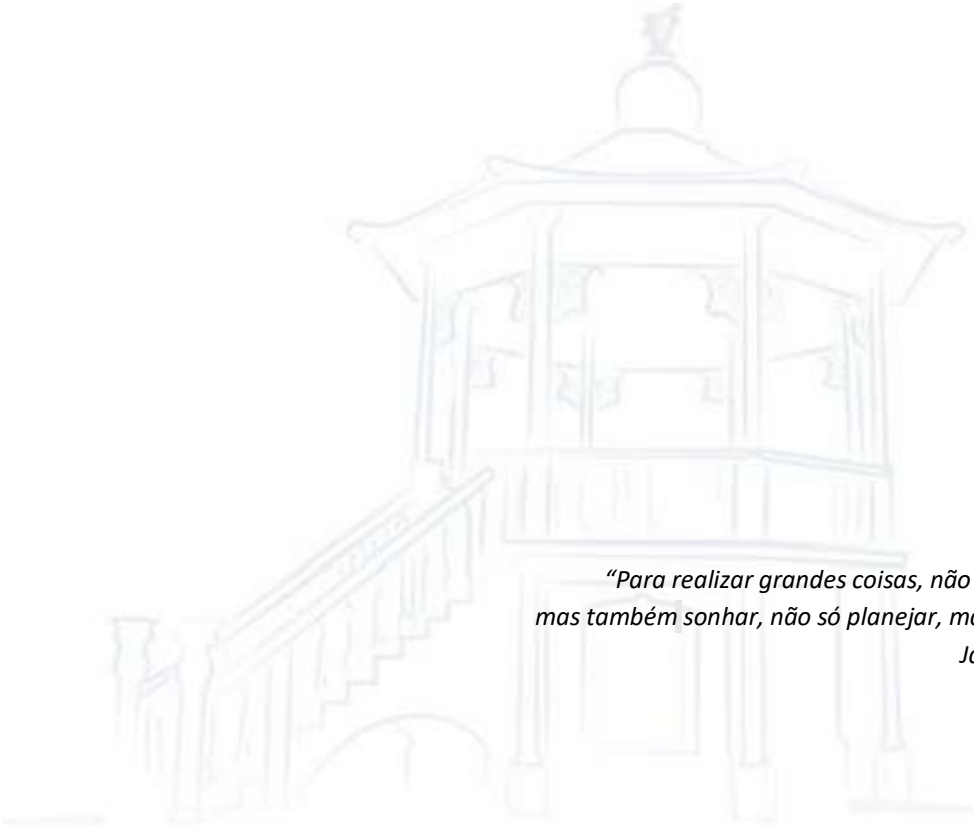
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022-2025

PIRANGA - MG

Rua Vereadora Maria Anselmo, nº 119, Centro – Piranga/Minas Gerais
Contato: (31) 3746-1251



“Para realizar grandes coisas, não devemos apenas agir,
mas também sonhar, não só planejar, mas também acreditar.”
Jacques Anatole France

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

- **MUNICÍPIO**: Piranga-MG
- **SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE**: Barbacena-MG
- **PREFEITO MUNICIPAL**: Luis Helvécio Silva Araújo
- **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:** Isabel Cristina de Souza Pereira
- **GERENTE ESF**: Maria do Socorro Matos Machado
- **ENDEREÇO:** Rua Santa Efigênia, nº 55, Centro – CEP 38480.000 – Piranga – MG
- **E-MAIL**: saudepiranga@yahoo.com.br/saude@piranga.mg.gov.br
- **TEL**. (31)3746-1088/ (31)3746-1094/ (31)3746-1068

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Isabel Cristina de Souza Pereira	- Governo
Sonia Maria Miranda de Souza	- Governo
Edna Fagundes	- Prestador
Ariadne de Fátima Cardoso	- Trabalhador
Ronaldo Alfenas Coelho	- Trabalhador
Helen Tatiana Vieira Arcanjo	- Trabalhador
Geraldo Germano Pires	- Usuário
Virginia Rosária Lana Celestino	- Usuário
Dirce Alice do Carmo	- Usuário
Francisco Lourival Ribeiro	- Usuário
Magno Meirelles de Oliveira	- Usuário
Robson Fernandes Chassim Ferreira	- Usuário

ÍNDICE

1. **APRESENTAÇÃO**
2. **INTRODUÇÃO**
3. **ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**
   - 3.1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO
     - 3.1.1. Breve Histórico
     - 3.1.2. Características Demográficas e Socioeconômicas do Município
     - 3.1.3. Trabalho e Renda
   - 3.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO
   - 3.3. CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO
     - 3.3.1. Educação
     - 3.3.2. Principais Espaços Sociais Existentes
     - 3.3.3. Organização Religiosa
   - 3.4. ESTRUTURA SANITÁRIA
     - 3.4.1. Acesso ao domicílio
     - 3.4.2. Energia Elétrica
     - 3.4.3. Abastecimento de Água
     - 3.4.4. Forma de Escoamento do banheiro
     - 3.4.5. Destino do lixo
   - 3.5. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
     - 3.5.1. Taxa de Mortalidade Infantil
     - 3.5.2. Taxa de Mortalidade Geral
     - 3.5.3. Taxa de Mortalidade – CID-10
     - 3.5.4. Vigilância do Óbito
     - 3.5.5. Agravos Notificados
     - 3.5.6. Imunização
     - 3.5.7. Saúde da Mulher
     - 3.5.8. Série Histórica do Pacto pela Vida
   - 3.6. ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE
     - 3.6.1. Atenção Básica
     - 3.6.2. Assistência Ambulatorial Especializada
       - 3.6.2.1. AME – Ambulatório Municipal de Especialidades
       - 3.6.2.2. Convênio com o Hospital São Vicente de Paulo
       - 3.6.2.3. Convênio com CISAP-VP
       - 3.6.2.4. PPI – Programação Pactuada e Integrada
       - 3.6.2.5. CAPS
     - 3.6.3. Vigilância em Saúde
     - 3.6.4. Assistência Hospitalar
     - 3.6.5. Assistência de Urgência e Emergência
     - 3.6.6. Assistência Farmacêutica
   - 3.7. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
     - 3.7.1. Infraestrutura
     - 3.7.2. Estrutura e Funcionamento
     - 3.7.3. Gestão
     - 3.7.4. Financiamento
     - 3.7.5. O Controle Social
4. **DIRETRIZES DO PMS**
5. **PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA**
6. **INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**
7. **ANEXOS**
   - 7.1 Resolução CMS que aprova o PMS

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Piranga oferece as diretrizes para a gestão da Saúde no período de 2022 a 2025 seguindo as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde e demais disposições pertinentes.

No munícipio, A Secretaria Municipal de Saúde é o ente imbuído de coordenar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica Municipal.

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal em coerência com a Programação Anual de Saúde e com resultado avaliado e expresso no Relatório de Gestão junto ao Conselho Municipal de Saúde e na Conferência Municipal de Saúde.

Este Plano apresenta em linhas gerais breve análise situacional do município, descrevendo a organização e desempenho dos serviços realizados, informações sobre as condições de saúde e de gestão observando as diretrizes da Política Estadual e Federal e da Conferência Municipal de Saúde de Piranga realizada em 2022.

O presente Plano Municipal foi elaborado pela equipe técnica com representantes dos diversos setores, profissionais e conselheiros municipais de saúde.

2. INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080/90 prescreve que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão no que concerne à saúde, pautarem-se pelos seus planos de saúde. Compete, portanto ao município, em seu âmbito administrativo, a elaboração e atualização periódica do plano municipal de saúde, que se configura como instrumento norteador das ações de saúde. Já a Lei nº 8.142/90, em seu artigo 4º, fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, estados e o Distrito Federal, deverão ter por base o Plano de Saúde. Fundamentado na legislação, o Município de Piranga assim o faz cumprindo ainda o disposto em sua Lei Orgânica que através do art. 154, I com a elaboração de seu Plano Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde é um dos principais instrumentos de Gestão, que, fundamentado em referencial básico, reflete as diferentes realidades de saúde de uma população, sendo um instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período 2022-2025. É síntese de um processo de decisão para enfrentamento de um conjunto de problemas em que se devem revelar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos do governo. O Plano deve ser expresso em diretrizes, objetivos, metas e ações e nele será evidenciado o compromisso assumido por qualquer Governo com a população no que diz respeito à implementação do Sistema Único de Saúde – SUS Municipal.

Ressalte-se que como instrumento de formulação do Plano foram observadas as propostas elencadas na VII Conferência Municipal de Saúde, realizada em 10 de dezembro de 2021 e que teve como tema ““A Política Municipal da Saúde e seus desafios””. Naquela oportunidade foram discutidos e levantados, pelas diversas representatividades da sociedade, os problemas de saúde do município e foram elencadas e aprovadas as propostas de soluções, as quais foram contempladas no Plano para o próximo quadriênio.

O presente plano foi elaborado de acordo com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA), para possível alcance de suas metas e a concretização de seus objetivos. Por fim, o Plano Municipal de Saúde, além de

atender às exigências legais, formaliza o compromisso da Administração Municipal com a saúde da população.

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

3.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

3.1.1 *Breve Histórico*

Piranga tem sua origem na busca do ouro no final do século XVII. Está localizado na região da Zona da Mata Mineira e situa-se a 169 km de distância de Belo Horizonte com acesso pela MG-482. O município faz divisa com os municípios de Mariana, Ouro Preto, Catas Altas da Noruega, Senhora de Oliveira, Lamim, Presidente Bernardes, Porto Firme, Guaraciaba e Diogo de Vasconcelos.

Situado entre as serras da Mantiqueira (sudoeste) e a do Espinhaço (norte) possui um relevo acidentado e montanhoso. Sua economia está baseada na atividade agropecuária e na prestação de serviços. O patrimônio cultural tem sua importância demonstrada na arquitetura religiosa do século XVIII com o registro do trabalho do Mestre Ataíde e também do Mestre Piranga e destaque para o Santuário do Bom Jesus de Santo Antonio do Pirapetinga (Bacalhau).

A palavra “Piranga” e que deu origem ao nome do município é uma expressão muito usada na composição de diversos termos indígenas podendo designar desde a cor vermelha até uma espécie de piranha pequena. Podendo ser ainda uma planta que os índios extraíam uma tinta vermelha para fazer as suas tatuagens e até um individuo reles, insignificante. A versão comumente usada vem de um gênero de aves, o “Guarapiranga”, e uma de suas primeiras denominações.

3.1.2 *Características Demográficas e Socioeconômicas do Município*

- População: **17.641 (2021) IBGE**
- Densidade Demográfica: **26,16 hab/km² (2010) IBGE**
- PIB Per capita: **6.689,51 (2013) IBGE**
- % da população em extrema pobreza: **21,57% (2017) Cad Único PBF**
- % da população com plano de saúde: **3,84 (2022) ESUS PEC**

3.1.3 *Trabalho e Renda*

Em 2019, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7.5%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 231 de 853 e 764 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3125 de 5570 e 4315 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 47.3% da população nessas condições, o que o colocava na posição 106 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 1840 de 5570 dentre as cidades do Brasil (Fonte: IBGE Cidades)

TRABALHO E RENDIMENTO	
Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2019]	**1,8** salários mínimos
Pessoal ocupado [2019]	**1.323** pessoas
População ocupada [2019]	**7,5** %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	**47,3** %

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O município de Piranga possui 17.641 habitantes segundo estimativa do IBGE para 2021. É caracterizado por uma grande extensão territorial (658,812 Km²). De acordo com os dados do ESUS PEC, 59,2% da população vive em situação rural; a taxa de analfabetismo foi de 12,18% (Censo 2010) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,600.

População total por sexo e cor no município - Piranga/MG - 2013 e 2017

	População 2013	% do Total 2013	População 2017	% do Total 2017
População total	17.804	100,00	17.918	100,00
Mulher	8.869	49,32	8.926	49,82
Homem	8.935	50,19	8.992	50,18
Negro	12.040	67,63	12.117	67,63
Branco	5.578	31,33	5.614	31,33

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Estimativa populacional FJP (2013 e 2017). Obs: Não foram consideradas as categorias de cor/raça amarela e indígena.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM e faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. O valor dessa variável no município - Piranga - era de 67,42 anos, em 2000, e de 72,96 anos, em 2010. Na UF - Minas Gerais -, a esperança de vida ao nascer era 70,55 anos em 2000, e de 75,30 anos, em 2010.

A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 37,06 por mil nascidos vivos em 2000 para 18,70 por mil nascidos vivos em 2010 no município. Na UF, essa taxa passou de 27,75 para 15,08 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período.

No quadro a seguir, outros indicadores de saúde, por sexo e cor, calculados com base nos registros do Ministério da Saúde em Piranga entre 2016 e 2017:

Indicadores de Registros Administrativos	Total 2016	Total 2017	Negros 2017	Brancos 2017	Mulheres 2017	Homens 2017
Taxa bruta de mortalidade	6,99	6,36	4,24	2,06	2,90	3,46
Taxa de mortalidade por doenças não transm...	380,06	329,28	234,40	94,88	189,75	139,52
Taxa de mortalidade infantil	13,42	13,25	-	76,92	25,64	-
Taxa de incidência de AIDS	0,00	11,16	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa de mortalidade por acidente de trânsito	16,77	33,49	33,49	-	5,58	27,90
Taxa de mortalidade por suicídio	5,59	11,16	5,58	5,58	5,58	5,58
% de internações por doenças relacionadas a...	6,72	5,31	1,45	0,00	5,61	4,96
% de meninas de 10 a 14 anos de idade que ti...	0,67	1,32	1,65	-	-	-
% de adolescentes de 15 a 17 anos de idade q...	19,46	18,54	23,14	16,00	-	-

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: DataSus – Ministério da Saúde (2016 e 2017)

A Vulnerabilidade Social diz respeito à suscetibilidade à pobreza, e é expressa por variáveis relacionadas à renda, à educação, ao trabalho e à moradia das pessoas e famílias em situação vulnerável. Para estas quatro dimensões de indicadores mencionadas, destacam-se os resultados apresentados na tabela a seguir:

Indicadores	2000	2010
Crianças e Jovens		
% de crianças de 0 a 5 anos de idade que não frequentam a escola	95.58	73.00
% de 15 a 24 anos de idade que não estudam nem trabalham em domicílios vulneráveis à pobreza	21.73	23.38
% de crianças com até 14 anos de idade extremamente pobres	51.46	20.74
Adultos		
% de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	74.98	66.76
% de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade	11.16	25.15
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	9.99	6.11
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho	-	1.39
Condição de Moradia		
% da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	69.79	95.01

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

Em Piranga, uma particularidade em sua população está naquelas comunidades remanescentes de quilombos e que possuem o reconhecimento legal e detentores de direitos ao seu modo de vida, tradições culturais, integridade e bem-estar físico. São eles, o distrito de Santo Antônio de Pinheiros Altos (Santo Antonio dos Quilombolas), o antigo quilombo de Santo Antonio.

do Guiné e o distrito de Santo Antonio do Pirapetinga conhecido como Bacalhau (foto abaixo), reconhecidos e certificados pela Fundação Palmares.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO

3.3.1 *Educação*

O município de Piranga conta atualmente com 20 (vinte) escolas contemplando o ensino fundamental e médio, sendo 14 (catorze) municipais, 05 (cinco) estaduais e uma entidade privada com caráter educativo, a APAE.

No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 92,91%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 85,37%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 43,76%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 20,31%.

Em 2000, 74,29% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade-série. Em 2010, esse percentual era de 77,98%.

A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 35,20%, em 2016, e passou para 30,80%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 3,00%,

em 2013, para 2,50%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 6,30%, em 2013, e, em 2014, de 7,10%.

Em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade no município - Piranga, 14,95% eram analfabetos, 20,34% tinham o ensino fundamental completo, 11,67% possuíam o ensino médio completo e 3,56%, o superior completo. Na UF, esses percentuais eram, respectivamente, 10,36%, 46,40%, 32,25% e 10,57%.

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	**96,3** %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	**6,5**
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	**5,1**
Matrículas no ensino fundamental [2020]	**1.843** matrículas
Matrículas no ensino médio [2020]	**625** matrículas
Docentes no ensino fundamental [2020]	**143** docentes
Docentes no ensino médio [2020]	**67** docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]	**16** escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]	**4** escolas

3.3.2 *Principais Espaços Sociais Existentes*

- APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
- CRAS - Centro de Referência da Assistência Social - Itinerante
- Lar dos Idosos São José
- Casa Lar – Serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes
- Centro Regional de Pastoral

- Sindicato dos Trabalhadores Rurais e Assalariados de Piranga

3.3.3 *Organização Religiosa*

A população católica é maioria em Piranga. Inúmeros templos religiosos espalhados por todo município com destaque para o Santuário do Bom Jesus de Matozinhos (foto) no distrito de Santo Antonio de Pirapetinga (Bacalhau), edificação do século XVIII, tombada pelo patrimônio estadual por seu conjunto arquitetônico e paisagístico.

3.4 ESTRUTURA SANITÁRIA

Piranga apresenta 30.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 59.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 49.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 721 de 853, 481 de 853 e 140 de 853, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3084 de 5570, 3731 de 5570 e 451 de 5570, respectivamente.

3.4.1 Abastecimento de Água

Percentual da população atendida com serviço de abastecimento de água (%)	
2000	2010
73,7	73,08

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social - IMRS com dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 - IBGE, extraído em 20/02/2017

3.4.2 Forma de Escoamento do banheiro

Quantidade de moradores por tipo de Instalação Sanitária		
Abastecimento de Água	**2000**	**2010**
Rede Geral de Esgoto ou Pluvial	4.423	4.768
Fossa séptica	405	472
Fossa rudimentar	2.935	3.282
Vala	193	2.147
Rio, lago ou mar	7.407	5.968
Outro escoadouro	82	228
Não tem instalação sanitária	1.409	285
Total	16.854	17.150

Fonte: TABNET SES/MG com dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 - IBGE, extraído em 29/12/2016

3.4.3 Destino do lixo

Quantidade de moradores por tipo de Destino de Lixo		
Coleta de Lixo	**2000**	**2010**
Coletado por serviço de limpeza	3.881	5.393
Coletado por caçamba de serviço de limpeza	9	424
Queimado (na propriedade)	10.690	10.682
Enterrado (na propriedade)	188	179
Jogado em terreno baldio ou logradouro	1.589	373
Jogado em rio, lago ou mar	193	29
Outro destino	304	70
Total	16.854	17.150

Fonte: TABNET SES/MG com dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 - IBGE, extraído em 29/12/2016

3.4.4 Energia Elétrica

Territorialidades	% de pessoas em domicílios com energia elétrica Censo 1991	% de pessoas em domicílios com energia elétrica Censo 2000	% de pessoas em domicílios com energia elétrica Censo 2010
Brasil	84,84	93,46	98,58
Piranga (MG)	39,32	68,43	98,55

Elaboração: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2020.

3.5 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.5.1 Taxa de Mortalidade Infantil

Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos e número de óbitos infantis	2017	2018	2019	2020
	1,00	2,00	4,00	2,00

Taxa de mortalidade infantil por componentes por 1000 nascidos vivos e número de óbitos infantis		2017	2018	2019	2020
	TX de mort neonatal precoce	1,00	2,00	2,00	1,00
	TX de mort neonatal tardia	0,00	-	1,00	-
	TX de mort pós-neonatal	0,00	-	1,00	1,00

3.5.2 Taxa de Mortalidade Geral

Taxa de Mortalidade Geral por município de residência, Minas Gerais, 2015-202019					
2015	2016	2017	2018	2019	2020
7,05	6,99	6,08	4,43	7,10	-

Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG. Atualização: setembro 2019

3.5.3 Taxa de Mortalidade – CID-10

Taxa de Mortalidade Geral por capítulos CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosa	0,22	0,28	0,22	0,23	0,11	-
II. Neoplasias (tumores)	1,46	0,73	0,50	0,62	0,79	-
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	0,00	0,00	0,06	0,06	0,11	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,39	0,28	0,73	0,17	0,45	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,17	0,00	0,17	0,11	0,06	-
VI. Doenças do sistema nervoso	0,00	0,17	0,22	0,06	0,17	-
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	2,02	2,24	1,90	1,08	2,61	-
X. Doenças do aparelho respiratório	0,90	0,95	0,39	0,79	0,91	-
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,28	0,17	0,22	0,17	0,23	-
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,11	0,06	0,11	0,06	0,00	-
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,22	0,34	0,17	0,17	0,11	-
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,06	0,06	0,00	0,06	0,11	-
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laboratoriais	0,78	1,12	0,73	0,40	0,68	-
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,34	0,50	0,56	0,45	0,62	-
Cap não informado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-

Obs: o Cap XXI se refere a atestado médico e é utilizado apenas para dados de morbidade.
Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG. Data de atualização do banco: fevereiro de 2020. Acesso em fevereiro de 2020.

3.5.4 Vigilância do Óbito

Indicador	2019	Parâmetro Nacional
Proporção de óbitos fetais e infantis investigados (%)	100,00	> ou = 70,0%
Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados (%)	100,00	> ou = 70,0%

3.5.5 Agravos Notificados

Proporção de casos de agravos notificados imediato (60 dias) e encerrados oportunamente (%)	2017	2018	2019	2020
	-	90,48	100,00	

Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência interpessoal/autoprovocada	2017	2018	2019	2020
	1	2	2	

Número de notificações das doenças e agravos de notificação compulsória mais acompanhados pela saúde do trabalhador	2017	2018	2019	2020
	17	1	4	

Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	2017	2018	2019	2020
	94,12	-	100,00	

3.5.6 Imunização

	2018			2019		
Vacina	Doses	Cobertura (%)	Cobertura MG (%)	Doses	Cobertura (%)	Cobertura MG (%)
Pentavalente (< 1 ano)	138	92,62	85,69	147	74,83	76,18
Pneumocóccica (<1 ano)	147	98,66	88,54	140	92,72	93,80
Poliomielite (< 1 ano)	135	90,60	85,44	120	96,64	86,13
Tríplice Viral - D1 (1 ano)	159	106,71	88,52	157	103,97	97,58

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS e SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG. População SINASC 2017. Dados de atualização do banco:02/2020. Acesso em dezembro de 2020.

3.5.7 Saúde da Mulher

Proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) (%)	2017	2018	2019	2020
	23,66	14,74	17,01	-

Proporção de parto normal (%)	2017	2018	2019	2020
	41,98	38,14	38,10	-

Óbitos Maternos por residência	2017	2018	2019	2020
	0	0	0	-

3.5.8 Série Histórica do Pacto pela Vida

INDICADOR 1			MINAS GERAIS
Mortalidade prematura*	Ano 2014	25,00	307,47
	Ano 2015	15,00	309,81
	Ano 2016	22,00	288,94
	Ano 2017	20,00	252,66
	Ano 2018	15,00	234,5
	Ano 2019	26,00	289,55
	Ano 2020	31,00	218,74

INDICADOR 2			MINAS GERAIS
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	Ano 2014	57,14	96,22
	Ano 2015	80,00	88,96
	Ano 2016	100,00	82,58
	Ano 2017	100,00	63,52
	Ano 2018	100,00	94,88
	Ano 2019	100,00	84,34
	Ano 2020	100,00	67,83

INDICADOR 3			MINAS GERAIS
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (%)	Ano 2014	89,13	92,17
	Ano 2015	88,80	91,94
	Ano 2016	84,00	90,40
	Ano 2017	88,07	91,67
	Ano 2018	91,03	92,46
	Ano 2019	90,40	93,08
	Ano 2020	94,29	92,57

INDICADOR 4			MINAS GERAIS
Proporção de vacinas selecionadas do 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 (%)	Ano 2014	100,00	100,00
	Ano 2015	75,00	50,00
	Ano 2016	75,00	61,15
	Ano 2017	25,00	-
	Ano 2018	90,60	88,54
	Ano 2019	103,97	97,58
	Ano 2020	100,00	-

INDICADOR 5			MINAS GERAIS
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	Ano 2014	100,00	89,66
	Ano 2015	100,00	90,99
	Ano 2016	-	66,36
	Ano 2017	-	70,72
	Ano 2018	86,36	81,21
	Ano 2019	100,00	80,72
	Ano 2020	0,00	66,13

INDICADOR 6			MINAS GERAIS
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes* (%)	Ano 2014	-	88,78
	Ano 2015	-	88,90
	Ano 2016	-	87,08
	Ano 2017	-	85,20
	Ano 2018	-	86,67
	Ano 2019	-	78,35
	Ano 2020	-	82,59

INDICADOR 7			MINAS GERAIS
Número de casos autóctones de malária	Ano 2016	0	6
	Ano 2017	0	17
	Ano 2018	0	0
	Ano 2019	-	-
	Ano 2020	-	-

INDICADOR 8			MINAS GERAIS
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Ano 2014	0	901
	Ano 2015	0	1395
	Ano 2016	0	1446
	Ano 2017	4	1604
	Ano 2018	0	2330
	Ano 2019	0	2220
	Ano 2020	0	1302

INDICADOR 9			MINAS GERAIS
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	Ano 2014	0	7
	Ano 2015	0	12
	Ano 2016	0	8
	Ano 2017	0	6
	Ano 2018	0	10
	Ano 2019	0	4
	Ano 2020	0	2

INDICADOR 10			MINAS GERAIS
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Ano 2014	6,46	20,98
	Ano 2015	21,87	24,74
	Ano 2016	15,63	19,88
	Ano 2017	17,19	30,84
	Ano 2018	6,25	33,38
	Ano 2019	18,75	28,61
	Ano 2020		

INDICADOR 11			MINAS GERAIS
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	Ano 2013	1,23	0,59
	Ano 2014	1,50	0,52
	Ano 2015	1,31	0,51
	Ano 2016	1,46	0,49
	Ano 2017	1,58	0,49
	Ano 2018	0,15	0,20

INDICADOR 12			MINAS GERAIS
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	Ano 2014	0,72	0,45
	Ano 2015	0,74	0,45
	Ano 2016	0,92	0,39
	Ano 2017	0,76	0,39
	Ano 2018	0,50	0,33
	Ano 2019	0,10	0,11
	Ano 2020	0,16	0,11

INDICADOR 13			MINAS GERAIS
Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar (%)	Ano 2014	100,00	41,67
	Ano 2015	100,00	43,22
	Ano 2016	53,02	42,88
	Ano 2017	41,98	42,25
	Ano 2018	38,14	41,96
	Ano 2019	38,10	41,79
	Ano 2020	33,66	41,65

INDICADOR 14			MINAS GERAIS
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (%)	Ano 2014	17,83	16,01
	Ano 2015	17,33	15,45
	Ano 2016	20,13	14,63
	Ano 2017	23,66	17,20
	Ano 2018	6,98	12,97
	Ano 2019	17,01	12,20
	Ano 2020	17,82	11,52

INDICADOR 15					
Taxa de Mortalidade Infantil		MINAS GERAIS	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	Taxa de Mortalidade Pós Neonatal
Ano 2014	3,00	11,32	3,00	0,00	0,00
Ano 2015	2,00	11,42	1,00	0,00	1,00
Ano 2016	2,00	11,50	1,00	1,00	0,00
Ano 2017	1,00	11,24	1,00	0,00	0,00
Ano 2018	2,00	11,06	2,00	-	-
Ano 2019	4,00	11,41	2,00	1,00	1,00
Ano 2020	2,00	11,16	1,00	-	1,00

INDICADOR 16			MINAS GERAIS
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Ano 2014	0	120
	Ano 2015	0	109
	Ano 2016	0	100
	Ano 2017	0	72
	Ano 2018	0	84
	Ano 2019	0	97
	Ano 2020	-	45

INDICADOR 17			MINAS GERAIS
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%)	Ano 2014	100,00	87,26
	Ano 2015	100,00	87,34
	Ano 2016	100,00	87,23
	Ano 2017	100,00	96,31
	Ano 2018	100,00	89,13
	Ano 2019	100,00	89,33
	Ano 2020	100,00	87,31

INDICADOR 18			MINAS GERAIS
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) (%)	Ano 2014	78,22	80,27
	Ano 2015	60,57	81,98
	Ano 2016	67,61	78,73
	Ano 2017	84,53	77,75
	Ano 2018	75,94	71,45
	Ano 2019	91,16	83,82
	Ano 2020	57,36	48,78

INDICADOR 19			MINAS GERAIS
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica (%)	Ano 2014	100,00	56,07
	Ano 2015	100,00	56,71
	Ano 2016	100,00	56,46
	Ano 2017	100,00	57,17
	Ano 2018	100,00	61,49
	Ano 2019	100,00	48,82
	Ano 2020	100,00	58,62

INDICADOR 20			MINAS GERAIS
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)*	Ano 2014	0,00	33,88
	Ano 2015	33,33	36,46
	Ano 2016	16,67	36,11
	Ano 2017	100,00	36,00
	Ano 2018	0,00	9,00
	Ano 2019	83,33	23,00
	Ano 2020		

INDICADOR 21			MINAS GERAIS
Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (%)	Ano 2014	0	1,62
	Ano 2015	0	3,35
	Ano 2016	0	4,36
	Ano 2017	-	13,89
	Ano 2018	121	36,09
	Ano 2019	762	28,69
	Ano 2020		

INDICADOR 22			MINAS GERAIS*
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Ano 2015	6	68,00
	Ano 2016	5	68,46
	Ano 2017	0	0,00
	Ano 2018	0	Não foi pactuada meta estadual
	Ano 2019	-	Area não disponibilizou dados
	Ano 2020	-	Área não disponibilizou dados

INDICADOR 23			MINAS GERAIS
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	Ano 2014	0,00	97,52
	Ano 2015	100,00	97,99
	Ano 2016	100,00	97,19
	Ano 2017	94,12	94,01
	Ano 2018	100,00	94,43
	Ano 2019	100,00	98,20
	Ano 2020	100,00	96,07

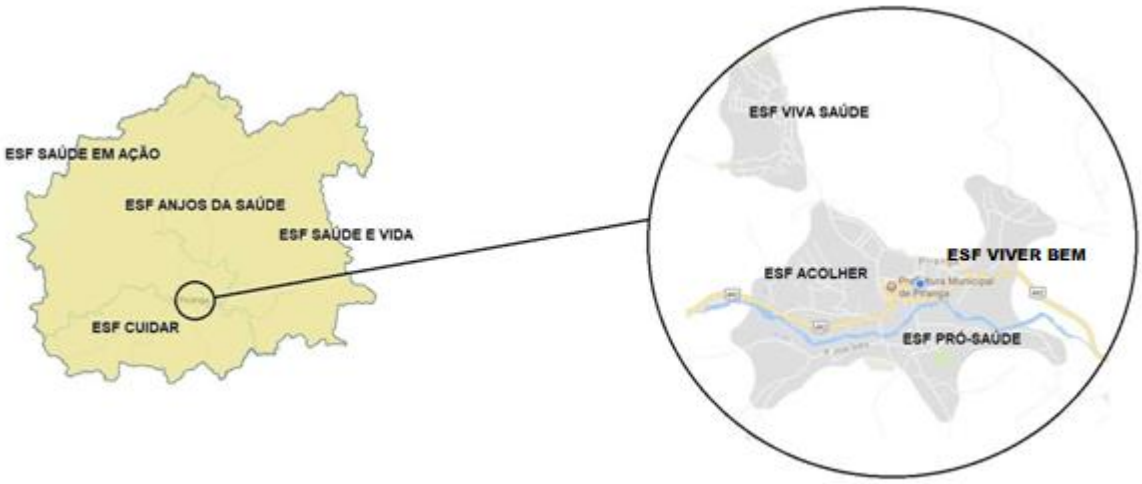
3.6 ATEÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

3.6.1 Atenção Básica

O município de Piranga integra o SUS - Sistema Único de Saúde visando uma resposta local, através de um conjunto de ações de saúde, contínuo e sistematizado, para as necessidades de saúde da população em consonância com os princípios e diretrizes da PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.

Segundo a PNAB, o conjunto de ações de saúde realizado tanto, no âmbito individual e/ou coletivo, é chamado de “Atenção Básica” ou também de “Atenção Primária à Saúde” abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde.

A Atenção Primária é realizada através das práticas de cuidado e gestão sob a responsabilidade de equipes distribuídas em territórios definidos com atuação ampla que vão desde as áreas estratégicas (hipertensão arterial, diabetes, saúde da criança e a saúde da mulher) até as demandas de cuidado da população (consultas, exames, procedimentos clínicos e pequenas cirurgias). O município de Piranga possui 08 (oito) territórios. Cada território tem sua área adscrita à uma Unidade Básica de Saúde e respectiva equipe, fator essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde.



CNES	UNIDADE DE SAÚDE	LOCALIDADE	EQUIPE
2202441	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR SOLON ILDEFONSO	CENTRO	ESF PRO SAÚDE ESF ACOLHER ESF VIVER BEM
2202433	UNIDADE BASICA DE SAUDE DURVAL LINO MORENO	CARIOCA	ESF ANJOS DA SAÚDE
2202425	UNIDADE BASICA DE SAUDE EROTILDES BRUNO GOMES	MANJA LEGUAS	ESF SAÚDE EM AÇÃO
2202409	UNIDADE BASICA DE SAUDE FRANCISCA SALES GONCALVES	SANTO ANTÔNIO	ESF SAÚDE E VIDA
2202417	UNIDADE BASICA DE SAUDE RAIMUNDO CAMPOS CARVALHO	SÃO BENTO	ESF CUIDAR
3189589	UNIDADE BASICA DE SAUDE VILA DO CARMO	VILA DO CARMO	ESF VIVA SAÚDE
9463577	UBS CUNHAS	CUNHAS	ESF SAÚDE E VIDA
6929745	UBS APOIO JOSE CALAZANS DE SOUZA	PINHEIROS ALTOS	ESF ANJOS DA SAÚDE
9465138	UBS MESTRE CAMPO	MESTRE CAMPOS	ESF CUIDAR
6893139	UBS RAFAELA CARDOSO DA SILVA	TAQUARAÇU	ESF SAÚDE E VIDA
9465057	UBS SANTO ANTONIO DO PIRAPETINGA	BACALHAU	ESF SAÚDE EM AÇÃO
9463550	UBS VEREADOR JOSE DE PAULA ASSIS	GUINÉ	ESF CUIDAR

3.6.2 Assistência Ambulatorial Especializada

3.6.2.1 AME – Ambulatório Municipal de Especialidades

O AME é uma unidade de saúde ambulatorial municipal de reabilitação e orientação terapêutica com ênfase nas necessidades da Atenção Básica. Proporciona um atendimento de forma próxima e acessível ao cidadão, através da prestação de um conjunto de serviços que garantam uma intervenção rápida e eficaz. O atendimento no AME é referenciado e programado, em regime de consultas por demanda e encaminhamentos.

ESPECIALIDADES OFERECIDAS

- CARDIOLOGIA*
- FISIOTERAPIA
- FONOAUDIOLOGIA
- GINECOLOGIA**
- NEUROPEDIATRIA
- NUTRIÇÃO
- ORTOPEDIA*
- PEDIATRIA**
- PSICOLOGIA ADULTO***
- PSICÓLOGIA INFANTIL
- PSIQUIATRIA***
- TERAPIA OCUPACIONAL
- UROLOGIA*
- ENDOCRINOLOGIA
- NEUROLOGIA
- OFTALMOLOGIA

** Consultas no HSVP*

*** Consultas na UBS Dr Sólon*

**** Consultas no CAPS*

3.6.2.2 Convênio com o Hospital São Vicente de Paulo

O Município de Piranga mantém o atendimento especializado em consultas e exames não ofertados por equipe própria através de contrato de prestação de serviços junto às pessoas físicas e jurídicas. Atualmente, a sua execução é contratada através do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP.

EXAMES REALIZADOS PELO HSVP - CONTRATO

- EEC
- RAIOS-X

3.6.2.3 Convênio com CISAP-VP

O Município de Piranga mantém um contrato de rateio para o custeio de consultas e exames em caráter complementar junto ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e do Vale Piranga – CISAP VP.

CONSULTAS E EXAMES PELO CISAP-VP
ALERGOLOGIA
ANGIOLOGIA
ANGIORRESSONANCIA DIVERSAS COM OU SEM CONTRASTE
AUDIOMETRIA TONAL, VOCAL, IMPEDANCIOMETRIA
CARDIOLOGIA
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍN PROJEÇÕES)
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍN 3 PROJEÇÕES)
CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)
CIRURGIÃO GERAL
COLANGIORRESSONANCIA
COLONOSCOPIA (INCLUI RETOSSIGMOIDOSCOPIA)
DENSITOMETRIA OSSEA CORPO TOTAL
DERMATOLOGIA
DUPLEX SCAN - ARTÉRIAS RENAIS
DUPLEX SCAN - CARÓTIDAS E VERTEBRAIS
DUPLEX SCAN - MI VENOSO E ARTERIAL
DUPLEX SCAN - MI VENOSO OU ARTERIAL
DUPLEX SCAN - MMII VENOSO OU ARTERIAL
DUPLEX SCAN - MMSS VENOSO OU ARTERIAL
DUPLEX SCAN - MS VENOSO OU ARTERIAL
ECODOPLERCARDIOGRAMA COLORIDO ADULTO

EEGQ QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL)

ELETROENCEFALOGRAMA COM LAUDO

ELETRONEUROMIOGRAFIA MMII

ELETRONEUROMIOGRAFIA MMSS

ENDOCRINOLOGIA ADULTO

ENDOCRINOLOGIA INFANTIL

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

ESPIROMETRIA COM BRONCODILATADOR

ESPIROMETRIA SIMPLES

GASTROENTEROLOGIA

HOLTER 24HS

MAPA (MAPEAMENTO AMBULATORIAL PRESSÃO ARTERIAL

MAPEAMENTO DE RETINA

MASTOLOGIA

NEFROLOGIA

NEUROLOGIA

OFTALMOLOGIA

PAAF - TIREOIDE

PROCTOLOGIA

RESSONÂNCIA ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERIT

RESSONÂNCIA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)

RESSONÂNCIA BACIA (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS)

RESSONÂNCIA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR

RESSONÂNCIA COXA OU PERNA (UNILATERAL)

RESSONÂNCIA CRÂNIO (ENCÉFALO)

RESSONÂNCIA PÉ OU ANTEPÉ (UNILATERAL)

RESSONÂNCIA PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS)

RETOSSIGMOIDOSCOPIA

REUMATOLOGIA

TESTE ERGOMÉTRICO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME INFERIOR / BACIA / PELVE - C/ OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME TOTAL - C/ OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO - C/ OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBUL OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TÓRAX - C/ OU S/ CONTRASTE

UROLOGIA

USG ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)

USG BOLSA ESCROTAL

USG COM DOPPLER OBSTÉTRICO

USG COM DOPPLER TIREOIDE

USG ENDOVAGINAL

USG MAMAS

USG TIREÓIDE

3.6.2.4 PPI – Programação Pactuada e Integrada

O Município de Piranga define também as suas ações de saúde para a população através da PPI - Programação Pactuada e Integrada junto Estado de Minas Gerais através do Sistema Único de Saúde com a alocação dos recursos financeiros para saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados. Inúmeras ações em promoção e prevenção em saúde e procedimentos com finalidade diagnostica, clínicos e cirúrgicos, órteses, próteses e materiais especiais e outros são realizados anualmente.

*Produção Ambulatorial por local de atendimento e grupo de procedimentos **

	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
Grupo de procedimentos	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	-	-	4.220	4.220
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	32.938	31.534	31.112	30.814	38.026	36.111	27.879	22.760	18.808	14.998	247.302	18.178	3.653.760	3.648.785
03 Procedimentos clínicos	26.182	23.341	26.844	21.144	34.038	27.858	27.887	25.488	14.512	12.809	19.374	17.366	1.901.819	1.899.057
04 Procedimentos cirúrgicos	529	479	463	423	447	382	374	374	181	181	101	101	20.963	20.829
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	6.212	6.212
06 Medicamentos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	2.828.759	2.828.759
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Dados de 2012 a 2016 – Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), procedimentos de média e alta complexidade, acesso em 12 de junho de 2017;
Dados de 2017 – Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), procedimentos de média e alta complexidade, acesso em 15 de janeiro de 2018;
Dados de 2018 – Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) procedimentos de média e alta complexidade, acesso em agosto de 2018.
** Foi aplicado à pesquisa apenas as complexidades "Média Complexidade" e "Alta Complexidade". Portanto, está excluído do filtro da pesquisa as complexidades "Atenção Básica" e "Não se Aplica"*

*Produção Hospitalar por local de internação e grupo de procedimentos**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Grupo de procedimentos	**Aprovada**	**Aprovada**	**Aprovada**	**Aprovada**	**Aprovada**	**Aprovada**	**Aprovada**
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	0	0	0	0	0	-	-
03 Procedimentos clínicos	783	725	644	519	228	294	294
04 Procedimentos cirúrgicos	0	0	0	0	0	-	-
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	0	0	0	0	0	-	-

Fonte: Dados de 2012 a 2016 - Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), procedimentos de média e alta complexidade, acesso em 12 de junho de 2017;
Dados de 2017 - Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), procedimentos de média e alta complexidade, acesso em 15 de janeiro de 2018;
Dados de 2018 - Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) procedimentos de média e alta complexidade, acesso em agosto de 2018;
** Foi aplicado à pesquisa apenas as complexidades "Média Complexidade" e "Alta Complexidade". Portanto, está excluído do filtro da pesquisa as complexidades "Atenção Básica" e "Não se Aplica"*

3.6.2.5 CAPS

O CAPS – CENTRO DE REFERÊNCIA PSICOSSOCIAL é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes, transtornos mentais decorrentes de uso abusivo de álcool e drogas e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida.

O CAPS de Piranga é de tipo I de acordo com o critério populacional e pactuação com o município de Senhora de Oliveira com rede básica com ações de saúde mental, criado através da Lei Municipal nº 1403/2010.

ATENDIMENTOS CAPS EM 2022	
ATENDIMENTOS	6.120
ATENDIMENTOS EM GRUPOS TERAPÊUTICOS	1.018
CAPS DIÁRIO (FREQUENCIA INTENSIVA E SEMI INTENSIVA)	0240
AÇÕES DE MATRICIAMENTO AO PSF (REUNIÕES PARA ESTUDO DE CASO)	084*
ATENDIMENTOS EXTRA-CAPAS A PACIENTES AGRAVADOS	072
ENCAMINHADOS PARA INTERNAÇÃO (FHEMIG)	006

3.6.3 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de

situação de saúde da população. A Vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

A Vigilância Epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias e age no controle dessas doenças específicas.

A Vigilância Ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde (o controle da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores).

A Vigilância Sanitária tem sua ação no controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde e inspeção nos processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.

Já a área de Saúde do Trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Vigilância Ambiental

Número de óbitos por dengue	2017	2018	2019	2020
	0	0	0	

Número de óbitos por leishmaniose visceral	2017	2018	2019	2020
	0	0	0	

Proporção de cães vacinados na campanha antirrábica (%)	2018	2019	2020	Parâmetro: 90% de cobertura
	0,00	111,44		

Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	2017	2018	2019	2020
	14,06	6,25	6,25	

3.6.4 Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar é prestada pelo Hospital São Vicente de Paulo, entidade sem fins lucrativos, com prestação de atendimento ambulatorial, urgência e emergência, internações e cirurgias com convênio com a Prefeitura Municipal, SES/MG e SUS.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - LEITOS		
Descrição	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
CLINICA GERAL	19	17
OBSTETRICIA CLINICA	3	3
PEDIATRIA CLINICA	5	5

ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA DO HSVP
• URGÊNCIA
• SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
• INTERNAÇÃO
• AMBULATORIAL

3.6.5 Assistência de Urgência e Emergência

O município de Piranga é integrante do CISRU - Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência Centro Sul que tem a finalidade a prestação de serviços de urgência e emergência do SAMU, através de uma Rede Regional de Urgência e Emergência com 51 (cinquenta e um) Municípios Consorciados, em atendimento integral de qualidade em tempo e local oportuno, possibilitando a redução de sequelas e mortes evitáveis, tendo o Hospital São Vicente de Paulo como hospital de referência.

3.6.6 Assistência Farmacêutica

Organização da Assistência Farmacêutica

Município dispensa medicamentos via SIGAF?	Sim, via integração
Existe uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais	Sim
Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica?	Sim
Nº de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica	2

Componente Básico

Quantidade Distribuída (em unidades farmacêuticas)					
2014	2015	2016	2017	2018	2019
1.957.786	2.395.215	1.725.903	2.853.420	1.693.071	1.415.914

Forma de Gestão

TCM – Totalmente Centralizada no Munícipio

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 2525, Acesso em 29 de janeiro de 2018.

Componente Estratégico

Quantidade Distribuída (em unidades farmacêuticas)					
2014	2015	2016	2017	2018	2019
50.860	11.873	3.215	11.846	7.145	510*

*Até julho/2019

Componente Especializado

Número de Pacientes Cadastrados					
2014	2015	2016	2017	2018	2019
31	30	33	34	61	94*

Programa Farmácia de Todos

Situação no Programa Farmácia de Todos	*Contemplado*
Número de Unidades Financiadas	*1*

Fonte: Resoluções SES/MG nº 1476/2008, nº 1903/2009, nº 2054/2009, nº 2340/2010, nº 3275/2012, nº 3727/2013, nº 3745/2013, nº 3976/2013, nº 4592/2014, nº 5073/2015 e nº 5163/2016

3.6 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.7.1 Infraestrutura

O Município de Piranga possui dois tipos de estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde que são as unidades básicas de Saúde e as unidades de apoio. Estes estabelecimentos devem dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem de maneira adequada a ação dos profissionais de saúde e resolução dos problemas de saúde da comunidade proporcionando uma ambiência atenção acolhedora e humana, de acordo com as normas legais vigentes.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - Engloba um conjunto de ações e serviços longitudinais de saúde no âmbito individual e coletivo, de caráter territorial e comunitário, que abrange o cuidado/tratamento, a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, a vigilância em saúde, a reabilitação e a redução de danos à saúde, coordenando ou integrando o cuidado fornecido em outros pontos de atenção.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	LOCALIDADE
UBS DR SOLON ILDEFONSO	CENTRO
UBS DURVAL LINO MORENO	CARIOCA
UBS EROTILDES BRUNO GOMES	MANJA LÉGUAS
UBS RAIMUNDO CAMPOS CARVALHO	SAO BENTO
UBS FRANCISCA SALES DE OLIVEIRA	SANTO ANTONIO
UBS VILA DO CARMO	VILA DO CARMO

UBS-APOIO - Unidade que não é sede de equipe de saúde da família, servindo apenas como ponto de apoio. Estão localizadas em áreas rurais, distritos, áreas urbanas de difícil acesso ou que apresentem barreiras geográficas ao acesso da população residente à UBS sede.

UNIDADES DE APOIO	LOCALIDADE
UNIDADE DE APOIO CUNHAS	CUNHAS
UNIDADE DE APOIO JOSE CALAZANS DE SOUZA	PINHEIROS ALTOS

UNIDADE DE APOIO MESTRE CAMPO	MESTRE CAMPO
UNIDADE DE APOIO RAFAELA CARDOSO DA SILVA	TAQUARAÇU
UNIDADE DE APOIO SANTO ANTONIO DO PIRAPETINGA	BACALHAU
UNIDADE DE APOIO VEREADOR JOSÉ DE PAULA ASSIS	GUINÉ

UNIDADES QUE COMPÕEM O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRANGA

- 01 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
- 01 CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
- 01 FARMÁCIA MUNICIPAL “DOSE CERTA”
- 01 AME – AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES
- 01 CLÍNICA DE FISIOTERAPIA – ANEXO DO AME
- 01 SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
- 01 ALMOXARIFADO GERAL
- 12 UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE

3.7.2 Estrutura e Funcionamento

O município conta hoje com cento e oitenta funcionários lotados na SecretariaMunicipal de Saúde junto ao Programa Estratégia Saúde da Família e outros serviços.

A composição mínima das equipes ESF/ESB é definida na Lei nº 1413/2010: 01 Médico; 01 Enfermeiro; 02 Auxiliares de Enfermagem; 06 Agentes Comunitários de Saúde; 01 Auxiliar de Consultório Dentário e 01 Dentista.

A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) é composta por um número variável de profissionais, com carga horária total somada de 20h semanais, e carga horária individual entre 20 e 40 horas semanal. A composição do NASF-AB é definida pela Lei nº 1341/2008 alterada pela Lei nº 1442/2010 e atualmente é composta: Psicólogo, Nutricionista,

Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social. As ações desenvolvidas pelo NASF vêm de encontro como equipe apoiadora as ESF.

Embora o Ministério da Saúde em nota técnica acabou com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e não mais realizar seu financiamento e credenciamento, o Município de Piranga manteve o modelo com equipe integrada de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para o apoio e fortalecimento da Saúde da Família.

A organização do acesso e acolhimento objetiva a resolutividade e efetividade dos problemas encontrados nos serviços de atenção primária. O funcionamento do serviço tem como principal foco atender as necessidades dos usuários privilegiando a organização das ofertas dos serviços a partir das demandas de saúde apresentadas.

Para orientação das condutas é indispensável a utilização e seguimento de um fluxograma definido e padronizado em todas as unidades de saúde, ao lado com outras medidas organizacionais estabelecidas, que visem a redução/eliminação de filas, a organização do atendimento, e a capacidade de resolubilidade e efetivo acesso à Atenção Primária e aos demais pontos de atenção do SUS.

Os pacientes que chegam à UBS em SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA são encaminhados ao Hospital São Vicente de Paulo, seja em carro da equipe ou via SAMU, e os que necessitam de ser encaminhados para a atenção secundária (exames diagnósticos e especialidades) são encaminhados ao Departamento Municipal de Saúde para um posterior agendamento. A UBS coordena sua agenda diária de maneira a garantir o acesso da Demanda Programa e Demanda espontânea com a organização do atendimento.

3.7.3 Gestão

Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios.

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

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

O município de Piranga desta forma integra o SUS - Sistema Único de Saúde visando uma resposta local, através de um conjunto de ações de saúde, contínuo e sistematizado, para as necessidades de saúde da população em consonância com os princípios e diretrizes da PNAB – Política Nacional de Atenção Básica. Segundo a PNAB, o conjunto de ações de saúde realizado tanto, no âmbito individual e/ou coletivo, é chamado de “Atenção Básica” ou também de “Atenção Primária à Saúde” abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A Atenção Primária é realizada através das práticas de cuidado e gestão sob responsabilidade de equipes distribuídas em territórios definidos com atuação ampla que vão desde as áreas estratégicas (hipertensão arterial, diabetes, saúde da criança e a saúde da mulher) até as demandas de cuidado da população (consultas, exames, procedimentos clínicos e pequenas cirurgias).

A assistência à saúde no município de Piranga é realizada através da Secretaria Municipal de Saúde por um Termo de Compromisso de Gestão, que firma pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS.

3.7.4 Financiamento

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde.

Os recursos financeiros oriundos da União tinham o repasse prescrito sob a modalidade fundo a fundo e foi regulamentado inicialmente através da Portaria/GM nº 204/2007, que instituiu os 05 (cinco) Blocos Financeiros que são: (I) Atenção Básica; (II) Atenção de Média e Alta Complexidade; (III) Vigilância em Saúde; (IV) Assistência Farmacêutica e (V) Gestão SUS, e posteriormente a Portaria/GM n.º 837/2009 inseriu o VI, chamado de Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Dentro de cada bloco existem os componentes específicos para o desenvolvimento dos programas ou ações de saúde.

A edição da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 que promoveu a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e a suas alterações pela Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento, com conta única para cada um, sendo que os recursos devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, de acordo como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde:

I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e

II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

O Estado também repassa os recursos na modalidade fundo a fundo, em contas bancárias exclusivas para cada ação, que são abertas através da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais ou pelo próprio Município.

O financiamento das ações de saúde conta também com recursos oriundos de transferências voluntarias de origem Federal e/ou Estadual, que são denominados de Convênios, Acordos ou Contratos de Repasses, que em alguns casos exigem inserção de contrapartida municipal.

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal nº 1144/2002 e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

A inserção da contrapartida municipal foi definida através da Emenda Constitucional nº 029/2000, regulamentada pela Lei nº 141/2012, que determina um investimento mínimo de 15% (quinze por cento), nas ações e serviços públicos de saúde.

A gestão do Fundo Municipal de Saúde é da Secretaria Municipal de Saúde e que possui autonomia na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada junto ao Departamento Municipal da Fazenda.

3.7.5 O CONTROLE SOCIAL

O controle social é a participação garantida da população e é feito nas seguintes instâncias colegiadas:

Conferência Municipal de Saúde

- A Conferência Municipal de Saúde: convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde, tem o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Conselho Municipal de Saúde

- O Conselho Municipal de Saúde foi instituído inicialmente pela Lei Municipal nº 893/1994 e através da Lei Municipal nº 1894/2021 foi atualizada mantendo o caráter permanente, deliberativo e colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e competência na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo Prefeito Municipal.

4. DIRETRIZES DO PMS

As diretrizes do Plano Municipal de Saúde foram definidas de acordo com o aprovado na 6ª Conferência Municipal de Saúde e a seguir descritas.

I. Democracia e Saúde
II. Saúde como Direito
III. Consolidação dos Princípios do SUS
IV. Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS

Propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde de 10/12/2021:

1. Ampliação da equipe multidisciplinar para atendimento na UBS (assistente social, psicólogo, etc);
2. Ampliar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças;
3. Ampliar o atendimento médico em Venda Nova para 01 vez por semana;
4. Atendimento de equipe de saúde da família na escola de Santa Teresa;
5. Buscar parceria para criação de uma Casa de Apoio para uso da população que realiza tratamento TFD;
6. Buscar parcerias para construção de rede de esgoto em todas as comunidades; tratamento de esgoto (Cunhas e São Bento); realizar análise da água consumida na zona rural;
7. Construção da Farmácia Municipal; encanamento de água na Barra e Campo de Aviação;

8. Construção da Unidade Básica de Saúde em Bacalhau e na Vila do Carmo;
9. Construção de um espaço para lazer e prática de atividades físicas nas comunidades rurais e contratação de educador físico;
10. Disponibilizar transporte da prefeitura ida e volta de Pinheiros Altos para o centro de Piranga, a fim de realizar exames e consultas em outra cidade;
11. Divulgar antecipadamente as atividades realizadas pelo Departamento de Saúde (palestras/seminários) através das redes sociais, rádio e carro de som;
12. Divulgar o calendário de reuniões do Conselho Municipal de Saúde e de Assistência Social com data, horário e local;
13. Estruturar as UBS para coleta de exames laboratoriais;
14. Estruturar as UBSs para melhorar/aumentar a variedade e quantidade dos medicamentos da farmácia básica;
15. Maior agilidade na marcação dos retornos, consultas e cirurgias principalmente do urologista, ortopedista, reumatologista, angiologista e cardiologista;
16. Melhoria e conservação das estradas inclusive das periféricas com devido planejamento e fiscalização;
17. Ofertar medicamentos para atendimento de urgência na UBS;
18. Patrolar a estrada principal, cascalhar com manutenção periódica as demais estradas de acesso as comunidades e capacitar os patroleiros;
19. Que os profissionais adicionais atendam com mais frequência na UBS;
20. Trazer o atendimento do CRAS para comunidade de Taquaraçu.

5. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

A previsão orçamentária para Saúde corresponde aos instrumentos de planejamento e orçamento definidos pelo Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA.

O PPA 2022-2025 vem estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da Administração Pública. Cabendo à LDO, anualmente, enunciar as políticas públicas e respectivas prioridades para cada exercício, sendo que a LOA definirá os principais objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro.

Para fins orçamentários foram definidos cinco programas: GESTÃO DO SUS; ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR – SEM DEMORA; ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; VIGILÂNCIA EM SAUDE EM AÇÃO VIGIA/VISA PIRANGA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

1. PROGRAMA GESTÃO DO SUS

AÇÕES

GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Finalidade: PROMOVER UM ATENDIMENTO EFICAZ E DE QUALIDADE A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO

AQUISIÇÕES DE EQUIPAMENTOS PARA GESTÃO ADM. SAÚDE

Finalidade: AQUISIÇÕES DE EQUIPAMENTOS PARA GESTÃO ADMNISTRTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2. PROGRAMA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR – SEM DEMORA

AÇÕES

CONTRATO DE RATEIO - CONSÓRCIO CISAP-VP

Finalidade: RATEIO DOS RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIOS A REALIZAÇÃO DAS DESPESAS DE CUSTEIO DO CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO ALTO PARAOPEBA E VALE DO PIRANGA - CISAP-VP .

SUBVENÇÃO AO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Finalidade: CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO AO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO PARA SUBSIDIAR O DESENVOLVIMENTO DE SUAS ATIVIDADES

CONTRATO DE RATEIO- CONSÓRCIO CISRU

Finalidade: RATEIO DOS RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIOS A REALIZAÇÃO DAS DESPESAS DE CUSTEIO DO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA DO CENTRO SUL- CISRU, PARA GERENCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MICRORREGIÃO CENTRO SUL E ATENDIMENTO A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO, EM CONFORMIDADE COM CONTRATO DE RATEIO.

REPASSE HSVP REDE HOSPITALAR URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

Finalidade: O PRESENTE TERMO DE COMPROMISSO TEM POR OBJETO A ADESÃO DO MUNICÍPIO/SMS AO PROGRAMA REDE DE RESPOSTA HOSPITALARÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, MEDIANTE A EXECUÇÃO DESSAS ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS, VISANDO O CUSTEIO DESSAS ATIVIDADES, POR INTERMÉDIO DA PACTUAÇÃO E METAS DE DESEMPENHO.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Finalidade: CONSOLIDAR UM MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL ABERTO E DE BASE COMUNITÁRIA. CONSTITUÍDO POR DISPOSITIVOS ASSISTENCIAIS DIVERSOS QUE DEVEM FUNCIONAR DE FORMA ARTICULADA, A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR– REDE MAC

Finalidade: GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NA BUSCA DA EQÜIDADE E DA HUMANIZAÇÃO DE SUA PRESTAÇÃO.

AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS E EQUIPAMENTOS PARA REDE MAC

Finalidade: GARANTIA DE DISPONIBILIDADE SUFICIENTE DE VÉICULOS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS AO ATENDIMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, SEGUNDO OS PARÂMETROS DE QUALIDADE VIGENTES.

SERV. ESPECIALIZADOS - CONSÓRCIO CISAP-VP

Finalidade: PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE CONSULTAS, EXAMES E PEQUENAS CIRURGIAS, COM FINALIDADE DE COMPLEMENTAR/SUPLEMENTAR A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.
SERVIÇO DE TRANSPORTE DE UNIDADE MÓVEL DE UTI, UTI ADULTO E UTI INFANTIL/NEONATAL, SENDO QUE O SERVIÇO/AMBULÂNCIAS OBEDECERÃO Á CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE AMBULÂNCIAS, EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS E MEDICAMENTOS ,CONFORME PORTARIA GM/MS Nº 2048, DE 5 NOVEMBRO DE 2002.

CONTRIBUIÇÃO AO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Finalidade: CONTRIBUIÇÃO AO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

3. PROGRAMA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

AÇÕES

SENTENÇAS JUDICIAIS MEDICAMENTOS, SERV E INS SAÚDE

Finalidade: ATENDIMENTO À DETERMINAÇÃO JUDICIAL PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E SERVIÇOS DE SAÚDE.

DOSE CERTA- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Finalidade: PREVENÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO PACIENTE ATRAVÉS DO ACESSO FACILITADO ÀS TERAPIAS MEDICAMENTOSAS E INSUMOS.

4. PROGRAMA VIGILÂNCIA EM SAUDE EM AÇÃO VIGIA/VISA PIRANGA

AÇÕES

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITARIA

Finalidade: PROMOVER E PROTEGER A SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DE AÇÕES INTEGRADAS E ARTICULADAS DE COORDENAÇÃO, NORMATIZAÇÃO, CAPACITAÇÃO, EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO, APOIO TÉCNICO, FISCALIZAÇÃO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO EM VIGILÂNCIASANITÁRIA.

AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ CONTROLE DE ENDEMIAS

Finalidade: ORGANIZAÇÃO E A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM A FINALIDADE DE GARANTIR A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS.

SERV. ESPEC. CIMVALPI - RESIDUOS SOLIDOS SAUDE

Finalidade: CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA, TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL DO LIXO RESIDUAL DA SAÚDE.

5. PROGRAMA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AÇÕES

APOIO SOCIAL AOS USUÁRIOS DO SUS

Finalidade: DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS, OXIGÊNIO, FORMULA NUTRICIONAL, ETC, AOS USUÁRIOS DO SUS COM COMPROVADA CARÊNCIA FINANCEIRA ATRAVÉS DE RELATÓRIO SOCIAL.

MANUTENÇÃO DOS PROGRAMAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Finalidade: CONSOLIDAR A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA E O CENTRO ARTICULADOR DO ACESSO DOS USUÁRIOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, ORIENTADA PELOS PRINCÍPIOS DA ACESSIBILIDADE, COORDENAÇÃO DO CUIDADO, VÍNCULO, CONTINUIDADE E INTEGRALIDADE.

Diretrizes, objetivos, metas, ações e indicadores para ampliação e qualificação das prioridades em saúde

DIRETRIZ 1
Promover o acesso da população aos serviços de saúde, com equidade, integralidade, humanização, organizando a rede de atenção à saúde, priorizando as necessidades de saúde da população e tornando a atenção básica ordenadora do cuidado.

Objetivo 1: Aprimorar a estrutura da atenção primária em saúde.

Meta:

Adequação de 80% das estruturas das unidades de saúde da família até dezembro de 2025.

Ações:

- Implantar nova equipe de estratégia saúde da família, garantindo a cobertura para todas as estratégias de saúde dafamília;
- Ampliar o funcionamento da UBS Dr Sólon o com horário estendido ate ás 22h, financiadas pelo Programa Saúde na Hora;
- Reformar as Unidades Básicas de Saúde – UBS e locais que sevirão de ponto de apoio para atendimento da Estratégia Saúde da Família – ESF ;
- Manter em toda rede básica de saúde, o prontuário eletrônico Esus/AB, garantindo as informações do paciente e o envio do atendimento ao ministério da saúde e implementar conectividade por meio de internet todos os pontos de apoio para utilização de prontuárioeletrônico e outros;
- Adquirir equipamentos e mobiliários para adequação dos serviços de 100% das unidades de Saúde;
- Construir as UBS de Santo Antônio do Pirapetinga e Vila do Carmo;
- Estruturar as UBS para coleta de exames laboratoriais;
- Criar pontos de apoio para atendimento ESF nas comunidades de Santa Tereza, Rio Abaixo, Bandeira, Beira Rio, Morro, Tapera e Cristais;
- Adequar o número de profissionais técnicos e administrativos em todas unidades de saúde, conforme a necessidade e calculo dimensional. Respeitando assim as atribuições de cada profissional, assim como o orçamento público municipal para saúde;
- Garantir os insumos básicos pararealização dos serviços em toda rede básica de saúde;
- Ampliar a contratação de veiculos para transporte de usuarios e equipes de saúde;
- Adquirir e padronizar o vestuário e crachás para todos os profissionais de saude;
- Construir espaço para lazer e prática de atividades físicas nas comunidades rurais e contratar profissional educador físico;

- Ampliar a equipe multidisciplinar para atendimento na UBS (assistente social, psicólogo, etc) e aumentar a frequencia desse atendimento;
- Garantir a manutenção das unidades, com serviços preventivos e corretivos, incluindo equipamentos e prédios.

Indicador:

Nº de unidades de saúde da família com infraestrutura adequada X 100
Nº unidades de saúde da família.

Objetivo 2: Planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para o atendimento das necessidadesde saúde dos usuários/famílias residentes no território.

Meta:

Realizar territorialização e cadastramento de 100% da população, até dezembro de 2025, com identificação de prioridades nos grupos sociais e definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, e assim maior impacto sobre os níveis de saúde e condições de vida da população e a partir das suas necessidades organizar os serviços de saúde.

Ações:

- Realizar readequação das áreas e micro áreas do território;
- Manter atualizado o cadastro de usuários/ famílias;
- Realizar estratificação de risco dos usuários/ famílias;
- Implantar protocolos clínicos, com ênfase nas principais linhas de cuidados básicos garantindo ao usuário o atendimento adequado;
- Participar, acompanhar e fortalecer as ações voltadas a prevenção e tratamento de Doenças Crônicas não transmissíveis e transmissíveis, assim como as doenças de maior prevalência na região;
- Monitorar e acompanhar junto a área
- Ampliar a porta de entrada nas unidades básicas, ofertando o maior número de atendimentos o mais precoce possível;
- Implantar junto às unidades básicasde saúde ações de atividades físicas;
- Desenvolver e acompanhar as atividades do programa saúde na escola (PSE), em parceria com o Departamento Municipal de Educação;
- Fortalecer as unidades básicas desaúde com equipes multidisciplinares;
- Promover ações de promoção de saude para usuários e profissionais de saúde.

Indicador:

Nº equipes de saúde da família com territorializadas e com cadastros atualizados x 100
Nº equipes de saúde da família

Objetivo 3: Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária em saúde de forma integrada e planejada.

Meta:

Promover educação permanente para 90% dos profissionais da atenção primária em saúde até dezembro de 2025.

Ações:

- Implantar estratégia político- pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde, e relaciona o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação do controle social;

-Promover diretamente ou em cooperação com Estado e União processos de educação permanente em saúde;

- Promover a descentralização do atendimento da ESF, aumentando o acesso da populaçao aos serviços de saúde;
- Incentivar junto a rede de ensino a realização de açoes educativas e de conhecimento do SUS;
- Fortalecer a atenção básica, através de oficinas e capacitações, com o objetivo de cumprir suas tarefas de forma integral, coordenada e articulada;
- Qualificar as equipes de saúde, para atuar junto ao acolhimento com escutas qualificadas, ampliando a cobertura de assistência e resolutividade na atenção básica, reduzindo as internações por causas sensíveis;
- Implementar políticas voltadas a estratégicas prioritárias descritas no pacto pela vida.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº de profissionais de saúde da APS em processo de educação permanente}}{\text{Nº de profissionais de saúde da APS}} \times 100.$$

Objetivo 4: Aprimorar a política municipal de assistência à saúde bucal, garantindo assistência odontológica dequalidade com eficiência e resolutividade nos diferentes ciclos da vida.

Metas:

Meta 1: 60% de gestantes com atendimento odontológico realizado;
Meta 2: 100% das escolas municipais com realização de ações de saúde bucal do Programa Saúde na Escola – PSE ;

Meta 3: Realizar no mínimo 240 proteses removíveis (dentadura e roach) ao ano;

Meta 4: Implantar a 8ª equipe de Saúde Bucal.

Ações:

- Consulta inicial, acompanhada de tratamento curativo e/ou preventivo;

- Realizar agenda conjunta de pré-natal para o médico e o dentista da equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família;

- Orientar as gestantes sobre a importância da realização do cuidado odontológico durante a gravidez;

- Realizar atividades educativas (coletivas) de saúde bucal com as gestantes, crianças e população em geral;

- Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal com criação de mais uma equipe de saúde bucal para atendimento noturno;
- Aquisição de mobiliários e equipamentos para os consultórios das UBS;
- Garantir as metas mínimas de atendimento, oferecendo a assistência a toda população, dando acesso às consultas programadas e demandas livres;
- Retomar as ações de promoção, prevenção e tratamentos em saúde bucal, com interface com arede de educação municipal, priorizando as ações de educação em saúde;
- Garantir assistência a saúde bucal com fluxo de referência e contra referência junto ao serviço especializado;
- Confeccionar próteses dentárias para os pacientes a partir de levantamento de necessidades;
- Implantar protocolo de classificação de risco (individual/coletiva) respeitando os princípios da integralidade e equidade no acesso;
- Realizar capacitações para todos os profissionais da rede de saúdebucal, dando ênfase na educação continuada;
- Prover manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos para toda rede de saúde bucal;
- Garantir os insumos mínimos para atendimentos aos usuários, com base nos recursos disponibilizados para esta finalidade;
- Integrar os profissionais de saúde bucal das estratégias de saúde da família, junto as visitas domiciliares, tendo em vista as diretrizes ministeriais do Programa;
- Rever, implantar e acompanhar a utilização dos
- Garantir que toda rede de saúde bucal, realize o atendimento via prontuário eletrônico (Esus/Ab);
- Implantar nos protocolos assistenciais de saúde bucal, a assistência e Saúde dos Trabalhadores;
- Estabelecer fluxo de atenção junto ao programa saúde na escola, com ênfase na prevenção, tratamento e acompanhamento da saúde bucal;
- Realizar ações de saúde bucal nas escolas da rede pública, dentro das unidades de saúde e outros seguimentos;
- Elaboração do guia de orientação em saúde bucal.

Indicadores:

Indicador 1: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

Indicador 2: Número Escolas Municipais com realização de ações de Saúde Bucal do PSE;

Indicador 3: Número de prótese removíveis confecçionadas ao ano;
Indicador 4: 8ª equipe de SB implantada.

Objetivo 5: Estabelecer redes de atenção voltadas a população com serviços organizados e integrados por meio de linhas de cuidado.

Meta:

Atender 70% da população com múltiplas deficiências temporárias ou permanentes por meio de estratificaçãode risco, conforme rede de cuidados a pessoas com deficiências até dezembro 2025.

Ações:

- Integrar os serviços públicos a população com deficiência de acordo com a estratificação de risco realizadapela Atenção Primária em Saúde;
- Consolidar a parceria com a APAE;
- Implantar o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG conforme Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.545, de 21 de agosto de 2013.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº pacientes com múltiplas deficiências temporárias ou permanentes estratificados}}{\text{Nº pacientes com múltiplasdeficiências temporárias os permanentes cadastrados}} \times 100$$

Meta:

Meta 1: 45% de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;
Meta 2: 60% de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
Meta 3: 40% de mulheres com coleta de citopatológico na APS ao ano;
Meta 4: 95% de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada.

Ações:

- Promover um acolhimento humanizado da mulher gestante, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a

continuidade da assistência, quando necessário;
- Capacitação dos profissionais de saúde da equipe para uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança;
- Implantar ações de captação e acompanhamento das gestantes no pré-natal;
- Garantir acesso ao pré-natal de 100% das gestantes na rede municipal de saúde;
- Implantar o teste rapido de gravidez nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e realizar todos exames relacionados ao pré-natal**;**
- Realizar o teste rápido para sífilis e HIV durante 1ª consulta da gestante na UBS e mais uma vez durante a gestação**;**
- Realizar exames citopatológicos do colo do útero, nas faixas etárias de 25 a 64 anos e outros, Conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- Manter o cadastro das mulheres de 25 a 64 anos atualizado na APS;
- Promover ações de conscientização da importância da realização dos exames citopatológico e de mamografia;
- Realizar busca ativa das mulheres faltosas aos exames citopatológioco de colo de útero e mamografia;
- Realizar mamografias em mulheres de 50 a 69 anos, conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- Realizar tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero em pacientes diagnosticados;
- Realizar assistência pré-natal adequada as gestantes de risco habitual e alto risco;
- Reduzir o número de cesarianas e incentivar ao parto normal;
- Ampliar e qualificar a oferta da atenção do planejamento reprodutivo nas unidade de Saúde da Família;
- Garantir o acesso e acompanhamento a 100% das crianças até um ano de vida;
- Realizar monitoramento e desenvolvimento das crianças;
- Realizar cobertura vacinal das crianças conforme protocolos do Ministério da Saúde;
- Criar a Caderneta a acompanhamento de vacinação de crianças menores de 1 ano para os ACS;
- Realizar buca ativa das crianças faltosas;
- Promover as campanhas educativas sobre a importância da vacinação.

Indicadores:

Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;
Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
Indicador 3: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;
Indicador 4: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difeteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada;

Meta:

Atender 100% população idosa por meio da rede de cuidado do idoso, garantindo a ação integral e sua qualidade à saúde.

Ações:

- Realizar cadastro e acompanhamento de usuários idosos com assistência multidisciplinar, visitas domiciliares sistematizada, visando prevenção, proteção e promoção da saúde do idoso que necessita de cuidados especiais;
- Garantir ações estratégicas para prevenção de quedas.
- Realização de visitas domiciliares em 100% dos idosos acamados;
- Promover cursos de capacitação de cuidadores de idosos;
- Apoiar instituição de longa permanência do município.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº usuários idosos acompanhados}}{\text{Nº usuários idosos cadastrados}} \times 100$$

Metas:

Meta 1: 50% de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;
Meta 2: 50% de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Ações:

- Realizar cadastro e acompanhamento de usuários;
- Garantir atenção integral aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus por meio das unidades de Saúde da Família;
- Utilizar os protocolos de atendimento de hipertensos e diabéticos;
- Realizar a mobilização dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados pela ESF e seus familiares;
- Agendar os pacientes hipertensos e diabéticos para consulta, orientação médica e recebimento do caderneta de controle;
- Elaborar do plano de ação educativa para os casos com alteração glicêmica e de pressão arterial;
- Realizar reuniões específicas para portadores de Hipertensão e Diabetes com intuito de prevenção de complicações e promoção da saúde nas unidades de Saúde da Família;

- Oferecer atenção multidisciplinar para a demanda conforme protocolo ministerial sobre atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus.

Indicadores:

Indicador 1: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;
Indicador 2: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

DIRETRIZ 2
Garantia e aprimoramento da assistência farmacêutica universal e integral no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a estruturação da rede de serviços e a sua força de trabalho da assistência farmacêutica das três esferas de governo.

Objetivo 1. Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional.

Meta:

Meta 1: Garantir o acesso gratuito da população a medicamentos do componente básico, estratégico e especializado da assistência farmacêutica, conforme necessidade para 70% da população conforme REMUME até dezembro de 2025;

Meta 2: Construir a farmácia municipal.

Ações:

- Divulgar a listagem de medicamentos padronizados pela REMUME para os profissionais prescritores e unidades de saúde do município;
- Atualizar a REMUME em parceria com os profissionais prescritos atuantes nas unidades de saúde com consequente diminuição de processos sociais e judiciais (medicamentos não padronizados que elevam em muito os gastos orçamentários);
- Promover ações de sensibilização aos prescritos visando maior adesão a prescrição de medicamentos padronizados na REMUME (ex.: redes sociais, grupos de compartilhamento, fóruns de discussões);
- Adquirir de material de informática para utilização dos Sistemas de Informação – SIGAF;
- Adquirir ar condicionado para a área de dispensação e outros ambientes;

- Adquirir mobiliários e equipamentos;
- Promover Educação Permanente para para farmacêuticos e atendentes de farmácia;
- Oferecer estágio para academicos de farmácia;
- Realizar capacitações com os agentes comunitários de saúde sobre o uso correto de medicamentos assim como as interações medicamentosas, dependência química, efeitos colaterais, resistências bacterianas,descarte correto de medicamentos, entre outros
- Construir a Farmácia Municipal dentro das normas da Vigilância Sanitária;
- Promover a Descentralização de 100% do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF);
- Ampliar relação de medicamentos disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Disponibilizar medicamentos para atendimento de urgência na UBS.

Indicador:

Indicador 1: Proporção de medicamentos da REMUME adquiridos;
Indicador 2 : Farmácia Municipal construida.

DIRETRIZ 3
Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde

Objetivo 1: Reduzir e controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.

Meta:

Meta 1: 100% de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado até dezembro de 2025.
Meta 2: 90% de registro de óbitos com causa básica definida até dezembro de 2025.
Meta 3: 75% de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.
Meta 4: 80% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
Meta 5: 100% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes até dezembro de 2025.
Meta 6: Máximo 4(quatro) casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
Meta 7: Manter zerado os casos novos de aids em menores de 5 anos.

Meta 8: 18,75 de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Meta 9: 0,5 de 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 até dezembro.
Meta 10: máximo de 4(quatro) de mortalidade infantil.
Meta 11: Manter zerado o Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência;
Meta 12: Realizar pelo menos 4 ciclos de visitas em 80% dos imóveis elegíveis para o controle vetorial de dengue, chikungunya e zika.
Meta 13: 100% de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho até dezembro de 2015.
Meta14: Acompanhar, anualmente, o estado nutricional de 30% da população até 2025.

Ações:

- Investigar óbito de mulher em idade fértil (MIF);
- Registrar os casos de violência atendidos no serviço de saúde por meio da Ficha de Notificação/Investigação de violência doméstica, sexual e outras violências;
- Investigar óbito por causa mal definida;
- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da qualidade das informações relativas às causas de mortalidade;
- Digitar mensalmente no e-SUS/SI-PNII todas as doses de imunobiológicos aplicadas;
- Realizar vacinação para todos os grupos etários contemplados nos 03 calendários de vacinação;
- Notificar e investigar todo caso de eventos adversos à vacinação;
- Realizar educação continuada em atividades de Imunização, para equipes de atenção primária;
- Promover ações de prevenção e combate ao COVID-19; - Realizar busca ativa para identificar fatores de resistência e pouca adesão as campanhas de vacinas;
- Priorizar imunização para grupos de risco, conforme protocolos preconizados;
- Melhorar a qualidade e agilidade na alimentação e atualização do SINAN para encerramento das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação;
- Capacitar os profissionais de saúde em relação a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública;
- Realizar a cura de Hanseníase entre casos novos diagnosticados nos anos das Coortes;
- Encerrar em tempo oportuno as notificações digitadas no SINAN;
- Notificar os casos de sífilis em gestantes;
- Investigar adequadamente os casos de sífilis congênita;
- Controlar a transmissão vertical do Treponema pallidum;
- Acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle;
- Realizar análises em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes

totais, cloro residual livre e turbidez;
- Investigar óbito fetal;
- Investigar óbito infantil;
- Promover ações de estimulo ao aleitamento materno;
- Promover a imunização e atenção às doenças prevalentes na infância;
- Fortalecer o acesso precoce ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao planejamento reprodutivo;
- Fortalecer a puericultura como forma de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Aplicar instrumento de estratificação de risco para identificar as crianças de risco precocemente e encaminhá-las para acompanhamento na referência;
- Investigar óbito materno;
- Assegurar o acesso a cuidados de qualidade na gravidez, durante e após o parto;
- Ofertar à população de baixa renda mais acesso a serviços de saúde de qualidade;
- Promover medidas de prevenção, planejamento familiar abrangente, que impeça a ocorrência de gravidez indesejada;
- Incentivar programas de apoio à saúde da mulher, facilitando acesso a informações sobre planejamento familiar, DST, prevenção do câncer de mama, gestação de risco, nutrição da mulher e do bebê;
- Promover ações de prevenção e controle (ações de campo) dos agravos dengue, zika, chikungunya e febre amarela;
- Realizar supervisão de campo das atividades de controle vetorial da dengue zika e chikungunya;
- Realizar pelo menos 4 ciclos de visitas em 80% dos imóveis elegíveis para o controle vetorial de dengue, chikungunya e zika;
- Realizar atividades de orientação nas escolas públicas municipais sobre medidas preventivaspara o controle do vetor;
- Reduzir o índice de infestação predial para o *Aedes Aegypti* no município;
- Adquirir equipamentos e insumos para o desenvolvimento do trabalho dos agentes de combate a endemias – ACE;
- Notificar e investigar 100% dos casos de agravos relacionados a vetores;
- Realizar o diagnóstico do perfil produtivo do município (mercado formal e informal) nas Unidades de Saúde que tenham Equipe de Saúde da Família (ESF) e Agente Comunitário da Saúde;
- Investigar os Acidentes de Trabalho Graves notificados;
- Capacitar profissionais de saúde sobre a importância o preenchimento do campo ocupação nas notificações relacionadas a acidentes de trabalho;
- Investigar os casos de Acidentes com produtos perigosos atendidos no município;
- Aumentar a notificação de agravos e doenças em saúde do trabalhador;
- Incentivar o preenchimento do campo CNAE nas fichas de notificação dos agravos/doenças relacionados ao trabalho para o conhecimento do perfil de morbimortalidade da população trabalhadora do município;
- Realizar o acompanhamento nutricional de idoso (60 ou mais anos);

- Realizar o acompanhamento nutricional de crianças de 0 a 5 anos e gestantes atendidas nos serviços de saúde da Atenção Primária;
- Monitorar o estado nutricional de saúde da população;
- Adquirir, a partir de indicação medica e/ou nutricional de fórmulas nutricionais para pacientes com vulnerabilidade social;
- Ofertar ações educativas e implantar ações de atividade física/prática corporal na atenção primária à saúde que visem o aumento do nível de atividade física na população;
- Ofertar a população tabagista o Programa de Abordagem Intensiva ao Fumante;
- Ofertar ações educativas no âmbito escolar enfocando: uso do álcool, tabaco, outras drogas e promoção da cultura da paz, alimentação saudável, práticas corporais e saúde reprodutiva;
- Realizar campanhas de prevenção ao uso de álcool e tabaco em serviços de saúde;
- Planejar e executar ações de prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas para com grupos de risco, enfocando os fatores protetores;
- Realizar campanha de vacinação antirrábica animal;
- Realizar a vigilância e controle da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) a partir da detecção precoce dos casos suspeitos;
- Realizar a vigilância e controle da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) por meio do encerramento oportuno de casos notificados;
- Notificar semanalmente todo caso de doença diarreica aguda (MDDA);
- Garantia de disponibilidade suficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento da vigilância em saúde, segundo os parâmetros de qualidade vigentes;
- Investigar oportunamente os óbitos das doenças transmitidas pelo Aedes, leishmaniose visceral e acidentes por animais peçonhentos;
- Identificar e examinar sintomáticos respiratórios;
- Fomentar ações de controle da tuberculose nas populações especiais selecionadas;
- Reduzir o percentual de abandono dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera;
- Realizar teste de HIV para todo paciente com diagnóstico de tuberculose;
- Realizar cultura em todas amostras suspeitas de tuberculose;
- Manter o cadastro dos Agentes de Combate a Endemias (ACEs) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) atualizado;
- Manter a Coordenação na área de Vigilância em Saúde no território municipal; - Realizar notificações de violência com o campo 65 (encaminhamentos) preenchido adequadamente;
- Realizar exame anti HIV em casos humanos confirmados de Leishmaniose Visceral (LV);
- Realizar investigação adequada dos Casos de Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola);
- Preencher notificações no SINAN com o campo raça/cor;
- Melhorar a qualidade das informações sobre causa básica de mortalidade de óbitos não fetais;
- Cadastrar estabelecimentos sujeitos a inspeção sanitária;
- Realizar abertura/fechamento de processos sanitários;
- Desenvolver ações de melhoria da qualidade dos estabelecimentos que comercializam e produzem

alimentos;

- Atender as denúncias;
- Realizar inspeções sanitárias;
- Realizar atividade educativa para o setor regulado pela vigilância sanitária;
- Realizar atividade educativa relacionada a vigilância sanitária para a população;
- Implantar o laboratório de agua;
- Buscar parcerias para construção de rede de esgoto em todas as comunidades;
- Adquirir mobiliários e equipamentos.

Indicadores:

Indicador 1: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado.
Indicador 2: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
Indicador 3: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.
Indicador 4: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
Indicador 5: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
Indicador 6: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
Indicador 7: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
Indicador 8: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Indicador 9: 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.
Indicador 10: Taxa de mortalidade infantil.
Indicador 11: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência;
Indicador 12: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Indicador 13: Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
Indicador 14: Percentual de acompanhamento estado nutricional da população.

DIRETRIZ 4
Garantia de acesso à população ao serviços especializados e de urgência e emergência, através da organização da rede de atenção à saúde, por meio do acesso humanizado e integral dos usuários do SUS.

Objetivo 1: Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades.

Meta:

Ampliar, em 5% ao ano a oferta de consultas, exames e cirurgias para a população do município.

Ações:

- Aumentar a oferta de exames laboratoriais para usuários do SUS;
- Ampliar a oferta para realização de cirurgias eletivas;
- Promover a descentralização da gestão de prestadores de serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial;
- Ampliar em o número de consultas especializadas ofertadas;
- Garantir o atendimento de urgência e emergências para a população do município;
- Aumentar número de de consultas e exames especializados ofertados pelo município;
- Garantir o *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* (*SAMU* 192) para a população do município;
- Garantir o transporte de pacientes com necessidade de UTI Móvel;
-Garantir o transporte sanitário para pacientes em tratamento fora do domicílio;
- Garantir plantões de urgência e emergência com100% dos dias com atendimento médico;
- Realizar cirurgias eletivas no município em parceria com o Hospital São Vicente de Paulo;
- Buscar parceria para criação de uma Casa de Apoio para uso da população que realiza tratamento fora do domicílio - TFD;
- Ampliar a frota de ambulânncias para transporte de urgência e emergência;
- Ampliar a frota de veiculos para transporte sanitário.

Indicador:

Proporção de consultas, exames e cirurgias ofertadas a população do município.

Objetivo 2: Implantar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, priorizando as realidades e necessidades do território.

Meta:

Meta 1: Realizar, com equipes de Atenção Primária à Saúde, 100% de Ações de Matriciamento de pacientes em crise atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS até dezembro de 2025.
Meta 2: Constituir o grupo condutor de saúde mental no município;
Meta 3: Implantar o centro de convivência em saúde mental;
Meta 4: Desenvolver, até dezembro de 2025, a lógica do cuidado para 100% dos pacientes com transtornos graves, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular – PTS,

envolvendo a equipe, o usuário e a família.

Ações:

- Fortalecer e democratizar a gestão da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, por meio da criação e manutenção de um Fórum Municipal Intersetorial em Saúde Mental;
- Implantar 2(dois) leitos leitos psiquiátricos no Hospital São Vicente de Paulo;
- Implantar e implementar programa de Educação Permanente para trabalhadores da saúde (ESF, NASF, AME E HSVP);
- Alinhar a política municipal com o disposto nas normativas vigentes elaborando um plano de saúde mental, alinhado a instrumentos locais e internacionais de direitos humanos;
- Criar o serviço municipal de coordenação da RAPS;
- Desenvolver uma política intersetorial de cuidado e prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Adaptar o CAPS 1 para melhor atender crianças, adolescentes e usuários de álcool e outras drogas;
- Ampliar a **cobertura para condições crônicas de saúde mental**, como psicose e depressão com a contratação de dois psicólogos para o desenvolvimento de serviços de saúde mental na APS;
- Promover **a integração da saúde mental** na rede de saúde primária;
- Criar pelo menos dois programas multissetoriais de prevenção e promoção da saúde mental;
- Apoiar o funcionamento da associação de usuários e familiares de saúde mental (ASSUFAM);
- Criar mecanismos de avaliação, monitoramento e fiscalização da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, para os serviços assistenciais através da criação de indicadores de saúde mental e manutenção de um sistema de informação atualizado;
- Coletar e reportar pelo menos os indicadores base de saúde mental a cada **ano** através dos seus sistemas de informação de saúde (RAAS e BPA);
- Discutir sobre o processo de judicialização da Saúde Mental, e o direcionamento do fluxo das solicitações de avaliações e internações compulsórias;
- Sensibilizar a gestão municipal no sentido de garantir investimento político e financeiro na saúde mental, na perspectiva antimanicomial e de redução de danos;
- Estimular o matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica;
- Implantar um CENTRO DE CONVIVÊNCIA no município;
- Definir junto às ESF as intervenções necessárias nos seus processos de trabalho visando adequá-los à lógica do SUS e da Reforma Psiquiátrica antimanicomial;
-Discutir com a classe médica os critérios de prescrição de medicamentos em Saúde Mental;
- Aprofundar a discussão da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes visando ampliar o atendimento e qualificar seu atendimento prioritário na Atenção Básica;
- Criar ações intersetoriais articuladas nos campos da educação, esporte, desenvolvimento social, cultura e das medidas sócio educativas;
- Estabelecer discussão com o SAMU a fim de garantir política de atendimento às urgências

psiquiátricas, prescindindo da intervenção da Polícia Militar;
- Estimular a participação dos profissionais da saúde em programas de capacitação ou especialização em saúde mental;
- Realizar capacitação em Saúde Mental, para os principais componentes da RAPS;
- Realizar oficinas e discussões temáticas com os profissionais da RAPS sobre os seguintes temas: Criança e Adolescente; Política de Redução de Danos; Saúde Mental na Atenção Básica, etc;
- Desenvolver em encontros periódicos com as ESF e NASF, a partir do estudo de experiências exitosas e discussão de diferentes ferramentas de gestão da clínica e do cuidado;
- Estimular o estudo da Linha Guia em Saúde Mental, caderno do Caderno de Saúde pública nº 29, de artigos de experiências exitosas em Saúde Mental;
- Estabelecer convênios ou parceria com instituições de ensino, oferecendo campo de estágio para os profissionais que podem atuar no CAPS;
- Qualificar o diálogo com os organismos de controle social (Conselho do Idoso e outros) para realização de ações conjuntas com a Saúde Mental;
- Criar instrumento de avaliação quantitativa e qualitativa das ações do CAPS e da RAPS;
- Criar um programa de orientação comunitária utilizando as mídias sociais, para informar sobre a promoção da saúde mental, prevenção de agravos e sobre as diretrizes da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas;
- Divulgar vídeos e filmes sobre a história da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial a fim de combater os estigmas da loucura;
- Incentivar ações culturais que deem visibilidade à Política de Saúde Mental;
- Estimular e apoiar a divulgação de produções artísticas e culturais dos usuários e familiares de Saúde Mental;
- Apoiar, na microrregião, as comemorações do “Dia Nacional da Luta Antimanicomial” e demais iniciativas que visem a construção de um novo olhar da sociedade sobre a loucura, planejando uma semana de atividades comemorativas intersetoriais;
- Ampliar a carga horária do psiquiatra;
- Implantar o carro e motorista exclusivos para o atendimento das ações do CAPS;
- Contratar um educador físico e um pedagogo para ampliar as ações dos grupos terapêuticos do CAPS;
- Estabelecer parceria com órgãos de defesa dos Direitos Humanos a fim de definir estratégias de enfrentamento das violações de direitos nos campos da saúde mental;
- Produzir material educativo, em parceria com a área da Educação e outras áreas afins, nos temas como medicalização da infância, TDAH, uso de álcool e outras drogas, autismo e outros transtornos mentais;
- Instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais de saúde;
- Desenvolver o princípio da integralidade nas práticas cotidianas dos serviços de saúde e formular estratégias de modo a atender às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade;
- Basear o trabalho em equipe nas necessidades dos usuários, na integralidade das ações e interdisciplinaridade e na organização e relações de poder entre os membros da equipe e usuários,

- Promover o trabalho multiprofissional.

Indicador:

Indicador 1: Proporção de Ações de Matriciamento realizadas pelo CAPS com Atenção Primária à Saúde.
Indicador 2: Grupo condutor de saúde mental constituído no município;
Indicador 3: Centro de convivência em saúde mental implantado;
Indicador 4: Proporção dos pacientes com transtornos graves, com construção do Projeto Terapêutico Individual – PTS realizado, envolvendo a equipe, o usuário e a família.

DIRETRIZ 5
Ampliação da participação social com vistas ao aprimoramento do SUS e aconsolidação das políticas de promoção de equidade em saúde.

Objetivo 1: Fortalecimento da participação social na gestão do SUS.

Meta:

Promover e subsidiar 100% das reuniões do conselho municipal de saúde – CMS.

Ações:

- Realizar de eleições de composição do conselho municipal de saúde;
- Realizar conferencias municipais, para ouvir aos orgãos de representação e usuários do SUS,visando o planejamento das ações no município;
- Subsidiar com informações e esclarecimentos para as demandas do Conselho de Saúde;
- Realizar reuniões regulares com o CMS;
- Divulgar o calendário de reuniões do Conselho Municipal de Saúde e de Assistência Social com data, horário e local;
- Divulgar antecipadamente as atividades realizadas pelo Departamento de Saúde (palestras/seminários) através das redes sociais e rádio.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº de reuniões ordinárias programadas}}{\text{Nº de reuniões ordinárias realizadas}} \times 100$$

DIRETRIZ 6
Estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Objetivo 1: Aprimorar a compreensão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho com vistas aos princípios e diretrizes da humanização na saúde.

Meta:

Sensibilizar, até dezembro de 2025, 100% dos trabalhadores em saúde para uma escuta qualificada oferecida às necessidades do usuário, garantindo o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades.

Ações:

- Qualificar os trabalhadores em saúde sobre a rede de serviços municipal e fluxos vigentes;
- Capacitar os profissionais que atuam nas recepções dos serviços de saúde quanto ao acolhimento humanizado;
- Realizar processo seletivo para contratação dos profissionais de saúde nas respectivas áreas de atuação para melhor qualidade dos serviços a serem ofertados à população, oportunizando o melhor resultado no fortalecimento do SUS municipal;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº de profissionais de saúde com profissionais qualificados}}{\text{Nº de unidades de saúde}} \times 100$$

6. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão. Estes resultados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e no SISPACTO, de onde também migrarão para o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS e também apresentados em audiência públicaquadrimestrais (RREO).

O acompanhamento e avaliação do presente Plano Municipal de Saúde acontecerá por meio de reuniões com Gestor, Gerentes, Coordenadores e Conselho Municipal de Saúde. O instrumento para avaliação será a Programação Anual de Saúde e as respectivas ações pactuadaspara o alcance dos objetivos propostos.

A organização de ações de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde vem sendo implementada a partir do estabelecimento de indicadores de saúde e de compromissos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

O acompanhamento e avaliação de processos de trabalho serão desenvolvidos pelo Departamento Municipal de Saúde de modo a identificar desvios e possibilitar correções/intervenções.

A prática da avaliação e monitoramento no Sistema Único de Saúde será aperfeiçoada dentro da rotina dos serviços para se tornar efetivo instrumento de planejamento das ações de saúde e proporcionando melhor utilização dos recursos financeiros.

7. ANEXOS

7.1 **PPA SAÚDE 2022-2025** – Plano Plurianual – Saúde
7.2 **PAS 2002** – Programação Anual de Saúde
7.3 **RESOLUÇÃO CMS Nº 001/2022 –** Aprova o Plano Municipal de Saúde 2022-2025.