: Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, e Vigilância Epidemiológica, responsável também pela imunização.

Para atender adequadamente às demandas dessas áreas, é necessária a ampliação do quadro de servidores e a disponibilização de uma sede adequada, o que permitirá maior eficiência operacional, melhores resultados e a oferta de serviços de saúde de qualidade à população.

3.3.1 - Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica consiste em um conjunto de ações voltadas ao conhecimento, detecção e prevenção dos fatores que determinam e condicionam a saúde individual e coletiva, com o objetivo de adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos. Dessa forma,

fornece orientação técnica contínua para a tomada de decisão quanto à execução de ações de controle.

Focada na prevenção e no controle de doenças transmissíveis, além de atuar sobre um conjunto de doenças de notificação compulsória, a Vigilância Epidemiológica deve possuir sensibilidade para identificar diversas condições que interferem na saúde humana, atuando de forma articulada com outras áreas, como a Vigilância em Saúde Ambiental, a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Vigilância Sanitária.

Seu propósito abrange:

- Fornecer orientação técnica permanente aos gestores para a execução de ações de controle de doenças e agravos;
- Coleta, processamento, análise e interpretação de dados;
- Divulgação de informações;
- Investigação epidemiológica de casos e surtos;
- Análise dos resultados obtidos e formulação de recomendações;
- Promoção das medidas de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas em todos os níveis de atenção à saúde, desde as unidades básicas até a rede de urgência e emergência do município.

Além disso, a Vigilância Epidemiológica é responsável pelo monitoramento de diversos sistemas de informação, tais como: Sistema de Informação de Mortalidade, Sistema de Informação de Nascidos Vivos, Sistema de Informação de Agravos e Notificação, investigação epidemiológica de casos e surtos, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, dentre outros.

O setor também coordena as ações de imunização, incluindo campanhas de vacinação e a busca ativa de pacientes faltosos, especialmente crianças menores de um ano.

3.3.2 - Programa de Imunização

As atividades de imunização são desenvolvidas de forma sistematizada e planejada, atendendo às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é erradicar, eliminar e controlar as doenças preveníveis por vacinas. Todas as vacinas são oferecidas gratuitamente à população, de acordo com os Calendários Básicos de Vacinação, conforme as idades determinadas pelo Ministério da Saúde.

O programa de imunização tem como finalidades:

- Normatizar as ações e atividades do Programa de Imunização, incluindo campanhas de vacinação, vacinação de bloqueio durante surtos e epidemias, bem como a vacinação de rotina;
- Controlar e distribuir vacinas, seringas e agulhas aos postos de vacinação;
- Avaliar, notificar e acompanhar eventos adversos associados à aplicação de vacinas;
- Acompanhar o atendimento a vítimas de agressões por animais com risco de transmissão da raiva;

- Enviar documentação à Secretaria Estadual de Saúde para avaliação e definição de condutas quanto à exposição de vacinas a alterações;

- Promover a educação contínua dos profissionais, garantindo a confiabilidade das ações desenvolvidas nas salas de vacinação;

- Monitorar as coberturas vacinais;

- Fornecer atestados de vacinação para matrícula em instituições de ensino ou para fins empregatícios, conforme o calendário vacinal;

- Registrar e atender à população com controle informatizado das vacinas aplicadas;

- Digitar as informações sobre vacinação nos sistemas do Ministério da Saúde.

O programa organiza um cronograma único de oferta de doses de imunizantes, garantindo a disponibilidade adequada dos insumos e o melhor aproveitamento das vacinas. O calendário municipal de imunização é articulado com a Secretaria Estadual de Saúde para planejar campanhas e atender à população que requer vacinação obrigatória permanente.

As atividades de imunização de rotina são realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF). Os agentes comunitários de saúde são capacitados para avaliar corretamente os cartões de vacinação, enquanto enfermeiros e técnicos recebem capacitação sistemática para a aplicação das vacinas disponíveis.

Além disso, serão implementados Polos de Imunização distritais, responsáveis pela gestão e capacitação do distrito correspondente, sempre seguindo as diretrizes da gerência de Imunização municipal.

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 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 oferece testes para diagnóstico do HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C em livre demanda; com o objetivo de promover a quebra da transmissão dessas moléstias e de seus agentes de contágio, o diagnóstico precoce da doença e os tratamentos pertinentes, 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 de Controle da Tuberculose (PCT) tem como objetivo prevenir, detectar e tratar a tuberculose, uma doença infecciosa que representa um grave problema de saúde pública no Brasil. A doença é geralmente identificada pelo surgimento de sintomas, isolados ou associados, como tosse persistente por mais de três semanas (principal sintoma), produção de catarro, febre, sudorese intensa, cansaço, dor no peito, falta de apetite, emagrecimento e, em casos extremos, escarro com sangue. Embora qualquer pessoa possa contrair tuberculose, a forma pulmonar é a mais comum, podendo a doença atingir outras partes do corpo.

Usuários que apresentem sintomas compatíveis com a tuberculose devem procurar imediatamente a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência. Nessa unidade, serão avaliados e, se necessário, encaminhados ao PCT, localizado no Serviço de Atenção Especializada (SAE). O PCT é responsável pela notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atendimento com especialistas, realização de exames clínicos e confirmação do diagnóstico.

A equipe do PCT atua no atendimento aos pacientes com tuberculose, bem como na avaliação de seus contatos, visando interromper a cadeia de transmissão da doença. O programa também busca reduzir a subnotificação de casos e aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento.

O PCT promove a capacitação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) para a detecção e encaminhamento precoce de casos suspeitos. Além disso, mantém diálogo com unidades de emergência e internação para acompanhamento de casos, realiza os exames preconizados para diagnóstico e acompanhamento, e gerencia os sistemas de informação sobre tuberculose no município, fornecendo dados que subsidiam a análise dos indicadores de saúde e orientam ações de prevenção, combate e controle da doença.

3.3.5 - Programa Hanseníase

O Programa Municipal de Hanseníase tem como objetivo identificar, diagnosticar e tratar os casos da doença, garantindo atenção integral ao paciente e prevenindo a transmissão.

Os usuários que apresentarem sinais ou sintomas sugestivos de hanseníase — como formigamento, fisgadas ou dormência nas extremidades; manchas brancas ou avermelhadas com perda de sensibilidade ao calor, frio, dor e tato; alterações de sensibilidade ou da secreção de suor em áreas da pele aparentemente normais; nódulos ou placas em qualquer parte do corpo; e diminuição da força muscular — devem procurar a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência.

Nas unidades básicas, o paciente será avaliado e, se necessário, encaminhado ao Programa Municipal de Hanseníase, localizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE). O atendimento inclui consulta com especialista, notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), realização de exames clínicos, diagnóstico, acompanhamento e tratamento.

A equipe multidisciplinar do PMH atua em:

- Busca ativa para detecção de novos casos;
- Tratamento supervisionado com poliquimioterapia (PQT);
- Atendimento de estados reacionais e outras complicações;
- Prevenção de incapacidades, reduzindo o impacto físico e social da doença;

- Avaliação de contatos para interromper a cadeia de transmissão;
- Educação em saúde voltada à redução do estigma e à orientação do paciente para enfrentar as limitações da doença;
- Capacitação permanente de profissionais das UBS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O programa também realiza o gerenciamento do sistema de informações sobre hanseníase no SINAN, realiza análise dos indicadores estratégicos para monitoramento e avaliação das ações, e divulga informações que subsidiem políticas públicas de saúde no município.

3.3.6 - Programa de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis

O Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes tem como objetivo garantir atendimento contínuo e integral a pacientes com quadro de hipertensão arterial crônica e/ou diabetes mellitus.

Para acessar os serviços do programa, os usuários devem procurar a unidade de saúde mais próxima para avaliação clínica. Durante o atendimento, os pacientes são identificados, avaliados e cadastrados, possibilitando a dispensação de medicamentos e insumos diretamente nas unidades. Quando necessário, o programa conta com apoio de outras especialidades, como cardiologia, endocrinologia, nutrição, entre outras.

O programa também orienta os usuários e promove ações educativas voltadas à prevenção de fatores de risco, como obesidade, tabagismo e sedentarismo. Os pacientes realizam exames clínicos apropriados e recebem medicamentos constantes da lista do Ministério da Saúde, fornecidos de forma gratuita.

Além do atendimento individual, o programa realiza o cadastramento e acompanhamento sistemático dos pacientes atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo:

- Garantir aquisição, dispensação e distribuição regular de medicamentos;
- Monitorar de forma contínua os pacientes cadastrados;
- Conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população do município, subsidiando ações de planejamento, prevenção e promoção da saúde.

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

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISATT) é uma unidade municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos a riscos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. O objetivo da VISATT é promover ações que melhorem as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, por meio de prevenção, vigilância e busca ativa de notificações. Todas as notificações recebidas das unidades de saúde do município são investigadas e inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Metropolitana II.2

O CEREST é uma unidade regional do SUS que abrange os municípios da Região Metropolitana II.2: Maricá (sede), Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim. Suas diretrizes incluem atenção integral à saúde do trabalhador, promovendo a integração da rede de serviços do SUS e fornecendo suporte técnico especializado aos municípios de sua área de abrangência.

As atribuições do CEREST compreendem:

- Apoio à implantação e implementação de serviços e ações de saúde do trabalhador;

- Garantia de participação popular na gestão da saúde do trabalhador;
- Estruturação da rede de informações e apoio a estudos e pesquisas;
- Capacitação de recursos humanos;
- Estabelecimento de convênios para encaminhamentos de trabalhadores vítimas de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho;
- Avaliação de casos encaminhados pelos serviços municipais de saúde do trabalhador, oferecendo suporte multiprofissional para resolução adequada.

3.3.8 - Vigilância Sanitária- VISA

A Vigilância Sanitária constitui um conjunto de ações voltadas à eliminação, redução ou prevenção de riscos à saúde, intervindo em problemas relacionados direta ou indiretamente à saúde da população. Sua atuação abrange o controle de bens de consumo, serviços e ambientes, desde a produção até o consumo, garantindo a proteção, promoção e defesa da saúde pública.

Com a crescente demanda por produtos e serviços e o avanço das inovações tecnológicas, a Vigilância Sanitária tem responsabilidades fundamentais na proteção da população, tornando-se um instrumento essencial de controle social e defesa da cidadania. Para otimizar seu desempenho, é necessário o aumento do efetivo da equipe, garantindo maior cobertura e índices mais satisfatórios de fiscalização e prevenção.

A Vigilância Sanitária está inserida na Coordenação de Vigilância em Saúde e realiza suas atividades por meio de uma equipe multiprofissional composta por veterinários, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionista e arquiteto. Essa equipe trabalha integrada com diversos setores da Prefeitura, mantendo contato com:

- Equipes do Programa Médico de Família;
- Associações de Moradores;
- Unidades Básicas de Saúde;
- Coordenações das Escolas Estaduais e Municipais;
- Secretaria do Meio Ambiente;
- Secretaria de Ação Social;

entre outros órgãos que notificam imediatamente a Vigilância Epidemiológica e Sanitária sobre ocorrências de agravos relevantes à saúde pública.

Principais atribuições

A equipe multiprofissional realiza fiscalização e licenciamento de estabelecimentos de diferentes segmentos, incluindo:

Estabelecimentos e serviços diversos:

1. Estabelecimentos comerciais de alimentos, produtos saneantes, 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 médico-veterinários;
6. Estabelecimentos de tatuagem e piercing;
7. Estabelecimentos de fisioterapia;
8. 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 e condicionamento físico;
12. Comércio de gêneros alimentícios;
13. Comércio de produtos saneantes, cosméticos, perfumes e higiene;
14. Estabelecimentos de ensino/creches;
15. Locais de uso público restrito, como cemitérios, necrotérios, estabelecimentos funerários, terrenos baldios e estações rodoviárias.

Ações específicas no comércio farmacêutico:

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

Além disso, a Vigilância Sanitária realiza a estruturação da rede de informações, apoiando estudos, pesquisas e análise de indicadores de saúde para subsidiar políticas públicas e ações estratégicas de prevenção, proteção e promoção da saúde.

3.3.9 - Vigilância Ambiental- VIAMB

A Vigilância Ambiental em Saúde tem como função identificar situações de risco ou perigos no ambiente que possam causar doenças, incapacidades ou óbitos, adotando ou recomendando medidas para remoção ou redução da exposição a esses riscos, por meio de notas técnicas e orientação à rede de saúde.

São considerados fatores de risco à saúde aqueles decorrentes de qualquer situação ou atividade no meio ambiente, especialmente os relacionados à organização territorial e ao ambiente construído. A Vigilância Ambiental avalia fontes de risco nos locais e processos de trabalho, promovendo ações para eliminação ou redução dos riscos, considerando os ambientes físico, psicológico e social.

Entre as principais ações da Vigilância Ambiental destacam-se:

- Controle da potabilidade da água para consumo humano;
- Estratégias de ação em desastres naturais;
- Avaliação da qualidade do ar e do solo;
- Controle de vetores de transmissão de doenças, como insetos e roedores;

- Controle de agravos e doenças transmitidas por animais (zoonoses), incluindo monitoramento de populações de cães e gatos, com notificações no SINAN;
- Prevenção de doenças infectocontagiosas por meio de investigações de casos notificados e busca ativa de animais suspeitos;
- Vacinação antirrábica e tratamento medicamentoso de animais acometidos por esporotricose, conforme o Programa Municipal de Controle da Esporotricose Animal.

Programa Municipal de Combate à Dengue (PMCD)

O Programa Municipal de Combate à Dengue tem como foco principal o controle do vetor *Aedes aegypti*, transmissor da dengue.

Agentes visitadores: atuam em áreas específicas, promovendo educação ambiental à população e eliminando/tratando focos do vetor em logradouros;

- Equipe de ponto estratégico: atua em locais considerados passivos, como ferros-velhos, monitorando e tratando focos do mosquito;
- Equipe de laboratório: realiza análises técnicas de monitoramento;
- Equipe de mobilização em saúde: promove educação e engajamento comunitário;
- Equipe de reconhecimento geográfico: identifica áreas de risco e vulnerabilidade.

O programa utiliza a tecnologia UBV (Ultra Baixo Volume) para aspersão de inseticidas em microvolumes, lançados em alta velocidade, com capacidade de percorrer dezenas ou centenas de metros e permanecer no ambiente, garantindo contato com os mosquitos. Existem dois tipos de equipamentos: UBV veicular, acoplado a viaturas, e UBV costal, transportado manualmente. Durante períodos de epidemia, a utilização do UBV visa eliminar rapidamente os mosquitos em toda a área de transmissão, alcançando tanto o interior quanto o entorno dos imóveis.

A população é orientada a eliminar água parada em recipientes, quintais, pratos de vasos e manter tampas nos reservatórios, prevenindo a proliferação do mosquito.

Os Agentes de Combate às Endemias têm como atribuição desenvolver atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças, e promoção da saúde, em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal. Suas funções incluem:

- Diagnóstico das condições de vida e saúde da população de seu território;
- Articulação com profissionais da atenção básica;
- Desenvolvimento de trabalho integrado com a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica;
- Promoção e prevenção à saúde individual e coletiva;
- Mobilização comunitária e estímulo à participação nas políticas públicas de saúde e socioeducacionais.

4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Rede de Atenção à Saúde de Maricá é organizada de forma hierarquizada, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema municipal.

A Rede SUS de Atenção à Saúde é composta por:

- 28 Unidades Básicas de Saúde;
- 01 Ambulatório de Especialidades;
- 01 Serviço de Assistência Especializada (SAE);
- 01 Centro de Diagnóstico e Tratamento (CDT);
- 02 Hospitais Gerais, sendo que 01 dispõe de Serviço de Maternidade de Risco Habitual;
- 03 Unidades de Pronto Atendimento;
- 03 Unidades Móveis Pré-Hospitalares na área de urgência;
- 01 Central de Regulação do Acesso;
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por:
  - 01 CAPS III;

01 CAPSi;
01 CAPS-AD;
03 Serviços de Residência Terapêutica;

O território do município está dividido em 04 áreas distritais, onde os serviços de Atenção Primária têm se expandido gradualmente. Em dezembro de 2024, a cobertura de Atenção Primária alcançou 100% da população.

Atualmente, a rede conta com:

- 58 equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo atendimento integral da população de seu território e ordenação do processo de cuidado em saúde;
- 01 equipe de Consultório na Rua;
- 01 equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena;
- 02 equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar;
- 01 equipe Multidisciplinar de Apoio à Atenção Domiciliar;
- XX equipes de Saúde Bucal;
- 10 equipes de Práticas Integrativas e Complementares (e-multi), oferecendo ações de promoção da saúde e cuidado integral.

Essa estrutura permite o atendimento contínuo e integral da população, promovendo a coordenação do cuidado, a integralidade da atenção e o fortalecimento da saúde municipal em todos os níveis de complexidade.

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), reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicinas Tradicionais e/ou Complementares, foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (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 estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais para a oferta de serviços e produtos relacionados a:

- Homeopatia;
- Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura;
- Plantas Medicinais e Fitoterapia;
- Observatórios de Medicina Antroposófica;
- Termalismo Social/Crenoterapia.

As PICs contribuem para a integralidade da atenção à saúde, ampliando o acesso a diferentes abordagens terapêuticas e promovendo um olhar ampliado sobre o indivíduo e o processo saúde-doença.

No município de Maricá, a oferta de serviços de PICs ocorre por meio das Equipes Multiprofissionais de Práticas Integrativas e Complementares (E-multi), com 10 equipes distribuídas pelos distritos, integradas à Atenção Primária à Saúde e aos demais serviços da rede municipal, garantindo cobertura e acesso às práticas de cuidado integrativo.

4.2.2. Programa de Tabagismo

O Programa de Controle do Tabagismo tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, incentivando os indivíduos a abandonarem o hábito de fumar e garantindo acesso ao tratamento da dependência de nicotina.

O programa promove a conscientização sobre os riscos do tabagismo e oferece suporte aos participantes para o abandono do fumo, por meio de informações, estratégias de enfrentamento e acompanhamento individualizado. Para minimizar os efeitos da abstinência, é disponibilizada a reposição de nicotina via medicamentos, incluindo adesivos, pastilhas e gomas.

O acompanhamento dos participantes ocorre em quatro sessões de grupo, com duração de uma hora cada, realizadas semanalmente. Durante as sessões, os usuários recebem atenção individual, orientações estratégicas, informações gerais e específicas sobre o tabagismo, além de revisão e discussão de seu estado e tarefas para realização domiciliar. Após o término das sessões, os participantes continuam utilizando os medicamentos por um período aproximado de três meses, garantindo a sustentação do tratamento.

4.2.3. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é um desdobramento do programa original de atenção à saúde da população feminina, crianças e adolescentes, que foi reorganizado em programas voltados a grupos específicos. O PAISM concentra-se nas ações que abrangem todo o ciclo de vida da mulher, com foco na promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de sua saúde.

Entre os objetivos do programa estão:

- Prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
- Incentivo ao parto natural e redução do número de cesarianas;
- Redução da mortalidade materna;
- Diminuição da gravidez na adolescência.

O programa atua em diferentes áreas da atenção à saúde da mulher, incluindo:

- Prevenção e tratamento de doenças ginecológicas;
- Pré-natal de baixo e alto risco;
- Acompanhamento no pós-parto (puerpério);
- Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
- Planejamento familiar;
- Atenção à transição do período reprodutivo para o climatério;
- Atenção em grupo às gestantes e mães, promovendo educação e suporte;
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O PAISCA busca assegurar o cuidado integral da mulher, oferecendo serviços que integram prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e educação em saúde, em consonância com a política de atenção à saúde da mulher e os princípios do SUS.

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 os 2 anos de idade, por meio da puericultura, garantindo a atenção integral à saúde da criança.

Entre os serviços oferecidos destacam-se:

- Triagem neonatal com realização dos testes do pezinho, linguinha, olhinho e orelhinha;
- Consultas pediátricas de rotina;
- Ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da criança e do adolescente.

Entre os objetivos principais do programa estão:

- Redução da mortalidade infantil;
- Redução da morbidade por causas evitáveis;
- Diminuição da gravidez na adolescência.

O programa atua de forma integrada à Atenção Primária à Saúde e aos demais serviços da Rede Municipal, promovendo o cuidado contínuo e integral desde os primeiros anos de vida.

4.2.5. Planejamento Familiar

Programa de Planejamento Familiar tem como finalidade prevenir gravidez não planejada, reduzir gestações de alto risco e promover maior intervalo entre os partos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do casal.

O programa inclui:

- Oferta gratuita de métodos contraceptivos, incluindo preservativos e outros tipos de anticoncepcionais;
- Orientação individualizada, auxiliando o paciente a compreender os prós e contras de cada método e escolher aquele mais adequado à sua realidade;
- Acesso a métodos contraceptivos definitivos, como vasectomias e laqueaduras;
- Educação em saúde reprodutiva, promovendo conhecimento sobre sexualidade responsável e prevenção de gravidez indesejada.

As ações do programa estão integradas à Atenção Primária à Saúde, garantindo acompanhamento contínuo, suporte e orientação aos usuários, promovendo saúde sexual e reprodutiva de forma segura e eficaz.

4.2.6. Programa de Atenção a Saúde do Idoso

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso foi implantado no município com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e ampliar o acesso da população idosa de Maricá aos serviços de saúde, garantindo os direitos do idoso e promovendo a humanização na atenção à saúde.

O programa realiza atendimentos domiciliares e ambulatoriais por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, com o objetivo de acompanhar e assistir os pacientes, na maioria acamados, de forma contínua e personalizada.

Idosos que ainda não estejam cadastrados são encaminhados diretamente à gerência do programa, sem necessidade de passar pela Secretaria de Saúde. A avaliação é realizada por profissionais de competência específica, garantindo que cada paciente receba o atendimento adequado.

O programa atende idosos com patologias crônicas sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, oferecendo assistência gratuita com cuidados próximos à família. Essa abordagem contribui para:

- Redução de filas nos hospitais de emergência, por meio do atendimento domiciliar quando indicado por médico e com consentimento da família;
- Ampliação e melhoria da assistência do SUS, proporcionando atendimento humanizado, seguro e próximo do ambiente familiar;
- Recuperação domiciliar de pacientes pós-cirurgia, reduzindo riscos de contaminação e infecção.

O programa garante, assim, que os idosos recebam atenção integral, contínua e humanizada, integrando-se às demais ações da Rede Municipal de Saúde.

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), com o objetivo de promover ações que possibilitem a compreensão da realidade dos homens entre 20 e 59 anos em seus diversos contextos de vida.

Essa política integra-se à agenda de equidade de gênero, sendo o Brasil pioneiro em instituir a Saúde do Homem como área técnica do governo federal. As diferenças de morbimortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens apresentam maior mortalidade precoce, especialmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis a doenças cardiovasculares — possivelmente associadas a comportamentos de risco — e tendem a procurar menos os serviços de saúde, devido a limitações de tempo e à falsa percepção de invulnerabilidade física e mental.

Diante desse cenário, o programa tem como finalidade facilitar e ampliar o acesso e o acolhimento da população masculina aos serviços de saúde, buscando romper os obstáculos que impedem os homens de utilizar os serviços disponíveis.

As ações do programa incluem:

- Acolhimento e orientação em saúde sexual e reprodutiva;
- Informações sobre paternidade e cuidados com a saúde;
- Prevenção de doenças prevalentes na população masculina;
- Prevenção de acidentes e violências.

As atividades do programa são realizadas por uma equipe multiprofissional e coordenadas no Centro de Diagnóstico e Tratamento, garantindo atenção integral, acolhimento humanizado e promoção da saúde do homem em todos os níveis de cuidado.

4.2.8 Pólo de Ostomizados

O Polo de Atenção aos Ostomizados tem como objetivo prestar assistência especializada de caráter interdisciplinar às pessoas com estoma, promovendo sua reabilitação e garantindo atenção integral às suas necessidades.

As ações do polo incluem:

- Orientação para autocuidado e prevenção de complicações nas estomias e na pele periostomal;
- Fornecimento mensal de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;
- Atendimento prioritário a pessoas com ostomias do sistema digestório e urinário, incluindo colostomias, ileostomias e urostomias;
- Suporte interdisciplinar contínuo, visando à promoção da qualidade de vida e autonomia do paciente.

O polo atua de forma integrada à rede de atenção à saúde do município, garantindo assistência humanizada, acompanhamento especializado e segurança no manejo das estomias.

4.2.9 Programa de Saúde Indígena

O programa tem como finalidade acolher as aldeias indígenas da região, promovendo o acesso da população indígena às ações e serviços de saúde oferecidos pela rede municipal.

A estratégia utiliza a Atenção Primária à Saúde, por meio do modelo da Saúde da Família, como porta de entrada para o sistema, garantindo acompanhamento contínuo dos membros das tribos.

As ações do programa incluem:

- Acompanhamento de pré-natal e puericultura;
- Monitoramento de doenças prevalentes e pacientes crônicos;
- Vacinação conforme o calendário oficial;
- Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Supervisão e acompanhamento de tratamentos de curta e longa duração;
- Apoio em eventos realizados nas aldeias.

O programa visa assegurar atenção integral, humanizada e culturalmente adequada, respeitando os hábitos e tradições da população indígena, garantindo o direito à saúde e a qualidade de vida desses usuários.

4.2.10 Programa de Saúde da População Negra

O programa encontra-se em fase de implantação e ampliação e tem como objetivo promover o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e tratamento das doenças que acometem a população negra do município.

As ações do programa buscam:

- Reduzir desigualdades em saúde e garantir equidade no acesso aos serviços;
- Promover prevenção e educação em saúde voltadas às condições mais prevalentes na população negra;
- Oferecer acompanhamento clínico e tratamento adequado às necessidades dessa população;
- Articular com outras políticas e programas municipais para fortalecer a atenção integral e culturalmente adequada.

O programa visa assegurar que a população negra receba atenção integral, humanizada e efetiva, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção de doenças e redução das disparidades em saúde no município.

4.3 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município é composta por dispositivos integrados e hierarquizados, voltados à atenção e cuidado em saúde mental da população.

Atualmente, a rede municipal conta com:

- 01 CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial);
- 01 CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil);
- 01 CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas);
- 03 Residências Terapêuticas;

A proposta do município inclui elevar a qualificação de todos os CAPS para o tipo III, garantindo maior abrangência e complexidade de atendimento;

O objetivo da RAPS é oferecer atenção integral, contínua e humanizada, promovendo a reabilitação psicossocial, o tratamento de transtornos mentais e a inclusão social da população atendida.

4.4 Atenção Ambulatorial Especializada

O município encontra-se dividido em quatro áreas distritais, e a programação da gestão municipal prevê a descentralização da assistência especializada, com o objetivo de facilitar o acesso da população e ampliar a oferta de ações e serviços públicos de saúde.

Cada distrito contará com:

- Rede de atenção primária, garantindo a porta de entrada ao sistema e o acompanhamento contínuo dos usuários;
- Rede especializada, permitindo a realização de consultas, exames e procedimentos de forma descentralizada, próxima à população.

Essa organização visa promover atenção integral, equitativa e regionalizada, garantindo que os serviços de saúde estejam distribuídos de forma eficiente e acessível em todos os distritos do município.

4.5 Assistência Hospitalar

A rede hospitalar atualmente conta com 2 hospitais gerais, sendo que um deles conta com serviço de maternidade de risco habitual.

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, 03 bases do SAMU (Centro, Itaipuaçu e Ponta Negra) dispondo de 03 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 (CAF) conta com uma equipe de farmacêuticos que atuam tanto nos fluxos internos da CAF quanto diretamente na assistência farmacêutica nas Unidades de Atenção Básica. O número de farmacêuticos vem sendo ampliado para atender às demandas das unidades básicas de saúde, que realizam dispensação local de medicamentos.

Os fluxos assistenciais da CAF iniciam-se pela seleção dos medicamentos que compõem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Essa relação contempla todos os medicamentos padronizados no município, especificando formas farmacêuticas e posologias, de modo a atender de forma abrangente o perfil epidemiológico municipal.

A CAF é responsável por:

- Distribuição de medicamentos e materiais médicos para todas as unidades de saúde do município;
- Atendimento técnico aos profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam nos ambulatórios;
- Suporte às fiscalizações realizadas pela Vigilância Sanitária, pelo Conselho Regional de Farmácia e por outros órgãos competentes.

O objetivo da CAF é garantir assistência farmacêutica segura, eficiente e contínua, assegurando a disponibilidade de medicamentos e materiais em todas as unidades de saúde do município, bem como orientação técnica qualificada aos profissionais que atuam na rede.

5. GESTÃO EM SAÚDE

A Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulamentou a organização e funcionamento dos serviços de saúde e consolidou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os princípios fundamentais do SUS destacam-se:

- Universalidade: acesso a todos os serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade: atenção completa à saúde do indivíduo, abrangendo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação;
- Equidade: igualdade na assistência à saúde, com prioridade às necessidades de maior vulnerabilidade;
- Direito à informação: divulgação transparente sobre os serviços e sua capacidade de atendimento;
- Uso da epidemiologia: estabelecimento de prioridades com base em dados e indicadores de saúde;
- Descentralização político-administrativa: organização dos serviços em níveis municipais, estaduais e federais;
- Conjugação de recursos: integração dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas de gestão;
- Capacidade de resolução: oferta de serviços com resolutividade em todos os níveis de atenção à saúde;
- Organização dos serviços públicos: estruturação dos serviços de saúde de forma ordenada e eficiente.

A Secretaria Municipal de Saúde tem como objetivo, por meio do planejamento estratégico de suas ações e investimentos, organizar o sistema de saúde local em conformidade com os princípios fundamentais do SUS, garantindo atenção integral, equidade e eficiência à população.4

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 diversas metas previstas neste Plano.

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 o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o SUS deve ser financiado com recursos provenientes da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente previstos no orçamento da seguridade social de cada ente federativo.

Com a implementação do modelo de descentralização e municipalização da gestão das ações e serviços de saúde, transferindo ao município recursos e responsabilidades pela definição e operação da política local de saúde, tornou-se necessária a utilização de instrumentos de gestão que garantam o uso adequado desses recursos. Tais instrumentos asseguram que os recursos, transferidos da União, do Estado e do próprio município, sejam aplicados exclusivamente em ações de saúde, de forma racional, democrática, transparente e com participação da comunidade.

Participação das esferas de governo no financiamento

A Emenda Constitucional nº 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, definiu a participação de cada esfera de governo no financiamento do SUS, estabelecendo:

- Estados: mínimo de 12% da receita de impostos, incluindo transferências constitucionais;
- Municípios: mínimo de 15% da receita de impostos e transferências constitucionais;
- União: cálculo a partir do valor da despesa paga + restos a pagar do exercício anterior, corrigido pela inflação (EC nº 95/2017).

As receitas consideradas para a base de cálculo municipal incluem impostos como IPTU, ISS, ITBI, IRRF, ITR, acrescidos de juros e multas, além das transferências constitucionais da União (FPM, ITR e Lei Complementar nº 87/1996) e do Estado (quota-parte do ICMS, IPI-exportação, IPVA, entre outros).

Para receber os recursos transferidos da União e do Estado, a Lei Federal nº 8.142/1990 determina a criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS), instrumento responsável pelo gerenciamento dos recursos financeiros destinados à saúde.

O Município de Maricá, por meio da Lei nº 03/1991, instituiu o FMS de Maricá, vinculado diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, garantindo gestão transparente e aplicação adequada dos recursos.

Blocos de financiamento

O financiamento federal passou por diversas mudanças, inicialmente estruturado pelos Blocos de Financiamento da Portaria nº 204/2007, acrescido do Bloco de Investimento (Portaria nº 837/2009) e, posteriormente, reorganizado pela Portaria nº 3992/2017. A partir de janeiro de 2018, os recursos federais passaram a ser transferidos na forma de dois blocos:

1. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde → atualmente denominado Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde;
2. Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde → atualmente denominado Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os recursos de cada bloco são transferidos fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e mantidos em instituições financeiras oficiais federais.

A aplicação dos recursos deve observar:

1. Registro das ações no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, submetidos ao Conselho Municipal de Saúde;
2. Cumprimento dos objetos e compromissos pactuados em atos normativos, portarias e resoluções da CIT e CIB;
3. Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento Geral da União, ao final do exercício financeiro.

Estrutura de aplicação dos recursos

O Fundo Nacional de Saúde organiza as transferências de recursos federais para custeio e investimento, identificando os recursos por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação:

I. Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Assistência Farmacêutica;
- Vigilância em Saúde;
- Gestão do SUS.

II. Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

- Atenção Básica;
- Atenção Especializada;
- Vigilância em Saúde;
- Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde;
- Gestão do SUS.

Cumprimento do percentual mínimo de aplicação municipal

A Constituição Federal estabelece que o município deve destinar 15% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais para gastos com saúde. Em Maricá, a execução orçamentária do município em 2017 foi de 18,35%, mantendo-se nos anos seguintes acima do mínimo constitucional, garantindo recursos suficientes para manutenção e expansão das ações e serviços públicos de saúde.

TABELA 20 - Percentual de recursos Próprios Aplicados em Saúde no ano de 2024 – Maricá.

EXERCÍCIO	DESPESA APLICADA COM RECURSOS PRÓPRIOS ATÉ O 3º QUADRIMESTRE/2024	DESPESA MÍNIMA A SER APLICADA COM RECURSOS PRÓPRIOS EM 2024 (15%)	PERCENTUAL APLICADO (%)
3º Quadrimestre/2024	261.083.646,69	239.808.140,22	16,33
Total de Recursos Próprios Aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde	**261.083.646,69**	**239.808.140,22**	16,33

Fonte: Fundo Municipal de Saúde de Maricá

Além dos instrumentos de gestão financeira, deve-se considerar o Plano Plurianual (PPA), previsto no art. 165 da Constituição Federal, como ferramenta essencial para organizar e viabilizar a ação pública, garantindo o cumprimento dos fundamentos e objetivos da administração pública.

Por meio do PPA, é definido o conjunto das políticas públicas do governo para um período de quatro anos, detalhando os caminhos e estratégias para atingir as metas previstas, inclusive no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde foi elaborado em consonância com o PPA 2026-2029, assegurando que as ações, programas e investimentos previstos estejam alinhados ao planejamento orçamentário e estratégico do município, promovendo gestão integrada, eficiente e transparente dos recursos públicos destinados à saúde da população.

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 frequentemente denominada judicialização da saúde refere-se às demandas levadas ao Poder Judiciário nas quais os indivíduos buscam compelir o Estado a fornecer tratamentos, medicamentos ou serviços de saúde, com fundamento no direito à saúde consagrado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que “saúde é direito de todos e dever do Estado”.

A doutrina e a jurisprudência predominantes reconhecem que existe obrigação estatal de prover acesso integral a tratamentos de saúde, exigível em juízo, podendo tal responsabilidade ser compartilhada ou individualmente assumida pelos entes federativos.

Embora a judicialização, em alguns casos, possa impulsionar melhorias na gestão do Sistema Único de Saúde, sobretudo quando pacientes recorrem ao Judiciário para garantir acesso a medicamentos e serviços formalmente previstos, verificou-se crescimento significativo de demandas judiciais que, muitas vezes:

- Subvertem a ordem de atendimento técnico estabelecida;
- Concedem acesso a procedimentos ou insumos não incorporados ao SUS;
- Comprometem a utilização prioritária dos tratamentos oficialmente disponibilizados.

Além de impactar a organização do sistema, essas demandas geram repercussões financeiras importantes, afetando a gestão municipal e a execução de políticas públicas, já que os recursos orçamentários são limitados.

Diante desse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde adotou medidas para sistematizar processos que permitam:

1. Cumprir determinações judiciais de forma organizada;
2. Prestar informações técnicas para subsidiar a defesa da Administração;
3. Parametrizar dados sobre medicamentos, alternativas terapêuticas disponíveis pelo SUS, genéricos e similares;
4. Orientar os requerentes sobre a competência de cada ente federativo na dispensação de medicamentos e insumos;
5. Garantir encaminhamentos adequados para os responsáveis pelo fornecimento, promovendo maior clareza e eficiência na política de atendimento.

Assim, a gestão da judicialização da saúde busca equilibrar o direito individual dos pacientes com a necessidade de manter a organização, eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde municipal.

6. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os processos de monitoramento e avaliação são complementares e devem ocorrer ao longo do desenvolvimento e da execução das ações de saúde, estando diretamente vinculados aos instrumentos de planejamento e gestão. Esses processos permitem ajustes contínuos, garantindo que as ações permaneçam alinhadas aos objetivos estabelecidos.

A Programação Anual de Saúde (PAS) detalha, ano a ano, as ações necessárias para alcançar as metas do Plano Municipal de Saúde, previamente aprovado para um período de quatro anos. A PAS é continuamente avaliada quanto à execução das ações, e os resultados dessa avaliação servem de subsídio para a elaboração da PAS do ano seguinte. Esse processo possibilita:

- Manutenção e adequação das ações oportunas;
- Supressão de ações que não se mostrem eficazes;
- Introdução de novas ações conforme necessidade, sempre com base no Plano Municipal de Saúde vigente.

O monitoramento e a avaliação do Plano de Saúde permitem:

- Identificação de problemas durante a execução;
- Controle de prazos;
- Tomada de decisões oportunas para correção de rumos.

Os indicadores pactuados são acompanhados e avaliados quadrimestralmente, sendo apresentados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) em reuniões ordinárias e em Audiências Públicas, integrando o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Com base nessa avaliação, podem ser adotadas medidas ou intervenções para garantir o alcance das metas estabelecidas.

A prática de monitoramento e avaliação, incorporada à rotina dos serviços de saúde, tem sido continuamente aperfeiçoada pelo SUS, consolidando-se como um instrumento estratégico para o planejamento das ações de saúde e para a utilização eficiente dos recursos financeiros.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) complementa esse processo, apresentando os indicadores e consolidando os resultados do ano. Submetido à aprovação do CMS, o RAG orienta ajustes e

redirecionamentos necessários no Plano Municipal de Saúde, garantindo a melhoria contínua da gestão do sistema.

7 - DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

DIRETRIZ 1 - Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Objetivo 1.1 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as unidades.

Metas	Indicadores	2026	2027	2028	2029
Estimular atividades mensais em 100% dos territórios;	% de equipes com 1 (uma) atividade mensal ou mais realizada no território	100%	100%	100%	100%
Construir 16 Unidades Básicas de Saúde, em substituição das estruturalmente inadequadas e/ou alugadas e em expansão da APS;	Nº de Unidades Construídas por ano.	08	08	0	0
Ampliar 66 equipes da Estratégia Saúde da Família;	N° de Implantação de Novas Equipe por ano	38	28	0	0
Elaborar estratégias para aumentar em 60% o acesso de Atendimento à Demanda espontânea nas Unidades de Saúde	% total de atendimentos de demanda programada/demanda espontânea e programada	60%	60%	60%	60%
Solicitar e manter atualizado o registro para funcionamento (Licença Sanitária e Alvará) em 35% estabelecimentos da Atenção Primária;	Proporção de Unidades de Saúde da Família com registro regular para funcionamento (Licença Sanitária e Alvará)	0%	5%	10%	20%
Implementar Telessaúde em 11 Unidades de Saúde da Família;	Nº de Unidades com implementação de equipamentos e locais apropriados para realizar tele-atendimentos por ano.	0	3	3	5
Melhorar o monitoramento e registro de atendimentos extra-muros e visitas domiciliares em 80%.	% de equipes com tecnologias de registro e monitoramento implementadas.	20%	40%	60%	80%
Ampliar em 100% a oferta de consultas e procedimentos nas unidades de atenção primária;	% de unidades de saúde da família que atingiram 100% dos serviços previstos na carteira de serviço da APS do município.	30%	50%	75%	100%
Manter 80% das consultas programadas com marcação em tempo adequado para as	% de equipes com demandas programadas com marcação em tempo inferior a 3 meses.	20%	40%	60%	80%

necessidade de saúde do usuário;					
Implantar e implementar 7 pólos de Academia da Saúde no município;	Nº de Academias da Saúde implantadas por ano	4	1	1	1
Ampliar em 100% o número de ações prioritárias do Programa Saúde na Escola (PSE)	% de escolas (por INEP) com atividades coletivas prioritárias realizadas.	50%	60%	80%	100%
Instituir o uso de tablets para os ACS com o E-SUS	% de tablets por agentes na unidade.	100%	0	0	0
Implantar e manter app “Alô Maricá” para visibilidade das filas de espera na rede municipal.	Números de App implantado e mantido .	1	1	1	1
Objetivo 1.2 – Enfrentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Proporcionar o acesso qualificado ao pré-natal, garantindo a realização de no mínimo 7 consultas, com a primeira até a 12ª semana de gestação em 80% das gestantes;	% de gestantes que realizaram 7 consultas ou mais durante o pré-natal, sendo a 1ª consulta até 12 semanas de gestação	80%	80%	80%	80%
Reativar o Grupo Condutor da Rede Alyne Municipal;	Número de reuniões Quadrimestrais realizadas	3	3	3	3
Atualizar e qualificar 100% do Protocolo e Fluxograma para prescrição e dispensação de métodos contraceptivos;	Proporção de equipes que realizam grupos de Planejamento Familiar.	100%	100%	100%	100%
Qualificar a assistência do pré-natal, monitorando e garantindo o acesso de 100% das gestantes às consultas odontológicas	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	100%	100%	100%	100%
Qualificar e Estimular a assistência ao parto normal em 100% dos grupos de gestantes, incluindo o tema do Parto Normal nos grupos de gestantes nas UBS;	% de equipes na UBS cujos pacientes participam de grupos que abordem o tema de incentivo aos partos normais	100%	100%	100%	100%
Ampliar o acesso de mulheres à coleta do exame de colpocitologia para faixa etária dos 25 a 64 anos em 40%;	Aumento do registro de solicitação ou resultado de colpocitológico em mulheres de 25 a 64 anos nos últimos 36 meses	10%	20%	30%	40%
Ampliar o acesso das mulheres ao exame de rastreamento de mamografia na faixa etária dos 50 aos 69 anos em 40%;	Registro de 01 exame de rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos, solicitado ou avaliado nos últimos 24 meses	10%	20%	30%	40%
Realizar capacitação teórico-prático para 100% dos	Cobertura de profissionais médicos e enfermeiros	100%	100%	100%	100%

profissionais enfermeiros e médicos das USF e UBS na realização do exame clínico das mamas	capacitados para avaliação e realização do exame clínico das mamas				
Reduzir a taxa incidência de sífilis congênita para 2;	Taxa de incidência de sífilis congênita	3	2,8	2,6	2
Diminuir 10% o índice de gestação em mulheres menores de 18 anos no território, a cada ano.	Proporção de gravidez na adolescência	10%	10%	10%	10%
Objetivo 1.3 – Qualificar a atuação da APS e ampliar cobertura vacinal					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Implantar equipes fixas especializadas nas salas de vacinação em 90% das unidades de saúde da família visando o alcance das coberturas vacinais;	Proporção do número de equipes fixas de vacinação em relação ao número total de unidades presentes no território;	30%	50%	70%	90%
Garantir condições adequadas em 100% das salas de vacinação nas USF;	Proporção de unidades de saúde com salas de vacinação adequadas dentro das normas RDC	50%	70%	90%	100%

Objetivo 1.4 - Qualificar o processo de trabalho da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Capacitar os profissionais eMulti a partir dos referenciais teóricos da Saúde Coletiva através de 12 reuniões a cada ano	Número de reuniões de equipe que inclua ofertas teóricas sobre o tema	12	12	12	12
Ampliar para 20 o número de profissionais eMulti capacitados em ao menos uma Prática Integrativa e Complementar;	Número de profissionais eMulti capacitados nas Práticas Integrativas e Complementares	20	20	20	20
Aumentar 60% a oferta das Práticas Integrativas e Complementares na APS;	% de profissionais eMulti que utilizam as Práticas Integrativas e Complementares como procedimento terapêutico	15%	30%	45%	60%
Qualificar a atuação da eMulti em 08 linhas de cuidado, ações e programas de saúde da APS;	Número de reuniões com a participação das áreas técnicas e gerências	6	6	8	8
Ampliar 4 equipes emulti;	Número de emulti implantadas no ano	01	01	01	01
Estimular a participação de 30% dos profissionais eMulti em processos formativos externos	Percentual de profissionais participantes de cursos de qualificação profissional	20%	20%	30%	30%

Objetivo 1.5 - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Aumentar enfrentamento a fome e garantir o acesso de 95% das pessoas em vulnerabilidade a alimentos seguros, nutritivos e suficientes;	% de usuários acompanhados, beneficiários dos programas de transferência de renda (RBC Mumbuca e PBF)	80%	85%	90%	95%
Reduzir o índice de desnutrição em todas as faixas etárias e ciclos de vida para zero;	Prevalência de desnutrição na população.	0%	0%	0%	0%
Reduzir 100% da insegurança alimentar e nutricional;	Uso de marcador de consumo alimentar para populações vulneráveis em percentil.	40%	60%	80%	100%
Implantar 28 hortas agroecológicas nas unidades de saúde;	Número de hortas agroecológicas nas Unidades	4	8	16	28
Manter acima de 95% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família;	% de beneficiários acompanhados no Programa Bolsa Família	80%	85%	90%	95%
Implantar protocolo municipal de dispensação de fórmulas infantis especiais, que atenda 90% da demanda;	% de crianças com CID associado à intolerância à lactose e/ou alergia à proteína de leite de vaca em uso da fórmula dispensada pelo município.	50%	75%	80%	90%
Implantar protocolo municipal de dispensação de dietas especiais, que atenda 90% da demanda;	% de usuários com CID associado à necessidade de uso de dieta especial em uso de dieta especial dispensada pelo município.	50%	75%	80%	90%
Diminuir 50% de obesidade e sobrepeso com manutenção de peso saudável;	Proporção de usuários com sobrepeso e obesidade (Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 Kg/m2) acompanhados na APS	15%	30%	40%	50%
Elaborar a linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade;	Número de Documentos criados	1	0	0	0
Construir 01 Centro de Referência para Obesidade (CRO)	Nº de CRO construídos	0	0	0	1

Objetivo 1.6 - Reduzir a mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em Maricá até 2030.					
Reduzir a mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT em 2% ao ano;	Taxa de Mortalidade prematura por DCNT	2%	2%	2%	2%
Objetivo 1.7 - Melhorar as condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.					
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.	320	300	280	260
Realizar 14 Grupo de exercícios terapêuticos para idosos portadores de doença de Parkinson e outras condições limitantes acompanhados pela ESF;	Número de grupo de exercícios terapêuticos para idosos realizado na ESF.	14	16	18	20
Promover a capacitação de 100% de 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.	100%	100%	100%	100%
Aplicar a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em 100% dos idosos cadastrados nas unidades de Saúde da Família;	% de caderneta de Saúde da Pessoa Idosa implantada	100%	100%	100%	100%
Implantar o protocolo de atendimento ao idoso, tendo em vista o acolhimento das demandas e seus encaminhamentos;	Protocolos e fluxos de atendimento às pessoas idosas implantados.	1	1	1	1
Articular ações de prevenção e assistência em saúde bucal em idosos, visando a prevenção de perda de dentes e doença periodontal, em 80% da população alvo;	% de idosos acompanhados pela ESF avaliados pela Saúde Bucal	10%	30%	50%	80%
Integrar as ações de atenção à pessoa idosa no âmbito do SUS, SUAS e Secretarias Municipais;	Número de ações de atenção a pessoa idosa compartilhada com outros setores e/ou secretarias, por equipe, por semestre.	1	1	1	1
Objetivo 1.8 - Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo nas instituições e serviços do SUS.					
Capacitar 100% dos profissionais de saúde sobre racismo estrutural e saúde da população negra;	Percentual de profissionais que trabalham na rede de saúde pública do município de maricá capacitados sobre racismo estrutural.	50%	70%	85%	100%

Ampliar em 20% o acesso da população negra aos serviços de saúde;	Número de atendimento no ano /Númerode atendimento no ano-base x100	5%	10%	15%	20%
Aprimorar o registro em 95% do quesito raça/cor nos sistemas de informação;	Número de prontuários com campo raça/cor preenchidos corretamente/ total de prontuários analisados x100	45%	55%	75%	95%
Fomentar a participação social da população negra no SUS;	Nº de fóruns anuais realizado pela saúde	1	1	1	1
Fomentar pesquisas e ações de monitoramento;	Nº de boletins publicados com dados epidemiológicos desagregados por raça/cor.	100%	100%	100%	100%
Objetivo 1.9 - Assegurar o acesso qualificado e humanizado da população indígena aos serviços de saúde, ampliando a cobertura assistencial, valorizando agentes comunitários indígenas, fortalecendo ações de vigilância, saúde da mulher e práticas tradicionais em saúde					
Fortalecer a atenção à saúde da mulher indígena	Percentual de gestantes indígenas com 7 ou mais consultas de pré-natal	60%	70%	80%	90%
Ampliar para 100% a cobertura de ações de vigilância em saúde;	Número de ações de vacinação e monitoramento realizadas por trimestre.	25%	50%	75%	100%
Valorizar e formar 90% dos agentes indígenas de saúde;	(Número de Agentes Indígenas de Saúde capacitados / Total de Agentes Indígenas de Saúde ativos) x 100	90%	90%	90%	90%
Apoiar 100% das práticas tradicionais de cuidado;	N° de protocolos publicados sobre de saberes tradicionais com a rede de atenção à saúde	100%	100%	100%	100%
Melhorar condições estruturais e sanitárias das Aldeias de Maricá	(Número de aldeias com água potável e saneamento implantado / Total de aldeias identificadas no território municipal) x 100	50%	50%	100%	100%
Construir uma unidade de Saúde Indigena na Aldeia de Mata Verde Bonita	N° de unidades de saúde para atendimento aos indígenas	0	0	0	1
Objetivo 1.10 – Promover atenção integral, humanizada e qualificada à saúde da população LGBTQIAPN+, por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos profissionais e da produção de informações em saúde que subsidiem ações efetivas.					
Capacitar, no mínimo, 80% dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre diversidade sexual e de gênero, até o final da vigência do plano;	(Nº de profissionais capacitados ÷ Nº total de profissionais da APS) × 100	50%	60%	70%	80%
Implantar 1 protocolo municipal de atendimento sensível à população LGBTQIAPN+ nas unidades de saúde da rede municipal até o segundo ano do plano;	N° de protocolo municipal implantado para atendimento à população LGBTQIAPN+.	0	1	0	0

Realizar 1 campanha anual de prevenção e promoção da saúde específicas para a população LGBTQIAPN+, com foco em ISTs, saúde mental e direitos sexuais e reprodutivos;	Nº de campanhas realizadas por ano voltadas à população LGBTQIAPN+.	1	1	1	1
Implementar sistema de registro qualificado da identidade de gênero e orientação sexual nos prontuários eletrônicos da APS, com cobertura de pelo menos 70% das unidades até o final do plano.	(Nº de unidades com registro adequado ÷ Nº total de unidades da APS) × 100	40%	50%	60%	70%
Incentivar e apoiar a realização de pelo menos 2 estudos ou levantamentos epidemiológicos sobre a situação de saúde da população LGBTQIAPN+ no município;	Nº de estudos ou levantamentos epidemiológicos sobre saúde LGBTQIAPN+ realizados com apoio da gestão municipal.	2	2	2	2
Objetivo 1.11 - Garantir o acesso integral, humanizado e de qualidade aos serviços de saúde para a população refugiada residente no município, promovendo equidade e redução das iniquidades em saúde.					
Ampliar o cadastro da população refugiada nas unidades de saúde do município em 80% até o final da vigência do plano;	% de refugiados cadastrado / Estimativa total de refugiados no município x 100	50%	60%	70%	80%
Capacitar 80% dos profissionais das unidades de saúde para o atendimento qualificado da população refugiada, com foco em comunicação, cultura, direitos e determinantes sociais da saúde;	% de profissionais capacitados/Total de profissionais das unidades de saúde x 100	50%	60%	70%	80%
Objetivo 1.12- 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.					
Qualificar 80% dos trabalhadores da saúde para acolher os pais/parceiros de mulheres que realizam o pré- natal;	Percentil de consultas de pré-natal com registro de consulta do parceiro.	50%	60%	70%	80%
Capacitar 100% dos profissionais de Emulti e equipes da ESF para linha de cuidado de atenção à saúde do homem;	Percentil das equipes de saúde que participaram da capacitação de cuidado integral à saúde do homem.	45%	55%	80%	100%

Objetivo 1.13 - Enfrentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil.					
Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 10;	Redução da taxa de mortalidade infantil	12	11,5	11	10
Implantar e capacitar 100 % das equipes APS sobre a Linha de Cuidado da Saúde da Criança de Adolescente;	Percentual de equipes treinadas	50%	75%	90%	100%
Garantir o acompanhamento de 100 % das crianças de 0 a 36 meses na puericultura conforme a Linha de Cuidado;	Percentual de crianças de 0 a 36 meses em acompanhamento	50%	75%	90%	100%
Garantir o acompanhamento anual de 90 % das crianças acima de 36 meses e de adolescentes por médico na APS;	Percentual de atendimentos realizados na faixa etária específica	30%	50%	70%	90%
Reduzir a taxa de gravidez na adolescência para 10%;	Taxa de gravidez na adolescência	11%	10,50%	10,25%	10%
Implantar a caderneta do adolescente em 75% das equipes;	Número de esquipes capacitadas / adolescentes com cadernetas	30%	40%	60%	75%
Garantir a coleta do teste do pezinho em 90% dos recém-nascidos entre o 3º e o 5º dia de vida;	Percentual de coleta do teste do pezinho	50%	60%	80%	90%
Realizar teste do olhinho em 90 % dos recém-nascidos na maternidade;	Percentual de nascidos-vivos que realizaram o teste do olhinho na maternidade	70%	75%	80%	90%
Realizar teste do orelhinha em 90 % dos recém-nascidos na maternidade;	Percentual de nascidos-vivos que realizaram o teste do orelhinha na maternidade	70%	75%	80%	90%
Realizar teste do linguinha em 90 % dos recém-nascidos na maternidade;	Percentual de nascidos-vivos que realizaram o teste do linguinha na maternidade	70%	75%	80%	90%
Realizar teste do coraçãozinho em 90 % dos recém-nascidos na maternidade;	Percentual de nascidos-vivos que realizaram o teste do coraçãozinho na maternidade	70%	75%	80%	90%
Aumentar o aleitamento exclusivo até 6 meses em 80%;	Percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo	35%	55%	65%	80%
Garantir acesso de 100 % nas consultas com oftalmo, em crianças na primeira infância;	Percentual de criança na primeira infancia com consultas oftalmológicas	30%	50%	75%	100%

Garantir acesso de 100 % das crianças no 1º ano de vida na consulta com odonto;	Percentual de crianças com consulta com odonto no 1º ano de vida	30%	50%	75%	100%
Objetivo -1.14 - 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					
Promover capacitação de 80% dos profissionais de eMulti e ESF para fortalecer a atenção à pessoa com deficiência;	Percentil de equipes de saúde e eMulti capacitadas para acolhimento da Pessoa com deficiência	50%	60%	70%	80%
Instituir 01 fluxo para atendimentos das demandas das Pessoas com deficiência na APS	Percentil relacionado a 01 fluxo elaborado e atualizado anualmente.	100%	100%	100%	100%
Objetivo 1.15- Contribuir para redução de todas as formas de violência e das taxas de mortalidade por violências					
Promover capacitações anuais sobre prevenção à violência, com o objetivo de reduzir a subnotificação;	Percentil de equipes que receberam capacitações sobre violência anualmente.	80%	80%	80%	80%
Desenvolver ações preventivas em territórios contra a violência	Percentual de UBSs desenvolvendo ações com foco na temática violência e promoção da cultura da paz.	10%	25%	40%	60%
Objetivo 1.16- Ampliar e qualificar o cuidado integral à população em situação de rua, fortalecendo ações de promoção da saúde.					
Ampliar a oferta de cuidados da equipe de consultório da Rua por meio de elaboração de diretriz municipal	Percentil de diretrizes atualizadas anualmente.	100%	100%	100%	100%
Implementar ações de equipe multiprofissional com realização de PTS para os pacientes atendidos pela equipe de Consultório na Rua	Percentil de pacientes com PTS elaborado e atualizado quadrimestralmente.	20%	40%	60%	80%
Implementar um veículo estruturado com consultório para a equipe de consultório na rua.	Nº de veículo estruturado implementado	0	1	0	0
Objetivo 1.17- Reduzir a prevalência do tabagismo, fortalecendo ações de prevenção, promoção da saúde e ampliação da oferta de tratamento para cessação do tabaco na Atenção Primária.					
Manutenção das UBS com Programa de Controle de Tabagismo	Manutenção de ~~100%~~ **80%** das UBS com Programa de Controle de Tabagismo	80%	80%	80%	80%
Desenvolver ações anuais por unidade contra o tabagismo	Percentil de unidades que realizaram 02 ações anuais contra o tabagismo	60%	70%	80%	80%

Objetivo 1.18 - Fortalecer e expandir os programas de residência médica e multiprofissional, qualificando a formação em serviço, ampliando a fixação de profissionais no município e contribuindo para a melhoria da atenção à saúde da população.					
Incentivar a Residência médica	Implementação e manutenção de programas de residência Médica. Indicador numérico de programa em funcionamento por ano.	1	1	1	1
Incentivar a Residência de Enfermagem	Implementação de programas de residência de enfermagem. Indicador numérico de programa em funcionamento por ano.	1	1	1	1
Incentivar a Residência Multiprofissional	Implementação de programas de residência de multiprofissional. Indicador numérico de programa em funcionamento por ano.	1	1	1	1

DIRETRIZ 2 - Ampliar a oferta e o acesso às ações e serviços da Atenção Especializada, conforme as necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais, e promovendo a integralidade do cuidado.					
Objetivo 2.1 – Reorganizar a Reabilitação no CRAD.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Implantar e manter 01 serviço de Desenvolvimento Infantil no CRAD;	Nº de serviços de Desenvolvimento infantil implantados e mantidos no CRAD	1	1	1	1
Ampliar a oferta de Fisioterapia em 10% a cada ano	% de atendimentos de Fisioterapia realizados em relação ao anterior	10%	10%	10%	10%
Ampliar a oferta de Fonoaudiologia em 10% a cada ano	ntual de atendimentos de Fonoaudiologia realizados em relação ao ano anterior	10%	10%	10%	10%
Ampliar a oferta de procedimentos realizados pela equipe multiprofissional do serviço de Estimulação precoce em 10% a cada ano	Percentual de atendimentos da equipe multiprofissional do serviço de Estimulação precoce realizados em relação ao ano anterior	10%	10%	10%	10%
Implementar e manter 01 serviço de Pilates para adulto;	serviços de Pilates para adultos implantados e mantidos no CRAD	1	1	1	1
Realizar 03 encontros anuais para matriciamento junto com a APS;	encontros anuais para matriciamento realizados junto com a APS	3	3	3	3
Implantar e manter um CER (Centro especializado em reabilitação) no CRAD.	o de serviços de CER implantados e mantido no CRAD	0	0	1	1
Implantar e manter oferta de psicomotricidade no CRAD;	o de serviços de psicomotricidade implatados e mantidos no CRAD	0	1	1	1
Implantar e manter oferta de musicoterapia no CRAD;	o de serviços de musicoterapia implantados e mantidos no CRAD	0	1	1	1
Implantar e manter oferta de psicopedagogia no CRAD;	o de serviços de psicopedagogia implantados e mantindos no CRAD	0	1	1	1
Objetivo 2.2 - Reorganizar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).					
Implantar e manter Centro de Convivência no 1	Número de Centros de Convivência no 1° distrit	1	1	1	1

distrito;	implantados e mantidos				
Qualificar e manter 1 CAPS AD tipo III no 1º distrito;	o de CAPS AD tipo III implantados e mantidos no 1 distrito	1	1	1	1
Qualificar e manter 1 CAPS tipo III no 1º distrito;	Número de CAPS tipo III no 1º distrito qualificado mantido	1	1	1	1
Qualificar e manter 1 CAPSi para funcionamento 24 no 1º distrito;	Número de CAPSi para funcionando 24h qualificados mantidos	1	1	1	1
Implantar e manter 1 CAPS tipo III no 2º distrito;	Número de CAPS tipo III implantados e mantidos no 2 distrito	0	0	0	1
Implantar e manter 1 CAPS AD tipo III no 3º distrito;	Número de CAPS AD tipo III implantados e mantidos	0	0	1	1
Implantar e manter 1 CAPS tipo III no 3º distrito;	Número de CAPS tipo III implantados e mantidos no 3 distrito.	1	1	1	1
Implantar e manter 1 CAPSi no 4º distrito;	Número de CAPSi implantados e mantidos no 4 distrito	0	1	1	1
Implantar e manter 1 CAPS tipo III no 4º distrito;	Número de CAPS tipo III implantados e mantidos no 4 distrito	1	1	1	1
Implantar e manter 1 CAPS AD tipo III no 4º distrito;	Número de CAPS AD tipo III implantados e mantido no 4º distrito	0	1	1	1
Implantar e manter Centro de Convivência no 4 distrito;	Número de Centros de Convivência no 4° distrit implantados e mantidos	0	1	1	1
Implantar e manter 1 Unidade de Acolhimento Adulto;	Número de Unidades de Acolhimento Adult implantadas e mantidas	0	1	1	1
Implantar e manter 1 Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil;	Número de Unidades de Acolhimento Acolhiment Infanto-Juvenil implantadas e mantidas	0	0	1	1
Habilitar e manter 04 leitos de referência de saúd mental no Hospital M conde Modesto Leal (HMCML);	Números de leitos de referência de saúde mental n Hospital M conde Modesto Leal habilitados mantidos	1	1	1	1
Manter e operacionalizar 100% das Serviç Residêncial Terapêutico (SRT);	% de Residências Terapêuticas	100%	100%	100%	100%
Manter e operacionalizar 100% da RAPS municipal;	% da RAPS municipal mantida e operacionalizada	100%	100%	100%	100%
Realizar 4 Fóruns Permanentes de Atenç Psicossocial, com periodicidade trimestral;	Número de Fóruns Permanentes de Atenç Psicossocial, com periodicidade trimestra realizados	4	4	4	4
Implantar e monitorar a Linha de Cuidado da Atenç Psicossocial;	Implantação e operacionalização da Linha de Cuidad da Atenção Psicossocial	1	1	1	1

Implantar e manter o Grupo Condutor Municipal d RAPS;	Instituir e norrmatizar o Grupo Conduto Municipal da RAPS	1	1	1	1
Criar e manter Comissão de Prontuário da Atençã Psicossocial;	Instituir e normatizar a Comissão de Prontuári da Atenção Psicossocial	1	1	1	1
Realizar 50 matriciamentos em Atenção Psicossocial através dos CAPS;	Número de matriciamentos em Atenção Psicossocial através dos CAPS realizados no ano	50	50	50	50
Realizar 1 atividade de Educação permanente, para todos os profissionais da RAPS, por semestre;	Número de atividades de Educação permanente, para todos os profissionais da RAPS, por semestre	2	2	2	2
Realizar 1 capacitação para os profissionais das SRT por semestre;	Número de capacitações anuais para profissionais das SRT realizadas	2	2	2	2
Realizar 1 atividade de Educação permanente, para os profissionais da APS;	Número de atividades de Educação permanente, para os profissionais da APS	1	1	1	1
Realizar 1 atividade de Educação permanente, para os profissionais da RUE;	Número de atividades de Educação permanente, para os profissionais da RUE	1	1	1	1
Implementar e manter supervisão clínica institucional em 100% dos CAPS;	% de CAPS que realizam supervisões clínico institucional	100%	100%	100%	100%
Implantar e manter as supervisões da RAPS em conjunto com a APS em 100% dos distritos, mensalmente;	% dos distritos com supervisões da RAPS mensais implantadas e mantidas	100%	100%	100%	100%
Objetivo 2.3 - Reestruturar os serviços oferecidos no Ambulatório Péricles Siqueira Ferreira					
Ampliar em 25% a oferta de atendimentos;	Percentual de atendimentos realizados em relação ao ano anterior	5%	10%	15%	25%
Digitalizar 50 % dos 128 mil prontuários físicos que estão atualmente armazenados na unidade;	Percentual de prontuários físicos digitalizados e encaminhados para o arquivo municipal.	10%	20%	35%	50%
Estender em 10 % os atendimentos de serviços Especializados;	Percentual de pacientes atendidos através das linhas de cuidado pelo serviço especializados em relação ao ano anterior	3%	5%	8%	10%
Objetivo 2.4- Reorganizar a rede de Saúde Bucal de forma hierarquizada.					

Construir, inaugurar e manter um CEO tipo III no 2º distrito;	Nº de CEO tipo III construidos, inaugurados e mantidos	1	1	1	1
Ampliar a cobertura de Saúde Bucal em 10% a cada ano;	Cobertura de Saúde Bucal em relação ao ano anterior	10%	10%	10%	10%
Ampliar e manter a oferta de atendimento odontológico de urgência em uma unidade hospitalar Conde Modesto Leal;	Nº de unidade hospitalares com atendimento odontológico de urgência implantados e mantidos.	0	1	1	1
Implantar e manter laboratório de prótese dentária nos CEOs com o alcance de 20%;	% de próteses dentárias entregues.	10%	20%	20%	20%
Construir, inaugurar e manter um consultório odontológico para odontologia esportiva;	Diagnóstico de focos infecciosos e inflamatórios.	10%	10%	10%	10%
Construir, inaugurar, manter e equipar um consultório odontológico no Centro Materno Infantil, visando à ampliação do atendimento em saúde bucal para gestantes e crianças;	Porcentagem de tratamento concluído das gestantes	10%	10%	10%	10%
Objetivo 2.5 – Expandir e qualificar o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) no município, garantindo o acesso integral e humanizado aos cuidados de saúde na residência dos usuários, com foco na promoção da autonomia, prevenção de internações desnecessárias e melhoria da qualidade de vida.					
Implantar e manter um SADER (Serviço de Atendimento Domiciliar em Reabilitação);	Nº equipes SADER implantadas	1	1	1	1
Implantar e manter 1 equipe assistencial de cuidados paliativos (EACP);	Nº equipes EACP implantadas	1	1	1	1
Implaantar e manter 1 Equipe de monitoramento para a necesidade de Home Care dos pacientes que se enquadrem no protocolo;	Matriciar o número de usuários que se enquadram no atendimento por Home Care pelo Município	1	1	1	1
Objetivo 2.6 – Reorganizar, ampliar e facilitar o acesso da população a utilização do Transporte Fora Domicilio (TFD)					
Manter e operacionalizar 100% dos Serviços de agendamento ao paciente;	% Pacientes direcionados ao setor agendados	100%	100%	100%	100%
Qualificar 100% dos profissionais, com base no atendimento aos pacientes;	% de profissionais capacitados.	100%	100%	100%	100%
Realizar 2 ações contínuas de controle, avaliação e monitoramento dos pacientes;	Número de ações contínuas mantidas.	2	2	2	2
Elaborar 2 protocolos e instituir fluxos para atendimentos das demandas de solicitações e/ou denúncias no que se refere ao setor;	Número de Protocolos internos implantados	2	2	2	2

Ampliar e manter a frota de veículos (baixos) em 05 veículos;	Número de novos veículos disponibilizados	05	05	05	05
Ampliar e manter o quadro de condutores em 10 condutores, para melhor atendimento das demandas da unidade;	Número de novos condutores contratados e mantidos.	10	10	10	10
Ampliar e manter a frota de vans com mais 03 vans de 15 lugares;	Número de novos veículos contratados e mantidos	03	03	03	03
Contratar e manter 3 técnicas de enfermagem por turno para atendimento nas vans;	Número de técnicos de enfermagem contratados e mantidos	3	3	3	3
Implantar 4 novas rotas;	Número de novas rotas implantadas por distritos	4	4	4	4
Garantir manutenção preventiva e corretiva da frota dos 18 carros e 15 vans	% anual de manutenção	100%	100%	100%	100%
Garantir pagamento da folha salarial Categoria B	% de pagamento da folha de pessoal realizado	100%	100%	100%	100%
Garantir pagamento da folha salarial Categoria D	% de pagamento da folha de pessoal realizado	100%	100%	100%	100%
Objetivo 2.7 – Fortalecer o Centro Integrado Materno-Infantil como referência municipal para a promoção, proteção e recuperação da saúde de gestantes, mães e crianças, garantindo a integralidade, humanização e a qualidade dos cuidados em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal e do desenvolvimento infantil.					
Cobertura de 100% das gestantes de alto risco encaminhadas;	% de gestante de alto risco acompanhadas	85%	90%	95%	100%
Aplicar M-CHAT -R/F em 100% das consultas de rotina (16 -30 meses);	% de crianças triadas	60%	75%	90%	100%
Realizar atualização da coleta de preventivo em 90% das mulheres de 25 a 64 anos;	% de mulheres com exame preventivo atualizado	70%	75%	80%	90%
Reduzir tempo de espera para consulta especializada para até 15 dias;	Tempo médio de espera (dias)	40	30	20	15
Inserir 80% dos dispositivos solicitados (Implanon, Mirena e Cobre);	% de solicitações atendidas com inserção realizada	50%	65%	75%	80%
Capacitar 100% dos médicos ginecologistas;	% de médicos ginecologistas capacitados	60%	80%	90%	100%
Colocar em total funcionalidade a sala de espera sensorial e kit de acolhimento TEA, introduzindo profissional capacitado para sala; Inclusive nas USF e RUE.	% de Sala implantada e kits disponivéis e profissional contratado.	10%	20%	30%	40%
Capacitar 100% da equipe em atendimento humanizado para TEA, TOD e neuro divergentes;	% da equipe capacitada	60%	80%	100%	100%

Realizar capacitações semestrais sobre TEA, acolhimentos e protocolos;	Nº de capacitações realizadas	2	2	2	2
Avaliar 100% dos profissionais com feedback estruturado;	% dos servidores avaliados	50%	70%	90%	100%
Objetivo 2.8- Implementar e fortalecer o Centro de Diagnóstico por Imagem e Terapia (CDT) no município, garantindo a oferta de serviços diagnósticos e terapêuticos de qualidade, com acesso oportuno e integrado à rede de atenção à saúde, visando a melhoria do diagnóstico precoce, tratamento eficaz e a redução do tempo de espera para os usuários.					
Ampliar em 30% cobertura de atendimentos na sala de Curativo;	% de cobertura de atendimentos em relação ao ano anterior	10%	15%	20%	30%
Climatizar 100% a área de espera;	% de aréa climatizada	100%	100%	100%	100%
Construir e manter 1 almoxarifado na área externa;	Nº de almoxarifado construído e mantido	1	1	1	1
Ampliar e manter 1 sala de Ostomizados;	Nº de salas de ostomizados ampliadas e mantidas	1	1	1	1
Realizar adequações e manter a estrutura física de 4 ambientes;	Nº de ambientes com adequação e manutenção da estrutura física realizadas	4	4	4	4

DIRETRIZ 3 - Ampliar a oferta e o acesso às ações e serviços da Rede de Urgência e Emergência, conforme as necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais, e promovendo a integralidade do cuidado.					
Objetivo 3.1 – Melhorar a qualidade de prestação de serviço da Unidade de Pronto atendimento- Santa Rita.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Ampliar e readequar a estrutura física da unidade	Nº de ampliações e readequações realizadas	0	1	1	1
Ampliar em 100% e manter equipes multiprofissional e de apoio, de acordo com os respectivos redimensionamentos;	% de profissionais das equipes multiprofissional e de apoio ampliado e mantidos de acordo com os respectivos redimensionamentos	0	25%	25%	50%
Implantar serviço de Raio-X 24 horas;	Nº de serviços de Raio- X implantados.	0	0	0	1
Adquirir 1 ambulância avançada e 2 ambulâncias básicas;	Número de ambulâncias ativas e regularizadas	1	1	1	0
Objetivo 3.2- Melhorar a qualidade de prestação de serviço da UPA- Inoã.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Ampliar em 100% manter quadro de recursos humanos da unidade;	% de recursos humanos ampliados	0	25%	25%	50%
Ampliar para 3 a frota de ambulâncias da unidade;	Nº de ambulâncias adquiridas.	1	1	1	0
Realizar obras de adequação da estrutura física da unidade;	% de construções realizadas	0	10%	25%	25%
Construir uma UPA no 2° Distrito.	Nº de UPA construída	0	0	1	0
Objetivo 3.3- Melhorar a qualidade de prestação de serviço do Hospital Municipal Conde Modesto Leal.					
Habilitar a 60% dos leitos existentes junto ao Ministério da Saúde;	% de leitos existentes habilitados.	0	10%	25%	25%
Ampliar em 60% a oferta de atendimentos por equipes multiprofissionais;	% de atendimentos em relação ao ano anterior	0	10%	25%	25%
Ampliar e manter em 60% a oferta de diagnóstico por ultrassonografia durante as 24 horas;	% de ampliação e manutenção da oferta de diagnósticos por ultrassonografia	0	10%	25%	25%

Ampliar e manter 60% da oferta de atendimentos por especialistas 24 horas;	% de atendimentos por especialistas ampliados e mantidos	0	10%	25%	25%
Implantar e manter 60% das cirurgias por Videolaparoscopia;	% de redução do tempo de permanência dos pacientes da cirurgia geral	0	10%	25%	25%
Ampliar e manter em 60% a oferta de cirurgias eletivas;	% de ampliação e manutenção de oferta de cirurgia eletiva	0	10%	25%	25%
Ampliar e manter 60% da oferta de métodos diagnósticos;	% de ampliação e manutenção de oferta de métodos diagnósticos	0	10%	25%	25%
Ampliar e manter 60% da oferta de Hemodiálise;	% de ampliação e manutenção de oferta de diálise peritoneal	0	10%	25%	25%
Habilitar 60% dos procedimentos realizados na unidade junto ao Ministério da Saúde;	% de procedimentos realizados habilitados junto ao Ministério da Saúde	0	10%	25%	25%
Objetivo 3.4 - Melhorar a qualidade de prestação de serviço do Hospital Municipal Ernesto Che Guevara.					
Reduzir 60% dos desperdícios e aumentar a eficiência dos processos administrativos e assistenciais;	Redução nos custos administrativos e operacionais	10%	15%	20%	25%
Fortalecer a política de saúde e qualidade de vida no trabalho, por meio de ações preventivas, terapêuticas e de promoção ao bem-estar físico, mental e emocional dos colaboradores, reduzindo 25% dos afastamentos ocupacionais;	% de redução de afastamentos por doenças ocupacionais	10%	15%	20%	25%
	Nº de colaboradores participando dos programas de bem-estar	10%	15%	20%	25%
Fomentar um ambiente de trabalho seguro, acolhedor e participativo, que fortaleça o vínculo institucional, reduza riscos ocupacionais e promova a escuta ativa entre gestão e colaboradores, alcançando75% de satisfação;	% do nível de satisfação com o ambiente de trabalho e segurança, medido por pesquisas de clima organizacional	10%	25%	50%	75%
Garantir o uso racional e eficiente de 75% dos recursos tecnológicos, humanos e de infraestrutura para qualificar a assistência;	Taxa de utilização eficiente de equipamentos e estruturas	10%	25%	50%	75%

Concluir 50% das adequações físicas e ampliações planejadas para novos serviços no prazo e com qualidade;	Percentual de adequações físicas concluídas no prazo e com qualidade	0	10%	25%	50%
Garantir que as ampliações suportem 50% da demanda assistencial projetada;	% de adequação da infraestrutura às necessidades assistenciais	0	10%	25%	50%
Promover a sustentabilidade e segurança nas 12 adequações físicas e novos serviços;	Número de adequações realizadas conforme normas de segurança e sustentabilidade	0	2	4	6
Assegurar o equilíbrio financeiro e a eficiência no uso dos recursos operacionais do hospital, garantindo sustentabilidade >=1,15;	Índice de sustentabilidade financeira (gastos x receitas)	≥ 1,0	≥ 1,05	≥ 1,1	≥ 1,15
Construir 75% do Hemocentro Regional	Percentual deconstrução, implantação e manutenção do Hemocentro Regional	0	25%	50%	75%

DIRETRIZ 4 - Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero.					
Objetivo 4.1 – Ampliar a Cobertura Vacinal em menores de 5 anos, Gestantes, Idosos, Adolescentes, Indígenas.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Alcançar a cobertura vacinal de 95% na população menor de 5 anos;	Cobertura vacinal em menores de 5 anos das vacinas do calendário de rotina.	80%	85%	90%	95%
Realizar campanhas de imunização, previstas no calendário do Ministério de Saúde, alcançando 95% de cobertura vacinal em cada população alvo;	Cobertura Vacinal alcançada em cada campanha de vacinação.	80%	85%	90%	95%
Implantar e manter 04 polos distritais de imunização;	Número de polos de imunização distritais implantados e mantidos	1	1	1	1
Implantar e manter Centro municipal de Imunobiológicos especiais;	Número de Centro Municipal de Imunobiológicos especiais implantados e mantidos	1	1	1	1
Construir estrutura da Rede de Frio municipal;	Número de Rede de Frio construídos.	0	1	0	0
Objetivo 4.2– Fortalecer as ações do Cerest Metro II.2 – Maricá.					
Garantir a elaboração/atualização das Análises da Situação da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ASSTT) dos 5 municípios da área de abrangência do Cerest Maricá (Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá), a cada ano;	Número de Análises da Situação da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizadas	5	5	5	5
Promover 25 ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT) nos 5 municípios da área de abrangência do Cerest Maricá (Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá), a cada ano;	Número de Municípios da área de abrangência capacitados Número de VAPTs realizadas Percentual de municípios atendidos no suporte técnico (matriciamento) em relação ao solicitado	25	25	25	25
Promover 27 ações da Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora qualificando o preenchimento das Notificações de Acidentes e Agravos relacionados ao Trabalho (matriciamentos) nos 5 municípios da área de	Número de matriciamentos realizados nas Unidades de Saúde de Maricá				

abrangência do Cerest Maricá (Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá);	Número de matriciamentos realizados nos municípios da área de abrangência Número de Relatórios com dados estatísticos elaborados Número de Qualifica Cerest realizados	27	27	27	27
Promover 27 ações da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para os 5 municípios da área de abrangência do Cerest Maricá (Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá);	Número de atividades sobre Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizadas pela equipe do Cerest Número de atividades (matriciamento) sobre Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizadas nos municípios da área de abrangência do Cerest Maricá Número de instrumentos e orientações técnicas criados	27	27	27	27
Realizar 3 Capacitações visando a Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para a equipe do Cerest Maricá e para as 5 equipes da área de abrangência do Cerest Maricá (Itaboraí, Maricá, Rio Silva Jardim e Tanguá), a cada ano;	Número de Capacitações em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizadas	3	3	3	3
Garantir a participação de 08 técnicos da equipe do Cerest Maricá no RENASTÃO, a cada ano ;	Número de servidores participantes do RENASTÃO	8	8	8	8
Estabelecer 6 ações de divulgação , comunicação e informação em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos municípios da área de abrangência do Cerest Maricá (Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá), a cada ano;	Número de cronogramas criados Número de matriciamentos realizados nos municípios da área de abrangência Número de material elaborado para inserção nas mídias em Maricá Percentual de material gráfico produzido em relação ao solicitado	6	6	6	6

	Número de inserções na mídia local em Maricá sobre Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora				
Definir e revisar anualmente as atribuições da Gestão (Gerência) para atendimento ao suporte a ser dado na área de abrangência do Cerest Maricá (Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá);	Número de participações em reuniões, quando solicitada Número de veículo adquirido/alugado Número de sede e equipe mantida Número de Faturamento realizado Percentual de CNES atualizado Percentual de mobiliários e equipamentos adquiridos, conforme solicitados	1	1	1	1
Criar ~~e~~, compor **e manter** 01 equipe para a VISATT Maricá;	Número de equipe criada e completa Número de estrutura física criada Percentual de mobiliários e equipamentos adquiridos, conforme solicitados Número de veículo adquirido/alugado	1	1	1	1
Manter parceria com o Controle Social através da CISTT (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora) Municipal participando de 12 atividades anuais da CISTT e quando solicitado pelo Conselho Municipal e participar de 5 reuniões e/ou atividades anuais da CISTT Estadual, a cada ano;	Número de atividades realizadas na CISTT Municipal Número de atividades realizadas na CISTT Estadual	17	17	17	17
Objetivo 4.3 - Estabelecer ações buscando qualidade dos serviços de Vigilância em Saúde.					
Qualificar 100% dos novos profissionais da APS na realização dos testes rápidos IST;	Percentual de novos profissionais capacitados da APS e, testes rápidos IST	80 %	90%	95%	100%
Elaborar Fluxos das doenças e agravos de Notificação compulsória e implantar em 100% das unidades de saúde;	Percentual de Unidades de saúde com fluxos implantados	75%	85%	95%	100%
Sensibilizar e capacitar 95% dos profissionais da	Percentual de profissionais da APS e RUE	75%	80%	90%	95%

APS e RUE sobre a importância do preenchimento correto e completo das fichas de notificação, para os enfrentamentos epidemiológicos– SINAN;	capacitados				
Reduzir em 5% ao ano, o número de casos de sífilis congênita em relação ao número de sífilis em gestantes;	Número de casos de sífilis congênita em relação ao número de sífilis em gestantes	5%	5%	5%	5%
Qualificar as notificações de casos suspeitos de violência autoprovocada e interpessoal ampliando em 95% das unidades de saúde notificantes;	Percentual das unidades de saúde notificantes	80%	85%	90%	95%
Operacionalizar a rede municipal de saúde para realizar 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 nas doenças de interesse sanitário, (surtos, epidemias e pandemias);	Percentual da rede estruturada para o enfrentamento das doenças de interesse sanitário	75%	80%	85%	90%
Reestruturar e manter a Vigilância Epidemiológica;	Número de coordenação da VE reestruturados e mantidos	1	1	1	1
Ampliar a investigação de óbitos por causas indeterminadas, alcançando 80%;	Proporção de registro de óbitos por cauda indefinida	20%	40%	60%	80%
Aumentar a investigação de óbitos infantis e fetais (menor de 01 ano) alcançando 80%;	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados pela comissão de óbitos materno infantil	20%	40%	60%	80%
Garantir a participação de 04 profissionais da equipe de vigilância Epidemiológica ao ano em educação continuada e aprimoramentos como congressos;	Números de profissionais que participaram de congressos ou atividade de aprimoramento ao ano	4	4	4	4
Objetivo 4.4 - Reestruturar e qualificar o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) com foco na ampliação do acesso e melhoria da qualidade assistencial no município de Maricá.					
Ampliar uma farmácia da unidade;	Número de farmácia da unidade ampliadas	1	0	0	0
Implantar e manter um estúdio de Fisioterapia;	Número de estúdio de Fisioterapia implantados e mantidos	0	0	1	1
Ampliar uma Sala de Espera;	Número de sala de espera ampliadas	1	0	0	0
Manter carro e motorista próprio na unidade para usca ativa;	Número de carro e motorista na unidade para busca ativa	1	1	1	1
Ampliar a divulgação de testagem rápida e stratégias de prevenção (PrEP/PEP);	Número de campanhas realizadas para divulgação de testagem rápida e estratégias de prevenção	1	1	1	1

	(PrEP/PEP)				
Aumentar em 30% a testagem em populações em situação de rua;	Percentual de testes rápidos realizados em relação ao ano anterior	30%	30%	30%	30%
Realizar uma capacitação anual da rede para testagem rápida (HIV, Sífilis e Hepatites), junto ao NEPS;	Número de capacitações anuais da rede	1	1	1	1
Reduzir a taxa de abandono de tratamento da tuberculose em 2% a cada ano;	Taxa de abandono de tratamento da tuberculose	2%	2%	2%	2%
Atingir o percentual de 85% de cura entre os casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial;	Percentual de cura nos casos acompanhados	40%	55%	70%	85%
Participar de 02 ações educativas nas escolas públicas e privadas junto ao PSE;	Número de ações educativas realizadas.	2	2	2	2
Participar de 02 eventos (Carnaval, Dia do Orgulho LGBTQIAPN+);	Número de participações em eventos	2	2	2	2
Desenvolver 04 ações educativas na comunidade, referente aos temas: mês de ...;	Número de ações educativas realizadas na comunidade no ano	4	4	4	4
Objetivo 4.5 – Otimizar as ações e programas da Vigilância em Saúde Ambiental.					
Realizar a campanha de vacinação antirrábica animal alcançando 80% dos animais estimados;	Cobertura vacinal alcançada na campanha	80%	80%	80%	80%
Realizar 100% coletas de água do programa Vigiagua;	Percentual de coletas previstas e realizaddas	100%	100%	100%	100%
Elaborar 01 Plano municipal de desastres naturais – Vigidesastre;	Número de Planos elaborados	1	0	1	0
Realizar 2 atualizações do Plano Municipal Vigiar;	Número de relatórios anuais elaborados	2	2	2	2
Elaborar 01 Plano Municipal Vigisolo;	Número de relatórios anuais elaborados	1	1	1	1
Criar protocolos e instituir fluxos para atendimentos de 90% das demandas de solicitações e/ou denúncias no que se refere a zoonoses;	Percentual de demandas atendidas em relação as denúncias	75%	80%	85%	90%
Realizar 04 ciclos de Visitas Domiciliares do programa da dengue;	Número de Visitação dos logradouros pelos Agentes de Combate às Endemias, para tratamento e/ou eliminação de foco do vetor.	4	4	4	4
Implantar e manter 1 Centro de Controle de Zoonoses;	Número de Centros de Unidade de Vigilância em Zoonoses implantados e mantidos	0	0	1	1

Objetivo 4.6 – Reestruturação da Vigilância Sanitária de Maricá.					
Locar sede temporária	Contrato de Locação Assinado	1	1	1	0
Locar 6 veículos para a frota	Contrato de Locação Assinado	6	6	6	6
Contratar 6 motoristas fixos para a frota	Contrato de Trabalho Assinado	6	6	6	6
Desenvolver software de gestão	Software homologado e em funcionamento	1	0	0	0
Construir sede própria da Vigilância Sanitária	Obra concluída e inaugurada	20%	30%	40%	10%
Mobiliar/Equipar a Vigilância Sanitária Municipal	% de Mobiliário Adquirido	0%	0%	0%	100%
Realizar concurso público para a vigilância sanitária (administrativo e fiscal)	Nº de Concurso Público Realizado	0	1	0	0
Apresentar o Novo Código de Vigilância Municipal	Código de Vigilância Municipal Aprovado	1	0	0	0
Implantar e manter o painel da Vigilância Sanitária	Nº de painel da Vigilância Sanitária implantado e mantido.	1	1	1	1
Objetivo 4.7 – Promover a saúde da população por meio de ações educativas, preventivas e de conscientização, com foco em campanhas e monitoramentos de grande relevância para a saúde pública.					
Conscientizar mensalmente a Gestores , Gerentes RUE, APS, sobre doença e agravos de notificação compulsória e sua obrigatoriedade;	Nº de reuniões realizadas	12	12	12	12
Melhorar pontos frágeis apontados pelos dados epidemiológicos;	% de ações realizadas para melhorar pontos frágeis dos dados epidemiológicos	30%	50%	70%	100%
Monitorar os indicadores do painel Epidemiológico;	Nº de relatórios emitidos	2	2	2	2
Sensibilizar a população com ações de educação em saúde;	Nº de ações de educação em saúde com a participação da população	4	4	4	4
Atualizar o software do painel epidemiológico anualmente;	Nº de atualizações do Software do Painel epidemiológico	1	1	1	1
Implementar e manter a equipe CIESVS Municipal;	Nº de equipes implementadas e mantidas	1	1	1	1
Qualificar e quantificar os atendimentos do plantao CIESVS Municipal;	Nº de relatórios por semana epidemiológica previstas.	54	54	54	54
Manter um carro próprio e motorista na unidade para ações externas	Nº de carros disponibilizados exclusivamente para o	1	1	1	1

	setor				
Garantir a participação de 02 profissionais da equipe CIESVS em educação continuada.	Nº de profissionais da equipe CIESVS garantidos	2	2	2	2
Garantir Parcerias com as instituições de ensino para formação em educação continuada.	% de instituiçoes de ensino garantidas	10%	20%	30%	40%

DIRETRIZ 5 - Ampliar o acesso da população aos medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, qualificando a assistência farmacêutica e uso adequado no Sistema Único de Saúde, reduzindo as iniquidades.					
Objetivo 5.1 – Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Implantar e manter a Farmácia do Componente da Assistência Farmacêutica -CEAF;	Número de Polos Municipais do CEAF implantados e mantidos	1	1	1	1
Implantar e manter 1 Centro de Infusão de	Nº de Centros implantados e mantidos.	0	1	1	1

medicamentos com leitos de hospital dia;					
Realizar a atualização da REMUME Marica 2027 e Elaborar a Relação de Insumos do município; (incluir Insumos para PICS)	Nº de publicações da atualização da REMUME e Relação de Insumos municipais	0	1	0	0
Adquirir e distribuir insumos, materiais, e medicamentos para a rede municipal de saúde dentro do componente ~~Estratégico~~ **básico** e das pactuações junto ao SES RJ, atendendo a 100% da demanda;	Percentual de distribuição de itens previstos	100%	100%	100%	100%
Implantar e manter o Programa Farmácia Viva;	Número de Programas implantados e mantidos.	1	1	1	1
Manter 100% o Programa de Assistência Farmacêutica Básica;	% de atendimento a demanda dos itens da REMUME-Assistência Farmacêutica Básica	100%	100%	100%	100%
Implantar e manter 4 farmácias 24hs nos Serviços de Apoio a APS (Policlínicas)	N º de farmácias das policlínicas implantadas e mantidas.	1	1	1	1

DIRETRIZ 6 - Fortalecer os processos da gestão municipal do SUS.

Objetivo 6.1 – Fortalecer a qualificação e o desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde por meio da implementação e manutenção do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), visando a melhoria da qualidade da atenção à saúde, o estímulo à aprendizagem coletiva e a integração das equipes na rede municipal de saúde.

Metas	Indicadores	2026	2027	2028	2029
Desenvolver o projeto de criação e realizar revisões quando necessário até a implantação do CEP municipal;	Nº de projetos de criação do CEP Municipal criados e/ou revisados.	0	1	1	1
Manter e ampliar o programa de práticas integrativas e complementares em saúde nas unidades da RAS;	Percentual de unidades da RAS com o PICS	20%	40%	60%	100%
Ampliar a oferta de estágios e residências em 10% a cada ano;	Percentual de oferta de estágio e residencias a cada ano;	10%	10%	10%	10%
Implementar programa de Internato Multiprofissional;	Nº de programas de Internato Multiprofissional implantados	0	1	1	1
Implementar e manter 1 programa de residência médica na RAS ;	Nº de programas de residências médica na RAS implantados e mantidos	1	1	1	1
Incentivar a partipação dos profissionais em eventos, congressos e seminários de saúde;	% de partipação de profissionais em eventos, congressos e seminários de saúde	20%	40%	60%	100%
Incentivar o desenvolvimento de Pesquisas aplicada à realidade local, com foco na inovação e melhoria nos serviços de saúde;	Nº de pesquisas aplicadas na realidade local	0	4	6	8
Estabelecer grupos de estudos e núcleos de pesquisas e trabalhos cientificos internos para estimular a produção de conhecimento e troca de experiencias e saberes;	Nº de grupos de estudos e nucleos estabelecidos.	0	4	6	8
Implantar e manter 1 Plano de valorização e Bem estar dos profissionais de Saúde – Reduzir o absenteísmo e melhorar o clima organizacional, promovendo ações de saúde e qualidade de vida dos	Nº de plano de valorização implantados e mantidos	0	1	1	1

trabalhadores e trabalhadoras;					
Contratar, Reter e Incentivar os profissionais de saúde – Aumentar a estabilidade e motivação dos profissionais, reduzindo a rotatividade até 2029	% de Contratação, Retenção e Incentivo aos profissionais de saúde	0	20%	40%	60%
Implementar Gestão de Pessoas de forma eficaz e eficiente;	% de avaliações de desempenho na implementação	0	20%	40%	60%
Promover a realização de Concursos Públicos;	Nº de Concursos Públicos realizados	0	0	1	0
Fortalecer o Plano de Carreira e progressão	Nº de servidores que participaram de programas de capacitação relacionados ao Plano de Carreira				
Adotar politicas de diversidade e inclusão;	% de colaboradores treinados em diversidade e inclusão	0	20%	40%	60%
Fortalecer a gestão de saude mental dos profissionais de saúde;	% de unidades de saúde que implementaram programas de apoio psicológico para os profissionais	25%	50%	75%	100%
Implantar e manter Programas de saúde preventiva para os profissionais de saúde	Nº de programas de saúde preventiva implantados e mantidos	0	1	1	1
Realizar 1 concurso para provimento de cargos de ACS e ACE.	Nº de Concurso realizado.	1	0	0	0
Objetivo 6.2 – Reestruturar e Modernizar o Setor de Faturamento da Secretaria de Saúde.					
Metas	**Indicadores**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Criar e realizar a prática de rodizio funcional em 100% das funções desenvolvidas para maior integração da equipe;	Percentual do rodizio funcional relizado	100%	100%	100%	100%
Modernizar os equipamentos de informática em 100%;	Percentual de equipamentos de informática modernizado.	80%	20%	0	0
Objetivo 6.3- Consolidar de forma continuada a integração sistêmica da RAS no município de Maricá.					
Integrar 100% os sistemas de informação da RAS;	Percentual de sistemas de informação da RAS integrados.	25%	50%	75%	100%
Elaborar, divulgar e implantar o Plano de Ação de Tecnologia em Saúde;	Percentual do Plano de Ação de Tecnologia em Saúde elaborado.	25%	50%	75%	100%
Captar recursos financeiros através das emendas parlamentares;	Número de emendas parlamentares captadas.	25%	50%	75%	100%

Investir em ações de saúde digital como as promovidas pelo Programa SUS Digital, Telessaúde e RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde);	Números de Programas aderidos.	1	1	1	1
Criar, implantar e manter a gestão de fluxo de processos; NEPS*	Número de fluxos de processos criados, implantados e mantidos.	1	1	1	1
Criar e implantar o projeto CEAF em casa;	Percentual de projeto CEAF em casa.	25%	50%	75%	100%
Criar e implantar monitoramento de qualidade nos atendimentos da RAS;	Percentual de monitoramento de qualidade criado e mantido.	25%	50%	75%	100%
Realizar oficina de integração da RAS trimestralmente	Nº de oficina de integração da RAS realizadas.	4	4	4	4
Objetivo 6.4- Organizar a Rede do transporte sanitário, fortalecendo a atenção em todos os níveis promovendo um trabalho seguro e humanizado.					
Aumentar e manter 10 viaturas;	Número de viaturas existentes em relação ao programado.	10	10	10	10
Aumentar o quantitativo e manter o quadro de 20 condutores;	Numero de condutrores contratatdos e mantidos	20	20	20	20
Ampliar e manter a oferta de atendimentos aos pacientes que nescessitam de ambulância para o transporte sanitário, em 5% a cada ano;	Percentual de atendimentos em relação do ano interior	5%	5%	5%	5%
Aumentar o quantitativo e manter o quadro de 20 tecnicos de enfermagem;	Numero de técnico de enfermegem contratados e mantidos	20	20	20	20
Aumentar para 7 e manter o quadro de enfermeiros;	Número de enfermeiros contratados e mantidos	7	7	7	7
Objetivo 6.5 – Manutenção das atividades da Gestão Integrada.					
Garantir Infra-estrutura necessária para a realização de 100% dos eventos da Secretaria Municipal de Saúde;	% de eventos com Infra-estrutura atendida	100%	100%	100%	100%
Garantir 100% dos pagamentos das concessionárias (Água e Luz) das unidades de responsabilidade do fundo Municipal de Saúde/SMS;	% de pagamentos de unidades atendidas	100%	100%	100%	100%
Garantir o pagamento oportuno dos salários, vantagens e encargos sociais da Secretaria Municipal de Saúde	% de pagamentos de salários, vantagens e encargos sociais atendidas.	100%	100%	100%	100%
Objetivo 6.6- Reduzir a judicialização da saúde no município por meio do aprimoramento da gestão dos serviços, garantindo o acesso efetivo e oportuno às ações e serviços de saúde, promovendo a transparência, o diálogo entre gestores,					

profissionais e usuários, e fortalecendo as instâncias de resolução administrativa de conflitos.					
Sistematizar, monitorar e cumprir os mandados judiciais;	% de mandados judiciais sistematizados, cumpridos e monitorados	100%	100%	100%	100%
Reativar parceria com a defensoria pública visando reduzir a judicialização;	% de redução de judicialização.	100%	100%	100%	100%
Objetivo 6.7- Ampliar o acesso, com ênfase no aprimoramento da gestão do SUS, a partir da qualificação dos processos e fluxos de regulação para os diversos pontos de atenção à saúde, por meio de sistemas informatizados, para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, de forma integral, qualificada e em tempo oportuno.					
Garantir marcação de consulta/exame para até 90 dias da data de solicitação;	Percentual de consultas agendadas em até 90 dias por trimestre	75	80	90	100
Padronizar as solicitações por meio de 4 protocolos assistenciais;	Número de protocolos implementados	1	2	3	4
Organizar fluxos de referência e subsídios para o redimensionamento da oferta de 100% consultas/exames;	Percentual de fluxos de referência organizados por ano	75%	80%	90%	100%
Realizar 16 capacitações, em conjunto com o NEPS, servidores, gestores e prestadores de serviços de saúde da Rede SUS nos sistemas de informações do SUS;	Número de capacitações por ano	4	4	4	4
Produzir 4 informações e estudos específicos sobre assuntos relativos à regulação de serviços de saúde;	Número de impressos produzidos por ano	1	1	1	1
Subsidiar o processamento das informações de produção e a programação pactuada e integrada;	Número de intervenções por ano	1	1	1	1
Propor o orçamento para o Complexo Regulador;	Número de intervenções por ano	1	1	1	1
Implementar o Grupo de Trabalho de Regulação;	Número de GT implementado	1	1	1	1
Construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;	Número de grades construídas	1	1	1	1
Promover a modernização tecnológica da Central de Regulação;	Número de Unidades equipadas/mobiliadas	1	1	1	1
Ampliar e qualificar a Central de Regulação de Consultas e Exames (Ambulatorial);	Número de Unidades ampliadas/qualificadas	0	1	1	1
Implantar e qualificar a Central de Regulação de Internação Hospitalar;	Número de Unidades implantadas e qualificadas	0	0	1	1
Implantação e qualificação da auditoria das unidades do SUS;	Percentual de auditoria realizada dentro do prazo estabelecido no cronograma de visitas	0	0	50%	90%
Implantação e qualificação do controle e avaliação da rede municipal de unidades do SUS;	Percentual de unidades avaliadas dentro do prazo estabelecido no cronograma de controle e avaliação	0	50	75	100
Implementar sistemas de confirmação de consultas por telefone, SMS ou aplicativos visando melhorar a	Número de sistemas implementados	1	2	2	2

comunicação com os pacientes;					
Implantar supervisão descentralizada das ações de regulação nos 4 distritos municipais;	Percentual de equipes de supervisão implantadas	100%	100%	100%	100%
Organizar e qualificar o controle e a avaliação do Tratamento Fora do Domicílio;	Número de unidades organizadas e qualificadas.	1	1	1	1
Objetivo 6.8 - Fortalecer a Gestão descentralizada do SUS através dos instrumentos básicos de Planejamento em Saúde					
Realizar Oficinas de Avaliação das Metas do Plano Municipal de Saúde, anualmente	Número de Oficinas de Avaliação das Metas do Plano Municipal de Saúde realizadas no ano	1	1	1	1
Revisar, anualmente, de forma ascendente e participativa, o Plano Municipal de Saúde	Número de revisões anuais do Plano Municipal de Saúde	1	1	1	1
Elaborar e submeter à análise do Conselho Municipal de Saúde 1 Relatório Anual de Gestão referente ao ano anterior	Número de Relatórios Anuais de Gestão elaborados e submetidos ao Conselho Municipal de Saúde	1	1	1	1
Elaborar e submeter à análise do Conselho Municipal de Saúde 1 Programação Anual de Saúde, de forma ascendente e participativa, para o ano seguinte	Número de Programações Anuais de Saúde elaborados e submetidos ao Conselho Municipal de Saúde	1	1	1	1
Elaborar e submeter à análise do Conselho Municipal de Saúde 3 Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior e realizar Audiências Públicas para apresentação na Casa Legislativa	Número de Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior elaborados e submetidos ao Conselho Municipal de Saúde e realização de Audiências Públicas para apresentação na Casa Legislativa realizadas	3	3	3	3
Planejar com antecedência as contratações de serviços para garantir o bom funcionamento das unidades de saúde	Reduzir o tempo médio (meses) de licitação e evitar faltas por falha de planejamento.	12	11	10	9
Analisar todas DFDs (Documento de Formalização de Demanda) de todas as unidades de saúde. Revisar contratos vigentes e prazos de prorrogação	Cem por cento das DFDs analisadas	100%	100%	100%	100%
Aprimorar a Gestão de Riscos (Matriz de Riscos) em contratos de grande vulto ou complexidade técnica, como os firmados com Organizações Sociais	Cem por cento dos processos com Gestão de Risco elaborado	100%	100%	100%	100%
Treinar fiscais de contrato para medições adequadas e evitar pagamentos por serviços não prestados	Cem por cento dos fiscais de contratos treinados	100%	100%	100%	100%
Revisão acompanhamento do CNES de todas as unidades.	% dos CNES dos estabelecimentos e dos profissionais	100%	100%	100%	100%
Treinamento constante das equipe de faturamento das unidades sobre novas normas de Faturamento vigente	Cem por cento dos faturistas capacitados	100%	100%	100%	100%

Auditoria interna em prontuários físicos/eletrônicos (APS e Ambulatorial) e auditoria nas APACs relacionadas as OCIs	30% dos prontuários e APCS auditadas	30%	30%	30%	30%
Monitorar e gerir os repasses federais (Fundo Nacional de Saúde) , estaduais e municipais para o Fundo Municipal de Saúde (FMS)	Entrada de recursos via Fundo Municipal				
Monitorar e assegurar a aplicação mínima de 15% das receitas municipais em ações e serviços de saúde	LRF	15%	15%	15%	15%
Elaboração a prestação de contas anual para respaldar o Relatório Anual de Gestão (RAG) e relatórios quadrimestrais	Audiências Públicas e relatórios aos CMS				
Revisar o Plano Anual de Contratações (PAC) da saúde para identificar parcerias que vencem.	Cem por cento das parcerias revisadas	100%	100%	100%	100%
Acompanhamento regulador dos Contratos e Prorrogações	Cem por cento das demandas analisadas	100%	100%	100%	¨100%
Cadastrar e aprovar os projetos prioritários no sistema InvestSUS até o final do 1º semestre	Projetos prioritários	100%	100%	100%	100%
Analisar e validar para homologação Licitações, Chamamentos Públicos e Credenciamentos	Todos os contratos e termos revisados e analisados	100%	100%	100%	100%
Garantir as parcerias vigentes cumpram com os planos de trabalho aprovado	Garantir que 100% das parcerias vigentes cumpram as metas estipuladas nos planos de trabalha	100%	100%	100%	100%
Aumentar o volume de recursos extraorçamentários ampliando e 30% a captação através de convênios, emendas parlamentares	Aumento dos recursos oriundo de convênios e emendas				
Aprimorar a Gestão de Riscos (Matriz de Riscos) em contratos de grande vulto ou complexidade técnica, como os firmafos com Organizações Sociais.	Cem por cento dos processos com gestão de Risco elaborado	100%	100%	100%	100%
Objetivo 6.9- Ampliar e qualificar a participação da sociedade e do controle social na construção da política de saúde.					
Implantar Conselhos Gestores Locais nos Distritos;	Número de Conselhos Gestores Locais implantados nos Distritos	27	08	05	05
Realizar Conferências Municipais de Saúde/Fóruns/Seminários;	Número de Conferências Municipais de Saúde/Fóruns/Seminários realizados	5	5	5	5
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	12	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	1920	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	320	320	320	320
Adquirir mobiliário e equipamentos de informática	Percentual de atendimento das solicitações	100%	100%	100%	100%
Garantir infraestrutura necessária para realização de Conferências, Fóruns e Seminários	Percentual de atendimento das solicitações	100%	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	1	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	1	1	1	1
Analisar a Prestação de Contas Anual e emitir parecer até 31 de maio de cada ano	Número de Prestações de Contas Anuais analisadas com emissão de parecer até 31 de maio de cada ano	1	1	1	1
Analisar o Relatório Anual de Gestão e emitir parecer até 30 de abril de cada ano	Número de RAG analisados com emissão de parecer até 30 de abril	1	1	1	1
Alimentar oportunamente o sistema DigiSUS inserindo as análises dos 3 RDQA, elaborados e apresentados pela gestão, oportunamente (3º RDQA do ano anterior em Março; 1º RDQA de ano de exercício em Junho e 2º RDQA do ano de exercício em Outubro)	Número de alimentações oportunas do DigiSUS sobre os RDQA's	3	3	3	3
Analisar a Pactuação Bipartite e emitir parecer até 30 dias após seu recebimento para análise	Número de Pactuações Bipartite analisadas com emissão de parecer até 30 dias após seu recebimento	1	1	1	1
Alimentar oportunamente o sistema SMAIB inserindo o parecer sobre a Pactuação Bipartite, de acordo com calendário estabelecido pela SES/RJ	Número de Pactuações Bipartite analisadas com emissão de parecer inserido no SMAIB oportunamente	1	1	1	1
Implementar e manter as ações da Ouvidoria da Saúde	Número de Ouvidorias da Saúde implementadas e mantidas	1	1	1	1

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