



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA SAÚDE PARA TODOS

2022 - 2025

SECRETARIA DA
SAÚDE



ARAPIRACA
UMA CIDADE PARA TODOS



"Construir o Plano Municipal de saúde 2022/2025, no contexto de uma Pandemia, foi um desafio!

Nós, servidores públicos, que amamos o SUS, decidimos enfrentar esse desafio e produzimos este documento norteador da Saúde, respeitando todas as recomendações e protocolos de segurança e, apesar da angústia e do medo, o compromisso com o SUS e com a sociedade foi maior e fez-nos buscar essa superação!

De maneira híbrida (presencial e virtual), gestores, profissionais e gerentes de Unidades de Saúde (Básica e de Média Complexidade), Conselhos Locais e Conselho Municipal, trabalharam com muita dedicação, garra, confiança, compromisso e, assim, chegamos ao resultado final: um documento concebido de forma altamente aprimorada que, através de uma experiência inovadora e gratificante, seguiu para apreciação pública, através do site oficial da Prefeitura de Arapiraca.

Com a graça de Deus, vencemos! O resultado de tudo isso é um Plano que, certamente, fortalecerá o SUS nos próximos 4 anos!

Aqui, oportunamente, agradeço a todos que se dedicaram plenamente à construção deste belíssimo documento.

Certamente, nossa contribuição ficará registrada na história do SUS em Arapiraca!

Viva o SUS! Obrigada, Jesus!"

Luciana Fonseca

SECRETÁRIA DE SAÚDE

"Arapiraca tem uma história, uma tradição na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma cobertura de quase 100% no município, o que nos tornou referência para o Brasil. Tudo isso é fruto de muito trabalho e compromisso de todos os que fazem a saúde pública, numa cadeia inigualável de comprometimento que inclui servidores públicos, a gestão municipal integrada, parceiros e a sociedade organizada, além dos usuários anônimos que contribuem sempre com suas demandas e opiniões.

A construção participativa do Plano Municipal de Saúde reforçou esse compromisso, norteador das nossas ações, para que possamos oferecer cada vez mais serviços de qualidade para a saúde da população de Arapiraca e até de cidades que fazem parte do nosso raio de atuação, pois também atendemos municípios de Alagoas. Esse é um documento valioso que nasce da necessidade por uma saúde humanizada, qualificada, integrada e que nos deixa muito orgulhosos e ainda mais comprometidos. Estamos oferecendo um resultado grandioso e que tem que ser sentido onde ele é mais necessário: na vida da população mais vulnerável que precisa e merece uma saúde boa.

Parabéns a todos que, ao longo dos anos, contribuíram com esse processo. Deixo aqui meu agradecimento e o desejo mais significativo: saúde a todos!"

Luciano Barbosa

PREFEITO DE ARAPIRACA





PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA SAÚDE PARA TODOS

2022 - 2025

PREFEITURA DE ARAPIRACA

SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Samaritana, 1185 - Santa Edwiges
CEP 57310-245 Arapiraca -Alagoas
planejamento@saude.arapiraca.al.gov.br
www.arapiraca.al.gov.br

PREFEITO

José Luciano Barbosa da Silva

VICE-PREFEITA

Rute Nezinho

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Luciana Andréa Pereira da Fonsêca

SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE

Sérgio Paulo Caldas Newton

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E GESTÃO PARTICIPATIVA

Emmanuelle Maria da Costa Santos

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Aglai Tojal da Silva Varjão

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Jackelline Maria Barbosa Almeida

SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Sônia Mércia da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Antônia Fortaleza



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA SAÚDE PARA TODOS

2022 - 2025

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO

Edla Karla Dias Ferreira

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PMS

Emmanuelle Maria da Costa Santos

Manuela do Nascimento Lourenço

Alzenir de Almeida Vieira

Taysa Maria da Costa Sousa

Wagda da Costa Silva

Nathália da Silva Araújo

Vera Lessa Sousa

João Felipe Amorim Oliveira

Emanuel Lucas de Freitas Santos

Cícero Gilvan Toledo

EQUIPE TÉCNICA DE COLABORADORES

Técnicos das Superintendências, Coordenações e Departamentos da Secretaria
Municipal de Saúde

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESIDENTE

Eduardo Araújo Pinto

VICE PRESIDENTE

Daniel Nunes de Oliveira

MEMBROS TITULARES

Luciana Andréa Pereira da Fonsêca, Zuleide Fernando de Farias, Marcella Oliveira Correia da Silva, Marlon Roberio Gonçalves Fernandes, Saulo José Sales, Eduardo Araújo Pinto, Liliane Alves de Souza, Maria Helena Rocha da Silva Santos, Rommel Cesar Tinô de Carvalho, Jade de Albuquerque Rodrigues, Maria Aparecida de Melo Oliveira, Maria Selma da Silva, Nicolau Salustiano dos Santos, Maria Auxiliadora



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA SAÚDE PARA TODOS

2022 - 2025

Cordeiro Piancó da Silva, Daniel Nunes de Oliveira, Eraldo Erasmo de Oliveira, Gean Carlos Paulino, Abel Alves da Costa, Maria de Lourdes Gomes de Oliveira, Vanize Cristine Santos Bezerra.

MEMBROS SUPLENTES

Jackelline Maria Barbosa Almeida, Ericka Luise Schinke Vasconcelos de Oliveira, Fabiana Cavalcante Viana Barros Sales, Jane Nascimento dos Santos Silva, Jussara Dantas Alves Campos, Luciene Silva Domingos Ferreira, Flavia Nazareth Freitas Pimentel, José Adilson Tavares, Ana Renata Lima Leandro, Maria José Ferreira de Macedo, Maria José Bezerra, Rafael Lopes da Costa, Nadson Leite Machado, Vilma Ferreira Mendes, Valdene Ferreira da Silva, Josefa Maria Alves Santos, LidiaKeyla Nunes Pereira Bispo, Fabiana Maria da Costa, Ivanilda Ferreira da Silva, Thiago Aguiar de Souza.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma Funcional da Secretaria Municipal de Saúde	19
Figura 2 - Apresentação da Equipe Técnica da SMS	22
Figura 3 - Seminário Virtual	23
Figura 4 - Formulário Digital	25
Figura 5 - Oficinas Locais	25
Figura 6 - Reuniões Setoriais	26
Figura 7 - Endereço Virtual Consulta Pública	27
Figura 8 - Oficinas Construção DOMI	28
Figura 9 - Mapa do estado de Alagoas	29
Figura 10 - Árvore Arapiraca	31
Figura 11 - Alto do Cruzeiro em Arapiraca	32
Figura 12 - Praça Manoel André em Arapiraca	33
Figura 13 - Fábrica de fumo em Arapiraca	34
Figura 14 - Antiga Feira de Arapiraca e Igreja ao fundo	35
Figura 15 - Planetário de Arapiraca	36
Figura 16 - Vacinômetro - Atualização 04/10/2021	67
Figura 17 - Organização do Sistema Municipal de Saúde	75
Figura 18 - Previne Brasil	84
Figura 19 - Pagamento por desempenho - Características dos indicadores	85
Figura 20 - Fluxo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	99
Figura 21 - Ciclo da Assistência Farmacêutica	109



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - População residente segundo ano, Arapiraca/Al, 1980-2020.....	38
Gráfico 02 - Projeção de população residente.....	39
Gráfico 03 - Pirâmide etária, Arapiraca/Al, 2015.....	40
Gráfico 04 - Evolução – Representação do percentual populacional por faixa etária, segundo ano, Arapiraca/Al, 1980-2010	41
Gráfico 05 - Evolução - Razão de sexo segundo ano, Arapiraca/Al, 1980-2010	41
Gráfico 06 - Razão da dependência total e proporcional, segundo ano, Arapiraca/Al, 1980-2010.....	44
Gráfico 07 - Proporção de menores de 05 anos de idade pela proporção de maiores de 60 anos de idade – Arapiraca/Al, 1980-2020.....	46
Gráfico 08 - Índice de envelhecimento segundo ano por região, Arapiraca- Alagoas- Nordeste- Brasil, 1980-2015.....	47
Gráfico 09 - Evolução – Taxa de fecundidade total, por ano, Arapiraca- Alagoas- Brasil, 1991-2010	48
Gráfico 10 - Evolução - Esperança de vida ao nascer, segundo ano, Arapiraca- Alagoas- Brasil, 1991-2010	49
Gráfico 11 - Evolução - Grau de Urbanização (%) segundo ano, Arapiraca- Alagoas- Nordeste- Brasil, 1980-2010.....	50
Gráfico 12 - Evolução - População residente por situação urbana e rural, segundo ano, Arapiraca, 1980-2010	51
Gráfico 13 - Evolução da taxa de mortalidade infantil segundo ano e região. Brasil, 2019	56
Gráfico 14 - Distribuição quantitativa de óbitos infantis de residentes segundo componentes. Arapiraca/Al, 2019.....	57
Gráfico 15 - Distribuição Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo ano e região. Arapiraca, 2019	58
Gráfico 16 - Cobertura exame citopatológico.....	60
Gráfico 17 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas.....	61
Gráfico 18 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	61



Gráfico 19 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico	62
Gráfico 20 - Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.....	62
Gráfico 21 - Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	63
Gráfico 22 - Cobertura vacinal de Poliomelite inativada e de Pentavalente	63
Gráfico 23 - Informe Epidemiológico - Semana 39	64
Gráfico 24 - Óbitos Confirmados / Média de Óbitos	64
Gráfico 25 - Porcentagem de óbitos por faixa de idade e sexo.....	65
Gráfico 26 - Distribuição quantitativa de óbitos confirmados da COVID-19 segundo data de confirmação	65
Gráfico 27 - Média móvel de atendimentos Pronto Atendimento Municipal e Unidade Sentinela Municipal	66
Gráfico 28 - Taxa de Ocupação dos Hospitais de Referência COVID-19	66
Gráfico 29 - Evolução - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, segundo ano, Arapiraca- Maceió- Alagoas- Brasil, 1991-2010.....	68
Gráfico 30 - Evolução - PIB per capita por ano Arapiraca - Alagoas - Nordeste - Brasil, 2000-2012	69
Gráfico 31 - Distribuição Enfermagem.....	103
Gráfico 32 - Participação da receita própria aplicada em saúde conforme Lei Complementar141/2012, período 2014 a 2020.	143
Gráfico 33 - Atendimentos realizados pela Ouvidoria SUS Arapiraca 2011-2020 .	153



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados Arapiraca/AL.....	30
Quadro 02 - Estrutura operacional da Atenção Primária.....	75
Quadro 03 - Unidades Básicas de Saúde.....	76
Quadro 04 - Unidades de Média e Alta Complexidade de Saúde.....	77
Quadro 05 - Composição da Rede Privada de Serviços de Saúde do Município....	79
Quadro 06 - Indicadores de Pagamento por Desempenho, com peso e parâmetro	85
Quadro 07 - Saúde Bucal.....	87
Quadro 08 - Distribuição dos Médicos nas UBS.....	101
Quadro 09 - Unidades Especializadas.....	106
Quadro 10 - Distribuição dos Leitos.....	108
Quadro 11 - Serviços de Referência.....	124
Quadro 12 - Instrumentos de gestão.....	139
Quadro 13 - Fontes de financiamento.....	141
Quadro 14 - Evolução das receitas.....	143
Quadro 15 - Quantitativo de profissionais por cargo/função e tipo de vínculo.....	158
Quadro 16 - Obras de construção, reforma e ampliação.....	163



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Arapiraca	18
Tabela 2 - Etapa 1	21
Tabela 3 - Etapa 2	22
Tabela 4 - Etapa 3	24
Tabela 5 - Etapa 4	26
Tabela 6 - Etapa 5	26
Tabela 7 - Etapa 6	27
Tabela 8 - Etapa 7	28
Tabela 9 - Evolução - População residente e variação, segundo ano, Arapiraca – Alagoas -Nordeste-Brasil, 1980-2010.....	38
Tabela 10 - Distribuição da população segundo sexo e faixa etária, e razão de sexos. Arapiraca/Al, 2020.....	42
Tabela 11 - Evolução - Taxa bruta de natalidade, segundo ano, Arapiraca- Alagoas- Nordeste- Brasil, 1995-2019.....	43
Tabela 12 - Taxa de Fecundidade Total (TFT) - Arapiraca, Alagoas, Brasil, 1991-2010.....	48
Tabela 13 - Evolução do processo de urbanização, segundo ano, Arapiraca- Alagoas- Nordeste- Brasil, 1980-2010.....	51
Tabela 14 - Evolução - Mortalidade proporcional por idade segundo ano, Arapiraca/Al, 1996-2015.....	52
Tabela 15 - Ranking de óbitos de residentes segundo ano segundo capítulo CID- 10 e faixa etária. Arapiraca, 2019.....	54
Tabela 16 - Óbitos de residentes por causas externas segundo ano e grupo CID-10. Arapiraca/Al, 2019.....	55
Tabela 17 - Taxas de Mortalidade Infantil, segundo ano, por região, Arapiraca- Alagoas- Nordeste- Brasil, 200-2019.....	56
Tabela 18 - Morbidade hospitalar	59
Tabela 19 - Evolução - Taxa de analfabetismo por ano, segundo sexo, Arapiraca/ Al, 1991-2010.....	67



Tabela 20 - Evolução - Renda <i>per capita</i> (R\$) segundo ano por Região, Arapiraca- Alagoas- Brasil, 1991-2010	70
Tabela 21 - Evolução - Renda <i>per capita</i> e índice de Gini da renda domiciliar <i>per capita</i> , segundo ano, Arapiraca- Alagoas- Nordeste- Brasil, 1981-2010.....	70
Tabela 22 - Origem dos atendimentos realizados pela Ouvidoria da SUS Arapiraca, 2020	153
Tabela 23 - Classificação das manifestações atendidas na Ouvidoria SUS Arapiraca, 2020	154



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	15
2. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL	
2.1. Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.....	18
3. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	20
3.1. Processo de Construção Coletiva	21
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA	29
4.1. Contextualização.....	29
4.2. História.....	30
4.3. Expansão e Urbanização.....	33
5. ANÁLISE SITUACIONAL	37
5.1. Condições de Saúde da População.....	37
5.1.1. Dados Demográficos	37
5.1.2. Perfil Epidemiológico	51
5.2. Determinantes e Condicionantes.....	67
5.2.1. Aspectos Socioecômicos.....	67
5.2.2. Promoção da Saúde.....	71
6. CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL	75
6.1. Atenção Primária.....	80
6.2. Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada	105
6.3. Assistência Farmacêutica.....	108
6.4. Redes de Atenção à Saúde.....	112
6.4.1. Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha)	112
6.4.2. Rede de Urgência e Emergência (RUE)	117
6.4.3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	118



6.4.4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).....	121
6.4.5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (RDCNT)	125
6.5. Vigilância em Saúde.....	128
6.5.1. Vigilância Epidemiológica	128
6.5.2. Vigilância Sanitária	135
7. GESTÃO EM SAÚDE	138
7.1. Planejamento	138
7.2. Financiamento.....	140
7.3. Gestão Participativa	145
7.4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.....	154
7.5. Gestão de Trabalho e Educação em Saúde	156
7.6. Infraestrutura.....	162
8. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	164
 EIXO TEMÁTICO I: ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA TODOS COM QUALIDADE E AMPLIAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS	
Diretriz I - Ampliação e qualificação da Atenção Primária	166
Diretriz II - Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.....	175
Diretriz III – Ampliação do Acesso e Aperfeiçoamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada	183
Diretriz IV – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do Acesso aos usuários, dos Serviços e sobre o Sistema de Saúde	186
Diretriz V – Qualificação da Assistência Farmacêutica, Gestão da Logística de Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Insumos para a Saúde	192
 EIXO TEMÁTICO II: AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE INTEGRADAS E FORTALECIDAS NO MUNICÍPIO	
Diretriz VI - Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde.....	196

EIXO TEMÁTICO III: GESTÃO DO SUS FORTALECIDA E RESOLUTIVA



Diretriz VII – Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.....	213
Diretriz VIII – Aperfeiçoamento da Gestão Interfederativa do SUS, fortalecendo o Planejamento Ascendente e Integrado, com Participação e Controle Social	219
Diretriz IX - Manutenção e Otimização dos Processos de Gestão do SUS municipal	224
Diretriz X - Integração das ações e serviços de Saúde para o enfrentamento à COVID-19.....	229
9. GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO.....	230
10. REFERÊNCIAS.....	232
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito Gestão de Saúde para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades do município.

O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção, através de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

O processo de construção ascendente e participativo do Plano Municipal de Saúde - PMS de Arapiraca 2022-2025, em conformidade com a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 e Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, com o referencial teórico e metodológico que tem pautado a condução do planejamento em saúde da Secretaria Municipal de Saúde, possibilitou a identificação das necessidades de saúde da população.

Resultado de um processo de construção coletiva este instrumento foi sistematizado a partir da definição das prioridades e descreve entre outros, a Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde; a Metodologia utilizada no processo de construção; a Caracterização do município; a Análise Situacional; a Caracterização da Rede Assistencial; e as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o quadriênio 2022-2025.

A capacidade técnica da equipe e a vontade política da Gestão Municipal possibilitaram um debate rico junto à população, mesmo com as limitações impostas pelo cenário pandêmico vivenciado, que resultou na definição das prioridades da Saúde em Arapiraca para o quadriênio 2022-2025, constituindo um documento norteador das políticas de saúde a serem executadas pela Secretaria Municipal de Saúde, pautado no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.



1. INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde se ancora na luta da sociedade brasileira pela Reforma Sanitária, na década de 80, do século XX, cujo legado consistiu em atender o anseio popular de justiça social. A CF/88 estabeleceu as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90).

A Criação do SUS se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários.

A instituição dos Conselhos de Políticas Públicas, especialmente os Conselhos de Saúde, configura-se como espaços, onde os cidadãos participam do processo de tomada de decisões na Administração Pública, do processo de fiscalização e de controle dos gastos públicos, contribuindo de forma decisiva para avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental. Tanto para o Estado quanto para a sociedade, o controle social tornou-se modelo concreto de proposta participativa de construção do Sistema Único de Saúde.

A iniciativa de criar um instrumento legal na área da saúde, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, evidenciou-se como ação das mais urgentes, já que se configura como instrumento de controle e de incentivo à transparência, à melhor governança regional e à maior responsabilização entre os entes. Essa proposta, juntamente com a regulamentação da Emenda Constitucional 29, através da Lei Complementar nº 141/2012, a qual definiu os aportes de cada ente da federação para

a saúde, foi imprescindível para assegurar aos cidadãos brasileiros o seu direito a um serviço de saúde público de qualidade.

Nesse contexto, a saúde pública de Arapiraca tem em sua trajetória acumulado experiência e registrado avanços importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde. O município é sede da 2ª macrorregião de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR, composta por 48 (quarenta e oito) municípios, sendo referência em atenção de média e alta complexidade. Os avanços compatibilizados são inegáveis, entretanto, persistem problemas para consolidá-lo como sistema público universal e equânime.

No contexto pandêmico vivenciado desde 2020, em decorrência do novo Coronavírus (SARS-CoV-2), o município precisou enfrentar enormes desafios. Em março de 2020, foi declarada a transmissão comunitária da Doença pelo Novo Coronavírus (Covid-19) em todo o território nacional. Desde então, vem se vivendo uma crise sem precedentes na história do Sistema Único de Saúde. Como se não bastasse tantos desafios enfrentados no cotidiano, com a pandemia da Covid-19, o sistema público de saúde teve que dar conta dessa situação aguda e grave, acarretando sobrecarga ainda maior e de forma abrupta.

Diante desse cenário, o município de Arapiraca, desde o início da instalação da Situação de Emergência de Saúde Pública frente ao novo Coronavírus (COVID-19), vem adotando medidas e providências para o enfrentamento da COVID-19 conforme diretrizes e normativas da esfera nacional e estadual de modo a conter a proliferação do vírus e minimizar os impactos trazidos pela doença da COVID-19. Para nortear as ações da Secretaria Municipal de Saúde foi elaborado o Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus – Covid-19 do Município de Arapiraca – AL, tendo sua primeira versão publicada em 19 de março de 2020, o referido Plano se encontra em sua quinta versão. Mediante a situação de saúde instaurada, a Rede de Assistência do município precisou redirecionar sua atenção ao enfrentamento da COVID-19.

Nessa perspectiva, a Rede Assistencial do município se organiza a partir da Atenção Primária à Saúde, através de 67 Equipes de Saúde da Família, com cobertura de 99,74% da população, 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e 50 Equipes de Saúde Bucal, prestando serviços de saúde primária em 40 Unidades Básicas de Saúde. A saúde vem sendo discutida de forma ampla. O Conselho Municipal de Saúde tem seu funcionamento efetivo, com estrutura própria, reuniões regulares, comissões permanentes. A participação dos usuários tem

representantes dos 42 Conselhos Locais ligados as Unidades Básicas de Saúde e Especializadas, no exercício do controle social no SUS.

Nunca foi tão premente ao sistema de saúde um trabalho integrado na forma de Redes de Atenção à Saúde. A pandemia impôs a organização dos pontos de atenção com definição de papéis e fluxos, seja no atendimento da Covid-19 ou das mais diversas necessidades de saúde que se manifestam.

Na perspectiva de buscar soluções pactuadas (gestores, trabalhadores e usuários) para o enfrentamento dos problemas e desafios do Sistema Único de Saúde no município de Arapiraca, realizou-se um processo de construção coletiva do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, fruto da dedicação e esforço de todos os atores sociais, mesmo diante das limitações impostas pelo cenário pandêmico. Desta feita, o PMS 2022-2025 se apresenta como um instrumento capaz de dar direcionalidade às ações de saúde, através da definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, visando a plena e efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde em Arapiraca.

2. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

Tabela 1 – Dados Arapiraca

Descrição	Dados de identificação
Nome, UF, Código IBGE do município	Arapiraca – AL – IBGE 2700300
Secretário Municipal de Saúde Data da posse	Luciana Andréa Pereira da Fonsêca 01/01/2021
Nome e endereço do órgão gestor	Secretaria Municipal de Saúde Rua: Samaritana, 1.185, Santa Edwiges Arapiraca – AL CEP 57310-245
Telefone e endereço eletrônico	(82) 3529-2847 saudearapiraca@yahoo.com.br
Período inicial e final da gestão	2021-2024
CNES da Secretaria Municipal de Saúde	2005425
Conselho Municipal de Saúde	Lei 2.766 de 17/10/2011
Região de Saúde	2º Macro Região de Saúde e 7º Região de Saúde
População Residente – IBGE – Censo-2010	214.006 Habitantes
População estimada 2021	234.309 habitantes
Área de unidade territorial (km²)	345.655
Densidade demográfica (hab/km²)	600,83

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca/panorama>

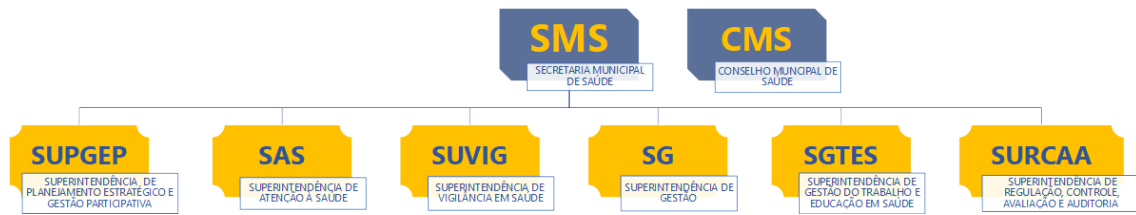
2.1. Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca como órgão executor da política de Saúde possui a missão de:

“Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, através da consolidação do Sistema Municipal de Saúde, capaz de garantir a todos os cidadãos o acesso às ações de promoção e recuperação da saúde dentro dos princípios da integralidade, equidade e controle social”.



Figura 1 - Organograma Funcional da Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: SMS Arapiraca

3. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. A partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados durante sua vigência, expressos em Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Deve ser a expressão das políticas e dos compromissos da saúde do município.

A proposta de definição das prioridades do Plano Municipal de Saúde de Arapiraca para o quadriênio 2022-2025 foi de construção coletiva em um processo de planejamento ascendente, estratégico e participativo coordenado pela Superintendência de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa- SUPGEP da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o apoio do Conselho Municipal de Saúde.

O envolvimento da gestão e comprometimento dos técnicos (superintendentes e áreas técnicas) nesse processo foi de extrema importância para que o Plano fosse operativo e articulado. Foi necessária a utilização como base inicial de outros Instrumentos de Gestão elaborados anteriormente, tais como: avaliação do Plano Municipal de Saúde anterior, as ressalvas e recomendações do Conselho Municipal de Saúde nas Programações Anuais de Saúde (PAS) e nos Relatórios de Gestão (RAG), Relatório das Conferências de Saúde anteriores, Planos Estadual e Nacional de Saúde vigentes, bem como o Plano atual da Gestão da Saúde proposto.

Enfrentamos os desafios de construir coletivamente o PMS 2022-2025 com a mobilização dos diversos atores sociais (usuários, trabalhadores de saúde, prestadores e gestores), mediante o momento pandêmico vivenciado causado pelo novo coronavírus, alguns desafios tiveram que ser enfrentados para a garantia da Participação Social durante o processo.

A partir do entendimento de que a participação e o envolvimento dos diversos atores sociais deveriam ser preservados, algumas estratégias foram pensadas para viabilizar a Construção Coletiva do PMS 2022-2025. Sendo elas:

- **Realização do Seminário Virtual com as Equipes Locais de Saúde;**
- **Disponibilização de um Formulário Digital;**
- **Realização das Oficinas Locais de Planejamento,** realizadas respeitando os protocolos de prevenção à COVID-19;
- **Disponibilização de uma Consulta Pública.**

A metodologia contemplou diversas etapas de trabalho e contou com o envolvimento imprescindível da Gestão, equipe técnica do nível central e local da Secretaria e dos Conselhos de Saúde.

3.1 Processo de Construção Coletiva

Tabela 2 – Etapa 1

Ação	Objetivos
Formulação da Proposta de Construção do PMS 2022 -2025	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propor a construção coletiva do Plano Municipal de Saúde de Arapiraca 2022-2025; ▪ Apresentar a proposta de trabalho à Gestão. Construção da Nota Técnica e Elaboração do Formulário Digital.
Apresentação da proposta a Gestora e equipe da SMS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar à Secretária de Saúde a Proposta Metodológica; ▪ Sensibilizar a equipe técnica da Secretaria para participação no processo de planejamento ascendente, estratégico e participativo. Foi apresentada a metodologia de trabalho, destacando a importância do trabalho em equipe para o alcance dos objetivos, além de discutir estratégias mediante o cenário pandêmico.

Fonte: SUPGEP/SMS



Figura 2 – Apresentação da proposta à equipe técnica da SMS



Fonte: SUPGEP/SMS

Tabela 3 – Etapa 2

Ação	Objetivos
Apresentação da proposta aos Gerentes das Unidades de Saúde	<ul style="list-style-type: none">▪ Sensibilizar os Gerentes das Unidades de Saúde para participação ativa no processo de construção coletiva do Plano Municipal de Saúde;▪ Apresentar a metodologia de trabalho, cronograma de atividades e de realização das oficinas locais de planejamento;▪ Apresentar o Formulário Digital.
Apresentação da proposta ao Conselho Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none">▪ Sensibilizar os Conselheiros de Saúde para participação ativa no processo de construção coletiva do Plano Municipal de Saúde;▪ Apresentar a metodologia de trabalho, cronograma de atividades e de realização das oficinas locais de planejamento. <p>A exposição da proposta foi realizada no dia 26 de maio de 2021 à Comissão de Informação e Divulgação, sendo pauta da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde no dia 03 do mês de junho de 2021, com ênfase na importância da participação dos Conselheiros Locais e Municipais de Saúde no processo de definição das prioridades em saúde do quadriênio e nas Oficinas Locais de Planejamento.</p>
Seminário Virtual de	<ul style="list-style-type: none">▪ Propor a construção coletiva do PMS de



Sensibilização das equipes de nível local para participação no processo

Arapiraca para o quadriênio 2018-2021, utilizando o planejamento estratégico, ascendente e participativo, mediante o cenário pandêmico;

- Apresentar a Análise da Situação de Saúde do município;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para participação ativa dos sujeitos que compõem o SUS na definição das prioridades da saúde;
- Orientar quanto ao processo do preenchimento do formulário.

O Seminário aconteceu de maneira virtual, transmitido via canal do Youtube da Prefeitura Municipal de Arapiraca, no dia 08 de julho de 2021 e contou com a participação de 800 pessoas (Equipe Técnica da SMS, Gerentes e Equipes das Unidades de Saúde, além de estudantes).

Fonte: SUPGEP/SMS

Figura 3 – Seminário Virtual



Fonte: SUPGEP/SMS



Tabela 4 – Etapa 3

Ação	Objetivos
Oficinas Locais de Planejamento	<ul style="list-style-type: none">▪ Implementar a participação das equipes das Unidades de Saúde, buscando a compreensão da importância do processo de planejamento e programação local;▪ Promover a participação dos diversos atores sociais na definição das prioridades do setor saúde, em nível local. <p>Discutir e alimentar o formulário digital, o qual foi elaborado contendo 04 campos para alimentação (Identificação das Unidades de Saúde; Análise da situação de saúde das Unidades; Disposição de Propostas distribuídas em eixos temáticos e propostas centrais sugeridas pelas Áreas Técnicas; Espaço livre para elaboração de Propostas de acordo com as necessidades das Unidades de Saúde).</p>

Fonte: SUPGEP/SMS

Sob coordenação dos técnicos das Superintendências da SMS, durante os meses de julho e meados de agosto, os Gerentes e as Equipes das Unidades de Saúde realizaram suas Oficinas Locais de Planejamento juntamente com os Conselhos Locais de Saúde, tendo como objetivo discutir sobre os problemas/necessidades de saúde de seus respectivos territórios, levantando propostas de solução, as quais deverão contempladas no PMS 2022-2025.

As oficinas ocorreram em 100% das UBS e em 04 Unidades Especializadas (CAPS, CAPS - AD, CTA e CEMFRA/TRATE). Como meio facilitador do processo foi elaborado um formulário digital, o qual teve como objetivo promover a participação dos diversos atores sociais na definição das prioridades do setor saúde, em nível local. O referido formulário foi enviado através de um link para as Unidades de Saúde, o qual foi discutido e preenchido coletivamente pelos atores sociais pertencentes às Unidades de Saúde, por meio de Oficinas Locais.

Foram realizadas 44 Oficinas Locais de Planejamento:

- 40 em Unidades Básicas de Saúde – 100%;
- 04 em Unidades Especializadas (CAPS, CAPS-AD, CTA, CEMFRA/TRATE).



Figura 4 – Formulário Digital

3.2 Vigilância em Saúde (Descrever o perfil Demográfico, perfil Socioeconômico levando em consideração o espaço das equipes de saúde visando a eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde. Além das ações interferências e de promoção à saúde.)

A Unidade de Saúde Antônio Filiz da Silva, mais conhecida como UBS Carrasco, localizada no sítio Carrasco, na cidade Arapiraca foi fundada em 30 de março de 2012. Em 2020, o Carrasco recebeu a certificação da Fundação Cultural Palmares, do Ministério da Cultura como sendo ambiente remanescente dos Quilombolas. Atualmente a UBS é composta por seis micro áreas abrangendo o sítio Carrasco, Bom Nome, Olho D'água de Cima, Barreira e Taboão com 100% de cobertura pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Totalizando 799 famílias e 1112 domicílios. Os ACS desenvolvem seu trabalho sempre sob orientação da equipe de saúde da família e supervisionado pelo enfermeiro procurando identificar dentro as suas atribuições as famílias de maior risco e vulnerabilidade. Caracterizando as condições de vida e a população, o acesso ao abastecimento de água com rede encanada no domicílio é de 62%, poço 2,6%, cisterna 12,6%, curo-pipa 14,2%. Em relação à água para consumo no domicílio: 18%, cisterna 40%, mineração 4,3% após tratamento, favorecendo as infecções parasitárias. O destino do lixo se dá da seguinte forma: coletado 60%, queimado/enterrado 37%. Essa prática de queima do lixo favorece as doenças do sistema respiratório. Quanto à disponibilidade de energia elétrica temos 91% dos domicílios. Situação de moradia: Domicílio coletivo 87%, cedido 9,3%, financiado 1%, alugado 1,4%. A renda familiar é em torno de um salário mínimo. O nível de escolaridade da população jovem é ensino médio e a população idosa é analfabeta. A atividade econômica é composta por agricultores que realizam o cultivo do fumo, mandioca, milho e feijão, e por trabalhadores formais e informais, embora sem dados percentuais. O meio de transporte mais utilizados são ônibus e motocicletas. Em relação ao índice de infertilidade pré-natal do Andes segopi referente ao terceiro ciclo 2021: Carrasco 6,80%, Barreiras 10,65%, Olho D'água de Cima 8,64%. Na área de abrangência da equipe, há 57 crianças menores de dois anos em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento e nenhuma com desnutrição e com vacinação atualizada, 14 gestantes sendo 2 com idade menor que 20 anos em acompanhamento de pré-natal, 420 idosos, sendo 6 acamados e 17 comorbidades, 365 hipertensos, 144 diabéticos, 26 insulinos dependentes e nenhum caso de tuberculose e hanseníase. Vale ressaltar que temos em média 500 indivíduos remanescentes quilombolas os quais a assistência à saúde também leva em consideração as doenças prevalentes nessa população. As principais comorbidades assistidas são: hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral (AVC), transtorno mental, doenças articulares. Por ser uma população rural, chama atenção os casos de intoxicação por uso inadequado dos agrotóxicos relacionado ao cultivo do fumo, como também durante a colheita do fumo que coincide com o período das chuvas evidenciando-se casos pela doença da folha verde, um tipo de intoxicação aguda provocada pela absorção da nicotina pela pele. Faz-se necessário a constante orientação ao trabalhador rural sobre o uso de equipamentos de proteção individual e uso adequado dos pesticidas.

O conhecimento do perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico é essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como prevenir riscos, agravos e maior vulnerabilidade, intervindo positivamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde. É importante pensar e refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer o adocamento da população, visto que, quanto melhores as condições sociais e a organização da rede de atenção à saúde,

3.1 Atenção à Saúde (Descrever a organização e o funcionamento da Unidade de Saúde, com destaque para aspectos ligados à Atenção Primária, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, referência e contra-referência da Atenção Especializada e Saúde de Atenção)

O CTA/SAE é um serviço de assistência especializada que funciona numa casa alugada com necessidade de adequações físicas e humanas. A equipe é multiprofissional e se esforça em desenvolver a clínica ampliada. São realizadas consultas médicas da clínica geral e de infectologia, consulta de enfermagem (pré-consulta), nutricional, psicologia, farmacêutica, e atendimento de serviço social. Realiza ações de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs, HIV/AIDS, hepatites B e C), através do exame Teste Rápido, vacinação e de educação em saúde (acompanhamento) na Unidade e extra muros (ações itinerantes). Realiza diagnóstico, tratamento (HIV/AIDS) e encaminhamentos de referência e contra-referência da Rede de Cuidados de serviços de saúde e demais prestação de serviços existentes no município.

3.2 Vigilância em Saúde (Descrever o perfil Demográfico, perfil Socioeconômico levando em consideração o espaço das equipes de saúde visando a eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde. Além das ações interferências e de promoção à saúde.)

Com base nos dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Ministério da Saúde das 493 PNMV/AIDS na faixa etária de 15 a 90 anos atendidas no SAE deste município, 68,7% são do sexo masculino e 31,3% do sexo feminino. Em 6 anos de atuação do SAE, observou-se mais de 200% de aumento no número de PNMV/AIDS atendidas, ou seja em 2017 foram 160 atendimentos e antes de finalizar o ano de 2021, foram 554 pacientes. Apesar deste aumento, verifica-se pacientes com CDM acima de 350 células por mm3 indicando boa adesão ao tratamento, em torno de 91%, tornando a carga viral indetectável.

3.3 Gestão em Saúde (Descrever como as equipes planejam e programam suas ações, o portfólio social através dos conselhos locais, infraestrutura da unidade de Saúde, equipamentos e recursos humanos.)

A equipe utiliza as diretrizes, protocolos e fluxograma do Programa Nacional da IST do Ministério da Saúde para o manejo clínico destas, adequando a realidade de infraestrutura, equipamentos e de recursos humanos. A gerência utiliza frequentemente a ferramenta do e-mail e WhatsApp para comunicação e atualização da equipe. Sempre que necessário se programa reuniões para análise e programação das atividades. Uma vez por mês a equipe realiza a Roda Temática com PNMV.

UBS CARRASCO

CTA/SAE

Fonte: SUPGEP/SMS

Figura 5 – Oficinas Locais



Fonte: SUPGEP/SMS

Tabela 5 – Etapa 4

Ação	Objetivos
Reuniões Setoriais com Superintendências e áreas técnicas da SMS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a discussão das propostas oriundas das Oficinas Locais de Planejamento; ▪ Realizar ajustes e acréscimos nas propostas para elaboração do material da Consulta Pública.

Fonte: SUPGEP/SMS

Figura 6 – Reuniões Setoriais



Fonte: SUPGEP/SMS

Tabela 6 – Etapa 5

Ação	Objetivos
Consulta Pública	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a ampla participação social na definição das prioridades do setor saúde; ▪ Validar as propostas oriundas Oficinas Locais de Planejamento e agregar novas propostas ao PMS 2022-2025.

Fonte: SUPGEP/SMS

O produto das Oficinas Locais de Planejamento foi devidamente consolidado juntamente com as contribuições das áreas técnicas. A partir de então foi viabilizada uma Consulta Pública, publicizada no site oficial da Prefeitura Municipal de Arapiraca, entre os dias 16 e 26 de setembro, consolidando assim, a Participação Social no processo de construção do PMS 2022-2025.

A Consulta Pública obteve 119 acessos, com 17 respostas ao formulário, totalizando 32 propostas sugeridas.

Figura 7 – Endereço Virtual Consulta Pública



Fonte: SUPGEP/SMS

Tabela 7 – Etapa 6

Ação	Objetivos
Oficinas de construção das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) com Superintendências e áreas técnicas da SMS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematizar/revisar as prioridades definidas na Consulta Pública do Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025; ▪ Apresentar a estrutura do Quadro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do PMS 2022-2025; ▪ Construir o Quadro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do PMS 2022-2025.

Fonte: SUPGEP/SMS

Figura 8 – Oficinas Construção DOMI



Fonte: SUPGEP/SMS

Tabela 8 – Etapa 7

Ação	Objetivos
<p>Elaboração do Relatório Final do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer o compromisso da gestão municipal com a população no atendimento as ações prioritárias definidas no processo de planejamento ascendente, estratégico e participativo; ▪ Instrumentalizar a gestão no direcionamento das ações de saúde a serem realizadas no quadriênio 2022-2025; ▪ Fortalecer e consolidar o Sistema Único de Saúde no município de Arapiraca.

Fonte: SUPGEP/SMS

A elaboração do documento oficial ocorreu com a participação de todas as áreas técnicas, sendo consolidado pela Superintendência de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa que finalizou o PMS para apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

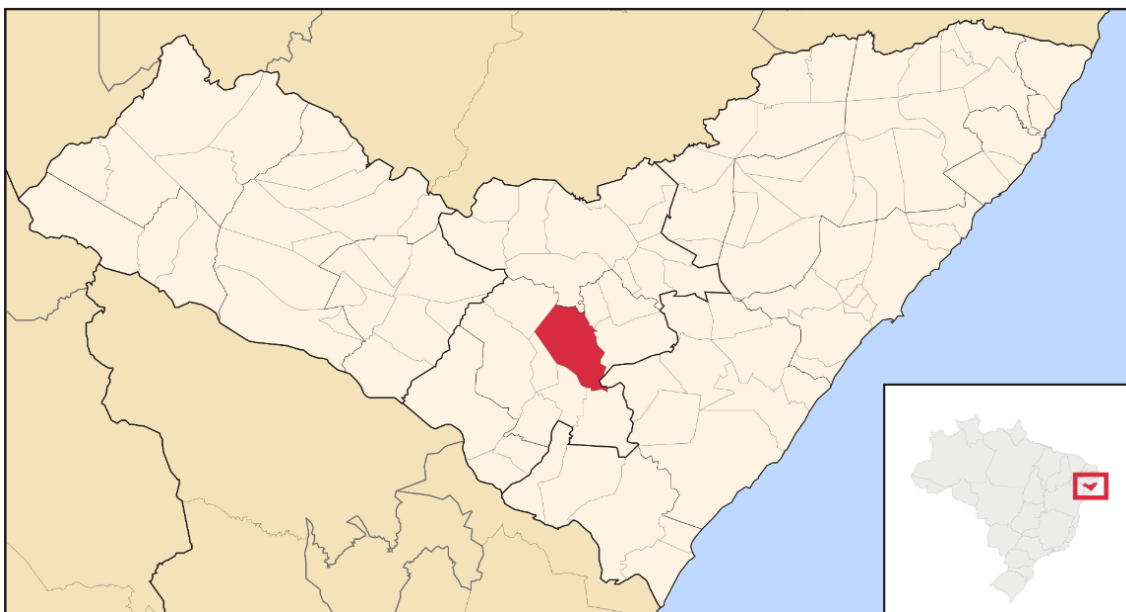
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA

4.1. Contextualização

Arapiraca é um município brasileiro localizado no estado de Alagoas, distante cerca de 128 km da capital. Sua população foi estimada em 234.309 habitantes pelo IBGE em 2021, sendo assim, o segundo mais populoso do estado de Alagoas.

A cidade localiza-se exatamente no centro do estado, o que a torna uma importante rota para as mais variadas áreas das cidades circunvizinhas e demais cidades. Compõe a segunda região metropolitana do Agreste, criada em 01 de dezembro de 2009, pela Lei Complementar 27/2009, junto com mais 19 municípios, Campo Grande, Coité do Noia, Craibas, Feira Grande, Girau do Ponciano, Igaci, Junqueiro, Lagoa da Canoa, Limoeiro de Anadia, Olho d'Água Grande, São Sebastião, Taquarana, Traipu, Palmeira dos Índios, Estrela de Alagoas, Belém, Tanque d'Arca, São Brás e Jaramataia.

Figura 9 - Mapa do estado de Alagoas



Fonte: <https://pt.wikipedia.org/> – Acesso em agosto de 2021

O desenvolvimento da cidade se deu principalmente na década de 70, quando a cultura da produção de fumo, o antigamente conhecido "*Ouro Verde*", uma das principais atividades econômicas da época na região, elevou a cidade a categoria de "Capital Brasileira do Fumo". A partir do final da década de 90 houve um declínio na produção fumageira, o que contribuiu para o desenvolvimento de um modelo diversificado de economia.

Atualmente, a cidade conta com várias empresas de grande porte e inúmeras empresas de pequeno porte que dão grande impulso na economia local. A cidade vem

se destacando por ser uma das que mais vêm gerando empregos em todo o território nacional. De acordo com dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, divulgados pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, Arapiraca foi o quarto maior gerador de empregos com carteira assinada no país em 2015, e de acordo com o MTE, a cidade gerou 2.076 empregos em 2016.

Quadro 1 - Dados Arapiraca/AL

Características geográficas	
ÁREA	345.655 km ²
POPULAÇÃO	234.309 (estimativa 2021)
DENSIDADE	600,83 hab/km ²
ALTITUDE	264m
CLIMA	Tropical sub-úmido
Indicadores	
IDHM (2010)	0,649
PIB per capita (2018)	R\$ 19.389,15

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/>- Acesso em agosto de 2021

4.2. História

Embora a cidade de Arapiraca pareça ser uma cidade recente, há registros de que, por volta de 1848, as terras arapiraquenses pertenciam a Marinho Falcão. Este as vendeu para Amaro da Silva Valente, que passou a habitá-las junto com sua família. Algum tempo depois, o genro de Amaro da Silva, Manoel André Correia, foi adentrando as terras, até que descobriu uma planície fértil e rica em árvores frondosas, principalmente a que dá nome a cidade, a "*Arapiraca - palavra que tem origem indígena e significa "ramo que o periquito visita" trata-se de uma espécie de angico branco, muito comum no agreste e sertão de Alagoas*". Foi embaixo da Arapiraca, localizada as margens do Riacho Seco, que Manoel André Correia descansou e teve a ideia de construir uma cabana.



Figura 10 - Árvore Arapiraca



Fonte: <https://pt.wikipedia.org/>– Acesso em agosto de 2021

O fundador junto com a família, assim que se instalou, deu início ao cultivo de mandioca, feijão, milho e algodão; gradativamente as terras foram povoadas por seus parentes que se instalaram na região. Uma trilha foi aberta para facilitar o escoamento da produção, e os produtos agrícolas eram levados para os povoados próximos.

No ano de 1855, a esposa de Manoel André faleceu, e em sua homenagem, no ano de 1864, sobre sua sepultura, construiu a capela de Santa Cruz e escolheu como padroeira Nossa Senhora do Bom Conselho (Padroeira até hoje). Em 1875 houve a construção das primeiras casas num lugar que foi denominado de “Quadro de Arapiraca”.

Figura 11 - Alto do Cruzeiro em Arapiraca



Fonte: <https://www.historiadealagoas.com.br/> – Acesso em agosto de 2021

Em 1880, o povoamento ganhou um novo e importante habitante, o Coronel Esperidião Rodrigues da Silva (sobrinho de Manoel André), ele empreendeu muitas lutas pelo desenvolvimento e emancipação local, junto a Florêncio Apolinário, e a partir de 1912, iniciaram uma campanha pela emancipação de Arapiraca, que pertencia a Limoeiro de Anadia. Foram vários anos de luta enfrentados pacientemente pelo líder da campanha, realizando reuniões e organizando subsídios para provar que o distrito de Arapiraca, poderia sobreviver emancipado. Enfrentou inclusive dificuldades para o deslocamento, convém frisar que naquela época ainda não existia automóvel no interior e as exaustivas viagens à capital do estado, eram realizadas à cavalo por Esperidião Rodrigues que tinha que inevitavelmente passar por Limoeiro de Anadia, cujas lideranças políticas envidavam esforços tentando a todo custo obstruir o trabalho e a tramitação do processo de emancipação do distrito de Arapiraca.

O panorama começa a clarear com a presença oportuna do Deputado Odilon Auto que acompanhando o sacrifício de Esperidião Rodrigues, resolveu apoiar e defender a causa da Emancipação Política do então distrito. Foi uma tarefa árdua enfrentada pelo Deputado Odilon Auto, que durante meses se empenhou com toda capacidade de trabalho, pela justa causa da emancipação do Distrito de Arapiraca, contrariando os interesses dos políticos de Limoeiro de Anadia. Após vários debates e discussões acaloradas, o Projeto de Lei nº 1009, foi finalmente aprovado pela Assembleia Legislativa e sancionado pelo Governador Dr. José Fernandes Lima, no dia 30 de maio de 1924.

Depois da criação do município houve um tempo para a organização do poder local e a construção da sede. No dia 30 de outubro de 1924 ocorreu a festa de emancipação de Arapiraca.



Figura 12 - Praça Manoel André em Arapiraca



Fonte: www.cma.al.gov.br – Acesso em agosto de 2021

4.3. Expansão e urbanização

Desde o processo de emancipação, Arapiraca passou por longo processo de ocupação e expansão e teve a produção do fumo como a principal atividade econômica; a chegada da empresa Camilo Collier para construir a estrada de ferro, na década de 40 intensificou as atividades comerciais, favorecendo a ampliação de moradias e levando a formação dos primeiros bairros residenciais.



Figura 13 - Fábrica de fumo em Arapiraca.



Fonte: <https://www.historiadealagoas.com.br/> – Acesso em agosto de 2021

Por sua localização estratégica, Arapiraca tornou-se fluxo de circulação entre os demais municípios da região, favorecendo as atividades econômicas diversificadas.

A partir da década de 70, por conta da grande área plantada de fumo, que gerou um excesso do produto nas pequenas indústrias de beneficiamento do tabaco que havia na região, e a consequente diminuição no preço, seguiu-se um ciclo de decadência da fumicultura. Desde a década de 80, experimenta um crescimento econômico com seu comércio (com destaque para a tradicional feira-livre). A feira-livre de Arapiraca foi propulsora para expansão e desenvolvimento da economia local, fazendo parte da identidade do município até meados de 2004, quando a cidade reconfigurou o atual modelo em atendimento as novas necessidades urbanas, relocando-a no Mercado Municipal.

Figura 14 - Antiga Feira de Arapiraca e Igreja ao fundo



Fonte: historiadealagoas.com.br – Acesso em agosto de 2021

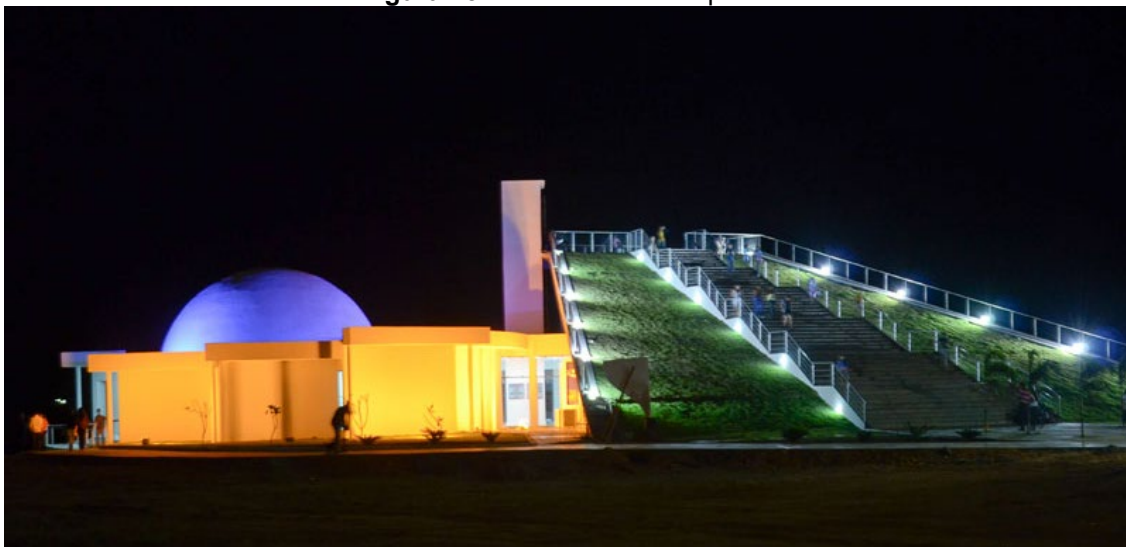
Arapiraca cresceu de forma desordenada e sem um planejamento que gerenciasse a expansão física e urbana do território, tendo um inchaço da zona urbana a partir do fluxo migratório da zona rural, esse processo trouxe consequências negativas que foram agravando os problemas sociais, dentre eles, o aumento de favelas, cortiços. Porém, muito se tem investido em projetos habitacionais no município, a exemplo dos conjuntos residenciais: Jardim das Paineiras, Brisa do Lago e Nossa Senhora Aparecida.

Atualmente a cidade vivencia os efeitos da globalização e vem se firmando como um polo regional, contando com algumas indústrias instaladas, mas destaca-se pela forte presença de empresas distribuidoras. Conta também com espaços de lazer e prática de esportes inaugurado em 2011, o Bosque das Arapiracas e o Ginásio de Esportes João Paulo II, inaugurado em 2012, ambos fazem parte de um projeto de intervenção urbanística e social. A obra possui drenagem, pavimentação, jardinagem, academias de ginástica ao ar livre, ciclovias, pistas para caminhadas em torno de cinco mil mudas de árvores nativas e plantas ornamentais plantadas para embelezar ainda mais o local.

A área conhecida antigamente como Açude DNOCS, Departamento Nacional de Obras Contra a Seca, passou por um processo de despoluição do lago, com obras de paisagismo e urbanização no entorno, transformando-se no Lago da Perucaba que também oferece possibilidade de práticas esportivas e lazer, dispondo ainda de um planetário digital, considerado um dos mais modernos do Brasil, inaugurado em 2012. O município conta também com uma ampla rede de bibliotecas digitais construídas em várias praças arapiraquenses denominadas de "Arapiraquinhas", que além de

promover a convivência das comunidades, amplia a possibilidade de acesso à leitura, a atividades de lazer e acesso à informação.

Figura 15 - Planetário de Arapiraca



Fonte: Wikipédia– Acesso em agosto de 2021

Em 2013, foi inaugurado o primeiro Shopping da cidade, o Garden Shopping com diversas lojas, praça de alimentação e cinema, que movimenta bastante a economia local, além de ser mais uma opção de lazer.

O município segue com seu crescimento acelerado, se expandindo para todos os lados, mas agora com um diferencial, de forma planejada. A “capital do Agreste”, como é conhecida, engrenou em uma escala ascendente do ponto de vista social e econômico, aliando desenvolvimento com planejamento. A região Norte, às margens da AL-110, se transformou depois da duplicação da pista, expandindo a economia para essa área. A região Sul teve expansão com construção de conjuntos habitacionais populares, bem como condomínios residenciais de alto padrão.

Um estudo sobre a Lei de Regularização de Loteamentos vem sendo realizado para poder fazer relocações na linha de perímetro urbano da cidade; na prática, isso significa dizer que lugares que, hoje, são considerados zona rural passarão a pertencer à zona urbana.

5. ANÁLISE SITUACIONAL

Em uma nova economia do saber proporcionada pela globalização, o conhecimento vem provocando mudanças na estrutura social e na relação do ser humano com a sociedade trazendo uma nova hierarquização dos espaços. Assim a informação convergiu num único espaço os elementos constituintes do conhecer: a comunicação, a decisão, a demanda, a resposta e a ação (CATRO, 2003).

Pensando no contexto da saúde no Brasil, a informação precisa ter algumas características para ser útil. Entre outras, representar claramente uma população, ser acurada, focar fenômenos relevantes e se articular com outras informações. O planejamento de ações e programas são dependentes de informações relevantes e de qualidade para sua execução de forma eficiente em todos os níveis, haja vista a descentralização do nosso sistema público de saúde (BARROS, 2006).

Assim sendo, pretende-se neste documento apresentar a situação de saúde do município de Arapiraca/AL para subsidiar o planejamento de ações pela gestão local.

5.1. Condições de Saúde da População

5.1.1. Dados Demográficos

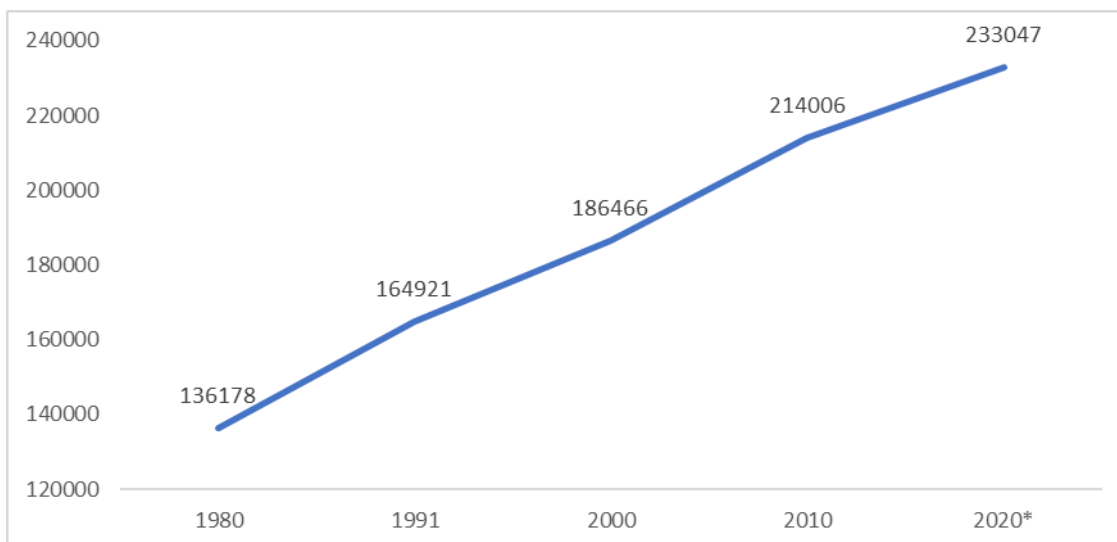
População residente

Arapiraca apresenta população residente estimada pelo IBGE em 2020 de 233.047 habitantes com uma densidade demográfica de 600,83 habitantes por quilômetro quadrado (Censo 2010). Isso coloca a cidade na posição 2 dentre 102 do mesmo estado tanto em quantidade de população residente quanto em densidade demográfica (Censo 2010).

Observa-se na Gráfico 1 que a população de Arapiraca cresceu 71,1% entre os anos de 1980 e 2020, passando de 136.178 para 233.047 habitantes.



Gráfico 1 - População residente segundo ano, Arapiraca/Al, 1980-2020*.



Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; *2020: Estimativa IBGE.

Tabela 9 - Evolução – População residente e variação, segundo ano, Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 1980-2010

Ano	Arapiraca	Alagoas	Nordeste	Brasil
1980	136178	1982915	34815439	119011052
1991	164921	2514100	42497540	146825475
2000	186466	2822621	47741711	169799170
2010	214006	3120494	53081950	190755799
1980-1991	21,11	26,79	22,07	23,37
1991-2000	13,06	12,27	12,34	15,65
2000-2010	14,77	10,55	11,19	12,34
1980-2010	57,15	57,37	52,47	60,28

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

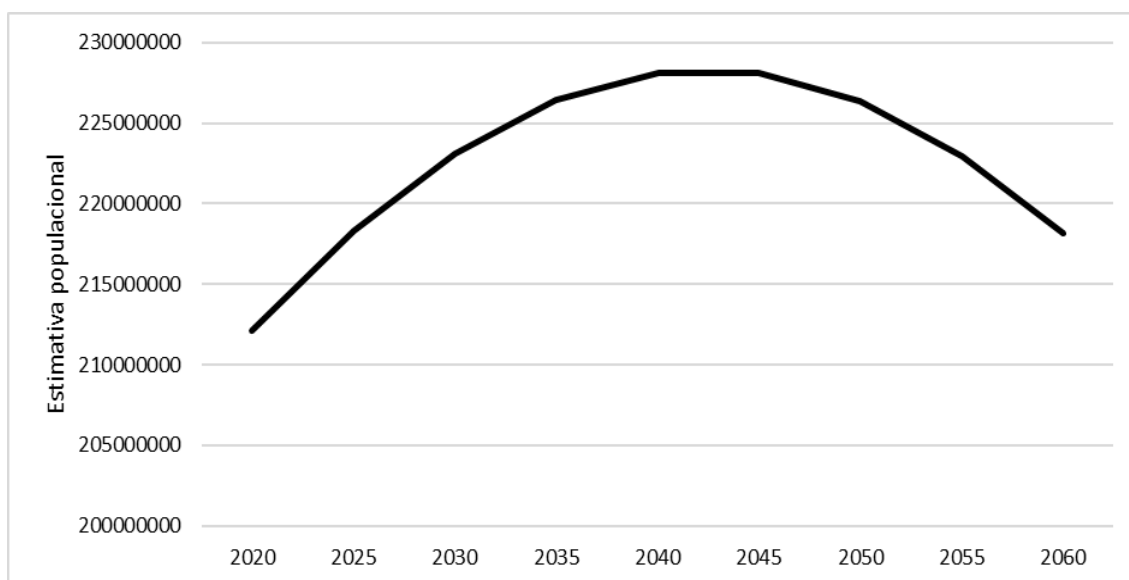
Analisando a tabela acima pode-se constatar que a quantidade absoluta de população residente em todas as regiões analisadas foi crescente com o passar dos anos. Quando comparado o crescimento a cada dez anos verifica-se que o maior crescimento populacional residente se deu entre os anos de 1980-1991, caindo significativamente, em todas as regiões, quando relacionado ao crescimento entre 1991-2000. As variações de crescimento populacional residente observadas nos anos censitários analisados demonstram que as taxas acumuladas de crescimento

populacional residente são cada vez menores. Arapiraca foi a única região, entre as analisadas, que apresentou uma taxa acumulada de crescimento populacional residente superior quando relacionada as variações entre os anos de 1991-2000 e 2000-2010, passando de 13,06% para 14,77%.

Arapiraca teve uma taxa acumulada de crescimento populacional residente de 30 anos (1980-2010) de 57,15%, bem próximo do estado de Alagoas que teve uma taxa de 57,37% e inferior à região Nordeste com uma variação de 52,47% nesse período. Considerando os acumulados de 1991-2000 e 2000-2010 verifica-se que Arapiraca apresentou taxas de crescimento maiores que Alagoas e Nordeste.

A taxa de crescimento populacional cada vez com valores menores pode ser justificada conforme projeções populacionais do IBGE, considerando o Gráfico 2. Em 2043 a população brasileira começa a apresentar taxas negativas de crescimento populacional.

Gráfico 2 - Projeção de população residente, Brasil, 2020-2060

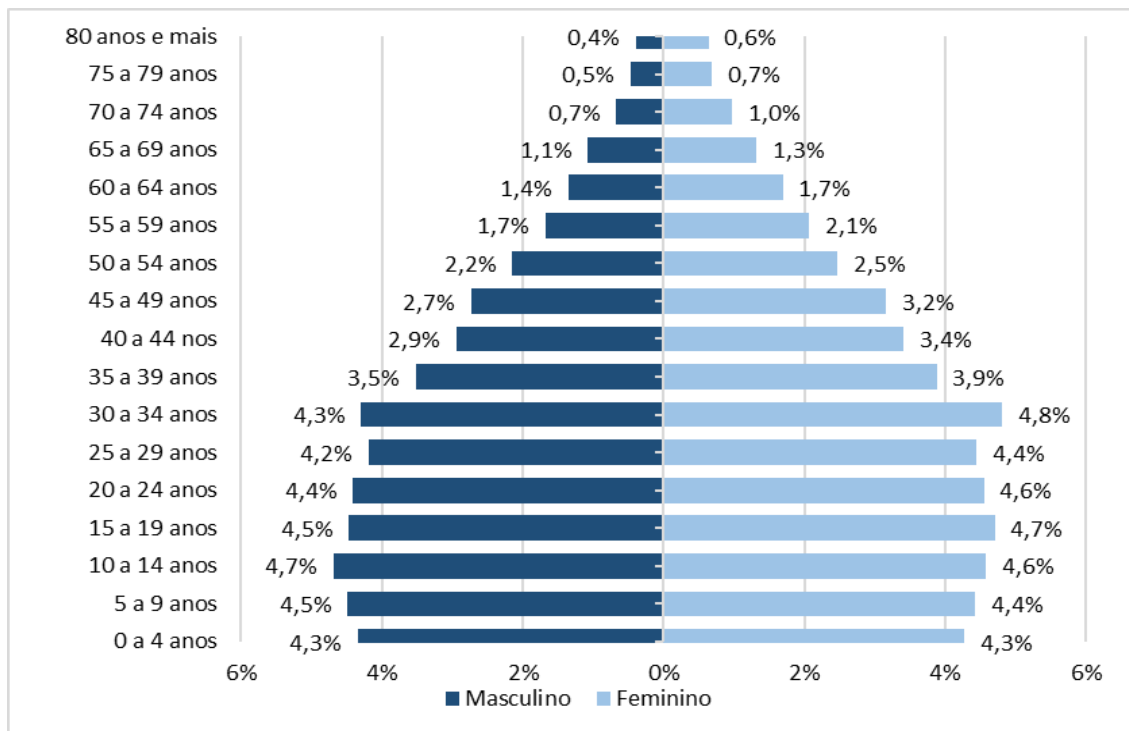


Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica – Disponível em DATASUS

Distribuição populacional por grupos etários

Observando a distribuição da população por grupos etários, com base na estimativa populacional IBGE 2015, evidencia-se uma proporção maior nas faixas etárias de 10 a 19 anos correspondendo a aproximadamente 18,5% da população total seguida da faixa etária de 20 a 29 anos com 17,6%.

Gráfico 3 - Pirâmide etária, Arapiraca/Al, 2015.



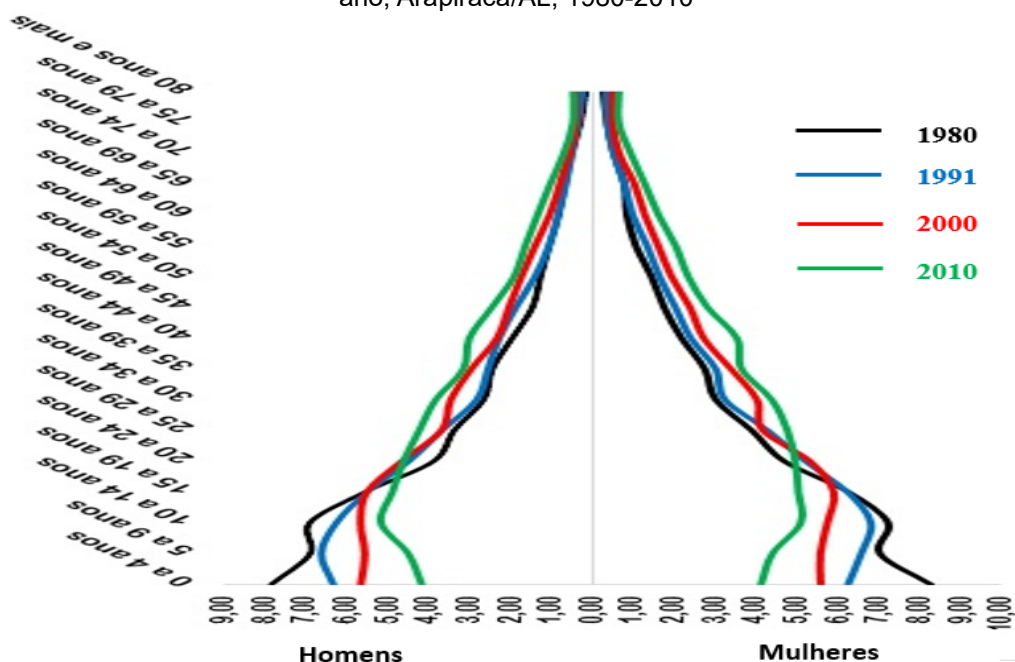
Fonte: Ripsa/IBGE

A população de 0 a 4 anos (4,3%) já é menor que todos os subgrupos até 34 anos de idade na população feminina. Na população masculina isso também se repete, exceto quando comparado a população de 25 a 29 anos (4,2%). A população de idosos é superior a população de 0 a 4 anos de idade indicando um envelhecimento da população de Arapiraca, que apresenta um estreitamento da sua base com relação ao corpo da pirâmide tendendo a um formato retangular em um futuro breve.

Analisando o percentual de participação dos subgrupos etários ao longo dos anos (1980-2010) em Arapiraca, pode-se perceber claramente o achatamento da base com uma redução significativa da população de 0 a 14 anos e um aumento da população adulta e idosa.



Gráfico 4 - Evolução – Representação do percentual populacional por faixa etária, segundo ano, Arapiraca/AL, 1980-2010

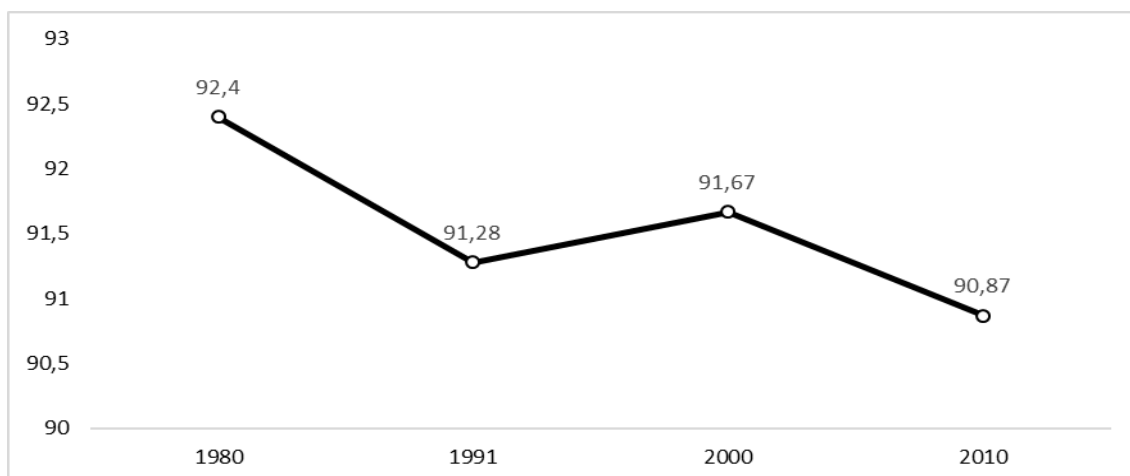


Fonte: IBGE – Censos demográficos – Confeccionado por Evandro da Silva Melo Junior

Segundo CARVALHO e RODRÍGUEZ-WONG (2008), em curto e médio prazos, o tamanho menor das gerações de crianças e jovens possibilita, em princípio, um maior retorno dos recursos nelas investidos, sendo esperado um aumento do investimento governamental *per capita* na educação, em um contexto demográfico de diminuição sustentada do peso relativo da população jovem e aumento, ainda pequeno, do peso da população idosa.

Razão de sexo

Gráfico 5 - Evolução – Razão de sexo segundo ano, Arapiraca/AL, 1980-2010



Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos



Tabela 10 - Distribuição da população segundo sexo e faixa etária, e razão de sexos.
Arapiraca/AL, 2020.

Faixa Etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%	Razão de sexos
De 0 a 4 anos	8319	3.6	7934	3.4	16253	7.0	104.9
De 5 a 9 anos	8743	3.8	8419	3.6	17162	7.4	103.8
De 10 a 14 anos	9561	4.1	9482	4.1	19043	8.2	100.8
De 15 a 19 anos	10345	4.4	10353	4.4	20698	8.9	99.9
De 20 a 24 anos	10957	4.7	11003	4.7	21960	9.4	99.6
De 25 a 29 anos	9508	4.1	10230	4.4	19738	8.5	92.9
De 30 a 34 anos	8710	3.7	9997	4.3	18707	8.0	87.1
De 35 a 39 anos	8264	3.5	9845	4.2	18109	7.8	83.9
De 40 a 44 anos	7620	3.3	9139	3.9	16759	7.2	83.4
De 45 a 49 anos	6239	2.7	7613	3.3	13852	5.9	82.0
De 50 a 54 anos	5878	2.5	7291	3.1	13169	5.7	80.6
De 55 a 59 anos	4678	2.0	5715	2.5	10393	4.5	81.9
De 60 a 64 anos	3499	1.5	4697	2.0	8196	3.5	74.5
De 65 a 69 anos	2910	1.2	3894	1.7	6804	2.9	74.7

De 70 a 74 anos	2222	1.0	2850	1.2	5072	2.2	78.0
De 75 a 79 anos	1462	0.6	2046	0.9	3508	1.5	71.5
De 80 anos ou mais	1358	0.6	2266	1.0	3624	1.6	59.9
Total	110273	47.3	122774	52.7	233047	100	89.8

Fonte: IBGE – Estimativa populacional 2020.

Observa-se que, segundo estimativas populacionais IBGE 2020, a população de Arapiraca é majoritariamente do sexo feminino correspondendo a 52,7% da população, sendo que a população entre 20 e 24 anos de idade representa o grupo etário com maior parcela da população com 9,4%. Quando analisado a razão de sexos observa-se que a população masculina só se sobrepõe a feminina no grupo etário de 0 a 14 anos e em todos os outros grupos etários a população feminina é maior que a masculina. O grupo etário acima de 80 anos é o que apresenta a menor razão de sexos com 59,9. A razão de sexos para Arapiraca, em 2020, foi de 89,8.

Taxa bruta de natalidade

Tabela 11 - Evolução – Taxa bruta de natalidade, segundo ano, Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 1995-2019

Ano	Arapiraca	Alagoas	Nordeste	Brasil
1995	30,1	24,8	16,3	18,1
2000	27	24	19,8	19,3
2005	21	20,1	18,1	16,5
2010	17,8	17,4	15,8	15
2015	18,2	15,6	15	14,8
2019	15,1	14,9	14,1	13,6

Fonte: Estimativas populacionais IBGE, SINASC

Segundo a RIPSAs (2008), a taxa bruta de natalidade é a quantidade de nascidos vivos, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, segundo o ano considerado. Expressa a frequência anual de nascidos vivos, sendo que taxas elevadas estão em geral associadas a baixas condições socioeconômicas e culturais da população.

Analisando a tabela acima percebe-se que as taxas de natalidade decresceram em todas as regiões analisadas nos anos considerados. Quando comparados os anos de 1996 e 2019 verifica-se que Arapiraca apresentou a redução de 49,8%, Alagoas (39,9%), Nordeste (13,5%) e Brasil (24,9%).

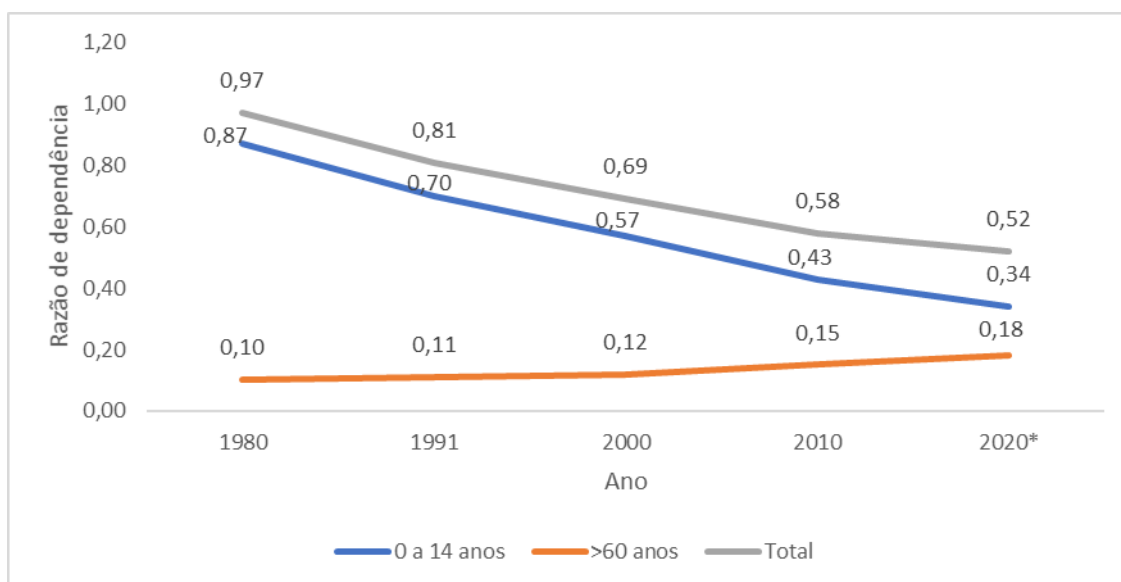
A taxa de natalidade é um indicador fortemente influenciado pela estrutura etária da população, necessitando de padronização de suas estruturas (RIPSA, 2008). Assim sendo, a comparação entre os dados contidos na tabela acima deve ser analisada com bastante cautela, haja visto a não padronização desses.

Razão de dependência

Segundo RIPSA (2008), esta é a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Ele mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. (RIPSA 2008).

Gráfico 6 - Razão de dependência total e proporcional, segundo ano, Arapiraca/AL, 1980-2010



Fonte: IBGE – Dados Censitários. *2020 – IBGE estimativa populacional.

A razão de dependência total é igual a soma das razões de dependência proporcionais de jovens e idosos. Analisando a figura (Razão) pode-se perceber que a razão de dependência total em Arapiraca decresce gradativamente no decorrer dos anos, passando de 0,97 em 1980 para 0,52 em 2020 sinalizando o processo de transição demográfica. Outro fator importante é a diminuição gradativa e acentuada da participação da razão de dependência jovem (menores de 15 anos de idade), variando de 0,87, em 1980, para 0,34, em 2020. Por outro lado, a razão de dependência de idosos (maiores de 60 anos de idade) vem apresentando crescimento, indicando um envelhecimento populacional, passando de 0,10 em 1980 para 0,18 em 2020.

Em 1980, a razão de dependência jovem correspondia a aproximadamente 89,7% da razão de dependência total, sendo que em 2020 ela passa a representar 65,4%. Já a representatividade da razão de dependência proporcional de idosos varia de 10,3% em 1980 para aproximadamente 34,6% em 2020*, ou seja, a razão de dependência proporcional de idosos mais que triplicou entre 1980-2020*.

Segundo Brito (2008) os demógrafos têm chamado atenção para as oportunidades demográficas que poderiam ser usufruídas pela sociedade e economia, entre 2010 e 2030, em função, principalmente, do crescimento da população em idade ativa, acompanhado pela redução da razão de dependência total. Nesse período esse indicador alcançará seus menores valores sendo que o peso relativo dos idosos ainda será bem menor do que o dos jovens.

Proporção de menores de 5 anos de idade na população e idosos na população

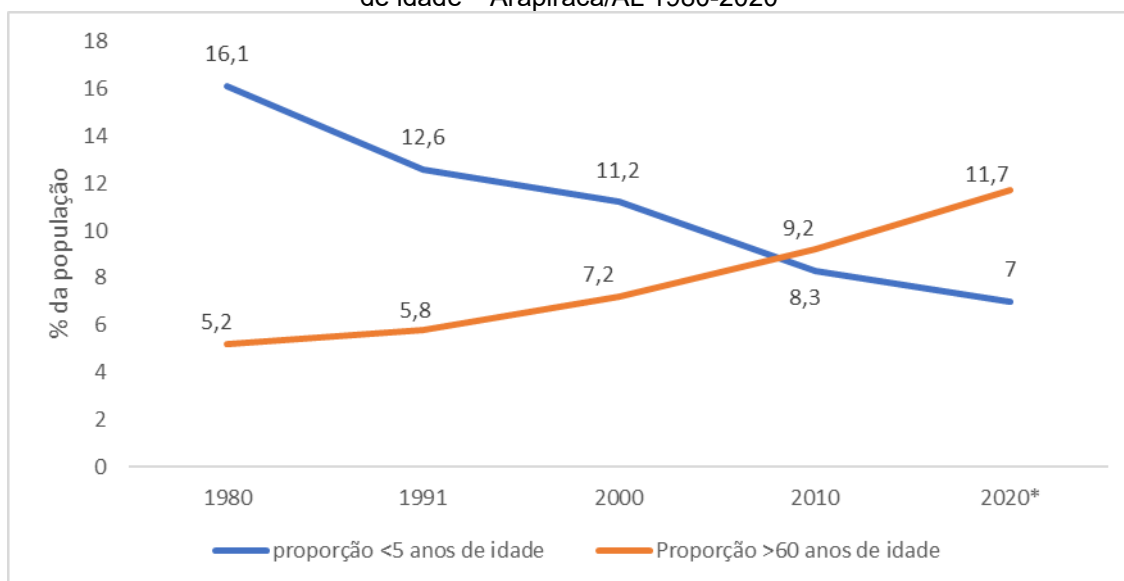
Segundo o Ripsa (2008) a proporção de menores de 5 anos de idade está associada aos níveis de fecundidade e natalidade, que repercutem na estrutura etária da população. Regiões com reduzidas taxas de fecundidade apresentam menor proporção de crianças abaixo de cinco anos de idade.

Analisando a Gráfico 7 verifica-se que a proporção de menores de 5 anos de idade caiu 56,5% em 40 anos, mantendo um declínio progressivo, enquanto que a proporção de idosos mais que dobrou nesse mesmo período.

Em 2010, a proporção de idosos na população de Arapiraca já supera a proporção de menores de 5 anos de idade confirmando o processo de transição demográfica. Segundo o Ripsa (2008) a proporção de idosos na população reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado a redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida.



Gráfico 7 - Proporção de menores de 5 anos de idade pela proporção de maiores de 60 anos de idade – Arapiraca/AL 1980-2020*



Fonte: IBGE dados censitários. *2020 – IBGE estimativa populacional.

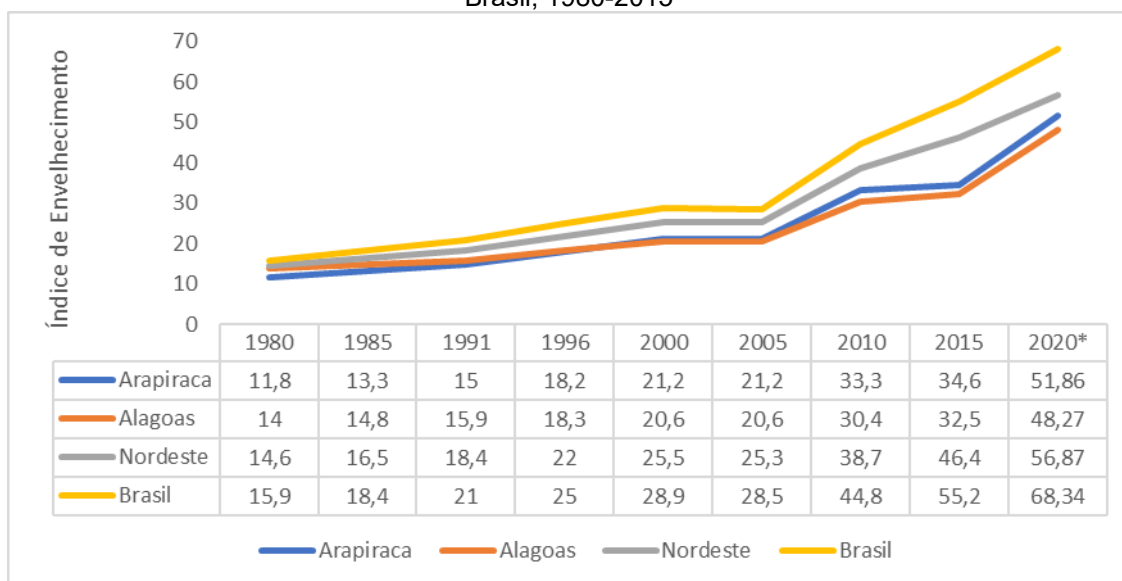
A proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade na população geral vem apresentando tendência ascendente, em correspondência com a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer. As maiores proporções são encontradas nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste. (RIPSA, 2008)

Índice de envelhecimento

Segundo RIPSA (2008) o índice de envelhecimento é representado pelo número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Dentre seus objetivos destacam-se: acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais; contribuir para a avaliação de tendências da dinâmica demográfica; subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social.



Gráfico 8 - Índice de envelhecimento segundo ano por região, Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 1980-2015*



Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 1996: IBGE - Contagem Populacional; 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas populacionais. 2015-2020: IBGE estimativas populacionais. Considerou-se como idosos para efeito de cálculo a população acima de 60 anos de idade.

A região Nordeste encontra-se em um processo de transição demográfica menos adiantada quando comparada ao Brasil, e Arapiraca já começa a apresentar um processo de transição demográfica mais acelerada que o próprio estado de Alagoas a partir dos anos 2000.

Poucos estudos têm abordado as consequências no cenário urbano do envelhecimento populacional, contudo é de se esperar que a descrição das desigualdades que demarcam esse processo aponte para a necessidade de uma melhor compreensão dele (ALVES e col., 2016).

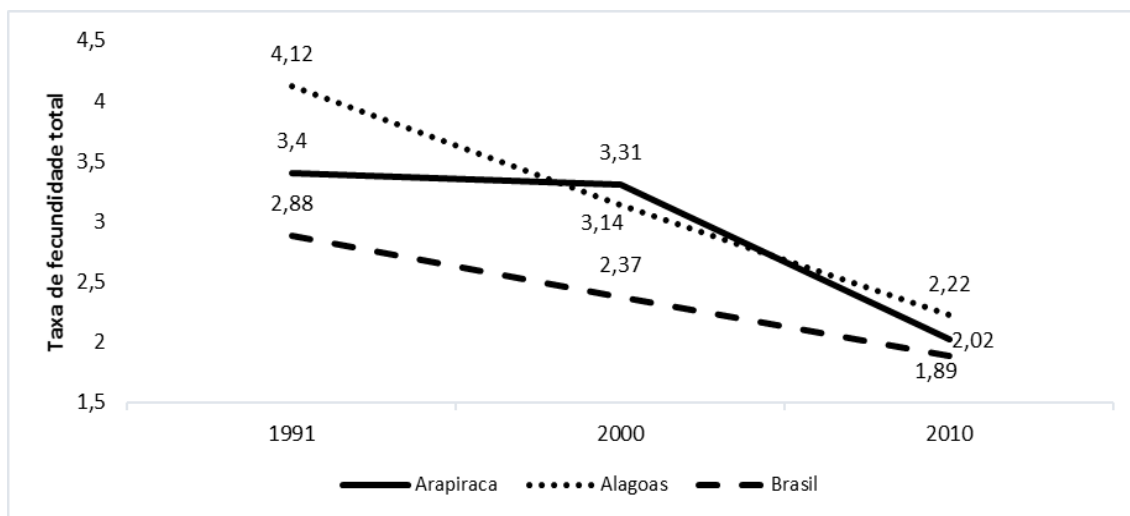
Taxa de fecundidade total

Segundo o DATASUS a taxa de fecundidade total é definida pelo número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Junto com a migração, esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. (DATASUS)

Analisando a evolução no tempo das taxas de fecundidade total observa-se que Arapiraca, Alagoas e Brasil apresentaram declínio no período apresentado. Em 2010, a taxa de fecundidade total de Arapiraca (2,02 filhos por mulher) é inferior à de

Alagoas (2,22 filhos por mulher) e superior à do Brasil (1,89 filhos por mulher). Em 1991, Alagoas superava a média de 4 filhos por mulher.

Gráfico 9 - Evolução - Taxa de fecundidade total, por ano. Arapiraca-Alagoas-Brasil 1991-2010



Fonte: Atlas Brasil 2013

Analisando a variação das Taxas de Fecundidade Total (Gráfico 9), verifica-se que o ritmo do decréscimo foi diferente para as regiões estudadas, sendo que a maior variação entre os anos de 1991 e 2010 foi o estado de Alagoas com uma redução de 46,12%, passando de uma média de 4,12 filhos por mulher em 1991 para 2,22 em 2010.

Quando analisado a variação entre os anos de 1991 e 2000 verifica-se, também, uma maior variação relativa em Alagoas (-23,79%) comparada à Arapiraca (-2,65%) e Brasil (-17,71%). Já a variação relativa entre os anos de 2000 e 2010 foi maior em Arapiraca (-38,97%) em comparação à Alagoas (-29,3%) e ao Brasil (-20,25%) evidenciando uma queda mais abrupta da taxa de fecundidade total nos últimos anos em Arapiraca.

Outra informação importante que pode se identificar na tabela é que, em 2010, o município de Arapiraca apresenta uma taxa de fecundidade total insuficiente para assegurar a reposição populacional que é de 2,1 filhos por mulher.

Tabela 12 - Taxa de Fecundidade Total (TFT) - Arapiraca, Alagoas, Brasil 1991-2010

Regiões	TFT		Variação TFT (%)			
	1991	2000	1991/00	2000/10	1991/10	
Brasil	2,88	2,37	1,89	-17,71	-20,25	-34,37



Alagoas	4,12	3,14	2,22	-23,79	-29,30	-46,12
Arapiraca	3,4	3,31	2,02	-2,65	-38,97	-40,59

Fonte: Atlas Brasil 2013

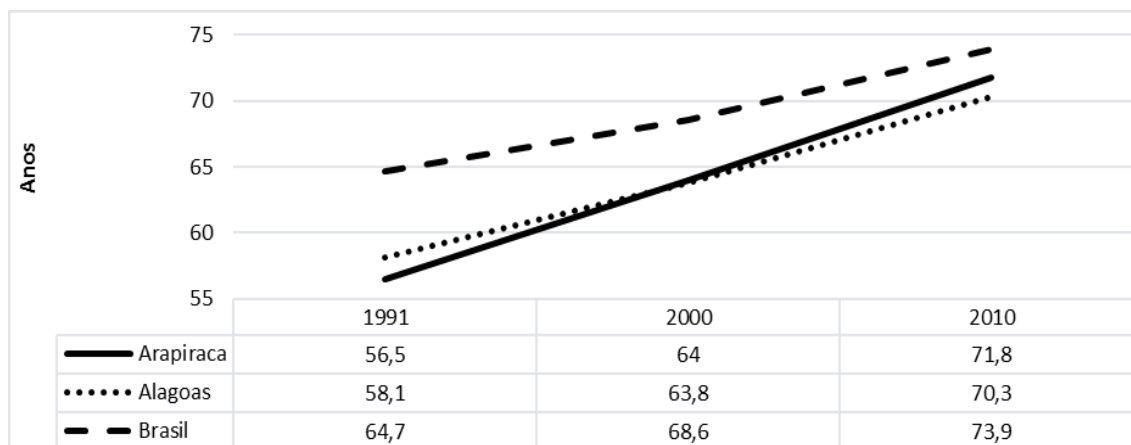
Esperança de vida ao nascer

A Esperança de vida ao nascer ou expectativa de vida ao nascer, segundo o RIPSAs (2008) é definido pelo número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Observa-se que é a partir dos anos 2000 que Arapiraca começa a ultrapassar os valores da expectativa de vida ao nascer em relação ao próprio estado de Alagoas.

Analisando a evolução desse indicador ao longo do tempo pode-se verificar que, entre 1991 e 2010, o município de Arapiraca apresentou um ganho superior (27,1%) em anos de vida enquanto que o estado de Alagoas foi de 21% e o Brasil com 14,2%.

Gráfico 10 - Evolução – Esperança de vida ao nascer, segundo ano, Arapiraca-Alagoas-Brasil, 1991-2010



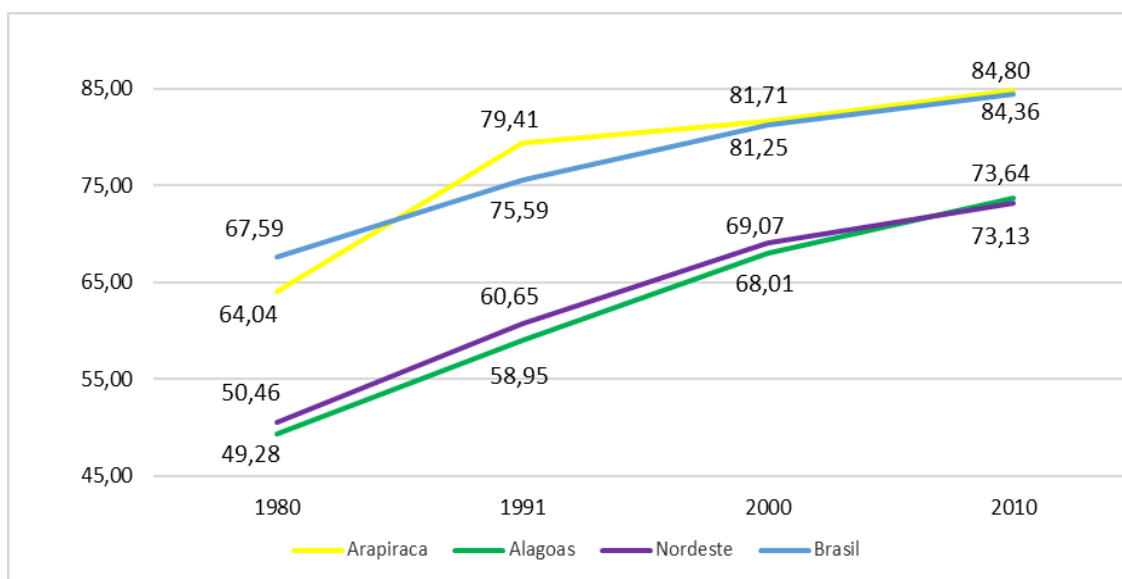
Fonte: Atlas Brasil 2013 – DATAPEDIA

Grau de urbanização

Segundo a RIPSAs (2008), esse indicador define o percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A concentração urbana é mais acentuada nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. As regiões Norte e Nordeste, menos desenvolvidas, apresentam menor concentração urbana.



Gráfico 11 - Evolução - Grau de Urbanização (%) segundo ano, Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 1980-2010



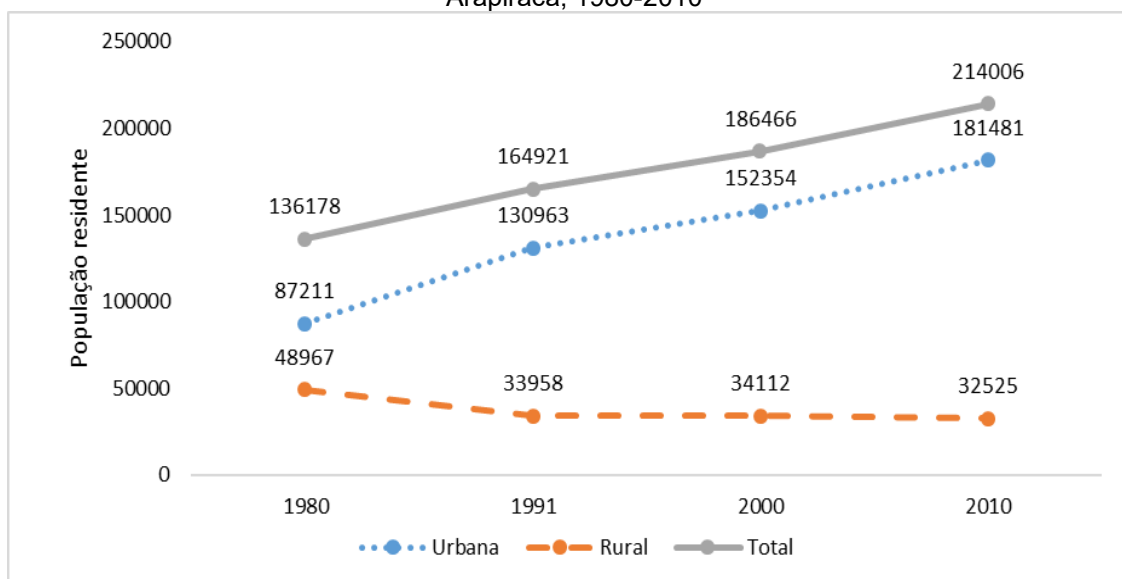
Fonte: IBGE – Censos Demográficos

Pode-se perceber no gráfico acima que no estado de Alagoas esse processo de urbanização se deu mais tardiamente, passando a ter população urbana superior a rural a partir da década de 80.

Analisando a Gráfico 11 pode-se perceber que o grau de urbanização apresentou crescimento progressivo em todas as regiões dispostas. Segundo dados do Censo 2010, Arapiraca apresenta um grau de urbanização discretamente superior com 84,8% enquanto que o Brasil apresentou 84,4%, ou seja, Arapiraca, apesar de ser uma cidade da região nordeste apresenta um elevado índice de urbanização.

Em Arapiraca a variação no processo de urbanização, quando analisado períodos de dez anos, foi maior nos anos de 1980-1991 (24% de crescimento) valor superior ao próprio estado de Alagoas, à região Nordeste e ao Brasil. Arapiraca apresentou uma queda significativa no processo de urbanização a partir da década de 90 coincidentemente com o declínio da fucicultura na região.

Gráfico 12 - Evolução – População residente por situação urbana e rural, segundo ano, Arapiraca, 1980-2010



Fonte: IBGE – Censos Demográficos

Tabela 13 - Evolução do processo de urbanização, segundo ano, Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 1980-2010

	Arapiraca	Alagoas	Nordeste	Brasil
1980-1991	24,00	19,62	20,20	11,84
1991-2000	2,89	15,38	13,88	7,48
2000-2010	3,79	8,27	5,88	3,84

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

Ao contrário de todas as outras regiões analisadas, Arapiraca foi a única a apresentar crescimento do processo de urbanização entre as variações acumuladas de 1991-2000 a 2000-2010, passando de 2,89 para 3,79, respectivamente.

5.1.2. Perfil Epidemiológico

Indicadores de mortalidade

As estatísticas de mortalidade contribuem para a avaliação das condições de saúde e dos diversos problemas de vida de uma população. Essas, quando contextualizadas com a realidade, subsidiam o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e de promoção à saúde, além da avaliação dos impactos das intervenções em saúde (LIMA e col., 2013).



O Sistema de Informações sobre Mortalidade foi criado em 1975 para a obtenção regular de dados de mortalidade no País. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

O documento base para a captação dos dados de mortalidade é a Declaração de Óbito - DO. Trata-se de um documento fornecido pelo Ministério da Saúde, em três vias, pré-enumeradas sequencialmente e distribuído pelas Secretarias Municipais de Saúde. A responsabilidade na emissão da DO é do médico, sendo fundamental o seu empenho no preenchimento correto de todas as variáveis da DO.

A partir dos dados do SIM é possível a formulação de indicadores epidemiológicos que possibilitarão a análise da situação de saúde, subsidiando a tomada de decisão.

Mortalidade Proporcional

Segundo a Ripsa (2008), a mortalidade proporcional é a distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Elevadas proporções de óbitos de menores de um ano de idade estão associadas a más condições de vida e de saúde, e o deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens – sobretudo na infância – e o consequente aumento da expectativa de vida da população. Uma das limitações desse indicador é que o aumento percentual de óbitos em uma ou mais faixas etárias pode dever-se, apenas, à redução da frequência em outras faixas.

Conforme a Tabela 14, como é de se esperar, há uma maior proporção de óbitos na população idosa com 64,5% dos óbitos.

Tabela 14 - Evolução – Mortalidade proporcional por idade segundo ano, Arapiraca/AL, 1996-2015

Faixa etária	2000	%	2005	%	2010	%	2015	%	2020*	%*
< 1 ano	118	10,9	85	7,2	63	4,5	53	3,5	40	2,1
1 a 4 anos	31	2,9	11	0,9	7	0,5	7	0,5	5	0,3
5 a 9	7	0,6	6	0,5	6	0,4	4	0,3	4	0,2



anos											
10 a 19 anos	36	3,3	46	3,9	63	4,5	60	4,0	32	1,7	
20 a 29 anos	62	5,7	101	8,6	136	9,8	93	6,1	70	3,7	
30 a 39 anos	81	7,5	76	6,5	122	8,8	92	6,1	94	5,0	
40 a 49 anos	75	6,9	107	9,1	123	8,8	123	8,1	157	8,3	
50 a 59 anos	120	11,1	122	10,4	151	10,9	171	11,3	225	11,9	
> 60 anos	553	51,1	621	52,8	716	51,6	909	60,1	1216	64,5	
Ign	-	-	-	-	1	-	-	-	42	2,2	
Total	1083	100%	1175	100%	1388	100%	1512	100%	1884	100%	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – Disponível em DATASUS. *2020 – dados locais, sujeito a alterações.

Mortalidade proporcional por capítulo CID-10

Ao analisar a Tabela 15, abaixo, consegue-se perceber a diferença de distribuição das causas de óbito nos diferentes grupos etários. Nos grupos etários de 10 a 29 anos de idade e 30 a 49 anos de idade os óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade aparecem em 1º lugar, sendo que no primeiro grupo (10 a 29 anos) essas causas respondem por aproximadamente 70% dos óbitos nessa faixa etária.

No grupo etário de 50 a 59 anos de idade os óbitos por causas externas aparecem em 2º lugar correspondendo a quase 18% do total de óbitos nessa faixa etária, e os óbitos por neoplasias aparecem em 3º lugar com quase 15% dos óbitos.

No grupo acima de 60 anos de idade os óbitos por doenças do aparelho circulatório aparecem em 1º lugar correspondendo a quase 1/3 de todos os óbitos nessa faixa etária. Em sequência estão os óbitos por neoplasias e por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (2º e 3º colocados, respectivamente).

Tabela 15 - Ranking de óbitos de residentes segundo capítulo CID-10 e faixa etária. Arapiraca, 2019.

	Ranking	Nº de óbitos	%
10 a 29 anos de idade			
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1º	65	69,1
II. Neoplasias (tumores)	2º	5	5,3
X. Doenças do aparelho respiratório	3º	5	5,3
XV. Gravidez parto e puerpério	4º	5	5,3
30 a 49 anos de idade			
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1º	74	42,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	2º	23	13,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	3º	16	9,2
II. Neoplasias (tumores)	4º	15	8,6
50 a 59 anos de idade			
IX. Doenças do aparelho circulatório	1º	44	28,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2º	28	17,8
II. Neoplasias (tumores)	3º	23	14,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	4º	19	12,1
Acima de 60 anos de idade			
IX. Doenças do aparelho circulatório	1º	346	32,6
II. Neoplasias (tumores)	2º	133	12,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3º	132	12,5
X. Doenças do aparelho respiratório	4º	122	11,5

Fonte: DATASUS. O percentual de óbitos foi calculado excluindo os óbitos com causa mal definida (Capítulo XVIII).

Mortalidade por causas externas

Ao analisar a Tabela 16 que dispõe da distribuição dos óbitos por causas externas percebe-se que o grupo das Agressões (X85-Y09) e o grupo dos Acidentes de transporte são os mais prevalentes ao longo da série estudada sendo que podem ser observadas reduções quantitativas quando comparados os anos de 2015 e 2019.

Juntos, em 2019, acidentes de transporte e agressões responderam por 65% dos óbitos por causas externas de residentes de Arapiraca, totalizando 146 óbitos.



Tabela 16 - Óbitos de residentes por causas externas segundo ano e grupo CID-10.
Arapiraca/AL, 2019.

Grande Grupo CID10	2015	2016	2017	2018	2019
V01-V99 Acidentes de transporte	68	71	65	65	53
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	20	36	36	37	56
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	9	12	12	11	11
X85-Y09 Agressões	141	152	138	102	93
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	2	1	-	2	1
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	2	8	10	11	9
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	-	1	-	-	1
Total	242	281	261	228	224

Fonte: DATASUS

Mortalidade infantil

Segundo a Ripsa (2008), a taxa de mortalidade infantil refere-se ao número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Em sua maneira geral, esse indicador reflete o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materno e infantil, bem como expressam as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental.

A Tabela 17 traz uma comparação entre as taxas de mortalidade infantil segundo ano e região. Percebe-se que Arapiraca apresentou significativa redução nessas taxas quando comparados os anos 2000 e 2019, passando de 24,16 óbitos de menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos para 14,88. Isso significa uma redução de aproximadamente 40% em 20 anos.

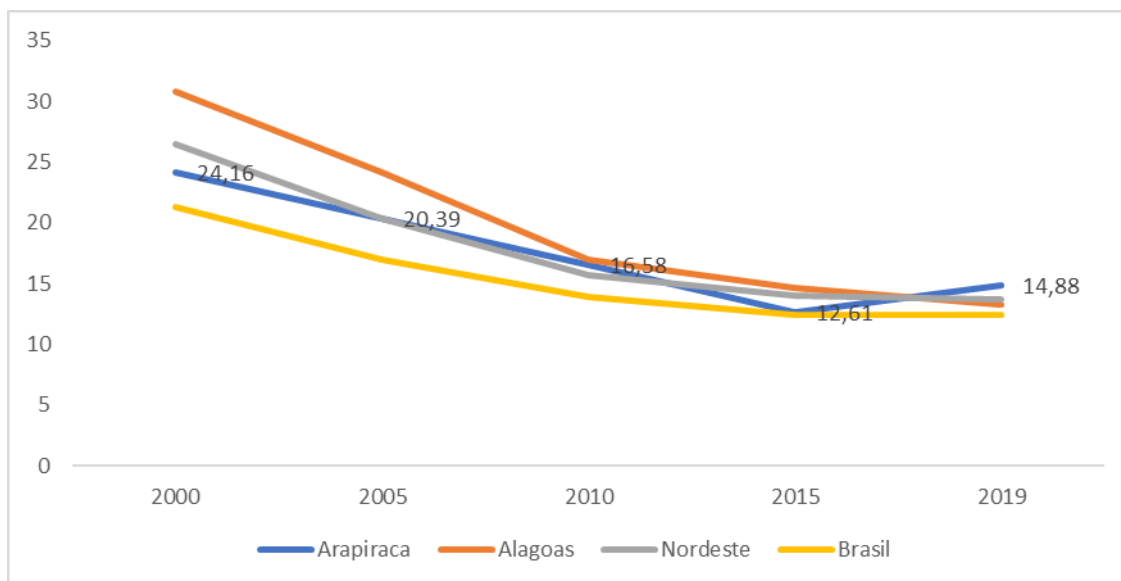
Tabela 17 - Taxas de Mortalidade Infantil, segundo ano, por região, Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 2000-2019

Ano	Arapiraca	Alagoas	Nordeste	Brasil
2000	24,16	30,82	26,51	21,27
2005	20,39	24,18	20,40	16,98
2010	16,58	16,95	15,69	13,93
2015	12,61	14,64	13,97	12,43
2019	14,88	13,23	13,70	12,39

Fonte: Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informações de Mortalidade – SIM

O Gráfico 13 mostra que todas as regiões estudadas apresentaram decréscimo nas taxas de mortalidade infantil sendo que foram mais acentuados entre os anos 2000 e 2010, e com reduções menos acentuadas entre os anos 2010 e 2019, sendo que Arapiraca registra aumento quando comparados os anos 2015 e 2019 passando de 12,61 para 14,88.

Gráfico 13 - Evolução da taxa de mortalidade infantil segundo ano e região. Brasil, 2019



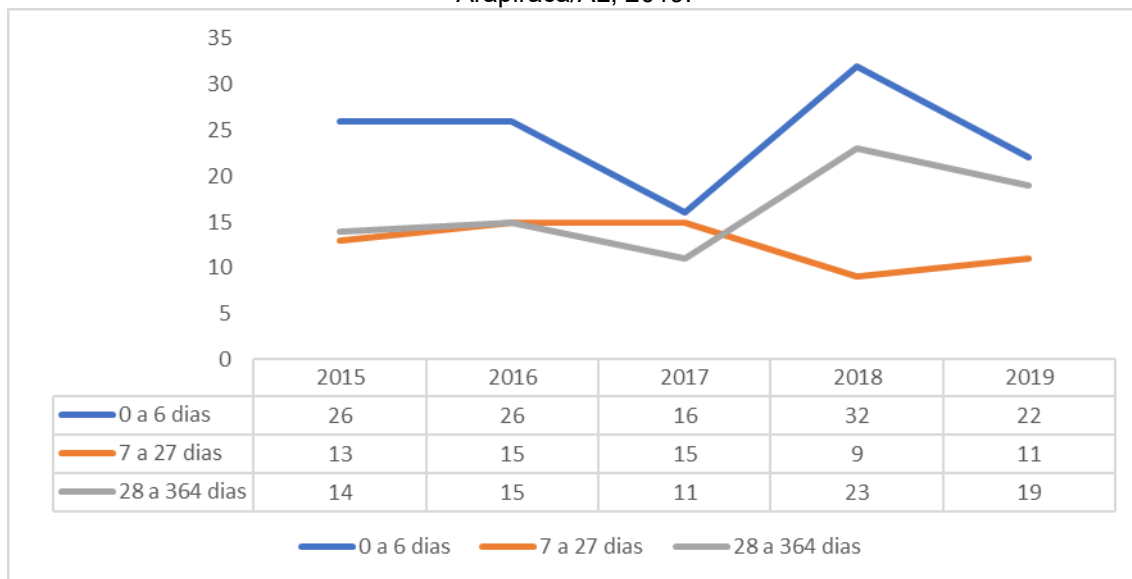
Fonte: DATASUS.

A mortalidade proporcional por idade, em menores de um ano, segundo a RIPSA (2008) é a distribuição percentual dos óbitos informados de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Consegue expressar quais fatores estão mais ligados às causas de mortalidade infantil, sendo que percentuais elevados de óbitos pós-neonatais estão associados a precárias condições de vida e de saúde.



A mortalidade proporcional por idade em menores de 01 ano de idade expressa a composição da mortalidade infantil por períodos que se dividem em neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 a 364 dias de vida). Segundo a Ripsa (2008), percentuais elevados de óbitos neonatais estão significativamente relacionados aos fatores da gestação e parto, enquanto que os pós-neonatais estão associados às causas ambientais.

Gráfico 14 - Distribuição quantitativa de óbitos infantis de residentes segundo componentes. Arapiraca/AL, 2019.



Fonte: DATASUS

O Gráfico 14 mostra que houve uma redução quantitativa nos óbitos pelos componentes neonatal precoce e neonatal tardio quando comparados os anos de 2015 e 2019, o mesmo não é observado quando comparados os óbitos no período pós-neonatal, passando de 14 para 19 óbitos.

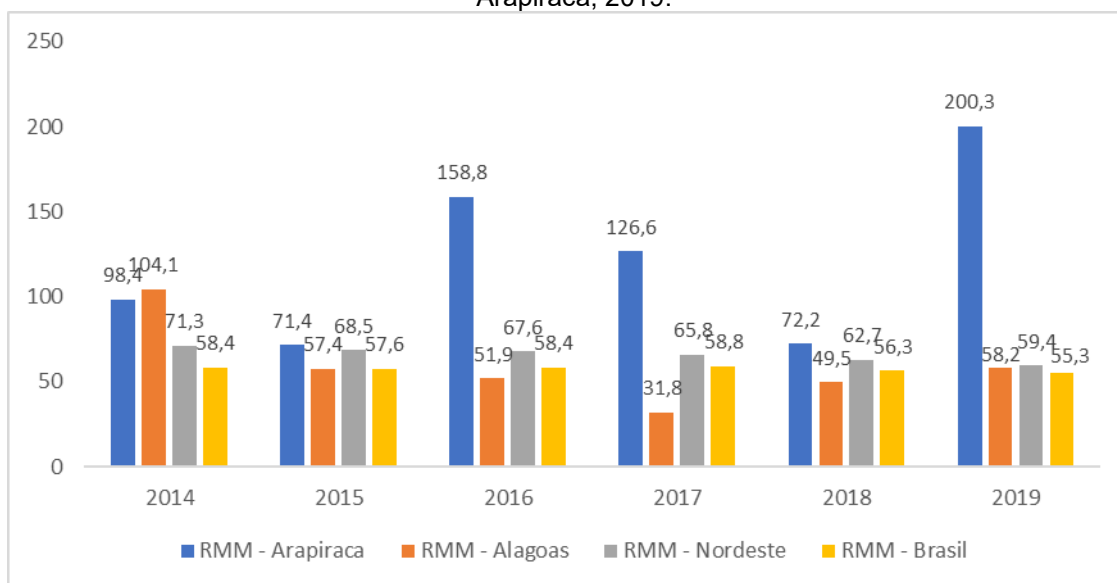
Desperta grande atenção à quantidade de óbitos no período pós-neonatal nos anos de 2018 e 2019 correspondendo a 36% do total de óbitos infantis nos dois anos. Óbitos pós-neonatal podem indicar falhas nas condições de acesso aos serviços de saúde.

Razão de Mortalidade Materna

Segundo RIPSA 2008 esse indicador corresponde ao número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas a gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos.

As estatísticas sobre a mortalidade materna têm sido apontadas como o melhor indicador da saúde da população feminina e, conseqüentemente, a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para diminuição dos índices ora apresentados (VIANA e col., 2011).

Gráfico 15 - Distribuição Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo ano e região. Arapiraca, 2019.



Fonte: DATASUS

Analisando a evolução da RMM verifica-se os valores de Arapiraca são maiores que o restante das regiões estudadas em toda a série histórica, exceto em 2014. Os valores encontrados em Arapiraca merecem atenção especial por parte da gestão local e da rede de assistência que compõe a Rede Cegonha devido à grande diferença quando comparados aos das outras regiões.

Em 2019, o valor de RMM em Arapiraca bate recorde atingindo o valor de 200,3 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

Indicadores de Morbidade

Segundo Lebrão (1995) as estatísticas de morbidade tendem a revelar as condições de saúde com maior sensibilidade quando comparadas às estatísticas de mortalidade. Estas mostram um quadro de saúde como ela foi, enquanto que para se perceber a saúde como ela é no momento, faz-se necessário utilizar as estatísticas de morbidade.

Tabela 18 - Morbidade hospitalar

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1600	1269	1483	1454
II. Neoplasias (tumores)	1262	1363	1177	940
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	29	34	40	20
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	166	155	155	94
V. Transtornos mentais e comportamentais	181	203	182	175
VI. Doenças do sistema nervoso	107	100	142	81
VII. Doenças do olho e anexos	53	49	58	33
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5	7	9	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1206	1073	998	848
X. Doenças do aparelho respiratório	1699	1718	1454	650
XI. Doenças do aparelho digestivo	1165	1209	1247	710
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	140	148	169	106
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	270	263	265	195
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	772	872	765	487
XV. Gravidez parto e puerpério	3516	3531	3362	3198
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	412	431	341	278
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	74	92	74	35
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	220	258	263	182
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1557	1698	1685	1608
XXI. Contatos com serviços de saúde	36	22	36	33
Total	14470	14495	13905	11128

Fonte: DATASUS, SIH-SUS

Analisando a distribuição das internações hospitalares segundo capítulo de doenças da CID-10 observa-se que doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias (tumores); doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestivo; causas externas são sempre as mais frequentes durante toda a série histórica analisada, além de internações por gravidez, parto e puerpério.

Entre 2017 e 2019 a média total foi de 14.290 internações em leitos SUS por ano. Já em 2020 observa-se uma queda expressiva na quantidade de internações que

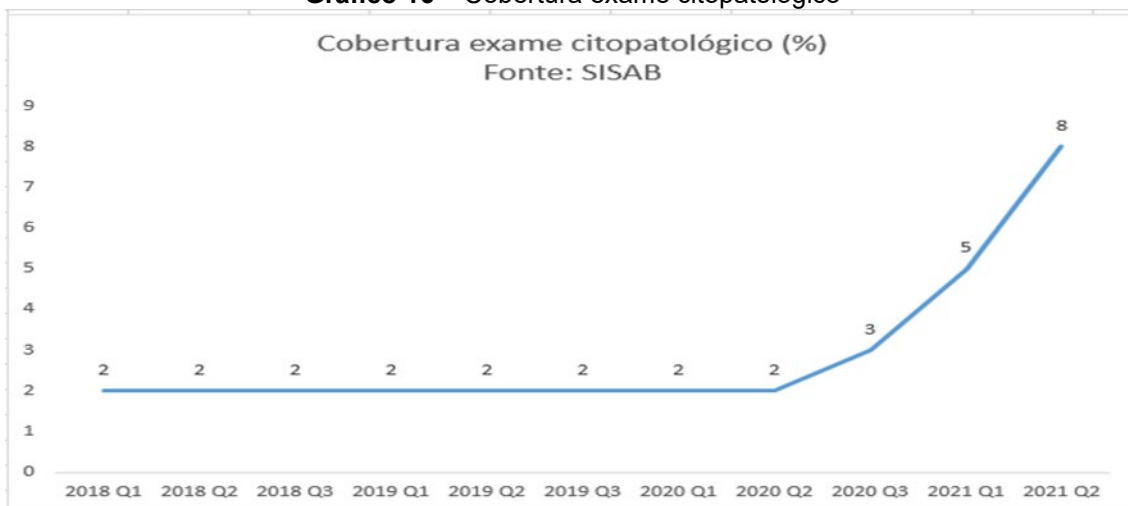
pode ser explicada pelo período pandêmico da COVID-19 em que medidas de restrição social foram bem impactantes no período inicial da pandemia fazendo com que a procura pelos serviços de saúde diminuísse nesse período em que foi registrado uma redução de 22% na quantidade de internações quando analisada a média de internações SUS entre 2017-2019 e 2020.

Quedas expressivas são observadas nas internações por doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo quando analisado a média entre os anos de 2017-2019 e o ano de 2020. Por outro lado, parece haver estabilidade na quantidade de internações por causas externas e algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Por conta da pandemia da COVID-19 deve-se olhar com bastante cautela para os dados apresentados no ano de 2020.

Indicadores do Previne Brasil

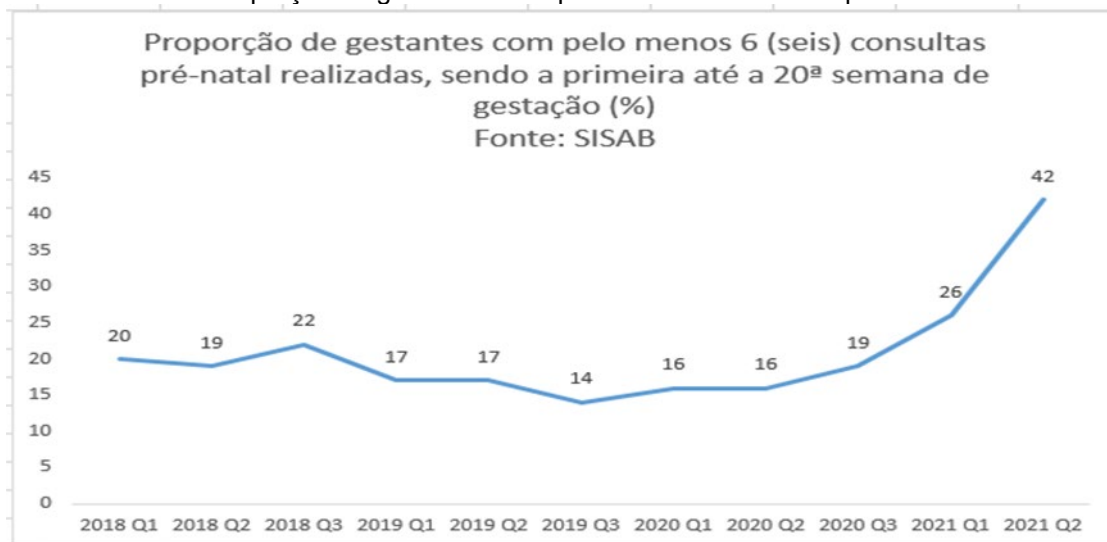
Gráfico 16 – Cobertura exame citopatológico



Fonte: SISAB

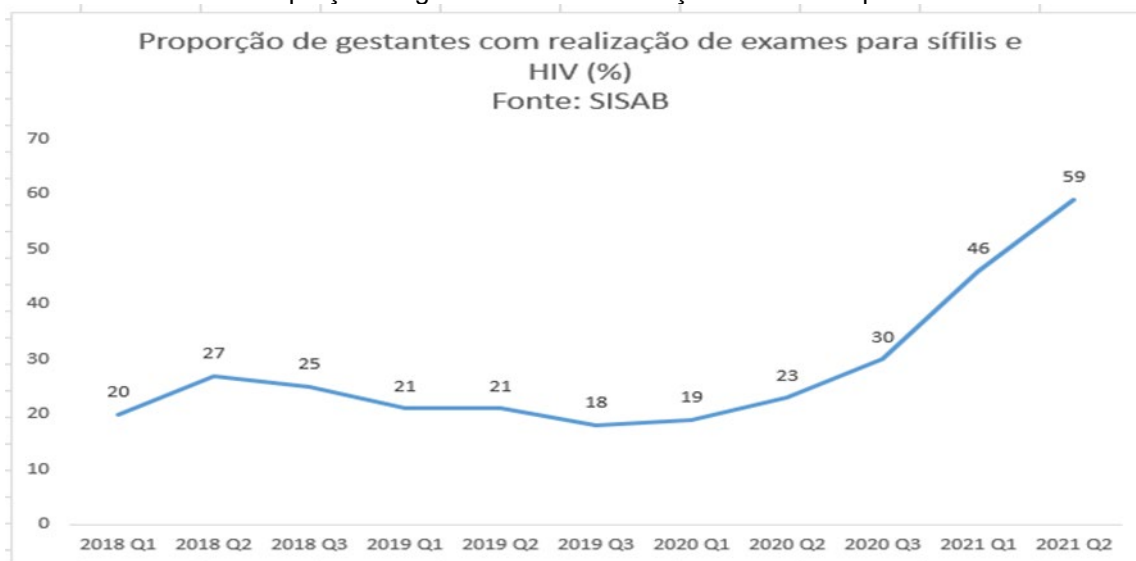


Gráfico 17 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas



Fonte: SISAB

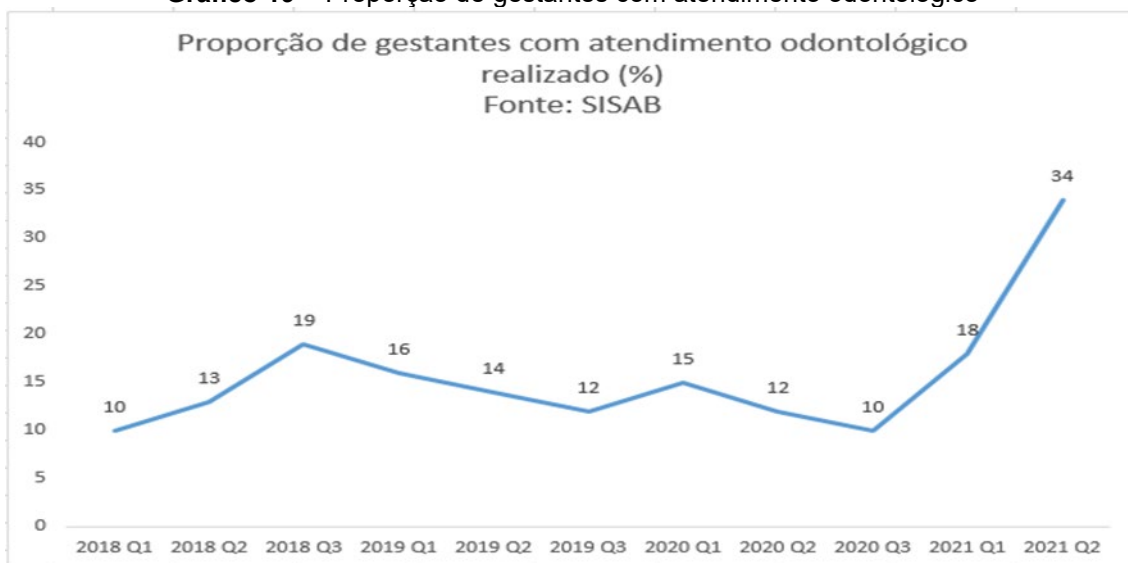
Gráfico 18 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV



Fonte: SISAB

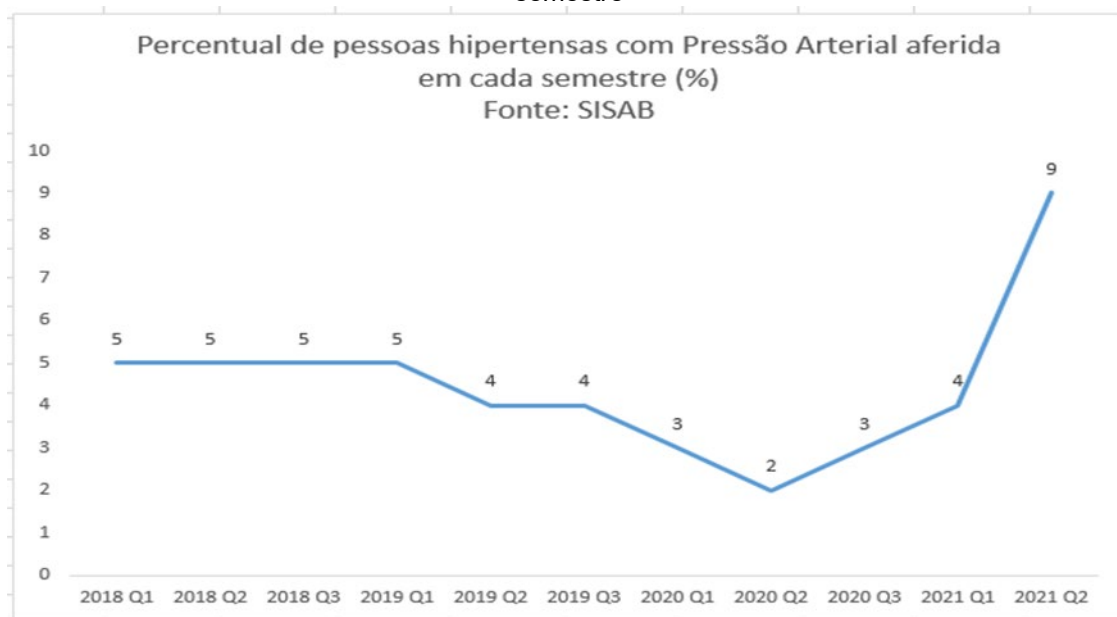


Gráfico 19 – Proporção de gestantes com atendimento odontológico



Fonte: SISAB

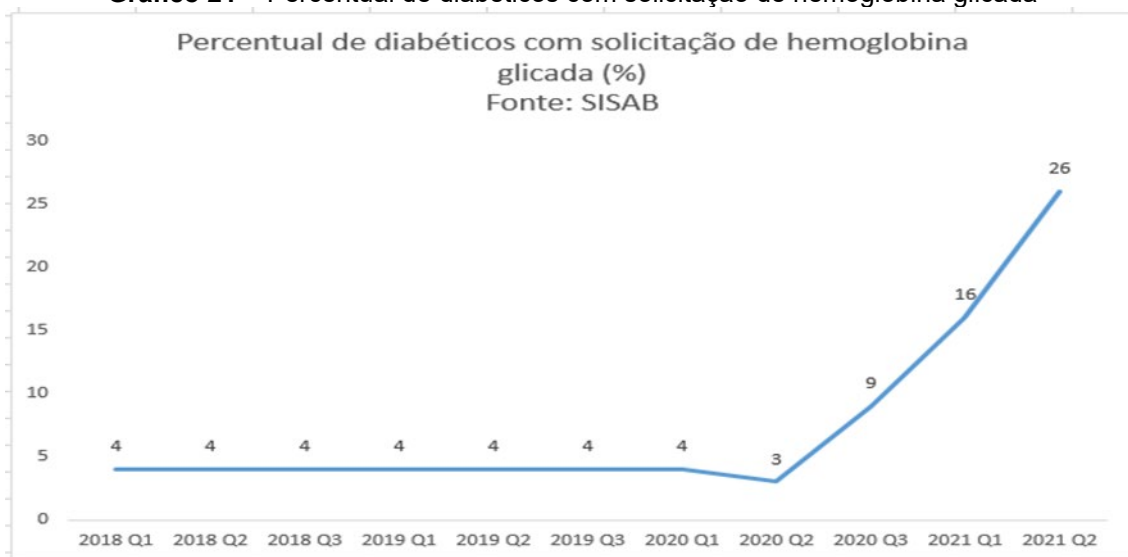
Gráfico 20 – Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre



Fonte: SISAB

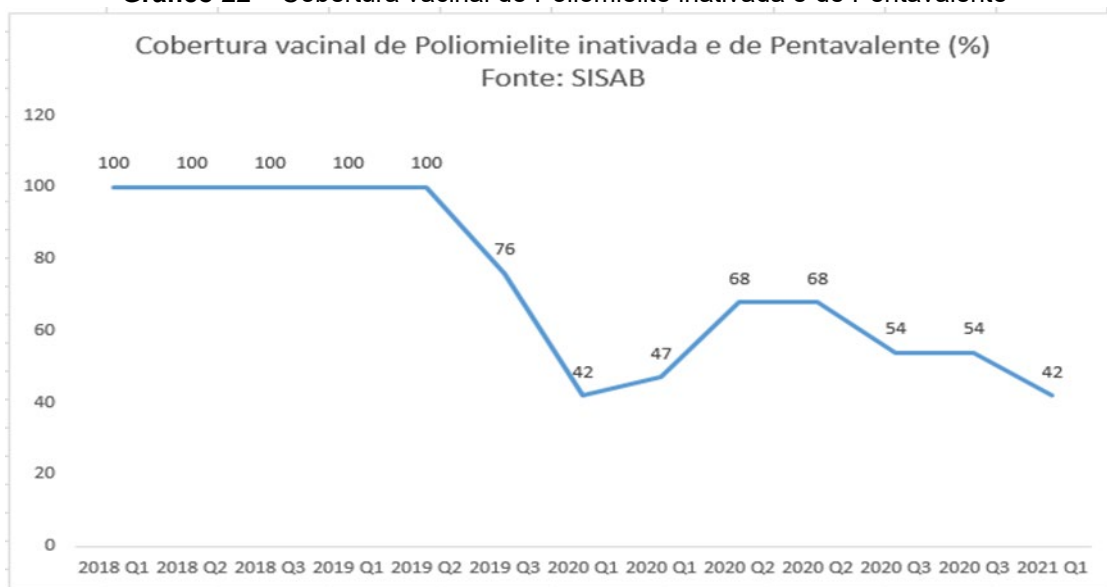


Gráfico 21 – Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada



Fonte: SISAB

Gráfico 22 – Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente



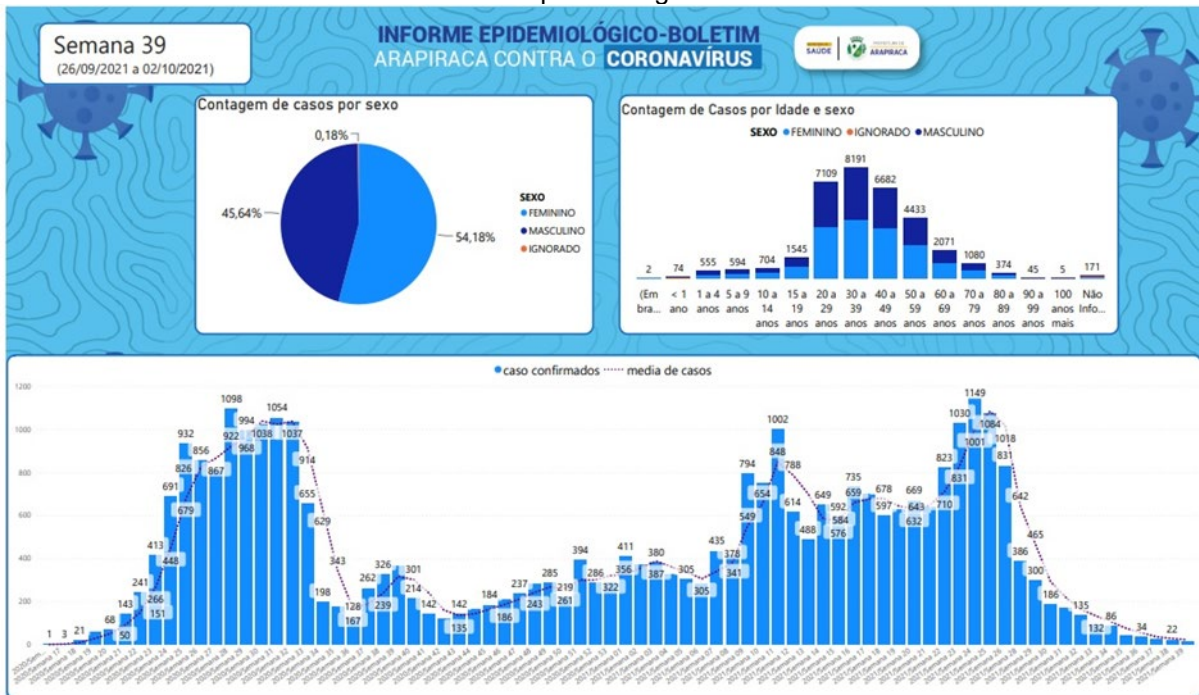
Fonte: SISAB

Nota: O Ministério da Saúde está revendo os cálculos de cobertura vacinal do indicador do Previner Brasil e considerou a cobertura de 100% para todos os municípios para 2º Quadrimestre 2021.



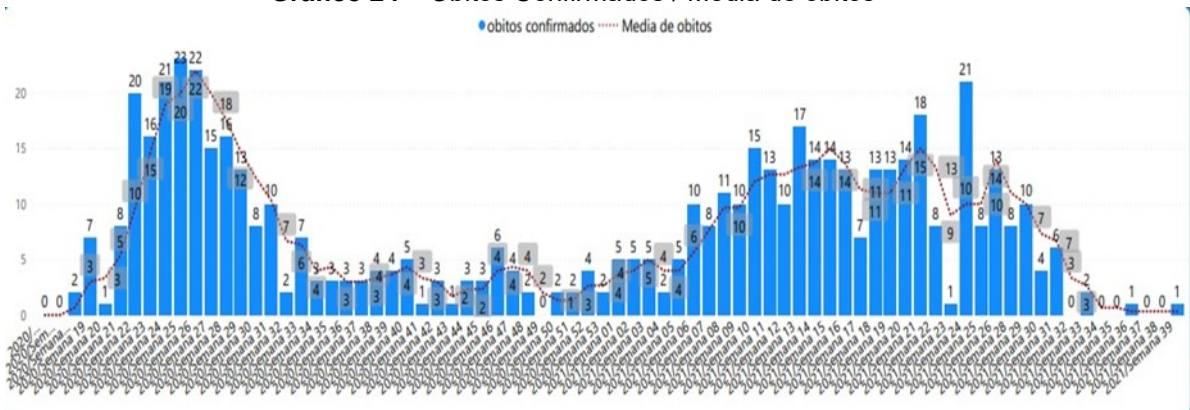
Situação COVID-19

Gráfico 23 – Informe Epidemiológico – Semana 39



Fonte: SMS

Gráfico 24 – Óbitos Confirmados / Média de óbitos



Fonte: SMS



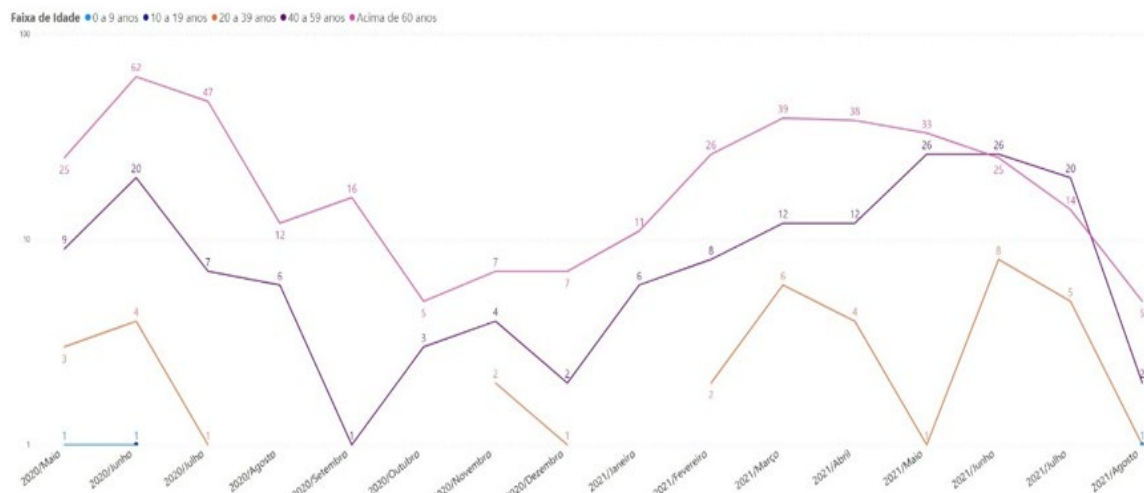
Gráfico 25 – Porcentagem de óbitos por faixa de idade e sexo



Fonte: SMS

Gráfico 26 – Distribuição quantitativa de óbitos confirmados da COVID-19 segundo data de confirmação

Distribuição quantitativa de óbitos confirmados da COVID-19 segundo data de confirmação. Arapiraca/AL, 2020-2021

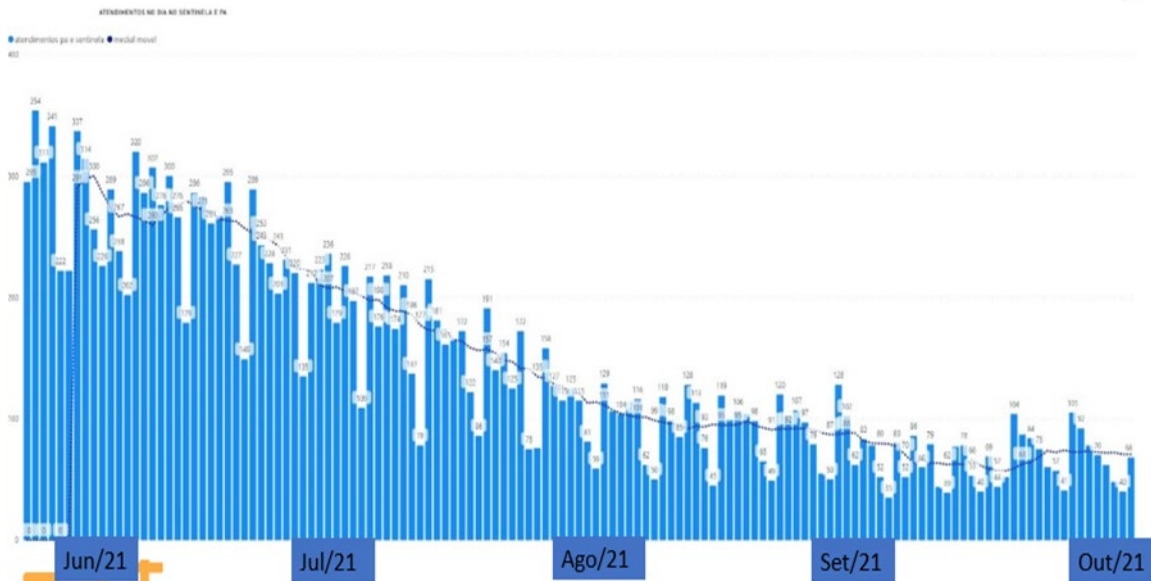


Fonte: SMS



Gráfico 27 – Média móvel de atendimentos Pronto Atendimento Municipal e Unidade Sentinela Municipal

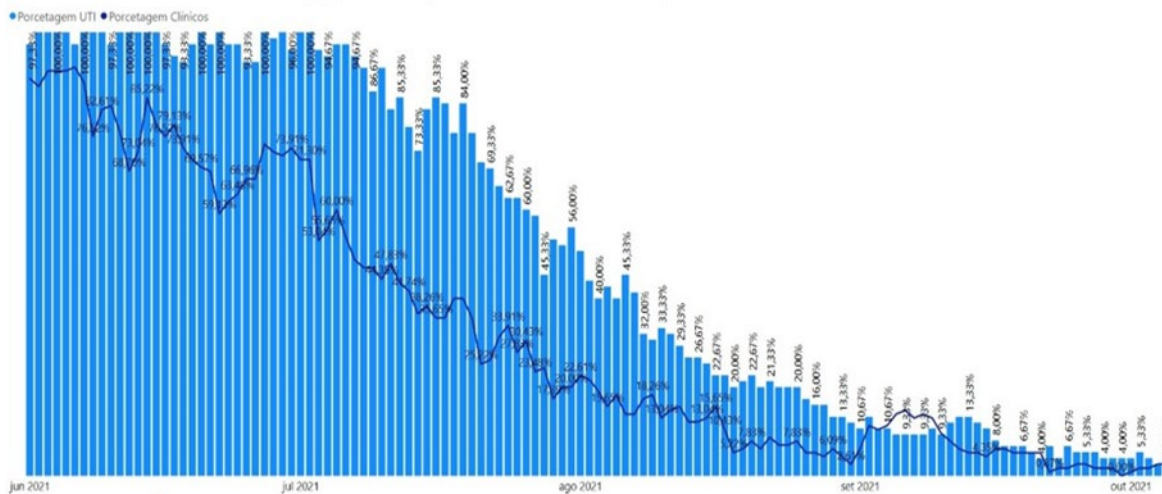
Média móvel de atendimentos Pronto Atendimento Municipal e Unidade Sentinela Municipal. Arapiraca/AL, 2021



Fonte: SMS

Gráfico 28 – Taxa de Ocupação dos Hospitais Referência COVID-19

Taxa de Ocupação dos Hospitais Referência COVID-19. Arapiraca/AL, 2021



Fonte: SMS



Figura 16 – Vacinômetro – Atualização 04/10/2021



Fonte: SMS

5.2. Determinantes e Condicionantes

5.2.1 Aspectos Socioeconômicos

Taxa de analfabetismo

Analisando a Tabela 5 verifica-se que a taxa de analfabetismo em Arapiraca vem caindo no decorrer dos anos analisados, tendo uma queda mais expressiva no sexo feminino.

Tabela 19 - Evolução – Taxa de Analfabetismo por ano, segundo sexo, Arapiraca/AL, 1991-2010

	Sexo	1991	2000	2010
15 a 24 anos	Masculino	30,6	19,1	7,3
	Feminino	21,5	11,7	3,7
	Total	25,8	15,2	5,5
25 a 59 anos	Masculino	41,4	30,1	23,5
	Feminino	42,5	32,7	20,9
	Total	42	31,5	22,1

	Masculino	72,5	59,2	54,7
> 60 anos	Feminino	75,6	63,1	56,3
	Total	74,2	61,4	55,6

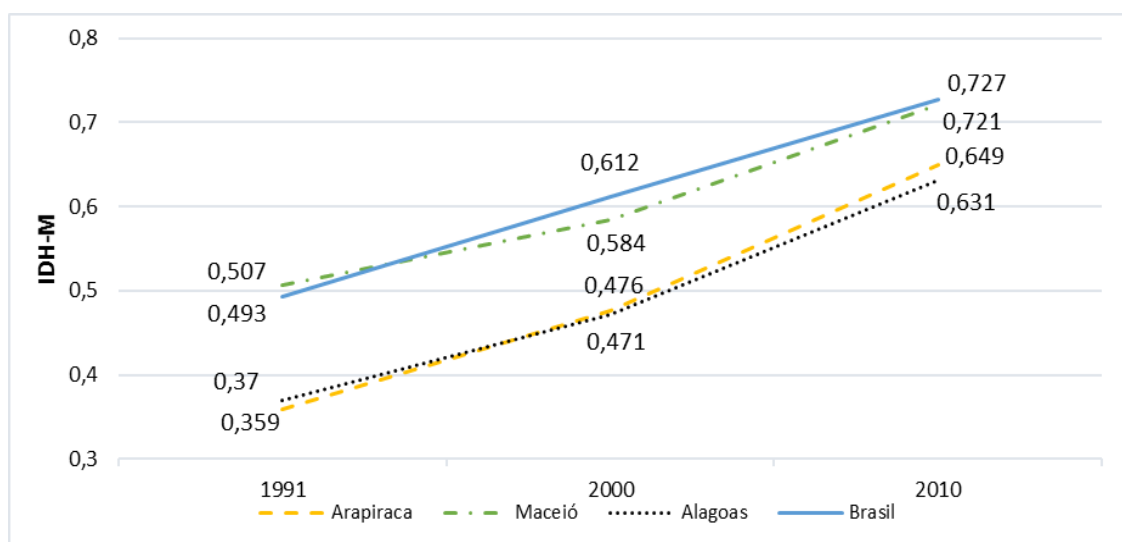
Fonte: IBGE – Dados Censitários

De acordo com a tabela (taxa de analfabetismo por idade) verifica-se que as taxas de analfabetismo são maiores na população idosa (55,6%) em 2010 em relação aos subgrupos etários de 25 a 59 anos de idade (22,1%) e 15 a 24 anos (5,5%). As quedas mais expressivas ocorrem no subgrupo de 15 a 24 anos ao longo dos anos analisados.

Índice de desenvolvimento humano municipal - IDHM

O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global - longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. Assim, o IDHM - incluindo seus três componentes, IDHM Longevidade, IDHM Educação e IDHM Renda - conta um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano durante duas décadas da história brasileira. (PNUD, 2013)

Gráfico 29 - Evolução – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, segundo ano, Arapiraca-Maceió-Alagoas-Brasil, 1991-2010



Fonte: Atlas Brasil 2013

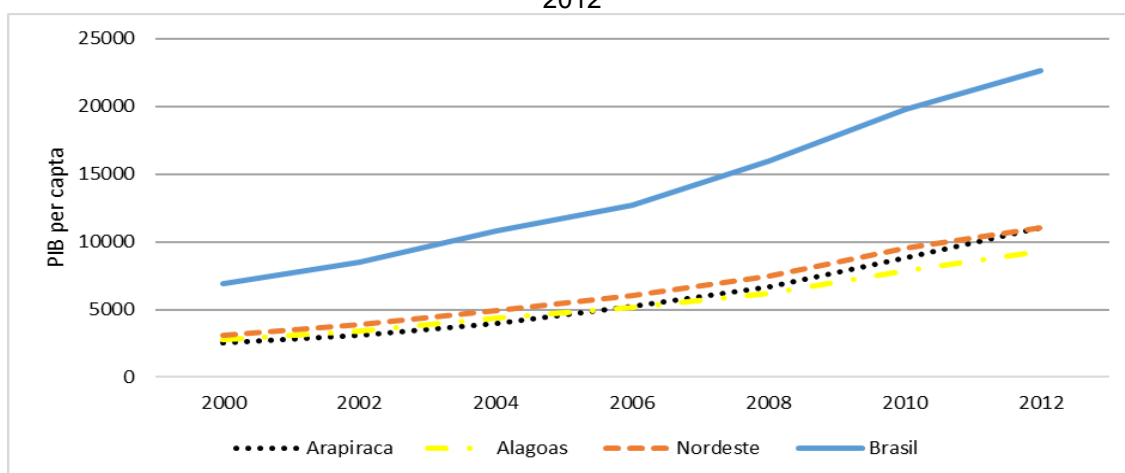
Ao analisar a Gráfico 29, pode-se constatar que todas as regiões analisadas apresentaram crescimento no IDH-M nos anos estudados, sendo que Arapiraca

apresenta, em 2000 e 2010, um índice maior que o próprio estado de Alagoas, porém menor que a cidade de Maceió e o Brasil. Faz-se necessário mais investimentos em educação, trabalho e renda para que Arapiraca continue melhorando o IDH-M.

PIB *per capita*

Segundo a RIPSa (2008), o Produto Interno Bruto *per capita* é o valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Gráfico 30 - Evolução – PIB per capita por ano Arapiraca – Alagoas – Nordeste – Brasil, 2000-2012



Fonte: Fonte: IBGE. Disponível em DATASUS

Ao analisar a Gráfico 30, percebe-se que todas as regiões analisadas tiveram crescimento no PIB *per capita* no decorrer dos anos, sendo claramente visível a diferença entre a Região Nordeste e o Brasil. Em 2006, Arapiraca já supera o PIB *per capita* do próprio estado de Alagoas, com R\$ 5261,95 e R\$5162,19, respectivamente. Em 2012, o PIB *per capita* de Arapiraca torna-se maior que a região Nordeste, com R\$ 11079,53 e R\$ 11044,59, respectivamente.

Renda *per capita*

Segundo o Atlas Brasil 2013, a renda *per capita* é a razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos.



Tabela 20 - Evolução – Renda *per capita* (R\$) segundo ano por região, Arapiraca-Alagoas-Brasil, 1991-2010

Renda per capita (R\$)	1991	2000	2010
Arapiraca	219,56	258,45	423,28
Alagoas	211,98	285,29	432,56
Brasil	447,56	592,46	793,87
Relação Arapiraca/Alagoas	1,04	0,91	0,98
Relação Arapiraca/Brasil	0,49	0,44	0,53

Fonte: Atlas Brasil 2013, Censo 2010; Valores em reais de 01/agosto de 2010 – Dados disponibilizados por Datapedia.info

Ao analisar a Tabela 20, verifica-se que em todas as regiões houve um aumento na renda *per capita*, sendo que Arapiraca, em 1991, essa renda era maior que Alagoas, tornando-se menor nos anos 2000 e 2010.

Quando analisado a relação Arapiraca/Alagoas, verifica-se que Arapiraca tinha 1,04 vezes renda *per capita* de Alagoas, caindo para 0,91 em 2000, e volta a subir em 2010 com 0,98. Ou seja, as rendas *per capita*, em Arapiraca e Alagoas, são quase equivalentes.

O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, sendo que o valor zero representa a situação de igualdade, e o número 1 significa que uma só pessoa detém toda a renda. O Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos.

Tabela 21 - Evolução – Renda domiciliar *per capita* e Índice de Gini da renda domiciliar *per capita*, segundo ano, Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 1991-2010

	1991	2000	2010
Renda domiciliar <i>per capita</i> (R\$)			
Arapiraca	175,43	276,41	411,55
Alagoas	169,54	276,41	421,32
Nordeste	178,44	305,06	458,63
Brasil	348,47	585,94	767,02
Índice de Gini			

Arapiraca	0,55	0,57	0,55
Alagoas	0,63	0,68	0,63
Nordeste	0,66	0,67	0,63
Brasil	0,63	0,64	0,6

Fonte: Atlas Brasil 2013 - Censo 2010 – Dados disponibilizados por Datapedia.info

Verifica-se que entre 1991 e 2000, o Índice de Gini aumentou em todas as regiões estudadas, sinal que houve um aumento na desigualdade social, sendo que proporcionalmente Alagoas foi a região que variou mais. Arapiraca é a região com o menor Índice de Gini nos anos estudados, apresentando, em 2010, o valor de 0,55, enquanto que Alagoas, Nordeste e Brasil apresentaram 0,63, 0,63 e 0,60 respectivamente. Alagoas e Nordeste apresentaram os mesmos valores em 2010, e estão acima do valor nacional, indicando uma maior desigualdade na distribuição de renda.

5.2.2. Promoção da Saúde

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionado aos seus determinantes e condicionantes – são os modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso à bens e serviços essenciais.

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. O objetivo é promover uma gestão compartilhada entre usuário, trabalhadores do setor sanitário, outros setores e movimentos sociais.

Eixos prioritários da Política Municipal de Promoção da Saúde:

- Educação em saúde;
- Práticas corporais e atividades físicas;
- Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados;
- Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas;
- Promoção da mobilidade segura com prevenção de acidentes e violência no trânsito;
- Promoção da cultura da paz;
- Alimentação adequada e saudável;

- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Políticas e Programas desenvolvidos

Programa Crescer Saudável – executado em conjunto com o Programa Saúde na Escola (PSE) - em 32 escolas com crianças menores de 10 anos. Crescer saudável. Consiste em um conjunto de ações articuladas, a serem implementadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, com o objetivo de contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil.

Serão trabalhados:

- Avaliação do estado nutricional (peso e altura);
- Atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável;
- Promoção de práticas corporais e atividades físicas;
- Identificar e encaminhar as crianças com obesidade para intervenção e cuidado na rede de atenção à saúde do município.

Prática Corporal/Atividade Física - Executado em conjunto com o Programa Escolas Promotoras de Saúde, Empresas Promotoras de Saúde e grupos prioritários nas UBS.

Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Álcool e outras Drogas – executado em conjunto com Programa Saúde na Escola, Escolas Promotoras de Saúde, Empresas Promotoras de Saúde e UBS.

Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso município, e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para isso são utilizadas as seguintes estratégias:

- Prevenção da iniciação ao tabagismo;
- Proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco;
- Promoção e apoio a cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – desenvolvido em conjunto com o Programa Saúde na Escola, Escolas Promotoras de Saúde, Empresas Promotoras de Saúde, população em geral e UBS. - através Do PSVM – Programa de Segurança Viária para Motociclista e Trânsito Seguro com a parceria da SMTT,

72

DETRAN e SEST SENAT.

Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura de Paz – desenvolvido no PSE - Programa de Saúde na Escola, Escolas Promotoras de Saúde e Empresas Promotoras de Saúde

Promoção do Desenvolvimento Sustentável – desenvolvido nas escolas, empresas e comunidades em Parceria com SEDUMA- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, Secretaria de Serviços Públicos, Secretaria de Educação e GERE

Mobilização de Combate à Dengue – desenvolvido nas escolas e comunidade em geral em Parceria com CCZ – (Centro de Controle de Zoonoses) e UBS.

Programa Saúde na Escola – PSE No ciclo 2021/2022 o município de Arapiraca pactuou 35 escolas, sendo 3 Estaduais e 27 escolas e 5 creches Municipais. O objetivo do programa é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino de acordo com os 13 eixos do programa:

- I. Prevenção da infecção pelo Coronavírus;
- II. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- III. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- IV. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- V. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- VI. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VII. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VIII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- IX. Verificação e atualização da situação vacinal;
- X. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- XI. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- XII. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e

XIII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. "No ciclo 2021/2022 o município de Arapiraca pactuou 35 escolas, sendo 3 Estaduais e 27 escolas e 5 creches Municipais.

Escolas Promotoras de Saúde (EPS) – Escola Promotora de Saúde – é uma estratégia para o desenvolvimento de ações de saúde nas escolas que não foram contempladas com o PSE, onde alunos, professores, funcionários, pais e familiares atuam em conjunto para melhorar a qualidade de vida, a educação, a saúde e o ambiente em que vivem. A Escola Promotora de Saúde tem como componentes básicos:

- Educação em saúde com enfoque integral que deve adotar estratégias de educação permanente;
- Criação de entornos saudáveis e promotores de saúde, considerando os aspectos físico, emocional, espiritual, social, econômico e político;
- Provisão de serviços de saúde.

Programa Municipal Empresas Promotoras de Saúde - Desenvolvido em 40 empresas, através de ações/serviços de forma intra e intersetorial, com **objeto** de prevenir doenças e agravos e promover a saúde dos trabalhadores, executando os eixos prioritários da PNPS.

Programa Municipal Saúde na Comunidade - Educação em Saúde e Prestação de Serviços – com várias atividades contemplando os eixos prioritários da PNPS, como também, combate à dengue e Prevenção da infecção pelo coronavírus.

Saúde Bucal- Tem objetivo de promover a saúde bucal em escolas estimulando o estilo de vida saudável e práticas de autocuidado, com abordagem integrada que desenvolve ações de políticas de saúde nas escolas focadas no aspecto educacional e em articulação com a saúde, pode interferir nos fatores de riscos comuns e contribuir efetivamente para a saúde bucal dos educandos.

6. CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR do estado de Alagoas, Arapiraca é o município sede da 2ª Macro Região de saúde, formada por 17(dezessete) municípios, sendo referência para os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no atendimento de cerca de 56 municípios.

O Sistema de Saúde do município de Arapiraca é composto por um conjunto de organizações (públicas e/ou privadas) voltadas para a produção de bens e serviços com o objetivo de promover, prevenir, assistir e reabilitar a saúde das pessoas e da população.

Figura 17 - Organização do Sistema Municipal de Saúde



Fonte: Superintendência de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa – SMS Arapiraca.

Quadro 02 - Estrutura operacional da Atenção Primária

Nº Unidades Básicas de Saúde	39
Nº de Equipes de Saúde da Família – ESF	67
Nº de Equipes de Saúde Bucal – ESB	50
Nº de Equipes de Atenção Primária	03
Nº de Programas de ACS (PACS)	02
Nº de ACS	532
Nº de Academias de Saúde	03

Fonte: SMS Arapiraca.



Unidades Básicas de Saúde

Arapiraca dispõe de 39 Unidades Básicas de Saúde com 67 equipes da Estratégia de Saúde da Família e 02 Programas de ACS (PACS), no quadro abaixo estão expostas as informações sobre as unidades de saúde.

Quadro 03 – Unidades Básicas de Saúde

NOME	CNES	ENDEREÇO	Nº E.S.F.	Nº PACS	Nº E.S.B.
Zona Urbana					
1º Centro de Saúde	2004941	Rua Odilon Araújo Amorim, nº 27 – São Luiz	02 ESF 01 EAP	-	01
2º Centro de Saúde	2005239	Rua Exp. Brasileiros, nº 124 – Baixa Grande	02	-	02
3º Centro de Saúde Dr. José Ribeiro	2004798	Rua Lino Roberto, S/N – Santa Edwiges	03	-	03
4º Centro de Saúde Francisco Pereira Lima	2005921	Rua N. Srª da Salete, nº 1003 – Itapuã	04 ESF 01 EAP	-	03
5º Centro de Saúde Dr. Ubiratan Pedrosa	2005921	Rua Geraldo Barbosa, S/N – Centro	-	02	02 Trad.
UBS Baixão Marinete Francisca Nunes	6669344	Rua Antonio Marroquim, S/N – Baixão	02	-	01
UBS Boa Vista Almir de Almeida	2004879	Rua Leôncio Salú, S/N – Boa Vista	02	-	02
UBS Bom Sucesso Dr. Carlos José Lima Aldeman de Oliveira	6438679	Rua Alvorada, nº 22 – Bom Sucesso	03 ESF 01 EAP	-	02
UBS Brisa do Lago Fernando Lourenço	6964567	Residencial Brisa do Lago, AL 115	02	-	02
UBS Cohab Nova (Planalto) José Barbosa Leão	2005085	Rua Pão de Açúcar, nº 90 – Cohab Nova	03	-	02
UBS Cacimbas Dr. Judá Fernandes Lima	2005301	Rua Ver. Benício Alves, S/N – Cacimbas	03	-	03
UBS Canafístula	2004828	Rua José Fernando Nunes Lopes, S/N – Canafístula	04	-	01
UBS Cavaco Dr. José Fernandes	2005328	Rua José Luiz de Oliveira, S/N – Cavaco	01	-	01
UBS Daniel Houly	3478920	Rua Santa Rita, nº 517 – Brasília	02	-	02
UBS Jardim das Paineiras Dr. José Pereira Mendes	5753198	Residencial Jardim das Paineiras	01	-	01
UBS João Paulo II	7581882	Rua Camilo Collier, nº 03 – João Paulo II	01	-	01
UBS Manoel Teles	2004826	Rua Antônio Cavalcante Gama, nº 140 – Manoel Teles	02	-	02
UBS Nilo Coelho Manoel Valeriano Sobrinho	7851464	Rua Francelino de Brito, S/N – Nilo Coelho	01	-	01
UBS Nossa Sra. Aparecida	7905556	Conjunto Nossa Senhora Aparecida	01	-	01
UBS Primavera Dr. Geraldo Lúcio da Silva	2004887	Rua Pedro Alves Cabral, S/N – Primavera	03	-	02



UBS Sen. Arnon de Melo	7157894	Rua Claudeci Gregório da Silva, nº 25 – Senador Arnon de Melo	01	-	01
UBS Teotônio Vilela	2005263	Rua São João, nº 200 – Alto do Cruzeiro	01	-	01
UBS Verdes Campos	9041893	Rua José Cleocides Barros, S/N – Verdes Campos	02	-	01
UBS Zélia Barbosa Dr. Edler Lins	2695812	Rua José de Oliveira Lima, S/N – Zélia Barbosa	02	-	01
Zona Rural					
UBS Batingas Erasmo Galdino	2004909	Av. N. Srª das Graças, nº 01 – Batingas	02	-	02
UBS Bananeira Drª Célia Mª Barbosa Rocha	2004852	Rua São José S/N	01	-	01
UBS Baixa da Onça Serapião José da Silva	2005174	Pov. Baixa da Onça, nº 12	01	-	01
UBS Bom Jardim / Pé Leve	2005182	Sítio Bom Jardim, S/N	01	-	-
UBS Cangandú Eloísio Barbosa Lopes	2005077	Pov. Cangandú	01	-	01
UBS Canaã	2004844	Rua Ver. José Tertuliano, S/N	02	-	01
UBS Capim	2005336	Pov. Capim, nº 13-A	01	-	01
UBS Carrasco Antônio Félix da Silva	6750591	Sítio Carrasco	01	-	01
UBS Laranjal	204933	Pov. Laranjal	01	-	01
UBS Pau D'Arco Amância Jesuína dos Santos	2005948	Pov. Pau D'arco, S/N	01	-	01
UBS Poção	3047113	Pov. Poção, S/N	01	-	01
UBS Vila Aparecida	2005212	Vila Aparecida, S/N	01	-	-
UBS Vila São José	2004860	Rua N. Srª de Fátima, S/N – Vila São José	01	-	01
UBS Vila São Francisco	2005093	Vila São Francisco, S/N	01	-	01
UBS Vila Fernandes / Pau Ferro	2005220	Povoado Fernandes / Sítio Pau Ferro	01	-	-
Academias de Saúde					
Academia de Saúde Professor Cícero Santos	9027580	Lago da Perucaba – Antonio de Lima Neto	-	-	-
Academia de Saúde Ricardo Amorim	9085017	Rua José Cleocides Barros, S/N – Verdes Campos	-	-	-
Academia de Saúde	0667250	Rua Amelia Nunes Correia, S/N – Bom Sucesso	-	-	-

Fonte: SMS Arapiraca.

Quadro 04 - Unidades de Média e Alta Complexidade de Saúde

NOME	CNES	ENDEREÇO
Banco de Leite Humano Ivete França Lima – BLH	6050654	Rua Padre Cicero, S/N - Centro
Centro de Atenção Psicossocial Nise da Silveira – CAPS	2005247	Rua Genésio Rodrigues, nº 95 – Jardim Tropical
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Amor e	6903053	Avenida Ceci Cunha, nº 960 – Itapuã



Esperança – CAPS AD		
Centro de Referência Integrado de Arapiraca – CRIA	2004968	Rua Jaílson Nunes, S/N – Santa Edwigens
Centro de Medicina Física e Reabilitação – CEMFRA	2005271	Rua Abraão de Oliveira, nº 471 – Cavaco
Espaço Trate – Centro de Reabilitação e Reintegração de Crianças com Autismo	7042434	Rua Abraão de Oliveira, nº 471 – Cavaco
Espaço Nascer – Unidade de Referência à Gestante de Alto Risco e Pediatria	7528787	Rua Floraci da Silva, nº 45 – Alto do Cruzeiro
Completo Multiprofissional de Saúde – Rogério Auto Teófilo: -Serviço de Atenção Domiciliar – SAD; -Pronto Atendimento – P.A.; -Unidade Sentinela – COVID.	0793213	Rua Júlio Paixão da Silva, S/N Baixa Grande
Componente Especializado de Assistência Farmacêutica – CEAF	-	Rua Expedicionário Brasileiro, nº 628 – Baixa Grande
Centro de Especialidade Odontológica José Glaucio O. Gomes – CEO	6288197	Rua José Jaílson Nunes, S/N – Santa Edwiges
Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF	-	Rua Expedicionários Brasileiros, S/N – Baixa Grande
Complexo Regulatório	5604540	Rua Expedicionários Brasileiros, S/N – Baixa Grande
Ambulatório de Feridas	-	Rua José Jaílson Nunes, S/N – Santa Edwiges
Programa de Tuberculose e Hanseníase	-	Rua José Jaílson Nunes, S/N – Santa Edwiges
Unidades de Vigilância em Saúde		
Centro de Controle de Zoonoses – CCZ	6753949	Rodovia AL 220, nº 17 – Canafistula
Laboratório Municipal de Arapiraca	2005158	Rua Geraldo Barbosa, nº 59 – Centro
Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA	5183529	Rua Jornalista José Olavo Bispo, nº 120 – Centro
Central de Rede de Frio de Arapiraca	7003390	Rua Expedicionário Brasileiros, nº 1850 – Baixa Grande
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST	3297306	Rua Abraão de Oliveira, S/N – Cavaco
Unidades de Gestão Estadual		
Hemocentro de Arapiraca HEMOAR	2720019	Rua Geraldo Barbosa, nº 49 – Centro
Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly	3015408	Rodovia AL 2020, KM 05, S/N – Senador Arnon de Melo

Fonte: SMS Arapiraca.



Quadro 05 - Composição da Rede Privada de Serviços de Saúde do Município

NOME	CNES	ENDEREÇO
Hospital Regional – Sociedade Beneficente Nossa Senhora do Bom Conselho	2005050	Rua São Francisco, nº 154 – Centro
CHAMA – Centro Hospitalar Manoel André LTDA.	2005417	Rodovia AL 2020, KM 04, S/N – Senador Arnon de Melo
ITA – Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque	2005123	Rodovia Senador Teotonio Vilela, KM 06, S/N – Bom Jardim
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima LTDA.	2005026	Rua Fernandes Lima, nº 312 – Centro
Hospital Memorial Djacy Barbosa	2004976	Rua Esperidião Rodrigues, nº 98 – Centro
Associação dos Deficientes Físicos e Mentais de Arapiraca – ADFIMA	7159463	Rua Engenheiro Camilo Collier, nº 388 – Pirmavera
Associação Pestalozzi de Arapiraca	2786346	Av. Minervina Francisca da Conceição, nº 367 – Itapuã
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE	7127839	Rua Professor Domingo Correia, nº 1192 – Ouro Preto
Centro da Visão e Audição	6593984	Rua Esperidião Rodrigues, nº 400 – Centro
Centro Médico Santa Cecília	3047148	Rua Manoel Leão, nº 161 – Centro
Clínica João Ramalho	3609103	Rua Boa Vista, nº 356 – Centro
Físio&Saúde	5653096	Rua Nossa Senhora de Fátima, nº 218 – Brasília
Hospital de Olhos Santa Luzia	6749720	Avenida Deputada Ceci Cunha, nº 163 – Alto do Cruzeiro
OTOMED Alagoas	2004984	Rua 30 de Outubro, nº 121 – Centro
Centro de Equoterapia	7709005	Rua Estudante José Augusto Vital, nº 991 – Nova Esperança
CLINMAIS	9178066	Rua São Francisco, nº 242 – Centro
Análise Laboratório LTDA.	2005395	Rua São Francisco, nº 582 – Centro
LABSAÚDE	6009948	Rua Manoel Leão, nº 50 – Centro
Laboratório de Análises Clínicas – LAC	7314671	Rua Pedro Nunes de Albuquerque, nº 134 – Centro
Laboratório de Análises Clínicas N. Sr.ª de Fátima	2004992	Rua São Francisco, nº 470 – Centro
Laboratório de Análises Clínicas Santa Terezinha das Rosas	5928788	Avenida Pedro Leão, nº 162 – Centro
Laboratório Diagnóstico	2005409	Avenida Rio Branco, nº 480 – Centro
Laboratório Dr. Evilásio	2005034	Avenida Rio Branco, nº 340 – Centro
Laboratório Dr. José Mendes	2005042	Avenida Rio Branco, nº 334 – Centro
Laboratório Lima do Vale	3681912	Rua São Francisco, nº 896 – Centro
Laboratório Santa Maria	2005018	Rua Monsenhor Macedo, nº 199 – Centro
Laboratório Santa Mônica	6753973	Rua Padre Cícero, nº 103 – Centro
Lacel Laboratório	5660432	Rua Fernandes Lima, nº 558 – Centro
Núcleo de Prevenção e Diagnóstico do Câncer – NPDC	2005069	Rua Fernandes Lima, nº 320 – Centro
Ponto Trauma	2005131	Rua Pedro Nunes de Albuquerque, nº 273 – Capiatã
CEDUS– Centro de End.Digestiva e Ultrassonografia	2786354	Rua São Francisco, nº 84 – Centro
CITOFEM	6450601	Avenida Rio Branco, nº 232 – Centro
Clínica Imagem	6235980	Rua Pedro Correia, nº 165 - Centro
IMAGRE – Instituto da Mulher do	7020252	Rua Pedro Nunes de Albuquerque, nº 101 – Centro



Agreste LTDA		
ULTRAMED	7120869	Rua São Francisco, nº 622 – Centro
Santa Fé Medical Center	2005344	Rua Esperidião Rodrigues, nº 103 – Centro

Fonte: SMS Arapiraca/Acessado no SCNES 08/09/2021.

6.1. Atenção Primária

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

A Atenção Básica no município de Arapiraca conta atualmente com 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nestas atuam um total de 67 Equipes de Saúde da Família, 02 Programas de Agentes Comunitários de Saúde, 50 Equipes de Saúde Bucal, 03 Equipes de Atenção Primária e 03 Academias da Saúde. Atualmente a cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 99,74% e a cobertura da Saúde Bucal é de 71,46%.

E-SUS AB/SISAB

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS APS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

Durante o ano de 2017 até o ano corrente foi implantado o **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)** em 38 Equipes da Estratégia de Saúde da Família nas UBS: 1º Centro, 2º Centro, 3º Centro, 4º Centro, Arnon de Melo, Bom Sucesso, Cacimbas, Canafístula, Cohab, Canaã, Primavera, Teotônio Vilela, Verdes Campos, Nossa Senhora Aparecida e Baixão. Sendo realizado o treinamento com os profissionais Médicos, Enfermeiros, Dentistas, técnicos de enfermagem, ACS e Administrativos das UBS para utilização do PEC e-SUS. A dificuldade no avanço da implantação do PEC é a aquisição de computadores e internet estável, rápida e estruturada por meio de cabos, permanecendo 34 equipes da ESF com o sistema de informação em formato CDS (Coleta de Dados Simplificados).

Realizado treinamento no ano de 2019 com os profissionais que fazem parte do Programa Saúde na Hora conforme disposto na portaria 930 de 15 de maio de 2019 do Ministério da Saúde, que tem como uma das exigências a utilização do Prontuário Eletrônico sistema e-SUS AB, para que os profissionais realizem sua assistência.

Instituído nas salas de vacina das 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) o Prontuário Eletrônico do Cidadão, o qual substitui o *SIPNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações*.

Viabilizado a ampliação do sinal de internet para todos os profissionais das UBS.

Apoio Institucional da Atenção Primária à Saúde

O Apoio Institucional surgiu para remodelar a assistência prestada as equipes das Unidades Básicas de saúde e surge na vontade de mudar o modo de funcionamento das ações de supervisão e avaliação desenvolvidas pelos seus diversos departamentos.

O apoio institucional é uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele assume como objetivo a implantação de um processo que não restringe as ações de supervisão, à fiscalização e controle dos resultados alcançados por uma unidade de saúde, mas a um processo que facilite a construção de espaços de reflexão, onde o diagnóstico seja construído de forma interativa, como também a elaboração da capacidade de autonomia dos profissionais a partir da compreensão do seu próprio processo de trabalho. (BARROS, DIMENSTEIN, 2009).

Ao invés de negar ou reprimir, o apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e tomam os problemas concretos, os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

As ações de apoio institucional demandam uma perspectiva que considera o objeto de trabalho do apoiador como um processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar as relações de supervisão e os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliam os graus de democratização, publicização, autonomia, emancipação e de compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações

contínuas e solidárias entre apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas de ambos. Desta forma, a postura do apoiador nessa perspectiva é a de incluir-se ativamente no processo, possibilitando a potencialização da equipe na Unidade de Saúde.

Em Arapiraca, segue-se a proposta de duplas de Apoiadores, que dão suporte a um número específico de UBS/ESF, além das outras atribuições de fortalecimento em suas áreas de atuação profissional específica.

Ações que devem ser realizadas pelos apoiadores institucionais

- I. Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
- II. Suporte à implantação do acolhimento a demanda espontânea;
- III. Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares;
- IV. Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- V. Análise de indicadores e informações em saúde;
- VI. Facilitação de processos locais de planejamento;
- VII. Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade;
- VIII. Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns.
- IX. Contribuir para a capacitação dos recursos humanos através da educação continuada e permanente visando o aperfeiçoamento e satisfação profissional, assim como, sua capacidade resolutiva.
- X. Tratar cada unidade com individualidade respeitando suas características próprias e cada profissional como pessoa única.
- XI. Na organização setorial, observar a existência, disposição e acondicionamento de materiais permanentes, de consumo e equipamentos nos diversos setores, visando fornecer uma boa estrutura setorial para comunidade assistida.
- XII. Participar, sempre que possível, das atividades realizadas para os usuários da unidade de saúde como reuniões, eventos em datas comemorativas, como também as reuniões administrativas e do Conselho Local.



Além de:

- ✓ Identificação e sistematização de questões da realidade epidemiológica, econômica e de ações e serviços da Atenção Básica nas regiões/gerências municipais de saúde (conforme divisões sanitárias e administrativas) para problematização e desenvolvimento de desenhos de intervenção;
- ✓ Preparação prévia à visita (levantamento de informações e histórico das equipes, pactuação interna, organização de ofertas iniciais para as equipes, pactuação das visitas, reuniões com as equipes, etc.);
- ✓ Estabelecer diálogo constante com as equipes in loco e através de ferramentas online, com avaliação das ações pactuadas entre as visitas;
- ✓ Ofertas para a equipe (relacionadas ao modelo de atenção, a utilização do financiamento para induzir processos de qualificação do cuidado, indicadores de saúde, participação social, educação permanente, etc.);
- ✓ À implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS;
- ✓ Suporte ao processo de gestão das unidades básicas de saúde (UBS), por exemplo: constituir espaços permanentes (in loco e online) de diálogo com os Diretores (as) das UBS;
- ✓ Identificação de necessidades de educação permanente dos trabalhadores;
- ✓ Identificação da necessidade de pactuação entre os gestores municipais e equipes de Atenção Básica;
- ✓ Articulação de espaços para troca de experiências entre as equipes de Atenção Básica.

Programa Previnde Brasil

O Programa Previnde Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/GM/MS (BRASIL, 2019a), estabelece o modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017, que organiza um modelo misto. Neste contexto, a gestão municipal tem como desafio imediato atender às mudanças das regras do financiamento federal para a APS, sob o risco de perder recursos de custeio, ao passo que com o Previnde Brasil o custeio passou ser estruturado em 3 componentes:

- I. Capitação ponderada;
- II. Pagamento por desempenho;
- III. Incentivo para ações estratégicas

Figura 18 – Previne Brasil



Fonte: Ministério da Saúde

Capitação: pagamento por pessoa cadastrada (adscrita/vinculada) em equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). Mais recentemente, também, nas equipes de equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) e equipe de Consultório de Rua (eCR).

Ponderada: para definir o valor da transferência financeira, são aplicados pesos sobre a população cadastrada, considerando necessidades de saúde e custos assistenciais, com vistas à garantia da equidade.

Os três critérios de ponderação são:

- vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada;
- perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada;
- classificação geográfica do município definida pelo IBGE.

Figura 19 – Pagamento por desempenho - Características dos indicadores



Fonte: Ministério da Saúde

Quadro 06 – Indicadores de Pagamento por Desempenho, com peso e parâmetro

Ações Estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta 2020	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1
Saúde da Criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2
Doenças Crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

Fonte: Ministério da Saúde

Academias da Saúde

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia para ampliar as possibilidades de promoção e produção do cuidado com a saúde na atenção primária a partir da implantação de espaços públicos. Os pólos de Academia da Saúde contam com infraestrutura apropriada, equipamentos e profissionais qualificados. O município

de Arapiraca conta com três pólos, localizados nos Bairros Verdes Campos, Manoel Teles e Bom Sucesso.

Os pólos são gerenciados por um profissional de nível superior e dispõem de equipe composta por um profissional de educação física, um auxiliar de manutenção de ambientes e um vigilante.

As Academias da Saúde disponibilizam à população ações de promoção da atividade física para todas as faixas etárias, assim como grupos terapêuticos.

Desafios da Atenção Primária

- Qualificar a assistência através da educação permanente dos profissionais
- Expandir o Prontuário Eletrônico do Cidadão
- Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde
- Acompanhar as tecnologias de mercado
- Remapear as áreas a fim de cobrir 100% os territórios
- Ampliar a oferta de exames e consultas especializadas
- Aquisição de um sistema para o cadastro da população
- Estruturar o processo de trabalho para o alcance de indicadores

Saúde Bucal

A Saúde Bucal de Arapiraca está inserida tanto na Atenção Primária como na Especializada. Sendo 50 equipes de Saúde Bucal lotadas em 36 Unidades Básicas de Saúde, 15 Cirurgiões Dentistas lotados no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 01 Cirurgião Dentista lotado no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). Dessas 50 equipes de SB da Atenção Básica 01 ainda está em processo de habilitação, mas diante das reivindicações e da necessidade da população, a equipe já está atuando.

As atribuições específicas do Cirurgião Dentista que atua na Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família são: Traçar o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; Atendimento de urgências; Tratamento Clínico e Cirúrgico; Realizar ações de Promoção e Proteção da Saúde individual e coletiva; Atividades de Ações Multidisciplinares e Visitas domiciliares.

Os serviços de Saúde Bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades

sentidas da população, que reside no território de abrangência em que a Unidade está inserida.

A equipe de Saúde Bucal deve desenvolver ações programadas de promoção de saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltadas ao controle das patologias crônicas e/ou as populações mais vulneráveis do território. A visita domiciliar realizada pelos profissionais, a partir de prioridade predefinida contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais.

Cabe ao Cirurgião Dentista, quando necessário, reordenar a atenção de média complexidade como nos encaminhamentos aos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e aos estabelecimentos de alta complexidade no nível hospitalar.

Quadro 07 - Saúde Bucal

Saúde Bucal		
Atenção Primária	Atenção Especializada	
- 50 Equipes de Saúde Bucal - 02 Dentistas Tradicionais	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – 15 Especialistas	Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) – 01 Dentista

Fonte: SMS Arapiraca

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os centros de especialidades odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal (Estomatologia), com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Atendimento a portadores de necessidades especiais. Os serviços de Radiologia são realizados em clínicas especializadas onde são ofertados Rx Periapical e Panorâmica. Os centros são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal. Os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros

especializados apenas casos mais complexos. Esses procedimentos são encaminhados para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os atendimentos do Centro de Especialidades Odontológicas são realizados através de encaminhamentos, feitos pelos CD das Unidades Básicas de Saúde, preenchendo um link, onde a gerente do CEO faz a marcação e retorna ao profissional quando a consulta está confirmada.

Devem ser encaminhados, preferencialmente, pacientes em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Saúde da Família ou referenciados de outros Centros de Especialidades ou Hospitais.

Os casos de urgência devem ser solucionados nas Unidades Básicas.

Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente ser estabilizados na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento.

Saúde Bucal no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

A atenção domiciliar voltada à Saúde Bucal propicia a valorização da promoção da Saúde Bucal e a prevenção de doenças da cavidade oral, além de proporcionar a possibilidade da realização de procedimentos odontológicos na residência do paciente, promovendo um cuidado capaz de ampliar a capacidade da autonomia e da corresponsabilidade do cuidado através da integração paciente - cuidador.

Uma boa saúde bucal é capaz de diminuir o número de infecções, tanto oral quanto geral, diminui os custos quando se previne essas infecções, diminui a mortalidade e a comorbidade, uma vez que a cavidade bucal é porta de entrada de diversos microorganismos. O tratamento odontológico no domicílio proporciona um atendimento humanizado ao paciente dependente impossibilitado de ir a um consultório odontológico, e assim, o cirurgião dentista que se desloca ao encontro do paciente.

Existe 01 Cirurgião Dentista disponível para as duas equipes do SAD com o objetivo de realizar orientações e ações de saúde bucal como também tratamento odontológico nos casos em que são possíveis de realizar.



Alimentação e Nutrição

As ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na rede de atenção à saúde do município se referenciam à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e atualizada e aprimorada em 2011. Apresenta-se nesta edição, com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações.

As ações são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde através da coordenação de Vigilância Alimentar e Nutricional, como também no atendimento ambulatorial das Unidades Especializadas.

Nas Programações Anuais de Saúde do município são contempladas ações e atividades referentes aos programas de Suplementação de Sulfato Ferroso e Vitamina A, e NutriSUS como estratégias para o controle das carências de micronutrientes.

É contemplada também nas ações anuais o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que tem por objetivo realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Tratando-se de uma ferramenta para o monitoramento da situação alimentar e nutricional e de apoio aos profissionais de saúde para o diagnóstico local das condições e agravos alimentares e nutricionais, identificando fatores de risco ou proteção para as condições de saúde da população atendida nos serviços de Atenção Básica no Brasil.

A Vigilância Alimentar e Nutricional realizada pelas equipes da atenção básica que é definida para o acompanhamento de todos os usuários atendidos no âmbito da unidade de saúde como também em atividades coletivas desenvolvidas pelos profissionais.

O acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família realizado de forma intersetorial é compartilhado com a Assistência Social e Educação e representa um conjunto de ações direcionadas às crianças menores de 7 anos, mulheres em idade fértil e gestantes que proporciona a melhoria na qualidade das ações ofertadas a essa população específica, com o estímulo ao acesso às Unidades Básicas de Saúde.



O incentivo ao aleitamento materno também é prioridade e tem como desafio agregar às práticas rotineiras da Unidade Básica, ações direcionadas pelo Ministério da Saúde, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que se propõe a qualificar todos os profissionais das Unidades Básicas para esse trabalho, contribuindo assim para o aumento dos índices do aleitamento materno exclusivo.

Portanto o ponto de partida para o planejamento das ações específicas é a Política Nacional de Alimentação, a partir de suas diretrizes que norteiam a organização da oferta do cuidado, no Sistema Único de Saúde, que devem contribuir para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Saúde da Mulher

A assistência à Saúde da Mulher nas suas diferentes fases da vida é garantida no município de Arapiraca através de uma Rede de Assistência à Saúde que engloba a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada, ambas em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como descrito a seguir.

Caracterização da população feminina

- População Residente por faixa etária e sexo/2020 (o estudo preliminar de estimativas populacionais por município, idade e sexo elaboradas pelo Ministério da Saúde para o ano de 2020).
 - Mulheres em idade fértil – 10 a 49 anos: 77.662 mulheres.
 - Adolescentes – 10 a 19 anos: 19.835 adolescentes.
 - Mulheres na faixa etária 25 a 64 anos (idade preconizada para o rastreamento do Câncer do colo do útero): 64.527 mulheres.
 - Mulheres na faixa etária 50 a 69 anos (idade preconizada para o rastreamento do Câncer de mama): 21.597 mulheres.
 - Estimativa de gestantes esperadas para 2021: 4.334 gestantes
 - Estimativa de gestantes de Risco Habitual (baixo risco) esperadas para 2021: 3.684 gestantes.
 - Estimativa de gestantes de Alto Risco esperadas para 2021: 650 gestantes.

Rede de Atenção à Saúde da Mulher

- **Saúde reprodutiva e planejamento familiar.**



- Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam planejamento familiar em seu cronograma semanal com a disponibilização de métodos contraceptivo, a saber: contraceptivos orais e injetáveis, preservativos femininos e masculinos, DIU de cobre (inserido na própria UBS por dois enfermeiros habilitados);
- São ofertados testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C na própria UBS;
- Diagnóstico e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na UBS e encaminhamento para avaliação e tratamento com o ginecologista na Atenção Especializada, quando necessário.
- Na Atenção Especializada dispomos de 4 ginecologistas e 2 mastologistas, disponibilização de exames (USG mamas, USG pélvica e endovaginal, colposcopia, biópsias da mama, histeroscopia) e algumas cirurgias ginecológicas e benignas da mama.
- **Prevenção do CA de Colo do Útero e de Mama.**
 - Realização de citologia oncológica nas UBS;
 - Encaminhamento para realização de colposcopia na atenção especializada quando necessário, dispondo no momento de dois profissionais que executam o exame;
 - Solicitação de mamografia pelos profissionais da UBS e realização em um dos 5 prestadores disponíveis (Ultramed, Santa Fé, CSMNSF, Chama, IMAGRE e Clínica Imagem);
 - Acompanhamento e monitoramento dos casos de câncer pelo Sistema de Informação do Câncer - SISCAN;
- **Assistência às gestantes**
 - Todas as UBS dispõem de teste rápido de gravidez possibilitando o acolhimento da mulher e o diagnóstico precoce da gravidez e início oportuno do pré-natal;
 - Todas as UBS realizam consulta de pré-natal de baixo risco (médico e enfermeiro) das gestantes cadastradas na unidade. As gestantes que residem em locais sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família são acompanhadas no 5º Centro de Saúde por médico e enfermeira.
 - Todos os exames de pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde e Rede Cegonha são disponibilizados por meio de marcação no SISREG;
 - Disponibilização de USG Obstétrica, USG obstétrica com Doppler e USG Obstétrica de Urgência;



- Disponibilização de medicamentos preconizados na assistência pré-natal;
- Realização de teste rápido de HIV e VDRL na própria UBS;
- CTA como Referência de Gestantes portadoras de HIV;
- Classificação do risco gestacional e encaminhamento para o pré-natal de alto risco em tempo oportuno realizado no Espaço Nascer, uma unidade 100% financiada pelo município que possui uma equipe multiprofissional composta por Obstetras, Enfermeira obstetra, Nutricionista e Assistente Social, que prestam assistência a todas as gestantes de alto risco do município.
- A assistência as gestantes com suspeita ou confirmadas para COVID-19 é realizada na Unidade Sentinela, com acompanhamento com especialista (obstetra e infectologista) e telemonitoramento.
- **Assistência às puérperas e nutrizes**
 - Todas as UBS realizam acompanhamento das mulheres no pós-parto, bem como à suas crianças (teste do pezinho, vacinas, acompanhamento de puericultura);
 - A assistência é voltada para o incentivo e apoio ao Aleitamento materno;
 - Todas as nutrizes que tiverem dificuldades na amamentação ou alguma intercorrência (mastite, fissuras, obstrução de ductos) são assistidas pelo Banco de Leite Humano de Arapiraca, que além desse trabalho de apoio e assistência a amamentação, realiza ações de incentivo e captação de doadoras de leite humano, este que após todo um processo de pasteurização e controle de qualidade rigoroso é destinado aos bebês prematuros que estão internados no Hospital Regional de Arapiraca.

Indicadores de Saúde

- **Metas da pactuação interfederativa – 2021**
 - Meta 2 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados: 100,00;
 - Meta 8 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade: 21;



- Meta 11 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária: 1,0;
 - Meta 12 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária: 0,90;
 - Meta 13 - Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar: 46,00;
 - Meta 14 - Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos: 13,00;
 - Meta 16 - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência: 0.
- **Indicadores do Previne Brasil**
 - Indicador 1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até 20 semanas de gestação: meta = 60%;
 - Indicador 2 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV: meta = 60%;
 - Indicador 3 – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado: meta = 60%;
 - Indicador 4 – Cobertura de exame citopatológico: meta = 40%;

Cabe salientar que essas metas foram definidas pelo Ministério da Saúde.

Desafios

- Ampliar e fortalecer a Rede de Assistência à Saúde da Mulher, principalmente no que se refere as ações de:
 - Enfrentamento ao Câncer de Colo do útero e de Mama;
 - Fortalecimento da rede de assistência à mulher em situação de violência;
 - Planejamento reprodutivo com ampliação da oferta dos métodos contraceptivos;
 - Assistência à mulher no climatério/menopausa;
 - Assistência ao pré-natal, incentivo ao parto normal e nascimento seguro;
 - Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até os dois anos ou mais.



- Sensibilizar os profissionais para o alcance das metas pactuadas com consequente melhora dos indicadores de saúde.
- Propiciar condições para a capacitação dos profissionais de saúde com base nas necessidades encontradas e nos indicadores da atenção básica relativos à saúde das mulheres.
- Diminuir os índices de mortalidade materno-infantil.

Saúde da Criança e do Adolescente

Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente, visa estabelecer as prioridades para a saúde da população infantil-juvenil, promovendo uma interação com diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e garantir os direitos da criança, do adolescente e sua família.

Hoje o Município oferece uma atenção integral à criança e adolescente, buscando a qualidade na assistência prestada, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e garantir os direitos da criança, do adolescente e sua família.

Oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de responder resolutivamente às demandas específicas de sua saúde, sejam eles no contexto da Atenção Básica, de apoio diagnóstico, ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e internação hospitalar. (BRASIL, 2005a).

Promover a saúde da população adolescente é ofertar serviços que atendam integralmente suas necessidades, identificando parcerias com instituições onde o adolescente está inserido, como escolas e abrigos, selecionando suas vulnerabilidades e garantindo proteção e recuperação da saúde.

A organização de ações e serviços para a criança e sua família, articulados com a rede de atenção à saúde como potencializadora dos recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à sua necessidade, garantindo a continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção, diagnóstico, tratamento e de reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção até a recuperação completa da criança (BRASIL, 2005)

Principais ações na Criança

- 5º Dia de Saúde Integral nas Unidades de Saúde: Entre o 3º e 5º dia de vida do bebê, mãe e filho devem ir a uma Unidade Básica de Saúde, ou através de



visita domiciliar. Vários cuidados importantes serão oferecidos para promover a saúde da criança e de sua mãe;

- Puericultura na Atenção Básica: A puericultura na Atenção Primária à Saúde é uma prática de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros 24 meses de vida;
- Realização de teste do pezinho em 100% das Unidades de Saúde, com referência e contra-referência em casos de testes alterados para o Laboratório Hormonal Fátima Cunha (Maceió – AL);
- Teste do coraçãozinho, Triagem Ocular Neonatal e Triagem neonatal auditiva realizados nas Unidades Hospitalares antes da alta hospitalar;
- Oferta de exames através de marcação via SISREG;
- Incentivo ao Aleitamento Materno e apoio as gestante e puérperas na APS;
- Combate à desnutrição e anemias carenciais, com monitoramento da cobertura de acompanhamento das crianças através dos relatórios do SISVAN, por meio do Programa de Micronutrientes (Suplementação de Sulfato Ferroso e Vitamina A);
- Garantia da Imunização de todas as crianças. As equipes de saúde devem se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão;
- Atenção às doenças prevalentes com destaque para as Diarréias; Sífilis e Rubéola congênitas; Tétano Neonatal; HIV/AIDS; Doenças Respiratórias/alergias: Realizado teste rápido de HIV e VDRL em gestante para prevenção das patologias congênitas;
- No CTA as gestantes soropositivas têm direito a medicamentos e, quando tratada adequadamente, tem maiores chances de ter um bebê saudável. Após o nascimento com garantia do suprimento da fórmula láctea infantil por seis meses;
- Atenção à saúde bucal: A saúde bucal da criança começa com o cuidado à saúde da mulher;
- Parceria com o Conselho Tutelar e Conselho Municipal da Criança e ao Adolescente, na prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil;
- Espaço Nascer com consultas na Assistência Pediátrica com duas profissionais (Ambulatório Up – consultas de seguimento) e serviços na assistência Nutricional e Fonoaudiologia;



- BLH: as mulheres que desejam amamentar seus filhos e, nesse processo, descobrem ou aprendem a identificar o excesso de leite e se tornam doadoras. O leite humano pasteurizado é seguro e atende, prioritariamente, os recém-nascidos prematuros e/ou os que por algum motivo necessitam de internação em Unidades Neonatais, sendo aqui destinado a Unidade Neonatal do Hospital Regional;
- Atenção à criança portadora de deficiência: A criança com necessidades especiais deve receber atenção integral e multiprofissional. Realizando atendimentos: ESPAÇO TRATE, CEMFRA e CER's;
- Oferta de exames de média e alta complexidade;
- Oferta de Consultas especializadas no elenco Municipal.

Principais Ações Adolescentes

- Ações intersetoriais para as necessidades em saúde, em parcerias como o Programa de Saúde na Escola, Secretaria de Educação e Esporte, com o Núcleo de Cidadania de Adolescente, Secretaria de Desenvolvimento Social e Secretaria de Cultura.
- Atenção prestada nas Unidades Básicas de Saúde na atenção integral à saúde do adolescente, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos territórios, articulando e potencializando os diversos espaços e equipamentos comunitários, especialmente a escola.
- Incentivo a formação de grupos de adolescentes com o objetivo de permitir que o adolescente possa exercer seu protagonismo, debatendo temas importantes e relevantes para sua saúde, desenvolvimento emocional, saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez não desejada entre outros temas.
- Articulação com parcerias e desenvolvendo estratégias sistemáticas de busca ativa de adolescentes grávidas no território acolhendo-as e realizando atendimento pré-natal considerando as especificidades e necessidades deste grupo etário, envolvendo os parceiros e os familiares no atendimento, garantindo sua permanência na escola, acesso à profissionalização e ao primeiro emprego e do fortalecimento dos laços familiares.
- Identificação no território dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal, articulando as políticas sociais básicas e a sociedade para uma ampla intervenção que favoreça a melhoria da qualidade de vida e promova ações de apoio, inclusão social, proteção e garantia de direitos.



Saúde da Pessoa Idosa

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa instituída pela Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade como um importante indicador de saúde desta população. A PNSPI tem por finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

A organização e a coordenação do cuidado com a Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde se dão na Atenção Básica, com a continuidade na Rede Especializada e Terciária, garantindo a gestão compartilhada do cuidado.

Diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Desafios e Perspectivas:

- Elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- Estruturar a linha de cuidado municipal à Saúde da Pessoa Idosa em consonância a PNSPI;

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política no município;
- Divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Saúde do Homem

Instituído pelo Governo Federal através da Portaria nº 1944 de 27 de agosto de 2009, o Ministério da Saúde estabelece como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina, lançando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS.

A Política foi implantada no município de Arapiraca no ano de 2010 e conforme preconizado visa o fortalecimento da integralidade da assistência à saúde da população masculina, promovendo a melhoria das condições de saúde e ocorrendo de forma integrada às demais políticas existentes.

O acesso dos homens aos serviços de saúde se dá através da atenção primária, porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, a fim de resguardar a promoção e a prevenção como eixos fundamentais de intervenção. Ademais, a continuidade na Rede Especializada e Terciária garante a gestão compartilhada do cuidado.

Figura 20 - Fluxo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem



Fonte: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Diretrizes:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente Política;
- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;
- Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;



- Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS, temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Desafios e Perspectivas:

- Criar estratégias para sensibilizar e atrair por meio de ações ampliadas com a equipe de saúde;
- Definir estratégias contextualizadas com base no reconhecimento da diversidade;
- Desenvolver campanhas sobre a importância dos homens cuidarem da saúde;
- Incluir os homens como sujeitos nos programas de saúde;
- Promover articulação entre os diferentes níveis de atenção, especialmente entre a emergência e a atenção primária;
- Apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde.

Coordenação Médica

A coordenação médica da Superintendência de Atenção à Saúde foi criada em 2017 e desde então vem coordenando, entre outras, ações de planejamento e participação interdisciplinar nas ações executadas na comunidade. Ações essas, que têm como foco atendimento centrado na pessoa e com ênfase na segurança do paciente, na garantia do acesso e da acessibilidade, além de proporcionar a equidade nos atendimentos e incorporar o senso de trabalho em equipe.

Estratégias para garantir esse cenário:

- Implantação de núcleos de segurança na atenção primária;
- Formação de cronograma de educação permanente anual;
- Melhoria nas condições de trabalho;
- Valorização do profissional médico.



Quadro 08- Distribuição dos Médicos nas UBS

Unidade de Saúde	Quantidade de profissionais
1º Centro de Saúde	02 ESF + 01 EAP
2º Centro de Saúde	02 ESF
3º Centro de Saúde	03 ESF
4º Centro de Saúde	04 ESF + 01 EAP
5º Centro de Saúde	02 Tradicionais
UBS Baixão	02 ESF
UBS Batingas	02 ESF
UBS Bananeira	01 ESF + 01 Tradicional
UBS Boa Vista	02 ESF
UBS Baixa da Onça	01 ESF
UBS Bom Jardim	01 ESF
UBS Bom Sucesso	03 ESF
UBS Brisa do Lago	02 ESF
UBS Canaã	02 ESF
UBS Cohab Nova	03 ESF
UBS Cacimbas	03 ESF
UBS Canafístula	04 ESF
UBS Cangandú	01 ESF + 01 Tradicional
UBS Cavaco	02 ESF
UBS Edler Lins	02 ESF
UBS Capim	01 ESF
UBS Carrasco	01 ESF
UBS Daniel Houly	02 ESF
UBS Jardim das Paineiras	01 ESF
UBS João Paulo II	01 ESF
UBS Laranjal	01 ESF
UBS Manoel Teles	02 ESF
UBS Nossa Sr ^a . Aparecida	01 ESF + 01 EAP
UBS Nilo Coelho	01 ESF



UBS Pau D'arco	02 ESF
UBS Poção	01 ESF
UBS Primavera	03 ESF
UBS Arnon de Melo	01 ESF + 01 Tradicional
UBS Teotônio Vilela	01 ESF
UBS Vila Aparecida	01 ESF
UBS Vila São José	01 ESF
UBS Vila São Francisco	01 ESF
UBS Vila Fernades	01 ESF
UBS Verdes Campos	02 ESF

Fonte: SMS Arapiraca.

Coordenação de Enfermagem

A Enfermagem destaca-se por sua importância na assistência à saúde da população de Arapiraca, sendo a maior categoria profissional da área. Esta é a ciência fundamentada na promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. O decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências, sendo os profissionais de enfermagem: os enfermeiros, os técnicos e auxiliares de enfermagem (COFEN, 1986).

A coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca foi instituída em fevereiro de 2021 e dentro da estrutura administrativa está inserida na Superintendência de Atenção à Saúde (SAS), fazendo parte do Departamento de Atenção Primária. Sendo o Enfermeiro Responsável Técnico (ERT) da Atenção Primária à Saúde do município.

A SAS através da Coordenação de Enfermagem tem a responsabilidade de estabelecer as diretrizes técnicas para o desenvolvimento da Assistência de Enfermagem nos estabelecimentos de saúde que compõem a rede assistencial da SMS - Arapiraca. A equipe de pessoal do Serviço de Enfermagem é composta por:

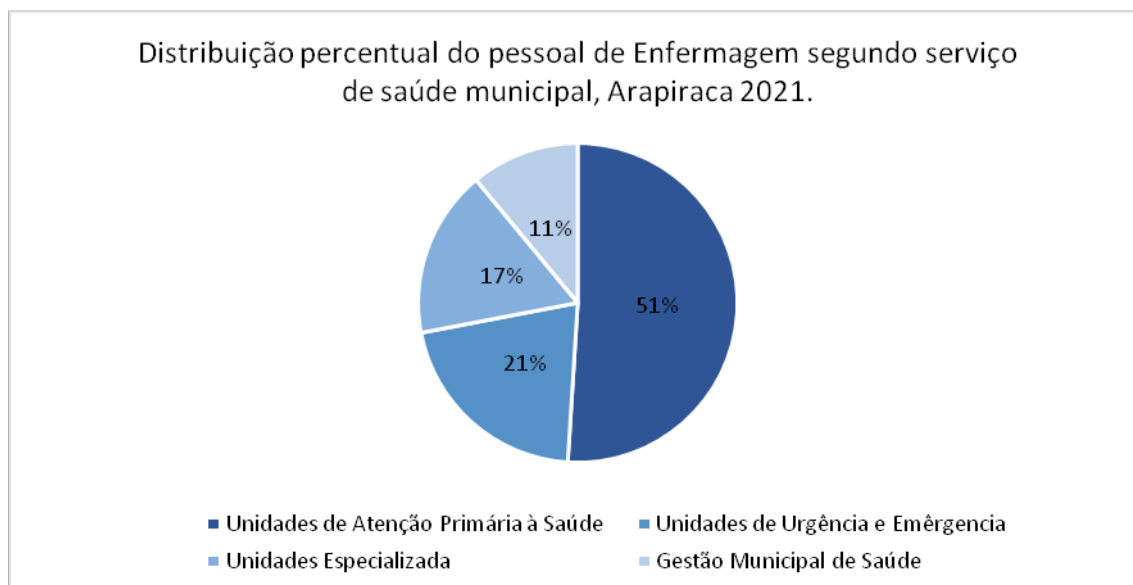
I - Enfermeiros;

II – Técnicos de Enfermagem;

III – Auxiliares de Enfermagem;

Em Arapiraca, são 174 enfermeiros e 200 técnicos e auxiliares de Enfermagem atuando no desenvolvimento de ações em Saúde, para levar serviços de qualidade à população. A equipe de Enfermagem está inserida nas especificidades de cada serviço que compõe a rede de saúde do município de Arapiraca – AL.

Gráfico 31 - Distribuição Enfermagem



Fonte: SMS Arapiraca

Desenvolvido pela Responsável Técnica de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, agosto de 2021.

I – O Serviço das Unidades de Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família é o serviço com maior número de pessoal da equipe de enfermagem, com 187 profissionais, correspondendo mais de 50%.

II - O sistema de urgência e emergência do município é composto pelas Unidades Básicas e Pronto Atendimento (PA) e a Unidade Sentinela (referência atendimentos a sintomáticos gripais);

III - O serviço de especialidades é composto por ambulatórios que atuam com atendimento a especialidades;

IV - Outras áreas nas quais a enfermagem está inserida na estrutura organizacional da composição da gestão da Saúde de Arapiraca.

Das atribuições da Coordenação de Enfermagem

- Realizar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de Enfermagem;
- Elaborar dimensionamento da equipe de Enfermagem;
- Fortalecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- Oportunizar a equipe de enfermagem à implantação da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como manter as normatizações estabelecidas no código de ética de enfermagem.
- Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de Enfermagem elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Viabilizar aos profissionais de Enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades;
- Participar no planejamento, elaboração, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais, como integrante da equipe de saúde.

Das ações propostas e desafios

Instituição da Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem (CRT) e Enfermeiro Responsável Técnico (ERT)

Em consonância com a resolução COFEN 509/2016 todo estabelecimento onde existem atividades de assistência de Enfermagem, deve obrigatoriamente ter um Enfermeiro Responsável Técnico (ERT) oficialmente registrado no COREN e apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem (CRT). Sendo o ERT é o responsável pelo planejamento, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de enfermagem.

Criação e funcionamento da Comissão Ética de Enfermagem (CEE)

Conforme a resolução nº 593/2018 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) institui a obrigatoriedade da criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) em todas as instituições de saúde onde existirem atividades de enfermagem com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores.

As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) são órgãos representativos dos Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existem Serviços de

Enfermagem, com funções educativa, consultiva e de orientação ao exercício ético e profissional dos profissionais de enfermagem.

Criação da Comissão Permanente de Enfermagem – Sistematização da Assistência de Enfermagem (CPE/SAE)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem está prevista na Resolução Cofen nº 358/2009. A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.

A Comissão Permanente de Enfermagem – Sistematização da Assistência de Enfermagem (CPE/SAE), responsável pela implantação da SAE na rede compreende a instituição de um grupo técnico consultivo para a tomada de decisões da Secretaria Municipal da Saúde de Arapiraca envolvendo as ações e serviços de Enfermagem. Com o desafio de ampliar a clínica do Enfermeiro nos cenários de prática; e envolver todos os profissionais da enfermagem no processo de construção dos trabalhos desenvolvidos

A CPE/SAE estará vinculada ao Departamento de Atenção Primária, porém atuando transversalmente em todos os setores e serviços no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a necessidade, sempre de forma pactuada com as respectivas diretorias e coordenações.

6.2. Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada

A Atenção Especializada à Saúde integra um conjunto de conhecimentos, ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir dos processos de trabalho de maior densidade tecnológica. Organizada, sobretudo de forma hierarquizada e regionalizada, a AES é integrante estratégica da Rede de Atenção à Saúde, operacionalizada em articulação e em sintonia com a Atenção Básica – estabelecendo sistema de referência e contrarreferência – a fim de fomentar a continuidade da assistência de acordo com as necessidades de saúde da população. Figura-se então, como parte fundamental para a concretização do princípio da Integralidade.

A Diretoria de Atenção Especializada (DAE), vinculada à Superintendência de Atenção à Saúde (SAS), atua em consonância com as coordenações das Redes de Atenção à Saúde – RAS, além da coordenação da Saúde Bucal no que envolve o



serviço de média e alta complexidade, sendo responsável por dez (10) unidades municipais de saúde.

Quadro 09 - Unidades Especializadas

NOME	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO
Banco de Leite Humano Ivete França Lima – BLH	Trabalhar as questões pertinentes à prática da amamentação, bem como coletar e distribuir leite humano com qualidade.	Gestante, nutrizes com dificuldades de amamentar, recém-nascidos prematuros/baixo peso do hospital vinculado.
Centro de Atenção Psicossocial Nise da Silveira – CAPS	Assistir a população que apresenta sofrimento mental, favorecendo a qualidade de vida destes e de seus familiares.	Usuários com transtorno mental severo e/ou persistente, psicóticos e neuróticos.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Amor e Esperança – CAPS AD	Promover assistência qualificada as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas contribuindo para um tratamento de acordo com as particularidades do indivíduo e acompanhamento aos familiares.	Adolescentes e adultos que façam uso abusivo de álcool e outras drogas, e que aceitem o tratamento.
Centro de Referência Integrado de Arapiraca – CRIA	Contribuir com o bem-estar físico, psíquico e social do ser humano através de atendimento com profissionais qualificados em diversas especialidades.	População arapiraquense e demais Municípios da 2º Macrorregião de Saúde que haja pactuação com o Município de Arapiraca.
Centro de Medicina Física e Reabilitação – CEMFRA	Garantir atenção integral e contínua às pessoas com deficiência física e/ou intelectual temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável.	Todo e qualquer usuário que utilize os serviços do SUS e resida em Municípios que compõem a 2º Macrorregião de Saúde, necessitando de reabilitação física e/ou intelectual.
Espaço Trate – Centro de Reabilitação e Reintegração de Crianças com Autismo	Proporcionar atendimento especializado a criança com autismo, com vistas a melhoria da qualidade de vida e fortalecimento de sua inclusão no meio social.	Crianças de 2 a 12 anos, residentes em Arapiraca, encaminhadas com suspeita ou diagnóstico.
Espaço Nascer – Unidade de Referência à Gestante de Alto Risco e Pediatria	Reorganizar a assistência especializada em pré-natal de alto risco e referência pediátrica.	Gestantes de alto risco e crianças referenciadas pelas UBS e de áreas descobertas (puericultura) residentes em Arapiraca.
Completo Multiprofissional de Saúde – Rogério Auto Teófilo: Serviço de Atenção Domiciliar – SAD;	Favorecer a desospitalização, ofertando assistência focada na humanização da atenção, ampliação da autonomia dos usuários e realizar a articulação dos pontos de atenção à saúde de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. - Promover atendimento humanizado, qualificado, integral	- Arapiraquenses que tenham dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica com necessidade de cuidados mais frequentes. Usuários acima de 04 anos de idade, com necessidade de



Pronto Atendimento – P.A.	e equânime em urgências clínicas à população de Arapiraca. - Acolher e realizar atendimentos aos suspeitos COVID-19 através de uma equipe multiprofissional e de apoio.	atendimento em urgência clínica provenientes da classificação de risco do Hospital Regional da Arapiraca, das UBS e/ou demanda espontânea. - Usuários suspeitos COVID-19 residentes de Arapiraca.
Unidade Sentinela – COVID		
Componente Especializado de Assistência Farmacêutica – CEAF	Fornecer um serviço humanizado, atencioso e acolhedor com o intuito de oportunizar aos pacientes um tratamento digno com medicamentos de alto valor de compra e de difícil acesso.	Pacientes da 2º Macrorregião de Saúde portadores de doenças crônicas e raras que necessitam de medicamentos de valores e complexidades diversas em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1554/2013.
Centro de Especialidade Odontológica José Glaucio O. Gomes – CEO	Oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal (Estomatologia), com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Atendimento a portadores de necessidades especiais.	Pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde Bucal do município de Arapiraca.

Fonte: SAS/SMS

Assistência Hospitalar

A Assistência Hospitalar disponível no território do município é composta pelos seguintes estabelecimentos:

Hospitais Gerais:

- Casa de Saúde e Maternidade Nossa Sr^a de Fátima– privado conveniado ao SUS;
- Centro Hospitalar Manoel André – CHAMA– privado conveniado ao SUS;
- Hospital Memorial Djacy Barbosa– privado;
- Hospital Regional de Arapiraca– filantrópico conveniado ao SUS;
- Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly – Gestão Estadual.

Hospital Especializado:

- Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque - privado conveniado ao

SUS.

Esta rede hospitalar disponibiliza ao SUS 761 leitos, os quais estão distribuídos em especialidades conforme quadro abaixo:

Quadro 10 - Distribuição dos Leitos

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Cirúrgico	179
Clínico	250
Complementar	66
Obstétrico	108
Pediátrico	54
Psiquiatria	104
TOTAL	761

Fonte: Consulta CNES em 15 de setembro de 2021

A Secretaria Municipal de Saúde, através das ações de monitoramento, supervisão, avaliação e recomendações, almeja contribuir para qualificação e excelência dos serviços prestados a região, bem como, ampliação do acesso dos usuários, ademais toda articulação essencial junto a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde para implementação dos serviços existentes e habilitação de outros serviços fundamentais.

6.3. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

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

A Coordenação de Assistência Farmacêutica Municipal está ligada à Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) com a competência de realizar o planejamento, a formulação, a implementação e a coordenação da gestão da política de assistência farmacêutica e da execução das atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.

Figura 21 - Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Diário

Cabe a gestão da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), a seleção dos medicamentos básicos, de acordo com o perfil de morbidade local, o processo de aquisição de produtos farmacêuticos, o acondicionamento e controle dos estoques de medicamentos, o controle dos medicamentos de regime especial (psicotrópicos e entorpecentes) e a distribuição de medicamentos e monitoramento do consumo das UBS.

Os objetivos do serviço da Assistência Farmacêutica no município de Arapiraca são os seguintes:

- Garantir o uso racional dos medicamentos dentro do sistema;
- Otimizar e racionalizar o uso dos recursos (humanos e financeiros);
- Instituir um sistema planejado, flexível e compatível com os objetivos gerais da Secretaria de Saúde;
- Garantir a provisão de medicamentos com qualidade, no tempo e quantidade corretos aos usuários.

Nesse contexto, a CAF atende, de forma geral, as demandas de medicamentos e insumos farmacêuticos provenientes dos diversos serviços ofertados pela SMS, tanto no nível hospitalar (Pronto Atendimento – 5º Centro) como no nível ambulatorial (todas as UBS e as USF), bem como aos Programas da Atenção Básica; DST/AIDS; Hipertensão e Diabetes; Saúde da Mulher, do idoso, da criança e do Homem; Saúde Mental, Antitabagismo, entre outros.

Com relação à Seleção de medicamentos, o município dispõe de uma relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME), que é utilizada como guia norteador para os processos de aquisição e distribuição de medicamentos.

Quanto ao componente Aquisição de medicamentos, a mesma é realizada por meio de licitação, conforme legislação vigente (Lei nº 8.666/93), através da compra compartilhada com 51 municípios alagoanos através de Consórcio (CONISUL), o que garante celeridade e economia no processo.

Relacionado à infraestrutura, o município possui farmácias para a dispensação de medicamentos em todas as Unidades de Saúde, no Centro de Referência Integrado de Arapiraca (CRIA), Centro de Apoio Psicossocial Nise da Silveira (CAPS), Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e uma farmácia descentralizada do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) que serve de referência para a 7ª Região de Saúde. As mesmas atendem ao cumprimento de requisitos básicos de armazenamento no que concerne à garantia da conservação e integridade dos medicamentos.

Quanto ao quadro funcional, a SMS apresenta em sua rede, 14 profissionais farmacêuticos, atuando nas seguintes Unidades: CAF, CEAF, CAPS, CAPS AD, VISA e UNIDADE SENTINELA. Desenvolvem atividades também nos programas de HIPERDIA, IST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase e no auxílio às resoluções de judicialização de medicamentos.

De acordo com o elenco municipal de cerca de 210 itens, a programação de medicamentos é feita anualmente e é elaborada tendo como base a média de consumo mensal e anual de cada USF, levando-se em consideração os estoques existentes. Assim, essa programação é consolidada pelas farmacêuticas da CAF. Nessa programação estão incluídos todos os medicamentos, inclusive os dos programas de Hiperdia, Saúde Mental e planejamento familiar. A CAF, de posse de todos os mapas de consumo das Unidades de Saúde, procede à consolidação dos mesmos e realiza a verificação dos estoques existentes. A partir desse momento, a programação é ajustada para atender a toda a rede municipal, colocando-se uma margem de segurança de 25% acima do programado.



O armazenamento e a distribuição dos medicamentos se encontram sob a responsabilidade da Central de Abastecimento Farmacêutico, local onde são recebidas, estocadas e distribuídas todas as aquisições de insumos farmacêuticos realizadas pela prefeitura, bem como é também na CAF que se concentra toda a parte administrativa e de controle dos procedimentos referentes à AF municipal.

A CAF abastece as Farmácias das Unidades de Saúde mensalmente, visto que as mesmas não dispõem de espaço físico para acondicionarem os medicamentos por mais de um mês. Assim, são responsáveis pelo armazenamento e conservação dos medicamentos e fazem a distribuição para as USF de acordo com as demandas das referidas unidades. As solicitações de medicamentos à CAF pelas Farmácias das US são mensais e ocorrem a partir do dia 20 de cada mês, e estas, assim que recebem os medicamentos, iniciam o processo de dispensação para os usuários, concluindo esse processo. Entretanto, caso necessário, esses pedidos podem ser feitos a qualquer tempo, para atender às demandas específicas das USF.

O município utiliza na CAF, como ferramenta de controle de estoque o software do sistema HÓRUS do MS, o que facilita bastante por ser um sistema gratuito, de fácil acesso e on-line. São realizados inventários mensais no final das entregas dos pedidos para as Unidades de Saúde.

A implementação da política de AF está diretamente relacionada a um conjunto de fatores interdependentes: contexto político e social, características organizacionais do setor saúde, componentes técnicos, administrativos, recursos de natureza diversos, além das culturas organizacionais que permeiam esse processo.

Os desafios da Coordenação da Assistência Farmacêutica no município para o próximo quadriênio serão os seguintes:

- Acompanhar o andamento da política de AF no município;
- Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Assistência Farmacêutica;
- Reformar ou mudar para uma nova CAF;
- Descentralizar e integrar o sistema HORUS de controle de estoque para todas as US da rede;
- Implantar a atenção farmacêutica que é um serviço indispensável para a promoção do uso racional de medicamentos;
- Capacitar por meio de educação continuada os atores envolvidos, buscando uma maior integração e articulação das ações voltadas a implementação da AF.

Desse modo, poderá o município ascender a um patamar mais elevado quanto à qualificação e à efetivação da política farmacêutica municipal, contribuindo, indubitavelmente, para a melhoria das condições de saúde da população.

Dentro deste contexto, estão sendo dados os primeiros passos para a implementação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica. Nesse sentido, as medidas tomadas na área de Assistência Farmacêutica são principalmente voltadas para sanar a falta de medicamentos, tendo como alvo o abastecimento da rede, o fortalecimento estrutural e técnico das farmácias das Unidades de Saúde e a realização de um diagnóstico situacional, cuja pretensão será tomar conhecimento da real situação da AF municipal, identificando os principais problemas existentes, de formas a nortear as ações que se façam necessárias.

6.4. Redes de Atenção à Saúde

Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é definida, segundo a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, —como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Ainda de acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, o objetivo precípua da RAS é —promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Cabe ressaltar, que a RAS, atualmente, está dividida em grandes cinco temáticas: i) Rede Materno-Infantil (RAMI); ii) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); iii) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); iv) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD); e v) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC).

6.4.1. Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha)

Rede Cegonha (7ª e 8ª Regiões de Saúde)

Com a Publicação da **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011** pelo Ministério da Saúde - MS que institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao



puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

São objetivos da Rede Cegonha:

- I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- III - Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (recém-nascido de 0 a 28 dias).

Componentes da Rede Cegonha:

- **Pré-natal;**
- **Parto e Nascimento;**
- **Puerpério e Atenção à Criança;**
- **Transporte e Regulação;**

PRÉ-NATAL

- a) Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;



- h) Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e**
- i) Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.**

PARTO E NASCIMENTO:

- a) Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;**
- b) Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);**
- c) Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";**
- d) Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;**
- e) Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;**
- f) Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e**
- g) Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.**

PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;**
- b) Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;**



- c) Busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames)

Em 2012 no Estado de Alagoas foram lançadas as portarias para habilitação das Maternidades para a Rede Cegonha, no município de Arapiraca, onde foi habilitada a Maternidade de Risco Habitual (**Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima**) e a Maternidade de Alto Risco (**Hospital Regional de Arapiraca**), ainda se encontra em processo de habilitação, mas a mesma está contemplada no Plano de Vinculação da Rede Cegonha Estadual.

A Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima é uma maternidade que atende gestantes de Risco Habitual da 7º região (17 municípios). Possui:

- **33 leitos obstétricos (28 de Alojamento Conjunto e 05 de pré-parto individualizado);**
- **10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais;**

A Maternidade Nossa Senhora de Fátima realiza Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR a todas as gestantes que procuram o serviço, tendo



em média por mês 583 ACCR/mês e com uma média de 300 internamentos/mês, considerando partos (nativos ou natimortos) e abortamentos.

O Hospital Regional é uma maternidade de referência para Alto Risco para a 7ª e 8ª regiões de saúde (25 municípios). Possui:

- **25 leitos obstétricos (20 de Alojamento Conjunto e 05 leitos de pré-parto individualizado)**
- **05 leitos de UTI materna.**
- **10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;**
- **05 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais;**
- **06 leitos Unidade de Cuidados Intermediários Canguru;**

O Hospital Regional de Arapiraca realiza Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR a todas as gestantes que procuram o serviço, tendo em média por mês 491 ACCR/mês e com uma média de 300 internamentos/mês, considerando partos (nativos ou natimortos) e abortamentos.

O Complexo Hospitalar Manoel André - CHAMA está pleiteando junto ao Ministério da Saúde a habilitação para Maternidade Mãe Rainha, que terá 40 leitos para Gestantes de Alto Risco – GAR Tipo II, no momento a maternidade está atuando como de Risco Habitual, a instituição já se encontra com todos os equipamentos, insumos e recursos humanos necessários para funcionar como Alto Risco, contando com a seguinte disponibilidade de leitos no momento:

- **32 leitos obstétricos (27 de Alojamento Conjunto e 05 leitos de pré-parto individualizado);**
- **10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Aguardando a habilitação para iniciar);**
- **10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais;**

A habilitação de outro serviço no município de Arapiraca será de grande valia para suprir a demanda reprimida de toda a 2º Macro Região (46 municípios) em relação as gestantes de Alto Risco, como também dos recém-nascidos pré-termo que necessitam de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para que assim possamos prestar uma assistência adequada materno-infantil, assim evitando as transferências dos mesmos para outros serviços devido à falta de leitos, assim prevenindo a morbimortalidade materno e infantil no Estado de Alagoas.

6.4.2. Rede de Urgência e Emergência (RUE)

A Rede de Urgência e Emergência – RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o Acesso Humanizado e Integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, considerando o perfil epidemiológico e demográfico da população, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco.

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- Promoção e prevenção;
- Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde;
- UPA e outros serviços com funcionamento 24h;
- SAMU 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências;
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas;
- Atenção domiciliar
- Melhor em Casa.

Componentes da RUE no município de Arapiraca:

- Promoção, prevenção e vigilância em saúde;
- Atenção Básica em saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com gestão Estadual;
- UMA – Unidade Móvel de Urgência de Arapiraca, criada pela Lei Municipal N°2.586 de 12 de Novembro de 2008 e atualizada pela Lei 2.911 de 10 de junho 2013. Tem como objetivo prestar assistência à saúde no local, bem como realizar transporte de pacientes para hospitais de referência se necessário, em eventos como show, jogo da ASA e grandes eventos quando solicitado através de ofício.
- Complexo Multiprofissional de Saúde:

Pronto Atendimento (PA) funcionando todos os dias da semana de 07h às 19h desde junho de 2013 atendendo as urgências clínicas classificadas como verde e azul provenientes da demanda espontânea e/ou encaminhados das UBS's e Hospital Regional de Arapiraca. Com o surgimento do COVID19 observamos a necessidade de mudar o perfil temporariamente para



atendimentos de pacientes com Síndrome Gripal classificados como verde e azul provenientes da demanda espontânea e/ou encaminhados das UBS e Hospital Regional de Arapiraca. (Recurso próprio)

Unidade Sentinela: funcionando todos os dias da semana de 07h às 19h por demanda espontânea aos munícipes de Arapiraca que apresentam síndrome Gripal. O serviço oferta teste rápido para COVID19, exames laboratoriais, exames de imagem (Tomografia/Angio TC com marcação no SISREG) atendimento médico(clínico/pediatra/infectologista/obstetra), atendimento de enfermagem, serviço social e fisioterapia. (Recurso próprio).

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): Composto por 02 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e 01 equipe multiprofissional de apoio (EMAP) – Recurso Federal. (Recurso próprio).

Componente de Atenção Hospitalar:

Hospital Regional de Arapiraca: (Serviço filantrópico) que atende como porta de entrada para urgências clínicas, conta com 12 leitos clínicos e 7 leitos e UTI (habilitados) geral não COVID.

Hospital CHAMA: Possui 54 leitos de retaguarda (Recurso Federal), 10 leitos e unidade coronariana – UCO/portaria N°2.960 de novembro de 2019. Para enfrentamento ao COVID19 com 10 leitos clínicos Adultos, 10 leitos clínicos pediátricos e 10 leitos de UTI.

Unidade de Emergência do Agreste: Porta de entrada para o trauma, conta com 45 leitos clínicos, sendo 35 adultos e 10 pediátricos. Foi estruturado para o enfrentamento ao COVID19 com 60 leitos clínicos e 40 leitos de UTI.

6.4.3. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial instituída pela portaria ministerial nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, funcionando de forma integrada, articulada e efetiva.

Na composição da Rede de Atenção Psicossocial de Arapiraca contamos:

I - Atenção Básica em Saúde: responsável pelo acompanhamento dos casos de transtornos mentais leves; desenvolvimento de atividades de Saúde Mental, como educação em saúde com temas pertinentes a saúde mental; a realização de grupos de Saúde Mental e a participação no Matriciamento em Saúde Mental, realizado pela equipe dos CAPS.

II- Atenção Psicossocial Especializada:

- **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Nise da Silveira**: inaugurado em 1998, funciona em imóvel locado, está situado desde outubro de 2019, na Rua Genésio Rodrigues, 95 – Jardim Tropical. Atenção especializada para o atendimento das pessoas em sofrimento/transtorno mental grave e persistente, objetivando sua reinserção na família e na sociedade, com a prevalência dos casos de Transtorno Afetivo Bipolar, Esquizofrenia e Transtorno Depressivo, é composto por uma equipe multiprofissional com médicos psiquiatras, médico clínico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, artesã, assistentes administrativo, auxiliar de manutenção de ambiente, agente de portaria e vigilante; Realiza atendimentos individuais e compartilhados por equipe multiprofissional; atendimentos às urgências psiquiátricas; Projeto Terapêutico Singular; atendimento em grupo; grupo para reabilitação psicossocial; oficinas terapêuticas; comemorações temáticas; visitas domiciliares; atendimento e reunião com as famílias; busca ativa de usuários faltosos; administração de medicação em domicílio; dispensação dos medicamentos para os usuários do serviço; atividades extramuros; educação em saúde; alimentação balanceada; Matriciamento em saúde mental. Possui transporte para os usuários em tratamento diário. Funciona de Segunda a Sexta-feira das 07 às 17 horas.

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD Amor & Esperança: inaugurado em março de 2012, funciona em imóvel locado, está situado desde março de 2017, na Avenida Deputada Ceci Cunha, 360 – Itapoã. Atenção especializada para assistência às pessoas com necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas, que aceitem voluntariamente o tratamento em diferentes níveis de cuidado, objetivando sua reinserção familiar e social, na perspectiva da redução de danos com a prevalência do uso de álcool e maconha, composto por equipe multiprofissional com médicos psiquiatras, médico clínico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, artesã,

assistentes administrativo, auxiliar de manutenção de ambiente, agente de portaria e vigilante. Realiza atendimentos individuais e compartilhados por equipe multiprofissional; atendimentos às urgências; educação em saúde através de grupos de reencontro, prevenção de recaídas, reinserção social, autocuidado e orientações farmacêuticas; dispensação dos medicamentos para os usuários do serviço; oficinas de relaxamento e de geração de renda; comemorações temáticas; visitas domiciliares; atividades extramuros; trabalho intersetorial; Alimentação balanceada; Matriciamento em saúde mental. Possui transporte para os usuários em tratamento diário. Funciona de Segunda à Sexta-feira das 07 às 17 horas.

Ambulatório de Saúde Mental: para atendimentos clínicos ambulatoriais de psiquiatria e psicologia e dispensação dos medicamentos psicotrópicos. Com o objetivo de assistir à população que apresenta sofrimento psíquico, no tocante a esses atendimentos. Funciona no Centro de Referência Integrado de Arapiraca – CRIA. A equipe é composta por **Psiquiatras**, que atendem a 2ª macrorregião pelo Sistema de Regulação – SISREG, **Psicólogos**, exclusivos para Arapiraca, marcação através da gerente do CRIA; **01 Farmacêutico** – responsável pela farmácia de saúde mental e pessoal administrativo.

III - Atenção de Urgência e Emergência: o CAPS e CAPS AD – são referências para as urgências e emergências em situações de transtornos mentais e problemas relacionados ao álcool e outras drogas, respectivamente; e nos horários de não funcionamento dos CAPS esses atendimentos são direcionados para o Hospital Regional.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório: as Comunidades Terapêuticas, que são instituições não Governamentais com triagem realizada através do Centro de Acolhimento, ligado à Secretaria Estadual de Prevenção à Violência - SEPREV.

V – Atenção Hospitalar: a referência para as internações psiquiátricas o ITA – Instituto Teodoro Albuquerque; em ocorrências de comorbidades clínicas e atendimentos às crises nos períodos noturnos e finais de semana e feriados – Hospital Regional. Nos casos de lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio) na Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly.

VI – Estratégias de Desinstitucionalização: Uma vez que o município ainda não tem serviço que funcione 24 horas e nem todos os dias da semana, os casos mais graves e que necessitam de internação por um período, são encaminhados para o ITA, preconizando que seja referenciado o retorno ao CAPS, CAPS AD ou Ambulatório de Saúde Mental para continuidade da assistência e acompanhamento dessas pessoas ao receberem alta.

VII – Reabilitação Psicossocial: Parcerias com Escolas Profissionalizantes, Empresas para sensibilização e posterior reinserção dos usuários no campo de trabalho, Universidades; Ministério Público; Conselho Tutelar; CTA; Grupos de Ajuda Mútua, outras Secretarias, entre outras, que favoreçam a reabilitação.

A RAPS tem como indicador ministerial as ações de matriciamento, desenvolvidas pelas equipes dos CAPS na Atenção Básica, as quais são preconizadas o mínimo de doze (12) matriciamentos anuais por CAPS, contabilizando 24 matriciamentos no ano, tendo como objetivo a integração da atenção primária no cuidado em saúde mental, bem como, a qualificação da assistência e melhoria do acesso aos usuários.

6.4.4. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite foi uma referência para induzir políticas e programas articulados e intersetoriais visando a garantia de inclusão e acessibilidade. Com base nisso, o Governo Federal criou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a qual estabelece em seu Art.2º, dentre inúmeras diretrizes: *a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multidisciplinar, sob a lógica interdisciplinar e promoção de estratégias de educação permanente*

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. É uma importante rede temática que busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.



Instituída pela Portaria Ministerial nº 793 de 24 de Abril de 2012, está desenhada em três componentes de atenção: Atenção Básica representada pelas Unidades Básicas de Saúde, Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Odontológica; Atenção Especializada representada pelos Centros Especializados em Reabilitação(CER), Serviços de Reabilitação de uma única modalidade, Oficina Ortopédica e Centro de Especialidades Odontológicas(CEO) e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência com os leitos de cuidados prolongados e centros cirúrgicos qualificados para atenção odontológica da pessoa com deficiência.

Diretrizes para o funcionamento da rede de cuidados à pessoa com deficiência

I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;

II - promoção da equidade;

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

IX - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

X - promoção de estratégias de educação permanente;

XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e

XII- desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).



Objetivos gerais da rede de cuidados à pessoa com deficiência

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Objetivos específicos da rede de cuidados à pessoa com deficiência

I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;

II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;

III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;

V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e

IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

RCPD - desenho municipal

De acordo com o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência os Centros Especializados em Reabilitação estão como referência para os

municípios da 2ª macrorregião de saúde. Considerando a capacidade mínima de atendimento explicitada no Manual Instrutivo de Reabilitação:

Modalidade Física – mínimo de 200 pacientes

Modalidade Intelectual – mínimo de 200 pacientes

Modalidade Visual – mínimo de 150 pacientes

Contudo encontra-se no município de Arapiraca, no que se refere ao componente de atenção especializada, uma ampla oferta de serviços especializados em reabilitação, de abrangência macrorregional, a saber: Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca (CEMFRA) este referência em atenção ao ostomizado, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Associação Pestalozzi de Arapiraca e Complexo Multidisciplinar Tarcizo Freire, ambos habilitados em CER II, atendendo às modalidade física e intelectual; Associação dos Deficientes Físicos e Mentais de Arapiraca (ADFIMA), um CER III, habilitado nas modalidades física, intelectual e visual. Adicionalmente com uma Oficina Ortopédica fixa, um Serviço de Reabilitação Auditiva (OTOMED) e uma Unidade Especializada Municipal em Reabilitação da Criança Autista (Espaço TRATE). Com objetivo de ampliar o acesso aos serviços de reabilitação os CER contam com transporte sanitário através de veículos adaptados, estes doados pelo Ministério da Saúde.

Quadro 11 - Serviços de Referência

MODALIDADES	SERVIÇOS DE REFERÊNCIA
Física e Intelectual	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca (CEMFRA) • Associação Pestalozzi de Arapiraca • Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) • Complexo Multidisciplinar Tarcizo Freire
Física, Intelectual e Visual	<ul style="list-style-type: none"> • Associação dos Deficientes Físicos e Mentais de Arapiraca (ADFIMA)
Reabilitação Auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • OTOMED
Reabilitação e Reintegração da Criança Autista	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço TRATE
Dispensação, Confecção, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM)	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Ortopédica Fixa na Associação Pestalozzi de Arapiraca

Fonte: SMS



Atenção às Crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus

1. Fortalecimento da Equipe Dedicada a qual objetiva o cuidado, acompanhamento e monitoramento das crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ), a partir do trabalho intersetorial com Secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social.
2. Garantia da 1ª consulta com Pediatra no Espaço Nascer para todas as crianças diagnosticadas com SCZ, residentes na 2ª macrorregião de saúde.
3. Oficina Integrada de Cuidado às Crianças com SCZv/STORCH e suas famílias com a participação de mais de 100 profissionais das diferentes secretarias.
4. Construção do Plano de Cuidados Integrado para Crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus STORCH e suas Famílias.
5. Instituição das Equipes Dedicadas locais.

6.4.5. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (RDCNT)

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas caracteriza-se como área responsável pelas doenças (Diabetes, Doenças renocardiovasculares, Doenças respiratórias crônicas, Obesidade e Oncologia). A Portaria N° 252 de 19 de fevereiro de 2013 institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, sendo essa portaria revogada um ano depois, através da Portaria N° 483 de 01 de abril de 2014, que “Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado”.

Considerando a necessidade de reorganizar a atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas, a Portaria N° 483/2014, expõe as disposições gerais, objetivos e diretrizes da Rede. Dentre os objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em seu Art. 4º, destacam-se: “I -realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; eII - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.”

Os Pontos de atenção e suas funções na rede de atenção às doenças crônicas:

- a) Atenção Básica à Saúde: centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado e porta de entrada prioritária para organização do cuidado.
- b) Pontos de Atenção Ambulatorial Especializada: CRIA, AFPDA, SAD, CEMFRA, PA, CAPS.
- c) Pontos de Atenção Hospitalar: HOSPITAL REGIONAL, CHAMA, AFRA, HOSPITAL DE EMERGÊNCIA.

Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca

O Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca (AFPDA) tem como missão principal o atendimento à comunidade na área da saúde da criança, adolescente, adultos e idosos acometidos por feridas de qualquer etiologia que requeira o nível ambulatorial de assistência, visando prevenção de complicações e reabilitação para as atividades da vida diária. O AFPDA atende lesões agudas e crônicas de todas as etiologias: úlceras venosas, úlceras arteriais, úlceras mistas, queimaduras, lesões traumáticas e amputações decorrentes da Diabetes mellitus.

Avanços da Rede no município:

- Avaliação contínua através dos indicadores dos pontos prioritários da Rede;
- Educação permanente para profissionais para qualificação da assistência;
- Melhoria da assistência aos pacientes portadores de feridas crônicas e pé diabético assistidos no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético do município;
- Aumento da cobertura farmacêutica;
- Distribuição regular de Glicosímetros, tiras reagentes, lancetas e seringas aos pacientes insulíndependentes e às Unidades Básicas de Saúde e Unidades Especializadas, de acordo com a Portaria nº 2.583, de 10 de Outubro de 2007;
- Coberturas especiais para curativos utilizados na referência (Ambulatório de feridas e SAD).

Desafios:



- Propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;
- Referência e contrarreferência com integração na Rede, principalmente no que diz respeito ao atendimento voltado para as urgências clínicas;
- Abordagem do autocuidado com os pacientes/corresponsabilização;
- Ausência de Equipe multiprofissional na UBS voltada para o processo de cuidado contínuo aos pacientes com DCNT;

Oncologia

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer está estruturada e organizada em uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, contemplando até os cuidados paliativos. Para estruturar essa linha de cuidado foi construída a Rede de Oncologia com a finalidade de superar a fragmentação da assistência ofertada ao paciente nas ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil.

Em 20 de setembro de 2016 foi instituído o Plano Estadual de Oncologia em Alagoas que tem como objeto *“o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, através da realização de procedimento oncológicos, ambulatoriais e hospitalares, na Média e Alta complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com as metas estabelecidas pela portaria SAS/MS nº140, de 27 de fevereiro de 2014 e definidas no Plano estadual de Oncologia”, sendo redefinida pela portaria nº163 de fevereiro de 2020.*

O plano Estadual de Oncologia é um documento norteador que define os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

No município de Arapiraca o serviço de Oncologia dispõe de duas Unidades hospitalares habilitados como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, quais sejam o Complexo Hospitalar Manoel André – CHAMA com serviço de radioterapia e o Hospital Memorial Djacy Barbosa (Afra Barbosa), este último sob suspensão do atendimento. O agendamento atualmente é realizado pelo SISREG

para “triagem oncológica” através da regulação municipal, com solicitação prévia por e-mail.

Desafios:

- Diminuir a incidência de diagnósticos tardios;
- Ampliação do acesso ao serviço de Oncologia;
- Ampliar o acesso ao tratamento de pacientes com Câncer;
- Redução do tempo de acesso para realização dos exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias como refere a Lei 13.896/2019;
- Implantar leitos para cuidados paliativos;
- Redução dos indicadores de morbimortalidade.

6.5. Vigilância em Saúde

Vigilância em Saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde.

6.5.1. Vigilância Epidemiológica

Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), a Vigilância Epidemiológica é o “conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento a história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”.

Áreas e Serviços prestados à População

Saúde do Trabalhador: A Coordenação de Saúde do Trabalhador tem por objetivo monitorar e vigiar os agravos e doenças que acometem os trabalhadores a fim de instruir os serviços da atenção primária a média complexidade a notificar, prevenir e tratar tais agravos. O CEREST é o serviço de saúde dentro do SUS responsável pela disseminação da Política da Saúde do Trabalho, dando suporte a atenção primária, média e alta complexidade na implementação dessa. Além de realizar atendimentos

aos trabalhadores, inspeção em ambientes laborais, vigilância, promoção e prevenção no que concerne à Saúde do trabalhador.

As Unidades de Saúde são responsáveis por notificar os agravos à saúde do trabalhador que venham necessitar de atendimento dentro de sua área de abrangência e encaminhar para a coordenação. Além de informar sobre quaisquer injúrias que ocorram ao trabalhador dentro de sua área de abrangência e trabalho infantil.

Dengue e outras Arboviroses: O Centro de Controle de Zoonoses é uma Unidade de Vigilância de Zoonoses de acordo portaria nº758 de 26 de agosto de 2014 e 1138 de 25 de maio de 2014/Ministério da Saúde, e são estruturas físicas e técnicas, vinculadas ao Sistema Único de Saúde(SUS),responsáveis pela execução de parte ou da totalidade das atividades, das ações e das estratégias referentes à vigilância, à prevenção e ao controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública do município.

Programas trabalhados:

RAIVA

- Organizar/executar campanha anual de vacinação antirrábica de acordo orientações do Ministério da Saúde/SESAU;
- Monitorar surgimento de raiva animal
- Integração das UNIDADES DE SAÚDE para informarem imediatamente o surgimento de animais suspeitos na área, ao CCZ/UVZ, para desencadear os serviços de vigilância;

DENGUE

- Visita domiciliar bimestral em 100% dos imóveis, para monitoramento do *Aedes aegypti*
- UBS: integração com coordenação e supervisores de turma para monitorar as áreas críticas, bem como estimular a efetiva integração entre aceXacs;

ESQUISTOSSOMOSE

- Cadastro da população da área endêmica para realização de exames de esquistossomose
- Entrega dos resultados aos positivos
- Entrega de lista com os positivos e a medicação nas unidades de saúde da área
- UBS: realizar o tratamento no mínimo em 90% dos positivos

LEISHMANIOSE

- Realização de exames na população canina, nas localidades com casos humanos e/ou casos caninos
- UBS: informar imediatamente ao CCZ o surgimento de caso humano suspeito, para darmos início ao trabalho de vigilância

PESTE

- Vigilância com busca ativa e monitoramento através de sorologia em cães e gatos
- UBS: informar imediatamente ao CCZ a ocorrência de mortandade de ratos sem causa aparente

CHAGAS

- Pesquisa na área rural para monitoramento do barbeiro
- UBS: notificar imediatamente ao CCZ o surgimento de caso suspeito de chagas agudo.

IST/AIDS e Hepatites: Coordenação de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Tem como objetivo prevenção, diagnóstico e assistência precoce da infecção pelo HIV/AIDS, Sífilis, e Hepatites Virais. Redução de risco e vulnerabilidade, promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais.

Prevenção e diagnóstico precoce do HIV/AIDS, Sífilis, e Hepatites Virais (Testagem Rápida) com aconselhamento. A promoção dos Direitos Humanos e o acesso aos insumos de prevenção (preservativos).

- O Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA é um serviço de saúde pública para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV, Sífilis e Hepatites B e C, destina-se a realização de testagem rápida com demanda espontânea. A testagem rápida está descentralizada para as Unidades Básicas de Saúde.



- Serviço de Assistência Especializada - SAE é um serviço de saúde pública cujo objetivo principal é o atendimento humanizado, em nível ambulatorial através de equipe multiprofissional aos usuários vivendo com HIV/AIDS, onde também faz a referência de usuários diagnosticados com hepatites B e C para a referência na capital alagoana.

Imunopreveníveis: O Programa Municipal de Imunização tem como objetivo viabilizar ações de prevenção, controle e erradicação de doenças preveníveis por meio da vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanha e vacinações de bloqueio) e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporariamente associados à vacinação, a gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes. Estas ações planejadas e sistematizadas contribuem de forma significativa para a proteção e a promoção da saúde, sendo também de responsabilidade da coordenação municipal:

- Montar e supervisionar salas de vacinas no município;
- Promover capacitações das equipes de enfermagem para imunização;
- Montar salas de vacinas e viabilizar materiais necessários para aplicação e montagem de salas de vacinação.

Tuberculose e Hanseníase: O Programa de Tuberculose e Hanseníase visa o controle e monitoramento dos casos, prestando assistência primária, secundária e terciária. Possuímos uma equipe técnica que atende no CRIA e é referência para segunda macrorregião prestando assistência secundária e terciária, onde ficam acompanhados neste setor os pacientes com comorbidade, menores, áreas descobertas, resistência medicamentosa e reações hansênicas. A equipe é formada por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de laboratório, técnico de sapataria, biomédico, farmacêutico e assistente social. Além deste serviço prestamos monitoramento e acompanhamento dos casos notificados nas unidades de saúde, áreas descobertas e internações hospitalares e óbitos por tuberculose.

- No laboratório realizamos coleta e leitura de linfa para hanseníase, baciloscopia, TRM (teste rápido molecular) e inoculamos e lemos PPD (prova tuberculínica). Além dos casos de tuberculose, notificamos e acompanhamos os casos de tuberculose latente.



Veiculação Hídrica e e-SUS-VE: O sistema de dados da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas – MDDA tem como principal objetivo a monitorização e o acompanhamento das doenças de veiculação hídrica. A técnica administrativa é Maria Celma Gois de Barros, recebe as notificações das Unidades Notificadoras, seja por documento físico ou através do e-mail, no Impresso I e II da MDDA, por faixa etária e tipo de tratamento, digita em planilhas todas as informações por semana epidemiológica de notificação (é o NOTIFICA SIVEP DDA) e envia semanalmente para o Ministério da Saúde. Sendo assim se faz necessário o envio destas informações em tempo hábil pelas Unidades.

O e-SUS-VE é o sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde para os casos de COVID-19, alimentado pelas notificações de casos suspeitos atendidos nas UBS, Unidade Sentinela, Pronto Atendimento do 5º Centro, Laboratórios de Patologia, Farmácias que realizam os testes rápidos, RT-PCR ou Swab.

VIGIÓBITO: Coordenação do VIGIÓBITO tem como objetivo monitorar as investigações de óbito no município; realizar reuniões do grupo técnico do VIGIÓBITO MATERNO e Infantil; E solicitar investigações de óbito sempre que necessário. Os membros das equipes das US são quem realizam as investigações de óbito de nível domiciliar e quando pertinente ambulatorial. Portanto, é importante este contato tanto da US com a coordenação, quanto da coordenação com a US. Vale ressaltar que a US não deve esperar solicitação para investigar um óbito elegível, ela deve ser iniciada o quanto antes.

Núcleo de Vigilância Hospitalar: Os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia são responsáveis pelo planejamento e execução de ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a Vigilância das Doenças de Notificações Compulsórias e Agravos de interesses de Saúde Pública, ou seja, são os serviços que existem implantados nos Hospitais responsáveis pela Vigilância. Os respectivos serviços existem em todos os Hospitais do nosso Município e geram informações que servem como base para levantar o perfil epidemiológico de morbimortalidade e adoção de medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Os respectivos núcleos também são responsáveis pelas investigações de óbitos ocorridos nas respectivas instituições Hospitalares e qual fazem parte, contribuindo assim com a Vigilância de Óbitos Municipal (quando o óbito ocorre no nosso Município) e Vigilância do Óbito Estadual. As investigações os óbitos são

complexos, pois envolvem análise de prontuários para posterior fechamento de cada óbito ocorrido, junto com a Atenção Básica.

Em se tratando das Doenças e Agravos de Notificação Compulsórias, os Núcleos sinalizam as imediatas para medidas de combate à disseminação de doenças em tempo adequado, o que possibilita planejar e executar disseminação de tais agravos.

Doenças e Agravos não transmissíveis: A Coordenação das Doenças e Agravos Não Transmissíveis é responsável por realizar a vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos agravos não transmissíveis (Acidentes e Violências) e de seus fatores determinantes. Tendo como objetivo, na vigilância epidemiológica, o controle dos casos, através de relatórios do SINAN e acompanhamento dos núcleos hospitalares. A unidade de saúde é essencial nesse processo, através da promoção em saúde e controle de notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada tornando nossos indicadores mais fidedignos, sem subnotificação.

Informação e Análise da Situação de Saúde: A Coordenação de Informação e Análise da Secretaria Municipal de Saúde Arapiraca gerencia os dados e informações sobre ocorrência das doenças e óbitos, bem como outras informações de interesse para a saúde. É responsável pela elaboração de Informes da saúde quadrimestral e Anual, bem como diário e semanal referente à Covid-19, mantendo a comunicação sobre a ocorrência de doenças no município.

Os principais objetivos são coletar, consolidar, analisar e divulgar informações zoonosológicas para apoiar a elaboração, implantação, avaliação e tomada de decisões sobre estratégias e ações de vigilância, prevenção, controle e erradicação de doenças de relevância para a saúde pública;

Tendo como objetivos

- Analisar informações visando diagnóstico, monitoramento, avaliação e aprimoramento da atuação como apoio à gestão do SUS;
- Subsidiar a SMS nos seus diferentes âmbitos no uso de conhecimentos, métodos e técnicas da epidemiologia e da análise de dados;
- Aprimorar a informação utilizada pelos diversos setores e esferas da SMS a partir de análises da sua qualidade;
- Divulgar as informações produzidas em SMS e de interesse geral da Saúde;



- Gerenciar os sistemas de informação de eventos vitais e de captação universal (SIM, SINAN e SINASC);
- Incorporar o georreferenciamento e a análise espacial de dados como instrumento de trabalho para gestão do SUS;
- Capacitar os profissionais de saúde e equipes da SMS em análise de dados e uso da epidemiologia na gestão de serviços e do sistema de saúde nos diversos níveis.
- Assessorar e cooperar com os técnicos da Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, no processo de monitoramento das informações dos Sistemas de Informação;
- Planejar e monitorar o fornecimento das informações disponibilizadas pelo serviço de saúde, garantindo a máxima eficiência do funcionamento dos sistemas de informação;
- Criar painéis de informação com Power BI e painéis de situação.
- Criar canais de comunicação entre setores por e-mail.
- Criar painel de serviço com consulta e divulgação de fluxo por setores, decretos, documentos internos.

Sistemas

- **SINASC:** O sistema de Informações de Nascidos Vivos tem funcionalidade de Declaração de Nascimento informatizada, Controle de distribuição das declarações de nascimento (Municipal, Regional, Estadual e Federal), Retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente, entre outros. Tendo também como benefício subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS); ações de atenção à gestante e ao recém-nascido e permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema;
- **SINAN:** O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica;
- **SIM:** O sistema de Informação de Mortalidade tem por função regular dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados

sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

- **MDDA:** Consiste em coletar, registrar, consolidar periodicamente em formulários preconizados pelo Ministério da Saúde os dados mínimos como idade, procedência, data do início dos sintomas e plano de tratamento das pessoas que apresentaram doenças diarreicas agudas atendidas na Unidade de Saúde.

6.5.2 Vigilância Sanitária

De acordo com a Lei Federal Nº 8.080/90, a Vigilância Sanitária está incluída como um dos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim definida como conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. A VISA abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A VISA Municipal possui a coordenação geral, responsável pelo monitoramento e avaliação da execução das ações de vigilância sanitárias realizadas pelos fiscais auditores, hoje divididas em áreas de indústria e comércio e a saúde, com fiscalizações e acompanhamento dos riscos sanitários no município de Arapiraca.

A VISA Arapiraca monitora as condições estruturais, layout físico, bem como o funcionamento das unidades básicas de saúde, da assistência prestada, da qualidade dos materiais e equipamentos, monitora a distribuição de medicamentos controlados e não controlados, avalia a qualidade da água na unidade e no bairro, acompanha o acondicionamento e o descarte do lixo contaminado e perfuro cortante. Promove educação continuada sobre os riscos sanitários que possam ocorrer naquela região e unidade.

Indústria e Comércio (Drogarias e Medicamentos): A vigilância de Indústria e Comércio desenvolve ações de fiscalização e de educação sanitária. Utiliza-se como ferramentas as Boas Práticas de Fabricação (BPF), a Análise de Perigos e Pontos

Críticos de Controle (APPCC), a classificação e o grau do risco e o princípio da precaução.

Compete a esta, inspecionar as empresas para autorização de início de funcionamento e a renovação do Alvará Sanitário; acompanhar a implementação das Boas Práticas de Fabricação; investigar os desvios ocorridos na produção; averiguar a veracidade de denúncias; participar de ações integradas com órgãos afins; investigar a causa das Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs), detectando o problema e definindo ações para prevenção de novos surtos; atuar em conjunto com a Vigilância Epidemiológica, realizando a busca ativa dos envolvidos no surto e coletando o alimento objeto da intoxicação. Além das inspeções compete a esta área realizar a capacitação de fiscais municipais e ministrar palestras sobre a legislação sanitária ao setor regulado.

Serviços de Saúde e Produtos de Interesse a Saúde: A Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde é responsável pelas ações de vigilância sanitária atinentes aos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e de interesse à saúde.

No que concerne aos estabelecimentos que estão na área de atuação dos serviços de saúde, em linhas gerais, pode-se citar Hospitais, Centros de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Clínicas e Consultórios (Médicos, Odontológicos, Médicos Veterinários, de Fisioterapia, de Psicologia e de Nutrição), Hemorrede, Terapia Renal Substitutiva, Laboratórios Clínicos, Serviços de Radiodiagnóstico, Hemodinâmica, Medicina Nuclear, Academia da Saúde, Casa de Atendimento a Jovens, Instituto Médico Legal (IML), Instituto de Longa Permanência Para Idosos (ILPI), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Clínica de Preparação de Corpos (Somatoconservação), Comunidade Terapêutica, Comércio de Artigos Funerários, Comércio Óptico, Crematório, Salas de Velório, Serviços de Tatuagem e Piercing, Translado de Restos Mortais Humanos, Unidades Prisionais e Cadeias Públicas.

Não obstante, os Produtos de Interesse a Saúde são produtos utilizados na realização de procedimentos médicos, odontológicos e fisioterápicos, bem como no diagnóstico, tratamento, reabilitação ou monitoração de pacientes. Compreendem três tipos de categorias: Equipamentos Médicos, Materiais de Uso em Saúde e Produtos de Diagnóstico in vitro.

Vigilância em Saúde Ambiental (VSA): Consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a



finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

É também atribuição da VSA os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo. Dentro da Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), as áreas de atuação são: Vigilância da qualidade da água para consumo humano (Vigiágua); Vigilância em saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos (Vigiar); Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos (Vigipeq), que compreende a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solos Contaminados (Vigisolo); Vigilância em saúde ambiental relacionada aos riscos decorrentes de desastres (Vigidesastres) e Vigilância em saúde ambiental relacionada aos fatores físicos (Vigifis).

Desde a criação da SVS, a integração das vigilâncias foi se fortalecendo nas três esferas de governo, impulsionada pela relevância das doenças e agravos não transmissíveis, pela necessidade do fomento às ações de promoção da saúde, pela redução da morbimortalidade da população em geral e dos trabalhadores em particular, pela preocupação com os riscos sanitários, caracterizados como os eventos que podem afetar adversamente a saúde de populações humanas, e pela urgência em organizar respostas rápidas em emergências de saúde pública.

Sistemas:

- **SERVIÇOS ONLINE**

Os serviços online é uma plataforma que facilita a comunicação do contribuinte com a vigilância Municipal. Através desse sistema o contribuinte consegue anexar toda a documentação necessária, como também acompanhar a liberação do alvará sanitário.

- **E-cidade**

O e-cidade é uma outra plataforma que solicita a renovação de alvará sanitário como também a solicitação de um novo. Nessa plataforma conseguimos deixar arquivados toda a documentação e termos. Esse sistema diminuiu o número de arquivos físicos que a VISA possuía e facilitou a busca se arquivos enviados pelo contribuinte.

- **Eágata:** É um sistema de geração de taxa.

7. GESTÃO EM SAÚDE

7.1. Planejamento

A Superintendência de Gestão Estratégica e Participativa (SUPGEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca coordena as funções de Gestão e Planejamento com o desenvolvimento de ações sistemáticas e integradas que dão direcionalidade às ações e serviços de saúde.

O planejamento no SUS é uma função gestora, um requisito legal e um dos mecanismos mais relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico, que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho. O planejamento tem ganhado uma importância estratégica no setor saúde, compreendido enquanto ferramenta tecnológica de gestão para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, organizar os processos de trabalho e gerir as ações e serviços de saúde em diferentes espaços.

No município de Arapiraca, o planejamento no SUS ocorre de forma participativa, ascendente e pactuada entre gestores, trabalhadores e instâncias de controle social. Por isso mesmo, assume uma dimensão política e social, que implica discutir e compartilhar poder e saber. (CAMPUS, 2010; BRASIL, 2013). O planejamento tem o potencial de viabilizar o alcance de oportuna resolubilidade das medidas estabelecidas e implementadas. Essa é uma das principais potencialidades que conferem ao planejamento o caráter estratégico para a qualificação da gestão (BRASIL, 2009).

A regulamentação do planejamento em saúde dá-se por meio de decretos e leis. Sendo assim, o Decreto nº 7.508 de 29 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 e dispõe sobre alguns aspectos do planejamento e obrigações da gestão de saúde do município. É obrigação do gestor público a elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento, logo a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (que substitui a Portaria MS/GM nº 2.135, de setembro de 2013), estabelece diretrizes para o planejamento do SUS e define como instrumentos do planejamento em saúde: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do

Quadrimestre Anterior (RDQA), sendo estas ferramentas norteadoras para o planejamento em saúde e para as prestações de contas (COSEMS, 2019).

O Plano Municipal de Saúde deve estar sempre em “diálogo” com os dispositivos legais do SUS e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. Além disto, o PMS é elemento fundamental a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Os instrumentos de Gestão vêm sendo devidamente elaborados, encaminhados, apreciados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme a tabela abaixo:

Quadro 12 – Instrumentos de gestão

Instrumento	Status	Resolução do CMS
PMS 2014-2017	Aprovado	Resolução n.º 08 de 05/06/2014
PAS 2017	Aprovado	Resolução n.º 01 de 06/04/2017
1º RDQA 2017	Aprovado	Resolução n.º 07 de 20/12/2017
2º RDQA 2017	Aprovado	Resolução n.º 07 de 20/12/2017
PMS 2018-2021	Aprovado	Resolução n.º 04 de 20/03/2018
PAS 2018	Aprovado	Resolução n.º 05 de 20/03/2018
3º RDQA 2017	Aprovado	Resolução n.º 09 de 03/05/2018
RAG 2017	Aprovado	Resolução n.º 10 de 03/05/2018
1º RDQA 2018	Aprovado	Resolução n.º 18 de 06/12/2018
2º RDQA 2018	Aprovado	Resolução n.º 01 de 09/01/2019
PAS 2019	Aprovado	Resolução n.º 04 de 07/02/2019
3º RDQA 2018	Aprovado	Resolução n.º 06 de 13/03/2019
RAG 2018	Aprovado	Resolução n.º 08 de 08/05/2019
1º RDQA 2019	Aprovado	Resolução n.º 12 de 04/07/2019
2º RDQA 2019	Aprovado	Resolução n.º 18 de 07/11/2019
PAS 2020	Aprovado	Resolução n.º 04 de 05/03/2020
3º RDQA 2019	Aprovado	Resolução n.º 06 de 03/09/2020



RAG 2019	Aprovado	Resolução nº 07 de 03/09/2020
1º RDQA 2020	Aprovado	Resolução nº 09 de 05/11/2020
2º RDQA 2020	Aprovado	Resolução nº 01 de 07/01/2021
3º RDQA 2020	Aprovado	Resolução nº 05, de 06/05/2021
RAG 2020	Aprovado	Resolução nº 06, de 06/05/2021
PAS 2021	Aprovado	Resolução nº 03, de 08/04/2021
1º RDQA 2021	Aprovado	Resolução nº 09, de 05/08/2021

Fonte: SUPGEP/SMS

Estes instrumentos são interligados e devidamente alimentados no sistema do Ministério da Saúde- DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP) o qual foi regulamentado pela Portaria de Consolidação no 1, de 28 de setembro de 2017, artigos 435 a 441.

7.2. Financiamento

O financiamento do SUS é realizado pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina o Art. 197, parágrafo 1º da Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Os percentuais de investimento financeiro dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional nº 29. Por essa Lei, Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual - LOA.

A alocação de recursos financeiros de Estados e Municípios realizam-se a partir de recursos dos tributos de arrecadação própria, e ainda conta com dois conjuntos de fontes adicionais que são as transferências constitucionais e legais e as transferências do SUS, ambas de natureza intergovernamental. As transferências constitucionais e legais são as decorrentes do modelo de distribuição federativa de recursos fiscais estabelecido na Constituição Federal de 1988. As transferências do

SUS consistem, em sua maioria, em recursos do orçamento federal da saúde relativos a políticas e programas nacionais, cujas regras de transferência pela União e de utilização por Estados, Distrito Federal e Municípios estão dispostas na legislação do Ministério da Saúde. Os Municípios também recebem transferências do SUS provenientes dos Estados, embora em volumes menores do que os aportados pelo governo federal.

É importante ressaltar que as transferências do SUS, provenientes das esferas municipais e estaduais, devem ser aplicadas em sua totalidade exclusivamente em ações e serviços de saúde.

O valor a ser aplicado pela União segue uma sistemática semelhante à regra já estabelecida para os Estados e Municípios, a diferença consiste na base de recursos para a vinculação: no caso dos Estados e Municípios, a base é o conjunto das receitas provenientes de impostos (receita arrecadada própria + transferências constitucionais e legais), enquanto, na esfera federal, será a Receita Corrente Líquida. Portanto, o padrão definido pela legislação do SUS tem por objetivo constituir um desenho federativo com expressiva participação de Estados, Distrito Federal e Municípios, que valoriza o caráter unificado e integrado do sistema de saúde em âmbito nacional. Essa característica está expressa na distribuição das competências e responsabilidades de gestão de políticas e programas, na organização e dinâmica da governança institucional e na alocação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde.

Dentre os tributos arrecadados pela União, os principais impostos são: Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que são alocados para estados e municípios obedecendo ao princípio da descentralização e a lógica da racionalidade.

Os principais impostos municipais são: o Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços (ISS), além de outras taxas.

A lógica do financiamento pode ser analisada a partir da tabela abaixo:

Quadro 13 – Fontes de financiamento

Fontes de financiamento para base de cálculo para aplicação de recursos em saúde (ASPS)		
	DISTRITO FEDERAL/ESTADOS	MUNICÍPIOS
Mínimo Obrigatório	12%	15%



Total das receitas de impostos de arrecadação própria	Impostos sem transmissão “causa mortis” e Doação – ITCMD Imposto de circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU Imposto sobre a transmissão de bens imóveis - ITBI
(+) Receitas de transferências da União	Fundo de Participação dos Estados – FPE Cota – parte IPI Exportação Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)	Fundo de Participação dos Municípios – FPM Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)
(+) Receitas de transferências do Estado		Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados - IPI – Exportação
	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF
(+) Outras Receitas Correntes	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

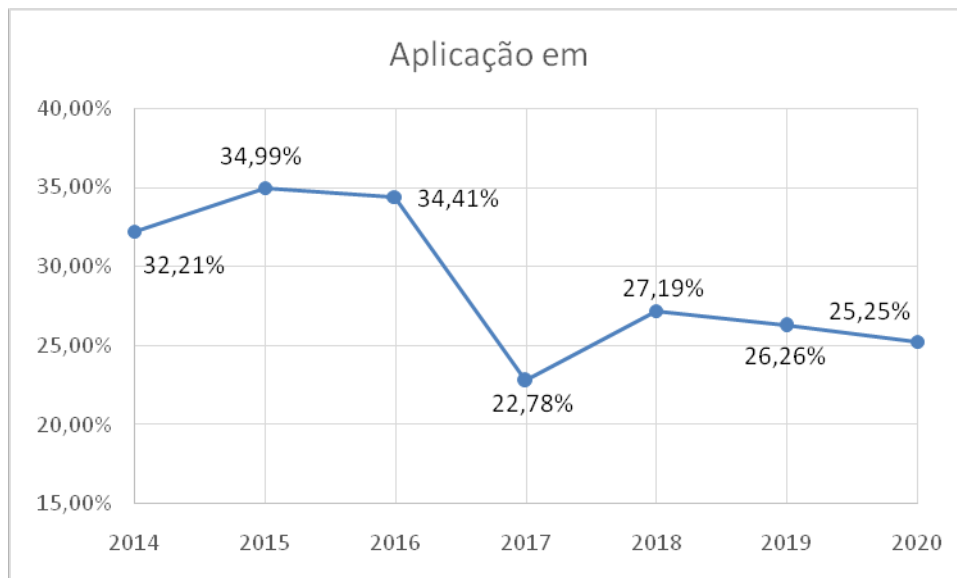
Fonte: Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano, 2021.

O Fundo Municipal de Saúde – FMS de Arapiraca foi criado pela Lei Municipal n.º 1692 de 25 de abril de 1991. Encontra-se inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, sob o n.º 21.013.754/0001-56.

Referente à Receita aplicada nas Despesas com Ações e Serviços Públicos com Saúde – Limite Constitucional <15%> da LC n.º 141, de 2012, art. 35, o município de Arapiraca historicamente sempre aplicou acima de 15% da arrecadação dos

impostos em ações e serviços públicos de saúde que pode ser observado conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 32 - Participação da receita própria aplicada em saúde conforme Lei Complementar 141/2012, período 2014 a 2020.



Fonte: SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Podemos acompanhar a evolução das receitas de impostos municipais e transferências constitucionais legais de Arapiraca para a saúde, nos últimos sete anos, a partir da tabela a seguir:

Quadro 14 – Evolução das receitas

Descrição	Ano						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Arrecadação municipal (impostos) R\$	54.136.334,66	61.742.882,81	68.703.328,40	48.982.445,17	59.105.638,77	60.299.592,21	59.477.760,89
Transferências intergovernamentais R\$	135.970.382,02	183.872.212,02	153.533.371,04	183.021.575,90	186.249.573,91	190.451.593,10	219.047.536,22

Fonte: SIOPS.

Até o ano de 2017 a Portaria 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência destes recursos com o respectivo monitoramento e controle por meio dos seguintes Blocos de Financiamento: Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Investimentos na rede de serviços de saúde. A forma de transferência por meio destes blocos foi importante no processo de organização do sistema, mas ao mesmo tempo engessou a execução financeira dos demais entes federados.

Em 2017, a Portaria 3992/2017 alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017, a qual contemplava o conteúdo da Portaria nº 204/2007. Os repasses, em sete blocos temáticos, passariam a ser realizados em duas modalidades: custeio e investimento. A regra estabeleceu que o repasse dos recursos financeiros federais, transferidos por meio do Fundo Nacional de Saúde aos demais entes federados, destinados ao custeio das ASPS, passaria a ser realizada em apenas uma conta financeira. Além disso, os recursos destinados a investimentos passaram a ser transferidos também em uma só conta. Ou seja, a partir de 10 de janeiro de 2018 os recursos federais transferidos aos demais entes passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única na forma em dois blocos de financiamento que foram denominados: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

No campo da transparência e fiscalização dos recursos, a LC nº 141, de 2012 inclui os sistemas de prestação de contas e a exigência de apresentação de Relatório Quadrimestral, contendo as informações sobre o montante e fonte de recursos aplicados no período, comparando tais dados com os Indicadores de Saúde da população em seu âmbito de atuação.

Ficou estabelecido no § 5º, do Art. 36 que nos meses de maio, setembro e fevereiro de cada ano, o gestor SUS deverá apresentar o referido Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas que deverá do ser apreciado pelo respectivo Conselho de Saúde e o mesmo deverá ser apresentado à sociedade, em audiência pública, na respectiva Casa Legislativa, bem como o Relatório Anual de Gestão – RAG, no mês de março do ano subsequente a cada exercício financeiro.

7.3. Gestão Participativa

Diretamente no apoio e fortalecimento dos mecanismos institucionalizados de controle social no SUS, representados pelos Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde, de forma ascendente, integrada e articulada no âmbito local. Com isso, presta assessoria técnica ao Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde, promovendo assim a gestão participativa no SUS.

Conselho Municipal de Saúde

A participação popular é estabelecida como princípio do Sistema Único de Saúde – SUS através dos Conselhos e Conferências tendo como objetivo construir estratégias na formulação, fiscalização e controle de políticas públicas em defesa do direito à saúde conforme aponta a Constituição Federal de 1988 que traz a relevância dessa participação da sociedade no contexto da saúde sendo estabelecida e regulada pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro 1990.

Através da Lei nº 8.142/90, é garantido aos cidadãos a prática do controle social no âmbito do SUS com a institucionalização das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde seja ele Federal, Estadual, Municipal ou local. Nesse sentido, os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo que atuam como espaços participativos e estratégicos na gestão da Política de Saúde garantindo a participação popular.

No município de Arapiraca, o Conselho Municipal de Saúde – CMS foi instituído através da Lei nº 1691 de 25 de abril de 1991, e reformulado conforme Lei nº 2.766 de 17 de outubro de 2011. Integrante da Secretaria Municipal de Saúde, segundo a Resolução nº 453, de outubro de 2012, o CMS atua na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Atualmente a Lei nº 2766/2011 encontra-se em revisão pelo Conselho Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Arapiraca tem caráter permanente e deliberativo sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. O CMS possui constituição paritária, formado por 40 membros, sendo 20 titulares e 20 suplentes. Suas reuniões são

realizadas mensalmente, podendo ser ordinárias ou extraordinárias, conforme preconizado em Regimento Interno.

O CMS possui Comissões Permanentes e Transitórias, formadas entre seus conselheiros titulares para promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos, respeitando a paridade estabelecida pela Resolução Nº453/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As Comissões são: Acompanhamento de Projetos e Contratos; Legislação, Fiscalização, Denúncia e Ética; Informação e Divulgação; e Orçamento e Financiamento; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Estas possuem representações dos diversos segmentos do CMS de Arapiraca, sendo 50% (cinquenta por cento) Usuários, 25% (vinte e cinco por cento) Trabalhadores de Saúde e 25% (vinte e cinco por cento) Prestadores de Serviços.

Em conformidade com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, no que diz respeito à transparência e visibilidade, os Instrumentos Oficiais de Gestão e Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão), passam periodicamente pela apreciação do CMS. Já o Pleno do CMS, manifesta-se por meio de Resoluções, Recomendações, Moções e outros documentos deliberativos, os quais são obrigatoriamente homologados pela Secretária Municipal de Saúde.

Com dotação orçamentária própria, o CMS possui espaço físico adequado para atendimento ao usuário e o desenvolvimento de suas atividades regulares. Localizado no anexo da Secretaria Municipal de Saúde, na Rua Expedicionário Brasileiro, nº 1987, Bairro Baixa Grande - Arapiraca/AL. O CMS dispõe ainda de Secretária Executiva, Assessoria Técnica, Auxiliar administrativo, computador com acesso à internet, impressora e TV LCD, além da previsão de recursos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para garantir a participação dos Conselheiros de Saúde em atividades que estejam relacionadas ao controle social dentro ou fora do Estado.

Vale salientar que as reuniões do CMS ocorrem às primeiras quintas-feiras do mês e que diante do contexto emergencial em saúde pública decorrente da COVID-19, o qual trouxe situações anteriormente não previstas nos atos normativos do Conselho Municipal de Saúde, essas reuniões passaram a ser realizadas no formato online através do aplicativo do Google Meet e transmitida ao vivo pelo canal do Youtube. Tendo em vista que o funcionamento das instâncias do controle social, mesmo nas crises e adversidades sociais, políticas e sanitárias, é requisito fundamental para a manutenção da normalidade democrática e que a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, estabelece medidas a serem adotadas pelas autoridades públicas para o

enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da doença por Coronavírus, devendo assegurar a proteção das coletividades, o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas, bem como resguardar o exercício e o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. Diante deste contexto pandêmico, no ano de 2020, foram realizadas 07 reuniões ordinárias e 01 extraordinária

Mesmo diante dessa nova realidade, em 2021, o CMS realizou todas as reuniões ordinárias preconizada em Lei assim como, reuniões extraordinárias, quando necessário, além das reuniões de Comissão. Vale ressaltar que a partir de Outubro de 2021, as reuniões retornaram ao seu formato presencial em decorrência da flexibilização das medidas restritivas de combate ao Coronavírus, respeitando todos os protocolos sanitários. As reuniões ordinárias tiveram como pautas principais: Apresentação do MORHAN. “Hanseníase: Conhecer para não discriminar”. Apresentação do Relatório das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e Orçamento e Financiamento acerca do CONISUL e CAF; Apresentação do Relatório das frequências dos conselheiros referente ao ano de 2020; Apresentação do Plano Municipal de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19; Apresentação do fluxo de atendimento da Unidade Sentinela e informações sobre a oferta de leitos hospitalares no município disponibilizados pelo Estado; Apreciação e votação do Relatório das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e de Orçamento e Financiamento acerca da Programação Anual de Saúde – PAS/2021; Homologação do Ad Referendum CMS/AL nº 02 acerca da Repactuação das Metas dos Indicadores de Saúde referente ao exercício 2021; Apresentação do Relatório da Comissão de Orçamento e Financiamento acerca dos Balancetes referentes ao ano de 2020; Apresentação e votação do parecer das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e de Orçamento e Financiamento sobre o Relatório Detalhado Quadrimestral – 2º Quadrimestre/2020; Apresentação e votação do parecer das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e de Orçamento e Financiamento sobre o Relatório Detalhado Quadrimestral – 3º Quadrimestre/2020 e Relatório Anual de Gestão/2020; Apresentação do Relatório da Comissão de Acompanhamento de Projetos e Contratos sobre a implantação das Equipes Multiprofissionais no município de Arapiraca; Apresentação dos serviços da Central de Abastecimento Farmacêutico – CEFAP; Apreciação e votação do parecer das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e de Orçamento e Financiamento acerca do Relatório Detalhado Quadrimestral – 1º Quadrimestre/2021; Apreciação e votação das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e



de Orçamento e Financiamento acerca do Plano Municipal de Rastreamento, Detecção Precoce e Controle do Câncer de Mama e Colo do útero; Apreciação e votação do Relatório da Comissão de Legislação, Fiscalização, Denúncia e Ética acerca da Minuta do Projeto de reestruturação da Lei de Criação do Conselho Municipal de Saúde de Arapiraca- AL; Apresentação do Relatório das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e de Orçamento e Financiamento acerca da idealização de projeto intersetorial para a Primeira Infância; Apresentação do Relatório das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e de Orçamento e Financiamento acerca do serviço de Odontologia do município de Arapiraca; Apreciação e votação do parecer das Comissões de Acompanhamento de Projetos e Contratos e de Orçamento e Financiamento acerca da proposta orçamentária do CMS para o ano de 2022; Apreciação e votação do parecer da Comissão Eleitoral acerca da realização de Plenária Municipal de Saúde para Eleição dos membros e/ou Entidades do Conselho Municipal de Saúde de Arapiraca, referente ao biênio 2022/2023.

Diante da finalização do mandato (2020-2021) foi lançada a portaria da SMS nº 0013/2021 que traz em seu art. 1º “a convocação da Plenária Municipal de Saúde para Eleição dos membros/entidades do Conselho Municipal de Saúde de Arapiraca. Foi divulgado também o edital de convocação para processo eleitoral do Conselho Municipal de Saúde de Arapiraca – AL biênio 2022-2023 que traz o período das inscrições para o CMS do dia 20 de setembro a 19 de outubro de 2021.

Visando o bom andamento e qualificação dos Conselheiros foi estabelecida como prioridade, ao longo do Plano Municipal de Saúde, capacitações para os Conselheiros Municipais de Saúde e os Conselheiros Locais de Saúde.

CISTT

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) é estabelecida no Art. 12, da Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ela tem o propósito de assessoramento dos Conselhos de Saúde na temática de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A CISTT tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, cuja execução envolva ou não áreas compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, mas que zelam ou têm interface com a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.



O Pleno do Conselho de Saúde, por meio de resolução nº03/2018, deliberou sobre a reativação da CISTT Arapiraca, em reunião extraordinária, realizada no dia 19 de fevereiro de 2018.

Em virtude do contexto pandêmico as reuniões passaram a acontecer no formato online através da plataforma Google Meet nas últimas terças-feiras de cada mês, às 14h. Elas ocorrem com a presença de representantes dos sindicatos de trabalhadores (SINDSAR, SINDAGRESTE, SINDUFAL, SINDICATO DOS BANCÁRIOS), representantes do CEREST - Arapiraca, da UFAL- Polo Arapiraca, de trabalhadores da rede municipal de saúde (enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e entre outros) além dos representantes do Conselho Municipal de Saúde.

Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde são espaços legítimos de controle social e são realizadas a cada 4 anos, com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

A VIII Conferência Municipal de Saúde, aconteceu nos dias 09 e 10 de abril de 2019. Sob o tema “Democracia e Saúde: Saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”, contando com 412 participantes, dos quais 261 delegados debateram o tema para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde, distribuídos nos seguintes eixos temáticos:

I – Saúde como Direito;

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

III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Diversas discussões foram realizadas, resultando na construção de 57 propostas, as quais foram votadas e aprovadas nos Grupos de Trabalho (GTs) e na Plenária Final.

As diretrizes e propostas debatidas durante a conferência resultaram em sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde, construídas de forma participativa, efetivando o controle social no município.

Conselhos Locais de Saúde

O município de Arapiraca, pioneiro no Estado de Alagoas na implantação do Conselho Municipal de Saúde, avançou ainda mais na adoção de práticas e mecanismos que efetivam a participação popular em espaços democráticos descentralizados com a implantação dos Conselhos Locais de Saúde. Regulamentado em 2011, a partir da Lei municipal nº 2.766, o **Conselho Local de Saúde** é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, integrante à Unidade Básica de Saúde que tem o poder de decisão, participação e colaboração efetiva nos programas e ações que são desenvolvidos. Composto de forma paritária entre os três segmentos representativos da saúde: Usuários do SUS, Governo e Trabalhadores da Saúde, o Conselho Local de Saúde tornou-se um espaço de exercício da cidadania, onde todos os atores envolvidos buscam coletivamente a melhoria da saúde pública contribuindo assim para o fortalecimento do controle social na Atenção à Saúde do município. As reuniões dos Conselhos Locais de Saúde ocorrem mensalmente e são abertas à participação de qualquer pessoa ou entidade interessada.

Com o propósito de fortalecer a participação e o controle social na gestão da saúde no âmbito local, foi realizado em 2021, o processo de reativação dos Conselhos Locais de Saúde - CLS que até então, encontravam-se inativos ou com os mandatos excedidos em decorrência do contexto pandêmico que impossibilitou a realização de reuniões presenciais. Mesmo diante de diversas tentativas em realizar reuniões do CLS no formato online não foi obtido sucesso uma vez que, a maioria apresentou inúmeras dificuldades principalmente voltadas para o não acesso à tecnologia e/ou por não ter habilidade de acesso. Ao término deste processo, foram compostos 42 CLS, em 100% das Unidades Básicas do município e em 02 Unidades Especializadas (CAPS e CAPS AD). Atualmente contamos com 672 conselheiros locais, entre titulares e suplentes. A equipe técnica esteve presente em cerca de 95% das UBS para facilitar e orientar o processo de reativação e eleição. Os CLS possuem caráter consultivo e deliberativo em sua área de abrangência, devendo encaminhar ao CMS as questões que demandam decisões de âmbito municipal.

Os Conselhos de Saúde são instrumentos de construção de demanda e do exercício da cidadania e contribuem para transformar o SUS possível no SUS real fortalecendo a participação em espaços legítimos de discussões e formulações de políticas de saúde, de fiscalização, controle e acompanhamento das ações e serviços de Saúde. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da

participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas.

A gestão municipal de saúde tem dado total apoio a participação dos Conselheiros de Saúde visando a promoção de ações que fortalecem o controle social pois, seu exercício é fundamental para o avanço de políticas públicas e principalmente no âmbito da saúde. Além, de promover a participação da comunidade junto ao poder público garantindo à população uma saúde com qualidade.

Vale salientar que, a gestão tem trabalhado constantemente na sensibilização e mobilização de seus profissionais enfatizando a importância da parceria com o Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais em Saúde tendo como objetivo um bom andamento das atividades de suas respectivas Unidades de Saúde. Além, de promover capacitações junto a todos os CLS's viabilizando a socialização de informações e proporcionando o empoderamento dos conselheiros mediante o conhecimento.

COMAD

O Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas – COMAD, deve ser constituído por representantes dos órgãos do governo municipal que desenvolvam atividades diretamente ligadas a temática drogas, seus agravos e a reinserção social destes usuários, como por exemplo: representantes da Secretaria de Educação, de Saúde, de Segurança Pública, de Esporte e Lazer, de Assistência e Ação Social, do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, representantes de entidades ou de instituições que já atuam na área da prevenção, tratamento e reinserção social do dependente químico e representantes da sociedade civil organizada.

Este Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas – COMAD é um órgão de deliberação coletiva, propositivo e consultivo de natureza paritária, que integra-se ao esforço nacional de combate às drogas, a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, regulamentado pela Lei nº 2.929/2013, tem como objetivo:

- Contribuir, na qualidade de órgão integrante do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, para inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamento de risco para o uso indevido de drogas;
- Instituir e desenvolver o Programa Municipal Antidrogas - PROMAD;



- Acompanhar o desenvolvimento das ações de fiscalização e repressão, executadas pelo Estado e pela União;
- Propor ao Prefeito as medidas que assegurem o cumprimento dos compromissos assumidos mediante a instituição desta Lei.

Sua composição se dá da seguinte forma:

- Órgãos ou Entidades Governamentais:
 - 01 representante da Secretaria Municipal de Assistência Social;
 - 01 representante da Secretaria Municipal de Educação;
 - 01 representante da Secretaria Municipal de Saúde;
 - 01 representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescentes;
 - 01 representante do 3º Batalhão de Polícia Militar;
 - 01 representante do Poder Legislativo;
 - 01 representante do Ministério Público;
- Órgãos ou Entidades não Governamentais:
 - 01 representante do Fórum de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável– FDLIS;
 - 01 representante de entidades/instituições que atendem familiares de pessoas com dependência química;
 - 01 representante de entidades/instituições que objetivem aprimorar a formação de pais ajudando-os a exercerem suas funções educativas na família e na sociedade;
 - 01 representante de entidades/instituições que trabalhem com pessoas em situação de exclusão visando a promoção humana;
 - 01 representante do Conselho Tutelar;
 - 01 representante das Instituições Casas Abrigos;
 - 01 representante das Instituições Comunidades Terapêuticas.

Ouvidoria SUS

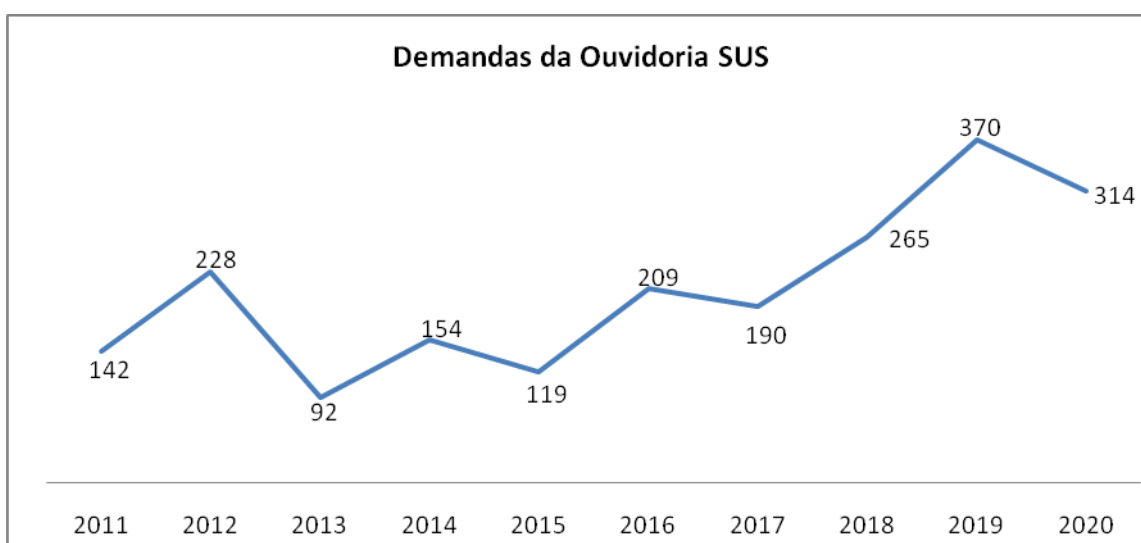
Em 30 de maio de 2011, a Ouvidoria do SUS no município de Arapiraca foi implantada com uma coordenação que integra a Superintendência de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa (SUPGEP) da Secretaria de Saúde e desde então, constitui-se num espaço estratégico e democrático de mediação entre o cidadão e os

gestores e trabalhadores do SUS, relativos aos serviços prestados, bem como de disseminação de informações em saúde.

Durante o período de janeiro à agosto de 2021, a equipe da Ouvidoria SUS Arapiraca, realizou **263 atendimentos**, encaminhados aos setores responsáveis.

No Gráfico 33 observa-se o quantitativo geral de demandas recebidas pela Ouvidoria SUS desde sua implantação. Em 2019, foi o ano que teve maior número de atendimentos na Ouvidoria, 370. Enquanto, em 2013, apresentou o menor quantitativo registrado, 92 demandas.

Gráfico 33 - Atendimentos realizados pela Ouvidoria SUS Arapiraca 2011 a 2020.



Fonte: Ouvidoria SUS Arapiraca

O usuário do SUS pode se comunicar com a Ouvidoria através de vários canais. O acesso pode ser feito por telefone, por carta, e-mail ou preenchimento do Formulário Web na página da Ouvidoria, no site oficial da Prefeitura Municipal. Além desses canais, a Ouvidoria recebe manifestações que foram registradas diretamente na Ouvidoria SUS Alagoas ou na Ouvidoria-Geral do SUS - OUVSUS/DINTEG/MS.

Dos atendimentos realizados em 2020 (44,90%) foram realizados pelo telefone. A Tabela 22 apresenta a quantidade de atendimentos realizados em cada um dos seus canais de acesso em 2020.

Tabela 22 - Origem dos atendimentos realizados pela Ouvidoria da SUS Arapiraca, 2020

Origem	Qtde	%
Telefone	141	44,90%
Formulário WEB	78	24,84%
Pessoalmente	57	18,15 %



Email	35	11,15%
Carta	3	0,96 %
Total geral	314	100%

Fonte: Ouvidoria SUS Arapiraca

A manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestão, elogio, solicitação, reclamação ou denúncia. Na Tabela 23 verifica-se que 35,35% das manifestações está relacionada a reclamação, seguidas por Denúncia (25,48%) e Solicitação (20,70%).

Tabela 23 - Classificação das manifestações atendidas na Ouvidoria SUS Arapiraca, 2020.

Classificação	Quantidade	%
Informação	41	13%
Reclamação	111	35%
Solicitação	65	20%
Denúncia	80	25%
Elogio	11	3%
Sugestão	6	1%
Total	314	100%

Fonte: Ouvidoria SUS Arapiraca

As atividades da Ouvidoria SUS são estratégicas para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, a Ouvidoria, contribui para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde, consolidando o papel de canal de livre manifestação para os usuários do SUS.

7.4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

A Secretaria Municipal de Saúde, através da Superintendência de trabalho com ações de regulação, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde públicos e privados, ofertados à população, com organização e ordenamento das redes e fluxos assistenciais, favorecendo acesso equânime, integral, regionalizado e qualificado aos serviços de saúde.

Além disso, atua na Coordenação da Programação Pactuada e Integrada – PPI, com as definições da programação físico orçamentário, observando a pactuação de municípios que alocam recursos financeiros para utilização em serviços Ambulatoriais e Hospitalares específicos. Nesta instância também trabalhamos o Plano Diretor de Regionalização – PDR, no âmbito de abrangência dos recursos

financeiros de incentivos e ajustes que exige a necessidade de identificar a devida priorização por município e Arapiraca como sede da 7ª Região, composta por 17 municípios deve se adequar.

O Complexo Regulador deverá ser oficialmente implantado, haja vista que existe somente a regulação dos serviços ambulatoriais de Média e Alta Complexidade e, é através deste, que são atendidas as necessidades das demandas assistenciais da população.

O Controle e Avaliação analisa e monitora as ações de saúde com o objetivo de verificar a conformidade dos critérios e padrões estabelecidos, levando em consideração a Portaria nº 1.631/2015 – Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do SUS, para disponibilizar a oferta necessária de consultas, exames, cirurgias, acompanhamentos, etc, diante de Programas e Ações estipuladas nas Políticas de Saúde. Também monitora e fiscaliza a execução dos procedimentos realizados nos estabelecimentos por meio das ações de supervisão; realiza o cadastro dos prestadores de serviços através do SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Cadastro de usuários do SUS através Cartão SUS; Avalia a relação entre programação, produção e faturamento.

A Auditoria concentra-se nos processos de resultados da prestação de serviços, investiga as causas de denúncias apontadas através da Ouvidoria, avalia e investiga as solicitações de implantação de novos serviços e habilitações para execução de serviços de Alta complexidade, investiga os alertas de distorções apontadas através da análise do Controle e Avaliação e realiza programação anual bem como auditorias aleatórias não estabelecidas, porém necessárias.

A operacionalização e alimentação da base de dados dos Sistemas Oficiais do Ministério da Saúde são de importante relevância, haja vista que estes são quem fornecem as informações necessárias para o devido processo de financiamento, planejamento, monitoramento, controle e nas tomadas de decisões pela gestão pública.

Vale ressaltar que existe um processo de Contratualização dos Serviços de Saúde em curso, o qual incidirá diretamente na qualificação e organização da oferta dos serviços de saúde prestados à população.



7.5. Gestão de Trabalho e Educação em Saúde

A Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) é o setor responsável pelos recursos humanos da saúde, atua de forma descentralizada, uma vez que compete a Secretaria Municipal de Gestão Pública a gestão dos recursos humanos da prefeitura. Segue abaixo, algumas das principais competências, conforme disposto na Lei Municipal nº 3294/2018.

- Subsidiar as demais superintendências com informações pertinentes aos recursos humanos da saúde, para a elaboração de instrumentos legais e de planejamento;
- Colaborar no processo de construção, acompanhamento e avaliação do Plano Municipal de Saúde e dos Instrumentos de Gestão;
- Subsidiar a gestão na elaboração e definição de critérios e diretrizes para recrutamento, seleção, integração, movimentação de pessoal e avaliação de desempenho;
- Coordenar e controlar as atividades relativas à administração de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com os demais órgãos da Prefeitura;
- Instruir Processos conforme a legislação vigente, emitindo pareceres, conforme a área de competência, em assuntos pertinentes à Gestão do Trabalho e em parceria com os demais órgãos da Prefeitura;
- Coordenar estudos relativos à gestão do trabalho na elaboração e implantação do Plano de Cargos, Carreira e Salários sob as diretrizes e normas da Gestão Municipal;
- Construir coletivamente a política de Educação Permanente da SMS, contemplando perfil e capacidade de trabalho no município, as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- Promover a qualificação profissional inter e intrainstitucional fortalecendo as parcerias e cooperações técnicas;
- Elaborar projetos a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional, contribuindo para o alcance das metas institucionais;



Coordenação Setorial de Administração de Pessoal

Principais atribuições:

- Manter atualizados os registros referentes à Administração de Pessoal em sistema de informação que componha banco de dados de pessoal, cargos e funções, remuneração, benefícios, formação profissional, dentre outros;
- Manter atualizados os registros cadastrais dos servidores da União, Estado e Município à disposição do SUS municipal, compartilhando-os com a Superintendência de Gestão e a Secretaria Municipal de Gestão Pública;
- Preenchimento da Ficha Funcional, Admissão, remanejamento, informes e encaminhamento sobre a vida funcional do servidor; Demissão, Exoneração, Sindicância, Inquérito;
- Instrução processual: Afastamentos; Concessões, Cessões;
- Licenças: Médicas (próprias ou de acompanhamento familiar); Interesse Particular (não remunerada); Acompanhamento do Cônjuge (não remunerada);
- Avaliação de Desempenho (Estágio Probatório) – Membros da Subcomissão de Avaliação de Desempenho, com portaria do chefe do executivo para este fim.

Coordenação Setorial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (DRH) e Telessaúde

Principais atribuições:

- Articular e promover ações relacionadas à Educação em saúde, conforme o Plano de Educação Permanente Municipal, Estadual e Federal;
- Elaborar Projetos que contemplem a participação de todos os servidores da saúde nos eventos de capacitação, treinamento e qualificação profissional para o trabalho na saúde;
- Afastamentos de servidor para Cursos, Eventos, congressos nos quais necessitem o afastamento em horário de trabalho;
- Termo de Anuência da Gestão: Projetos de Pesquisas, Projetos de Extensão e Pós-graduação (Mestrado, Doutorado);



- Encaminhamento dos Estágios de Graduação e Curso Técnicos na área da Saúde (conveniados com a Prefeitura);
- Participação das reuniões da CIES Estadual;
- Articular, divulgar e monitorar as ações do Telessaúde: Teleconsultorias, a plataforma está funcionando, porém não tem tido consultorias pelos profissionais e a Teleconsultora está atuando no monitoramento de pacientes e familiares encaminhados pela referência de Covid-19.

Dentre as ações de destaque em Educação Permanente tem-se o acompanhamento dos estágios de medicina (CESMAC/UFAL) e o Programa de Residência Médica e Medicina da Família e Comunidade - UFAL: 08 Médicos Residentes e 04 Médicos Preceptores que estão atuando nos nossos serviços de saúde.

Para o Telessaúde faz-se necessário investimentos da Gestão para a ampliação da equipe e assim como, novas vertentes de atuação. Não há repasse de recurso para custeio mensal no âmbito do MS, a Portaria nº 2859/2014, trata do valor a ser repassado mediante o alcance de metas em teleconsultoria e o informe através de sistema de informação.

Coordenação Setorial de Humanização

Principais atribuições:

- Atendimento ao servidor/trabalhador, ações e projetos de Valorização do Servidor;
- Promover ações de melhorias de comunicação nas relações entre a gestão - trabalhadores e usuários;
- Implementar ações e elaborar projetos voltados às diretrizes da PNH: Acolhimento, Escuta Qualificada, Co-gestão, Democratização das Relações de Trabalho, Processos de Trabalho, Ambiência, Classificação de Risco, entre outros.

Quadro 15 - Quantitativo de profissionais por cargo/função e tipo de vínculo.

Cargo/função	Vínculo/Regime	Quantidade
1 - Agente administrativo	Estatutário	8
12 - Contador	Estatutário	1
13 – Téc. em radiologia	Estatutário	2



135 - Assistente administrativo	Estatutário	52
14 - Dentista	Estatutário	57
144 - Administrador	Estatutário	1
145 - Biomédico	Estatutário	1
148 - Sociólogo	Estatutário	1
149 - Zootecnista	Estatutário	1
151 - Médico Ultrassonografista	Estatutário	1
152 - Médico Dermatologista	Estatutário	2
166 - Médico Otorrinolaringologista	Estatutário	1
172 - Médico Gastroenterologista	Estatutário	1
177 - Médico Obstetra	Estatutário	1
179 - Médico Ortopedista	Estatutário	3
18 - Enfermeiro	Estatutário	106
181 - Acupunturista	Estatutário	1
184 - Médico Oftalmologista	Estatutário	1
189 - Dentista Esp. Cir. Buco Maxilo	Estatutário	1
19 - Terapeuta Ocupacional	Estatutário	9
190 - Dentista Esp. Estomatologia	Estatutário	1
191 - Dentista Esp. Neces. Especiais	Estatutário	2
194 - Educador Físico	Estatutário	4
2 - Agente Comunitário de Saúde	Estatutário	404
21 - Gari	Estatutário	2
22 - Inspetor De Saneamento	Estatutário	19
25 - Médico	Estatutário	47
27 - Motorista	Estatutário	7
3 - Agente De Vigilância	Estatutário	29
34 - Professor	Estatutário	1
43 – Téc. De Contabilidade	Estatutário	1
46 – Téc. De Laboratório	Estatutário	5
5 - Assistente Social	Estatutário	30
50 - Telefonista	Estatutário	1
52 - Farmacêutico	Estatutário	14
53 - Psicólogo	Estatutário	20
54 - Bioquímico	Estatutário	3
57 - Nutricionista	Estatutário	9
59 - Fisioterapeuta	Estatutário	9
6 - Atendente De Saúde	Estatutário	15
61 - Auxiliar De Serviços Gerais	Estatutário	67
62 - Fiscal Municipal	Estatutário	1
63 - Engenheiro Civil	Estatutário	1
65 - Biólogo	Estatutário	2
66 - Fonoaudiólogo	Estatutário	10
69 - Médico Alergista	Estatutário	1
7 - Agente De Endemias	Estatutário	158



70 - Médico Cardiologista	Estatutário	2
73 - Médico Endocrinologista	Estatutário	3
74 - Médico Ginecologista	Estatutário	3
75 - Médico Pediatra	Estatutário	4
76 - Médico Reumatologista	Estatutário	1
8 - Aux. De Enfermagem	Estatutário	30
86 - Veterinário	Estatutário	4
9 - Téc. De Enfermagem	Estatutário	81
93 - Assistente Admin. Educacional	Estatutário	1
Total		1243
584 - Secretário Adjunto	Comissionado	1
586 - Superintendente	Comissionado	2
589 - Coordenador Setorial I	Comissionado	5
590 - Coordenador Setorial Ii	Comissionado	14
591 - Coordenador Setorial Iii	Comissionado	1
592 - Diretor Setorial	Comissionado	3
593 - Gerente Setorial	Comissionado	3
595 - Assessor Técnico II	Comissionado	4
596 - Assessor Técnico III	Comissionado	5
602 - Gerente de UBS II (2 Esfs)	Comissionado	1
603 - Gerente de UBS I (1 Esfs)	Comissionado	10
604 - Gerente de unid. esp. de saúde	Comissionado	11
Comissionados	Estatutário em comissão	15
Total		75
Gestor de RH	Contrato Temporário	1
Farmacêutico	Contrato Temporário	2
Motorista de caminhão	Contrato Temporário	1
Motorista TFD	Contrato Temporário	1
Dentista	Contrato Temporário	21
Técnico de manutenção	Contrato Temporário	1
Psicólogo	Contrato Temporário	10
Nutricionista	Contrato Temporário	4
Enfermeiro	Contrato Temporário	34
Educador físico	Contrato Temporário	1
Médico	Contrato Temporário	2
Assistente social	Contrato Temporário	4
Oficineiro	Contrato Temporário	1
Agente de vigilância	Contrato Temporário	5
Agente de portaria	Contrato Temporário	15
Auxiliar de serviços gerais	Contrato Temporário	36
Aux. de manut. de ambientes	Contrato Temporário	27
Médico/especialista	Contrato Temporário	22
Agente Comunitário de saúde	Contrato Temporário	199
Agente de endemias	Contrato Temporário	77



Médico auditor	Contrato Temporário	2
Agente administrativo	Contrato Temporário	1
Assistente administrativo	Contrato Temporário	114
Fisioterapeuta	Contrato Temporário	5
Médico - PSF	Contrato Temporário	33
Veterinário	Contrato Temporário	1
Fisioterapeuta	Contrato Temporário	5
Técnico de enfermagem	Contrato Temporário	51
Aux. de saúde bucal	Contrato Temporário	52
Monitor psicossocial	Contrato Temporário	4
Total		732

Fonte: SGTES/SMS

No que se refere ao tipo de vínculo, conforme o quadro acima observa-se que 1258 profissionais possuem o vínculo efetivo ativo, destes 15 estão em funções comissionadas, tem-se: 732 contratados e 60 comissionados (set/2021).

No que se refere ao Plano de Cargo, Carreira e Salário (PCCS), anualmente é feita a atualização salarial conforme a mudança do salário mínimo vigente, as tabelas dos grupos ocupacionais: A, B e C, que recebem um salário mínimo tiveram reajuste salarial e passaram a receber R\$ 1.045,00 e em fevereiro/21 o salário mínimo foi reajustado para R\$ 1.100,00. Os demais grupos não tiveram alterações no plano de cargos.

Com referência ao Piso Salarial dos ACS e ACE, implantado pela Lei Federal nº 13708/2018, que institui o repasse financeiro do reajuste no prazo de 03 anos, sendo a 1ª parcela em janeiro de 2019 modificando o Piso para o valor de R\$ 1.250,00. A 2ª parcela programada para janeiro de 2020 correspondendo ao valor de R\$ 1.400,00 e a 3ª será em janeiro de 2021 correspondendo ao valor de R\$ 1.550,00.

No município, O Piso do ACS/ACE foi implantado em abril/19, com valores retroativos a 1º de janeiro de 2019 para os servidores que estavam na função de ACS e ACE, que estavam ativos no cadastro do SCNES e apresentaram a produção do Sistema de Atenção Básica (e-SUS).

Conforme a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Art. 8º, A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios afetados pela calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19 ficam proibidos, até 31/12/2021:

I – Conceder, a qualquer título, vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a membros de Poder ou de órgão, servidores e empregados públicos e

militares, exceto quando derivado de sentença judicial transitada em julgado ou determinação legal anterior à calamidade pública;

II – Criar cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa;

III – Alterar estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

Em cumprimento ao Decreto Municipal nº 2692 de 20/01/2021, que delega competência e estabelece responsabilidades aos Secretários Municipais, dentre outros, estabelece a competência para realizar os trâmites legais de contratação temporária de excepcional interesse público, foram iniciados 02 Processos Seletivos: 01 PSP para as funções: ACS e ACE - Processo Nº 10494/2021 e outro Processo Nº10544/2021 para as demais funções da Saúde, que estão em andamento a fim de que os profissionais possam ingressar nos serviços no ano 2022.

7.6. Infraestrutura

As condições de trabalho dos profissionais de saúde interferem positiva ou negativamente nas suas práticas diárias. Sabe-se que, entre esses fatores, a infraestrutura é importante, pois quando se proporciona conforto para o desempenho das atividades se favorece a organização do serviço, a disponibilidade de material, a estabilidade das relações interpessoais e a qualidade na produção das ações de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde, ciente dessa importância de estruturação da rede assistencial de saúde, tem se empenhado para qualificar a infraestrutura da rede assistencial do município. Para isso, a Superintendência de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa junto às demais áreas técnicas têm formulado Projetos de Investimento junto ao Ministério da Saúde e alocando recursos próprios para a construção, reforma e ampliação das Unidades de Saúde, além de aquisição de novos equipamentos e materiais permanentes.

A rede física de Unidades de Saúde Públicas do município de Arapiraca é privilegiada com um número significativo de Unidades instaladas em sedes próprias, e com perspectiva de inauguração de novas Unidades.

Vale ressaltar que os Projetos de Investimento são elaborados, levando em conta características como: população a ser atendida, perfil epidemiológico, recursos humanos e financeiros disponíveis. Os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número

de usuários esperados. Além disso, o município avalia constantemente as condições da estrutura física de suas Unidades de Saúde, visando a qualificação das mesmas.

A atual Gestão Municipal no primeiro ano de seu mandato inaugurou 03 Unidades Básica de Saúde nos bairros: Sen. Arnon de Melo, Massaranduba e Canafístula, reestruturando também através de investimento com recursos próprios outros Centros de Saúde.

No quadro abaixo apresentamos um panorama dos projetos de investimento relacionados as obras de construção, reforma e ampliação, iniciadas e prevista para o próximo quadriênio 2022-2025. Porém, é importante salientar que as informações estão de acordo com o período de construção deste documento, possibilitando a inclusão de novas propostas durante o quadriênio.

Quadro 16 – Obras de construção, reforma e ampliação.

OBJETO	UNIDADE DE SAÚDE
Construção	Unidade Básica de Saúde do bairro Planalto
Construção	Unidade Básica de Saúde do bairro Sen. Teotônio Vilela
Construção	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III
Construção	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD III
Ampliação	5º Centro de Saúde
Ampliação	2º Centro de Saúde
Reforma	Centro de Referência Integrado de Arapiraca
Reforma	Ata de Manutenção Preventiva e Corretiva das Unidades de Saúde
Reforma	Unidade de Acolhimento Adulto Feminina
Reforma	Unidade de Acolhimento Adulto Masculina
Reforma	Unidade de Acolhimento Infante-juvenil

Fonte: SMS Arapiraca.

EIXO TEMÁTICO I

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA TODOS COM
QUALIDADE E AMPLIAÇÃO DE ACESSO AOS
SERVIÇOS**



DIRETRIZ I

Ampliação e qualificação da Atenção Primária



DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PMS 2022-2025

Eixo Temático 1: Assistência à Saúde para todos com qualidade e ampliação de acesso aos serviços.

Diretriz I: Ampliação e qualificação da Atenção Primária

Ampliação e qualificação da Atenção Primária como porta de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade da assistência, com vistas à garantia do acesso e atendimento aos usuários de forma resolutiva e humanizada.

Objetivo 1: Ampliar e qualificar o acesso das pessoas à Atenção Primária

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1 AMPLIAR E QUALIFICAR A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF	AMPLIAR E QUALIFICAR A COBERTURA DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF	PERCENTUAL DE COBERTURA DA ESF AMPLIADAS E QUALIFICADAS	99,74%	2021	%	99,9%	%	99,76%	99,78%	99,8%	99,9%
1.2 AMPLIAR AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL	AMPLIAR COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL	PERCENTUAL DE COBERTURA DA ESB	79,74%	2021	%	86%	%	81%	82%	84%	86%
1.3 REMAPEAR AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE	PROMOVER O REMAPEAMENTO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UBS	PERCENTUAL DE TERRITÓRIOS REMAPEADOS	10%	2021	%	100%	%	40%	60%	80%	100%
1.4 EXPANDIR O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	AMPLIAR A IMPLANTAÇÃO DO PEC NAS UBS	NÚMERO DE UBS COM E-SUS AB - PEC IMPLANTADAS	14	2021	Nº	38	Nº	24	34	38	38

<p>1.5 ADQUIRIR SOFTWARE PARA OS ACS REALIZAREM OS CADASTROS INDIVIDUAIS NOS TERRITÓRIOS DAS UBS</p>	<p>UTILIZAR APP ESUS TERRITÓRIO DISPONIBILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	<p>NÚMERO DE ACS FAZENDO USO DE APP OU SOFTWARE</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>528</p>	<p>Nº</p>	<p>528</p>	<p>528</p>	<p>528</p>	<p>528</p>
<p>1.6 IMPLEMENTAR A INFORMATIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO E-SUS AB</p>	<p>OTIMIZAR EQUIPAMENTOS E REDE DE CONEXÃO À INTERNET ATENDENDO AS NECESSIDADES DE CADA UBS</p>	<p>PERCENTUAL DE UBS COM E-SUS AB PEC OPERACIONALIZADO</p>	<p>36%</p>	<p>2021</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>63%</p>	<p>89%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p>1.7 INCENTIVAR A REALIZAÇÃO DE COLETA DE CITOLOGIA EM MULHERES USUÁRIAS DO SUS, NAS UNIDADES DE SAÚDE, FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS</p>	<p>ALCANÇAR NO MÍNIMO 40% DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS, CONFORME META DO PREVINE BRASIL</p>	<p>COBERTURA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS.</p> <p>CÁLCULO</p> <p><u>NUMERADOR:</u> Nº DE MULHERES DE 25 A 64 ANOS QUE REALIZARAM CITOLOGIA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS</p> <p><u>DENOMINADOR:</u> POPULAÇÃO FEMININA NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 CADASTRADA.</p> <p>FONTE: PREVINE BRASIL</p>	<p>2%</p>	<p>3º Quad. 2019</p>	<p>%</p>	<p>40%</p>	<p>%</p>	<p>10%</p>	<p>20%</p>	<p>30%</p>	<p>40%</p>

<p>1.8 GARANTIR AS AÇÕES DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE</p>	<p>REALIZAR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ÀS GESTANTES DURANTE O PRÉ-NATAL</p>	<p>PERCENTUAL DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO</p> <p>FONTE: PREVINE BRASIL</p>	<p>13,3%</p>	<p>2019</p>	<p>%</p>	<p>60%</p>	<p>%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>	<p>60%</p>
<p>1.9 INCENTIVAR A CAPTAÇÃO DE MULHERES USUÁRIAS DO SUS, PARA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA DE RASTREIO NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 ANOS</p>	<p>AUMENTAR EM 0,25 AO ANO, A RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS</p>	<p>RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS.</p> <p>CÁLCULO</p> <p><u>NUMERADOR:</u> Nº DE MAMOGRAFIAS REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NO ANO EM QUESTÃO</p> <p><u>DENOMINADOR:</u> POPULAÇÃO FEMININA NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 DIVIDIDO POR 2</p>	<p>0,40</p>	<p>2019</p>	<p>Razão</p>	<p>1,0</p>	<p>Razão</p>	<p>0,45</p>	<p>0,6</p>	<p>0,85</p>	<p>1,1</p>
<p>1.10 ASSEGURAR O ACESSO DAS GESTANTES NO MÍNIMO 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL CONFORME PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	<p>ATINGIR EM NO MÍNIMO 60% A COBERTURA PRÉ-NATAL COM REALIZAÇÃO DE 6 OU MAIS CONSULTAS (AUMENTAR 2% AO ANO)</p>	<p>PERCENTUAL DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS, SENDO A PRIMEIRA ATÉ 20 SEMANAS DE GESTAÇÃO</p>	<p>13%</p>	<p>3º Quad. 2019</p>	<p>%</p>	<p>60%</p>	<p>%</p>	<p>45%</p>	<p>50%</p>	<p>55%</p>	<p>60%</p>

		FONTE: PREVINE BRASIL										
1.11 CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA COM O RECONHECIMENTO DOS SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS, SOBRETUDO NA FAIXA ETÁRIA <50 ANOS GARANTINDO ACESSO RÁPIDO E FACILITADO AOS SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA A INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA	REALIZAR CAPACITAÇÕES ANUAIS SOBRE O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA	NÚMERO DE CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA	-	-	-	04	Nº	01	01	01	01	01
1.12 AMPLIAR A CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM, COM INSERÇÃO DO DIU	IMPLANTAR NAS UBS A CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA COM INSERÇÃO DO DIU	NÚMERO DE UBS COM CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA COM INSERÇÃO DO DIU IMPLANTADA	-	-	-	24	Nº	06	12	18	24	24
1.13 FORTALECER A REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	DESENVOLVER AÇÕES SOBRE A TEMÁTICA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PARA AS EQUIPES DE SAÚDE	NÚMERO CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE SOBRE A TEMÁTICA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	01	2021	Nº	04	Nº	01	01	01	01	01

1.14 IMPLEMENTAR AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA	QUALIFICAR AS EQUIPES DA ESF PARA ASSISTÊNCIA À MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA	NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUALIFICADAS PARA ASSISTÊNCIA À MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA	-	-	-	24	Nº	06	06	06	06
1.15 IMPLANTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	IMPLANTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	PERCENTUAL DE UBS COM SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM IMPLANTADA	-	-	-	100%	%	25%	50%	75%	100%
1.16 IMPLEMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS SERVIDORES DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	IMPLEMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE OS SERVIDORES DA SAÚDE DAS UBSS E COMUNIDADE	PERCENTUAL DE UBS COM PROTOCOLOS DE SEGURANÇA IMPLANTADOS	-	-	-	50%	%	10%	20%	30%	50%
1.17 AMPLIAR O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	AMPLIAR A QUANTIDADE DE MÉDICOS RESIDENTES NAS UBS	NÚMERO DE MÉDICOS RESIDENTES NAS UBS	07	2021	Nº	20	Nº	10	15	18	20
1.18 IMPLANTAR AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS PARA QUALIFICAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO	IMPLANTAR AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	NÚMERO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS IMPLANTADAS	-	-	-	05	Nº	01	01	02	01
1.19 IMPLEMENTAR AÇÕES NAS ACADEMIAS DE SAÚDE	GARANTIR O FUNCIONAMENTO DAS ACADEMIAS DA SAÚDE SEGUINDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS PRECONIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	NÚMERO DE ACADEMIAS DA SAÚDE EM FUNCIONAMENTO	-	-	-	03	Nº	02	03	03	03

1.20 IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM	QUALIFICAR AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM BASEADA NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS	-	-	-	70%	%	10%	20%	20%	20%
1.21 INTENSIFICAR AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS A POPULAÇÃO NEGRA	QUALIFICAR AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA BASEADA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA	PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS	-	-	-	50%	%	10%	10%	15%	15%
1.22 IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA E ALBINA	QUALIFICAR AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA E ALBINA BASEADA NAS SUAS RESPECTIVAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADA	-	-	-	50%	%	10%	10%	15%	15%
1.23 IMPLANTAR POLÍTICAS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	QUALIFICAR PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA EXECUÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS *18 UBS DE REFERÊNCIA (2/UBS) *03 UNIDADES ESPECIALIZADAS DE REFERÊNCIA (2/UE)	-	-	-	42	Nº	10	10	12	10
1.24 REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE NO	ACOMPANHAR E MONITORAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES	PERCENTUAL DA COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES	71,42%	2021	%	73%	%	71%	72%	73%	73%

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.	DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA										
1.25 APOIAR O PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A	MONITORAR E ACOMPANHAR O PROGRAMA DE VITAMINA A ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E-GESTOR	NÚMERO DE DOSES ADMINISTRADAS. (CRIANÇAS COM DOSES DE 100.000UI; CRIANÇAS COM 1ª DOSE DE 200.000UI; CRIANÇAS COM 2ª DOSE DE 200.000UI).	16.618	2020	Nº	68.000	Nº	17.000	17.000	17.000	17.000	17.000
1.26 APOIAR O PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO	MONITORAR E ACOMPANHAR O PROGRAMA DE SULFATO FERROSO ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E-GESTOR	NÚMERO DE CRIANÇAS GESTANTES. (3892 CRIANÇAS. 1835 GESTANTES)	5.727	2021	Nº	20.656	Nº	5.164	5.164	5.164	5.164	5.164
1.27 ACOMPANHAR E APOIAR A ESTRATÉGIA NUTRISUS NAS CRECHES MUNICIPAIS EM PARCERIA COM A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	ACOMPANHAR AS CRECHES COM A ESTRATÉGIA NUTRISUS	PERCENTUAL DA COBERTURA DA ESTRATÉGIA NUTRISUS	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%
1.28 AMPLIAR A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO ATRAVÉS DO SISVAN E E-SUS	MONITORAR COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO ATRAVÉS DOS RELATÓRIOS DO SISVAN	PERCENTUAL DA COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO PELO SISVAN	24,64%	2018	%	30%	%	24%	26%	28%	30%	30%
1.29 DESENVOLVER E QUALIFICAR AÇÕES DE PUERICULTURA (CRIANÇAS ATÉ 12 MESES)	QUALIFICAR E FORTALECER O AÇÕES DE PUERICULTURA	PERCENTUAL DA EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%

1.30 QUALIFICAR E FORTALECER AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS	QUALIFICAR AÇÕES VOLTADAS AS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS	PERCENTUAL DA EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
1.31 GARANTIR A REALIZAÇÃO DA COLETA DE TESTE DO PEZINHO DOS RECÉM-NASCIDOS	GARANTIR REALIZAÇÃO DE COLETA DE TESTE DO PEZINHO EM 95% DOS RECÉM-NASCIDOS APÓS O NASCIMENTO	PERCENTUAL DE COBERTURA DE COLETA DO TESTE DO APÓS O NASCIMENTO	90,7%	2020	%	96%	%	95%	95%	96%	96%
1.32 INTENSIFICAR E DESENVOLVER AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES	QUALIFICAR E O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES	PERCENTUAL DA EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
1.33 QUALIFICAR AÇÕES DE SAÚDE (ACOLHIMENTO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) VOLTADAS À POPULAÇÃO LGBTQIA+	QUALIFICAR AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ BASEADA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBTQIA+	PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS	-	-	-	50%	%	10%	10%	15%	15%
1.34 IMPLANTAR CONSULTÓRIO NA RUA NO MUNICÍPIO	IMPLANTAR CONSULTÓRIO NA RUA	NÚMERO DE EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA IMPLANTADA EM ATUAÇÃO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
1.35 INTENSIFICAR AÇÕES VOLTADAS À REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	INTENSIFICAR AÇÕES NA REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	PERCENTUAL DE AÇÕES VOLTADAS A REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ II

Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde



Diretriz II: Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.

Ampliação e aprimoramento das ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, otimizando o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Objetivo 2: Promover a integração de ações e serviços da atenção à saúde materna e à saúde infantil, visando a efetividade da Rede Materno-Infantil (RAMI).

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.1 AMPLIAR AÇÕES DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL	AUMENTAR O PERCENTUAL DE PARTO NORMAL	PERCENTUAL DE PARTO NORMAL	32%	2019	%	40%	%	34%	36%	38%	40%
2.2 QUALIFICAR O ACESSO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO NO ESPAÇO NASCER (APRIMORANDO O FLUXO DE RETORNO E EFETIVANDO CONTRA REFERÊNCIA)	APRIMORAR O FLUXO DE RETORNO E EFETIVAR CONTRA REFERÊNCIA NO ESPAÇO NASCER	SISTEMA DE CONTRARREFERÊNCIA IMPLANTADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
2.3 PROMOVER O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS 6 MESES E COMPLEMENTADO ATÉ OS DOIS ANOS OU MAIS	IMPLANTAR A ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL NO MUNICÍPIO	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM A ESTRATÉGIA IMPLANTADA	-	-	-	39	Nº	09	10	10	10

2.4 GARANTIR O TESTE DO REFLEXO VERMELHO AO NASCER, ANTES DA ALTA HOSPITALAR, OU ATÉ 30 DIAS DO NASCIMENTO, GARANTINDO E ACOMPANHAMENTO DOS TESTES ALTERADOS	GARANTIR O TESTE DO REFLEXO VERMELHO AO NASCER E ACOMPANHAMENTO DOS TESTES ALTERADOS	PERCENTUAL DE CRIANÇAS QUE REALIZAM TESTE DO REFLEXO VERMELHO AO NASCER	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
2.5 REALIZAR AÇÕES DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	REDUZIR PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (FAIXA ETÁRIA DE 10 A 19 ANOS)	PERCENTUAL DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 19 ANOS	15,25%	2019	%	14,6%	%	15,09%	14,94%	14,79%	14,64%
2.6 QUALIFICAR AS AÇÕES VOLTADAS AO SEGMENTO DOS RECENTE-NASCIDOS DE ALTO RISCO NO ESPAÇO NASCER	QUALIFICAR E FORTALECER O ACOMPANHAMENTO DE SEGMENTO DOS RECÉM NASCIDOS DE RISCO	PERCENTUAL DE AÇÕES VOLTADAS AOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO ACOMPANHADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
2.7 REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA	INTENSIFICAR AÇÕES DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA	RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA CÁLCULO: Nº DE ÓBITOS MATERNOS/ Nº DE NASCIDOS VIVOS DURANTE O ANO X 100 MIL	200,34/100.000 Nascidos vivos	2019	Razão	30/100.000 Nascidos vivos	Razão	30	30	30	30
2.8 REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	INTENSIFICAR AÇÕES DE REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL CÁLCULO: NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO	14,41/1000 NV	2020	Taxa	12/1000	Taxa	13,81/1000 NV	13,21/1000 NV	12,61/1000 NV	12,01/1000 NV

		DE IDADE NO PERÍODO /NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NO PERÍODO X 1000									
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivo 3: Qualificar e fortalecer o acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com ênfase na integralidade da assistência, com definição de fluxos e as referências adequadas.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.1 IMPLEMENTAR/QUALIFICAR O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE SAÚDE	QUALIFICAR O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UBS	PERCENTUAL DE ESF QUALIFICADAS	-	-	-	100%	%	15%	15%	30%	40%
3.2 MONITORAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO E MONITORAMENTO HOSPITALAR	MONITORAR AS REGULADORES GERADAS PELO COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL CONFRONTANDO AS SOLICITAÇÕES E AS EFETIVAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA, TEMPO DE PERMANÊNCIA DE INTERNAMENTO E DIFICULDADES ENFRENTADAS ENTRE OS SERVIÇOS.	PERCENTUAL DE REGULADORES SOLICITADAS / EXECUTADAS MONITORADAS	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
3.3 QUALIFICAR A REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE NAS URGÊNCIAS CLÍNICAS, NA LINHA DE CUIDADO DO AVC E IAM	AMPLIAR A LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL AOS PACIENTES VÍTIMAS DE IAM E AVC NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA	PERCENTUAL DE SERVIÇOS QUALIFICADOS NA LINHA DE CUIDADO DO AVC E IAM	-	-	-	100%	%	25%	25%	25%	25%

Objetivo 4: Promover o acesso e a qualidade do atendimento na rede de atenção psicossocial do município.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.1 QUALIFICAR AS AÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	NÚMERO DE UBS COM AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA RAPS IMPLEMENTADAS	39	2021	Nº	39	Nº	39	39	39	39
4.2 FORTALECER O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE SAÚDE	EFETUAR AÇÕES DE FORTALECIMENTO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	NÚMERO DE AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EFETUADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. MÍNIMO 12/ANO (INDICADOR DO MS)	34	2020	Nº	12/ANO	Nº	12	12	12	12
4.3 IMPLANTAR OS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL	ARTICULAR IMPLANTAÇÃO DE 10 LEITOS DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL CHAMA	NÚMERO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL IMPLANTADOS E MANTIDOS NO HOSPITAL CHAMA	-	-	-	10	Nº	10	10	10	10
4.4 DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS E PROFISSIONALIZANTES VOLTADAS AOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS'S	REALIZAR AÇÕES EDUCATIVAS E PROFISSIONALIZANTES VOLTADAS AOS USUÁRIOS DOS 02 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS'S	NÚMERO DE CAPS AÇÕES EDUCATIVAS E PROFISSIONALIZANTES DESENVOLVIDAS	02	2021	Nº	02	Nº	02	02	02	02
4.5 MELHORAR O ACESSO DA POPULAÇÃO À PSICOTERAPIA	AMPLIAR EQUIPE DE PSICÓLOGOS EM MAIS 10 PROFISSIONAIS PARA MELHORAR ACESSO À POPULAÇÃO À PSICOTERAPIA	NÚMERO DE PSICÓLOGOS CONTRATADOS PARA AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DE PSICÓLOGOS	14	2021	Nº	10	Nº	03	03	03	01

4.6 MONITORAR AS TAXAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO DO MUNICÍPIO	REALIZAR O MONITORAMENTO DA TAXA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO PARA SUBSIDIAR AS AÇÕES DESENVOLVIDAS	TAXA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO (NÚMERO DE TENTATIVAS / POPULAÇÃO X 100.000 habitantes)	327,5	2019	Taxa	302,0	Taxa	320,9	314,5	308,2	302,0
4.7 QUALIFICAR O CAPS NISE DA SILVEIRA II EM CAPS III -24 HORAS	PROMOVER QUALIFICAÇÃO DO CAPS NISE DA SILVEIRA II EM CAPS III -24 HORAS	01 CAPS III (24H) HABILITADO E MANTIDO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
4.8 QUALIFICAR O CAPS AD II EM CAPS AD III - 24 HORAS	PROMOVER A QUALIFICAÇÃO DO CAPS AD II EM CAPS AD III -24 HORAS	01 CAPS AD III (24H) HABILITADO E MANTIDO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
4.9 IMPLANTAR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL	PROMOVER IMPLANTAÇÃO DE 04 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL	Nº DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL IMPLANTADAS E MANTIDAS	-	-	-	04	Nº	04	04	04	04

Objetivo 5: Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiências nas suas diversas faces, considerando os diversos pontos de atenção.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.1 AMPLIAR O ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUALIFICANDO A ESCUTA E O ACOLHIMENTO	PROPORCIONAR QUALIFICAÇÃO NA ESCUTA E ACOLHIMENTO, BEM COMO AMPLIAR O ACESSO PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS	-	-	-	60%	%	15%	15%	15%	15%
5.2 MONITORAR O PERCENTUAL DE	MONITORAR O PERCENTUAL DE	PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIA CONGÊNITA	100%	2020	%	100%	%	100%	100%	100%	100%

NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIA CONGÊNITA	NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIA CONGÊNITA											
5.3 MONITORAR OS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO HABILITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	MONITORAR OS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO HABILITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE QUADRIMESTRALMENTE	NÚMERO DE VISITAS DE MONITORAMENTO	10	2021	Nº	60	Nº	15	15	15	15	
5.4 COORDENAR E APRIMORAR AÇÕES DE CUIDADOS ÀS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E SUAS FAMÍLIAS ATRAVÉS DA EQUIPE DEDICADA MUNICIPAL	APRIMORAR AÇÕES DE CUIDADOS ÀS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E SUAS FAMÍLIAS	NÚMERO DE ENCONTROS INTERSETORIAIS REALIZADOS	-	-	-	48	Nº	12	12	12	12	
5.5 FOMENTAR O ACESSO AS OPM'S PARA USUÁRIO ACAMADO OU DOMICILIADO QUE NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	ATENDER AS DEMANDAS DE OPM'S SOLICITADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA	PERCENTUAL DE SOLICITAÇÕES ATENDIDAS FRENTE ÀS DEMANDAS	80%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	

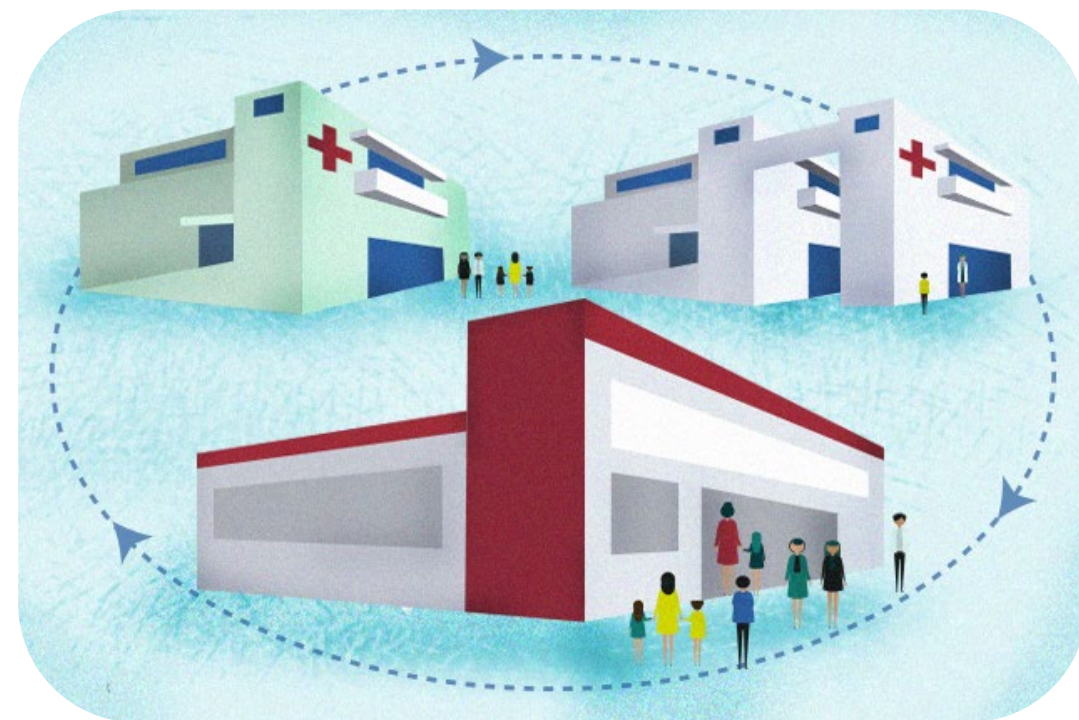
Objetivo 6: Qualificar a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e ampliar as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista				
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025	
6.1 AMPLIAR A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS	REORGANIZAR A ATENÇÃO ÀS PESSOAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS	% DE PESSOAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS CADASTRADAS NO AB E ACOMPANHADAS POR	-	-	-	50%	%	50%	50%	50%	50%	

		SUAS RESPECTIVAS EQUIPES ESF										
6.2 INSTITUIR LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL EM SOBREPESO E OBESIDADE	INSTITUIR LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL EM SOBREPESO E OBESIDADE	LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL EM SOBREPESO E OBESIDADE IMPLANTADA E MANTIDA	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01	01
6.3 MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS HIPERTENSAS	MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS HIPERTENSAS COM PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA	PERCENTUAL DE PESSOAS HIPERTENSAS COM PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA E AVALIAÇÃO EM CADA SEMESTRE. FONTE: PREVINE BRASIL	4,33%	2019	%	50%	%	50%	50%	50%	50%	50%
6.4 MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS DIABÉTICAS	MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS DIABÉTICAS COM SOLICITAÇÃO DO EXAME DE HEMOGLOBINA GLICADA	PERCENTUAL DE PESSOAS DIABÉTICAS COM SOLICITAÇÃO DO EXAME DE HEMOGLOBINA GLICADA NO ANO. FONTE: PREVINE BRASIL	04%	2019	%	50%	%	50%	50%	50%	50%	50%
6.5 MONITORAR A TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	MONITORAR A TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) DCNTS (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS).	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (DE 30 A 69 ANOS) PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.	306,08	2019	Taxa	282	Taxa	300	294	288	282	282

DIRETRIZ III

Ampliação do Acesso e Aperfeiçoamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada



Diretriz III: Ampliação do Acesso e Aperfeiçoamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada

Ampliação e qualificação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, com vistas à expansão dos serviços ofertados à população.

Objetivo 7: Qualificar, aperfeiçoar e ampliar o acesso dos usuários à Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, no território do município.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
7.1 QUALIFICAR O ATENDIMENTO DO SAD	QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DO SAD	NÚMERO DE EQUIPES QUALIFICADAS	03	2021	Nº	03	Nº	03	03	03	03
7.2 QUALIFICAR A REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	IMPLANTAR UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE GESTÃO MUNICIPAL	PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS COM O PROJETO DE INTERVENÇÃO IMPLANTADO	-	-	-	100%	%	10%	40%	30%	20%
7.3 IMPLANTAR O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS UNIDADES ESPECIALIZADAS	INFORMATIZAR 10 UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.	NÚMERO DE UNIDADES ESPECIALIZADAS INFORMATIZADAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	-	-	-	10	Nº	03	03	03	01
7.4 PROMOVER AÇÕES DESCENTRALIZADAS PARA AS UBS, DE FORMA REGULAR, DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (OFERTA DE EXAMES E CONSULTAS)	REALIZAR AÇÕES DESCENTRALIZADAS PARA AS UBS, DE FORMA REGULAR, DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS CONFORME DEMANDAS REPRIMIDAS E PRIORIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	NÚMERO DE UBS CONTEMPLADAS COM AÇÕES DESCENTRALIZADAS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	-	-	-	39	Nº	10	15	09	05
7.5 GARANTIR ACESSO AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOS	GARANTIR ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO CTA/SAE QUE	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%

USUÁRIOS DO SERVIÇO CTA/SAE	NECESSITEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	DE	CTA/SAE NECESSITEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	QUE DE									
7.6 AMPLIAR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO	AMPLIAR A EQUIPE DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO		NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS PARA AMPLIAR OS ATENDIMENTOS NO CEO		15	2021	Nº	05	Nº	02	01	01	01
7.7 GARANTIR O SERVIÇO DE ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, NÃO TRAUMÁTICAS, INCLUINDO FINS DE SEMANA E FERIADOS	PROMOVER IMPLANTAÇÃO DE 01 SERVIÇO DE ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, NÃO TRAUMÁTICAS, INCLUINDO FINS DE SEMANA E FERIADOS	01	NÚMERO DE SERVIÇO PARA ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA IMPLANTADO E MANTIDO NO MUNICÍPIO		-	-	-	01	Nº	01	01	01	01

DIRETRIZ IV

Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do Acesso aos usuários, dos Serviços e sobre o Sistema de Saúde



Diretriz IV: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do Acesso aos usuários, dos Serviços e sobre o Sistema de Saúde.

Aprimoramento das ações de regulação, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde ofertados à população, garantindo a organização das redes e fluxos assistenciais, favorecendo acesso equânime, integral, regionalizado e qualificado aos serviços de saúde.

Objetivo 8: Garantir a adequada prestação de serviços à população com organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, exercendo o monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos Sistemas de Saúde no município.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidad e de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
8.1 MELHORAR O ACESSO DOS USUÁRIOS AS CIRURGIAS ELETIVAS	AUMENTAR DA OFERTA DE CIRURGIAS ELETIVAS (Nº CIR.ELETI. 2019 – (3675) + 5%/ANO)	PERCENTUAL DE CIRURGIAS OFERTADAS	05%	2019	%	20%	%	05%	10%	15%	20%
8.2 MELHORAR A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG	APRIMORAR A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG	PERCENTUAL DA MELHORIA DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL HOSPITALAR	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
8.3 AMPLIAR O ACESSO DOS USUÁRIOS A EXAMES E CONSULTAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	AUMENTAR A OFERTA DE EXAMES E CONSULTAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: (CONSULTAS PRIORITÁRIAS – OFTALMOLOGIA, UROLOGIA, ANGIOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORRINO E CIRURGIA GERAL. EXAMES: ULTRASSONOGRÁFIAS, ENDOSCOPIA, MAMOGRAFIAS, CITOLOGIAS, RESSONÂNCIAS E TOMOGRAFIAS)	PERCENTUAL DE EXAMES E CONSULTAS OFERTADOS	05%	2019	%	20%	%	05%	10%	15%	20%

	(NECESSIDADE CALCULADA NA PT 1631/2015 + 5% AO ANO)												
8.4 REDUZIR O ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS E EXAMES MARCADOS	REDUZIR O ÍNDICE DE ABSENTEISMO NAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS OFERTADAS E NOS EXAMES OFERTADOS. (REDUÇÃO DE 5% DO ÍNDICE POR ANO) (EXAMES: PATOLOGIA CLÍNICA, ULTRASSONOGRAFIA E CONSULTAS EM OFTALMOLOGIA) (PROCEDIMENTOS AGENDADOS NO SISREG X PROCEDIMENTOS CONFIRMADOS NO SISREG)	PERCENTUAL DE REDUÇÃO DO ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO (PROPORÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES AGENDADOS E CONFIRMADOS)	05%	2021	%	20%	%	05%	10%	15%	20%		
8.5 EFETIVAR A CONTRATUALIZAÇÃO DE TODAS AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE GARANTINDO O ACESSO E A QUALIDADE DO SERVIÇO	CONTRATAR 100% DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. (URGÊNCIA, CEGONHA, ONCOLOGIA, NEFROLOGIA E REABILITAÇÃO)	PERCENTUAL DE SERVIÇOS COM CONTRATOS FIRMADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%		
8.6 IMPLANTAR E FORNECER SISTEMA DE MONITORAMENTO QUE PERMITA UMA ÚNICA VINCULAÇÃO AOS CER'S DO MUNICÍPIO NAS MODALIDADES REABILITAÇÃO E OPM, APÓS CONTRATAÇÃO, EXCETUANDO OS USUÁRIOS COM NECESSIDADES VISUAIS E DE EQUOTERAPIA	IMPLANTAR SISTEMA DE MONITORAMENTO	SISTEMA DE MONITORAMENTO IMPLANTADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01		

8.7 OFERTAR CIRURGIAS DE LAQUEADURA E VASECTOMIA	HABILITAR E MONITORAR SERVIÇO DE REFERENCIA PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	SERVIÇO HABILITADO E MONITORADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
8.8 AUMENTAR A OFERTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS COMO UROLOGISTA, ANGIOLOGISTA, ENTRE OUTROS	CONTRATAR MÉDICOS ESPECIALISTAS UROLOGISTA, ANGIOLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA PARA ATENDIMENTO DOS PARÂMETROS ASSISTENCIAIS PARA O MUNICIPIO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS EM ANGIOLOGIA – 2, UROLOGIA – 6	02	2021	Nº	08	Nº	02	02	02	02
8.9 AUMENTAR A OFERTA DE CONSULTAS OFTALMOLOGICAS (DETECÇÃO PRECOCE DO GLAUCOMA, PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E POPULAÇÃO EM GERAL)	AUMENTAR A OFERTA DE CONSULTAS OFTALMOLOGICAS (DETECÇÃO PRECOCE DO GLAUCOMA, PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E POPULAÇÃO EM GERAL)	PERCENTUAL DE AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE CONSULTAS	05%	2021	%	20%	%	05%	10%	15%	20%
8.10 CONTRATAR O PROFISSIONAL GERIATRA PARA ASSISTÊNCIA DA POPULAÇÃO IDOSA	CONTARTAR PROFISSIONAL GERIATRA	PROFISSIONAL CONTRATADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
8.11 IMPLEMENTAR E MONITORAR A REGULAÇÃO DE FISIOTERAPIA AMBULATORIAL	IMPLANTAR/MONITORAR A REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA	PERCENTUAL DE SERVIÇOS MONITORADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
8.12 AMPLIAR A REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM A IMPLANTAÇÃO DA REGULAÇÃO HOSPITALAR	IMPLANTAR A REGULAÇÃO HOSPITALAR	SISTEMA IMPLANTADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
8.13 AMPLIAR E REPROGRAMAR A OFERTA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE A POPULAÇÃO RESIDENTE	AMPLIAR E REPROGRAMAR DA OFERTA DE PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE A POPULAÇÃO RESIDENTE	PERCENTUAL DE AMPLIAÇÃO E REPROGRAMAÇÃO DA OFERTA DE PROCEDIMENTOS EM 50%	-	-	-	50%	%	15%	30%	45%	50%

	NOS SERVIÇOS DE ULTRASSONOGRÁFIAS E RESSONÂNCIAS											
8.14 REDUZIR AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA	REDUZIR O PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA.(REDUÇÃO DE 2,5%/ANO NO PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES)(NO ANO DE 2019 = 26,43%)(Nº ICSAB/ Nº INTERNAÇÕES CLÍNICAS X 100)	PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA	2,5%	2019	%	10%	%	2,5%	05%	7,5%	10%	
8.15 ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA ESTRATÉGICO MAIS SAÚDE/ESPECIALIDADES	ACOMPANHAR 100% DAS AÇÕES CONTRATADAS PELO ESTADO ATRAVÉS DO PROGRAMA MAIS SAÚDE/ESPECIALIDADES	PERCENTUAL DE CONTRATOS ACOMPANHADOS/MONITORADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	
8.16 REALIZAR CONTRATO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COM METAS FIRMADAS	CONTRATAR 100% DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO SUS TANTO AMBULATORIAIS QUANTO HOSPITALARES.(ATUALMENTE SÃO 37 PRESTADORES PRIVADOS	PERCENTUAL DE SERVIÇOS COM CONTRATOS FIRMADOS	-	-	-	100%	%	50%	75%	100%	100%	
8.17 CONSTRUIR E MONITORAR PLANO DE AUDITORIA COM PROGRAMAÇÃO ESTABELECIDAS NAS REDES PÚBLICA E PRIVADA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR	CONSTRUIR E MONITORAR DO PLANO DE AUDITORIA MUNICIPAL	PLANO CONSTRUÍDO E MONITORADO	01	2021	Nº	01	Nº	01	01	01	01	
8.18 AMPLIAR OFERTA DO EXAME ELETROCARDIOGRAMA – ECG DE ACORDO COM OS PARÂMETROS	AMPLIAR A OFERTA DE EXAME ECG (AMPLIAR EM 50%)	PERCENTUAL DE AUMENTO NA OFERTA DE EXAME DE ECG	50%	2021	%	50%	%	15%	30%	45%	50%	

ESTABELECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ V

**Qualificação da Assistência Farmacêutica,
Gestão da Logística de Aquisição,
Armazenamento e Distribuição de Insumos
para a Saúde**



Diretriz V: Qualificação da Assistência Farmacêutica, Gestão da Logística de Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Insumos para a Saúde
 Garantia da eficiência dos serviços farmacêuticos, visando a conservação racional e segura dos medicamentos, bem como de sua dispensação e utilização.

Objetivo 9: Qualificar a Assistência Farmacêutica desenvolvendo ações para o uso racional dos medicamentos e ampliação do acesso a população.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
9.1 IMPLANTAR O SISTEMA HÓRUS NAS UNIDADES DE SAÚDE	INFORMATIZAR AS FARMÁCIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA HÓRUS	PERCENTUAL DE UBS COM SISTEMA HÓRUS INSTALADO	-	-	-	100%	%	30%	50%	75%	100%
9.2 DESCENTRALIZAR OS MEDICAMENTOS CONTROLADOS NOS PRINCIPAIS CENTROS DE SAÚDE	GARANTIR PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS NAS UNIDADES DE SAÚDE PARA DESCENTRALIZAÇÃO DE CONTROLADOS (PORTARIA 344/98)	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM PROFISSIONAL FARMACÊUTICO (1º, 2º, 3º, 4º E 5º CENTRO)	-	-	-	5	Nº	1	1	2	1
9.3 PROMOVER O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E FACILITAÇÃO DO ACESSO AOS MESMOS	DESENVOLVER AÇÕES NAS UNIDADES DE SAÚDE SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE DESENVOLVENDO AÇÕES DE PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	30%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
9.4 AMPLIAR A OFERTA DE MEDICAMENTOS	PROMOVER AÇÕES PARA REVISÃO DA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - REMUME	PERCENTUAL DO ELENCO DE MEDICAMENTOS CONTIDO NA - REMUME REVISADO	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
9.5 GARANTIR OFERTA REGULAR DE MEDICAÇÕES DA FARMÁCIA BÁSICA	GARANTIR O ACESSO REGULAR AOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PELA RELAÇÃO MUNICIPAL DE	PERCENTUAL DE DISPONIBILIDADE OPORTUNA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%

	MEDICAMENTOS (REMUME)										
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EIXO TEMÁTICO II

AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE INTEGRADAS E FORTALECIDAS NO MUNICÍPIO



DIRETRIZ VI

Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde



Eixo Temático 2: Ações de Vigilância em Saúde integradas e fortalecidas no município
Diretriz VI: Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde

Integração da ações de vigilância em saúde no que se refere à vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 10: Qualificar e fortalecer as ações da Vigilância Epidemiológica

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
10.1 MELHORAR A ESTRUTURA GERAL DO CENTRO DE ZONOSSES	REESTRUTURAR O ESPAÇO FÍSICO DO CENTRO DE CONTROLE DE ZONOSSES - CCZ	CCZ REFORMADO E EM ATUAÇÃO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
10.2 INTENSIFICAR AS AÇÕES DO CCZ	APRIMORAR AS AÇÕES RELACIONADAS AO CENTRO DE CONTROLE DE ZONOSSES - CCZ	PERCENTUAL DAS AÇÕES REALIZADAS REFERENTE AO CCZ	80%	2020	%	80%	%	80%	80%	80%	80%
10.3 INTENSIFICAR A CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA	AMPLIAR O NÚMERO DE CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA	NÚMERO DE CASTRAÇÕES DE ANIMAIS DE RUA REALIZADAS	1.000	2021	Nº	6.441	Nº	1.200	1.440	1728	2073
10.4 AMPLIAR AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	INTENSIFICAR AÇÕES PARA TODAS AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	PERCENTUAL DAS AÇÕES VOLTADAS AOS USUÁRIOS VIVENDO COM HIV/AIDS	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
10.5 MONITORAR AS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA QUE REALIZAM ACONSELHAMENTO E	ACOMPANHAR AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE REALIZAM ACONSELHAMENTO E TESTAGEM RÁPIDA PARA	PERCENTUAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE REALIZAM ACONSELHAMENTO	12%	2019	%	100%	%	50%	70%	90%	100%

TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C	HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C.	E TESTAGEM RÁPIDA.											
10.6 AMPLIAR OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR	CONTRATAR RECURSOS HUMANOS PARA O CEREST, SENDO UM MÉDICO DO TRABALHO, UM ENGENHEIRO DO TRABALHO, UM TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO, E UM TÉCNICO DE ENFERMAGEM	NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS E MANTIDOS	1 médico do trabalho (20 H)	2021	Nº	04	Nº	02	03	04	04		
10.7 APRIMORAR AS NOTIFICAÇÕES DOS ACIDENTES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	CAPACITAR E MONITORAR AS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA EM NOTIFICAÇÕES DOS ACIDENTES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	PERCENTUAL DE EQUIPES CAPACITADAS EM TODAS AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO.	10%	2021	%	100%	%	25%	50%	75%	100%		
10.8 IMPLANTAR A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA ACIDENTE OCUPACIONAL COM INSTRUMENTOS PERFURO-CORTANTES OU CONTATO DIRETO COM MATERIAL BIOLÓGICO	ARTICULAR JUNTO COM A ÁREA TÉCNICA DO ESTADO PARA IMPLANTAÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA ACIDENTE OCUPACIONAL COM INSTRUMENTOS PÉRFURO CORTANTES OU CONTATO DIRETO COM MATERIAL BIOLÓGICO NO MUNICÍPIO	PEP IMPLANTADO E MANTIDO NO MUNICÍPIO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01		
10.9 INTENSIFICAR AÇÕES VOLTADAS A SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL	CAPACITAR AS EQUIPES DE SAÚDE DAS UBS DAS ZONAS RURAIS PARA ATENDIMENTO AOS TRABALHADORES RURAIS	PERCENTUAL DE EQUIPES DAS UBS DA ZONA RURAL CAPACITADAS PARA ATENDIMENTO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL	-	-	-	100%	%	25%	50%	75%	100%		

10.10 PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	ANALISAR MENSALMENTE A PROPORÇÃO DAS DARTS NO SINAN COM CAMPO OCUPAÇÃO PREENCHIDAS	PERCENTUAL MENSAL DE PREENCHIMENTO CAMPO "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DAS DARTS	83,3%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
10.11 DESENVOLVER ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA SAÚDE VOCAL E MENTAL DOS PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ARAPIRACA QUE CONTRIBUAM PARA A ELABORAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE VOCAL E MENTAL	ANALISAR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE VOCAL E MENTAL DOS PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ARAPIRACA QUE CONTRIBUAM PARA A ELABORAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE VOCAL E MENTAL	NÚMERO DE ESCOLAS MUNICIPAIS COM GRUPOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR FORMADOS	-	-	-	04	Nº	01	02	03	04
10.12 FORTALECER A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOS MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÕES DE SAÚDE	CAPACITAR E MONITORAR OS MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÕES DE SAÚDE NO QUE CONCERNE A SAÚDE DO TRABALHADOR	PORCENTAGEM DE CAPACITAÇÕES E MONITORAMENTO REALIZADAS NOS MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÕES DE SAÚDE NO QUE CONCERNE A SAÚDE DO TRABALHADOR	02%	2021	%	100%	%	25%	50%	75%	100%
10.13 INCENTIVAR A CRIAÇÃO DE GRUPOS DE CUIDADOS PARA OS TRABALHADORES EM CADA UNIDADE DE SAÚDE	IMPLANTAR GRUPOS DE CUIDADOS PARA OS TRABALHADORES DA UBS, EM PARCERIA COM A SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	PERCENTUAL DE CUIDADOS COM IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE AUTOCUIDADOS PARA OS TRABALHADORES	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
10.14 FORTALECER A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS, ATRAVÉS DO	REALIZAR FÓRUM DE SAÚDE DO TRABALHADOR	NÚMERO DE FÓRUM DE SAÚDE DO TRABALHADOR REALIZADO	01	2021	Nº	01	Nº	01	01	01	01

FÓRUM EM SAÚDE DO TRABALHADOR													
10.15 MAPEAR OS SETORES PRODUTIVOS COM MAIOR RISCO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO	ANALISAR O PERFIL PRODUTIVO COM MAIOR RISCO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO	PERCENTUAL DAS UBS COM REALIZAÇÃO DE PESQUISA DO PERFIL PRODUTIVO DAS ÁREAS ADSCRITAS	-	-	-	100%	%	25%	50%	75%	100%		
10.16 FORTALECER O LABORATÓRIO MUNICIPAL PARA AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, INCLUINDO AS ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS DA APS, COM COLETA DESCENTRALIZADA NOS CENTROS DE SAÚDE	APRIMORAR O LMA COM AÇÕES DA VIGILÂNCIA E ANÁLISES CLÍNICAS DA APS, COM VISTAS A DESCENTRALIZAÇÃO	NÚMERO DE US COM COLETA DESCENTRALIZADA	-	-	-	07	Nº	04	05	06	07		
10.17 MELHORAR A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DAS MDD'AS PELAS UNIDADES NOTIFICADORAS	MONITORAR O ENVIO DA MDDA (MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS) PELAS UNIDADES NOTIFICADORAS PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	PERCENTUAL DA EMISSÃO DA MDDA PELAS UNIDADES NOTIFICADORAS	80%	2019	%	80%	%	80%	80%	80%	80%		
10.18 ALIMENTAR O E-SUS-VE COM O RESULTADO DOS TESTES REALIZADOS	ALIMENTAR O E-SUS-VE COM OS RESULTADOS DOS TESTES PARA COVID-19	PERCENTUAL DE RESULTADOS ALIMENTADOS NO E-SUS-VE	99,7%	2020	%	100%	%	100%	100%	100%	100%		
10.19 ENCERRAR EM TEMPO OPORTUNO OS CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE	ENCERRAR OS CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE EM ATÉ 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO	PERCENTUAL DE CASOS NOTIFICADOS ENCERRADOS.	34%	2019	%	80%	%	80%	80%	80%	80%		

		<p>MÉTODO DE CÁLCULO: (NUMERADOR: TOTAL DE CASOS DE DENGUE ENCERRADOS ATÉ 60 DIAS DA SUA NOTIFICAÇÃO, NO PERÍODO CONSIDERADO DENOMINADOR: TOTAL DE CASOS DE DENGUE REGISTRADOS NO PERÍODO CONSIDERADO FATOR DE MULTIPLICAÇÃO: 100)</p> <p>FONTE: INVIG</p>									
<p>10.20 REDUZIR COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA LEISHMANIOSE VISCERAL (L.V)</p>	<p>INTENSIFICAR AÇÕES PARA REDUZIR AS FONTES DE INFECÇÃO E PROMOVER AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA REDUZIR O COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DOS CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL</p>	<p>MÉTODO DE CÁLCULO: (N.º DE CASOS NOVOS AUTÓCTONES DE LV X 100.000 HAB./POPULAÇÃO).</p> <p>FONTE: NOTA INFORMATIVA Nº 24/2019-CGDT/DEVIT/SVS/M S MANUAL DE VIGILÂNCIA</p>	<p>2,57/ 100.00 0 hab.</p>	<p>2020</p>	<p>Coeficiente</p>	<p>25</p>	<p>Coeficiente</p>	<p>2,41/ 100.00 0 hab.</p>	<p>2,25/ 100.00 0 hab.</p>	<p>2,09/ 100.00 0 hab.</p>	<p>1,93/ 100.00 0 hab.</p>

		CONTROLE DA LEISHMANIOSE VISCERAL BRASÍLIA – DF 2006 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 1.ª EDIÇÃO										
10.21 MONITORAR AS GESTANTES COM ZIKA VÍRUS	MONITORAR EM CONJUNTO COM A COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER AS GESTANTES COM SUSPEITA DE ZIKA VÍRUS	PERCENTUAL DE GESTANTES COM SUSPEITA DE ZIKA VÍRUS MONITORADAS	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%
10.22 IMPLEMENTAR AÇÕES DE CONTROLE A HANSENÍASE NAS UNIDADES DE SAÚDE	REALIZAR AÇÕES DE CAPACITAÇÃO DE CONTROLE DE HANSENÍASE PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	NÚMERO DE CAPACITAÇÕES REALIZADAS	01	2021	Nº	04	Nº	01	01	01	01	01
10.23 INTENSIFICAR AÇÕES PARA CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DA COORTE	REALIZAR MONITORAMENTO DO TRATAMENTO DOS PACIENTES PARA QUE OBTENHAM A CURA DA HANSENÍASE	PERCENTUAL DE CURA DOS CASOS NOVOS DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DA COORTE	90%	2021	%	90%	%	90%	90%	90%	90%	90%
10.24 EXAMINAR CONTATOS INTRA DOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE	IDENTIFICAR AS UNIDADES QUE PRECISAM AVALIAR OS CONTATOS DE CASOS NOVOS DIAGNOSTICADOS DE HANSENÍASE	PERCENTUAL DE EXAMES DOS CONTATOS IDENTIFICADOS DOS CASOS NOVOS	80%	2021	%	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%
10.25 FORTALECER A CONTINUIDADE DO GRUPO	FORTALECER AÇÕES COM OS USUÁRIOS DO GRUPO DE AUTOCUIDADO DE HANSENÍASE	NÚMERO DE AÇÕES REALIZADAS NO GRUPO DE	06	2021	Nº	06	Nº	06	06	06	06	06

AUTOCUIDADO DE HANSENÍASE		AUTOCUIDADO DE HANSENÍASE											
10.26 INTENSIFICAR AÇÕES PARA CURA DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA	IDENTIFICAR E ACOMPANHAR OS PACIENTES COM TUBERCULOSE BACILÍFERA PARA QUE OBTENHAM A CURA	PERCENTUAL DE CURA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE BACILÍFERA	85%	2021	%	85%	%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
10.27 REALIZAR EXAMES ANTI-HIV ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	REALIZAR TESTAGEM PARA HIV EM TODOS OS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE	PERCENTUAL DE TESTAGEM PARA HIV EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.28 EXAMINAR CONTATOS DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	EXAMINAR OS CONTATOS DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA	PERCENTUAL DE EXAMES DOS CONTATOS DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA	80%	2021	%	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
10.29 CRIAR FLUXO DE ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	REALIZAR TRABALHO EM CONJUNTO COM AS COORDENAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE JUNTO AOS SETORES RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO A VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	FLUXO DE ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL CRIADO E MANTIDO	01	2021	Nº	01	Nº	01	01	01	01	01	01
10.30 MANTER AS UBS ABASTECIDAS REGULARMENTE COM AS VACINAS, DE ACORDO COM O CALENDÁRIO NACIONAL DO PNI	MANTER ABASTECIMENTO REGULAR NAS UBS COM AS VACINAS DE ACORDO COM O CALENDÁRIO NACIONAL DO PNI	PERCENTUAL DE UBS ABASTECIDAS REGULARMENTE COM AS VACINAS DE ACORDO COM O CALENDÁRIO NACIONAL DO PNI	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.31 GARANTIR A OFERTA DAS VACINAS PRECONIZADAS NO CALENDÁRIO VACINAL DAS GESTANTES	MONITORAR AS UNIDADES DE SAÚDE PARA GARANTIA DAS VACINAS PRECONIZADAS NO	PERCENTUAL DAS UNIDADES DE SAÚDE ABASTECIDAS COM VACINAS	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	CALENDÁRIO VACINAL DAS GESTANTES	PRECONIZADAS NO CALENDÁRIO VACINAL DAS GESTANTES											
10.32	REDUZIR O ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL DA DENGUE	ATINGIR A PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 04 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	PERCENTUAL DE VISITAS REALIZADAS EM PELO MENOS 04 CICLOS PARA CONTROLE DA DENGUE	80%	2021	%	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%
10.33	MONITORAR OS CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE CHIKUNGUNYA	MONITORAR OS CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE CHIKUNGUNYA POR UNIDADE DE SAÚDE	PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DE FEBRE CHIKUNGUNYA	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%
10.34	IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA COM CAMPO RAÇA/COR PREENCHIDO COM INFORMAÇÃO VÁLIDA	ALCANÇAR NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA COM O CAMPO RAÇA/COR PREENCHIDO COM INFORMAÇÕES VÁLIDAS	PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA COM CAMPO RAÇA/COR PREENCHIDO COM INFORMAÇÃO VÁLIDA	95%	2021 1º Quad.	%	95%	%	95%	95%	95%	95%	95%
10.35	IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO COM O GRUPO DO AGENTE TÓXICO IDENTIFICADO	IDENTIFICAR CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA COM O GRUPO DO AGENTE TÓXICO IDENTIFICADO	PERCENTUAL DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA COM O GRUPO DO AGENTE TÓXICO IDENTIFICADO	80%	2021 1º Quad.	%	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%
10.36	IDENTIFICAR PROPORÇÃO DE CASO DE	INVESTIGAR CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA ENCERRADOS EM ATÉ 180	PERCENTUAL DE CASOS DE INTOXICAÇÃO	98,8%	2020	%	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%

INTOXICAÇÃO EXÓGENA INVESTIGADOS OPORTUNAMENTE	DIAS A PARTIR DA NOTIFICAÇÃO	EXÓGENA ENCERRADOS EM ATÉ 180 DIAS A PARTIR DA NOTIFICAÇÃO Fonte: INVIG											
10.37 ENCERRAR EM TEMPO OPORTUNO OS CASOS NOTIFICADOS DE DOENÇA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA	REALIZAR ENCERRAMENTO OPORTUNO DOS CASOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	PERCENTUAL DE ENCERRAMENTO OPORTUNO DOS CASOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.38 IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE NASCIMENTO REGISTRADO NO SINASC EM ATÉ 60 DIAS DE OCORRÊNCIA	INTENSIFICAR A INSERÇÃO DO REGISTRO NO SINASC EM ATÉ 60 DIAS	PERCENTUAL DE REGISTRO NO SINASC EM ATÉ 60 DIAS	-	-	-	90%	%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
10.39 IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE CASOS DIAGNOSTICADOS PARA ESQUISTOSSOMOSE COM TRATAMENTO REALIZADO	MONITORAR A PROPORÇÃO DE CASOS DIAGNOSTICADOS PARA A EQUISTOSSOMOSE COM TRATAMENTO	PERCENTUAL DE CASOS DIAGNOSTICADOS PARA EQUISTOSSOMOSE	82,8%	2020	%	90%	%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
10.40 INSERIR NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO-SINAN, TODOS OS CASOS NOTIFICADOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO	INTENSIFICAR JUNTO ÀS US A NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS PARA INCLUSÃO NO SINAN	PERCENTUAL DE US COM ENVIO REGULAR DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	-	-	-	100%	%	50%	70%	90%	90%	100%	100%

Objetivo 11: Aprimorar o processo da Análise da Informação em Saúde, para o estabelecimento de prioridades.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
11.1 APOIAR AÇÕES DE TRANSPARÊNCIA COM MELHORIAS NO ACESSO À INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	FORTALECER A DISSEMINAÇÃO DOS DADOS SOBRE NASCIDOS VIVOS, DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, ESTRUTURA DE SERVIÇOS E ESTABELECIMENTOS DA REDE SUS, E DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS, DE MORTALIDADE GERAL, INFANTIL E DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	Nº BOLETIM DE SITUAÇÃO DE SAÚDE PUBLICADO NO SITE DA SMS ARAPIRACA	01	2019	Nº	01	Nº	01	01	01	01
11.2 PROMOVER A MELHORIA DOS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO DE DADOS EM SAÚDE	FORTALECER O PROCESSO DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DOS DADOS PREENCHIDOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	Nº DE RELATÓRIOS DA QUALIDADE DOS DADOS DOS SISTEMAS	-	-	-	12	Nº	03	03	03	03

Objetivo 12: Fortalecer a integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, com vistas ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
12.1 APRIMORAR O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	REALIZAR TRABALHO JUNTO COM A AB PARA APRIMORAR O PROCESSO DE	PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS REALIZADOS	80%	2021	%	80%	%	80%	80%	80%	80%

ÓBITOS NAS UNIDADES DE SAÚDE	INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO												
12.2 FORTALECER/GARANTIR A INTEGRAÇÃO DO TRABALHO DOS ACE COM AS ESF	ARTICULAR JUNTO A SAS A INTEGRAÇÃO DO TRABALHO DOS ACE COM AS ESF	PERCENTUAL DE ESF COM TRABALHO INTEGRADO AOS ACE	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12.3 REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	INTENSIFICAR AÇÕES PARA REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL CÁLCULO: NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO DE IDADE NO PERÍODO/NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NO PERÍODO X 1.000NV	14,41 /1.000 NV	2020	Taxa	12,01 /1.000 NV	Taxa	13,81 /1.000 NV	13,21 /1.000 NV	12,61 /1.000 NV	12,01 /1.000 NV	12,01 /1.000 NV	12,01 /1.000 NV
12.4 REDUZIR A MORTALIDADE PREMATURA PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT (30 a 69 anos)	MONITORAR AS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE RELACIONADAS ÀS DCNT E AS ATIVIDADES PREVENTIVAS REALIZADAS PELA UBS	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA	306,08 /100.000 h	2019	Taxa	282,00 /100.000 h	Taxa	300,00 /100.000 h	294,00 /100.000 h	288,00 /100.000 h	282,00 /100.000 h	282,00 /100.000 h	282,00 /100.000 h
12.5 INTENSIFICAR A COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO	MONITORAR E INCENTIVAR A COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO	PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO	-	-	-	95%	%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
12.6 APRIMORAR A REALIZAÇÃO DE	INTENSIFICAR A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE	24%	2020	%	60%	%	60%	60%	60%	60%	60%	60%

EXAMES DE SÍFILIS E HIV PARA GESTANTES	HIV NAS UNIDADES DE SAÚDE	EXAMES PARA SÍFILIS E HIV											
12.7 PRIORIZAR INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS INFANTIS	INVESTIGAR ÓBITOS INFANTIS ATÉ 120 DIAS	PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS ATÉ 120 DIAS FONTE: SELO UNICEF E INVIG	-	-	-	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
12.8 PRIORIZAR INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS FETAIS	INVESTIGAR ÓBITOS FETAIS ATÉ 120 DIAS	PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS FETAIS ATÉ 120 DIAS FONTE: SELO UNICEF E INVIG	-	-	-	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Objetivo 13: Fortalecer e aprimorar as ações de Promoção da Saúde.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
13.1 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE COMBATE AO MOSQUITO Aedes Aegypti	ACOMPANHAR AS AÇÕES DE COMBATE AO Aedes Aegypti	PERCENTUAL DE ATIVIDADES PLANEJADAS PARA O COMBATE AO Aedes Aegypti	100%	2019	%	100%	%	70%	80%	90%	100%
13.2 INTENSIFICAR AS AÇÕES DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR – PSE (TREZE EIXOS)	PLANEJAR E MONITORAR AS AÇÕES DOS EIXOS PRIORITÁRIOS DO PSE	PERCENTUAL DO PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES EXECUTADAS NOS EIXOS PRIORITÁRIOS DO PSE	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
13.3 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, NAS UNIDADES DE SAÚDE	PLANEJAR E MONITORAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE NAS UBS	PERCENTUAL DAS UBS COM AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EXECUTADAS	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%

13.4 IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	ACOMPANHAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NAS ESCOLAS CONTEMPLADAS PELO PSE	PERCENTUAL DO ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO À GRAVIDEZ NAS ESCOLAS DO PSE	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
13.5. INTENSIFICAR/ IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO GRUPO DE TABAGISMO	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE AO TABAGISMO NAS UBS.	NÚMERO DE GRUPOS IMPLANTADOS E/OU IMPLEMENTADOS DE CONTROLE DO TABAGISMO NAS UBS.	12	2019	Nº	12	Nº	4	6	8	12
13.6 FORTALECER AS AÇÕES INTERSETORIAIS (COMBATE AO LIXO E METRALHAS, QUALIDADE DA ÁGUA, SANEAMENTO BÁSICO, VIOLÊNCIA)	INTENSIFICAR AS AÇÕES INTERSETORIAIS (COMBATE AO LIXO E METRALHAS, QUALIDADE DA ÁGUA, SANEAMENTO BÁSICO, VIOLÊNCIA)	PERCENTUAL DE AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS	100%	2019	%	100%	%	60%	70%	80%	100%
13.7 FORTALECER A PARCERIA DAS UNIDADES COM AS EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE	INTENSIFICAR A PARCERIA DAS UBS COM AS EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	NÚMERO DE EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE INTEGRADAS ÀS UBS	40	2021	Nº	40	Nº	40	40	40	40
13.8 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	PLANEJAR, MONITORAR E EXECUTAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	PERCENTUAL DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE EXECUTADAS NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	80%	2019	%	100%	%	60%	70%	80%	100%
13.9 INTENSIFICAR AS AÇÕES DO PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL	PLANEJAR, MONITORAR E EXECUTAR AS AÇÕES	PERCENTUAL DAS AÇÕES PLANEJADAS, MONITORADAS E	26%	2019	%	26%	%	26%	26%	26%	26%

NAS ESCOLAS PACTUADAS PELO PSE COM FAIXA ETÁRIA DE ATÉ 10 ANOS DE IDADE, JUNTO COM AS UBS	DO PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL NAS ESCOLAS PACTUADAS PELO PSE COM FAIXA ETÁRIA DE ATÉ 10 ANOS DE IDADE JUNTO COM AS UBS	EXECUTADAS NAS ESCOLAS PACTUADAS NO PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL										
13.10 INTENSIFICAR AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES NO COMBATE ÀS DROGAS (PROJETO CULTURA DA PAZ)	PLANEJAR E MONITORAR AS AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES NO COMBATE ÀS DROGAS (PROJETO CULTURA DA PAZ) NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE E PSE	PERCENTUAL DAS AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES NO COMBATE ÀS DROGAS (PROJETO CULTURA DA PAZ) EXECUTADAS NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE E PSE	80%	2019	%	80%	%	80%	80%	80%	80%	80%
13.11 IMPLEMENTAR O PROGRAMA SAÚDE NA COMUNIDADE JUNTO ÀS UBS	PLANEJAR, MONITORAR E EXECUTAR AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA COMUNIDADE JUNTO ÀS UBS	PERCENTUAL DE AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA COMUNIDADE EXECUTADAS JUNTO ÀS UBS	20%	2019	%	20%	%	10%	10%	15%	20%	

Objetivo 14: Aprimorar as ações de Vigilância Sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
14.1 INTENSIFICAR AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	REALIZAR AS AÇÕES DOS GRUPOS DA VISA	NÚMERO DE AÇÕES REALIZADAS	07	2021	Nº	07	Nº	07	07	07	07
14.2 INTENSIFICAR AS COLETAS DO VIGIÁGUA	INTENSIFICAR AS COLETAS DE AMOSTRAS PARA MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA	NÚMERO DE COLETAS DE ÁGUA REALIZADAS	384	2021	Nº	384	Nº	384	384	384	384

14.3 REFORÇAR AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À ALVARÁ SANITÁRIO	AMPLIAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS A ALVARÁ SANITÁRIO	PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS COM AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	-	-	-	100%	%	50%	60%	80%	100%
14.4 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE COMBATE AO FUMO NOS ESTABELECIMENTOS EM GERAL	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE COMBATE AO FUMO NOS ESTABELECIMENTOS EM GERAL	PERCENTUAL DE AÇÕES REALIZADAS NOS ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS	-	-	-	100%	%	50%	60%	80%	100%
14.5 INTENSIFICAR AS FISCALIZAÇÕES NO SETOR DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTOS DIURNO E NOTURNO	INTENSIFICAR AS INSPEÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTOS CADASTRADOS	PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS DE INSPECIONADOS	40%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
14.6 INTENSIFICAR AS FISCALIZAÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA	REALIZAR FISCALIZAÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS	PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS FISCALIZADOS	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
14.7 ELABORAR JUNTO COM AS UBS O PGRSS (PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE) DAS UNIDADES DE SAÚDE	CONSTRUIR O PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE (PGRSS) NAS US	PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE COM O PLANO APLICADO	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
14.8 GARANTIR INSPEÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DAS UBS COM EMISSÃO DE ALVARÁ E VISITA TÉCNICA EFICIENTE E EFICAZ	IMPLEMENTAR AS INSPEÇÕES PARA EMISSÃO DE ALVARÁ DAS UBS	NÚMERO DE UBS NO MUNICÍPIO COM ALVARÁ SANITÁRIO	-	-	-	40	Nº	40	40	40	40

EIXO TEMÁTICO III

GESTÃO DO SUS FORTALECIDA E RESOLUTIVA



DIRETRIZ VII

Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde



Eixo Temático 3: Gestão do SUS fortalecida e resolutiva**Diretriz VII: Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**

Regulação do trabalho em saúde com ênfase na formação, na educação permanente, na qualificação, na valorização dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.

Objetivo 15: Fortalecer os processos de trabalho e a valorização do trabalhador, refletindo no atendimento aos usuários do SUS.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
15.1 CONTRATAR PROFISSIONAIS, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO, PSS E OUTROS.	DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO, PSS E OUTROS.	NÚMERO DE NOVOS PROFISSIONAIS ATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	2.059	2021	Nº	720	Nº	500	100	100	20
15.2 IMPLANTAR O PCCS ESPECÍFICO DA SAÚDE	CRIAR ESTRUTURA DE CARREIRA ESPECÍFICA PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.	PCCS ESPECÍFICO DA SAÚDE IMPLANTADO E EXECUTADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
15.3 GARANTIR A APLICAÇÃO DOS DIREITOS DOS SERVIDORES	CUMPRIR COM OS DIREITOS DOS SERVIDORES	PERCENTUAL DOS TRABALHADORES COM OS DIREITOS GARANTIDOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
15.4 GARANTIR A MESA DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE	IMPLANTAR DISPOSITIVO DE NEGOCIAÇÃO ENTRE A GESTÃO E OS TRABALHADORES	MESA DE NEGOCIAÇÃO IMPLANTADA E MANTIDA	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
15.5 INSERIR PSICOLOGOS, ASSISTENTES SOCIAIS	DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO DAS UBS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	10	2019	Nº	30	Nº	05	05	10	10

E FARMACÊUTICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	(PSICOLOGOS, ASSISTENTES SOCIAIS E FARMACÊUTICOS)	INSERIDOS NAS UBS (1º, 2º, 3º, 4º, 5º CENTRO)											
15.6 CONTRATAR O PROFISSIONAL GERIATRA PARA ASSISTÊNCIA DA POPULAÇÃO IDOSA	DIMENSIONAR PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS (GERIATRA)	NÚMERO DE PROFISSIONAL GERIATRA CONTRATADO E MANTIDO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01	01	01
15.7 GARANTIR AGENTES DE PORTARIA NAS UBS	GARANTIR AGENTES DE PORTARIA NAS UBS	PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE COM ATIVIDADE DO PROFISSIONAL	30%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.8 AUMENTAR O QUADRO DE PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA AOS AUTISTAS DO TRATE	DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO DO CENTRO ESPECIALIZADO - TRATE	NÚMERO PROFISSIONAIS CONTRATADOS E MANTIDOS	-	-	-	06	Nº	06	06	06	06	06	06
15.9 PROPOR MELHORIA SALARIAL PARA OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO PCCS	DEFINIR JUNTO A GESTÃO A MELHORIA EM % SALARIAL PARA OS TECNICOS DE ENFERMAGEM	PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS CONTEMPLADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.10 CONTRATAR PROFISSIONAIS FERISTAS PARA TÉCNICO DE ENFERMAGEM, ASSISTENTE ADM., ENFERMEIRO E MÉDICO	DIMENSIONAR O Nº DE PROFISSIONAIS AFASTADOS POR FÉRIAS	PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS REPOSTOS NO LOCAL DE TRABALHO	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.11 CRIAR PROGRAMA DE GRATIFICAÇÃO POR DESEMPENHO PARA EQUIPES QUE ATINGIREM METAS DE INDICADORES	CRIAR ESTRUTURA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA AS EQUIPES	PERCENTUAL DE ATINGIMENTO DAS METAS PACTUADAS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.12 DESCENTRALIZAR SISTEMA DE RH PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	PROMOVER ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL DOS SERVIDORES, ATRAVÉS DE 01	SISTEMA DESCENTRALIZADO DE RH IMPLANTADO E MANTIDO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01	01	01

	SISTEMA DE RH DESCENTRALIZADO												
15.13 PROMOVER A INTEGRAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E MELHORIA DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO À POPULAÇÃO	REALIZAR A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E PROMOVER MELHORIAS NA RELAÇÃO INTERPESSOAL	PERCENTUAL DE TRABALHADORES CAPACITADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.14 CRIAR ESTRATÉGIAS DE MELHORIA E FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO ENTRE A GESTÃO E OS TRABALHADORES DA SAÚDE	GARANTIR ESTRATÉGIAS DE MELHORIA E FORTALECIMENTO DAS RELACÕES DE TRABALHO	NÚMERO DE ESTRATÉGIAS CRIADAS E IMPLEMENTADAS	-	-	-	04	Nº	01	01	01	01	01	01
15.15 PROMOVER INVESTIMENTOS NA VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NA DESPRECARIZAÇÃO DOS VINCULOS E A DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO	CRIAR ESTRUTURAS DE VINCULOS FORTALECIDOS	NÚMERO DE AÇÕES DE VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES	-	-	-	04	Nº	01	01	01	01	01	01
15.16 UTILIZAR O TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA PARA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	PROMOVER A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL ATAVÉS DA FERRAMENTA DO TELESSAÚDE	NÚMERO DE ATIVIDADES REALIZADAS	86	2019	Nº	48	Nº	12	12	12	12	12	12
15.17 AMPLIAR CUIDADOS DA SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES, POR MEIO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DO	REALIZAR TREINAMENTO EM GERENCIAMENTO DO STRESS E PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS MENTAIS	NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS	-	-	-	40	Nº	10	10	10	10	10	10

ESTRESSE PARA OS SERVIDORES	PARA OS TRABALHADORES DAS UBS											
15.18 QUALIFICAR AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, ATRAVÉS DA OFERTA DE ESPECIALIZAÇÕES, CAPACITAÇÕES E OUTROS CURSOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	REALIZAR AÇÕES DE ED. PERMANENTE ATRAVÉS DE CURSOS, CAPACITAÇÕES, OFICINAS, SEMINÁRIOS VOLTADOS PARA OS SERVIDORES DA SAÚDE	NÚMERO DE AÇÕES DE EDUC. PERMANENTE REALIZADAS	60	2019	Nº	48	Nº	12	12	12	12	
15.19 DESENVOLVER AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE INCLUINDO AS TEMÁTICAS DE: IST/AIDS; SAÚDE DA POP.NEGRA; SAÚDE DA POP. LGBTQIA+; VIG.EM SAÚDE; INTERVENÇÃO PRECOCE	REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E COM A REDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE	NÚMERO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PRESENCIAIS REALIZADAS	-	-	-	24	Nº	06	06	06	06	
15.20 OFERTAR CURSO DE LIBRAS PARA OS SERVIDORES DA SAÚDE	DISPONIBILIZAR CURSO DE LIBRAS PARA TODOS OS SERVIDORES DA SAÚDE	NÚMERO DE CURSOS DE LIBRAS OFERTADOS PARA OS SERVIDORES DA SAÚDE ANUALMENTE.	-	-	-	04	Nº	01	01	01	01	
15.21 OFERTAR QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL VOLTADA AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS, DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS), REDES	REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ACS E ACE	NÚMERO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE REALIZADAS	02	2021	Nº	48	Nº	12	12	12	12	

DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ VIII

Aperfeiçoamento da Gestão Interfederativa do SUS, fortalecendo o Planejamento Ascendente e Integrado, com Participação e Controle Social



Diretriz VIII: Aperfeiçoamento da Gestão Interfederativa do SUS, fortalecendo o Planejamento Ascendente e Integrado, com Participação e Controle Social.

Consolidação e fortalecimento das ações sistemáticas de planejamento e de aprimoramento da Gestão do SUS, considerando o ciclo de gestão do Planejamento, a elaboração e a execução orçamentária, o financiamento das ações, a gestão administrativa, além do controle social.

Objetivo 16: Fortalecer o processo de planejamento na gestão do SUS, no âmbito do município, com base nos Instrumentos Oficiais de Gestão.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
16.1 FOMENTAR PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO NA GESTÃO, ATRAVÉS DA QUALIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE GESTÃO DO SUS, COM FOCO EM RESULTADOS	ELABORAR E QUALIFICAR OS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE GESTÃO DO SUS	NÚMERO DE INSTRUMENTOS ELABORADOS	06	2021	Nº	06	Nº	05	05	05	06
16.2 IMPLEMENTAR PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE NOS NÍVEIS CENTRAL E LOCAL, COM FOCO NO ALCANCE DOS RESULTADOS	IMPLEMENTAR PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE	PERCENTUAL DE INDICADORES MONITORADOS (Nº DE INDICADORES MONITORADOS/Nº DE INDICADORES TOTAL) X 100	-	-	-	75%	%	75%	75%	75%	75%
16.3 COORDENAR E APRIMORAR O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS	MONITORAR E AVALIAR OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS	PERCENTUAL DE INSTRUMENTOS AVALIADOS E MONITORADOS (Nº DE INSTRUMENTOS AVALIADOS E MONITORADOS/Nº TOTAL DE INSTRUMENTOS DE	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%

		GESTÃO DO SUS) X100										
16.4 IMPLANTAR SOLUÇÃO INFORMATIZADA INTERNAMENTE PARA O MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE	INFORMATIZAR INTERNAMENTE O MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE	SISTEMA INTERNO DE MONITORAMENTO IMPLANTADO E ALIMENTADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01	01
16.5 PROMOVER A REVISÃO E MONITORAMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS NO PMS 2022-2025	REVISAR AS METAS DO PMS 2022-2025	PLANO MUNICIPAL REVISADO	-	-	-	01	Nº	-	01	-	-	-
16.6 GARANTIR A PUBLICIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE NAS MÍDIAS SOCIAIS OFICIAIS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE	PUBLICIZAR OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E AS AÇÕES DE SAÚDE	PERCENTUAL DE INSTRUMENTOS E AÇÕES DE SAÚDE PUBLICIZADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%

Objetivo 17: Qualificar e aprimorar a Ouvidoria SUS municipal

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
17.1 ACOLHER, ANALISAR E RESPONDER AS MANIFESTAÇÕES DAS DEMANDAS DA OUVIDORIA DO SUS	QUALIFICAR AS AÇÕES DA OUVIDORIA MUNICIPAL	PERCENTUAL DE RESOLUTIVIDADE DAS DEMANDAS REALIZADAS POR MEIO DA OUVIDORIA (Nº DE DEMANDAS RESOLVIDAS/Nº TOTAL DE DEMANDAS) X100	76%	2019	%	80%	%	80%	80%	70%	70%
17.2 FORTALECER AS AÇÕES DE DIVULGAÇÃO DA OUVIDORIA JUNTO A REDE ASSISTENCIAL	DIVULGAR AS AÇÕES DA OUVIDORIA JUNTO A REDE ASSISTENCIAL	PERCENTUAL DE AÇÕES DE DIVULGAÇÃO DA OUVIDORIA SUS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%

17.3 IDENTIFICAR AS DEMANDAS RECORRENTES	IDENTIFICAR DEMANDAS RECORRENTES	PERCENTUAL DE DEMANDAS COM MAIOR INCIDÊNCIA (Nº DE DEMANDAS DE MAIOR INCIDÊNCIA/ Nº TOTAL DE DEMANDAS) X100	23%	2019	%	30%	%	30%	30%	30%	30%
17.4 QUALIFICAR A EQUIPE E SUBREDES DA OUVIDORIA DO SUS	CAPACITAR A EQUIPE E SUBREDES DA OUVIDORIA SUS	PERCENTUAL DE SERVIDORES CAPACITADOS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
17.5 IMPLEMENTAR AS AÇÕES DAS OUVIDORIAS LOCAIS	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DAS OUVIDORIAS LOCAIS	NÚMERO DE OUVIDORIAS LOCAIS IMPLEMENTADAS	15	2019	Nº	39	Nº	14	10	10	05

Objetivo 18: Fortalecer a participação e o Controle Social do SUS, no âmbito do município.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
18.1 FORTALECER AS AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	FORTALECER AS AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	PERCENTUAL DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
18.2 FORTALECER OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE ENQUANTO CANAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SUS	FORTALECER OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE	PERCENTUAL DE AÇÕES DE FORTALECIMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
18.3 GARANTIR A REALIZAÇÃO DA IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	REALIZAR A IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE REALIZADA	01	2019	Nº	01	Nº	-	01	-	-
18.4 GARANTIR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE VOLTADAS AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE (MUNICIPAL E LOCAL)	GARANTIR EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE	PERCENTUAL DE CONSELHEIROS CAPACITADOS (NÚMERO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE CAPACITADOS/ TOTAL DE	57,5%	2021	%	70%	%	70%	60%	70%	60%

		CONSELHEIROS DE SAÚDE) X100											
18.5 ENVOLVER OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NO MOVIMENTO DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO CONTROLE SOCIAL NO SUS	FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O CONTROLE SOCIAL NO SUS	PERCENTUAL DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO CONTROLE SOCIAL NO SUS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
18.6 IMPLANTAR INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO QUE POSSIBILITEM A DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO SUS	IMPLANTAR INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO COM INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO SUS	NÚMERO DE INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO IMPLANTADAS	02	2021	Nº	03	Nº	03	03	03	03	03	03
18.7 GARANTIR AO CMS A ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA-EXECUTIVA COM INFRAESTRUTURA E QUADRO DE PESSOAL PARA APOIO TÉCNICO CONFORME PRECONIZADO NAS NORMATIVAS VIGENTES DOS CMS (RESOLUÇÃO CNS nº453/2012, LEI MUNICIPAL nº2.766/2011, REGIMENTO INTERNO)	GARANTIR AO CMS A ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA-EXECUTIVA COM INFRAESTRUTURA E QUADRO DE PESSOAL	PERCENTUAL DE QUADRO TÉCNICO EM EFETIVO EXERCÍCIO, CONFORME PRECONIZADO NAS NORMATIVAS VIGENTES DO CMS	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
18.8 PROMOVER AÇÕES PARA REVISÃO DAS NORMATIVAS DO CMS	PROMOVER AÇÕES PARA REVISÃO DAS NORMATIVAS DO CMS	NÚMERO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS DO CMS QUE NECESSITAM DE REVISÃO: LEI DE CRIAÇÃO E REGIMENTO INTERNO DO CMS	01	2021	Nº	02	Nº	01	01	-	-	-	-

DIRETRIZ IX

Manutenção e Otimização dos Processos de Gestão do SUS municipal



Diretriz IX: Manutenção e Otimização dos Processos de Gestão do SUS municipal.

Otimização de processos de Gestão como instrumento para melhoria da prestação de serviços públicos, de forma a garantir os serviços, insumos e a infraestrutura adequada às necessidades de saúde da população.

Objetivo 19: Qualificar, otimizar e manter a gestão dos processos de forma a garantir serviços, insumos, medicamentos e outros, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde da população.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
19.1 EFETIVAR A CENTRAL DE AMBULÂNCIA NO MUNICÍPIO	EFETIVAR A CENTRAL DE AMBULÂNCIA NO MUNICÍPIO	NÚMERO DE CENTRAL DE AMBULÂNCIA EFETIVADA E MANTIDA	01	2021	Nº	01	Nº	01	01	01	01
19.2 AMPLIAR A DISPONIBILIDADE DE VEÍCULOS PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES NOS TERRITÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE	AMPLIAR A DISPONIBILIDADE DE VEÍCULOS PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES NOS TERRITÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE	NÚMERO DE VEÍCULOS DISPONIBILIZADOS	14	2021	Nº	28	Nº	20	23	25	28
19.3 GARANTIR A MANUTENÇÃO DO TRANSPORTE PARA OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	GARANTIR A MANUTENÇÃO DO TRANSPORTE PARA OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	NÚMERO DE VEÍCULOS DISPONIBILIZADOS E MANTIDOS	03	2021	Nº	06	Nº	06	06	06	06
19.4 GARANTIR O ADIANTAMENTO FINANCEIRO PARA AS NECESSIDADES DAS UNIDADES DE SAÚDE, DE ACORDO COM SEU PORTE	GARANTIR O ADIANTAMENTO PARA UNIDADES DE SAÚDE	NÚMERO DE UNIDADES COM ADIANTAMENTO FINANCEIRO	57	2021	Nº	57	Nº	57	57	57	57
19.5 GARANTIR A SEGURANÇA	GARANTIR EQUIPAMENTOS DE	NÚMERO DE UNIDADES COM EQUIPAMENTOS DE	-	-	-	55	Nº	55	55	55	55

DIUTURNAMENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE	NAS UNIDADES DE SAÚDE	SEGURANÇA NAS UNIDADES DE SAÚDE	SEGURANÇA INSTALADOS E MANTIDOS										
19.6	GARANTIR O ABASTECIMENTO REGULAR DE INSUMOS, MEDICAÇÕES, EPI'S, MATERIAL GRÁFICO E DE EXPEDIENTE, DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE	ELABORAR PROCESSO PARA O ABASTECIMENTO REGULAR DE INSUMOS, MEDICAÇÕES, EPI'S, MATERIAL GRÁFICO E DE EXPEDIENTE, DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE.	PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS E ACOMPANHADOS PARA AQUISIÇÃO DAS DEMANDAS RECEBIDAS	100%	2021	%	80%	%	60%	70%	70%	80%	
19.7	ADQUIRIR E MATERIAIS PERMANENTES DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE	ELABORAR PROCESSOS PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES	PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS E ACOMPANHADOS PARA AQUISIÇÃO DAS DEMANDAS	100%	2021	%	80%	%	60%	70%	70%	80%	
19.8	REALIZAR MANUTENÇÃO PREVENTIVA E REGULAR DOS EQUIPAMENTOS	REALIZAR MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS	PERCENTUAL DE UNIDADES COM MANUTENÇÃO REGULAR DE EQUIPAMENTOS	-	-	-	70%	%	40%	40%	60%	70%	
19.9	GARANTIR INTERNET DE BOA QUALIDADE NAS UNIDADES DE SAÚDE	GARANTIR INTERNET DE BOA QUALIDADE NAS UNIDADES	PERCENTUAL DE UNIDADES COM LOGÍSTICA DA REDE DE INTERNET REESTRUTURADA	12%	2021	%	100%	%	20%	20%	30%	30%	
19.10	GARANTIR O TRANSPORTE DOS PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER E DE HEMODIÁLISE DENTRO DO MUNICÍPIO	GARANTIR O TRANSPORTE DOS PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER E DE HEMODIÁLISE DO MUNICÍPIO	PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACORDO COM A DEMANDA	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%	

19.11 ADQUIRIR FARDAMENTO E CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ACS, ACE E ADMINISTRATIVOS)	ADQUIRIR FARDAMENTO E CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ACS, ACE E ADMINISTRATIVOS).	PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS E ACOMPANHADOS PARA AQUISIÇÃO DAS DEMANDAS RECEBIDAS	-	-	-	100%	%	100%	100%	100%	100%
19.12 IMPLEMENTAR SISTEMA DE CONTROLE DE ESTOQUE NO ALMOXARIFADO INTERNO	IMPLEMENTAR SISTEMA DE CONTROLE DE ESTOQUE NO ALMOXARIFADO INTERNO	SISTEMA DESENVOLVIDO E MANTIDO PARA CONTROLE INTERNO DO ALMOXARIFADO	-	-	-	01	Nº	01	01	01	01
19.13 MONITORAR A DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DOS BENS PATRIMONIAIS	MONITORAR A DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DOS BENS PATRIMONIAIS	PERCENTUAL DE BENS PATRIMONIAIS MONITORADOS	80%	2021	%	100%	%	90%	100%	100%	100%
19.14 MONITORAR A FROTA DE VEÍCULOS	MONITORAR A FROTA DE VEÍCULOS	PERCENTUAL DA FROTA DE VEÍCULOS MONITORADA	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
19.15 ELABORAR E MONITORAR OS PROCESSOS DE AQUISIÇÕES DE BENS E SERVIÇOS	ELABORAR E MONITORAR OS PROCESSOS DE AQUISIÇÕES DE BENS E SERVIÇOS	PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS	-	-	-	90%	%	80%	80%	90%	90%
19.16 DISPONIBILIZAR LINHA TELEFÔNICA PARA AS UNIDADES DE SAÚDE	DISPONIBILIZAR LINHA TELEFÔNICA PARA AS UNIDADES DE SAÚDE.	PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE COM LINHAS TELEFÔNICAS DISPONIBILIZADAS	-	-	-	100%	%	30%	50%	70%	100%

Objetivo 20: Requalificar a Infraestrutura das Unidades de Saúde do SUS Arapiraca para proporcionar condições adequadas para melhoria do atendimento à população.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
20.1 REALIZAR MANUTENÇÃO REGULAR E REFORMA NA ESTRUTURA	REALIZAR REGULARMENTE A MANUTENÇÃO E	PERCENTUAL DE UNIDADES E ACADEMIAS DE SAÚDE COM	25%	2020	%	100%	%	25%	25%	25%	25%

FÍSICA DAS UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE	REFORMA DA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE	ESTRUTURA FÍSICA MANTIDAS E REFORMADAS										
20.2 CONSTRUIR E AMPLIAR UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE DE ACORDO COM ESTUDO TERRITORIAL, POPULACIONAL E EPIDEMIOLÓGICO	CONSTRUIR E AMPLIAR UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE	NÚMERO DE UNIDADES E ACADEMIAS DE SAÚDE CONSTRUÍDAS E AMPLIADAS	04	2021	Nº	09	Nº	03	02	02	02	
20.3 RETOMAR A OBRA DO ANEXO DA SECRETARIA DE SAÚDE	REFORMAR ANEXO DA SMS	ANEXO REFORMADO	-	-	-	01	Nº	01	-	-	-	
20.4 DAR FUNCIONALIDADE ÀS 3 UNIDADES DE ACOLHIMENTO	COLOCAR EM FUNCIONAMENTO AS 03 UA'S	NÚMERO DE UNIDADES DE ACOLHIMENTO EM FUNCIONAMENTO	-	-	-	03	Nº	03	-	-	-	
20.5 CONCLUIR A OBRA DO CAPS AD III	CONCLUIR A OBRA DO CAPS AD III	CAPS AD III CONCLUÍDO	-	-	-	01	Nº	01	-	-	-	
20.6 CONSTRUIR O CAPS III	CONSTRUIR CAPS III	CAPS III CONSTRUÍDO	-	-	-	01	Nº	01	-	-	-	
20.7 TRANSFERIR O CTA/SAE PARA UMA ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA	GARANTIR ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA PARA O CTA/SAE	CTA/SAE ESTRUTURADO	-	-	-	01	Nº	01	-	-	-	

DIRETRIZ X

**Integração das ações e serviços de Saúde
para o enfrentamento à COVID-19**



Diretriz X: Integração das ações e serviços de Saúde para o enfrentamento à COVID-19

Estabelecimento de ações e serviços de saúde voltados ao enfrentamento do novo coronavírus no município, primando pela assistência qualificada, resposta oportuna, avaliação de risco e adoção de medidas pertinentes.

Objetivo 21: Garantir Assistência à Saúde da população, voltada ao enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus, no território do município.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
21.1 QUALIFICAR A REDE DE REFERÊNCIA NO ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS	QUALIFICAR A REDE DE REFERÊNCIA NO ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS	PERCENTUAL DE AÇÕES VOLTADAS AO ENFRENTAMENTO COVID-19	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%

Objetivo 22: Reduzir os impactos causados pelo novo coronavírus através das ações integradas da Vigilância em Saúde.

Ação/ Proposta	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
22.1 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE AO CORONAVÍRUS	IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DOS CASOS DE COVID-19	PERCENTUAL DE AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE AO CORONAVÍRUS	100%	2021	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
22.2 AMPLIAR AS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19	FORTALECER A ESTRATÉGIA DE AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID	PERCENTUAL DE COBERTURA DA VACINAÇÃO COVID (POPULAÇÃO ADULTA)	52,55%	2021	%	90%	%	90%	90%	90%	90%
22.3 DESCENTRALIZAR PARA AS UBS A TESTAGEM E VACINAÇÃO PARA COVID-19	ELABORAR PROJETO PILOTO COM DESCENTRALIZAÇÃO DE VACINAÇÃO E TESTAGEM PARA COVID -19	% DE UNIDADES COM IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE DESCENTRALIZAÇÃO DE VACINA E TESTAGEM PARA COVID-19	-	-	-	40%	%	10%	20%	30%	40%

9. GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

O planejamento não pode ser uma simples soma de planos fragmentados por área técnica, há que se ter uma análise da importância das ações de cada área, as quais devem ser direcionadas pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores relacionados às necessidades de saúde da população do município. Dessa maneira, o planejamento em saúde não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e projetos, de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Tão importante quanto identificar os problemas, definir as prioridades, determinar diretrizes, objetivos, metas e traçar estratégias de ação, é garantir o cumprimento do que foi programado. O Plano é um documento vivo que se altera com as mudanças na realidade sanitária do município. O planejamento permanente é uma técnica para qualificar a gestão.

Para tanto, o monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos pela gestão. Sendo que o monitoramento é o acompanhamento permanente e regular de metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde formulada em um dado período, bem como a comparação destas metas e indicadores com o planejado. Enquanto a avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, com emissão de um juízo de valor sobre os resultados das ações empreendidas a partir do planejado.

Portanto, não se trata em meramente armazenar ou compilar dados e informações, estes, devem ser produzidos pelos diversos setores e serviços, os quais alimentam os indicadores de monitoramento. Sendo os indicadores, as ferramentas centrais no monitoramento e avaliação.

Para o processo de monitoramento e a avaliação do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 será realizado pelas superintendências e áreas técnicas da secretaria, a análise dos resultados alcançados nas ações quantificadas através das metas e indicadores de saúde. Sabendo que a execução do PMS está estruturada com base na elaboração da Programação Anual de Saúde, instrumento que permitirá acompanhar a execução de todas as ações contempladas no PMS. Para medir o alcance das metas/indicadores propostos realizaremos oficinas de Avaliação Quadrimestral propiciando espaço de discussão e análise crítica dos resultados alcançados no período, identificando os elementos inibidores e facilitadores desse

processo, de modo a reconduzir em tempo hábil as ações que foram planejadas e não realizadas. A partir da ampla de discussão dos resultados alcançados, serão elaborados, a cada quadrimestre, os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior, conforme o preconizado pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 e pela Lei Complementar nº 141, de 2012, o RDQA tem, entre suas funções, o monitoramento e acompanhamento da execução da PAS.

Todo esse processo será conduzido pela Superintendência de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa em articulação com as demais superintendências. Em conformidade com a legislação do SUS que orienta os gestores a privilegiar as atividades de monitoramento e de avaliação de impacto ou de efetividade das ações, combinando-as com a avaliação dos Indicadores de Saúde, tendo como parâmetro a observância da melhoria das condições de saúde da população durante o período avaliado.

10. REFERÊNCIAS

Arapiraca. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Arapiraca 2018-2021** / Secretaria Municipal de Saúde. Arapiraca: SMS, 2017. 167p;

Arapiraca. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) do Município de Arapiraca-AL**. 5ª versão. / Secretaria Municipal de Saúde. Arapiraca: SMS, 2021. 33p;

ALAGOAS. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Alagoas – PDR/** Secretaria de Estado da Saúde / Superintendência de Planejamento e Participação Social. Maceió – AL. 2011;

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2020-2023** / Secretaria de Estado da Saúde. Maceió: SESAU, 2020. 356p;

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Alagoas Contra o Coronavírus / Secretaria de Estado da Saúde**. Maceió: SESAU, 2020. Disponível em: <http://www.alagoascontraocoronavirus.al.gov.br/>. Acesso em: 21 de setembro de 2021;

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria Nº. 4.198, de 10 de junho de 2021**. Dispõe sobre a padronização da matriz estratégica dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais de Saúde no estado de Alagoas;

ALVES DSB, *et al.* **Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis** [internet]. Caderno Saúde Coletiva. 2016; 24(1): 63-69.

BARROS AJ D. **São grandes os desafios para o Sistema Nacional de Informações em Saúde** [internet]. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(4): 872-4.

BRASIL. Comissão Intergestora Tripartite/CIT. **Resolução CIT nº. 08, de 24 de novembro de 2016**. Dispõe sobre o processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores para o período 2018-2021;

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988;

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set.1990;

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez.1990; BRASIL;

BRASIL. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília – DF. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 25 Ago. 2021;

BRASIL. **Decreto Federal 7.508 de Regulamentação da Lei 8.080** de 28 de junho de 2011. DOU de 29 de junho de 2011. Brasília-DF.2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF.2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. DOU de 29 de setembro de 2017. Brasília-DF.2017;



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. DOU de 29 de setembro de 2017. Brasília-DF.2017;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro 2017.** 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. DOU de 29 de setembro de 2017. Brasília-DF.2017;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF.2017;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília-DF.2014;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.** Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF.2014;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1399, de 17 de dezembro de 2019.** Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília-DF.2019;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 163, de 20 de fevereiro de 2020.** Altera a Portaria nº 1.399/SAES/MS, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília-DF. 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília-DF. 2019;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 GM de 19 de fevereiro de 2002.** Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília-DF. 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS; republicada em maio de 2013. Brasília-DF. 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.** Institui repasse financeiro fixo (componente fixo) para os CAPS cadastrados pelo Ministério da saúde, com vistas ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas. Brasília-DF. 2011;



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília-DF. 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 03 e nº 06 de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília-DF. 2017;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília-DF. 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 835, de 25 de Abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF. 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631 de 01 de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília-DF. 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização Organização Pan-Americana da Saúde.** Brasília, 2009. 318 p. Disponível em: <planejaSUS_livro_1a6.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 10 de agosto de 2021;

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06/04/2001** – Marco Legal da Reforma Psiquiátrica. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília-DF. 2001;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus – Brasil.** Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 24 de agosto de 2021;

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.;

BRITO, Fausto. **Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil [internet].** *Rev. Brasileira de Estudos da População*, v. 25, n. 1, São Paulo, p. 5-26, 2008.

CARVALHO JAM, RODRÍGUEZ-Wong LL. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI [internet].** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3):597-605

CASTRO, RCF. **Comunicação científica na área de saúde pública: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento [tese na internet].** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP;

CONASEMS, CONASS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde.** 3ª Ed. Outubro de 2020. Disponível em: <



<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2021.

CONASEMS. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do Sus: “Diálogos no Cotidiano”** / 2.a edição digital - revisada e ampliada – 2021. 440p.

ESTIMATIVAS segundo o MS/SVS: **Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE**, para 2000 a 2020, baseadas nas Projeções da População 2018.

LIMA JRC, PORDEUS AMJ, Rouquaryrol MZ. **Medida da Saúde Coletiva** [internet]. 2013. [acesso em 18 fev 2018]. Disponível em In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, organizadores. *Epidemiologia Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.

INCA. **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama**/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2021;

INCA. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Maria Beatriz Kneipp Dias; Caroline Madalena Ribeiro (organizadores). Rio de Janeiro: Inca, 2019;

PERFIL MUNICIPAL. Ano 4, nº 4 (2018)

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, IPEA -Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Fundação João Pinheiro. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013[internet].

Programa de Governo 2021 a 2024, Prefeito: José Luciano Barbosa da Silva; Vice Prefeita: Rutineide Pereira de Melo Lira - “Coligação Para Arapiraca Voltar a Crescer”- 14p.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** [internet]. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

VIANA RC, NOVAES RCB, CALDERON IMP. **Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada** [internet]. *Com Ciências Saúde*. 2011; 22(supl 1): 141-152.

WASHINGTON, L. A., ASSIS, M. M. A., **Desafios do Planejamento na Construção do SUS**; PREFÁCIO TEIXEIRA, C., ONOCKO, R. - SALVADOR : EDUFBA, 2011. 174p.

www.cidades.ibge.gov.br (acessado em 25 de agosto de 2021)

www.historiadealagoas.com.br (acessado em 25 de agosto de 2021)

www.cma.al.gov.br (acessado em 25 de agosto de 2021)

www.dados.al.gov.br (acessado em 25 de agosto de 2021)

www.cnes.datasus.gov.br (acessado em 06 de setembro de 2021)



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA SAÚDE PARA TODOS

2022 - 2025

ANEXOS

Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde

**Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e
Financiamento do SUS**

**Arapiraca-AL
2019**

Prefeito
Rogério Auto Teófilo

Vice-Prefeita
Fabiana dos Santos Cavalcante

Secretário
Glifson Magalhães dos Santos

Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Rodrigo Lopes da Costa

Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde

Elaboração

Superintendente de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa
Emmanuelle Maria da Costa Santos

Comissão de Relatoria e Regimento
Ana Lúcia Lima
Fabírcia Silva de Araújo Galindo
Taysa Maria da Costa Sousa
Rodrigo Lopes da Costa

Arapiraca/AL
2019

SUMÁRIO

Apresentação	04
Encontro preparatório	05
Mesa de abertura	06
Mesa temática I	06
Mesa temática II	10
Análise da Situação de Saúde de Arapiraca - AL	12
Propostas aprovadas na VIII Conferência Municipal de Saúde	15
Moções Aprovadas na VIII Conferência Municipal de Saúde	21
Avaliação da VIII Conferência Municipal de Saúde	23

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde, debatido e aprovado por delegados oriundos de todos os seguimentos representativos do município de Arapiraca -AL.

Realizada no Levino's Hall situado na Rua Governador Luís Cavalcante, 1280 - Alto do Cruzeiro – Arapiraca/AL, a VIII Conferência Municipal de Saúde, aconteceu nos dias 09 e 10 de abril de 2019. Sob o tema “ Democracia e Saúde: Saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”, 412 participantes, dos quais 261 delegados, debateram o tema para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde, distribuídos nos seguintes eixos temáticos:

I – Saúde como Direito:

- a) Defesa do Direito à Saúde;
- b) O controle social na garantia do direito à Saúde.

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

- c) Reafirmação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) Modelo de atenção que atenda aos princípios do SUS e que seja resolutivo.

III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS:

- e) Financiamento do SUS.

O presente documento foi construído com base nas 57 propostas votadas e aprovadas nos Grupos de Trabalho (GTs) e na Plenária Final.

As diretrizes e propostas debatidas durante a conferência resultaram em sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde, construídas de forma participativa, efetivando o controle social no município.

ENCONTRO PREPARATÓRIO

Aos 19 dias do mês de março de 2019, às 14h30, no auditório do CRIA, foi realizado o Encontro Preparatório para VIII Conferência Municipal de Saúde de Arapiraca. Este encontro teve como objetivos: Apresentar o tema central e os eixos da VIII COMUSA; mobilizar a participação dos segmentos representativos da sociedade e esclarecer o processo de credenciamento dos Delegados. O Encontro, que garantiu a acessibilidade comunicacional através de uma intérprete de libras, contou com um público de 188 pessoas, sendo estas: 102 das Unidades Básicas e Especializadas de Saúde, 47 da gestão, 18 conselheiros municipais de saúde, 11 de Entidades representantes de usuários e 10 estudantes. O evento foi iniciado com a composição da mesa de autoridades formada pelo Secretário Municipal de Saúde, Glifson Magalhães, pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Rodrigo Lopes da Costa, pela Superintendente de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa, Emmanuelle Maria da Costa Santos, pela Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde e pelo Enfermeiro e Professor da UFAL, Jarbas Ribeiro. Após a composição da mesa o Hino Nacional Brasileiro e o Hino de Arapiraca foram cantados. Em continuidade, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Rodrigo Lopes, é convidado para fazer o uso da palavra. Logo após, é facultada a palavra ao Secretário Municipal de Saúde, Glifson Magalhães. Encerrada a solenidade de abertura, a mesa de autoridades é desfeita. Foi exibido um vídeo contendo o resgate histórico de todas as Conferências Nacionais de Saúde e em seguida, foi ministrada pelo Professor Jarbas Ribeiro a palestra com o tema central da VIII COMUSA “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Foi aberto um espaço para debate. Posteriormente, a Superintendente de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa, Emmanuelle Costa, faz uma breve explicação sobre participação dos segmentos representativos da sociedade e esclareceu o processo de credenciamento dos Delegados da VIII COMUSA. Para finalizar, foram distribuídas as fichas de inscrição dos delegados. O evento foi encerrado às 17h10.

MESA DE ABERTURA

O evento teve início com uma solenidade de abertura que contou com uma mesa composta pelo prefeito Rogério Teófilo; representando a Câmara de Vereadores do município as vereadoras Graça Lisboa e Aurélia Fernandes; o secretário de saúde Glifson Magalhães; o presidente do Conselho Municipal de Saúde Rodrigo Lopes e a Superintendente de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa Emmanuelle Costa e o Representante do Conselho Estadual de Saúde Jader Albuquerque.

Dando continuidade à programação, foi composta uma segunda mesa com os membros da Comissão de Relatoria e Regimento, Taysa Sousa, Rodrigo Lopes, Fabrícia Galindo e Ana Lúcia Lima, o regulamento foi lido e a plenária apreciou e aprovou o documento na íntegra.

Após a leitura do regulamento houve a apresentação cultural do Grupo de Educação em Saúde da Promoção da Saúde – GESPS de Arapiraca, sobre a temática Saúde Pública; e na sequência as mesas temáticas.

MESA TEMÁTICA I

Mesa Temática I – “Democracia e Saúde”

Data: 09 de abril de 2019

Hora início: 16h00 Hora término: 17h10

Expositora: Dra. Sylvana Medeiros Torres – Secretária Executiva do COSEMS

A exposição teve início com a indagação: “O que estamos fazendo aqui?” Enfatizando que falar de Sistema Único de Saúde nesse momento em que se realiza uma plenária de conferência de saúde serve para provocar um processo de reflexão. Estamos aqui só para observar? Estamos aqui para apoiar o SUS? Estamos aqui para acompanhar o processo de pagamento do SUS? Ou estamos aqui para a defesa do SUS como uma política pública, inclusiva, e que acima de tudo é uma política pública de conquista democrática?

Assim se trata de um momento de trocas, onde se ensina e se aprende, e se possui um objetivo único, com todos unidos nesse processo histórico. Falar de SUS precisa olhar para a

história, tijolo por tijolo, numa construção coletiva, a muitas mãos, e principalmente através de um processo de cidadania.

Como o SUS chega até nós? O SUS está presente em todos os espaços relacionados a saúde, seja nos atendimentos realizados em rede ambulatorial, hospitalar, vigilância sanitária, imunização, saúde do trabalhador, onde se pensa saúde num contexto integral. Não apenas na assistência, prevenção de doenças, promoção da saúde, mas também nas urgências e emergências, com o atendimento pré-hospitalar prestado pelo SAMU e pelo serviço aéreo, exemplificando a atuação do SUS no desastre de Brumadinho-MG onde o helicóptero que atuava no resgate de sobreviventes era do SUS, portanto atuando em diversos eixos, onde todos fazem o SUS acontecer.

Apresentou o cenário epidemiológico no período antes do SUS, onde na década de 20 eram registradas altas taxas de mortalidade infantil, epidemias, pobreza, problemas pela falta de saneamento básico, número elevado de analfabetos, expectativa de vida em torno de 53 anos. E que nessa época, o serviço de saúde era exclusivo para os contribuintes, com maior foco na atenção curativa e medicamentosa, voltada para a assistência hospitalar. Não existia a participação da população, os recursos eram centralizados a nível federal, onde as prioridades eram estabelecidas sem o prévio conhecimento da realidade local.

Na década de 80, iniciou-se um movimento denominado Movimento da Reforma Sanitária, com a participação dos profissionais de saúde, organizações de classe, com destaque para os operários do ABC paulista, eclodindo o movimento de mobilização pelas Diretas Já, e tendo como marco histórico a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 onde é proposto um sistema de saúde que fosse único e descentralizado.

Em 1988 nasce o SUS – Sistema Único de Saúde, contido na Constituição Federal, e não nasce como um milagre ou uma benesse do Estado, mas pela luta dos movimentos populares que lutavam e exigiam um sistema de saúde que pudesse atender a todas as necessidades de saúde da população, por isso mesmo considerado complexo e abrangente. Portanto, o SUS é uma política de Estado constituído pelas forças sociais que lutaram pela democracia.

O Sistema Único de Saúde está embasado legalmente nos seguintes documentos:

- Constituição Federal de 1988, no Art. 196 – “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e

de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

- Lei 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, onde contém as normas para que a saúde ganhasse corpo e se estruturasse, e afirma ser o SUS responsável pela promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços;
- Lei 8.142/1990, que garante a participação da comunidade através dos conselhos e conferência, e a transferência intergovernamental de recursos;
- Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde, e a articulação interfederativa.

Apresentou em seguida o modelo do Estado de Alagoas, que está dividido em 10(dez) regiões de saúde, onde o planejamento para a prestação dos serviços de saúde requer essa articulação, uma vez que os municípios menores não dão conta de oferecer a integralidade dos serviços para os seus munícipes, e ressaltou a importância de Arapiraca nesse contexto por ser um município-polo, sede da 2ª macrorregião de saúde e que não possui responsabilidade apenas pelos munícipes de Arapiraca, mas para cerca de cerca de dois milhões de habitantes.

Dando sequência ressaltou o conceito ampliado de saúde e os princípios do SUS, que são divididos em doutrinários – Universalidade, Equidade e Integralidade, e em organizativos – Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único, e Participação Popular.

A Universalidade garante a atenção a saúde a todo e qualquer cidadão, uma vez que a saúde é um direito de todos. Exemplificou com os serviços de nefrologia, oncologia, que são de alto custo e independente de qualquer valor ele precisa ser ofertado. Garante um SUS inclusivo e solidário, sendo de responsabilidade do Estado e dos municípios de ocorrência dos casos. Falou ainda que a população é composta por diversidades e o sistema deve olhar para todos respeitando as especificidades.

A Equidade visa tratar desigual os desiguais, disponibilizando recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, conduzindo maior atenção aos que mais necessitam e levando a saúde até os usuários, destacando o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Atendimento Domiciliar, onde o cidadão é atendido em suas necessidades de saúde de forma efetiva.

A Integralidade aponta para a articulação no sentido de atender ao indivíduo de forma integral seja na promoção, prevenção, proteção, recuperação tratamento, reabilitação, atuação intersetorial, onde o usuário deve ser compreendido dentro do contexto sociocultural. Exemplificou com a realização das campanhas contra o *Aedes aegypti*, que congrega vários setores institucionais e da população; a atuação da Saúde do Trabalhador com as visitas e inspeções nas empresas; a atividade agrícola, onde o setor saúde apontou a necessidade de transporte, EPI, dentre outras. Destaque para os avanços nas diversas áreas, fruto das lutas para se tratar a população com respeito,

Os princípios organizativos, Regionalização e Hierarquização requer a articulação município – município, e município – Estado, para o acesso ao cuidado em tempo oportuno e de forma qualificada para todos os cidadãos que dele necessite. Citou o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de planejamento, destacando a importância do sonhar no futuro, exemplificando o desejo de implantação do serviço de oncologia em Arapiraca, que foi planejando e sonhado há muito tempo atrás, e que hoje está consolidado no município. Apresentou o modelo de assistência com os diversos pontos de atenção, representados pelos serviços ambulatoriais, hospitalares, SAMU, UPA, PSE, Melhor em Casa, Educação, modelo esse que precisamos defendê-lo através do fortalecimento regional.

A descentralização e comando único oferece ao município a oportunidade de organizar os serviços de saúde de acordo com o perfil epidemiológico, com suas necessidades locais/regionais, para que tenha resolutividade e atenda aos objetivos traçados no planejamento do município.

A Participação Popular, através dos conselhos e conferência, se constitui em espaços democráticos que privilegiam a participação com responsabilidade, onde são discutidas as questões da política de saúde do município, apresentando diagnóstico, planejamento e prioridades.

Com o tema da conferência – “Democracia e Saúde”, se resgata a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se discutiu que saúde é democracia, democracia é saúde. Resgatar e atualizar os eixos da 8ª CNS para reafirmar seu fortalecimento da “Saúde como direito; Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde; Financiamento adequado e suficiente para o SUS”.

MESA TEMÁTICA II

Mesa Temática II – “Financiamento do SUS”.

Data: 09 de abril de 2019

Hora início: 17h15 Hora término: 18h10

Expositor: Joellyngton Medeiros Santos – Assessor Técnico do CES.

O palestrante Joellyngton Medeiros iniciou sua fala esclarecendo que era um contador de histórias nato, natural de Traipú - AL e que iria discorrer sobre o tema Financiamento do SUS de forma simples, ressaltou que participou da 8ª CNS, e que desde então está inserido na dinâmica de efetivação do SUS, enquanto política pública garantida em lei, e nesse período de avanços e retrocessos para a garantia da saúde como direito, um dos principais entraves para essa efetivação se dá pelo subfinanciamento do SUS.

Resgatou o arcabouço legal do financiamento da saúde da década de 80 até os dias atuais, destacando nesse processo a Constituição Federal de 1988 que trata em seu art. 196 da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. E o art. 2º da Lei 8080/90, que no § 2º traz que o dever do Estado, não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, em prover condições indispensáveis para a saúde; e que diante dessa garantia legal, ainda não vê a sociedade se movimentando em defesa do SUS de forma veemente.

No resgate histórico, ele apresentou o longo percurso de organização da saúde como direito, onde após 20 anos de existência do SUS, ainda não havia uma legislação que estabelecesse os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, e nesse sentido nos anos 2000 a EC/29 vinculou os recursos nas três esferas de governo, nesse sentido, em 2012 ela foi regulamentada pela Lei Complementar n.º 141/12, que além de definir os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, estabeleceu normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

Nessa evolução histórica, o palestrante fez referência a Portaria n.º 3.992/17 que simplificou os repasses dos 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, organizando as transferências em apenas dois blocos de financiamento: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

E fez um alerta a população sobre os impactos negativos de duas emendas constitucionais, a EC 86/2015 que excluiu a saúde de receber os recursos do pré-sal, e vinculou o financiamento da união a Receita Corrente Líquida – LCL, bem como, a EC 95/2016 que instituiu um novo regime fiscal para vigorar nos próximos 20 (vinte) anos, valendo, portanto, até 2036, congelando os investimentos em saúde, trazendo prejuízo de bilhões de reais nas receitas de saúde. Essa proposta de emenda foi alvo de intensos protestos pela sociedade civil. Sendo necessário travar uma luta, nessa conferência, pela revogação das EC 86/2015 e EC 95/2016; bem como definir propostas na direção de maior financiamento do SUS, inclusive na busca da garantia de destinação de 10% das receitas brutas da União para o Sistema Único de Saúde.

Joellyngton terminou sua apresentação agradecendo a oportunidade e reafirmando a necessidade de discutir amplamente o financiamento do SUS, uma vez que a injeção de mais recursos terá impactos positivos imediatos para os programas já existentes, qualificando a atenção básica à saúde como porta de entrada dos serviços, e organizando melhor os fluxos de acesso a média e na alta complexidade.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE ARAPIRACA - AL

Data: 10 de abril de 2019

Hora início: 08h48 Hora término: 10h40

Expositor: Glifson Magalhães dos Santos – Secretário Municipal de Saúde de Arapiraca - AL

O Secretário Municipal de Saúde de Arapiraca, Glifson Magalhães, iniciou sua fala relatando que fará uma análise da situação atual de saúde de Arapiraca. Assim, trata-se de uma oportunidade de analisarmos o que vai bem e o que precisa ser melhorado em relação aos serviços de saúde prestados em nosso município. O mesmo ressaltou a importância dos temas abordados nas Mesas Temáticas anteriores, Democracia e Saúde, ministrada pela Dra. Sylvana Medeiros e Financiamento do SUS, ministrada por Joellyngton Medeiros.

O Secretário iniciou sua apresentação abordando a missão e visão de futuro da Secretaria Municipal de Saúde e concomitantemente faz um agradecimento à toda sua equipe técnica pelo profissionalismo e comprometimento com a saúde pública. Em continuidade, ao apresentar as Regiões de Saúde do Estado, Glifson, relatou que Arapiraca tem uma grande responsabilidade por ser referência na prestação de muitos serviços para mais de 46 municípios da 2ª macrorregião. Somos referência no atendimento de alta e média complexidade, ambulatorial e hospitalar.

O mesmo falou da importância do Plano Diretor Regional e apresentou a organização do sistema através uma pirâmide com os serviços de saúde. Fez um resumo da estruturação operacional da Atenção Básica de Saúde no município de Arapiraca que atualmente dispõe de: 40 Unidades Básicas de Saúde, sendo 24 na zona urbana e 16 na zona rural, 67 Equipes de Saúde da Família, 48 Equipes de Saúde Bucal, 2 PACS, 10 NASF e 2 Academias de Saúde. Atenção Básica dispõe de uma cobertura de 100% enquanto a cobertura de Equipes de Saúde da Família é de 97,86%.

Quanto à Atenção Especializada, o Secretário apresentou as seguintes Unidades: CAPS II Nise da Silveira, CAPS AD Amor e Esperança, Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca - CEMFRA, Espaço TRATE, Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, Pronto Atendimento - P.A, Espaço Nascer, Banco de Leite Humano – BLH, Centro de Referência Integrada de Arapiraca – CRIA e Componente de Especializado de Assistência Farmacêutica – CEAF. Para se ter uma ideia, o município possui uma despesa mensal de aproximadamente

R\$30.000,00 com o CEAF. Dessa forma, as ações financeiras do Governo Federal e dos Estados está achatando as ações municipais e por isso, precisamos tanto discutir o financiamento do SUS.

O Secretário, tratou ainda de aspectos da Vigilância em Saúde: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Endemias, Laboratório, Promoção da Saúde, Saúde do Trabalhador, Análise e Informação. Quanto ao Planejamento Estratégico e Gestão Participativa, nesta, o mesmo ressaltou a atuação efetiva do Conselho Municipal de Saúde, dos 40 Conselhos Locais de Saúde, além da construção do Plano Municipal de Saúde (2018-2021), do fortalecimento da Ouvidoria do SUS e do Financiamento do SUS.

Posteriormente à apresentação do Secretário, foi aberto o espaço para debates.

Sr. Valdenor, usuário do 4º Centro de Saúde indagou o porquê do município não priorizar a saúde do Idoso. Glifson respondeu que na Secretaria de Municipal de Saúde existe uma coordenação específica para tratar da saúde do idoso.

Sra. Maria Aparecida Oliveira, conselheira municipal de saúde e usuária do 2º Centro de Saúde, questionou o horário de funcionamento da cardiologia do Hospital CHAMA, que atualmente é só de segunda à sexta, até 17h. Questionou ainda a suspensão do serviço de Oncologia. O Secretário respondeu que existe um trabalho integrado; a responsabilidade dos serviços prestados é tripartite. Arapiraca vem honrando com seus compromissos, porém não tem condições de arcar sozinho com os recursos. Infelizmente, não há contratualização com o Estado para formalizar o repasse de recursos para os serviços. Precisamos utilizar esse espaço da Conferência para exigirmos o cumprimento desses repasses.

Sr. Daniel, usuário da UBS Canaã, solicitou informações sobre profissionais para completar as equipes do NASF; sobre a falta de acessibilidade física e comunicacional nas UBS, a exemplo da carência de intérpretes de libras e além disso, sobre a falta de segurança nas Unidades de Saúde. O Secretário relatou que com o PSS a situação do NASF será estabilizada. Quanto a acessibilidade nas Unidades de Saúde, o mesmo afirmou que sabe da precariedade, mas que em breve, provavelmente em maio/2019, será iniciada uma série de melhorias na estrutura física das Unidades de Saúde, com a efetivação da manutenção predial. Sobre o intérprete de libras, iremos pensar em conjunto com a equipe técnica para firmar parceria com a Secretaria Municipal de Educação e Esporte. Quanto a falta de segurança nas Unidades, informou que a segurança é competência do Estado e infelizmente em Arapiraca não há aparato policial suficiente. Além disso, nossos guardas municipais não estão

habilitados para atuarem com o poder de polícia. Porém, considerou a importância da parceria com o 3º Batalhão de Polícia Militar e aconselhou sempre formalizar as denúncias via Boletim de Ocorrência.

Sr. Valter, usuário do 1º Centro de Saúde solicitou a revisão da quantidade de cotas de exames e consultas para as áreas descobertas e a importância do georeferenciamento existente no município. O Secretário afirma que atualmente há muita dificuldade para habilitação de novas Equipes de Saúde da Família e a importância de informatizarmos a saúde.

Sra. Babilônia, conselheira municipal de saúde e usuária da UBS da Canafístula solicita informações sobre o que está sendo feito para que os serviços de neurocirurgia e oncologia não parem. O Secretário afirmou que infelizmente os disponíveis são insuficientes, a SESAU precisa disponibilizar mais recursos. Porém, o município não está medindo esforços para cumprir seus compromissos com a saúde pública.

O Secretário finalizou sua fala agradecendo a presença de todos, ressaltando que espera ter contribuído para as discussões que seriam intensificadas nos grupos de trabalho.

PROPOSTAS APROVADAS NA VIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GRUPO I - SAÚDE COMO DIREITO

Defesa do Direito a Saúde

COORDENADOR: Taysa Costa

RELATOR: Rafaela Nóbrega e Luana Caetano

FACILITADOR: Aglaí Tojal e Larissa Pinto

1 - GARANTIR E INTENSIFICAR AS AÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM GERAL
2 - GARANTIR ESTRUTURAS FÍSICAS ADEQUADAS DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO HUMANIZADO À POPULAÇÃO.
3 - GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), CONSIDERANDO A LEI 10.216/2001.
4 - MANTER A COMPETÊNCIA PLENA DOS TRÊS ENTES FEDERATIVOS NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE, SEM A INGERÊNCIA DA INICIATIVA PRIVADA OU TERCEIRIZADA.
5 - GARANTIR REGULARMENTE O ABASTECIMENTO DE ANTIRRETROVIRAIS PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO PARA A POPULAÇÃO EM GERAL.
6 - REPROGRAMAR AS COTAS DE EXAMES E CIRURGIAS NA PERSPECTIVA DE AMPLIAÇÃO COM VISTAS A ATENDER AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.
7 - REDIMENSIONAR O NÚMERO DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA VINCULADAS A CADA NASF AB COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS TERRITORIAIS.
8 - PROVOCAR OS PODERES LEGISLATIVO, EXECUTIVO E JUDICIÁRIO PARA GARANTIR A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES DA NEUROLOGIA.
9 - ASSEGURAR AS POLÍTICAS SOCIAIS AMPLAS POR MEIO DE PROJETOS INTERSETORIAIS COM O SUS.
10 - AMPLIAR E FORTALECER A ABORDAGEM DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.
11 - GARANTIR A NÍVEL FEDERAL A REGULARIDADE DO ABASTECIMENTO DE

VACINAS, SOROS, IMUNOGLOBULINAS E INSUMOS.
12 - ARTICULAR COM O ESTADO A DESCENTRALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PERÍCIA CRIMINAL PARA OS MUNICÍPIOS E AMPLIAR OS ATENDIMENTOS PRESTADOS PELO IML.
13 - IMPLANTAÇÃO E FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COM RELAÇÃO A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.
14 - ORGANIZAR A REDE PARA AS PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS PERANTE ATENDIMENTO HOSPITALAR E INTERNAÇÃO.
15 - GARANTIA DE FISCALIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA FISCALIZAÇÃO DE VIAS PÚBLICAS EM RELAÇÃO AO ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E OUTROS PÚBLICOS COM ESTA NECESSIDADE.

GRUPO II - SAÚDE COMO DIREITO

O Controle Social na Garantia do Direito à Saúde

COORDENADOR: Alzenir Almeida

RELATOR: Érika Paula

FACILITADOR: Deise Malba e Fátima Ramalho

1 - GARANTIR O FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS TRÊS INSTÂNCIAS (FEDERAL/ESTADUAL/MUNICIPAL) EFETIVANDO A POLÍTICA PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS.
2 - GARANTIR A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM TODAS AS POLÍTICAS PÚBLICAS, AMPLIANDO OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO PARA INTERAÇÃO COM A POPULAÇÃO DE FORMA TRANSPARENTE E PARTICIPATIVA, ASSEGURANDO FINANCIAMENTO PARA PUBLICAÇÕES DAS AÇÕES E CONVOCAÇÕES DOS CONSELHOS (LOCAIS E MUNICIPAL) DE SAÚDE.
3 - GARANTIR FINANCIAMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE UMA REUNIÃO AMPLIADA, ANUAL, PARA INTERAÇÃO ENTRE OS CONSELHOS DE SAÚDE.
4 - INSTITUCIONALIZAR OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE A NÍVEL NACIONAL, COMO FORMA DE FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.
5 - ASSEGURAR NA LEI 8142/90 O FINANCIAMENTO PARA LOCOMOÇÃO DOS CONSELHEIROS, DO SEGUIMENTO USUÁRIOS, PARA PARTICIPAÇÃO NAS REUNIÕES E DEMAIS EVENTOS PROMOVIDOS PELOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL,

GESTORES E LOCAIS).

GRUPO III - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **Reafirmação dos Princípios do Sistema Único de Saúde**

COORDENADOR: Manuela Lourenço

RELATOR: Julliane Bispo e Eliflan Gomes

FACILITADOR: Ana Lúcia e Sandra Ramos

1 - GARANTIR A EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DE UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.

2 - CONSOLIDAR AS POLÍTICAS DE SAÚDE EXISTENTES E GARANTIR OS PROGRAMAS SÓCIO-ASSISTENCIAIS.

3 - REAFIRMAR A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE MODO A AMPLIAR OS CAPS DE ACORDO COM A POPULAÇÃO E IMPLANTAR OS CAPS 24H E CAPSI.

4 - REORGANIZAR O FLUXO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO DE MODO A GARANTIR OS PRINCÍPIOS DO SUS.

5 - REAFIRMAR O ATENDIMENTO DAS POLÍTICAS SETORIAIS EXISTENTES, COMO LGBTQI+, POPULAÇÃO NEGRA, POPULAÇÃO QUILOMBOLAS, POPULAÇÃO INDÍGENAS, ENTRE OUTROS.

6 - GARANTIR O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE ALTO CUSTO PARA OS PACIENTES INSERIDOS NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF).

7 - GARANTIR O MONITORAMENTO DA QUALIDADE E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS.

8 - GARANTIR RECURSOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO (SVO) NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA PARA ATENDER A 2ª MACRORREGIÃO DE ALAGOAS.

9 - GARANTIR O USO DO NOME SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. GARANTIR O USO DO NOME SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

GRUPO IV - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Modelo de atenção que atenda aos princípios do SUS e que seja resolutivo

COORDENADOR: Rafaela Albuquerque

RELATOR: Laura Rossana e Eduardo Araújo

FACILITADOR: Edna Verissimo e Lausene Lins

1 - FORTALECER A POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO ATRAVES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, CONSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE FLUXOS E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE SAÚDE.
2 - FORTALECER E GARANTIR A ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO FAMILIAR, PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO, QUALIFICANDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, VISANDO A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNO INFANTIL
3 - AMPLIAR E FORTALECER A ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DE FINANCIAMENTO ADEQUADO, PRIMANDO PELA GARANTIA DE SUAS FUNÇÕES ENQUANTO ORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE, BEM COMO COORDENADORA DO CUIDADO.
4 - DISCUTIR A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE AGENDA AVANÇADA ATRAVÉS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.
5 - DISCUTIR A FORMA DE REMUNERAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATRAVÉS DO CUMPRIMENTO DE METAS, VISANDO A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.
6 - CAPACITAR PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E TRANSTORNO MENTAL.
7 - CRIAR CENTRAIS MUNICIPAIS DE INTERPRETES DE LIBRAS, ARTICULANDO AS SECRETARIAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL.
8 - AMPLIAR O NÚMERO DE E-NASF/AB PARA GARANTIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA A POPULAÇÃO.
9 - REDUZIR A QUANTIDADE DE EQUIPES/UNIDADES DE SAÚDE AS QUAIS OS NASF'S PRESTAM SERVIÇO, OTIMIZANDO A QUALIADE DA ASSISTENCIA PRESTADA.

10 - ADOPTAR POLÍTICAS PÚBLICAS QUE GARANTAM A AMPLIAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES E PSIQUIÁTRICOS PARA ATENDIMENTO A POPULAÇÃO, IMPLANTANDO CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE LEITOS.
11 - GARANTIR A EFETIVAÇÃO DA LEI 12802/2013 PARA AS MULHERES MASTECTOMIZADAS.
12 - INCLUIR NA EQUIPE MINIMA DA ATENÇÃO BÁSICA PSICOLOGOS E ASSISTENTES SOCIAIS.
13 - REDUZIR O NÚMERO DE PESSOAS ADSCRITAS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PRA MELHORAR O ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.
14 - AMPLIAR AS CATEGORIAS PROFISIONAIS DA EQUIPE MINIMA DO SAD, VISANDO UMA ASSITENCIA INTEGRAL AOS USUARIOS ASSITIDOS.
15 - AMPLIAR O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS IDOSAS NOS MUNICIPIOS, CRIANDO NUCLEOS DE GERONTOLOGIA E EQUIPES QUALIFICADAS.
16 - FORTALECER A POLITICA DE SAUDE DO TRABALHADOR E CRIAR NUCLEOS DE ATENDIMENTO AO TRABALHADOR E TRABALHADORA.
17 - FORTALECER A IMPLANTAÇÃO E DISCUSSÃO DA AGENDA INTEGRADA ENTRE AS SECRETARIAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSITÊNCIA, PROMOVENDO AÇÕES INTERDISCIPLINARES NOS MUNICIPIO/TERRITORIOS.
18 - FORTALECER A POLITICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA, GARANTIDO O ATENDIMENTO INTEGRAL E QUALIFICADO A CRIANÇA E SUA FAMILIA DE 0-6 ANOS.
19 - CAPACITAR PROFISSIONAIS EM CONHECIMENTO DE DOENÇAS PREVALENTES DO POVO NEGRO.

GRUPO V - FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

Financiamento do SUS

COORDENADOR: Fabricia Galindo

RELATOR: Luiz Henrique, Adriana Maria e Ayse Rafaelle

FACILITADOR: Magaiver Magno e Nadja Vieira

1- REAFIRMAR A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL E INTEGRAL E DEVER DO ESTADO, DESTINANDO 10% DAS RECEITAS CORRENTES BRUTAS DA UNIÃO PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.
2- REAJUSTAR O CUSTEIO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE PRATICADOS EM CADA LOCALIDADE AMPLIANDO A OFERTA DE SERVIÇOS.
3- REVISAR E REAJUSTAR A CADA QUATRO ANOS OS VALORES DOS PROCEDIMENTOS CONSTANTES NA TABELA SUS.
4- REVOGAR A EMENDA CONSTITUCIONAL (EC) DE NÚMERO 86, QUE EXCLUI A SAÚDE NA DIVISÃO DO PRÉ SAL E ESTABELECE O LIMITE DE 15% DAS RECEITAS CORRENTES LIQUIDAS, E A EC N 95 QUE CONGELA OS GASTOS/INVESTIMENTOS EM SAÚDE POR 20 (VINTE) ANOS.
5- AUMENTAR OS VALORES REPASSADOS PELA UNIÃO AOS MUNICÍPIOS PARA O CUSTEIO DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - AB, SAÚDE BUCAL E NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF.
6- ESTABELECEM CRITÉRIOS MAIS ESPECÍFICOS POR PARTE DA UNIÃO PARA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS ORIUNDOS DO PMAQ PELOS MUNICÍPIOS (DETERMINAÇÃO DE PERCENTUAIS A SEREM INVESTIDOS DE FORMA MAIS SEGMENTADAS POR EIXOS DA ATENÇÃO BÁSICA – INSUMOS, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA).
7- REAVALIAR A DISTRIBUIÇÃO POR PARTE DO ESTADO DOS RECURSOS MAC NA PPI PARA OS MUNICÍPIOS, DE ACORDO COM A SÉRIE HISTÓRICA DE PRODUÇÃO EXECUTADA PELOS MESMOS.
8- AUMENTAR O VALOR PER CAPITA DOS RECURSOS DA ATENÇÃO BÁSICA ENVIADOS PELO ESTADO E UNIÃO AOS MUNICÍPIOS.
9- AMPLIAR O FINANCIAMENTO DA REDE CEGONHA VISANDO A MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL, PARTO E PUERPÉRIO.

MOÇÕES APROVADAS NA VIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Aprovadas em Plenária

1 – Moção de repúdio a Emenda Constitucional (EC) de número 86, que exclui a saúde na divisão do pré sal e estabelece o limite de 15% das receitas correntes líquidas, e a EC de número 95 que congela os gastos/investimentos em saúde por 20 (vinte) anos.

A presente moção foi assinada por 61 delegados, correspondendo a 23,37% do total de delegados presentes na plenária.

DELEGADOS ELEITOS PARA A IX COESA

Nome	Segmento	Telefone	E-mail
TITULAR: Taysa Maria da C. Sousa SUPLANTE: David José Santos	Governo/prestador	99938-5739 99647-0010	taysa.costa10@gmail.com
TITULAR: Élcio Texeira de Souza SUPLANTE: Rainilda Batista Sales	Governo/prestador	99928-4197 99936-5538	elciotsouza@hotmail.com rayzinha_@hotmail.com
TITULAR: José Edilson Ferreira de Melo SUPLANTE: Fernando José dos Santos	Governo/prestador	99921-8619 998355670	edilsonmelo2009@gmail.com fernandojosesantos@gmail.com
TITULAR: Joseane Lima da Silva SUPLANTE: Fátima Cristina G. Valença	Trabalhador da Saúde	99613-5408 99607-8321	joseaneal_25@yahoo.com.br
TITULAR: Eduardo Araújo Pinto SUPLANTE: Silvania	Trabalhador da Saúde	99613-3295 99920-2340	eduard_araujo@hotmail.com fsfh2007lic@hotmail.com

Nunes Leite			
TITULAR: Viviany Amorim de Souza SUPLENTE: José Lino Q. da Silva	Trabalhador da Saúde	999763961 99816-5808	vivianeamorimdesouza@gmail.com joselinoquerino@gmail.com
TITULAR: Rodrigo Lopes da Costa SUPLENTE: Edson Duarte	Usuário	99902-7340 99931-2215	rodrigol.costa48@gmail.com
TITULAR: Daniel Nunes de Oliveira SUPLENTE: Genilda Maria Queiroz Silva	Usuário	99622-1252 98131-4167	
TITULAR: Babilônia Bezerra Silva SUPLENTE: José Adailton F. da Silva	Usuário	99921- 0824 99949-2569	babiloniabezerra@gmail.com
TITULAR: Maria Selma Da Silva SUPLENTE: José Valdenor dos Santos	Usuário	98721-5795 99964-5660	
TITULAR: Anny Karlla Barbosa SUPLENTE: Gean Carlos Izidoro Silva	Usuário	99991-6040 99653-1888	annybarbosa495@gmail.com
TITULAR: Alex Sandro Silva SUPLENTE: João Kleber Vitorio dos Santos	Usuário	99699-8613 99623-2705	alexsanleo24@gmail.com

RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO

Nome:	Emmanuelle Maria da Costa Santos Superintendente de Planejamento Estratégico e Gestão Participativa
Contatos:	Telefone: (82) 9 9910-0250 e E-mail: planejamentosmsara@gmail.com
Nome:	Rodrigo Lopes da Costa Presidente do CMS
Contatos:	Telefone: (82) 9 9902-7340 e E-mail: rodrigol.costa48@gmail.com

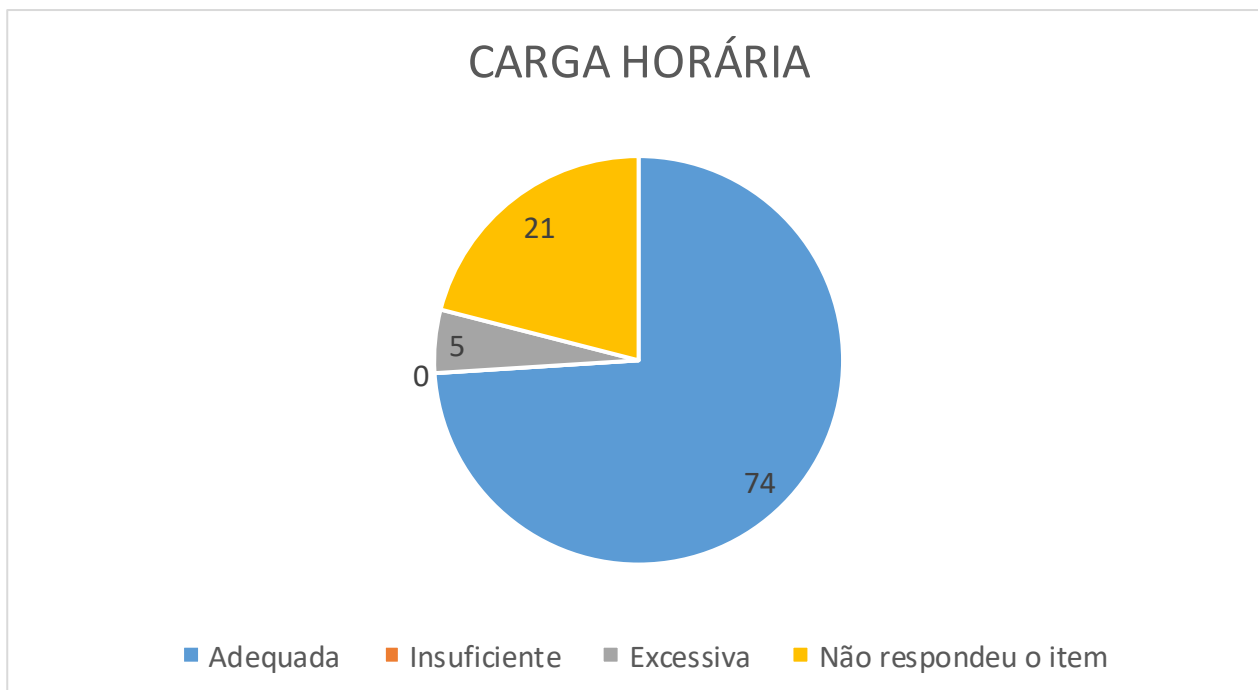
AVALIAÇÃO DA VIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A VIII COMUSA foi avaliada através do preenchimento de 144 questionários, que correspondem ao universo de 35% do total de participantes. E teve o respectivo resultado:

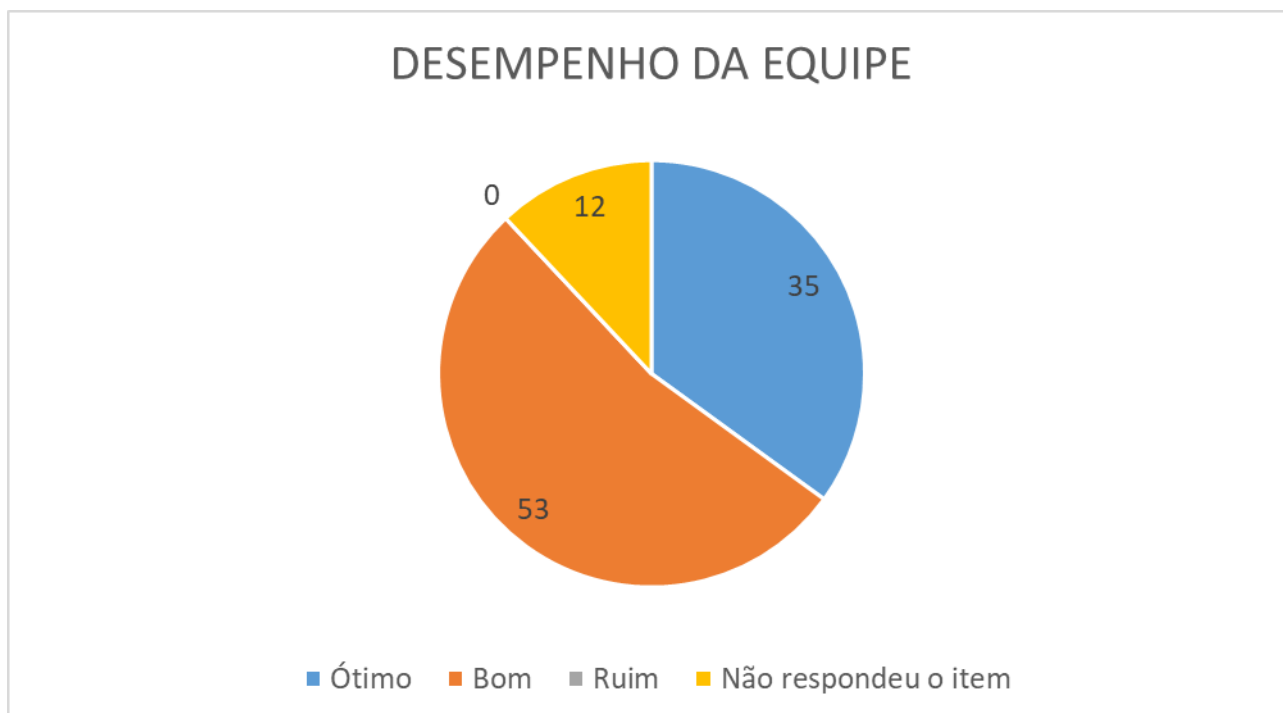
1. EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO EVENTO



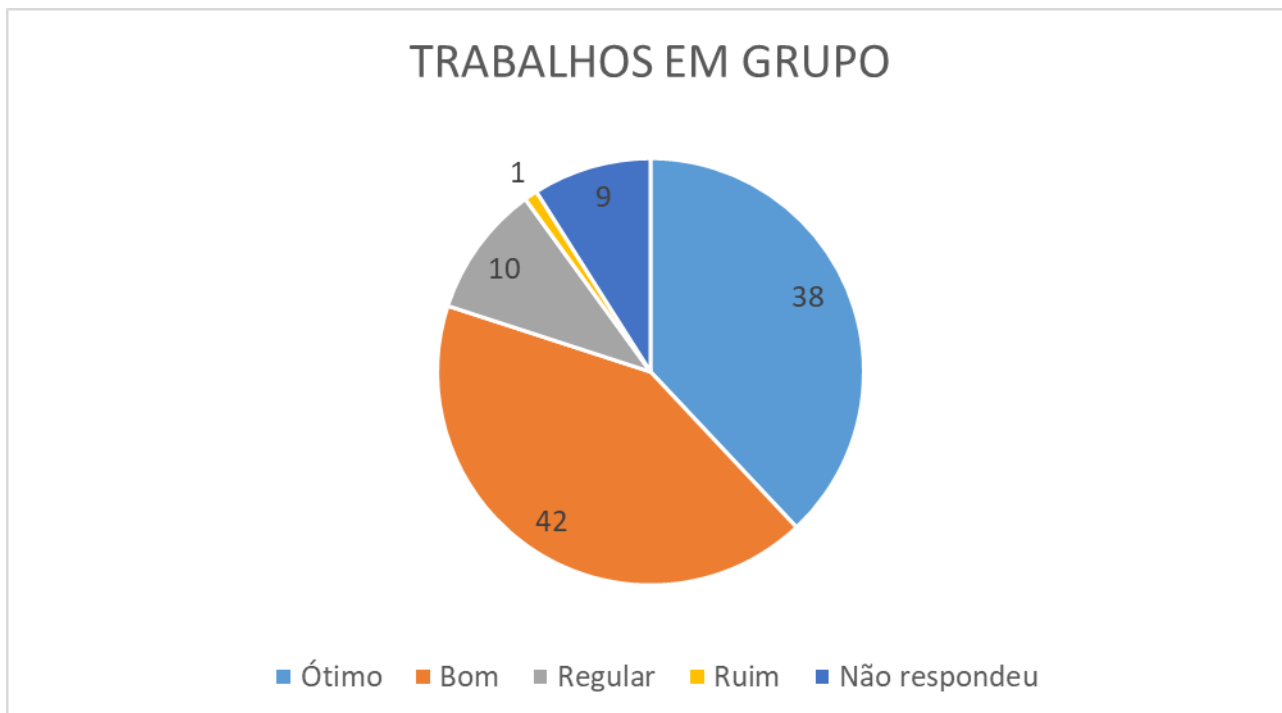
2. CARGA HORÁRIA



3. DESEMPENHO DA COORDENAÇÃO/ COMISSÃO ORGANIZADORA

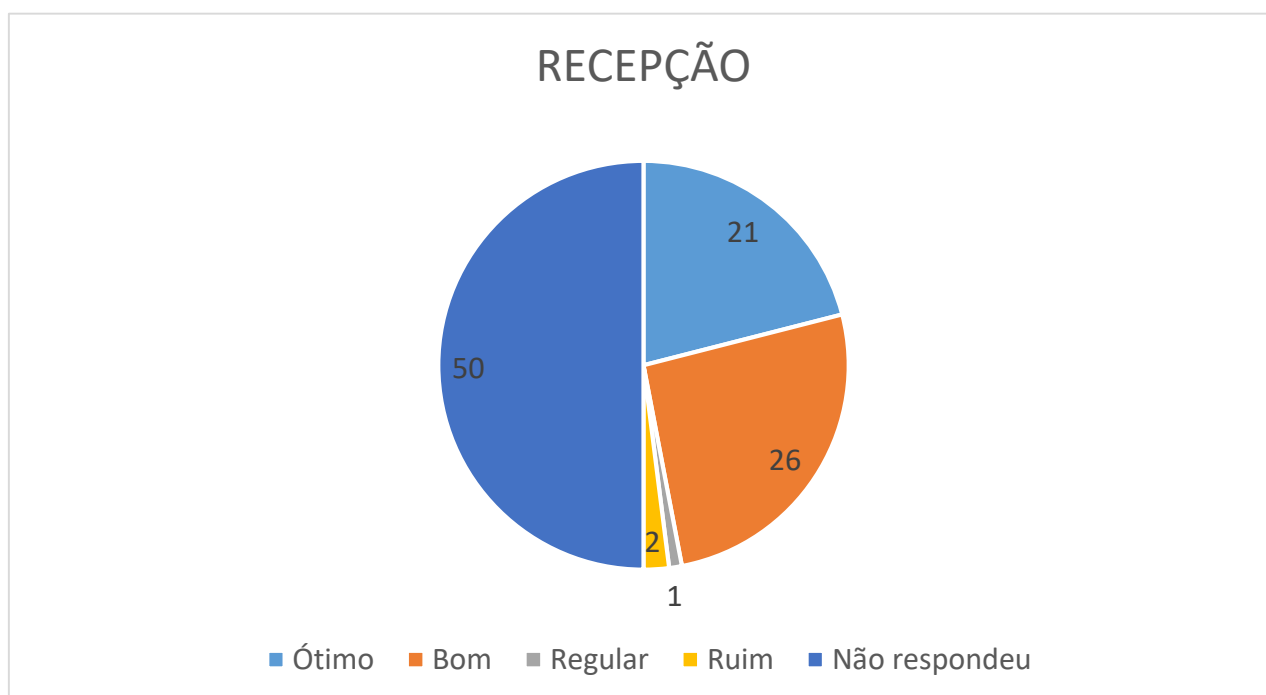


4. CONDUÇÃO DOS TRABALHOS DE GRUPO

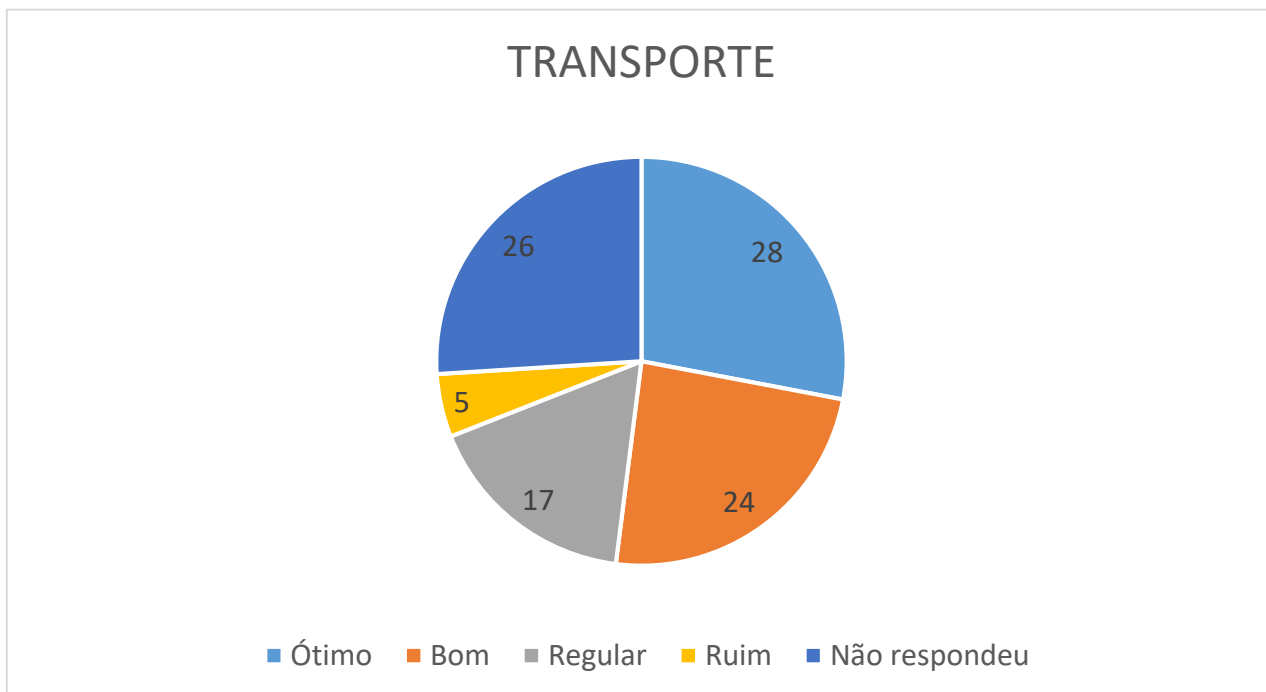


5. CONDIÇÕES DE OPERACIONALIZAÇÃO

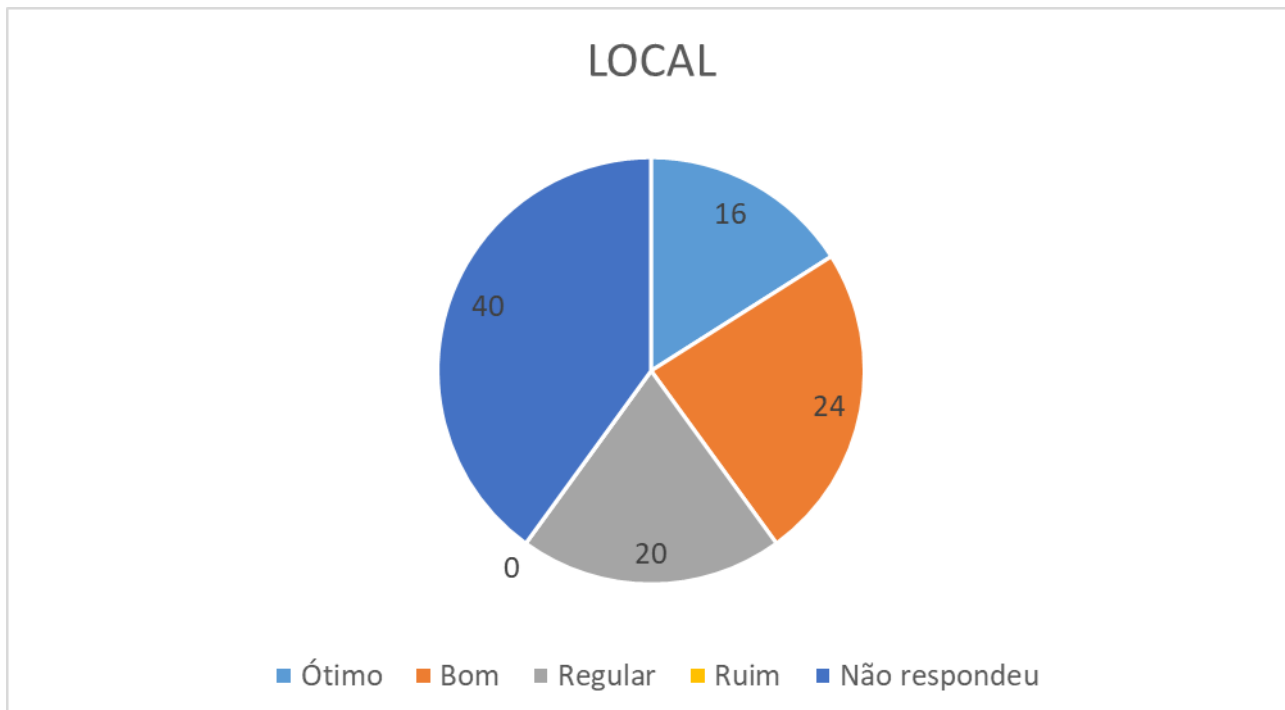
5.1. RECEPÇÃO



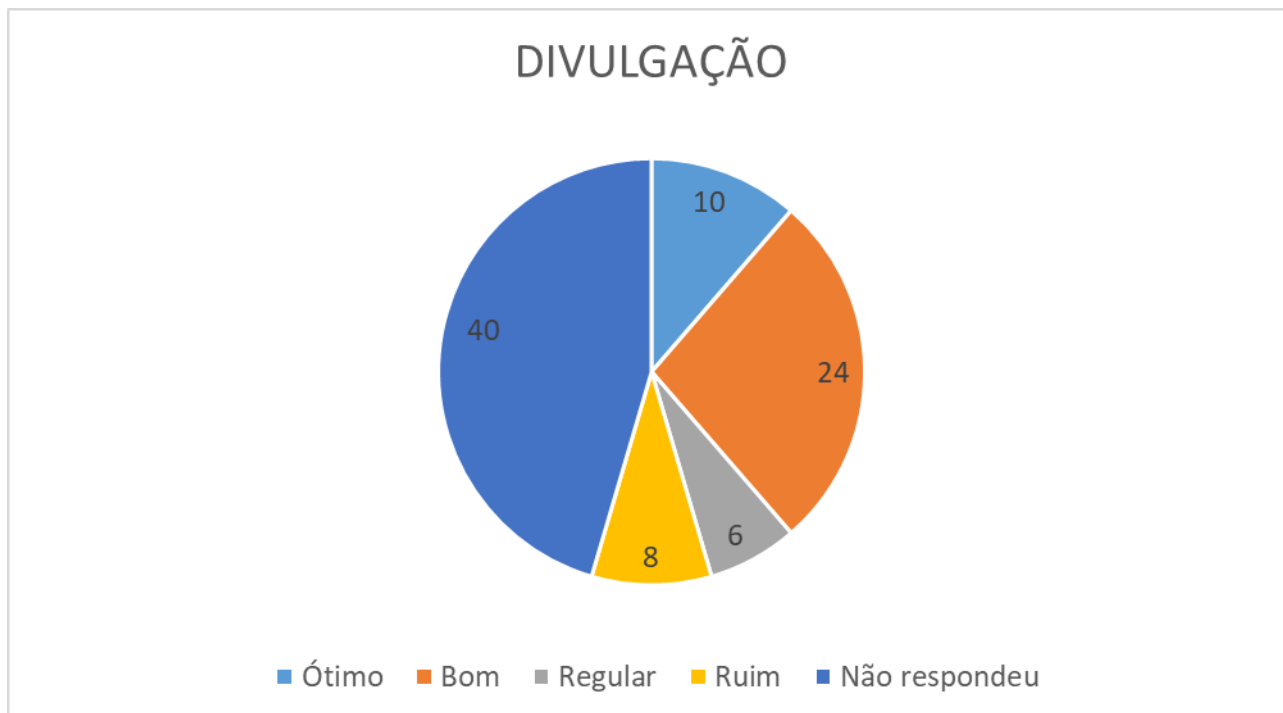
5.2. TRANSPORTE



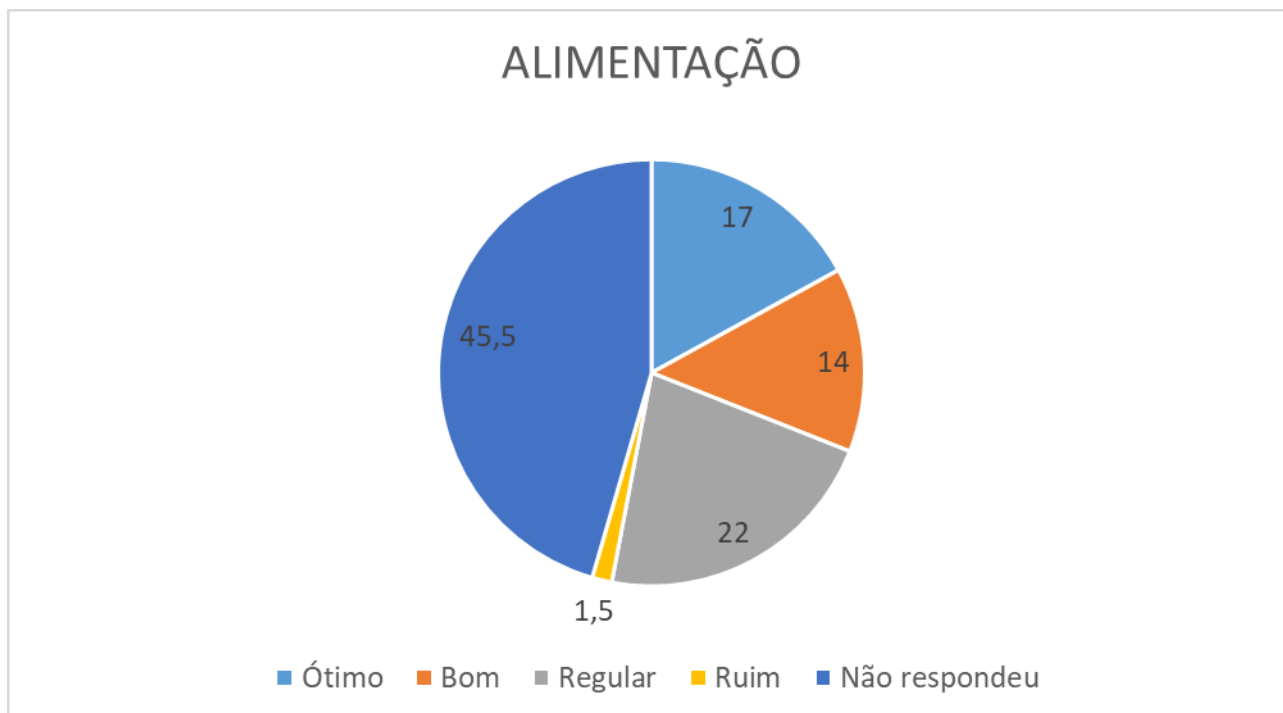
5.3 LOCAL



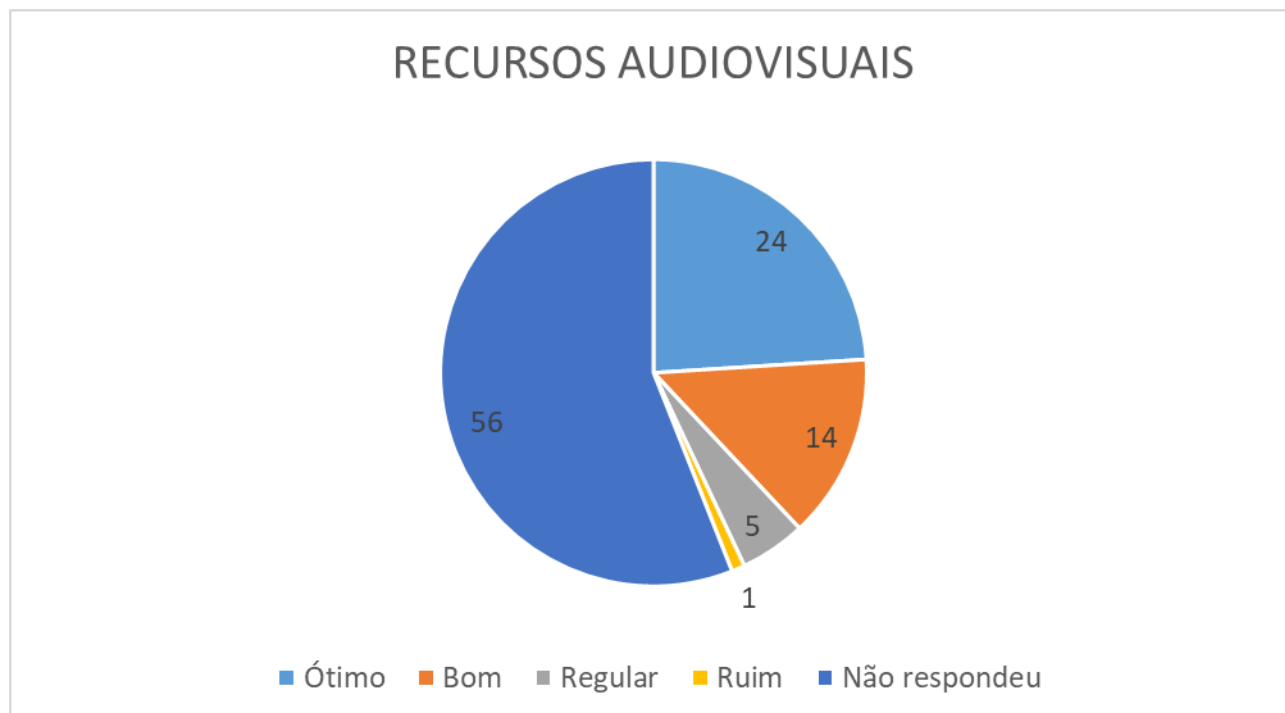
5.4. DIVULGAÇÃO DO EVENTO



5.5 ALIMENTAÇÃO



6 RECURSOS AUDIOVISUAIS



Recomendações e elogios

- Sugestão para realização da COMUSA em dois dias inteiros;
- Cumprir os horários de acordo com a programação apresentada, visto que alguns participantes necessitam de transporte público;
- Ofertar a todos os participantes camisas;
- Fiscalizar antecipadamente a infraestrutura do local para evitar alguns problemas de estruturas como falta do ar condicionado no 1º dia;
- Melhorar sistema de som;
- Controlar melhor o tempo dos palestrantes;
- Evento bem organizado e com ampla participação.

Plano de Ano de Governo

2021 a 2024

VIVA ARAPIRACA 100 ANOS

“Coligação Para Arapiraca Voltar a Crescer”

Candidato a Prefeito: José Luciano Barbosa da Silva - MDB

Candidata Vice-Prefeita: Rutineide Pereira de Melo Lira - PL

Arapiraca 2020

Adotamos o conceito de eixos de gestão que proporcionam um olhar intersetorial e cooperativo para direcionar os esforços do governo municipal.

É nesta direção que se organiza a estratégia de desenvolvimento neste Plano de Governo que estabelece os seguintes eixos de gestão:

EIXO 1 – QUALIDADE DE VIDA E SUSTENTABILIDADE - ações e cuidados necessários para com o planeta, o ambiente em que vivemos e sua exploração;

EIXO 2 – DESENVOLVIMENTO HUMANO - ações e cuidados para com o ser humano, o atendimento integral as suas necessidades básicas e ao seu pleno desenvolvimento;

EIXO 3 – GESTÃO TERRITORIAL Ações que promovem a melhoria da qualidade de vida através da gestão de nosso território. Cuidados com nossa cidade, com infraestrutura adequada, moradia, praças, parques e tantos outros equipamentos urbanos. Uma cidade sustentável, inteligente, criativa, com mobilidade adequada e com inovação. Buscar sempre o bem coletivo.

EIXO 4 – GESTÃO INSTITUCIONAL E TECNOLOGIA – ações que traduzem a forma de gerir a administração pública com a proposição de um novo modelo de governança, eficácia e transparência aliado as tecnologias.

O Plano de Governo de Arapiraca para a gestão 2021-2024 detalha as ações que serão realizadas pelas secretarias, administração indireta e órgãos vinculados a administração pública municipal, dividido em programas:

VIVA ARAPIRACA + BEM CUIDADA

VIVA ARAPIRACA + DINAMICA

VIVA ARAPIRACA TODA CRIANCA IMPORTA

VIVA ARAPIRACA TODA VIDA IMPORTA

VIVA ARAPIRACA + CIDADANA NÃO DEIXAREMOS NINGUEM PARA TRAS

VIVA ARAPIRACA + CRIATIVA

VIVA ARAPIRACA + SEGURA

VIVA ARAPIRACA PARA TODOS

VIVA ARAPIRACA + DIGITAL E TRANSPARENTE

1. VIVA ARAPIRACA + BEM CUIDADA

Com ações de defesa do meio ambiente, transição a uma matriz energética mais limpa e renovável, pautada pela visão da nova economia verde, com características preponderantes de baixa emissão carbono, eficiência no uso de recursos naturais e inclusão social, o consumo consciente, reciclagem, reutilização de bens, uso de energia limpa e valorização da biodiversidade.

- **Implantar um Viveiro Municipal de mudas nativas e distribuir com a população;**
- Implementar ações sustentáveis relacionadas a Agenda Ambiental na Administração Pública.

- **Estabelecer ações para proteção, preservação e conservação ambiental. (Criação do Horto).**
- Ampliar a arborização na zona urbana e rural com o incentivo ao plantio e manutenção de árvores dos espaços verdes com política de adote uma praça pelos moradores ou empresários da área.
- **Monitorar o impacto da mineração na região metropolitana do Agreste**
- Ampliar as ações de uso sustentável dos Parques
- Ampliar as ações de Educação Ambiental no município.
- Implementar projetos para revitalização e recuperação da mata ciliar dos Rios e riachos contribuintes
- Apoiar a modernização do setor saneamento básico no município aprimorando o planejamento e a gestão, bem como a redefinição de novas parcerias e investimentos no setor.
- Expandir as redes de drenagem e esgotamento sanitário em diversos bairros especialmente os com maior densidade habitacional.
- Incentivos à população para promover ações que ajudem a reduzir as mudanças climáticas
- Melhoria dos serviços públicos no Matadouro Publico Municipal de animais bovinos, suínos e caprinos.
- **Implantar programa para cuidados com animais, domésticos, comunitários e até mesmo selvagens, com a parceria com clínicas veterinárias privadas para prestação de serviços, como raio X e hemogramas, e aquisição de veículo ambulatorial para ações em toda zona urbana e rural**
- Melhorar os serviços de limpeza urbana, coleta de resíduos sólidos e manejo arbóreo, considerando o Plano Nacional de Resíduos Sólidos e o Novo Marco do Saneamento.
- **Ampliar os serviços de coleta seletiva, triagem de resíduos, reciclagem e compostagem nas áreas urbana e rural.**
- Modernizar o setor de destinação final de resíduos no município voltado ao reaproveitamento energético.
- Ampliar a logística reversa no município, promovendo a reinserção da matéria prima na cadeia produtiva, por meio de parceria com instituições que atuem na gestão de resíduos.
- **Melhoria da gestão e Modernização do parque de iluminação pública, considerando tecnologias de controle e identificação de problemas, que proporcione maior segurança e qualidade de vida para a população da zona urbana e rural;**
- **Diversificar a matriz energética do município, aumentando a eficiência energética e a sustentabilidade ambiental, fomentar o aumento do uso da energia solar residencial**
- Promover a efetiva operação dos pontos de entrega voluntaria de resíduos (PEVS);

2. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA + DINAMICA

O varejo vem inovando e proporcionando novas experiências e soluções aos clientes. É necessário ter atenção não só para entreter os clientes, mas agir com uma configuração planejada e estratégica, essencial para a “saúde” dos espaços comerciais.

- **Implementar um Plano de marketing estratégico para o comércio, constando de um calendário anual de eventos promocionais e um aplicativo;**
- **Revitalizar e dotar de infraestrutura espaços nos Bairros com fluxo e dinâmica comerciais estilo Strip Mall, onde se reúnem lojas e diversos serviços e são muito frequentados pelos moradores locais, que buscam resolver tarefas do dia a dia, como ir à farmácia ou à academia, e passear passeio acontece ao ar livre, por uma espécie de vila de lojas e estabelecimentos;**
- Revitalizar a infraestrutura do Centro de Arapiraca;
- Estimular a modernização da economia, por meio da inovação, desenvolvimento tecnológico, capacitação de recursos humanos, com objetivo de aumentar a competitividade e elevar a capacidade produtiva;
- Fomentar economia no município por meio de novos formatos e dinâmicas para se adaptar à realidade do pós-pandemia;
- **Implantar um programa de formação e qualificação profissional com foco nas potencialidades e demandas do mercado do município;**
- **Fomentar a produção e distribuição de produtos e serviços pautados na criatividade, (Economia Criativa), estimulando a geração de renda, criando empregos e produzindo receitas, enquanto promove a diversidade cultural e o desenvolvimento humano;**
- Intensificar o apoio a empreendimentos individuais produtivos, potencializando a geração de trabalho e renda, fomentando a geração de novos empreendedores e lideranças, e estimulando o associativismo empresarial;
- Fomentar programas de vendas online dos produtos oriundos de Arapiraca, podendo estes serem comercializados fora dos limites do Município;
- **Discutir uma nova Política Municipal de Incentivos para o setor Industrial, em especial as que se enquadram na Lei do Bem, 11.196/05 (que realizem pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica)**
- Consolidar ações voltadas ao segmento pecuário no município;

- **Redefinir o zoneamento Rural, resguardando o potencial de cada área;**
- **Fortalecer o projeto Cinturão verde ampliando e diversificando a produção de hortaliças**
- Incentivo a implantação de hortas comunitárias orgânicas nos espaços públicos como fator de geração de renda para famílias de baixa renda;
- Apoiar e assistir tecnicamente a agricultura familiar;
- **Promover ações de constante melhorias das feiras livres;**

3. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA TODA CRIANÇA IMPORTA

Um robusto programa de educação e proteção da primeira infância para garantir o futuro de crianças e jovens de nossa cidade

- Implantação da Fundação de Amparo à Pesquisa de Arapiraca - FAPEAR, com a finalidade estimular, apoiar e promover o desenvolvimento educacional, científico, tecnológico e de inovação da cidade de Arapiraca-AL, visando ao bem-estar no município, defesa do meio ambiente e progresso da ciência e tecnologia. Estimulando a pesquisa para alunos e professores da rede municipal de ensino e com incentivos de financiamentos e fomento.
- **Implantar Centros de Educação Infantil com foco no desenvolvimento integral da Primeira Infância.**
- **Fortalecer e revitalizar o atendimento das Escolas de Tempo Integral do 1º ao 5º ano dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental.** Levando em consideração a integralidade que compreende a devida atenção a todas as dimensões humanas, aspectos cognitivos, afetivos, psicomotores e sociais. Indo além da concepção que integralidade é o aumento de horas do educando em unidades de ensino.
- Oferecer educação em tempo integral em, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das escolas públicas, de forma a atender, pelo menos, 25% (vinte e cinco por cento) dos (as) alunos (as) da educação básica (Lei 13.005, de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação).
- **Implantar Escola de Tempo Integral nos Anos Finais do 6 ao 9.** Considerando que o Ensino Fundamental é um ponto central da educação básica, por diversos fatores, dessa forma, sua particularidade é tão grande que se divide em duas fases: Anos Iniciais e Anos Finais. Os anos finais, isto é, do 6º ao 9º ano, compreendem um processo de idade que está relacionado com a maturação morfofisiológicas e psicossocial do estudante.
- Ampliar oferta de vagas da Educação de Jovens e Adultos e cursos Profissionalizantes em parceria com empresas privadas. De forma que a EJA esteja integrada à educação profissional, possibilitando a qualificação profissional e/ou integração do jovem e/ou adulto ao mercado profissional.
- **Realizar Parcerias com Universidades e Instituto Federal para Formação Continuada para os Profissionais da Educação,** ofertar em parcerias com as IES as formações continuadas, e cursos de pós-graduação (lato sensu e stricto

sensu). Ainda em parceria com a instituições de nível superior, gerir os espaços educacionais (Centros de Apoio à Escola de Tempo Integral, museus e outros) sob a perspectiva de potencialização científica em Arapiraca.

- **Fortalecer e Revitalizar as Bibliotecas Digitais " Arapiraquinhas** propondo que esses espaços sejam pontos estratégicos para o mundo digital e tecnológico.
- Fortalecer a Educação 4.0.
- Descentralização da merenda escolar, por meio de recursos próprios e do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, possibilitar que as unidades de ensino façam a execução de forma descentralizada, possibilitando o fomento ao comércio local.
- Educação inclusiva, possibilita a ampliação de atendimento socioeducacional à alunos com deficiência e seus familiares com o objetivo fortalecer e preservar os vínculos familiares, assim como autonomia e melhoria de qualidade de vida do grupo familiar e escolar.
- Fortalecer Parceria com a Secretaria de Educação do Estado de Alagoas com o Programa Escola 10 Alfabetização, garantindo que toda criança arapiraquense seja alfabetizada até os 7 anos de idade.
 - Ouvidoria educacional.
- Fortalecimento de apoio psicossocial para a rede municipal de educação.
- Ampliação do atendimento do Transporte escolar.
- **Fortalecer o processo de Gestão Democrática nas unidades educacionais.**
- Bolsas de incentivo à Pesquisa e Bolsas de Iniciação Científica para a rede municipal de ensino (Via Fundação de Amparo à Pesquisa de Arapiraca).

4. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA TODA VIDA IMPORTA

Ampliação da oferta de serviços públicos de saúde e a preparação da rede municipal para os desafios futuros que a pandemia esta gerando, como a ampliação das áreas de nefrologia, saúde mental, o combate a comorbidades, como a obesidade, e a atenção especial às mulheres, à primeira infância, à prevenção e ao tratamento de usuários de drogas;

I - PROPOSTAS PARA ATENÇÃO BÁSICA-AB

- **Reduzir as filas no atendimento a Atenção Básica de Saúde facilitando o acesso por meio de tecnologia, ampliando horário de atendimentos, organizando a agenda dos profissionais com qualidade e continuidade do cuidado;**
- Melhorar o apoio logístico das unidades e apoio técnico das equipes para aperfeiçoar o atendimento evitando encaminhamentos desnecessários para outros serviços e quando necessário garantir o agendamento não presencial por correio eletrônico ou telefônico;

- **Instituir Plano de Contingência para manter o equilíbrio da demanda e da oferta nos casos das variações inevitáveis (surto gripe, dengue, férias de profissionais, etc.);**
- Definir Programa de Educação Continuada e Permanente para todos profissionais de saúde do Agente comunitário de saúde a equipe de UTI;
- Instituir premiação de incentivo aos melhores resultados de indicadores de saúde por área de abrangência das Equipes de saúde;
- Fomentar a participação dos conselhos locais de saúde na contribuição da melhoria dos indicadores de saúde do entorno das UBS;
- Reestruturar e qualificar os programas de saúde nas áreas Materna Infantil (com ênfase no pré-natal e na assistência ao parto); Saúde do Adolescente (com ênfase aos escolares); Saúde do Homem; Saúde do Idoso (Reestruturar, qualificar e ampliar ações e serviços com ênfase na prevenção e reabilitação da saúde);
- Fortalecer e descentralizar a Atenção Psicossocial na AB ampliando o cuidado com a saúde mental dos munícipes;
- **Implantar um Programa de Estilo de Vida Saudável, fortalecendo e ampliando a oferta de serviços médicos e terapêuticos complementar e alternativo de prevenção e recuperação da saúde através das práticas integrativas a exemplo da: ayurveda, homeopatia, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, meditação, musicoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia, yoga, bioenergética, cromoterapia, constelação familiar, ozonioterapia, terapia de florais e outras;**
- Redobrar o cuidado e a vacinação das doenças imunopreveníveis;
- Promover ações de prevenção e recuperação da saúde bucal dos cidadãos em especial os escolares;
- Implantar programa de Educação em Saúde e ambiental nas escolas;
- Discutir, formatar e implantar um projeto itinerante, intitulado “Saúde e Multiculturalismo” nas áreas estratégicas da cidade, através da participação efetiva de empreendedores do setor público e privado, com o objetivo de descobrir, incentivar vocações, potencialidades, cultura das localidades, ensejando seu empoderamento nos diversos aspectos da cultura e do mercado de trabalho possibilitando o entretenimento e geração de renda.

II - PROPOSTAS PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA-AAE

- Articular ações entre o serviço público filantrópico e o privado para complementaridade da RAS garantido a oferta de consultas e exames especializados necessários ao diagnóstico e tratamento do usuário;
- **Implantar a modalidade de atendimento via telemedicina através da interconsulta (médico da AB x médico da AAE) para as consultas especializadas com déficit de médicos especialistas no município;**

- Estabelecer a rotina no serviço da referência e contra referência, integração da ABS x AAE x AH com objetivo da continuidade do cuidado e resolutividade.

III – PROPOSTAS PARA ATENÇÃO HOSPITALAR-AH

- Analisar a necessidade de ampliação de leitos de retaguarda, leitos clínicos, leitos de enfermaria e UTI para melhorar o acesso do usuário e a qualidade da assistência hospitalar do município;
- **Promover a reestruturação física e o modelo hospitalar vigente no município, com expansão e complementaridade de serviços, baseado nas necessidades da população e apontamentos epidemiológicos;**
- Acompanhar e monitorar os indicadores hospitalares com objetivo de melhorar a qualidade da assistência e os cuidados ao paciente;
- Instituir na rotina dos serviços da AAE a contra-referência, isto é, o retorno de informações desse serviço especializado em respaldo ao encaminhamento da atenção básica para melhorar a qualidade e resolutividade do atendimento.

IV- PROPOSTAS ESTRATÉGICAS

- Discutir e estabelecer a condução da Gestão da Saúde no SUS Arapiraca, com foco na Promoção da Saúde numa perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em rede;
- Reestruturar e fortalecer as Vigilâncias (Vigilância Sanitária, Saúde do trabalhador, Vigilância à Saúde) e a Assistência Farmacêutica Básica e de medicamentos excepcionais para dar conta das responsabilidades sanitária e da saúde do cidadão arapiraquense;
- Melhorar as condições de logística, apoio administrativo, regulação, comunicação, tecnologia e informação em saúde a toda Rede de Atenção a Saúde - RAS;
- Articular o cofinanciamento tripartite para ampliar o per capita/saúde/município;
- Propor e Estabelecer programa de capacitação e monitoramento periódicos para os servidores da RAS (AB, AAE e AH), através da parceria com universidades e Escolas Formadoras do município e Estado com o intuito de disseminação oportuna de informações estratégicas e multidisciplinares;
- Qualificar os profissionais de saúde na assistência as doenças transmissíveis, endêmicas e emergentes, Tuberculose, Hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis (HIV, Sífilis, Hepatites B e C), Zoonoses, Arboviroses com ênfase no Coronavírus garantido diagnóstico e tratamento;
- Qualificar os profissionais de saúde para detectar fatores de risco nos pacientes com doenças crônicas e dar seguimento e controle as doenças principalmente nas doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus, asma bronquial, infecções respiratórias, reduzindo sequelas e mortes evitáveis;
- Fortalecer a participação e o controle social no SUS.

5. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA + CIDADÃ NÃO DEIXAREMOS NINGUEM PARA TRÁS

- **Implementar Programa Municipal de Benefícios Eventuais (ACOLHE ARAPIRACA) para famílias em situação de extrema pobreza, inscritas no Cadastro Único, garantindo uma renda mensal de no valor de R\$100,00 reais.**
- Construir, com material sustentável e orçamento acessível, espaços de convivência para idoso, criança e adolescentes de comunidades vulneráveis, garantindo a sustentabilidade econômica, socioambiental e ampliando o acesso dos usuários aos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV.
- Construção de Capelas Mortuárias para ofertar conforto físico, moral e psíquico às famílias e seis entes, em cemitérios municipais.
- **Implantação de Abrigo para população em situação de rua.**
- Criação do Programa de Fomento à Inclusão Social e Produtiva, para mulheres e jovens, através de cursos e oficinas nos territórios de abrangência dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS.
- **Construção de Espaço de convivência, reinserção sócio familiar e qualificação profissional para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, atendidos no Centro de Referência de Assistência Social, com parceria Público/Privado e o Sistema de Justiça.**
- **Implementar Programa Envelhecimento Ativo, através de Eventos e Ações nas comunidades e no Centro de Convivência para Pessoa Idosa.**
- Descentralização do Cadastro Único/Bolsa Família, a fim de tornar este Serviço mais acessível aos usuários das comunidades distantes da Central, atendendo-os em seus respectivos CRAS de referência.
- **Implantação de Casa Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência e seus dependentes.**
- **Ampliar as ações psicossociais e jurídicas voltadas à mulher vítima de violência em territórios vulneráveis (equipe itinerante).**
- Reestruturar o Restaurante Popular Jerimum objetivando ampliar a oferta de refeições nutricionalmente adequadas, a população de baixa renda.
- Criação do Observatório Social de Arapiraca, ferramenta que visa contribuir com a eficiência da gestão, promovendo informações, análises e indicadores referentes aos riscos e vulnerabilidades sociais, interligando as demandas das políticas sociais do município.
- Criação do Programa de Formação Continuada dos trabalhadores do SUAS, construindo uma política pública de incentivando a meritocracia;
- Implantar a Casa dos Conselhos, a fim de proporcionar um espaço adequado e convidativo a participação da população usuária dos Serviços Socioassistenciais.
- Implantar Conselhos Locais de Assistência Social nos Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, a fim de tornar a participação popular acessível a todos.

- Criação de Programa de Formação Continuada para Conselheiros Municipais de Assistência Social, Pessoa Idosa e Direitos da Pessoa com Deficiência.
- Criação de casas-abrigo municipais para acolher mulheres vítimas de violência 24 horas.

6. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA + CRIATIVA

- **Implantar uma AGENDA CULTURAL de Arapiraca definindo eventos que promovam a divulgação da arte, cultura, folclore a exemplo do Viva Arapiraca, Natal Iluminado, Festas Juninas, festivais de Teatro;**
- **Criação da Banda Filarmônica Municipal;**
- **Implantar Projeto Educando com Música e Cidadania.**
- **Promover o Encontro de Bandas e Fanfarras com premiação.**
- **Implantação de áreas de lazer, esporte e cultura inclusivos também para pessoas com deficiência em comunidades periféricas e de difícil acesso.**
- Fomentar a produção cultural por meio de editais para produção artística e ocupação de equipamentos públicos
- Incentivar a circulação e o intercambio cultural por meio da realização de festivais
- Transformar a praça Luiz pereira lima em polo de difusão cultural por meio realização de uma programação artística
- Realizar feira literária
- Reativar a orquestra Ari de Queiroz
- Modernizar a biblioteca pública municipal Pedro de França Reis
- Revitalizar e modernizar os espaços de memória, Memorial da Mulher e Museu Zezito Guedes
- Criar programa de capacitação em gestão cultural e modelagem de projetos para os agentes culturais responsáveis pela gerência de organizações da sociedade civil e administração de espaços culturais
- Fortalecer e expandir os avanços da política cultural de Arapiraca.
- Proteger por meio de mecanismos legais as tradições e ícones culturais de Arapiraca.
- Garantir a recuperação e modernização de equipamentos culturais do município, promovendo a cultura e turismo local, e fomentando a economia criativa do município.
- Implantar a Estação Criativa, equipamento acelerador, formador e propositor de cultura, na antiga Estação Ferroviária.
- Fomentar o turismo, por meio de programa de desenvolvimento do turismo e da aproximação ao trade turístico estadual e municipal, para promover Arapiraca como produto turístico.
- Implantar o Plano Municipal de Turismo.
- Revitalizar os equipamentos públicos esportivos do município
- Criar o programa "Arapiraca mais ativa" para a promoção e orientação para que a população pratique atividade física

- Fortalecer a cultura da corrida de rua criando um “Circuito Municipal de Corrida de Rua” e transformar a “Corrida de Emancipação” em uma meia maratona
- Fortalecer os jogos escolares
- **Criar o projeto “Arapiraca campeã”, ações de incentivo ao esporte de rendimento, proporcionando condições ao atleta para disputar campeonatos oficiais estaduais, nacionais e mundiais**
- Promover e incentivar a cultura do ciclismo
- **Criar e realizar os jogos paralímpicos de Arapiraca**
- Incentivar o esporte amador com o apoio a realização de eventos e aquisição de material esportivo

7. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA + SEGURA

- Implementar uma **Política municipal de Segurança pública**
- Definir ações de prevenção que tenham expressivos resultados na diminuição dos índices de violência na nossa cidade
- Trabalhar de forma integrada com diversos órgãos do sistema de justiça criminal e demais entidades
- **Iluminar mais Arapiraca inicialmente nos locais com indicação de maior violência,**
- **Promover a constante limpeza e conservação dos espaços públicos,**
- **Fortalecer a Patrulha Maria da Penha,**
- **Intensificar medidas de acolhimento aos egressos do sistema prisional.**
- Desenvolver um programa de ações integradas para resolução rápida de pequenos conflitos.
- **Fortalecer Guarda Municipal, inclusive com formação continuada.**

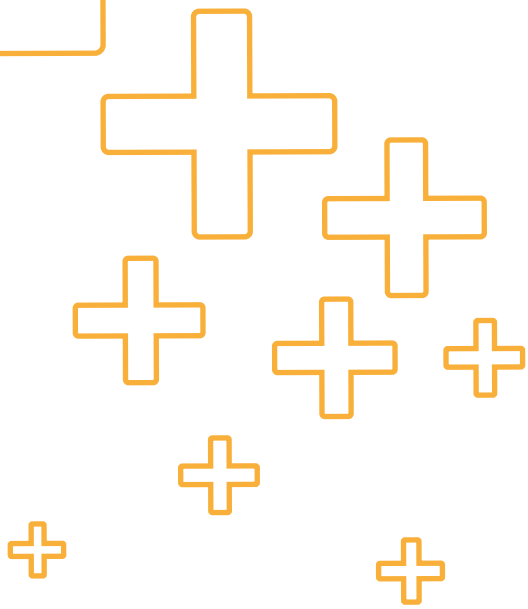
8. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA PARA TODOS

- **Implementar um Plano Diretor de Cidade Inteligente que fomente iniciativas para se tornar Cidade Inteligente (Smart Cities), aprimorando a infraestrutura urbana existente para permanecer competitiva, investindo em parcerias, produtos e serviços. Ex. troca da iluminação para lâmpadas de LED, instalação de sensores nos postes, Wi-Fi público, videomonitoramento, e de um aplicativo, dentre outras. Esta última ferramenta serviria para o cidadão colocar suas demandas, como também o turista receber indicações de pontos turísticos, serviços de hotéis, restaurantes, etc.**
- Criar instrumentos urbanísticos de Regulamentação para controle do uso e ocupação do solo.

- **Implantar uma Política Municipal de Habitação que promova a garantia de moradia e melhoria da qualidade de vida, em especial de famílias mais vulneráveis,**
- Criar as condições necessárias para que o município possa de forma plena aderir ao Sistema Nacional de Habitação;
- Promover através de plenárias do Orçamento Participativo e Conselho Municipal da Cidade, a efetiva participação dos cidadãos nos programas e projetos habitacionais;
- Promover o trabalho para diagnosticar e catalogar os vazios urbanos, objetivando planejar a sua reocupação por empreendimentos habitacionais, de acordo com o perfil imobiliário da região, atendendo as normas municipais;
- Desburocratizar o processo de permissão para construção de loteamentos populares, estabelecendo prazos máximos para a sua aprovação, de acordo com as normas estabelecidas em Lei;
- Promover a Implantação do Sistema de Processo Digital;
- **Promover regularização fundiária de assentamentos com intervenções urbanísticas para melhoria da qualidade de vida da população.**
- Recuperar espaços de convívio urbano.
- Ampliar e fortalecer as ações de controle urbano e ambiental no território municipal.
- Identificar e corrigir os principais problemas relativos à mobilidade melhoramento tanto a infraestrutura de mobilidade, quanto na elaboração de diretrizes para ações futuras.
- **incentivo ao uso de modais de transporte não poluentes, a partir da implantação de infraestrutura voltada à mobilidade ativa (calçadas, ciclovia e ciclo faixas, para ciclos, etc.).**
- Promover o desenvolvimento urbano baseado na oferta de transporte, com foco na integração entre uso do solo e mobilidade.
- **Melhorar a qualidade da prestação dos serviços de transporte público coletivo, inclusive sua gestão.**
- **Ampliar ações voltadas eficiência do sistema viário, por meio da criação de novas conexões, binários, giradores, otimizando a rede de trânsito e integrando bairros e pessoas;**
- **Gestão Inteligente dos Semáforos: implantação de semáforos inteligentes nos principais cruzamentos da cidade com capacidade de adaptação em tempo real, reduzindo engarrafamentos, melhorando a mobilidade e aumentando a segurança do trânsito;**
- Revisão dos modelos de licenciamento de torres e antenas;
- Incentivar a implantação de uma Infraestrutura de conectividade e Interoperabilidade aumentando a capilaridade de acesso de banda larga chegando a diversas regiões das cidades;
- Implantação do escritório de Assistência técnica de arquitetura e engenharia para população de baixa renda

9. PROGRAMA VIVA ARAPIRACA + DIGITAL E TRANSPARENTE

- **Implantar um modelo de Governança para Arapiraca, sob os pilares norteadores de Transparência, Equidade e Compliance** (cumprimento das leis, normas, regulamentos e determinações, ou seja, o mesmo que estar “em conformidade”, bem como uma gestão por resultados utilizando ferramentas de gestão modernas, como planejamento estratégico, gerenciamento de projetos, controle de custos, entre outras, além de utilizar indicadores para avaliação e correção das ações de forma contínua e dinâmica, tornando a avaliação uma política institucional);
- **Estimular a inovação na gestão pública para gerar mais e melhores resultados para a sociedade bem como fomentar parcerias para obter soluções tecnológicas para diversos desafios dos governos na esfera municipal, com selo GovTech; Governo Digital (criação de aplicativo para utilização dos serviços da prefeitura);**
- Ampliar serviços em Plataforma Digital, com o objetivo de agilizar o atendimento das demandas da população que consegue acessar os serviços de todas as Secretarias Municipais via internet, facilitando o acesso do cidadão às instâncias administrativas. Nesta mesma plataforma, os processos internos passaram a tramitar de forma digital proporcionando maior ganho de produtividade e celeridade na tramitação de processos e ampliando a sustentabilidade;
- Firmar parcerias com universidades para ingresso dos servidores em cursos de graduação, pós-graduação e mestrado, assim como, manter programas de estágios para dar continuidade de trabalho e conhecimento ao jovem em sua área de estudo, ajudando na renda do estudante;
- **Manter o equilíbrio fiscal e a qualidade do gasto público, garantindo boa composição do gasto e a aderência do orçamento às prioridades para o desenvolvimento do município;**
- **Fortalecer a Escola de Governo**, implantando Programas para promoção de cursos de capacitação e qualificação profissional dos servidores;
- **Atualizar o Plano de Cargos e Carreiras dos servidores da Prefeitura, adequando aos processos de trabalho, qualificação e valorização do servidor;**
- **Resgatar o clube do servidor público, para seus momentos de lazer e entretenimento;**
- Permitir que a prefeitura esteja/permaneça aberta à participação popular através de incentivos e criação de conselhos comunitários e de bairros, e assim, ficarem sabendo onde serão aplicados os recursos orçamentários da prefeitura;



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA SAÚDE PARA TODOS

2022 - 2025

SECRETARIA DA
SAÚDE



ARAPIRACA
UMA CIDADE PARA TODOS

