



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

ÁGUA BRANCA - PB 2022 - 2025

PLANO MUNICIPAL
DE
SAÚDE
ÁGUA BRANCA - PB 2022 - 2025

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde - Resolução nº 01, de 25 de janeiro de 2022.

Revisão do Plano Municipal de Saúde de Água Branca/PB 2022 - 2025 - Resolução CMS Nº 002, de 15 de fevereiro de 2023.

Prefeito

Everton Firmino Batista

Vice-prefeito

Berolado Gomes

Secretária Municipal de Saúde

Ivandla Firmino Batista Leite

COORDENAÇÕES

Atenção Básica

Andrezza Rodrigues de Almeida

Saúde Bucal

Marciana Patricia Gouveia

Urgência e Emergência

Ângela Herculano Alves

Regulação, Controle e Avaliação de da Assistência

Daniela Neiriane

Finanças

Jefferson Sales

Vigilância em Saúde

Lícia Barbosa Nicolau Pereira

Vigilância Ambiental

Carlos Miguel Campos

Vigilância Sanitária

Rômulo Fernandes de Freitas

Hospital Municipal Quitéria Maria Oliveira

Sueli Correia Chaves

Assistência Farmacêutica

Heitor Matos

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Ângela Mácia de Oliveira

Lícia Barbosa Nicolau Pereira

Ângela Herculano Alves

Renata Leite

Aldo Veras de Araújo

Daniela Neiriane

Fagner

Carlos Miguel Campos

Andrezza Rodrigues de Almeida

Niedja Silva

Sueli Correia Chaves

Iolanda Lustosa

Carlos Miguel Campos

Rômulo Fernandes de Freitas

Marciana Patrícia Gouveia

Heitor Matos

DADOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÁGUA BRANCA – PB

- **IDENTIFICAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE:**
 Nome: **Ivandla Firmino Batista**
 CPF: **032.084.484-65**
 Endereço: **Rua Joana Matildes, 276 – Bairro Gualterina Alencar Vidal**
 Telefone: **(83) 999557408**
 Email: ivandlalabelle@hotmail.com

- **INFORMAÇÕES GERAIS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE:**
 Data de Criação: **08/1991**
 Instrumento: **Lei Nº 107**
 CNPJ: **10.502.869/0001-98**
 Endereço: **Rua José Pedro Firmino, 22 – Centro – Água Branca – PB – CEP 58748-000**

- **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:**
 Data de Criação: **01/1989**
 Instrumento: **Lei Nº 1**
 Endereço: **Rua José Pedro Firmino, 22**
 Email: cmsaguabrancapb@gmail.com

- **DIRETORIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÁGUA BRANCA – PB**
VIGÊNCIA: Biênio Janeiro de 2023 - Janeiro de 2025
DATA DA FORMAÇÃO: 12/01/2023

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS – 2023/2024

MESA DIRETORA

PRESIDENTE – Ângela Mácia de Oliveira

VICE PRESIDENTE – Licia Barbosa Nicolau Pereira

SECRETÁRIA – Bianca Hellen Oliveira Lima

SEGMENTO GOVERNO

Ângela Mácia de Oliveira	Titular	Secretaria de Saúde
--------------------------	---------	---------------------

José Aldo Veras	Suplente	Secretaria de Saúde
-----------------	----------	---------------------

SEGMENTO PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SUS

Sueli Correia Chaves	Titular	Hospital Quitéria Maria de Oliveira
----------------------	---------	-------------------------------------

Daniela Neriane dos Passos Nunes	Suplente	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD
----------------------------------	----------	-------------------------------------

SEGMENTO TRABALHADORES ÁREA DA SAÚDE

Bianca Hellen Oliveira Lima	Titular	Vigilância em Saúde
-----------------------------	---------	---------------------

Ângela Herculano Alves	Suplente	Urgência e Emergência
Licia Barbosa Nicolau Pereira	Titular	Assistência Especializada
Andrezza Rodrigues de Almeida	Suplente	Atenção Básica
SEGMENTO USUÁRIOS DO SUS		
Marciana Patrícia Gouveia	Titular	Igreja Evangélica
Estela Nunes Santos	Suplente	Igreja Evangélica
Adriana Maria dos Santos	Titular	Associação dos Trabalhadores Rurais
Renato Oliveira Lima	Suplente	Associação dos Trabalhadores Rurais
José Fagner Leandro	Titular	Igreja Católica
Jefferson Sales	Suplente	Igreja Católica
Eliete de Souza Martins Nicolau	Titular	Grupo de Diabéticos
Carlos Miguel Campos	Suplente	Agente de Endemias

Sumário

1 - INTRODUÇÃO	8
2 - IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÁGUA BRANCA	10
3- ANÁLISE SITUACIONAL	11
3.1 – Caracterização do município de Água Branca.....	11
3.1.1 – Regionalização.....	11
3.1.2 – Conformação das Macrorregiões de Saúde no Estado da PB.....	12
3.1.3 – Identificação do município.....	14
4 - PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO	14
4.1 – Aspectos Demográficos.....	14
4.2 – Aspectos Socioeconômicos.....	16
5 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	18
5.1 – COVID-19.....	18
5.2 – Indicadores de Saúde.....	19
5.2.1 – Natalidade.....	19
5.2.2 – Proporção de Gravidez na Adolescência.....	21
5.2.3 – Morbidade.....	21
5.2.4 – Mortalidade.....	22
5.2.4.1 – Mortalidade por Grupos de Causas.....	22
5.2.4.2 – Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil e Materna.....	23
5.2.4.3.- Mortalidade Infantil.....	24
5.3 – Cobertura Vacinal.....	25
6 - PERFIL ASSISTENCIAL	26
6.1 – Atenção Primária à Saúde.....	26
6.1.1 – Razão de Exames de Citopatológicos.....	27
6.1.2 – Razão de Exames de Mamografia.....	28
6.2 – Atenção Especializada.....	29
6.2.1 – Assistência Hospitalar.....	30
6.2.2 – Sistema de apoio Diagnóstico.....	31
7 - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	32
7.1 – Vigilância em Saúde.....	34
7.1.1 – Vigilância Epidemiológica.....	34
7.1.2 – Vigilância Ambiental.....	35
7.1.3 – Vigilância Sanitária.....	35
7.2 – Atenção Primária à Saúde (APS).....	35

7.3 – Assistência farmacêutica.....	36
7.4 – Rede de Atenção Psicossocial.....	36
7.5 – Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.....	37
7.6 – Rede de Atenção à Urgência e Emergência.....	38
7.7 – Regulação, Auditoria e tratamento Fora do Domicílio.....	38
8 – OUVIDORIA.....	39
9 – GESTÃO EM SAÚDE.....	39
10 – FINANCIAMENTO.....	40
10.1 – Financiamento COVID-19.....	40
11 – INFORMAÇÕES EM SAÚDE.....	42
12 – GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	43
12.1 – Gestão do Trabalho.....	43
12.2 – Educação permanente.....	43
13 – CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO.....	45
14 – AUDIÊNCIAS PÚBLICAS.....	45
15 – SISTEMA DE GOVERNANÇA.....	46
16 – PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE SAÚDE.....	46
17 – INFORMAÇÕES SOBRE A CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	47
18 – NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DO SUS PREVINE BRASIL.....	53
19 – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PQA-VS.....	54
20 – DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA 2022 – 2025.....	54
21 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO.....	55
22 – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	55
ANEXOS.....	71

1. INTRODUÇÃO

O presente Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2022 a 2025. Expressa o compromisso do Governo Municipal de Água Branca com a saúde e com a construção da cidadania do povo aguabranquense, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população, sistematizando um conjunto de propostas do Governo Municipal na área da saúde e apresentando as intenções e os resultados a serem alcançados, expressos em diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

A elaboração deste plano envolveu os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde. Ocorreu de forma compartilhada com o Plano Plurianual (PPA) referente ao mesmo período, Plano de Governo, Propostas aprovadas na 4ª Conferência Municipal de Saúde de Água Branca – 2019 e plenárias em diversas comunidades do município, como também de forma compatibilizada com o Plano Estadual do Estado da Paraíba 2020 – 2023 e orientando-se pelas Diretrizes e Objetivos Nacionais configurados no Plano Nacional de Saúde 2020 – 2023.

Apresenta-se este Plano como sendo o resultado do consenso de vários debates ocorridos ao longo dos meses que antecederam sua elaboração. Inicialmente, encontra-se a fundamentação legal, normas, atribuições e responsabilidades institucionais na gestão do SUS e os eixos que orientaram a composição temática do Plano. Em seguida, o PMS apresenta uma síntese das condições de saúde dos munícipes, do acesso e da oferta de ações e serviços, dando a direção na definição de estratégias para a gestão do SUS.

Mais à frente, o PMS indica as diretrizes e quantifica metas a serem alcançadas, referenciadas aos objetivos de ampliação do acesso e aprimoramento do SUS.

O plano municipal de saúde é um instrumento de gestão do SUS, destinado a orientar e fortalecer a gestão estratégica e participativa na medida em que deve ser discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Além de orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão. Desdobrar-se-á nas programações anuais de saúde. Deverá ser acompanhado e monitorado permanentemente pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e usuários do SUS de Água Branca – PB.

BASES LEGAIS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que 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.
- Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 03 (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.

- **Portaria de Consolidação nº01, de 28 de setembro de 2017**

Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são: Plano de Saúde; Programações de Saúde e Relatório de Gestão

- Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os instrumentos básicos de planejamento instituídos Portaria de Consolidação nº 1 de 2017, são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), os quais devem possuir compatibilização.

Segundo as bases legais que regem o planejamento no âmbito do SUS, o Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, guardando relação importante com outros instrumentos de gestão tais como

Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, Lei Orçamentária Anual – LOA, PAS e RAG.

A partir do artigo 94 da Portaria de Consolidação MS nº 1/2017, pode-se visualizar as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a definição da vigência de quatro anos e dos elementos que devem compor o PNS, como:

- a) a análise situacional de saúde;
- b) os objetivos, metas e indicadores;
- c) o processo de monitoramento e avaliação.

2. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÁGUA BRANCA

➤ MISSÃO

Promover o desenvolvimento e regulação das políticas de saúde, viabilizando o acesso e a promoção das redes de atenção à saúde e a continuidade dos serviços a toda população de Água Branca.

➤ VISÃO

Tornar-se referência em humanização e qualidade na prestação de serviços de saúde, fazendo a diferença no cumprimento de sua missão, promovendo a acessibilidade a todos os cidadãos aos serviços de saúde ofertados.

➤ VALORES

Humanização
Satisfação do usuário
Participação e transparência nas ações
Melhoria contínua da qualidade
Prestação de serviços com qualidade

3. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

A Análise Situacional tem a finalidade de identificar problemas, dificuldades e fragilidades, iniciando assim um planejamento através delas, para a prestação de um serviço digno e com qualidade para a população, determinando prioridades para alcançar os objetivos.

3.1 - Caracterização do Município de Água Branca

3.1.1 - Regionalização

A Regionalização da Saúde, prevista desde a Constituição Federal de 1988, configura-se num eixo estruturante do Sistema Único de Saúde e vem sendo aprimorada, desde então, como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, base para a efetiva gestão desse sistema, de modo a garantir à população os seus direitos constitucionais.

O novo modelo de gestão do SUS dispõe sobre a sua organização em regiões de saúde, cujas ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, urgência emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e a atenção psicossocial, organizados em redes de atenção à saúde de forma a garantir o acesso da população, bem como potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores.

Em continuidade ao processo permanente de aperfeiçoamento do SUS, foi publicado em 2011 o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei 8.080/90 no que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da Saúde, à assistência à saúde, à articulação interfederativa, e aponta novos desafios na gestão desse Sistema.

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

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organizou o estado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em 04 Macrorregiões de Saúde, contemplando os seus 223 municípios. Porém, com a publicação da Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, foi aprovado em CIB a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, que define 03 Macrorregiões de Saúde. A primeira Macrorregião de Saúde, composta por quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por cinco Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira por sete Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão).

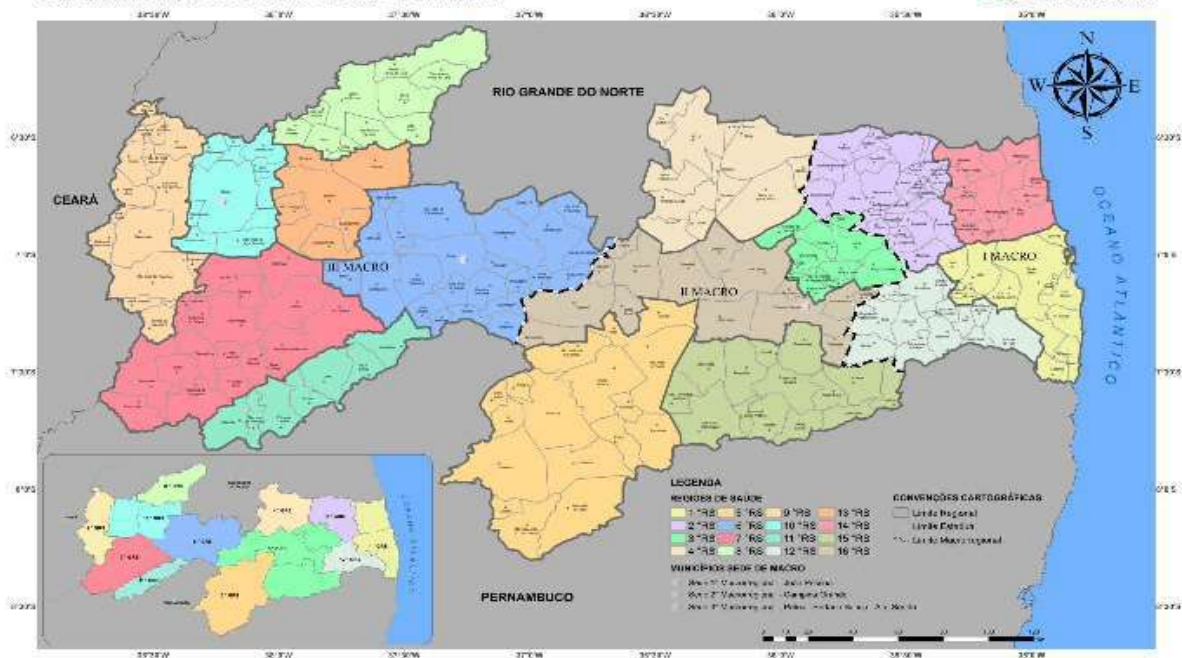
A Paraíba possui ainda 14 unidades geoadministrativas da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas Gerências Regionais de Saúde (GRS), entretanto estão efetivamente implantadas 12 GRS. Essas unidades têm a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo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

3.1.2 - Conformação das macrorregiões de saúde no estado da Paraíba

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIO SEDE	REGIÕES DE SAÚDE	Nº DE HABITANTES
1ª	João Pessoa	1ª (João Pessoa) 2ª (Guarabira) 12ª (Itabaiana) 14ª	1.952.127
2ª	Campina Grande	3ª (Campina Grande) 4ª (Cuité) 5ª (Monteiro) 15ª 16ª	1.127.117

3 ^a	Patos (Sertão)	6 ^a (Patos)	916.314
	Sousa (Alto Sertão)	7 ^a (Piancó) 8 ^a (Catolé do Rocha) 9 ^a (Cajazeiras) 10 ^a (Sousa) 11 ^a (Princesa Isabel) 13 ^a	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
CONFORMAÇÃO DAS REGIÕES DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA



Região de Saúde: 11ª Região

Município	Área (Km²)	População (Hab)	Densidade
IMACULADA	399.409	11877	29,74
JURU	403.276	9831	24,38
MANAÍRA	352.566	10988	31,17
PRINCESA ISABEL	368.067	23749	64,52
SÃO JOSÉ DE PRINCESA	158.021	3898	24,67
TAVARES	228.599	14791	64,70
ÁGUA BRANCA	220.648	10375	47,02

3.1.3 – IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA – PB
CNPJ: 09.145.368/0001 – 12
Endereço: Sargento Florentino Leite, S/N, Centro, CEP: 58748-000
Telefone: (83) 34811027
E-mail: gabinete@aguabranca.pb.gov.br
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÁGUA BRANCA – PB
CNPJ: 10.502.869/0001 – 98
LEI DE CRIAÇÃO DO FMS: Lei nº 107/91 de 30 de agosto de 1991.
Endereço: Rua José Pedro Firmino, 22, Centro, CEP: 58748-000
Telefone: (83) 996463813
E-mail: secsaude@aguabranca.pb.gov.br

O município de Água Branca foi criado pela lei nº 2163 em 24 de setembro de 1959 e instalado em 08 de dezembro daquele ano.

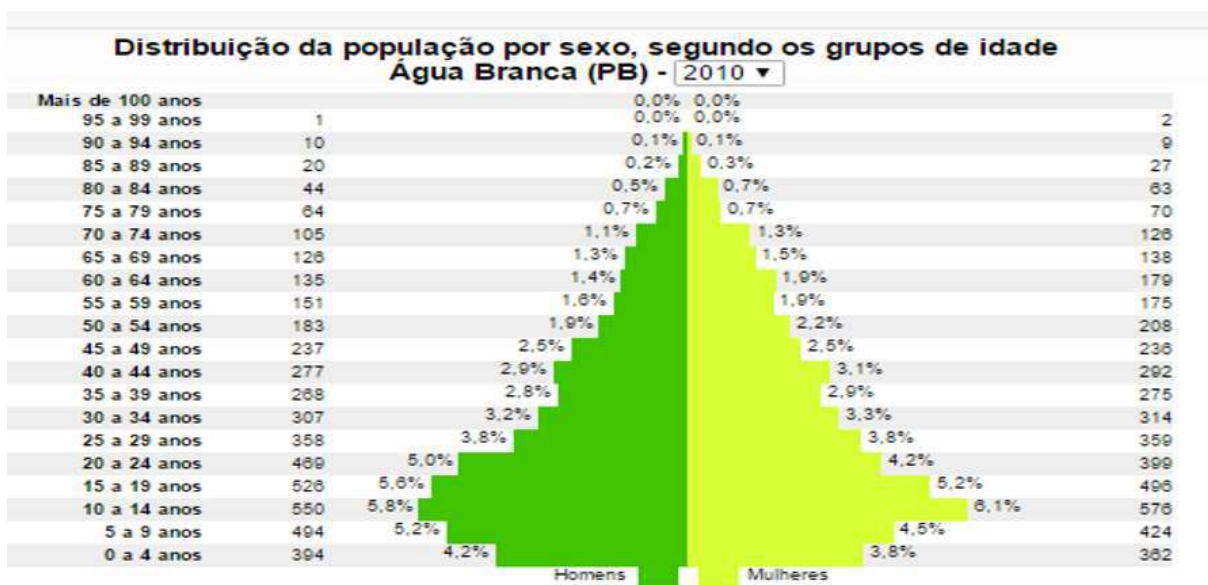
4 - PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRAFICO

O MUNICÍPIO DE ÁGUA BRANCA é um município brasileiro, está localizado na região Oeste do estado da Paraíba, distante 393 km da Capital. Pertence a mesorregião do Sertão Paraibano e Microrregião da Serra do Teixeira. Limita-se a Oeste e Noroeste com juru, a Norte Olho d' Água, a leste Imaculada e a sul com a localidade de Solidão em Pernambuco. Possui uma população estimada, segundo o IBGE, de 10.306 habitantes, uma área de 236.608 Km, com uma densidade demográfica de 39,94 hab/Km (Fonte das Informações: [IBGE](#)).

4.1 – Aspectos Demográficos

Aspecto Estimado 2021 (Fonte IBGE)	
População estimada ano 2021	10.375

De acordo com dados do IBGE Cidades a população estimada para o ano de 2021 é de 10.375 habitantes.



População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização - Água Branca – PB

População	População (2010)	% do Total (2010)
População Total	9.449	100,00
Homens	4.719	49,94
Mulheres	4.730	50,06
Urbana	4.061	42,98
Rural	5.388	57,02
Urbanização	-	42,98

Dados do último censo do IBGE (2010), a população é de 9.449 habitantes dos quais 4.719 são homens e 4.730 mulheres. Em Água Branca, existem mais mulheres do que homens. Sendo a população composta de 50,06% de mulheres e 49,94% de homens, onde observa-se que 57,02 da população mora na zona rural. A cidade contém cerca de 2.562 domicílios particulares, destes 1.209 são na zona urbana e 1.352 são na zona rural. Apresenta 23,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 91,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada.

O número de alfabetizados com idade igual ou superior a 10 anos é de 6.495 o que corresponde a uma taxa de alfabetização de 68,73%.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Água Branca - PBA esperança de vida ao nascer

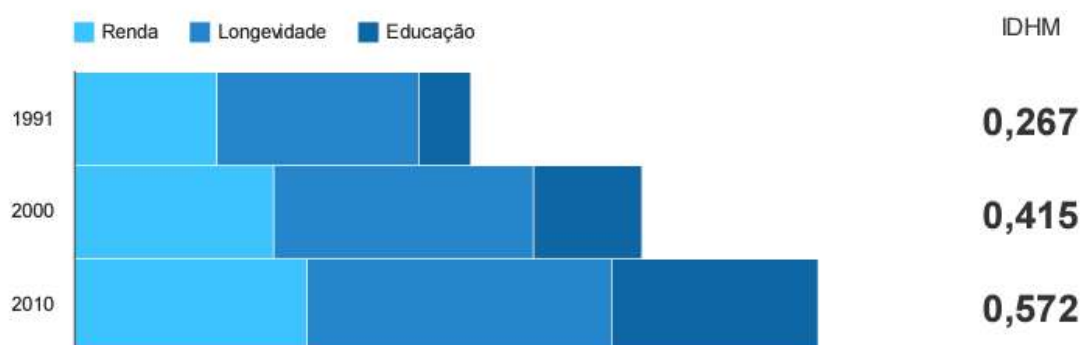
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	53,5	61,4	67,7
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	5,7	3,9	1,9

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Água Branca, a esperança de vida ao nascer aumentou 14,2 anos nas últimas duas décadas, passando de 53,5 anos em 1991 para 61,4 anos em 2000, e para 67,7 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 72,0 anos e, para o país, de 73,9 anos.

4.2 - Aspectos Socioeconômicos

O município apresentou em 2019 um PIB per capita de 8.074,16 R\$, ficando na posição nacional em 5033º, no estado em 192º e na região geográfica imediata em 22º lugar. Vale apontar ainda que o total de receitas realizadas em 2017 foi de 24.636,41 R\$ (×1000) comparando a outros municípios e total de despesas empenhadas no mesmo ano supracitado foi de 23.228,10 R\$ (×1000), conforme site do IBGE. (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/agua-branca/panorama> , acessado em 07/12/2021).

IDHM



O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Água Branca é 0,572, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,231), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Renda (com crescimento de 0,134), seguida por Longevidade e por Educação.

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	97,6%
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2021]	6,3
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2021]	5,7
Matrículas no ensino fundamental [2021]	1.468
Matrículas no ensino médio [2021]	397
Docentes no ensino fundamental [2021]	87
Docentes no ensino médio [2021]	16
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2021]	19
Número de estabelecimentos de ensino médio [2021]	1

Em 2020, o salário médio mensal dos trabalhadores era de 1,4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação a população total era de 7,9%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 53.1% da população nessas condições.

A taxa de cobertura da população por planos de saúde em 2020, era de 1,8% (**Fonte da Informação:** [ANS](#) ou [Taxa de Cobertura de Planos de Saúde](#)).

5 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico tem como objetivo prestar informações aos profissionais a respeito de doenças e agravos de notificação compulsória no município. Oferecendo subsídios aos gestores e profissionais vinculados na Rede Pública para as ações de planejamento, promoção e prevenção no enfrentamento aos agravos de interesse em Saúde Pública, assim colaborando com as ações de fortalecimento da Rede de Atenção Básica proporcionando a melhoria na qualidade de atendimento visando à maior satisfação da comunidade.

EIXO 2 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

5.1 - COVID-19

Dados de 12/05/2021

Atualmente o município tem registrado 719 casos confirmados de COVID-19 e 10 óbitos e está na bandeira laranja (**Fontes das informações: [LocalizaSUS](#) e [Dados epidemiológicos Covid-19 na Paraíba - Página inicial — Governo da Paraíba](#) [Secretária de Comunicação \(paraiba.pb.gov.br\)](#)**). Salientamos que o registro do número de óbitos notificados e informados através das redes sociais pelo município diverge do Estado, onde o município contabiliza 08 óbitos e o Estado 10 óbitos, isso ocorre devido os serviços de saúde não terem informado os familiares dos pacientes nem ao município a realização do teste SWAB para COVID-19 e dias após o óbito os familiares foram informados. A cobertura vacinal para a COVID-19 ainda é baixa e o município apresenta um desempenho de 82,68% para a dose 1 e 86,46% para dose 2 de acordo com os dados do Vacinômetro para COVID (**Fonte das informações: [LocalizaSUS](#)**). No início da Pandemia o Prefeito distribuiu kits de higiene e máscaras de tecido para a população com comorbidades e gestantes. As UBS localizadas na zona urbana serviram de referência para a assistência aos pacientes sintomáticos respiratórios sendo estes atendimentos realizados domiciliar ou por teleconsulta. Foi instalado lavatórios em pontos estratégicos do município de modo a orientar a população quanto a importância da higienização das mãos. Atualmente os atendimentos nas UBS e CEO estão ocorrendo de forma agendada evitando aglomeração e seguindo as recomendações do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde.

5.2 - INDICADORES DE SAÚDE

A partir da análise de indicadores de saúde é possível o município traçar o perfil situacional, realizar diagnósticos, propor medidas de reorganização do planejamento e implementação de ações visando à promoção da assistência pública de saúde.

5.2.1.-Natalidade

Informações Sobre Nascimentos no Período de 2016 a 2020

Condições	2016	2017	2018	2019	2020
Número de Nascidos Vivos	136	108	136	122	129
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes	22,79	27,77	13,97	21,31	10,85
% com baixo peso ao nascer – Geral	10,29	5,55	12,5	9,01	6,20
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos	48,52	55,55	44,11	58,19	63,56
Taxa de nascidos vivos por partos vaginais	51,47	44,44	55,88	41,80	36,43

FONTE: SINASC, Ministério da Saúde, DATASUS

Analisando a tabela das condições de Nascimento, observa-se que em Água Branca no ano de 2020 6,20%, dos recém nascidos apresentavam baixo peso no momento do nascimento, o preconizado pelo Ministério da Saúde é que seja inferior a 10%, assim encontramos dentro do preconizado. Em 2018, 12,5% dos recém nascidos apresentaram baixo peso no momento do nascimento ultrapassando o que preconiza o Ministério da Saúde.

Em relação aos partos cesáreos, o município apresentou uma queda no ano de 2018, 44,11% dos partos foi realizado através de cesariana, diferente de outros períodos em que sempre foram acima dos 50%, aumentando expressamente no ano de 2020 para 63,56%. Existe um baixo índice de parto normal, decorrente de um excesso número de cesarianas realizadas sem indicação das equipes, devido a maioria das gestantes não querem ter filhos por parto normal, onde alegam ter "medo da dor" do parto normal e porque são vistas como "menos traumáticas".

A APS deve estimular ainda mais durante as consultas de pré-natal o parto normal mostrando algumas vantagens em relação ao parto normal, como menor tempo de recuperação da mulher após o parto e menor risco de infecção tanto da mulher quanto do bebê. Por isso, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à

gestante, a fim de garantir que a decisão pela via do parto leve em consideração os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, e seja claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende.

Percentual de Crianças Nascidas Vivas por Número de Consultas Pré-natais

Consultas Pré-natal	2016	2017	2018	2019	2020
Nenhuma	3	4	6	-	-
De 1 a 3 consultas	4	1	3	1	-
De 3 a 4 consultas	25	14	17	17	17
7 ou mais consultas	104	88	110	104	112
Ignorado	-	1	-	-	-
Total	136	108	136	122	129

FONTE: SINASC, Ministério da Saúde, DATASUS

O número de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal vem aumentando, mostrando o fortalecimento do atendimento do Pré-natal. No ano de 2020 que teve início a Pandemia, observamos que o número foi bem significativo e não houve uma diminuição nesse atendimento diante de tal fato, tendo em vista as estratégias que a APS elaborou para que não faltasse a assistência as mulheres que descobrissem a gravidez. Proporção nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal – 87% referente ao ano de 2020. Ressaltamos a importância de garantir que o máximo de gestantes cadastradas realizem minimamente 7 consultas de pré-natal, iniciando o mesmo precocemente.

Observa-se que quanto mais cedo as gestantes iniciam o pré-natal consequentemente realizará mais que 07 consultas, sendo que sete é o número mínimo de consultas que uma gestante deve realizar. Para melhoria deste indicador, é importante a atenção primária garantir ações educativas para a população, assim iniciando precocemente o pré-natal, contribuindo para a qualidade, monitorando as gestantes, quanto à realização das consultas de pré-natal. Propiciando a busca ativa de gestantes faltantes sempre que necessário, fortalecendo a implantação da gestão de caso para todas as gestantes de alto risco e as que julgarem necessário para o risco intermediário.

5.2.2 – Proporção de Gravidez na Adolescência

A Gravidez na adolescência é um fator que preocupa a Secretaria de Saúde embora a taxa no ano de 2020 de 10,85%, tenha diminuído em relação aos anos de 2016 (22,79%), 2017 (27,77%) e 2019 (21,31%). A média da 11ª Regional de Saúde está em 16,07%, mostrando que necessitamos de fortalecimento das atividades relacionadas a este público-alvo, para que conseqüentemente haja uma redução nos índices.

Gravidez na Adolescência, entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.

Condições	2016	2017	2018	2019	2020
Proporção de gravidez na adolescência	22,79	27,77	13,97	21,31	10,85
11ª Regional de Saúde	21,13	20,95	17,03	17,18	16,07

FONTE: SINASC, Ministério da Saúde, DATASUS

5.2.3 – Morbidade

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Município: Água Branca Internações por Capítulo CID-10 Período:2016-2020

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	37	27	101	78	41	284
II. Neoplasias (tumores)	10	16	24	26	23	99
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	2	2	-	2	6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9	10	14	12	3	48
V. Transtornos mentais e comportamentais	3	1	3	4	8	19
VI. Doenças do sistema nervoso	3	2	4	11	2	22
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	1	2	-	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	13	26	26	28	17	110
X. Doenças do aparelho respiratório	20	36	60	45	19	180
XI. Doenças do aparelho digestivo	15	36	33	30	28	142
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	3	6	2	4	15
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	3	3	4	2	12
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	20	23	21	27	42	133
XV. Gravidez parto e puerpério	112	90	86	106	105	499
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5	7	6	5	5	28
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	-	2	5	2	10
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	3	8	3	7	22
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	24	26	26	24	32	132
XXI. Contatos com serviços de saúde	1	1	1	1	2	6
Total	274	312	427	413	344	1.770

FONTE: DATASUS

Na avaliação da morbidade Hospitalar foi observada que os maiores índices de internações foram referentes a questões de gravidez e puerpério, Algumas doenças infecciosas e parasitárias, seguido de doenças do aparelho respiratório.

Esta prevalência de doenças crônicas ocorre em função das transformações sociais e econômicas que levaram ao predomínio das doenças e agravos não transmissíveis. Aonde mais uma vez, o aumento da população idosa e expectativa de vida vem favorecendo a ascensão das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias), e as causas externas que impactam diretamente na necessidade de organização dos serviços de urgência e emergência.

5.2.4 Mortalidade

Na análise do perfil da Mortalidade, serão apresentados dados do Município referente à Mortalidade geral, materna e infantil.

5.2.4.1 – Mortalidade por Grupos de Causa

Óbitos p/Residência por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10

Município: Água Branca

Período: 2016-2020

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	6	3	7	18
II. Neoplasias (tumores)	11	6	7	7	7	38
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	2	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	5	4	9	8	28
VI. Doenças do sistema nervoso	1	-	-	2	-	3
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	1	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	32	21	24	11	27	115
X. Doenças do aparelho respiratório	11	9	8	5	7	40
XI. Doenças do aparelho digestivo	7	1	1	5	4	18
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	2	3	-	3	11
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	1	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	-	1	-	1	4
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	-	2	2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	2	2	6	2	15
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	7	7	5	5	29
Total	78	54	63	54	76	325

Fonte: DATASUS

Em Água Branca, na série histórica de 2016-2020, destacam-se em primeiro lugar Doenças do aparelho circulatório 35,38%, que incidem em pessoas acima de 50 anos, tendo como fatores desencadeantes o sedentarismo, obesidade, estresse, ausência de exames periódicos de prevenção, alimentação e tratamento inadequado. Em segundo lugar as doenças do aparelho respiratório totalizando 12,30%, em que a incidência vem aumentando na terceira idade em decorrência de imunidade baixa e período prolongado a exposição a fatores de risco (condição social, alimentação, tabagismo, alcoolismo).

Logo na sequência, vêm as neoplasias (tumores) 11,69%, em que a faixa etária acima de 60 anos se sobressai, em que o Município tem adotado estratégias para a prevenção, rastreamento e diagnóstico das neoplasias de maior incidência, como a realização de campanhas educativas e preventivas para a detecção precoce de alterações celulares no colo do útero e mama, oferta de consultas ginecológicas no próprio município com a realização de colonoscopia e histopatológico.

As causas externas de morbidade e mortalidade ocupam o quarto lugar com 8,92% dos óbitos, relacionados a acidentes e violências com maior incidência na faixa etária de 30 a 49 anos.

5.2.4.2 – Mortalidade de Mulheres em idade fértil e Materna

**Óbitos de mulheres em idade fértil e maternos por
Ano do Óbito
Município: Água Branca
Período: 2016-2020**

Ano do Óbito	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Óbitos Maternos	-	-	-	-	01	01
Óbitos Mulheres Idade Fértil	04	01	01	-	06	12

(Fonte dos dados de mortalidade: SIM/TABNET - até 2019. Para 2020: Registros da SMS no SIM. Outras fontes: [Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna - Mortalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DASNT - SVS/MS \(aids.gov.br\)](#))

A razão de mortalidade materna se apresenta com poucas variações nos últimos cinco anos anteriores totalizando apenas um óbito materno no ano de 2020. As mortes maternas são consideradas evitáveis pelo adequado acompanhamento da gestação e do parto. As mulheres morrem como resultado de complicações que ocorrem durante ou depois da gestação e do parto. A maioria dessas complicações

se desenvolve durante a gravidez e a maior parte delas pode ser evitada e tratada. As principais complicações, que causam a mortalidade maternas, são: Hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); Hemorragias graves (principalmente após o parto); Infecções (normalmente depois do parto); Complicações no parto; Abortos inseguros. Quanto ao número de óbitos de mulheres em idade fértil apresentou acréscimo no último ano onde ocorreram 6 mortes.

5.2.4.3 – Mortalidade infantil

**Óbitos p/Residência por Ano do Óbito segundo
Município
Município: Água Branca
Período: 2016-2020**

Município	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Água Branca	02	01	01	01	03	08

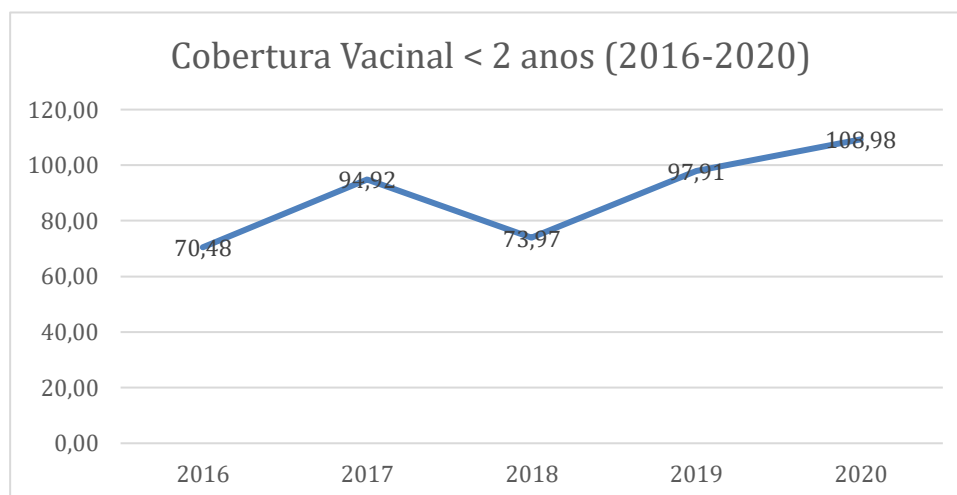
(Fonte dos dados de mortalidade: SIM/TABNET - até 2019. Para 2020: Registros da SMS no SIM. Outras fontes: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal - Mortalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DASNT)

A taxa de mortalidade infantil, sofre pouca variação nos quatro anos anteriores, apresentando um acréscimo no último ano totalizando 03 óbitos infantis, 23,26 óbitos infantis por mil nascidos vivos, acima da média do país (15,27 óbitos infantis por mil nascidos vivos) e distante da meta estabelecida pela OMS, de taxa de um dígito;

As principais causas das mortes nas crianças são as complicações perinatais (pouco antes ou depois do parto), causas cromossômicas ou más formações ou doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, ou seja, que poderiam ser evitadas com atendimento médico apropriado desde a gestação até a primeira infância.

5.3 – Cobertura Vacinal

Coberturas Vacinais por Ano segundo Imunobiológico Município: Água Branca Ano:2016-2020



Imuno	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total	70,48	94,92	73,97	97,91	108,98	87,42
BCG	51,04	56,25	55,88	43,52	73,15	56,07
Hepatite B em crianças até 30 dias	79,17	46,88	47,06	38,89	46,30	50,92
Rotavírus Humano	140,62	101,04	107,35	124,07	130,56	120,04
Meningococo C	135,42	117,71	100,00	123,15	144,44	122,79
Hepatite B	130,21	117,71	95,59	108,33	151,85	119,30
Penta	130,21	117,71	95,59	108,33	151,85	119,30
Pneumocócica	148,96	109,38	105,88	121,30	127,78	121,51
Poliomielite	128,12	116,67	95,59	133,33	135,19	120,40
Poliomielite 4 anos	-	73,75	62,50	81,88	91,88	77,50
Febre Amarela	-	-	3,68	1,85	5,56	3,69
Hepatite A	98,96	166,67	82,35	121,30	112,04	113,79
Pneumocócica(1º ref)	143,75	116,67	81,62	134,26	128,70	118,57
Meningococo C (1º ref)	163,54	122,92	80,88	125,93	128,70	121,32
Poliomielite(1º ref)	102,08	133,33	41,91	121,30	115,74	99,08
Tríplice Viral D1	139,58	127,08	85,29	126,85	143,52	122,06
Tríplice Viral D2	104,17	140,62	66,91	116,67	109,26	104,78
Tetra Viral(SRC+VZ)	97,92	50,00	32,35	28,70	-	49,77
DTP	130,21	-	-	-	-	130,21
DTP REF (4 e 6 anos)	1,49	73,12	70,62	82,50	93,12	52,87
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	112,50	130,21	77,21	121,30	121,30	110,29
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	32,29	4,17	77,08	97,92	72,22	57,11
dTpa gestante	39,58	5,21	98,96	111,46	94,44	70,53
Tetralente (DTP/Hib) (TETRA)	2,08	-	-	-	-	2,08
Varicela	-	-	-	-	126,85	126,85
Ignorado	20,59	-	-	-	-	20,59

Em relação à Cobertura Vacinal, no último período analisado, ressaltamos que mesmo com a Pandemia o município obteve bons resultados, a cobertura vacinal de 95% é a meta para todos os imunobiológicos, assim é possível observar que foi atingida a meta proposta em praticamente todas as vacinas. Também é possível avaliar que não existe uma homogeneidade na aplicação destas vacinas, pois vacinas administradas concomitantemente tem coberturas vacinais diferentes. O possível problema para esta falta de homogeneidade, é a alimentação dos Sistemas de informações.

6 – PERFIL ASSISTENCIAL

São os Serviços que prestam assistência à saúde no âmbito municipal, entre eles destaca: as Unidades Básicas de Saúde, serviços de apoio e diagnósticos para a realização de exames complementares e unidade de atendimento de Urgência e Emergência.

6.1 – Atenção Primária a Saúde

Considerando que a atenção básica deve ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população de seu território, servindo como base para o ordenamento da Rede de Atenção e para efetivação da integralidade, assim, garantindo a cobertura populacional pelas equipes de atenção básica, faz-se necessário e primordial na organização da atenção primária à saúde do município, que tem 100% de cobertura populacional pelas Equipes Básicas de Saúde.

O município conta com 05 equipes de Saúde da Família e 05 Equipes de Saúde Bucal:

1. UBS José Gomes Filho, rua Antonio Tiburtino Soares, bairro Gualterina Alencar Vidal;
2. UBS Povoado Bom Jesus, Povoado Bom Jesus, Zona Rural;
3. UBS Povoado Lagoinha, Povoado Lagoinha, Zona Rural;
4. UBS José Loredo de Santana, Vila Delmiro Barros, Zona Rural;
5. UBS Antonia Firmino de Oliveira, rua Professor Severino Sales, José Benone;

O município conta também com uma Equipe multiprofissional da Atenção

Básica composta por: Fisioterapeuta, Educador Físico, Psicólogo e Nutricionista, os profissionais são capacitados para atuar em todos os níveis de atenção à saúde dentro da Atenção Básica. Os atendimentos são realizados na UBS, quando confirmada que há necessidade e após avaliação, são realizados atendimentos domiciliares.

Destaca-se que um dos maiores desafios é também a alta demanda encaminhada, para fisioterapia aumentando as filas e conseqüentemente o tempo de espera para início do tratamento. Ressaltando que no último ano de 2020 os atendimentos foram limitados devido às recomendações para enfrentamento da Covid-19.

6.1.1 – Razão de Exames de Citopatológicos

SISCAN - Cito do colo - Por local de residência - Paraíba
Exames por Ano competência segundo Faixa etária
Munic.de residência: Água Branca
Ano competência: 2016-2020

Faixa etária	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total	932	1.696	909	1.100	754	5.391
Até 9 anos	1	-	-	-	-	1
Entre 10 a 14 anos	2	2	2	2	1	9
Entre 15 a 19 anos	55	72	51	41	24	243
Entre 20 a 24 anos	97	159	95	106	77	534
Entre 25 a 29 anos	122	220	112	120	73	647
Entre 30 a 34 anos	119	213	109	144	110	695
Entre 35 a 39 anos	132	241	120	144	90	727
Entre 40 a 44 anos	84	205	108	150	92	639
Entre 45 a 49 anos	99	159	91	100	85	534
Entre 50 a 54 anos	95	153	77	111	87	523
Entre 55 a 59 anos	54	119	82	91	46	392
Entre 60 a 64 anos	42	81	40	49	36	248
Entre 65 a 69 anos	16	34	16	22	22	110
Entre 70 a 74 anos	7	20	5	13	5	50
Entre 75 a 79 anos	5	10	-	6	6	27
Acima de 79 anos	2	8	1	1	-	12

2016	2017	2018	2019	2020
747	1.391	739	909	619

- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária em 2020 foi 0,91.

6.1.2 – Razão de Exames de Mamografia

SISCAN - Mamografia - Por local de residência - Paraíba
Exames por Ano competência segundo Faixa etária
Munic.de residência: Água Branca
Ano competência: 2016-2020

Faixa etária	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total	14	145	101	178	378	816
Entre 20 a 24 anos	-	-	-	1	-	1
Entre 25 a 29 anos	-	-	1	-	-	1
Entre 30 a 34 anos	-	-	-	1	1	2
Entre 35 a 39 anos	1	2	1	1	2	7
Entre 40 a 44 anos	4	5	10	11	26	56
Entre 45 a 49 anos	3	8	3	13	32	59
Entre 50 a 54 anos	-	40	38	57	106	241
Entre 55 a 59 anos	2	49	22	41	95	209
Entre 60 a 64 anos	3	26	15	23	62	129
Entre 65 a 69 anos	1	10	7	23	33	74
Entre 70 a 74 anos	-	1	3	5	16	25
Entre 75 a 79 anos	-	3	1	2	5	11
Acima de 79 anos	-	1	-	-	-	1

2016	2017	2018	2019	2020
06	125	82	144	296

- Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária no ano de 2020 foi de 0,84.
- Indicadores de resolubilidade: 53% das consultas realizadas na APS geraram

encaminhamentos para a atenção ambulatorial especializada; para cada consulta realizada na APS, foram solicitados, em média, três exames laboratoriais;

- Internações por condições sensíveis da APS, no último ano, perfizeram 41% (Fonte de informações: SIH/[TABNET](#));

6.2 – Atenção Especializada

As consultas especializadas são ofertadas através do SISREG III, de acordo com a PPI vigente, como também o próprio município contrata através de credenciamento as seguintes especialidades para diminuição na demanda existente: Cardiologista, Neurologista, Pediatra, Ginecologista, Urologista, Vascular, Ortopedista, Dermatologista, Psiquiatra, Otorrinolaringologista e Oftalmologista.

A principal demanda reprimida do município atualmente é Ortopedia Geral, encaminhamentos para cirurgia, que conta com uma fila de aproximadamente 30 pessoas aguardando liberação para uma consulta especializada. Ressaltamos que esses casos não são simples e já passaram pela avaliação do ortopedista do município, mas são casos de alta complexidade. Outras especialidades, que há grande dificuldade em agendamento de consultas são: reumatologia, proctologia, oftalmologia e cirurgia geral, destaca-se que no total de toda a fila de pacientes aguardando para consultas especializadas são em média 1.250 pessoas.

Em relação a exames e itens complementares, as maiores demandas do município são os exames de: Ressonância Magnética, timpanometria e audiometria, endoscopia, ecocardiograma e colonoscopia, a fila total para exames é de 750 pessoas que aguardam para realizar seu procedimento.

A necessidade do município para melhorar e qualificar e conseqüentemente zerar suas filas de espera em consultas e exames, seria contratar com um Médico Auditor para realizar avaliações de toda a demanda reprimida, bem como a criação de protocolos municipais para solicitação de encaminhamentos para média complexidade. E ainda buscar alternativas de revisão e reformulação da PPI vigente, a fim de remanejar procedimentos para municípios mais próximos, fortalecendo a resolutividade Regional, em busca de qualificação e de redução das filas de espera.

6.2.1 – Assistência Hospitalar.

O município de Água Branca conta com um Hospital Municipal Quitéria Maria de Oliveira, localizado à Rua José Pedro Firmino, SN - Centro - Água Branca – PB – CEP 58748-000, sob o número do CNES 2605430. Encontra-se cadastrado como Unidade Mista, atende como hospital geral, é referência à APS, como também atende a municípios circunvizinhos, integrante da rede de atenção à saúde com atendimentos sob demanda espontânea e referenciada de sua população de acordo com a base territorial definida, objetivando a garantia do atendimento aos usuários a partir da necessidade da população e presta atendimento de média complexidade, ambulatorial, urgência e emergência, internação e SAD. Sua capacidade abrange 20 leitos cadastrados no SUS para internação. Tais leitos estão assim distribuídos: 10 Clínica Geral, 4 Obstetrícia e 6 Clínica Pediátrica, ambulatório, sala de procedimentos e curativos, enfermaria pediátrica e adultos. O quadro profissional é composto por 45 funcionários contratados, 8 médicos do corpo clínico e especialistas.

O município encaminha os casos mais complexos para os municípios de Patos, Campina Grande e João Pessoa, conforme PPI (**Fonte de informações: [INFOSAÚDE PB](#)**).

O quadro abaixo apresenta a Programação Pactuada Integrada do município de Água Branca – PB:

Água Branca	
Hospitalar	<p>Alta Complexidade: Campina Grande Joao Pessoa </p> <p>Média Complexidade: Campina Grande Joao Pessoa Agua Branca Patos </p>
Ambulatorial	<p>Alta Complexidade: Cajazeiras Campina Grande Catole Do Rocha Guarabira Itaporanga Joao Pessoa Monteiro Patos Pianco Picui Princesa Isabel Sousa Sume </p> <p>Média Complexidade: Patos Campina Grande Joao Pessoa Pianco Princesa Isabel </p>
UTI / UCI	<p>UTI: Campina Grande Joao Pessoa Patos </p> <p>UCI: Joao Pessoa </p>

• Produção Ambulatorial de Média Complexidade

2016	2017	2018	2019	2020
3991	6645	6980	7274	4817

- Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente (nº ex p/100 hab) – 48,17% (**Fonte de informações:** SIA/[TABNET](#)).

- **Produção Ambulatorial de Alta Complexidade:**

2016	2017	2018	2019	2020
9520	14689	16239	19362	15626

- Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente (nº ex p/100 hab) - 156% (**Fonte de informações:** SIA/[TABNET](#));

- **Internações Clínico-cirúrgicas:**

2016	2017	2018	2019	2020
07	10	10	28	07

- Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente (nº ex p/1000 hab) – 0,007% (**Fonte de informações:** SIH/[TABNET](#));

6.2.2 - Sistema de apoio diagnóstico

Os serviços de saúde do município de Água Branca estão organizados de modo a oferecer consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem, onde no pré-natal, são ofertados exames a cada trimestre e duas USG Obstétricas durante o período gestacional, o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos é realizado pela APS, com exames laboratoriais e acompanhamento de nutricionista, cardiologista e endocrinologista, aos pacientes oncológicos e em tratamento de Hemodiálise, é garantido exames de laboratório e de imagem para auxílio no tratamento, são ofertados exames pré-operatórios para pacientes que são encaminhados para cirurgias. A Secretária Municipal de Saúde presta uma diversidade de serviços de saúde no município com as seguintes especialidades: Neurologista, Endocrinologista, Ortopedista, Otorrinolaringologista, Cardiologista, Dermatologista, Ginecologista, Psiquiatra, Pediatra, Vascular, Urologista, Oftalmologista, conta também com a oferta de Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Endoscopia e exames laboratoriais.

Os exames laboratoriais são realizados através do Laboratório Municipal Quitéria Maria de Oliveira, como também em 02 laboratórios credenciados e

contratados pelo município, assegurando ao paciente o acompanhamento e conclusão de um diagnóstico preciso. Mesmo assim ainda existe algumas dificuldades onde alguns tipos de exames solicitados em algumas linhas de cuidado não são previstos na tabela SUS, dificultando sua realização. Em média o laboratório municipal realiza 2.500 exames por mês., e os laboratórios credenciados média de 750 exames/mês.

7 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE(RAS)

As Redes de Atenção à Saúde buscam um atendimento em todos os níveis de Atenção de maneira qualificada e resolutiva, entre a atenção básica, secundária e terciária. Neste contexto o município, busca a ampliação e qualificação da Atenção Básica, assim resultando em melhores índices e maior resolutividade dentro da sua área de abrangência. Bem como a articulação entre todos os níveis para o cuidado integral de sua população.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel de coordenadora do cuidado à saúde da população adstrita e é a ordenadora da RAS, sendo o centro de comunicação com toda a Rede.

Fonte de dados: Plano Estadual de Saúde do Estado da Paraíba (<https://transparencia.pb.gov.br/conselhos-estaduais/conselho-estadual-de-saude/relatorios/plano-estadual-de-saude-2016-2019.pdf/view>)



A Estruturação da Rede de Atenção à Saúde no município está organizado da seguinte forma:

O município de Água Branca – PB tem 100% de cobertura na atenção básica à saúde representada pelas 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde (UBS), demonstrada no Quadro I na Estratégia Saúde da Família.

Quadro I- UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LOCALIZAÇÃO/BAIRRO		CNES	EQUIPE SAUDE DA FAMÍLIA
01	Sítio Arroz	3835200	UBS JOSÉ LOUREDO DE SANTANA
02	Rua Antonio Tiburtino de Sousa	2321777	UBS JOSÉ GOMES FILHO
03	Rua Professor Severino Sales	7429746	UBS JOSÉ BENOME
04	Povoado da Lagoinha	2321742	UBS DA LAGOINHA
05	Povoado do Bom Jesus	2321769	UBS DE BOM JESUS

Fonte: CNES 2021.

O município conta ainda com:

- 05 Equipes de Saúde Bucal na modalidade I, distribuídas nas mesmas UBS representadas no quadro I;
- 01 equipe de Apoio a Saúde da Família com Fisioterapeutas, Educador Físico, Nutricionistas, Psicólogo e Fonoaudiólogo;
- SAMU 192, com 01 USB e 01 USA;
- 01 Hospital Municipal de Pequeno porte com atendimentos de Urgência/emergência;
- 01 CEO Tipo 1;
- 02 Equipes de Atenção Domiciliar;
- 01 Academia da Saúde.

Estabelecimento de Saúde do Município: AGUA BRANCA

UF	MUNICÍPIO	CNES	NOME DA UNIDADE DE SAÚDE	TIPO DE ADMINISTRAÇÃO
PB	AGUA BRANCA	7160275	ACADEMIA DE SAUDE DE AGUA BRANCA PB	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PB	AGUA BRANCA	7652313	CAPS I AGUA BRANCA PB	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PB	AGUA BRANCA	9737359	CEO TIPO I AGUA BRANCA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PB	AGUA BRANCA	2605430	HOSPITAL QUITERIA MARIA DE OLIVEIRA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PB	AGUA BRANCA	7074654	NASF MODALIDADE 1 AGUA BRANCA PB	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

PB	AGUA BRANCA	6917577	SAMU 192 AGUA BRANCA PB	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PB	AGUA BRANCA	0297720	SAMU 192 USA AGUA BRANCA PB	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNES - Equipes de Saúde - Paraíba
Quantidade por Tipo da Equipe Município: 250010 Água Branca
Período: Mai/2021

Tipo da Equipe	Quantidade
23 EMAP - EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE APOIO	1
46 EMAD - EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENCAO DOMICILIAR TIPO II	1
70 ESF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA	5
71 ESB - EQUIPE DE SAUDE BUCAL	5
72 ENASF-AB - EQ NUCLEO AMPLIADO SAUDE DA FAMILIA AT. PRIMARIA	1
Total	13

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

7.1 - Vigilância em Saúde

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

A vigilância em saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde. Assim sendo a integração com a atenção Primária em Saúde é necessária para construção da integralidade na atenção e alcance de resultados.

Atualmente, se dividem no município em Vigilância Sanitária que contempla a vigilância Ambiental e do Trabalhador e a Vigilância Epidemiológica responsável também pela parte de imunização.

As necessidades frente às áreas da Vigilância em Saúde é a falta de efetivo, necessitando o aumento de servidores, assim possibilitando o melhor desempenho e consequentemente atingindo índices mais satisfatórios e serviços de qualidade.

7.1.1 - Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que buscam o conhecimento, detecção e prevenção de qualquer alteração em fatores que

determinam e condicionam a saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Assim fornecendo uma orientação técnica, para o processo de decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

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

7.1.2 – Vigilância Ambiental

A Vigilância ambiental visa à detecção ou prevenção de qualquer determinante do ambiente que interfiram na saúde humana, suas atividades estão principalmente voltadas à vigilância da qualidade da água para consumo humano, acidentes com produtos perigosos, acidentes com animais peçonhentos, fatores físicos, entre outros.

7.1.3 – Vigilância Sanitária

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

7.2 – Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF.

7.3 – Assistência Farmacêutica

O setor de Farmácia da rede pública de saúde dispõe de uma grande variedade de medicamentos, garantindo a manutenção de estoques mínimos de determinados fármacos para as unidades básicas de saúde e para o Hospital Municipal. Atualmente, funciona de segunda à sábado: das 7:30 às 12:00 horas.

A assistência farmacêutica, tem um elenco diverso de medicamentos para assistência aos usuários do SUS com medicamentos básicos e especializados. Conta com a prestação de serviço aos usuários do componente especializado realizando o cadastro e disponibilizando um profissional que vai até a 11ª Gerência de Saúde, levar o cadastro e pegar a medicação mensalmente evitando assim que o usuário se desloque recebendo sua medicação em sua residência.

Em 2020, devido a Pandemia do Coronavírus a Secretaria Municipal de Saúde criou o Programa Remédio em Casa, onde os usuários cadastrados passaram a receber seu remédio em casa.

7.4 – Rede de Atenção Psicossocial

O município de Água Branca, conta com o Centro de Atendimento Psicossocial CAPS I, habilitado pelo Governo Federal, para atendimento de pessoas com transtorno mental grave e/ou persistente. Atualmente a equipe realiza aproximadamente 145 atendimentos por mês, sendo que a equipe é formada por

médico psiquiatra, psicólogo, enfermeira, técnica de enfermagem, terapeuta ocupacional além da equipe de apoio. O CAPS não possui prédio próprio assim sendo os atendimentos são realizados em um imóvel locado.

As atividades realizadas são: Psicoterapia de grupo, de Enfermagem, oficinas de artes, atendimentos individuais, reuniões de família, atendimentos individuais e familiar, de educação em saúde, atividades culturais, visita domiciliar, reuniões Inter setoriais, encaminhamentos para regime integral, entre outras buscando promover o atendimento multiprofissional para atender a demanda de situações emocionais vivida pós covid, estabelecendo vínculos solidários e a participação coletiva com a comunidade.

Destaca-se que mesmo durante a pandemia no ano de 2020, os números de atendimentos não sofreram grandes reduções como em demais serviços da Saúde.

PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - PARAÍBA - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd.apresentada por Ano processamento segundo Procedimento

Município: 250010 Água Branca

Profissional - CBO: 225133 MEDICO PSIQUIATRA

Período: 2016-2020

Procedimento	2017	2018	2019	2020	Total
TOTAL	15	188	284	280	767
0301010672 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	.	.	.	7	7
0301080008 ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	10	173	268	209	661
0301080216 ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	2	1	1	32	36
0301080224 ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	.	.	.	1	1
0301080240 ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	.	.	.	1	1
0301080275 PRATICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	.	1	.	2	3
0301080283 PRATICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	3	1	.	2	6
0301080305 MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENCAO BASICA	.	12	14	26	52

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

7.5 – Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, conta com seu principal serviço de atendimento no município através do CEO, o tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Primária e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal.

Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos.

O município também conta com um polo da Academia da Saúde que possui estrutura física para os atendimentos, bem como materiais e equipamentos necessários, a mesma atua neste segmento visando tratamento terapêutico na reabilitação/habilitação dos pacientes com deficiência. Conta também com a oferta de profissionais como psicólogo e neurologista que prestam uma assistência as crianças com diagnóstico de Transtorno Espectro Autista (TEA) e outras deficiências, atualmente percebemos um aumento de crianças diagnosticadas com TEA, algumas necessitam de uma assistência mais complexa e são encaminhadas para o CER em Princesa Isabel e Campina Grande. Temos também um aumento de encaminhamentos do Otorrinolaringologista de pacientes com problemas auditivos necessitando de avaliação e acompanhamento. As necessidades, assim fortalecendo os serviços realizados dentro do município são: disponibilização de serviço voltado à deficiência auditiva e a implantação do CER.

Destacamos que todos os testes de triagem neonatal, são realizados em recém-nascidos na UBS José Gomes Filho.

7.6 – Rede de Atenção à Urgência e Emergência

A rede de Urgência e emergência, conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência – SAMU, a base de Água Branca, disponibiliza duas unidades, sendo uma de transporte básico e outra de suporte avançado, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência de maneira ágil e oportuna.

7.7 – Regulação, Auditoria e Tratamento Fora de Domicílio.

O município conta com o serviço de regulação dentro de sua estrutura organizacional, através do SISREG III, está ligado na Rede de regulação de procedimentos e de consultas especializadas ofertadas de acordo com a PPI estadual, mas ainda trabalha com marcações de algumas especialidades em papel.

O município não conta com o serviço de auditoria.

Já referente ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD), as consultas especializadas e exames, são referenciados e agendados através do SISREG III.

As dificuldades encontradas pelo TFD, são a redução de consultas liberadas pelo Estado, falta de prestadores, falta de especialidades nos municípios executores.

8. OUVIDORIA

O município não possui serviço específico de ouvidoria que garanta ao usuário um espaço para apresentar queixas e buscar valer o seu direito à saúde. Como é uma cidade pequena onde todos se conhecem e tem facilidade de acesso aos gestores municipal, Secretário de Saúde e Prefeito, as reclamações quanto ao serviço de saúde são direcionadas a estes que repassam a equipe procurando minimizar as falhas ocorridas. Apesar desta facilidade a implantação do serviço de ouvidoria seria bastante interessante para a avaliação do atendimento prestado na Unidade Básica de Saúde e de forma sistemática monitorar a principal queixa do usuário transformando-a em capacitação, oficina buscando capacitar o RH e dando suporte aos profissionais que assistem à comunidade. Portanto há o interesse desta secretaria em futuramente implantar o serviço de ouvidoria municipal.

9. GESTÃO EM SAÚDE

As boas práticas e planejamento em saúde são essenciais através dos 03 instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, bem como as prestações quadrimestrais de Saúde, todos instrumentos mantendo compatibilidade com os instrumentos de planejamento do Governo Municipal, sendo Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Um Sistema de Saúde precisa atender as necessidades da população e condizendo com suas diretrizes. Todo o processo tem de ser planejado, monitorado e avaliado, tendo em vista novas situações.

Assim, o principal objetivo é proporcionar qualidade de vida, através da promoção e prevenção da saúde em Água Branca, ressalta-se as dificuldades e desafios encontrados, mas a gestão municipal busca que a Atenção Básica seja a norteadora e reguladora dos seus serviços, o planejamento é manter 100 % da cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde assistida pela Estratégia Saúde

da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal, assim alcançando índices satisfatórios em todos os fatores analisados em todas as esferas de governo.

Destaca-se, que a Estrutura organizacional da Saúde está dividida entre a Atenção Primária e Secundária, assim aumentando a responsabilidade do município, pois o Estado não oferece serviços de maneira suficiente na questão ambulatorial e Hospitalar.

10. FINANCIAMENTO

O financiamento da Saúde é tripartite como determina a Constituição Federal, ou seja, as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, devem participar da receita para custear as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, conforme a Emenda Complementar nº 29/2020 e Lei Complementar 141/2012, os Municípios e o Distrito Federal devem investir no mínimo 15 % de recursos próprios em Saúde. Já o Estado, 12%. Para o governo federal, o total aplicado deve corresponder ao valor comprometido no exercício financeiro antecedente, adicionado do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual. O percentual de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde do município de Água Branca, no último ano foi de **17,47%** (**Fonte de informações: SIOPS**);

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LIQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LIMITE CONSTITUCIONAL (15%)				
2016	2017	2018	2019	2020
16,08%	15,24%	20,63%	19,16%	17,47%

Fonte: SIOPS

10.1 – Financiamento Covid-19

Em 2020, no âmbito do financiamento houve situação especial em relação a Pandemia de Covid-19, com repasses de recursos através de várias Portarias. Recursos advindos da transferência da União repassados pelo FNS conforme Portarias específicas nos blocos de manutenção e estruturação para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19), que somou para o Município um montante de R\$ 1.889.407,76 específico para a Covid-19 no Fundo Municipal. Na sequência o quadro demonstrativo da transferência

de recursos advindos da união para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19).

Quadro demonstrativo da transferência de recursos advindos da união para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19)	
Descrição do recurso	Valor do Recurso
Recursos advindos da transferência da União repassados pelo FNS conf. Portarias específicas nos blocos de manutenção e estruturação para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19)	1.889.407,76
Recursos advindos da transferência da União repassados pelo FNS nos blocos de manutenção e estruturação não específicas para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19)	0,00
Recursos advindos de transposição de saídas financeiras de exercícios anteriores provenientes de repasses federais do FNS aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios conf. LC 172/2020.	0,00
Recursos advindos da União, na forma de auxílio financeiro, aos Estados; ao Distrito Federal e aos Municípios, no exercício de 2020, e em ações de enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19). Conforme LC 173/2020	0,00
Recursos advindos da União, na forma de prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). MP 938/2020	0,00
Outros recursos advindos de transferências da União	0,00
Total de recursos advindos de transferência da união para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - CORONAVIRUS (COVID-19)	1.889.407,76

Fonte: SIOPS

Despesas decorrentes do enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional Coronavírus (COVID-19)			
Descrição das Subfunções/Despesas	Despesas Empenhadas	Despesas Liquidadas	Despesas Pagas
Administração Geral	1.011.053,82	1.011.053,82	1.011.053,82
Atenção Básica	614.847,75	614.847,75	614.847,75
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	263.506,19	263.506,19	263.506,19
Suporte profilático e terapêutico	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	0,00	0,00	0,00
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00
Informações Complementares	0,00	0,00	0,00
Total	1.889.407,76	1.889.407,76	1.889.407,76

Fonte: SIOPS

Além dos recursos do Governo Federal, o município também investiu para o enfrentamento da Covid-19, conforme tabelas abaixo.

Quadro demonstrativo da aplicação de recursos próprios no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19)	
Descrição do recurso	Valor do Recurso
Recursos próprios a serem aplicados no enfrentamento da emergência de saúde - nacional - Coronavírus (COVID-19)	8.115,10
Total	8.115,10

Despesas decorrentes do enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional Coronavírus (COVID-19)			
Descrição das Subfunções/Despesas	Despesas Empenhadas	Despesas Liquidadas	Despesas Pagas
Administração Geral	8.115,10	8.115,10	8.115,10
Atenção Básica	0,00	0,00	0,00
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	0,00	0,00	0,00
Suporte profilático e terapêutico	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	0,00	0,00	0,00
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00
Informações Complementares	0,00	0,00	0,00
Total	8.115,10	8.115,10	8.115,10

Fonte: SIOPS

Não houve recursos do Estado para aplicação exclusiva ao COVID-19.

11 – INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Sabemos que cada vez as ações necessitam de monitoramento, assim requerendo elas em tempo oportuno, há necessidade de rapidez e a qualidade dos dados coletados, assim há alguns anos o município implantou um sistema de Prontuário eletrônico, possibilitando a toda equipe de saúde um planejamento eficaz para a tomada de decisão de acordo com a realidade, destaca-se que todas as Unidades de Saúde principalmente das localidades do interior contam com *internet* e computadores, assim possibilitando a utilização do Sistema.

Os sistemas de informação “Informatizados” permitiram, nos últimos anos, os gestores analisar a situação de saúde em seu território e avaliar o sucesso de suas intervenções, monitorar e controlar as atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviços, e quantificar/determinar o volume de recursos financeiros a ser transferido a cada um. Desde a implementação do Pacto pela Saúde,

este papel é ainda mais estratégico. No que diz respeito ao Pacto pela Vida, a relação é direta, dado que o aferimento do alcance as metas pactuadas depende da alimentação das bases de dados nacionais. (CONASS, 2011).

O município além do sistema de Prontuário eletrônico, tem diversos sistemas de esfera Estadual e Federal sendo eles da área da Gestão, faturamento, Vigilância em Saúde, entre outros.

Podemos destacar entre eles, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DIGISUS, Sistema de Informações Ambulatorial de Saúde (SIA), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Cadastro Nacional do SUS (CADWEB SUS), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), E-GESTOR AB, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI WEB), entre outros que são de extrema importância.

12 – GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

12.1 – Gestão do Trabalho

A Secretaria Municipal de Saúde é composta, atualmente, por um quadro funcional, por servidores efetivos e cargos em comissão. O quadro atual é de 171 servidores, sendo 62 estatutários, 02 Intermediados por outra entidade e 109 Contratos temporários e cargos em comissão. Conta ainda com empresas terceirizadas, que prestam assistência dentro da área da saúde.

Atualmente, percebe-se o grande número de contratos temporários, como também o aumento de profissionais vinculados por tempo determinado, consequência do crescimento da rede de serviços do município diante desta tendência urge a necessidade de se fazer estudo de viabilidade para realização de concurso público para provimento de vagas para cargos efetivos para toda a rede de atenção à saúde, assim sanando problemas de falta de funcionários e de terceirização de serviços.

12.2 – Educação Permanente

Embora o município não disponibilize de um Plano de Capacitação e educação permanente para seus funcionários está inserido nas discussões da Comissão de

Integração Ensino-Serviço – CIES nas Reuniões do seu Colegiado de Gestão Regional, como também, através do Estado/11ª Regional de Saúde, é realizado treinamentos, palestras e capacitações.

Há uma grande necessidade de potencializar estas ações de iniciativa própria, através de capacitações/treinamentos para todos os profissionais da Secretaria de Saúde e Conselheiros Municipais de Saúde, formalizado parcerias com Instituições de Ensino, técnicos da Regional de Saúde, COSEMS-PB entre outros.

Sendo um desafio e uma proposta do município, priorizar a educação permanente na saúde para todos seus colaboradores.

Destacamos as demandas das Ações Educativas de acordo com as necessidades e realidades locais: Curso de Acolhimento e atendimento humanizado; Curso básico em vigilância epidemiológica; Curso sobre Política da saúde do Homem; Capacitar profissionais de gestão para elaboração de instrumentos de gestão do SUS e gestão orçamentária; Atendimento em urgência e emergência; Introdutório da atenção básica; Capacitação em técnicas de análises de vetores e entomologia; Relação Interpessoal e ética profissional; executar curso Técnico de capacitação do Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias; Educação continuada para profissionais da UBS, NASF e Vigilância sobre: Atenção, cuidados, prevenção e controle da obesidade; cuidados pós COVID-19, imunização e Saúde da Mulher; Capacitar Profissionais sobre o Previne Brasil.

Implementação e execução das atividades por meio do Núcleo de Educação Permanente em saúde - NEP que caracteriza-se como uma estratégia, visando:

1. A articulação entre ensino, trabalho e cidadania;
2. A vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social;
3. O reconhecimento de bases locais/territórios como unidades político territoriais, nas quais estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino. (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 164).

Destina a todos que integram o Sistema Único de Saúde na sua complexidade: comunidade/usuários, trabalhadores, gestores, instituições de ensino.

O objetivo fundamental das ações educativas dos profissionais de saúde do SUS está relacionada à transformação das práticas, à mudança da organização do sistema e da atenção à saúde.

13. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO

A utilização da pesquisa científica e tecnológica como importante subsídio para a elaboração de instrumentos de regulação e operacionalização, nas três esferas de governo por suas competências legais, cabe às três esferas, a produção de leis e normas que, apoiadas em conhecimentos, permitam garantir de forma ampliada, a adequada promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) para que seja efetiva, os setores das esferas de governo, assim como a sociedade civil, deverão ser chamados a participar de sua elaboração e implementação. Essa assertiva baseia-se no entendimento de que saúde é um bem da sociedade a ser preservado e desenvolvido por ela, sendo garantidos pelo Estado os meios necessários para tal fim.

14 – AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

As audiências públicas quadrimestrais são normatizadas pela Lei 141/2012 que preconiza o que segue:

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

A Secretaria Municipal de Saúde realizou as audiências públicas quadrimestrais, nas datas de 29/05/2020 e 25/09/2020 e 26/02/2021, conforme preconiza a Lei Complementar 141/2012, na qual deve o gestor apresentar relatório detalhado sobre a oferta e produção de serviços, a movimentação financeira e auditorias. As audiências são realizadas na Câmara de Vereadores, para as quais são convidados os membros do Conselho Municipal de Saúde, autoridades e população.

Nas audiências são apresentados os relatórios financeiros a oferta e a realização de serviços.

15. SISTEMA DE GOVERNANÇA

A Secretária de Saúde participa de forma ativa das reuniões da Câmara Técnica/Grupos Condutores, CIR e sempre como pode também acompanha as reuniões da CIB-PB, onde são discutidas e apresentadas nestes colegiados várias propostas de interesse a nível municipal, regional, estadual e nacional. O Planejamento Regional Integrado foi finalizado com ajuda e participação da gestão aonde foram apresentadas propostas para a construção do plano onde o mesmo deve ser revisto de acordo com as necessidades da região, a região possui comitê de governança macrorregional instituído para as redes de atenção à saúde.

Há um Conselho Municipal de Saúde formalmente instituído que atua por demandas;

O município assim como todo o mundo não esperava se deparar com uma situação de emergência em saúde pública, o que fez com que todos os órgãos e entidades se unissem em busca de estratégias no enfrentamento ao COVID-19, mudando a rotina de todos.

16 - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

Nº	Tipo	Indicador	Série histórica				Unidade
			2017	2018	2019	2020	
1	U	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes, e doenças respiratórias crônicas)	14	9	13	13	Nº ABSOLUTO
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (mif) investigados	100	100	100	100	%
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	98,2	96,62	90	96,20	%
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 2 anos - Pentavalente (3ª DOSE), Pneumocócica 10-valente (2ª), Poliomelite (3ª) e Tríplice viral (1ª) – com cobertura vacinal preconizada	100	91	100	100	%
5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (dnci) encerradas em até 60 dias após notificação	100	0	80	80	%
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100	100	90	90	%
7	E	Número de casos autóctones de malária	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Nº ABSOLUTO
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	0	0	0	Nº ABSOLUTO

9	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0	0	0	Nº ABSOLUTO
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	0	9	27	50	%
11	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	1,47	1,70	0,75	0,63	RAZÃO
12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	0,48	0,45	0,31	0,81	RAZÃO
13	U	Proporção de parto normal no sus e na saúde suplementar	44	55	41	36	%
14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	27,8	16,66	23	11	%
15	U	Taxa de mortalidade infantil.	1	1	1	3	Nº ABSOLUTO
16	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0	1	Nº ABSOLUTO
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	100	100	100	100	%
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	91,7	92	93	90	%
19	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100	100	100	100	%
20	E	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.	100	100	-	-	%
21	E	Ações de matriciamento realizadas por caps com equipes de atenção básica	20	56	100	100	%
22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	6	4	6	6	Nº ABSOLUTO
23	U	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	50	100	90	90	%

A Resolução Nº 45, de 25 de julho de 2019 altera o anexo da Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016. A Comissão Intergestores Tripartite, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, resolve, excluir, a partir do ano de 2019, o indicador nº 20 da pactuação interfederativa.

17 - INFORMAÇÕES SOBRE A CONFERÊNCIA DE SAÚDE

As Conferências de Saúde são uma das principais ferramentas para a organização e planejamento dos serviços prestados no município.

Conferência de Saúde: 11 de abril de 2019.

TEMA: DEMOCRACIA E SAÚDE.

Onde teve as seguintes propostas de cada grupo de trabalho referente a cada eixo temático.

Eixo I – Saúde como direito:

Âmbito Municipal

- Ampliar a oferta de vagas nas especialidades em saúde bucal.
- Garantir a integralidade do cuidado em todos os ciclos vitais, por meio de equipe multiprofissional, com agilidade dos serviços, continuidade no atendimento e melhoria do acesso aos usuários, garantindo exames, consultas de especialidades, medicamentos e outros.
- Ampliar os serviços de saúde mental de forma descentralizada.
- Assegurar que as ações da Política de Saúde do Homem ocorram durante todo o ano, desenvolvendo no mês de novembro campanhas educativas de conscientização.
- Melhorar o sistema de acolhimento das equipes de saúde, com implantação de protocolos assistenciais, para garantia de acesso e orientação adequada quanto ao fluxo de atendimento nas unidades.
- Instalação de Ambulância Tipo A em áreas descobertas para completar 100% n as áreas rurais.
- Construção de pontos de apoio para o atendimento da atenção básica.

Âmbito Estadual

- Garantir e agilizar o acesso do usuário às consultas de especialidades e exames de alto custo.

Âmbito Nacional

- Ampliar e incentivar as ações de educação em saúde na Atenção Básica para prevenção de doenças e de promoção da saúde.
- Fortalecer a Política Nacional de Humanização para todos os níveis de atenção à saúde.

Eixo II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS):

Âmbito Municipal

- Estabelecer estratégias para diminuir a demanda reprimida para consultas especializadas e cirurgias.

- Ampliar e fortalecer a prática do matriciamento nas Unidades de Saúde expandindo este para outras secretarias, como Educação.
- Rever e ampliar a Relação Municipal de Medicamentos, incluindo medicamentos fitoterápicos.
- Divulgar os fluxos dos serviços da rede de atenção em saúde para a comunidade, principalmente nas condições agudas.
- Garantir educação continuada para os profissionais de saúde.
- Garantir a referência para procedimentos de biopsia encaminhadas pelas equipes de saúde bucal.

Âmbito Estadual

- Garantir que o acesso à urgência e emergência siga o dispositivo de classificação de risco e que permita que todos os serviços da rede se articulem com os hospitais.

Âmbito Nacional

- Ampliação da oferta de consultas em diversas áreas como: ortopedia, dermatologia, oftalmologia, cardiologia, endocrinologia, neurologia, ginecologia, otorrinolaringologia, entre outros.

Eixo III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS:

Âmbito Municipal

- Garantir que os recursos financeiros destinados à saúde sejam aplicados para atender as necessidades levantadas pela comunidade nas Conferências.

Âmbito Estadual

- Concluir a PGASS para rever as pactuações da PPI.

Âmbito Nacional

- Garantir maior financiamento público com o fim da desoneração das Receitas da União para o setor saúde.
- Investir 10% da receita corrente bruta da União na Saúde Pública.
- Garantir, pelas três esferas de governo, a aplicação financeira para a Saúde conforme as porcentagens previstas em lei.
- Revisão do teto financeiro para os procedimentos hospitalares, de médio e alto custo.
- Elevar o percentual da alíquota sobre a RCL (hoje de 15%).

Conferência de Saúde: 31 de março de 2023.

TEMA: “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – amanhã vai ser outro dia”

EIXO I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos;

Âmbito Municipal

- Criação de plano estratégico de saúde para alcance de metas do previne brasil.
- Fortalecer as ações das equipes de ESF e dos profissionais na atenção primária, além da ampliação dos serviços especializados, fortalecimento do programa “Saúde na escola” com foco na educação sexual, reprodutiva, de gênero e discriminação social.
- Garantir recursos para qualificação e educação continuada dos profissionais de saúde.

Âmbito Estadual

- Fortalecer as competências do Estado no seu papel de ente federado estadual executando as suas atribuições preconizadas.
- Cumprimento do financiamento tripartite garantindo a contra partida do estado para atenção básica.
- Repasse diretamente ao Fundo Municipal de Saúde dos valores correspondentes aos serviços que não tenham condições de executar na PPI.

Âmbito Nacional

- Rever e garantir a valorização periodicamente dos procedimentos da tabela SUS.
- Isentar de tributos as compras de medicamentos básicos realizados pelos gestores do SUS.
- Garantir o fortalecimento, ampliação dos espaços de controle social, bem como o repasse de recursos financeiros e estrutura de financiamento aos conselhos de saúde, em todas as esferas.
- Garantir o financiamento para equipe interdisciplinar para avaliação e diagnóstico desde a primeira infância até a juventude, evitando estigmatizar esse público.

EIXO II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;

Âmbito Municipal

- Implementar programas e ações de prevenção da gravidez na adolescência.

- Garantir em tempo hábil os testes de triagem neonatal.
- Realizar estratégias com instituições de ensino e grupos da sociedade organizada, para desenvolver ações educativas que contribuam para a redução de riscos e danos à saúde (DST/Aids, drogas, educação sexual, hábitos de vida saudáveis, saúde bucal, educação para o trânsito, uso de medicamentos e outros)

Âmbito Estadual

- Promover ações intersetoriais (campanhas preventivas, rigor na fiscalização das Leis de Trânsito e instituição de um Dia da Prevenção ao Acidente de Trânsito) de forma a reduzir o número de acidentes e de mortes no trânsito.
- Implementar Centros de Socialização/Ressocialização dos Jovens, com atividades de formação, lazer, esporte e cultura, visando a prevenção do uso de drogas e violência, com apoio Municipal, estadual e da União.

Âmbito Nacional

- Garantir o financiamento para manutenção e ampliação da política de saúde mental
- Implementação do PEC de forma que englobe todos os atendimentos realizados em qualquer localidade intermunicipal.
- Reajuste do Crédito para implantação das modalidades CAPS, incluindo a demanda em Saúde Mental, local, e não somente o quantitativo populacional e as ações p/adolescente e Crianças, unido as secretárias de esportes, cultura e educação, usando a promoção e prevenção da saúde mental.

EIXO III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;

Âmbito Municipal

- Oferecer capacitação em atendimento de urgência/emergência para profissionais de saúde, bombeiros atuantes em socorro à vítimas e que prestam serviço em ambulâncias.
- Incentivar a implantação de farmácias vivas, utilização de plantas medicinais, orientação de fitoterapeutas e oferta de cursos para a comunidade interessada.

Âmbito Estadual

- Instalação de um Centro de Parto Normal para 11^o Região de Saúde.
- Qualificação da regulação estadual garantido as referências para tratamento especializado através da instalação de uma central de leitos.
- Garantir a equipe multiprofissional completa no CER na 11^a GRS.

- Implantar uma rede de saúde bucal aos Pacientes com necessidades especiais - PNE que garanta o tratamento e reabilitação no âmbito de média e alta complexidade.
- Ampliar o número de cirurgias eletivas hospitalares e garantir o agendamento em prazo mínimo de 30 a 60 dias.

Âmbito Nacional

- Implantação de medicamentos psicotrópicos no Programa Farmácia Popular do Brasil.
- Criação e implantação de Programa para dispensação de leites especiais e dietas enterais, como também a disponibilidade de recursos para garantir a assistência.
- Garantir o financiamento público para manutenção além da ampliação da política pública de saúde mental no SUS.

IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

Âmbito Municipal

- Garantir o programa de saúde do trabalhador visando a redução da carga horária de trabalho.
- Revisão do piso salarial, construção e implantação para os servidores um Plano de carga e carreiras conforme diretrizes nacionais.
- Implantar um núcleo de educação permanente em saúde no município.

Âmbito Estadual

- Instalação de um centro de hemodiálise na 11ª região de saúde.
- Ampliação dos exames ofertados pelo LACEN na 3ª Macro e acesso à todos os municípios da 3ª Macro.

Âmbito Nacional

- Garantir recursos de custeio para aquisição de equipamentos e materiais para a prestação de serviço de qualidade na Atenção Básica.
- Garantir o aumento de repasse para aquisição de medicamentos, ampliando os itens da farmácia básica.
- Criação e implantação de um sistema informatizado de prontuário único do cidadão, que englobe a rede básica, especializada e hospitalar, facilitando o histórico dos pacientes em qualquer serviço de saúde.

18 - NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DO SUS PREVINE BRASIL

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capitação referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Primária (EAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde, entre outros tantos programas. Essa proposta se inicia com sete indicadores que chegarão a vinte um, a previsão era que esse aumento de indicadores seria gradual a cada ano, mas devido a pandemia do novo coronavírus, o Ministério lançou mão de algumas portarias para não prejudicar os Municípios. Segue abaixo os indicadores com possível validade para 2022.

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal (PN) realizadas, sendo a primeira realizada até a 20ª semana de gestação;
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
4. Cobertura de exame citopatológico;
5. Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
6. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
7. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

19 - PROGRAMAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PQA-VS

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde foi instituído em 2013, com o fim de induzir a melhoria do desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde, com a implantação da gestão baseada em resultados, por meio das seguintes estratégias: dar visibilidade às ações de Vigilância em Saúde (VS), com base em indicadores básicos e fundamentais para a mensuração de resultados de um conjunto de ações; estabelecer metas a serem alcançadas; estimular o planejamento e a programação de ações; premiar municípios e estados com o repasse de recursos financeiros em função do número de metas alcançadas e de acordo com seu porte populacional. A expectativa, por ocasião de lançamento do Programa, era de que, a partir de indicadores básicos, fossem ampliadas as condições para fortalecimento do Sistema de Vigilância em Saúde, no país, em estados e municípios, de forma a que estivessem preparados, na rotina do trabalho e em emergências, para o enfrentamento de situações de risco para a população.

A equipe saúde da família e os agentes de combate a endemias estão interligados nas ações de vigilância em saúde, há uma cumplicidade entre os profissionais para o andamento das ações propostas na PQA-VS. No decorrer do período de Pactuação os profissionais avaliam as metas alcançadas anteriormente identificando as ações que não alcançaram o objetivo proposto, quais foram às falhas e traçando novas estratégias. O acompanhamento das ações da programação de vigilância em saúde – PQA-VS é realizado mensalmente.

20 – DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA 2022 – 2025

A Secretaria Municipal de Saúde de Água Branca, a partir das informações e dados coletados define como principal prioridade, o fortalecimento da atenção primária de saúde, assim seremos capazes de promover a saúde da população, principalmente das pessoas em situação de vulnerabilidade, combater as doenças crônicas e outros desafios de saúde pública, recuperação, melhoria e fortalecimento dos serviços de saúde e os programas prioritários impactados pela pandemia de COVID-19.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

21 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

Elaborado com o propósito de atender todas as necessidades no setor de Saúde, mas também com flexibilidade e dinamismo para adequação onde e quando necessário. O Plano Municipal de Saúde será avaliado quadrimestralmente, utilizando a plataforma DIGISUS, e o Relatório Anual de Gestão é a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município.

Além de comprovar a aplicação de recursos do SUS, os Relatórios de Gestão também apresentam os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Eles orientam ainda a elaboração da nova programação anual e eventuais redirecionamentos que se façam necessários no Plano de Saúde, a revisão será feita anualmente com a elaboração do relatório de gestão objetivando o cumprimento e adequação de todas as metas propostas no plano. Para avaliação e monitoramento dos resultados das metas utilizamos as Fichas de Qualificação PQA-VS e Programa Previne Brasil.

22 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – PMS 2022-2025

Foi realizado um diagnóstico situacional para identificar os principais problemas

de saúde da população e fatores condicionantes e determinantes dentro do território municipal assim, após toda a análise situacional, buscou definir metas a serem realizadas, que venham melhorar a qualidade da saúde dos munícipes.

Destaca-se, como grande desafio da saúde pública, ações para a Linha de cuidado de Saúde Mental e Pessoas com deficiências, estas que vem aumentando gradativamente.

Junto as Consultas e exames especializados, percebe-se que algumas especialidades contam com uma grande demanda, assim de maneira regional necessita fortalecimento e ampliação da oferta, através da reformulação da PPI.

Quanto a área hospitalar, salientamos grandes dificuldades, em transferir os pacientes do Hospital Municipal para Referências Estaduais, já junto ao SAMU a dificuldade é do atendimento da Central de Regulação.

Em todos os níveis, percebe-se a necessidade de realização de Concurso Público para suprir toda a demanda dos setores, também capacitações/cursos mais frequentes, contribuindo com a educação permanente de todos.

DIRETRIZ 1: Atenção Primária- Melhorar qualitativamente e quantitativamente a Atenção Primária à Saúde aprimorando a acessibilidade aos serviços de saúde como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecendo as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças de forma integrada e resolutive;

OBJETIVO 1.1 - Ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização da atenção básica à saúde.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Garantir em 100% a atualização dos cadastros de usuários do SUS.	100%	Cobertura de cadastros de usuários do SUS.	100	100	100	100

Ampliar de 0,63 para 0,75% a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	0,63	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	0,66	0,69	0,72	0,75
Diminuir para 22% a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	30%	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	28%	26%	24%	22%
Reduzir para 55% a quantidade de cesarianas realizadas sem indicação tanto na rede pública quanto na rede privada.	66%	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	63,25%	60,5%	57,75%	55%
Garantir 60% do acesso das gestantes a no mínimo 6 consultas de pré-natal no decorrer da gestação, sendo a primeira antes da 20ª semana de gestação.	60%	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal sendo a primeira realizada até a 20ª semana de gestação.	60%	60%	60%	60%
Garantir a 100% das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde os exames laboratoriais de pré-natal	100%	Exames laboratoriais realizados nas gestantes cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde.	100%	100%	100%	100%
Alcançar 60% das gestantes com realização de dois exames para sífilis e HIV.	60%	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	60%	60%	60%	60%
Aumentar para 15% a porcentagem de testes para detecção de possíveis casos de sífilis/HIV.	15%	Número de testes contra sífilis congênita/HIV realizado.	5%	8%	11%	15%

Manter ações contínuas de prevenção e combate às Hepatites Virais e IST/AIDS, principalmente junto aos jovens, população em situação de rua, profissionais do sexo, travestis e transexuais, utilizando novas estratégias de comunicação.	05	Unidades de Saúde com ações de prevenção e combate às Hepatites Virais e IST/AIDS.	05	05	05	05
Acompanhar, na Atenção Primária, 90% dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde nas condicionalidades de saúde.	90%	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	90%	90%	90%	90%

Objetivo 1.2 - Reorganizar a atenção à saúde do portador de Doenças Crônicas não transmissíveis, cardiovasculares, metabólicas, pulmonares, cânceres entre outras no cuidado integrado em rede desenvolvendo ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Garantir que as pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS, tenham sua pressão arterial aferida em cada semestre.	50%	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	50%	50%	50%	50%
Alcançar ou ultrapassar o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada exigido pelo	50%	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	50%	50%	50%	50%

Ministério da Saúde						
Implantar nas Unidades Básicas de Saúde para os profissionais da rede de atenção básica o telessaúde para que os mesmos utilizem esta ferramenta para solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica evitando o encaminhamento de pacientes para rede especializada.	05	Quantidade de Unidades Básicas de Saúde com atenção via telessaúde implantadas/ano.	01	01	02	01
Incentivar e capacitar as unidades de saúde para a utilização dos serviços do Telessaúde	16	Número de serviços apoiados na utilização do Telessaúde	16	16	16	16
Reestruturar a rede de atenção à pessoa idosa.	100%	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com a rede de atenção à pessoa idosa reestruturada	70%	80%	90%	100%
Fortalecer a rede de atenção à saúde do homem visando o fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem com prioridade para faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde	05	Quantidade de Unidades com Atenção à Saúde do Homem.	05	05	05	05
Objetivo 1.3 - Reorganizar a atenção à Saúde Bucal, visando cuidado integrado em rede, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.						
METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Alcançar 60% de gestantes com atendimentos odontológicos.	60%	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	60%	60%	60%	60%

Manter as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca na Atenção Primária à Saúde – APS.	100%	Percentual de Unidades de Saúde que realizam ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.	100%	100%	100%	100%
Garantir a referência para procedimentos de biópsia encaminhadas pelas equipes de saúde bucal.	100%	Número de biópsias realizadas.	100%	100%	100%	100%
Diminuir a proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos.	10%	Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos.	20	15	12	10
Garantir a Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática em 15% nas áreas de cobertura das ESB	15%	Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	15%	15%	15%	15%
Habilitar Centro Especializado Odontológico/CEO para atender pessoas com deficiência	01	Centro Especializado Odontológico/CEO habilitado.	01	-	-	-
Manter as ações estratégicas do Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRDP	288	Número de Próteses dentárias confeccionadas e entregues (SIA/SUS)	304	600	600	600

DIRETRIZ 2: Média e Alta Complexidade - Garantir, ampliar e aprimorar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e especializados em média e alta complexidade

Objetivo N° 2.1- Ampliar e aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Garantir a equipe mínima do CAPS I	100%	Número de equipe completa (1)	100%	100%	100%	100%

100% das ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	100%	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	100%	100%	100%	100%
Garantir a 100% dos pacientes elegíveis, o atendimento do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	100%	Percentual de atendimentos de pacientes elegíveis assistidos no domicílio	100%	100%	100%	100%
Fortalecer e aumentar a qualificação do Laboratório de Análises Clínicas Municipal	100%	Número de exames realizados	100%	100%	100%	100%
Ampliar para 0,40% a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	0,30	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,32	0,34	0,36	0,40

DIRETRIZ 3: Assistência Farmacêutica - Manutenção da Assistência Farmacêutica e suprimentos de outros estratégicos

Objetivo Nº 3.1-Garantir a dispensação dos medicamentos com segurança, eficácia e qualidade dos produtos, bem como a promoção do uso racional e o acesso da população aos produtos e serviços.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Manter atualizado o estoque de medicamentos e insumos da Farmácia Básica Municipal, bem como os fluxos de atendimento e distribuição para os usuários e Unidades de Saúde com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência e otimização dos recursos.	01	Farmácia com estoque de medicamentos e insumos e fluxo de distribuição atualizados.	01	01	01	01

Realizar campanhas de combate ao desperdício de medicamentos e insumos para sensibilizar os profissionais de saúde e usuários	04	Número de campanhas realizadas.	01	01	01	01
Disponibilizar medicamentos em caráter especial	300	Número de medicamentos em caráter especial disponibilizados	300	300	300	300
Criar e aprovar a Relação Municipal de Medicamentos – REMUME, visando uma atenção farmacêutica voltada para a realidade local e melhor atendimento das necessidades dos usuários.	01	REMUNE criada, implantada e mantida.	01	01	01	01
Alimentar mensalmente o Sistema HORUS.	100%	Percentual de municípios habilitados no Programa Qualifar-SUS.	100%	100%	100%	100%
Cadastrar e garantir apoio a pacientes que necessitem de medicamentos disponíveis no CEDMEX-PB.	100%	Percentual de pacientes necessitando de medicamentos do CEDMEX-PB.	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 4: Vigilância em Saúde - Efetivar as ações de Vigilância em Saúde, integrando as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador de forma mais organizada e planejada, subsidiando a assistência.

Objetivo Nº 4.1- Organizar as ações de controle do *Aedes aegypti* para reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Realizar anualmente 02 ações intersetoriais em parceria com a Secretaria Municipal de Obras, Equipes de Atenção Básica e outros setores e\ou órgãos com vistas a manter o controle do vetor <i>Aedes aegypti</i> para manter a infestação menor que <1%.	02	Numero de ações anuais intersetoriais realizadas em parceria com a Secretaria Municipal de Obras, Equipes de Atenção Básica e outros setores e\ou órgãos com vistas a manter o controle do vetor <i>Aedes aegypti</i> para manter a infestação menor que <1%.	02	02	02	02

Realizar quatro LIRAA (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por Aedes aegypti) ao ano ou de acordo com o estabelecido pelo Calendário Epidemiológico.	03	Número de LIRAA (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por Aedes aegypti) realizados ao ano.	04	04	04	04
Ciclos anuais que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	06	Número de ciclos anuais que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	06	06	06	06

Objetivo Nº 4.2 - Estabelecer ações buscando qualidade dos serviços de Vigilância em Saúde.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Realizar no mínimo os seis grupos de ações de vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	06	Quantidade de grupos de ações de vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	06	06	06	06
Encaminhar ao Laboratório Central do Estado (LACEN) as amostras biológicas dos animais que apresentem sintomatologia suspeita para a raiva animal no Município.	100%	Percentual de amostras encaminhadas ao Laboratório Central do Estado (LACEN) dos animais que apresentem sintomatologia suspeita para a raiva animal no Município.	100%	100%	100%	100%
Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano conforme a Diretriz Nacional do Programa de Vigilância da Água de Consumo Humano - VIGIAGUA.	50%	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	50%	50%	50%	50%
Garantir o tratamento e acompanhamento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.	90%	Percentual de Pessoas com diagnóstico de Sífilis com tratamento garantido.	90%	90%	90%	90%
Manter ações contínuas de prevenção e combate às Hepatites Virais e IST/AIDS, principalmente junto aos jovens, população em situação de rua, profissionais do sexo, travestis e transexuais, utilizando novas estratégias de comunicação.	05	Unidades de Saúde com ações de prevenção e combate às Hepatites Virais e IST/AIDS.	05	05	05	05

Realizar coleta de amostras para detecção de possíveis casos de leishmaniose visceral animal.	100%	Número de amostras para detecção de possíveis casos de leishmaniose visceral animal.	70%	80%	90%	100%
Capturar 100% dos animais que oferecem riscos à população ou a si mesmos, e em situação de abandono e maus tratos.	100%	Animais capturados e guardados no canil municipal	100%	100%	100%	100%
Realizar campanha de vacinação contra a raiva animal.	01	Número de campanha de vacinação contra a raiva animal.	01	01	01	01
Realizar campanha contra a doença de chagas.	01	Numero de campanha contra a doença de chagas.	01	01	01	01
Objetivo Nº 4.3 - Ação contínua da Vigilância à Saúde.						
METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Realizar vigilância, investigação e análise dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).	100%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100%	100%	100%	100%
Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT.	15	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) não transmissíveis.	14	14	13	13
Reduzir o índices de mortalidade infantil.	03	Taxa de mortalidade infantil	02	02	02	02
82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.	82%	Proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	82%	82%	82%	82%
Manter a vigilância e controle dos casos de hanseníase em acompanhamento, mantendo índices de cura satisfatórios.	90%	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	90%	90%	90%	90%
70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	85%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, diagnosticados nos anos das coortes.	85%	85%	85%	85%
Manter coberturas vacinas selecionadas do Calendário		Proporção de vacinas selecionadas do				

Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	95%	Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	95%	95%	95%	95%
Manter cobertura vacinal antirrábica para prevenção e interrupção da circulação do vírus da raiva na população canina.	80%	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	80%	80%	80%	80%
Realizar campanhas de multivacinação, influenza ou quaisquer outras que se fizerem necessárias.	02	Número de campanhas de vacinação.	02	02	02	02
80% de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	80%	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	80%	80%	80%	80%
Manter o preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95%	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95%	95%	95%	95%
Manter os casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80%	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80%	80%	80%	80%
Manter os registros de óbitos com causa básica definida.	95%	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	95%	95%	95%	95%

Investigar 90% dos óbitos infantis e fetais.	90%	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	90%	90%	90%	90%
Investigar 100% dos óbitos maternos.	100%	Proporção de óbitos maternos investigados.	100%	100%	100%	100%
95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	95%	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	95%	95%	95%	95%
90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência	90%	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	90%	90%	90%
90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	90%	90%	90%
Investigar os agravos notificados referentes à saúde do trabalhador.	100%	Percentual de agravos notificados e investigados.	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 5: Regulação do Sistema Municipal de Saúde.

Objetivo N° 5.1- Atender as necessidades de saúde dos usuários, de forma eficiente, efetiva e oportuna, otimizando a capacidade operacional dos serviços, com lógica de priorização e enfrentamento de iniquidades.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Realizar em 100% o atendimento das solicitações de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, conforme critérios regulamentados	100%	Percentual de solicitações de Tratamento Fora do Domicílio atendidas	100%	100%	100%	100%
Realizar manutenção preventiva em 100% da frota municipal	100%	Manutenção da frota municipal realizada.	100%	100%	100%	100%

Informatizar no SISREG 100% do processo de agendamento de consultas especializadas.	100%	Percentual de agendamentos de consultas especializadas informatizado.	70%	80%	90%	100%
Manter no mínimo 80% das Especialidades com o tempo Médio de espera inferior a 90 dias	80%	Monitoramento do agendamento das especialidades.	80%	80%	80%	80%
Apresentar relatórios trimestralmente de controle e monitoramento das consultas realizadas	03	Relatórios Trimestrais apresentados.	03	03	03	03
Garantir tratamento cirúrgico eletivo referente à demanda reprimida, a serem realizadas nos estabelecimentos da Rede Referenciada.	70%	Percentual de tratamento cirúrgico eletivo realizados.	70%	70%	70%	70%

DIRETRIZ 6: Contribuir com as mudanças quantitativas e qualitativas na formação dos trabalhadores de saúde, bem como na valorização do trabalho e do trabalhador, buscando estratégias para reorientar o sistema e os serviços, segundo a lógica da promoção da saúde e contribuir com a melhoria da gestão e do cuidado visando a garantia de um profissional qualificado, valorizado e satisfeito.

Objetivo N° 6.1- Gestão de Pessoas e Educação Permanente em Saúde em consonância com a missão, visão e valores da Secretaria Municipal de Saúde, e assim garantir qualidade e excelência na assistência em saúde aos cidadãos.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Garantir a participação de trabalhadores da saúde em cursos, oficinas, reuniões.	100%	Porcentagem de participação de trabalhadores da saúde em cursos, oficinas, reuniões.	100%	100%	100%	100%
Formar agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.	33	Número de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às endemias formados	33	-	-	-
Qualificar, por meio de cursos técnicos, trabalhadores de nível médio e de nível superior da saúde.	80%	Porcentagem de trabalhadores qualificados.	80%	80%	80%	80%

DIRETRIZ 7: Fortalecer os mecanismos de Controle Social como ferramentas e tecnologias de apoio a gestão que contribuem para a tomada de decisão e fomentar a participação da população visando à discussão, construção, efetivação e fiscalização das políticas públicas de saúde no município;

Objetivo Nº 7.1- Fortalecer os mecanismos de controle social, ampliar e qualificar a participação da sociedade na construção da política de saúde, no município.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Manter a estrutura de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	01	Estrutura do CMS mantida em funcionamento.	01	01	01	01
Garantir e apoiar de acordo com a disponibilidade financeira a participação dos Conselheiros Municipais de Saúde em atividades que estejam relacionadas ao Controle Social promovidas por Conselhos de Saúde (Local, Distrital, Municipal, Estadual e Nacional) e outras entidades que contribuam para formação e exercício das Funções de conselheiro.	01	Apoio realizado	01	01	01	01
Garantir caixas de sugestões, críticas e elogios em todos os Departamentos da SEMUSA.	100%	Percentual de setores da SEMUSA com caixas de sugestões, elogios e críticas mantidas.	100%	100%	100%	100%
Apoiar a realização da Conferência Municipal de Saúde.	01	Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas.	01	-	-	-
Monitorar 100% das ações contidas no Plano Municipal de Saúde 2022-202.	100%	Monitoramento das ações contidas no Plano Municipal de Saúde.	100%	100%	100%	100%
Monitorar 100% das demandas e/ou notificações judiciais.	100%	Demandas e/ou notificações judiciais monitoradas	100%	100%	100%	100%
Acolher e analisar as manifestações demandadas das caixas de sugestões.	95%	Manifestações analisadas.	95%	95%	95%	95%

Objetivo Nº 7.2- Fortalecer o planejamento e aprimorar os mecanismos de governança.

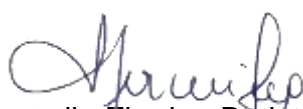
METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025
Participar da elaboração do PPA e LOA por meio da realização de oficinas, reuniões, plenárias.	01	PPA e LOA elaboradas.	01	01	01	01
Apresentar prestação de conta quadrimestral através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA.	03	Número de RDQA apresentado	03	03	03	03
Operacionalizar o PMS 2022 - 2025 através da elaboração de uma programação anual de saúde - PAS a cada ano	01	Número de PAS elaborada	01	01	01	01
Apresentar os resultados da execução da PAS através de quatro Relatórios Anuais de Gestão – RAG.	01	Número de RAG elaborado	01	01	01	01
Apresentar e programar a pactuação interfederativa de indicadores.	01	Número de pactuação Interfederativa de indicadores.	01	01	01	01
Realizar alimentação do sistema DIGISUS.	100%	Percentual do sistema DIGISUS alimentado.	100%	100%	100%	100%
Aprimorar o PMS 2022 - 2025 por meio de revisão anuais.	01	Número de revisão do PMS 2022 -2025 realizada.	01	01	01	01
Executar as ações orçamentárias planejadas.	80%	Percentual de execução das ações orçamentárias planejadas.	80%	80%	80%	80%
Aplicar no mínimo 15% da receita própria em saúde, conforme Lei Complementar nº 141/2012.	17,47%	Percentual da receita própria em saúde.	15%	15%	15%	15%

DIRETRIZ 8: Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública decorrente a pandemia do COVID-19.

Objetivo N° 8.1- Financiar ações e serviços públicos nos níveis primários, média e alta complexidade, bem como de vigilância em saúde e saúde mental para o enfrentamento e combate da pandemia do COVID-19 e seus desdobramentos.

METAS	LINHA DE BASE	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META 2022	META 2023	META 2024	META 2025

Realizar 100% das ações do Plano Estadual de Contingência para enfrentamento das emergências em saúde pública	100%	Percentual de execução do plano de contingência	100%	100%	-	-
Manter equipe específica para serviço básico de atendimento e intervenção precoce ao COVID19, estendendo turnos de atendimento de acordo com a prevalência do vírus no município.	01	Número de atendimentos/mês	01	01	01	01
Ampliar a cobertura vacinal para o COVID-19.	44,59%	Cobertura Vacinal para o COVID-19	95%	100%	100%	100%
Aperfeiçoar a triagem clínica dos sintomas gripais	100%	Número de identificação. Testagem e rastreamento	100%	100%	100%	100%
Garantir a segurança sanitária dos profissionais e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde e demais funcionários das outras secretarias municipais se necessário.	100%	Valor executado	100%	100%	100%	100%
Garantir atendimento para as complicações e/ou seqüelas decorrentes do pós COVID19.	100%	Número de atendimentos	100%	100%	100%	100%
Habilitar as equipes das vigilâncias para melhor desempenho e resultados no enfrentamento da pandemia decorrente do COVID-19	100%	Número de capacitações	100%	100%	100%	100%
Manter ações contínuas de prevenção, combate, fiscalização, vigilância e controle da COVID-19, junto às Unidades de Saúde e população.	100%	Ações contínuas de prevenção, combate, fiscalização, vigilância e controle da COVID-19, junto às Unidades de Saúde e população, mantidas.	100%	100%	100%	100%



Ivandla Firmino Batista
Secretária Municipal de Saúde

ANEXOS

ANEXO 1

Fichas de Qualificação - PQA-VS

Indicador 1 - Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	
Meta	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Relevância do Indicador	As informações de mortalidade do SIM são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil), nas esferas federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.
Método de Cálculo	<u>Numerador</u> : Total de óbitos notificados até 60 dias após o final do mês de ocorrência, por local de residência. <u>Denominador</u> : Total de óbitos esperados (estimados). <u>Fator de multiplicação</u> : 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<p>- A alimentação no SIM dos registros de óbito deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano.</p> <p>- Dentre todos os óbitos, a alimentação no SIM dos óbitos fetais, infantis e maternos deve ser priorizada, conforme preconizado na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo VI, Seção I, Artigo nº 402 e Artigo nº 413.</p> <p>Quanto ao número de óbitos esperados, serão utilizados os mesmos parâmetros da Portaria nº 47/SVS/MS, de 03 de maio de 2016, adaptados para o contexto do PQA-VS. Assim, o método será aplicado a todos os municípios, inclusive para os menores de 30.000 habitantes.</p> <p>- Os municípios novos, bem como aqueles dos quais esses se desmembraram, deverão receber um tratamento provisório no monitoramento deste indicador, durante 4 (quatro) anos, a contar da data de instalação de fato (separação administrativa), para viabilizar a construção de série histórica, que permita estimar os volumes esperados de óbitos de seus residentes.</p> <p>A Secretaria de Vigilância em Saúde irá disponibilizar o número de óbitos esperados por município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/regularidade/</p>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 2 - Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	
Meta	90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Relevância do Indicador	- As informações dos nascimentos do Sinasc são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (como número de consultas de pré-natal, percentual de cesáreas desnecessárias), nas esferas federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.
Método de Cálculo	<u>Numerador</u> : Total de nascidos vivos notificados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência por local de residência. <u>Denominador</u> : Total de nascidos vivos esperados (estimados). <u>Fator de multiplicação</u> : 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<ul style="list-style-type: none"> - A alimentação no Sinasc dos registros de nascimento deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - Quanto ao número de nascidos vivos esperados, serão utilizados os mesmos parâmetros da Portaria nº 47/SVS/MS, de 03 de maio de 2016, adaptados para o contexto do PQA-VS. Assim, o método será aplicado a todos os municípios, inclusive para os menores de 30.000 habitantes. - O Ministério da Saúde emitirá anualmente Nota Técnica, apontando: a) em que estrato se enquadra cada município para as finalidades que preconizam os incisos I e II acima; e b) toda a memória de cálculo do número de nascimentos esperados por ano e por mês, por município. - Os municípios novos, bem como aqueles dos quais esses se desmembraram, deverão receber um tratamento provisório no monitoramento deste indicador, durante 4 (quatro) anos, a contar da data de instalação de fato (separação administrativa), para viabilizar a construção de série histórica, que permita estimar os volumes esperados de óbitos de seus residentes. - A Secretaria de Vigilância em Saúde irá disponibilizar o número de nascidos vivos esperados por município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/regularidade/
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 3 - Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.	
Meta	80% de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.
Relevância do Indicador	Permite monitorar a quantidade de salas de vacina do município que alimentam o sistema de informação de dados individualizados por residência regularmente (mensalmente), como fonte de informação dos dados de vacinação, para análise mais precisa dos dados de cobertura vacinal e controle da movimentação dos imunobiológicos.
Método de Cálculo	<p><u>Numerador</u>: Número de salas de vacina do município com alimentação mensal, no sistema de informação de dados individualizados por residência, das doses de vacinas aplicadas e da movimentação dos imunobiológicos (Registro do Vacinado / Movimentação de Imunobiológico).</p> <p><u>Denominador</u>: Número de salas de vacina ativas no município, constantes do cadastro do sistema de informação do PNI, no período avaliado.</p> <p><u>Fator de multiplicação</u>: 100.</p> <p>As informações para cálculo estarão disponíveis no sítio do Programa Nacional de Imunizações http://sipni.datasus.gov.br no relatório "gestão de informação".</p> <p>As salas de vacinação dos serviços privados não serão consideradas para fins de cálculo do indicador.</p>
Fonte	Sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações (Relatórios/Gestão da Informação, com dados individualizados por residência, e movimentação de imunobiológicos).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se que a alimentação do sistema de informação seja feita na sala de vacina. Caso não seja possível, poderá ser realizada em outro setor da própria Unidade de Saúde, onde estiver localizada a sala de vacina, ou na sede da Secretaria Municipal de Saúde, caso não haja condições na Unidade de Saúde. • Os dados para a avaliação desse indicador levarão em conta o quantitativo de salas de vacinas existentes no Cadastro do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). • A partir da integração dos registros de vacinação entre e-SUS AB e SIPNI, algumas Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde que não possuem sala de vacina, mas realizam vacinação, com imunobiológicos de outras unidades, passaram a enviar dados de vacinação pelo e-SUS AB. As Unidades de Saúde sem salas de vacina não estão habilitadas no CNES para esse serviço,

	<p>mas ao importar os dados do e-SUS AB, o SIPNI efetivao registro de vacinação, gerando automaticamente um novo cadastro de sala de vacina ativa, alterando o totalde sala de vacinas do município, pactuadas no PQAVS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dessa forma, o “Relatório mensal de regularidade de envio de dados e proporção por sala de vacina com informação - registro do vacinado ou movimentação de imunobiológicos”, disponibilizado no SIPNI para monitoramento desse indicador, sofre alterações no número de salas de vacinas ativas. • Por isso a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização - CGPNI reformulará o relatório corrigindoessa inconsistência.
<p>Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde</p>	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilânciaem Saúde - DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 4: Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, Pneumocócica 10 valente - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) – com coberturas vacinais preconizadas.	
Meta	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 1 ano de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) - e para crianças de 1 ano de idade - Tríplice viral (1ª dose).
Relevância do Indicador	Estimular a vigilância das coberturas vacinais, com objetivo de manter altas coberturas e realização de ações que proporcione o alcance dessas metas, com intuito de manter a população protegida de doenças imunopreveníveis pelas seguintes vacinas: <ul style="list-style-type: none"> • Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche (DTP) e infecções por <i>Haemophilus influenzae tipo B</i> e hepatite B, e é utilizada como indicador para comparação em âmbito internacional devido ao componente DTP; • Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de morbidade e mortalidade; • Poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e, • Tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.
Método de Cálculo	<u>Numerador</u> : Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada. <u>Denominador</u> : 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. <u>Fator de multiplicação</u> : 100.
Fontes	Sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações (Sipni) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada obedecerá ao Calendário Nacional de Vacinação, publicado pelo Ministério da Saúde nos termos da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, atualizado por notas informativas específicas. Ocorrendo problemas na aquisição ou distribuição de alguma das vacinas constantes desse indicador, no momento da apuração o indicador, ela não será computada no numerador e denominador, na fórmula de cálculo.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 5 - Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).	
Meta	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.
Relevância do Indicador	Permite avaliar a implementação do monitoramento do teor de residual desinfetante na água utilizada para consumo humano, o que possibilita avaliar o atendimento do teor mínimo exigido para evitar a recontaminação da água tratada.
Método de Cálculo	<u>Numerador</u> : Número de amostras de água analisadas para o residual de agente desinfetante - RAD (parâmetros: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). <u>Denominador</u> : Total de amostras obrigatórias para o RAD. <u>Fator de multiplicação</u> : 100.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<ul style="list-style-type: none"> - A verificação do quantitativo de amostras analisadas para RAD permite avaliar se o monitoramento dos parâmetros está sendo realizado conforme preconizado na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Vigiagua. - A aplicação de agente desinfetante para inativação de organismos patogênicos é uma exigência da norma de potabilidade brasileira, que prevê, ainda, a necessidade de manutenção de teor mínimo de residual de desinfetante em toda a extensão da rede de distribuição para prevenir uma possível recontaminação. - Os produtos químicos derivados de cloro são os mais empregados, em virtude do poder de manutenção de um residual desinfetante na água do sistema de distribuição. Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XX, em seu Artigo 34, determina a manutenção de teor mínimo de cloro residual livre, cloro residual combinado ou de dióxido de cloro em toda a extensão do sistema de distribuição (reservatórios e rede). - Em função da fácil degradação das formas de cloro na água, a análise do residual do agente desinfetante deve ser realizada em campo, logo após a coleta, de forma a garantir um resultado mais fidedigno. - Quando verificado o não atendimento aos valores de referências preconizados na Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XX, na sua integralidade, medidas corretivas devem ser adotadas pelo responsável pelo abastecimento de água, para garantir o cumprimento dos valores de referências estabelecidos na portaria. - O número de análises obrigatórias para os parâmetros que medem residuais de agentes desinfetantes está previsto na Diretriz Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, disponível no site da SVS, no seguinte endereço: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/06/diretriz-nacional-plano-amostragem-agua.pdf - O indicador refere-se ao quantitativo de análises de residual de agente desinfetante (RAD) para inferir sobre a qualidade da água consumida pela população. Todavia, para o planejamento adequado da amostragem, faz-se necessário que todas as formas de

	<p>abastecimento existentes sejam identificadas e cadastradas no Sisagua, possibilitando avaliar as informações sobre o abastecimento de água de toda a população do município para o ano de referência. O percentual de cobertura de abastecimento é obtido a partir dos dados gerados pelo relatório de cobertura de abastecimento do Sisagua e calculado pela fórmula:</p> $\% \text{ Pop. cadastrada} = \frac{\text{Pop. abast. SAA} + \text{Pop. abast. apenas SAC} + \text{Pop. abast. apenas SAI}}{\text{População município (IBGE)}} \times 100$ <p>- A caracterização da forma de abastecimento de água para consumo humano, também auxilia: (i) a identificação de vulnerabilidades; (ii) a tomada de decisão dos gestores do SUS; e (iii) na elaboração de políticas públicas relacionadas ao tema.</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde</p>	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 6 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	
Meta	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 dias, a partir da data de notificação.
Relevância do Indicador	<p>- Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todos as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata nacional, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas.</p> <p>- Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.</p>
Método de Cálculo	<p><u>Numerador</u>: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.</p> <p><u>Denominador</u>: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.</p> <p><u>Fator de multiplicação</u>: 100.</p>
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<p>- Para este indicador, foram definidas, em virtude de sua magnitude e relevância, os seguintes eventos e doenças de notificação imediata nacional, listados na Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo V, Capítulo I (págs. 341 e 342): Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Febre amarela, Febre do Nilo ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras riquetisioses, Febre purpúrica brasileira, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Poliomielite por poliovírus selvagem, Peste, Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome de paralisia flácida aguda, Tularemia, Varíola e outras emergências de saúde pública.</p> <p>- É importante ressaltar que a Síndrome de Rubéola Congênita e a Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus estão listadas na referida portaria, mas não terão seus dados processados na tabulação desse indicador, pelos motivos a seguir citados. No primeiro caso, o tempo de encerramento é de 180 dias, porque, para a confirmação ou descarte do caso suspeito pelo critério laboratorial, é necessário coletar a primeira amostra de espécimes clínicos para identificação viral no nascimento da criança e, depois, a segunda amostra, aos 6 meses de vida, com o objetivo de avaliar a excreção viral dessa criança. No segundo caso, essa síndrome é notificada ao CIEVS Nacional, através do Notifica, que utiliza e-mail ou formulário eletrônico Formsus e não por meio do Sinan. As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no Sinan no prazo de 7 dias. No caso de epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya, a prioridade é investigar os óbitos, que são de notificação imediata.</p> <p>- Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a</p>

	<p>base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>- O monitoramento deste indicador é realizado utilizando-se o aplicativo Sinan Relatórios versão 5.0, disponível no endereço eletrônico:</p> <p style="text-align: center;">http://portalsinan.saude.gov.br/sistemas-auxiliares/sinan-relatorios</p> <p><u>Município que não possui registro no Sinan de, pelo menos, um das doenças de notificação imediata citadas, no ano de análise, não pontua para o PQA-VS.</u></p>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 7 – Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.	
Meta	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).
Relevância do Indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Permite avaliar a oportunidade da entrega de tratamento antimalárico, o que contribui para a redução da transmissão, morbidade e mortalidade pela doença. - Orienta o planejamento das ações para garantir acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento de malária.
Método de Cálculo	<p>Numerador: Número total de casos autóctones de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 48 horas, após o início dos primeiros sintomas, somado ao número total de casos importados de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 96 horas, após o início dos primeiros sintomas, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado.</p> <p>Denominador: Número total de casos de malária sintomáticos por local de notificação, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Para processamento dos dados no Sivep-Malária, utilizar os dados disponíveis na base NOTIPOXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: NOTIPO19.dbf):</p> <p>Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (MUN_NOT), sendo MUN_INFE o mesmo município avaliado, ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DT_TRATA menos DT_SINTO). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias (48 horas).</p> <p>Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (MUN_NOT), sendo MUN_INFE diferente do município avaliado, sendo ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DT_TRATA menos DT_SINTO). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 4 dias (96 horas) em relação ao total de registros selecionados.</p> <p>Somar esses dois valores.</p> <p>Dividir pelo número total de registros, agrupados por município (MUN_NOT), sendo ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1.</p> <p>Para processamento dos dados no Sinan, utilizar os dados disponíveis na base MALANXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: MALAN19.dbf):</p> <p>Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (ID_MUNICIP), sendo COMUNINF o mesmo município avaliado, AT_LAMINA ≠ 3 e AT_SINTOMA = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DTRATA menos DT_SIN_PRI). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias (48 horas).</p>

	<p>Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (ID_MUNICIP), sendo COMUNINF diferente do município avaliado, AT_LAMINA \neq 3 e AT_SINTOMA = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DTRATA menos DT_SIN_PRI). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 4 dias (96 horas) em relação ao total de registros selecionados.</p> <p>Somar esses dois valores.</p> <p>Dividir pelo número total de registros, agrupados por município (ID_MUNICIP), sendo AT_LAMINA \neq 3 e AT_SINTOMA = 1.</p>
Fontes	<p>Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), para Região Amazônica (estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso).</p> <p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para os demais Estados.</p>
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 30 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<u>Município que não possui registro de notificação de casos de malária em seu território no Sivep-Malária ou no Sinan, de acordo com sua localização, não pontua para o PQA-VS.</u>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde</p> <p>Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS.</p> <p>E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 8 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	
Meta	4 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Relevância do Indicador	- Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.
Método de Cálculo	<u>1º passo – Cobertura por ciclo</u> <u>Numerador:</u> nº de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle das Arboviroses <u>Denominador:</u> Nº de imóveis existentes da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. <u>Fator de multiplicação:</u> 100. <u>2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.</u>
Fontes	<u>A consolidação nacional desses dados, será feita por meio de planilha de Excel, preenchida pelas SES, com base nos dados levantados junto aos municípios, e enviada ao Programa Nacional de Controle da Dengue via Formsus, ou por meio de formulário preenchido via Formsus.</u> OBS.: Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISPNCD, ou em planilhas eletrônicas próprias, formatadas para a identificação das visitas domiciliares realizadas, por ciclo. No entanto, a formade envio para o nível central será conforme exposta acima.
Data para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- <u>Imóveis a serem trabalhados</u> - As ações de controle vetorial da dengue devem ser realizadas, prioritariamente, em imóveis situados em áreas urbanas ou povoadas com características urbanas, de municípios que apresentem infestação domiciliar pelo <i>Aedes aegypti</i> , persistente, no mínimo, por 1 ano ou com histórico de transmissão. Opcionalmente, em grandes centros urbanos, as visitas de rotina a edifícios podem ser restritas à área comum e a apartamentos ao nível do solo. - O método de cálculo deverá ser aplicado em cada ciclo para verificação da cobertura dos imóveis visitados. A cobertura mínima em cada ciclo deverá ser de 80% dos imóveis. - Não deve ser considerada a média dos ciclos. - O <u>Reconhecimento Geográfico (RG)</u> deve ser atualizado de modo que o número de imóveis visitados não seja maior que o número de imóveis existentes, evitando coberturas acima de 100%. - Os imóveis visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, posteriormente, pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), a título de complementação, deverão ser registrados apenas como uma única vez. - O município classificado como “Não infestado”, em decorrência da pesquisa entomológica, não é obrigado a realizar visitas domiciliares para controle da dengue, pois desenvolve outras ações de vigilância. Nesse caso, pontua no PQA-VS. Mas, se o município nessa situação apresentar registro autóctone da doença

	<p>no Sinan será considerado “Infestado” e deverá realizar as visitas domiciliares, conforme preconizado, para pontuar no PQA-VS.</p> <p>- Em decorrência do aumento dos casos de microcefalia foi decretado ao final de 2015, estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, o que ocasionou a intensificação das ações de controle de vetor, como consequência houve o aumento um ciclo de visitas, totalizando 7 ciclos preconizados para o ano de 2016. Com o fim da ESPIN, o número preconizado de ciclos segue o padrão comum recomendado de 6 ciclos.</p>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 9 – Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.																				
Meta	82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.																			
Relevância do Indicador	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos, de casos novos de hanseníase, para aumento da detecção precoce de casos novos e da interrupção da cadeia de transmissão.																			
Método de Cálculo	<p>Numerador: Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.</p> <p>Denominador: Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Processar os dados no TABWIN, de acordo com os seguintes passos:</p> <p>1º passo – Tabulação Paucibacilar</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Linha</td> <td>UF Res Atual ou Mun Res AT</td> </tr> <tr> <td>Coluna</td> <td>Não Ativa</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Incremento</td> <td>Frequência</td> </tr> <tr> <td>Contato Registrado</td> </tr> <tr> <td>Contato Examinado</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Desmarcar:</td> <td>Suprimir Linhas Zeradas</td> </tr> <tr> <td>Suprimir Colunas Zeradas</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Seleções Disponíveis</td> <td>Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação (ex. se o ano da avaliação for 2020, selecionar o ano diagnóstico 2019)</td> </tr> <tr> <td>Modo Entrada: Caso Novo</td> </tr> <tr> <td>Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS¹</td> </tr> <tr> <td>Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB)</td> </tr> <tr> <td>Esq Terap Atual: PQT/PB/6 DOSES</td> </tr> <tr> <td>Não Classificados</td> <td>Marcar: Ignorar</td> </tr> </tbody> </table> <p>¹Para avaliação municipal, desmarcar transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarcar transferências para outros municípios fora da regional correspondente, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, excluir transferências para outros estados e outros países. Clicar em “executar”.</p> <p>Alterar o nome da coluna “Contato Registrado” clicando com o lado direito do mouse no título e adicionar PB e ano diagnóstico selecionado (ex. Contato Registrado PB 2019). Repetir a mesma ação para “Contato Examinado” e para a Frequência (ex. CN coorte PB 2019).</p> <p>Salvar tabela como “Coorte contatos PB” para uso no 3º passo.</p> <p>2º passo - Tabulação Multibacilar.</p> <p>Clicar novamente em EXECUTAR TABULAÇÃO no Menu Arquivo e clicar em ABRE DEF. Alterar os seguintes campos da tabulação anterior: ano de diagnóstico para 2 anos antes da avaliação, Classificação Operacional Atual para Multibacilar e Esquema Terapêutico Atual para PQT/MB/12 DOSES, conforme descrito a seguir:</p>	Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT	Coluna	Não Ativa	Incremento	Frequência	Contato Registrado	Contato Examinado	Desmarcar:	Suprimir Linhas Zeradas	Suprimir Colunas Zeradas	Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação (ex. se o ano da avaliação for 2020, selecionar o ano diagnóstico 2019)	Modo Entrada: Caso Novo	Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS ¹	Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB)	Esq Terap Atual: PQT/PB/6 DOSES	Não Classificados	Marcar: Ignorar
Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT																			
Coluna	Não Ativa																			
Incremento	Frequência																			
	Contato Registrado																			
	Contato Examinado																			
Desmarcar:	Suprimir Linhas Zeradas																			
	Suprimir Colunas Zeradas																			
Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação (ex. se o ano da avaliação for 2020, selecionar o ano diagnóstico 2019)																			
	Modo Entrada: Caso Novo																			
	Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS ¹																			
	Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB)																			
	Esq Terap Atual: PQT/PB/6 DOSES																			
Não Classificados	Marcar: Ignorar																			

Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT
Coluna	Não Ativa
Incremento	Frequência
	Contato Registrado
	Contato Examinado
Desmarcar:	Suprimir Linhas Zeradas
	Suprimir Colunas Zeradas
Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtrair 2 ao ano de avaliação (ex. se o ano da avaliação for 2020, selecionar o ano diagnóstico 2018)
	Modo Entrada: Caso Novo
	Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS ¹
	Class Oper Atual: MULTIBACILAR (MB)
	Esq Terap Atual: PQT/MB/12 DOSES
Não Classificados	Marcar: Ignorar

¹Para avaliação municipal, desmarcar transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarcar transferências para outros municípios fora da regional correspondente, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, excluir transferências para outros estados e outros países. Clicar em “executar”.

Alterar o nome da coluna “Contato Registrado” clicando com o lado direito do mouse no título e adicionar MB e ano diagnóstico selecionado (ex. Contato Registrado MB 2018). Repetir a mesma ação para “Contato Examinado” e para a Frequência(ex. CN coorte MB 2018).

Salvar tabela como “Coorte contatos MB” para uso no 3º passo.

3º Passo - Soma dos resultados obtidos nos passos anteriores:

Frequência: Soma dos casos novos diagnosticados no período das coortes (ex. 2018 e 2019).

Numerador: Número de contatos Paucibacilares Examinados + Número de contatos Multibacilares Examinados.

Denominador: Número de contatos Paucibacilares Registrados + Número de contatos Multibacilares registrados.

Com a tabela de Coorte Contatos MB aberta no Tabwin, clicar no Menu Arquivo INCLUIR TABELA, localizar a tabela “coorte contatos PB”, salva anteriormente, e fazer a inclusão.

No Menu OPERAÇÕES, clicar em SOMAR, selecionar coma tecla Ctrl e mouse os Contatos Registrados PB e Contatos Registrados MB, depois as colunas Contatos Examinados PB e Contatos Examinados MB e depois as colunas CN coorte PB e CN coorte MB e clicar em Ok: será criada uma nova coluna SOMA. Para renomear a coluna, clicar em cima do título com lado direito do mouse e alterar o nome para Contatos Registrados PB+MB, repetir a mesma operação para Contatos Examinados PB+MB e para a soma das colunas dos casos novos na coorte, renomear para CN coorte PB + MB.

No Menu QUADRO, em ELIMINAR COLUNA, selecionar todas exceto Contatos Registrados PB+MB, Contatos Examinados PB+MB e CN coorte PB + MB.

	<p>4º passo - Cálculo do indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.</p> <p>Para realizar o cálculo, clicar em CALCULAR INDICADOR no Menu OPERAÇÕES e selecionar:</p> <p style="padding-left: 40px;">Numerador: Contatos Examinados PB+MB Denominador: Contatos Registrados PB+MB Escala por: 100 Casas decimais: 1 Título da coluna: Alterar para % de Contatos Examinados PB+MB.</p>
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<p>A investigação epidemiológica dos contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção.</p> <p>Recomenda-se o exame dos contatos domiciliares e sociais (Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI, Artigos 1º ao 3º). Entretanto, para o efeito de registro no Boletim de Acompanhamento e no Sinan, considerar os contatos domiciliares, que são todas as pessoas que residam ou tenham residido com o doente de hanseníase.</p> <p>O exame dos contatos consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacional e na orientação quanto ao período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase.</p> <p>A vacina BCG-ID (Bacilo de <i>Calmette-Guërin</i>) deverá ser aplicada nos contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos Paucibacilares (PB) ou Multibacilares (MB).</p> <p>A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue as recomendações da normatização vigente.</p> <p>A avaliação dos contatos de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi adotada por considerar que o período de tratamento é também o tempo em que as equipes de saúde dispõem para examinar os contatos.</p> <p>As coortes são compostas de contatos dos casos novos Paucibacilares, diagnosticados no ano anterior ao da avaliação, e de contatos dos casos novos Multibacilares, diagnosticados dois anos antes à avaliação, semelhante às coortes para a avaliação da cura. Por exemplo: para a avaliação dos contatos examinados de 2020 será considerado os casos novos PB diagnosticados no ano de 2019 e os casos novos MB diagnosticados em 2018.</p> <p>Ressalta-se a relevância do empenho das equipes de saúde para que a vigilância dos contatos seja realizada oportunamente.</p> <p>Para os municípios que apresentaram casos novos de hanseníase no período da análise e que não registraram contatos, a meta deste indicador será considerada como <u>não cumprida</u>.</p>

	- <u>Município que não possuir registro de casos novos de hanseníase nos anos das coortes no Sinan, entre residentes de seu território, não pontua para o PQA-VS.</u>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 10 - Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	
Meta	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.
Relevância do Indicador	- Permite prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente caso de doença ativa nessa população ¹ .
Método de Cálculo	<u>Numerador</u> : Número de contatos examinados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. <u>Denominador</u> : Número de contatos registrados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. <u>Fator de multiplicação</u> : 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação (dados parciais relativos ao ano da avaliação).
Informações adicionais	<ul style="list-style-type: none"> - Entende-se como contato toda pessoa que convive, no mesmo ambiente, com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode acontecer em casa ou em ambiente de trabalho, instituições de longa permanência, escola e outros. - Contatos menores de cinco anos, pessoas com HIV-aids e portadores de condições de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento¹. - O controle de contato deve ser realizado, fundamentalmente, pela atenção primária. - Para os municípios que não apresentaram casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no período da análise, este indicador será considerado como <u>não se aplica</u> para efeito da avaliação de cumprimento de metas (ou seja, esse indicador não deverá ser considerado para o cálculo de cumprimento de metas). - Vale ressaltar a importância da identificação do caso suspeito, do diagnóstico da doença, da notificação do caso e do acompanhamento do paciente ao longo de todo tratamento, visando o desfecho cura e a obtenção da quebra de transmissão da doença. - Para os municípios que apresentaram caso de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no período da análise e que não registraram contatos, a meta deste indicador deve ser considerada como <u>não cumprida</u>. <p>¹ BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.</p>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 11 - Número de testes de sífilis por gestante.	
Meta	2 testes de sífilis por gestante.
Relevância do Indicador	<p>- Como indicador de concentração, ajuda a expressar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada na gestante em dois momentos: durante a gestação e, também, durante o parto.</p> <p>- O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.</p>
Método de Cálculo	<p><u>Numerador</u>: Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis em gestantes, por ano e município de residência da gestante.</p> <p><u>Denominador</u>: Número de partos hospitalares do SUS, por ano e município de residência da gestante.</p> <p>Observações:</p> <p>1. Para o numerador considerar a quantidade aprovada, por município de residência, dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 02.02.03.117-9 - TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES e; 02.14.01.008-2 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO.</p> <p>2. Para o denominador considerar o total de AIH aprovadas de gestantes, por município de residência, nos seguintes procedimentos: 03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL; 03.10.01.004-7 - PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; 03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN); 04.11.01.002-6 - PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; 04.11.01.003-4 - PARTO CESARIANO e; 04.11.01.004-2 - PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBÁRIA.</p>
Fontes	<p>Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).</p> <p>Denominador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).</p>
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação (dados parciais, no caso do denominador).
Informações adicionais	<p>- Desde janeiro de 2014, foi adotado o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais Individualizado (BPA-i), no SIA-SUS, para o procedimento 0202031179 VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTE, o que passou a permitir o registro do município de residência da gestante.</p> <p>- Para o processamento “ano”, considerar o período de janeiro a dezembro.</p>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 12 - Número de testes de HIV realizado.	
Meta	15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a oportunidade do diagnóstico do HIV.
Método de Cálculo	Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e município de residência. Observação: Considerar a “quantidade aprovada” dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 02.02.03.029-6 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT); 02.02.03.030-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA); 02.02.03.102-0 - PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA; 02.14.01.004-0 - TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DEHIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO e, 02.14.01.005-8 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV.
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<ul style="list-style-type: none"> - O diagnóstico oportuno do HIV tem influência tanto na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, quanto na transmissão do vírus. - Os testes rápidos de HIV são comprados e disponibilizados pelo Ministério da saúde; os insumos para os demais exames são adquiridos por estados e municípios. - Todas as unidades de saúde do SUS estão aptas a solicitar o teste de HIV e sua realização pode ser feita em qualquer laboratório do sistema e da rede privada. - Para o processamento “ano”, considerar o período de janeiro a dezembro. - Devem ser computados todos os testes realizados (testes rápidos e laboratoriais).
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 13 - Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	
Meta	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo “Ocupação” preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
Relevância do Indicador	- Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.
Método de Cálculo para os Agravos	<u>Numerador</u> : Número de notificações de agravos com o campo “Ocupação” preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, excluindo-se campo preenchido como ignorado, em determinado ano e local de notificação do caso. <u>Denominador</u> : Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de notificação. <u>Fator de multiplicação</u> : 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para monitoramento e avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- Relação de agravos: a. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; b. Acidente de trabalho grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes); c. Intoxicação exógena relacionada ao Trabalho. - <u>Município que não possuir registro de notificação de agravos relacionados ao trabalho em seu território, no Sinan, não pontua para o PQA-VS.</u> - A versão atualmente disponibilizada pelo Sinan corresponde à tabela oficial de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002, adaptada pelo DATASUS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS. E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 14 - Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	
Meta	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.
Relevância do Indicador	<p>- A violência é considerada uma questão de saúde pública mundial, o que torna necessária a ampliação de estratégias que interfiram nesse quadro. No Brasil, esse agravo representa a terceira causa de morte entre crianças de 0 a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição na população de 10 a 49 anos, decrescendo para a sexta posição entre os idosos (60 ou mais anos de idade). As vítimas, comumente, adquirem sequelas, permanentes ou não, que podem levar à incapacidade para o trabalho ou para outras atividades rotineiras, ao absenteísmo, a custos com o pagamento de pensões e de tratamentos de saúde, configurando um importante problema de saúde pública. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/Sinan), como forma desistematizar as informações sobre os casos de violências e permitir o cuidado intersectorial às vítimas. Dados gerados por esse sistema são demandados por vários setores do Ministério da Saúde e também por outros ministérios, bem como organizações não governamentais e imprensa. Desse modo, a qualidade dos dados é primordial para garantir uma análise fidedigna desse problema de saúde.</p> <p>- As características étnico-raciais de uma população constituem-se de variáveis de importância social e epidemiológica no estudo das análises de situação de saúde e, em especial, das desigualdades em saúde. Conhecer-las assume importância estratégica para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade dos serviços de saúde, na elaboração de políticas públicas e na identificação das doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira. Além disso, a informação “cor ou raça/etnia” possibilita ao SUS cumprir um de seus princípios fundamentais, a Equidade, ou seja, o compromisso de oferecer a todos os cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta.</p> <p>- É um dado que pode orientar as intervenções nas populações específicas e o aprimoramento do campo raça/cor nos sistemas de informação de saúde, que é de responsabilidade dos trabalhadores e gestores dos serviços de saúde públicos e privados.</p> <p>- É fundamental a apropriação dos dados epidemiológicos pelos profissionais de saúde. Quer esses dados permaneçam nos serviços, quer sejam enviados aos diversos sistemas de informação, eles devem ser utilizados como instrumento capaz de indicar as ações necessárias para garantir a adequação da vigilância, da prevenção e da atenção dispensadas à saúde da população, respeitando-se as especificidades e fortalecendo a promoção da Cultura da Paz.</p> <p>- Sendo assim, é de suma importância melhorar a qualidade do preenchimento desses dados, em especial do campo raça/cor, que permite melhor caracterização da pessoa que sofreu violência.</p>
Método de	Numerador: Total de notificações de violência interpessoal e

Cálculo	<p>autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, por município de notificação.</p> <p><u>Denominador</u>: Total de casos notificados por município de notificação.</p> <p><u>Fator de multiplicação</u>: 100.</p>
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	<ul style="list-style-type: none"> - A alimentação no VIVA/Sinan dos registros de notificações de violência interpessoal e autoprovocada deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - O objetivo desse indicador é melhorar a informação das notificações de violências e acidentes em sua totalidade, através do incentivo ao melhor preenchimento do campo raça/cor e das demais variáveis. - Será considerada não válida a informação de raça/cor quando o campo estiver em branco ou com a opção "Ignorado". - <u>Município que não possuir registro de notificação de violência interpessoal e autoprovocada em seu território, no VIVA/Sinan, não pontua para o PQA-VS.</u>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde</p> <p>Departamento de Articulação de Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde – DAEVS/SVS/MS.</p> <p>E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

ANEXO 2

Fichas de Qualificação dos Indicadores do Programa Previne Brasil

Indicador 1	
TÍTULO	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo ministério, 6 atendimentos sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 20ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes estimadas do município. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento correto em relação a quantidade de gestantes estimadas que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; Incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=80%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$N^{\circ} \text{gestantes com 6 consultas pré - natal, com 1}^{\text{a}} \text{ até 20 semanas de gestação}$ $\frac{\text{Paramêtro de Cadastro}}{\left(\frac{\text{População IBGE}}{\text{}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$ <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">1 O denominador será o que apresentar o maior valor</p>

MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe com pelo menos 6 atendimentos onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente), sendo que a primeira consulta realizada possui uma diferença de no máximo 20 semanas da data da DUM registrada no atendimento.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.</p>
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	<p>Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas.</p> <p>O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para opagamento será considerado o valor no nível municipal.</p>

Indicador 2	
TÍTULO	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	<p>Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada e teste rápido realizado. Em relação ao total de gestantes estimadas do município. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.</p>

USO (Para que fim?)	Avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar a realização dos exames de sífilis e HIV visando triar gestantes com essas patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=95%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SIFILIS}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou N}^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$ <p style="text-align: right;">¹ O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe que tiveram um atendimento individual Exame avaliado com exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizou o procedimento de teste rápido para Sífilis e avaliou o exame de Sorologia de HIV ou realizou o procedimento de teste rápido para HIV (é aceito a marcação do campo rápido ou o SIGTAP correspondente em ambos os casos)</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.</p>
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ter realizado o exame por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.

OBSERVAÇÕES	<p>Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas.</p> <p>O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.</p>
-------------	---

Indicador 3	
TÍTULO	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	<p>Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no curso do pré-natal na APS. Compreende o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. A atenção odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias, quando indicadas, considerando-se o período da gestação. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.</p>
USO (Para que fim?)	<p>Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal;</p> <p>Avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS;</p> <p>Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal.</p>
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	$\geq 90\%$
META	60%

FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{gestantes com pré - natal na APS e atendimento odontológico}}{\text{Parâmetro de Cadastro}} \left(\frac{\text{População IBGE}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1$ <p style="text-align: right;">¹ O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe que tiveram um atendimento individual e um atendimento odontológico.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.</p>
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ter realizado o exame por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	<p>Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas.</p> <p>O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.</p>

Indicador 4	
TÍTULO	Cobertura de exame citopatológico
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram 1 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município. Para a mensuração correta da quantidade de mulheres e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando a projeção da população

	sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
USO (Para que fim?)	Avaliar a adequação do acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero. Expressa a realização de um exame a cada três anos, segundo as Diretrizes Nacionais. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Projeção populacional 2020 – IBGE
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=80%
META	40%
FÓRMULA DE CÁLCULO	<p><i>Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos</i></p> <hr/> <p><i>(<u>Parâmetro de Cadastro</u> × <u>Projeção de mulheres de 25 a 64 anos</u> ou <u>Nº mulheres de 25 a 64 anos cadastradas</u>)¹</i> <i>População IBGE</i></p> <p style="text-align: right;">¹ O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe com idade entre 25 a 64 anos no quadrimestre analisado, que realizaram um procedimento de Coleta de citopatológico de colo uterino em até 3 anos (podendo ser marcação de campo rápido ou SIGTAP correspondente).</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Quantidade de mulheres com idade entre 25 a 64 anos cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período analisado.</p>
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 3 anos
LIMITAÇÕES	A cobertura deste indicador se refere à população que faz o exame citopatológico na APS. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.

OBSERVAÇÕES	<p>Quando o número de mulheres cadastradas pela equipe/município supera a quantidade projetada de mulheres no ano para o município pelo IBGE é utilizado o número de mulheres cadastradas.</p> <p>O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.</p>
-------------	---

Indicador 5	
TÍTULO	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	<p>O objetivo desse indicador é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis selecionadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, em relação a quantidade de crianças que o município possui. Para a mensuração correta da quantidade de crianças e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.</p> <p>O número de doses necessárias e os intervalos recomendados entre as doses, para cada tipo de vacina, constam de normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para as vacinas de poliomielite (VIP) e pentavalente a faixa etária utilizada para o cálculo do indicador será menores de 1 ano.</p>
USO	<p>Avaliar o acesso às ações de imunização;</p> <p>Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização.</p> <p>Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS;</p>
FONTE	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=95%
META	>=95%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de } 3^{\text{a}} \text{ doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC} \right)^1 \text{ ou } \text{N}^\circ \text{ crianças cadastradas}}$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Considera-se o menor número de doses aplicadas entre a 3ª doses de pólio ou 3ª dose de pentavalente em menores de 1 ano</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Quantidade de crianças menores de 1 ano cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período.</p>
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	O numerador não traduz a aplicação de ambas as 3ª doses na mesma criança. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de crianças que deveriam ter tomado a vacina por cada município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de crianças cadastradas pelo município supera a quantidade estimada de crianças é utilizado o número de crianças cadastradas. O indicador somente será apresentado na granulação município, devido ao formato mensurado pelo SISPMI

Indicador 6	
TÍTULO	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada de hipertensos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
USO	<p>Avaliar se a aferição de PA em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas ao controle da PA desses usuários;</p> <p>Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS;</p> <p>Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.</p>
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{N^{\circ} \text{ hipertensos com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS ou } N^{\circ} \text{ hipertensos identificados})^1}$ <p>¹ O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a hipertensão (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente) e teve a realização do procedimento de Pressão Arterial (pelo SIGTAP correspondente) uma vez a cada 6 meses dentro de 1 ano.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- A porcentagem de hipertensos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou</p> <p>2- Quantidade de hipertensos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.</p>
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	A porcentagem de diagnosticados com hipertensão só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para a parâmetro de cadastro do município. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.
OBSERVAÇÕES	<p>Quando o número de hipertensos cadastrados pela equipe/município supera a quantidade estimada de hipertensos por meio da PNS é utilizado o número de hipertensos cadastrados.</p> <p>O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.</p>

Indicador 7	
TÍTULO	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo

INTERPRETAÇÃO	Mede a proporção de pessoas com Diabetes que são consultadas pelas equipes de APS e possuem exame de hemoglobina glicada realizado pelo menos uma vez no ano, em relação a quantidade estimada de diabéticos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. A medição da hemoglobina glicada pela equipe de APS pressupõe uma avaliação sobre o resultado do tratamento para cada pessoa.
USO	Avaliar se a realização do exame de hemoglobina glicada, pelo menos uma vez ao ano, em pessoas com diabetes está incorporada na rotina de atendimento das equipes; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com Diabetes na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS ou N}^\circ \text{ diabéticos identificados})^1}$ <p style="text-align: right;">¹ O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a diabetes com a solicitação de Hemoglobina Glicada no intervalo de 12 meses (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/SIGTAP correspondente). Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: 1- A porcentagem de diabéticos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou 2- Quantidade de diabéticos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	A porcentagem de diagnosticados com diabetes só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimativa para o parâmetro de cadastro do município/tipologia. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.

OBSERVAÇÕES	<p>Para fins de financiamento o indicador será calculado por quadrimestre;</p> <p>Quando o número de diabéticos cadastrados pela equipe/município supera a quantidade estimada de diabéticos pela PNS é utilizado o número de diabéticos cadastrados.</p> <p>O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.</p>
-------------	--