

**2022-2025**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**



**JURU/PB**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE**

**SAÚDE**

**2022-2025**

Um dos grandes segredos da vida é a determinação. Se você age com dedicação total e planejamento aos seus projetos, o sucesso é uma consequência.

Izzo Rocha



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JURU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**SOLANGE MARIA FELIX BARBOSA**

Prefeita de Juru – PB

**MARIA DE JESUS ALVES DE LIMA**

Vice Prefeita

**Maria das Dores Laureano Galvão**

Secretária Municipal de Saúde

**Márcia Andrea de Oliveira Lima Rocha**

Secretária Municipal Adjunto de Saúde

**Amanda Sofia Lima da Silva**

Coordenadora de Atenção Primária a Saúde

**Elizangela de Sousa Ferreira**

Coordenadora de Epidemiologia em Saúde

**Jonathan Cordeiro de Moraes**

Coordenador Municipal de Saúde Mental

**Maria Aparecida Batista**

Diretora do Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo

**Ana Maria Ferreira Gomes**

Responsável Técnica do Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo

**Sinval Camilo dos Santos**

Sistemas de Informação em Saúde

**ELABORAÇÃO:**

**Márcia Andrea de Oliveira Lima (Gestores)**

**Ivaldo Ferreira da Silva (Câmara Municipal)**

**José Gonçalves de Moraes (Trabalhadores)**

**Jonathan Cordeiro de Moraes (CMS-Trabalhadores)**

**Helena Nicolau de Moraes (CMS-Usuário)**

**JURU-PB**

**VIGENCIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:**

**2022-2025**

## APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde-PMS de Juru, compreendendo o período de execução de 2022 - 2025, apresenta os direcionamentos da política municipal de saúde com enfoque em áreas que exigem ação imediata do poder público e da sociedade, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde. A discussão para elaboração deste Plano iniciou-se em março de 2021 com formação de grupo de trabalho constituídos por trabalhadores de saúde, gestores, e usuários do SUS.

O Plano Municipal de Saúde deve ser elaborado no primeiro ano de gestão. Sua construção deve estar em coerência com as necessidades de saúde da população por meio das demandas dos diversos segmentos sociais, apresentados na Conferência Municipal de Saúde, conforme as Leis nos 8080/90, 8142/90 e Decreto nº 7508/2011, e estar relacionada com as peças orçamentárias municipais (Lei Complementar nº 141/2012). As Conferências Municipais de Saúde, que seriam realizadas em 2021, conforme determinam a Lei nº 8080/1990 e Lei nº 8141/1990, coincidiram com o período de pandemia do novo Corona vírus, que traz a exigência do distanciamento social, impossibilitando, neste momento, a realização das conferências municipais presenciais, base para o PMS 2022–2025 e os demais instrumentos de planejamento dele decorrentes para orientar as ações de saúde locais. Diante deste cenário e com base em documento do Conselho Nacional de Saúde –CNS, a gestão municipal e o Conselho Municipal de Saúde – CMS, reuniram-se para deliberação e a manifestação da decisão por meio de Resolução do CMS definindo o processo para a construção do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, determinando que a elaboração do PMS seria realizada em obediência aos marcos legais e as normas sanitárias, tendo como base os documentos da Conferência Municipal de Saúde de 2018, as metas contidas no PMS 2018-2021 que não foram atingidas no período de vigência, o RAG 2020, as metas do PQA VS, metas da pactuação Inter federativa e as metas propostas de campanha da prefeita que viabilizaram a sua eleição(Plano de Governo). Esse processo também sofreu ajustes pelos grupos de trabalhos que foram constituídos por trabalhadores de saúde, gestores e usuários. Também ficou determinado a atualização do PMS em conferência presencial, quando houver a possibilidade de realização, com planejamento para o primeiro semestre de 2022

As metas foram elaboradas possibilitando a transversalidade dos setores que compõe a SMS, em consonância com a situação atual de saúde do Município e a partir deste momento,

haverá alinhamento entre as ações estratégicas da Secretaria da Saúde com as ações intersetoriais do Plano de Governo e, posteriormente, com a sua execução orçamentária. O Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal, será a referência para a Gestão de saúde em Juru, e para o controle social, criando e consolidando os avanços e mudanças no setor saúde, ampliando e qualificando a saúde da população juruense. O Plano Municipal de Saúde é o instrumento Básico da Gestão Municipal que norteia a definição da Gestão do SUS e a definição da Programação Anual das Ações e Serviços de Saúde no Município. Também apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos expressos em Objetivos, Diretrizes e Metas.

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 tem como referenciais normativos principais: o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a lei 8080/90, onde dispõe também sobre o planejamento da saúde, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS), e sua estrutura está dividida em três partes, a Análise Situacional, Definição dos Objetivos Diretrizes e Metas, e o Processo de Monitoramento e Avaliação. A análise situacional do plano seguiu os temas contidos no Mapa da Saúde

O Plano ora citado, aprovado no Conselho Municipal de Saúde para o quadriênio 2022 a 2025, é flexível na sua forma e conteúdo a fim de atender as reais necessidades do Município, podendo sofrer alterações, julgadas necessárias pelos órgãos Gestores e Fiscalizadores.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AF - Assistência Farmacêutica  
ACE - Agentes de Combate a Endemias  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AD - Álcool e Drogas  
APS-Atenção Primária a Saúde  
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar  
AME - Aleitamento Materno Exclusivo  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APAC - Autorização de Procedimentos de Alta  
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal  
ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação  
ATASB - Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas  
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico  
CP - Concurso Público  
DAB - Departamento de Atenção Básica  
DANT - Doença e Agravo Não Transmissível  
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível  
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
DETRAN/PB - Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba  
DIU - Dispositivo Intrauterino  
DM - Diabete Mellitus  
DO - Declaração de Óbito  
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
DST - Doença Sexualmente Transmissível  
DST/ AIDS – Doenças sexualmente transmissíveis e Aids  
DTA - Doença Transmitida por Alimentos  
EC - Emenda Constitucional  
EMAD - Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar  
EMAP  
ESB - Equipe de Saúde Bucal  
ESF - Equipe de Saúde da Família  
ETA - Estação de Tratamento de Água  
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IDSUS- Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde  
IRA - Infecções Respiratórias Agudas  
LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública  
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias  
LIRAA - Levantamento de Índice Rápido de Aedes Aegypti

LNT-Levantamento de Necessidade de Treinamento  
LOA - Lei Orçamentária Anual  
LRPD-Laboratório Regional de Prótese Dentária  
LTA - Leishmaniose Tegumentar América  
LV - Leishmaniose Visceral  
MAC - Medida e Alta Complexidade  
MP – Ministério Público  
MS - Ministério da Saúde  
NEO – Neoplasias  
NEP - Núcleo de Educação Permanente  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento  
PAS - Programação Anual de Saúde  
PAVS - Programação das Ações de Vigilância em Saúde  
PBF - Programa Bolsa Família  
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Qualidade e Produtividade  
PIB - Produto Interno Bruto  
PMAQ-AB - Programa N. de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PMS - Plano Municipal de Saúde  
PPI - Programação Pactuada Integrada  
PSF - Programa de Saúde da Família  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos  
RN - Recém-nascido  
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar  
SADT - Serviços de Apoio Diagnose e Terapia  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências  
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica  
SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade  
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação  
SINASC - Sistema de Notificação de Nascidos Vivos  
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
SISÁGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água  
SISPACTO - Sistema do Pacto pela Saúde  
SISPRENATAL - Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal  
SISREG - Sistema de Regulação  
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TB - Tuberculose  
TDO - Tratamento Diretamente Observado  
TS - Tratamento Supervisionado  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura  
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância  
USF - Unidade de Saúde da Família  
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>PARTE I - ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES GERAIS DO MUNICÍPIO</b>	
<b>I Características Gerais do Município</b>	<b>12</b>
1. IDENTIFICAÇÃO	13
2 ASPECTOS HISTÓRICOS	15
3 ASPECTOS GEOGRÁFICOS	15
3.1 POSIÇÃO GEOGRÁFICA	15
3.2 RELEVO	16
3.3 CLIMA	16
3.4 SOLO	16
3.5 VEGETAÇÃO	16
3.6 HIDROGRAFIA	17
<b>II. ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE COM BASE NO MAPA DA SAÚDE, INSTITUÍDO PELO DECRETO 7.508/12</b>	<b>18</b>
1. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE, OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS	19
1.1 ESTRUTURA FÍSICA	19
1.2 ESTRUTURA DOS SERVIÇOS	20
1.2.1 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	20
1.2.2 ASSISTENCIA HOSPITALAR	23
1.2.3 ASSISTENCIA FARMACEUTICA	23
1.2.4 VIGILANCIA EM SAÚDE	24
1.3 EQUIPAMENTOS	26
1.4 RECURSOS HUMANOS	27
3. REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE	29
1 ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	29
2 ATENÇÃO A SAÚDE MATERNO INFANTIL (REDE CEGONHA)	30
3 ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL/CAPS I	32
<b>III CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS</b>	<b>32</b>
1. PERFI DEMOGRÁFICO	32
2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	34
2.1 INDICADORES DE NASCIMENTOS	34
2.2 IMUNIZAÇÃO	35
2.3 INDICADORES DE MORBIDADE	37
2.3.1 DOENÇAS TRANSMISSIVEIS	37
2.3.2 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERFACE COM A VIGILÂNCIA AMBIENTAL	40
2.3.3 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSIVEIS-DCNT	43
2.4 MORTALIDADE	45
2.4.1. MORTALIDADE GERAL	45
2.4.2 MORTALIDADE MATERNA	46
2.4.3 MORTALIDADE INFANTIL	47
2.4.4 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS-DCNT E AGRAVOS-ACIDENTES E VIOLENCIAS (CAUSAS EXTERNAS-CAP. XX, CID 10)	47
3 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE/DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	48
3.2 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICOS	48
3.3 CONDIÇÕES SOCIAIS	50

3.4 CONDIÇÕES AMBIENTAIS	53
<b>IV-FLUXOS DE ACESSO</b>	<b>56</b>
1 CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL	57
2 FUNCIONAMENTO E RESPONSABILIDADES	57
3. TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO-TFD	58
3.1 OS CRITÉRIOS DE CONCESSÃO AO BENEFÍCIO TFD SÃO:	58
3.2 CUSTEIO DO TFD	59
3.3 REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E REGULAÇÃO DOS LEITOS	59
4. REGIONALIZAÇÃO	60
<b>V RECURSOS FINANCEIROS (FINANCIAMENTO)</b>	<b>63</b>
<b>VI GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE/ EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	<b>65</b>
<b>VII GESTÃO EM SAÚDE</b>	<b>66</b>
1 PLANEJAMENTO	67
2 REGIONALIZAÇÃO (ver item IV, deste documento)	68
3 CONTROLE SOCIAL/ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	68
4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE/SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – SIS	68
5 IDSUS	69
6. VIABILIDADE – VINCULAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	72
<b>PARTE – II. DIRETRIZES, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E METAS MUNICIPAIS PARA O PERÍODO 2018-2021</b>	
Diretriz 1	73
Diretriz 2	90
Diretriz 3	92
Diretriz 4	93
Diretriz 5	94
<b>III-MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>102</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>104</b>
<b>FONTES DE PESQUISA</b>	<b>105</b>

## **PARTE 1**

### **ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES GERAIS DO MUNICÍPIO (DETERMINANTES DE SAÚDE)**

#### **I CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO**

## 1-IDENTIFICAÇÃO

Juru, município brasileiro, criado pela Lei nº 2.656, de 21 de dezembro de 1961, código do IBGE 250800. localizado no interior do estado da Paraíba, pertencente a 11ª Gerencia Regional de Saúde, distante 380km da Capital. Possui uma população estimada, segundo o IBGE, de 9.826 habitantes, onde 4.359 residem na zona urbana e 5.467 residem na zona rural possui uma área de 395,075Km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 24,87 hab/Km, com PIP de 7.466.04 per capita (Fonte das Informações: IBGE);

- Esperança de vida ao nascer: 75,44 anos (Fonte da informação: IBGE | Brasil em síntese | população | esperanças de vida ao nascer);

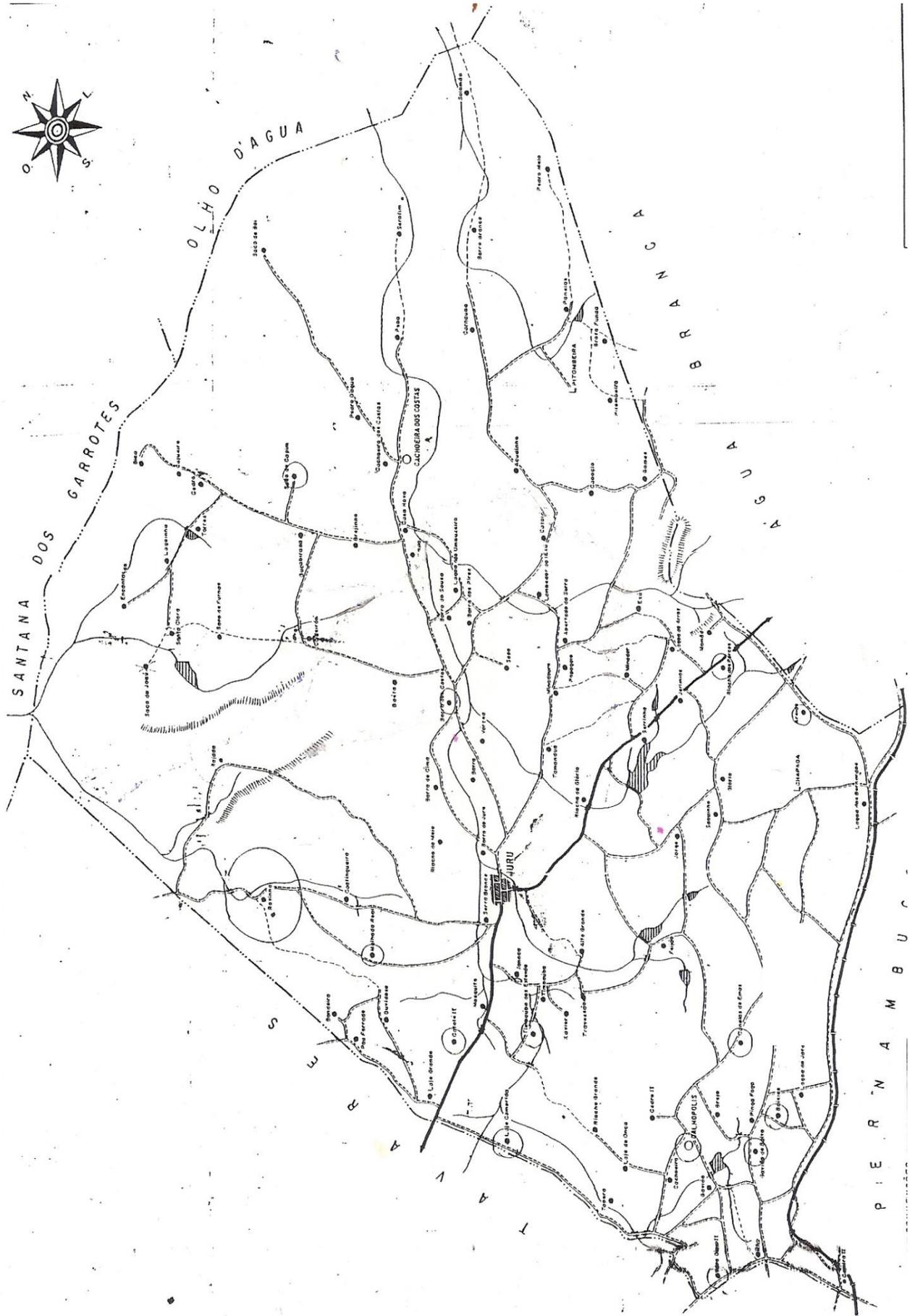
- Salário médio mensal dos trabalhadores: 1,8 salários-mínimos (Fonte da Informação: IBGE - IBGE | Cidades@ | Paraíba | Panorama);

- 97,2 % - Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]

- A taxa de cobertura da população por planos de saúde, no último ano, foi de 8,25% (Fonte da Informação: ANS ou Taxa de Cobertura de Planos de Saúde);

- Fundo Municipal de Saúde criado pela Lei nº184/91, de 02 de agosto DE 1991.

- E-mail: sec.saudejurupb@gmail.com



## **2. ASPECTOS HISTÓRICOS**

A origem do município de Juru ocorreu nas primeiras décadas do século XX. Por volta de 1920, em um sítio denominado de Barra, de propriedade da viúva Maria Ferreira, mais conhecida por Maria Grande, localidade onde havia corridas de cavalos (prado), prática esportiva da época, incentivada por um grupo de moradores da Região, local de grande afluência de pessoas que se deslocavam de outros lugares para assistirem às corridas. Em 1929, aproveitando o movimento das corridas, foi realizada a primeira feira livre, que alcançou prestígio e sucesso, na época já havia sido construídas algumas casas passando a povoação a apresentar características de próspera vila.

De acordo com a Divisão Administrativa do Brasil de 1933, a localidade aparece como distrito de Princesa, porém com o nome de “Barra”, denominação que permaneceu até 1938, quando através do decreto lei estadual n 1164 de 15 de novembro de 1938 o distrito de Barra passou a denominar-se Ibiapina e o município de princesa a denominar-se Princesa Isabel. Essa denominação durou de 1939 a 1943 quando pelo decreto lei estadual n 520 de 31 de dezembro de 1943 o distrito de Ibiapina, ex Barra, teve seu nome modificado, passando a se chamar JURU, cuja etimologia significa “aves multicores” palavra originária do Tupi-Guarani, denominação que perdurou até os dias atuais. Em 1959 com a criação do município de Tavares, o distrito de Juru deixou de pertencer ao município de Princesa Isabel sendo anexado ao novo município de Tavares de onde se desmembrou com a sua emancipação política, através da lei estadual de nº1656 de 21 de dezembro de 1961.

Destacam-se na criação do município o Cel. Manoel Florentino de Medeiros, Manoel Prudente Nunes, Antônio de Sousa Lima, Antônio Pedro da Silva e Manoel José da Silva.

## **3 ASPECTOS GEOGRÁFICOS**

### **3.1 POSIÇÃO GEOGRÁFICA**

Juru está situado no sudoeste do sertão Paraibano e Microrregião Serra do Teixeira – tendo acesso a Capital do Estado através das Rodovias PB 306 e BR 230, com uma distância aproximada de 329,1 Km da Capital, João Pessoa.

O município apresenta uma área geográfica de 403 Km<sup>2</sup>, representando 0,7145% do Estado, 0,0259% da Região Nordeste e 0,0047% de todo Território Brasileiro, e está localizado na Porção Oriental da Região Nordeste no Estado da Paraíba. Entre os paralelos de

7° 33' 13'' de Latitude Sul e entre os Meridianos de 37° 49'7'' de Longitude Oeste, com uma altitude de 580 metros acima do nível do mar.

Limita-se ao Norte com o município de Santana dos Garrotes e Olho d'Água; ao Sul com Solidão/PE; ao Leste com Água Branca e a Oeste com os municípios de Tavares e Nova Olinda.

### **3.2 RELEVO**

Apresenta relevo de Planalto, formados por fortes ondulações, com características de serras, com constantes desdobramentos e algumas depressões relativas de pequenas comodidades. Apresenta ligeiras Planícies (Barra dos Pires e dos Barbosa) e Planaltos (Sítios Chapada, Brejo e Canela de Ema), sendo as elevações de relevo mais importantes as Formações Rochosas da Cordilheira da Serra Branca.

### **3.3 CLIMA**

O clima é quente e seco, típico do semiárido, tornando-se agradável à noite. A temperatura oscila entre 18° e 29° C, com uma média de 22°C.

Quanto ao regime pluviométrico, a precipitação média anual é em torno de 500 mm, intensificando-se nos meses de janeiro a abril.

### **3.4 SOLO**

É formado por terra roxa estruturada, classificado como areno argiloso, são férteis e próprios para várias culturas.

Quanto a possibilidade de mecanização as partes onduladas podem ser mecanizadas em até 10% e na parte plana até 60%. Os 30% restantes a mecanização agrícola é impraticável.

### **3.5 VEGETAÇÃO**

O tipo de vegetação é a Caatinga, rala e espessa que, durante a seca, perde suas folhas, num processo de senescência, renascendo durante a estação chuvosa.

A vegetação é constituída de marmeleiro, catingueira, jurema, angico, pereiro, mandacaru, etc.

Algumas espécies em extinção devido ao desmatamento para as práticas agrícolas.

### **3.6 HIDROGRAFIA**

O município, de Juru encontra-se inserido nos domínios da bacia hidrográfica do Rio Piranhas e sub-bacia do Rio Piancó com destaque para os açudes Timbaúba (capacidade para 15 milhões de m<sup>3</sup>), Glória I (capacidade para 1,7 milhões de m<sup>3</sup>) e Gavião (capacidade 550m<sup>3</sup>) e outros como: Cedro, Fazenda Ancora, Benedito, Brejinho, Rajada, Glória II, Cachoeira dos Costas, Panelas, Mamão, todos com capacidade entre 200 e 500 m<sup>3</sup>. Destacam-se ainda poços amazonas e artesianos, e rios temporários como Jenipapo, Riacho Grande e da Glória, Serra Branca, Cedro, Salomão, Lamedor do Exu, Catolé, Glória e Gavião.

**II CONDIÇÕES DE SAÚDE COM BASE NO MAPA DA SAÚDE  
INSTITUIDO PELO DECRETO 7.508/12**

# 1. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE, OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS

## 1.1 ESTRUTURA FÍSICA

**Zona Rural:** 04 postos de Saúde – Sendo, 03 sedes do Programa de Saúde da Família- UBS da Vila Dalmópolis – Sede do PSF II(reformado em 2014); UBS do Povoado Cachoeira dos Costa – Sede do PSF III(reformada em 2016, obra entregue em 2017); UBS Sítio Catolé – Sede do PSF IV(reformada em 2016, 2019); Posto do Sítio Gloria – Posto Âncora do PSF II(em condições precárias necessitando de reforma).

**Zona Urbana:** 01 UBS – Zona Urbana – Sede do PSF I na Rua Tertuliana Alves (Construída nos anos de 2014 a 2016 e entregue em 2016); 01 UBS, sede do PSF V(em prédio alugado); 01(um) Polo da Academia da Saúde. 01 (um) Hospital de Pequeno Porte com 01(um) Laboratório de Patologia Clínica; 01(uma) Unidade da Farmácia Básica; 01(uma) Unidade de Vigilância Sanitária (funcionando em prédio alugado); 01(um ) Centro de Atenção Psicossocial(sede própria entregue em 2020) e a Sede da Secretaria Municipal de Saúde, com a Central de Regulação e Marcação de Exames.

### QUADRO 01: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL EM FUNCIONAMENTO NO ULTIMO QUINQUENIO 2016-2020.

Nº	ESTABELECIMENTO	TIPO	GESTÃO
01	HOSPITAL E MATERNIDADE ISaura PIRES DO CARMO	UNIDADE MISTA	PUBL. MUNIC.
02	PSF I USF- ZU	C. DE SAÚDE-UBS	PUBL. MUNIC.
03	PSF II USF ZR-V. DALMÓPOLIS	C. DE SAÚDE-UBS	PUBL. MUNIC.
04	PSF III USF ZR-POV C. COSTAS	C. DE SAÚDE-UBS	PUBL. MUNIC.
05	PSF IV USF ZR-SIT. CATOLÉ	C. DE SAÚDE-UBS	PUBL. MUNIC.
06	PSF V USF ZU	C. DE SAÚDE-UBS	
07	SMS	SMS	PUBL. MUNIC.
08	UNIDADE DE VS	UNIDADE DE VS	PUBL. MUNIC.
09	NASF	APOIO AO SF	PUBL. MUNIC.
10	CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	REGULAÇÃO	PUBL. MUNIC.
11	FARMACIA BÁSICA	FARMACIA	PUBL. MUNIC.
12	POLO ACADEMIA DA SAUDE	ACADEMIA DA SAUDE	PUBL. MUNIC.
13	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL-CAPS		PUBL. MUNIC.

14	LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA	LABORATÓRIO DE PRÓTESE	TERCEIRIZADO
----	---------------------------------	------------------------	--------------

**FONTE: DATASUS-SCNES**

## **1.2 ESTRUTURA DOS SERVIÇOS**

### **1.2.1 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**

**Assistência Ambulatorial Básica**– No município a Assistência Ambulatorial Básica é feita pela **Atenção Primária a Saúde** através de 05 (cinco) Unidades do Programa de Saúde da Família – PSF com 05(cinco) Unidades de Saúde Bucal atreladas as USF; 01 (um) equipe de NASF e 01 (UMA) Academia da Saúde.

#### **Assistência Ambulatorial Básica**

É o primeiro nível de atenção à saúde oferecida pelo município, abrangendo o conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias à promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes. Nesse nível de atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e as tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e enfrentamento das doenças. A Atenção Primária tem uma cobertura populacional estimada de 100% (Fonte da informação: SISAPS), e 37% das consultas realizadas na APS geraram encaminhamentos para a atenção ambulatorial especializada; para cada consulta realizada na APS, foram solicitados, em média, três exames laboratoriais; e as internações por condições sensíveis da APS, no último ano, (2020) perfizeram 35,17% (Fonte de informações: (SIH/TABNET);

As áreas estratégicas para atuação da Atenção Primária a Saúde, estão contidas na Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). para a organização da Atenção Primária a Saúde, para a Estratégia Saúde da Família-ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS.

No município de Juru (05 equipes de PSF) desenvolve ações estratégicas para: Controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase, controle do diabetes mellitus, controle da hipertensão arterial, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e a promoção da saúde. Além dessas ações, as equipes de saúde da família também desenvolvem ações básicas nos programas de prevenção e controle das DST/AIDS, nos programas de saúde mental, saúde do trabalhador, e saúde do homem. A saúde da criança é priorizada na Atenção Primária a Saúde no sentido de reduzir a mortalidade infantil, detectando riscos e agravos desde a gestação até o final da infância, através da realização de ações contínuas, enfatizando o acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento da criança. O controle das doenças prevalentes da infância é realizado através de ações que visam combater: diarreias; problemas respiratórios; e doenças imunopreveníveis, através da intensificação do aleitamento materno; ações de educação em saúde; acompanhamento freqüente desse grupo etário nas unidades de saúde; Vigilância Nutricional e Alimentar (SISVAN); e Programa de imunização, com ações de vacinação realizadas por todas as unidades de saúde e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

**O Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF** é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão de saúde no âmbito da Atenção Básica do município, mantido pelo município mesmo sem o incentivo específico do governo federal. É constituído por uma equipe multiprofissional que atua em conjunto com os demais serviços de saúde da rede municipal, de forma interdisciplinar e intersetorial. No município a equipe é formada por fisioterapeutas, nutricionista, fonoaudióloga e psicóloga. Recebendo encaminhamentos dos: Médicos da Saúde da Família e do Hospital Municipal.

O programa **Academia da Saúde**, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. No município de Juru conta com um polo dotado de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde.

### **Saúde Bucal**

A Secretaria Municipal de Saúde de Juru-PB, conta com 04 (quatro) equipes de saúde bucal, sendo 01 (uma) na zona urbana e 03 (três) na zona rural., que fazem parte da estratégia do Programa de Saúde da Família. A saúde bucal tem uma cobertura populacional estimada de 80% (Fonte da informação: SISAPS);

São desenvolvidas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal dos juruenses, entendendo que esta é essencial para a saúde geral e qualidade de vida da população. Atende a todas as faixas etárias, com ações básicas e de urgência, cujo objetivo é prevenir as afecções bucais e a cárie dental, melhorando a questão estética e preservando a autoestima. Além de ações educativas que tem a finalidade de levar informações acerca da higiene bucal, compreendida como fator importante para a saúde e bem-estar do usuário.

**Assistência Ambulatorial Especializada (Media Complexidade)** ofertada pelo **Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo**, onde possui um Laboratório de Análises Clínicas e Bioquímica, e um Serviço de Fisioterapia, pelo **CAPS-Centro de Atenção Psicossocial**, e pelo **Laboratório de Prótese Dentária**.

A assistência especializada se organiza a partir de serviços de apoio diagnóstico ou de especialidades médicas e não médicas que não estão na Atenção Primária a Saúde e exigem uma tecnologia mais avançada e específica. No município a razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e a população residente (nº exames p/100 hab) foi igual a 2,88% no ano de 2020 (Fonte de informações: SIA/TABNET)

No âmbito Regional a assistência ambulatorial especializada necessita viver uma de PPI pontual, respeitando as necessidades de quem referência e de quem executa de acordo com a capacidade instalada de cada ente.

### **Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo**

No Hospital Isaura Pires do Carmo, são realizados procedimentos de pequenas cirurgias, consultas especializadas, exames laboratoriais, procedimentos de fisioterapia e de colposcopia, entre outros. A insuficiência na oferta dos procedimentos de média complexidade ocorre devido ao limitado financiamento do SUS, e a deficiência nas pactuações, tendo uma queda brusca para o ano de 2020, devido a pandemia do novo corona vírus.

### **QUADRO 02. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - JURU- POR LOCAL DE ATENDIMENTO SEGUNDO COMPLEXIDADE, PERÍODO: 2016-2020**

COMPLEXIDADE	2016	2017	2018	2019	2020
MÉDIA COMPLEXIDADE	54.444	41.999	46.501	56.941	27.855

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

### **Laboratório de Prótese Dentária**

Desde 2005 o Ministério da Saúde passou a financiar, o credenciamento de Laboratório Regional de Prótese Dentária- LRPD devido à demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal. O município de Juru possui

01(um) LRPD credenciado no CNES (de acordo Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012), que realiza o serviço de prótese dentária total e parcial removível, recebendo recurso financeiro, repassado conforme faixa de produção de próteses/mês incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC).

### **1.2.2 ASSISTENCIA HOSPITALAR**

O município de Juru possui um Hospital de pequeno porte – Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo, sob Gestão Municipal, com 16 leitos cadastrados no SUS. Entre os serviços ofertados à população estão: internação nas três clínicas básicas, consulta ambulatorial em clínica geral e diversa outras especialidades, procedimentos de pequenas cirurgias, laboratório de análises clínicas, serviço de fisioterapia, serviço de colposcopia, atendimento de urgência e emergência e consultas com observação por 24 horas.

**QUADRO 03. PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO-JURU-VALOR TOTAL POR GRUPO PROCEDIMENTO E ANO PROCESSAMENTO- PERÍODO: 2016-2020**

GRUPO PROCEDIMENTO	2016	2017	2018	2019	2020
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	25.817,15	25.613	3.666,8	4.479,78	6.688,21

**FONTE: DATASUS/ SIH/SUS**

### **1.2.3 ASSISTENCIA FARMACEUTICA**

A reorientação da Assistência Farmacêutica é uma diretriz do Ministério da Saúde que tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e o apoio às ações da Atenção Primária a Saúde, com a necessária segurança, eficácia e qualidade, promovendo o seu uso racional. Esse objetivo parte do princípio da necessidade de construir uma gestão na qual o medicamento constitua o objeto de relevância na promoção da melhoria das condições da saúde e de vida da população. De acordo com Portaria GM 3.237, de 24 de dezembro de 2007, que aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Básica, o financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão com valores mínimos definidos em R\$ 4,10 (quatro reais e dez centavos) por hab/ano para a união; R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) por hab/ano para o estado; e R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) por hab/ano para o município.

A execução da assistência farmacêutica no município é dada através da aquisição e distribuição de medicamentos pela Unidade da Farmácia Básica central na sede do município, e das Unidades de Saúde com dispensação de medicamentos; Fornecimento de medicamentos de alto custo fornecidos sob Ação Judicial, medicamentos de uso hospitalar, além da medicação psicotrópica destinada a pacientes do programa de saúde mental, sob supervisão de um profissional farmacêutico, como também o encaminhamento de documentação de pacientes para aquisição de medicamentos excepcionais vindos do estado. No que diz respeito aos fundamentos legais da Assistência Farmacêutica, além das Portarias ministeriais o município possui um Plano Municipal de Assistência Farmacêutica, porém necessitando de atualização, também falta ao município uma REMUME (Relação Municipal de Medicamento).

#### **1.2.4 VIGILANCIA EM SAÚDE**

As ações de vigilância em saúde objetivam o controle de doenças e agravos a saúde coletiva, A vigilância em saúde é composta pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica, Programa de Estruturação da Vigilância Ambiental (PEVA) e Departamento de Vigilância Sanitária.

#### **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Vigilância epidemiológica é um serviço implantado em todas as unidades de saúde do município, responsável, por todas as investigações das doenças de notificação compulsória, tratando também de qualquer evento relacionado à saúde (ou doença) da população, como sejam surtos, epidemias, desastres, etc, responsável, também pelo processamento dos dados coletados, alimentação e gerenciamento de vários sistemas de informação, retroalimentação do sistema de forma geral, e divulgação das informações. Algumas informações da vigilância epidemiológica podem ser vistas nos quadros de 10 ao 21, deste documento, (item 3, número 2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO).

#### **VIGILÂNCIA AMBIENTAL**

**Vigilância ambiental dos fatores de riscos biológicos** que fica desmembrada em três áreas de concentração: vetores; hospedeiros e reservatórios e animais peçonhentos. Todas com atuação em âmbito municipal.

### **Vetores**

A vigilância de fatores de riscos biológicos relacionados aos vetores, em âmbito municipal voltada para o controle e eliminação dos vetores: *Aedes aegypti*, (transmissor da Dengue, chikungunia e Zica vírus); Flebotomios (transmissor da Leishmaniose) e Triatomíneos (transmissor doença de chagas). Mantendo relações com a vigilância epidemiológica quanto à incidência e prevalência destas doenças e do impacto das ações de controle, além da interação com a rede de laboratórios de saúde pública regional e a inter-relação com as ações de Saneamento Municipal, visando o controle ou a eliminação dos riscos.

### **Hospedeiros e Reservatórios**

A vigilância de fatores de riscos biológicos relacionados aos hospedeiros e reservatórios em âmbito municipal é voltada para animais transmissores da raiva, como cães e gatos, onde são desenvolvidas ações de vacinação e controle desses animais.

#### **QUADRO 04. CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTI-RÁBICA ANIMAL (CÃES) – JURU-PB / 2016-2020**

ANO	Nº DE ANIMAIS		
	META PACTUADA	ALCANÇADA	COBERTURA %
2016	1.461	1.200	82,14
2017	1.461	1.325	90,69
2018	1.461	1.314	89,94
2019	Campanha não realizada devido a pandemia do novo coronavirus		
2020	1.461	1.404	96,10

**FONTE: COORDENAÇÃO MUNICIPAL VISA**

## **Animais Peçonhentos**

O município realiza ações voltadas para a vigilância de fatores de risco biológico relacionados a animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, himenópteras e lepidópteras) que podem resultar em acidentes de interesse para a saúde pública. Essas ações também mantêm relações com a vigilância epidemiológica para avaliação dos acidentes e das medidas de controle utilizadas, além da interação com a rede de laboratórios de saúde pública.

**Vigilância ambiental dos fatores de riscos não biológicos** que fica desmembrada em cinco áreas de agregação: contaminantes ambientais; qualidade da água para consumo humano; qualidade do ar; qualidade do solo, incluindo os resíduos tóxicos e perigosos; e desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. Tendo a água para consumo humano, como principal área de atuação em âmbito municipal e com déficit no cumprimento de metas no quinquênio avaliado.

## **VIGILANCIA SANITÁRIA**

### **Departamento Municipal de Vigilância Sanitária**

O Departamento Municipal de Vigilância Sanitária foi criado pela Lei municipal nº 254, de 18 de setembro de 1997. Quanto ao financiamento da VISA municipal para as ações consideradas básicas o município recebe um piso definido per capita, transferido de forma regular e automática para o fundo municipal de saúde em parcelas mensais. No quadriênio anterior os avanços foram mínimos onde a Vigilância Sanitária continua com a necessidade de ter suas ações implementadas, em relação a estrutura física capacitação de recursos humanos entre outras. O município é responsável pelas ações básicas de fiscalização e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes, bem como as atividades de educação em Vigilância Sanitária.

### **1.3 EQUIPAMENTOS**

#### **Número de Equipamentos Existentes, em Uso e Disponíveis Ao SUS**

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza para atendimento da população equipamentos conforme o quadro abaixo, de acordo com informações no CNES.

**QUADRO 05. CNES - RECURSOS FÍSICOS EXISTENTES POR EQUIPAMENTO JURU ANO 2020**

EQUIPAMENTOS	2020
1-Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	04
-RAIO X DENTARIO	04
2-Equipamentos por Métodos Gráficos	06
-ELETROCARDIOGRAFO	05
ULTRASSON CONVENCIONAL	01
3-Equipamentos de Odontologia	20
AMALGAMADOR	04
CANETA DE ALTA ROTAÇÃO	04
COMPRESSOR ODONTOLOGICO	04
EQUIPO ODONTOLOGICO COMPLETO	04
FOTOPOLIMERIZADOR	04
3-Equipamentos para Manutenção da Vida	03
BERCO AQUECIDO	01
DESFIBRILADOR	01
INCUBADORA	01

**Fonte: Ministério da Saúde – CNES**

#### **1.4 RECURSOS HUMANOS**

Nos últimos concursos públicos da área da Saúde realizados em 2006 e 2012 algumas categorias profissionais não preencheram o número de vagas oferecidas, devido ao salário proposto e a distancia dos grandes centros urbanos onde se concentra a grande maioria dos profissionais. No ano de 2020 a Secretaria Municipal de Saúde contou com 63 (55,2%) trabalhadores efetivos, 51 (44,7%) trabalhadores contratados, 05 trabalhadores cedidos (FUNASA), 01 médico bolsista (Programa Mais Médicos), totalizando 120 funcionários (Fonte de informações: RAG 2020). De acordo com o quadro 06, 93 profissionais são cadastrados no CNES.

**QUADRO 06. RECURSOS HUMANOS - PROFISSIONAIS - INDIVÍDUOS - SEGUNDO CBO - PARAÍBA-QUANTIDADE POR OCUPAÇÕES EM GERAL E ANO/2020-JURU/PB**

OCUPAÇÕES EM GERAL	2020
ASSISTENTE SOCIAL	01
BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO	01
MÉDICO CLÍNICO	02
ENFERMEIRO	04
ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	04
FISIOTERAPEUTA GERAL	04
MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTETRA	01
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	02
NUTRICIONISTA	01
CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	04
PSICÓLOGO CLÍNICO	02
MÉDICO UROLOGISTA	01
MÉDICO VETERINÁRIO	02
BIOMÉDICO	01
ORIENTADOR EDUCACIONAL	01
PEDAGOGO	01
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	04
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	03
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	03
TÉCNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA	03
TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	01
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	24
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA AGENTE DE SANEAMENTO	03
AUXILIAR DE ESCRITÓRIO EM GERAL	01
OPERADOR DE COMPUTADOR	03
TECNICO EM SECRETARIADO	01
TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	15
TOTAL	93

**Fonte: Ministério da Saúde - CNES**

## **2 - REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**

A Rede de Saúde do município de Juru conta com um hospital municipal, cinco equipes de Saúde da Família, quatro equipes de Saúde Bucal, uma Academia da Saúde, um núcleo de Apoio a Saúde da Família, uma equipe de Vigilância Ambiental, uma equipe de Vigilância Sanitária, um serviço de vigilância epidemiológica, um laboratório de prótese dentária, um laboratório de análises clínicas e uma unidade de Fisioterapia. Sendo o Hospital Municipal Isaura Pires do Carmo a referência municipal para os demais serviços no âmbito da média complexidade.

## **1 ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

No município de Juru, Os atendimentos médicos especializados em urgência/emergência São realizados no Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo que recebe tanto as demandas espontâneas, oriundas de ocorrências acontecidas em domicílios, estradas, via pública, etc como também os encaminhamentos das unidades básicas de saúde que também são porta de entrada para urgência dentro do município. O serviço também conta com ambulâncias de suporte básico, para encaminhamentos de pacientes a outros serviços de referência.

O sistema ainda encontra-se falho, tanto pela falta de estrutura nas UBS para o atendimento básico de urgência, que aumenta a demanda de atendimentos na unidade Hospitalar como pela escassez de recursos financeiros e humanos onde mesmo com a mudança de gestão no quinquênio anterior não trouxe grandes evoluções, necessitando sofrer implementação no que diz respeito à ampliação do financiamento, a triagem classificatória de risco, humanização no atendimento, organização no serviço de ambulâncias que se encontram sucateadas e sem condições de transporte humanizado, na capacitação de pessoal de enfermagem e motoristas. A nível regional o município de Juru está integrado a Grade Regional da Rede de Urgências e Emergências da 11º Região de Saúde, recebendo dentro da área de cobertura, o atendimento das urgências clínicas e traumáticas considerando o nível de complexidade de cada ocorrência, no ultimo quinquênio o atendimento de urgência e emergência evoluiu com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regional, com central em Piancó, (porém a população Juruense, será melhor assistida com a implantação de uma base do SAMU local, com uma regulação regional) e os serviços de referência de uma UPA porte I, em Princesa Isabel-PB a 36km, o Hospital Regional de Patos/PB a 120km e o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB a 256km.

## **2 ATENÇÃO A SAÚDE MATERNO INFANTIL (REDE CEGONHA)**

Em Juru, a Assistência a Saúde da Mulher, tem se empenhado na reorganização da assistência sob os princípios da integralidade, igualdade e universalidade. Obedecendo esta ótica tem-se buscado uma postura acolhedora e humanizada diante das necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços de saúde no município. A Assistência Integral à Saúde Materno Infantil utiliza à estratégia da Rede Cegonha do Ministério da Saúde, que também tem o objetivo de fornecer à mulher assistência integral clínico ginecológica, com controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, a assistência para concepção e contracepção, uma melhor assistência pré-natal, do parto e puerpério, abordando os problemas desde a adolescência até a terceira idade.

### **Pré-Natal**

Implantado em todas as unidades básica de saúde, o pré-natal de baixo risco, com ações básicas como: diagnóstico de gravidez, cadastramento de gestantes, logo no 1º trimestre, referência de gestantes de risco para outros serviços, realização de exames básicos e de seguimento de pré-natal, alimentação e análise dos sistemas de informação, e como pode ser visto no quadro 07 as coberturas de consultas de pré-natal que permanecem boas nos últimos 5 anos, enquanto que as coberturas de parto normal ainda estão baixas. Após a primeira consulta de pré-natal é feito a classificação de risco da gestante, sendo que aquelas com risco habitual continuam realizando consulta de pré-natal na UBS do município e as gestantes classificadas como alto risco são encaminhadas aos serviços de referência do Pré-natal de Alto Risco na Maternidade Peregrino Filho em Patos/PB

### **Parto e Nascimento**

A nova legislação no assunto garante à qualificação e a eficiência das ações relacionadas ao parto e ao nascimento, direcionada a garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, realização de Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Atenção Obstétrica e neonatal (Maternidades, Hospitais etc.). O município de Juru tem o Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo como a porta de entrada para o parto e nascimento, realizando partos de risco habitual, de acordo com a capacidade e encaminhando conforme referência e de acordo com a classificação de risco.

## Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

No município a Atenção Primária a Saúde é o marco desse período da assistência a mulher e a criança, onde estão as visitas domiciliares na primeira semana após o parto, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e consulta puerperal. Quanto à atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses, são realizadas visitas domiciliares na primeira semana pós-parto encaminhamento para o teste do pezinho, teste do olhinho etc., busca ativa de crianças vulneráveis, apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promoção do crescimento e desenvolvimento (SISVAN), acompanhamento do calendário vacinal etc.

## Sistema Logístico na Assistência Materno Infantil

Transporte sanitário e regulação visam garantir o acesso aos serviços em tempo hábil e com qualidade. No município de Juru a gestante é encaminhada ao serviço de parto já no pré-natal, seguindo o fluxo das referências, considerando a livre escolha da paciente e respeitando a classificação de risco. O Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo faz o 1º atendimento das urgências obstétricas dentro do município, onde a gestante passará pela classificação de risco, podendo ser atendida na própria unidade, ou referenciada para outro serviço, por meio da regulação de vagas acolhendo e sendo responsável pela gestante, até a garantia de seu atendimento na outra unidade. O transporte Inter unidades será feito por transporte sanitário (ambulância do serviço) ou de acordo com o risco pelo SAMU regional. A garantia do passo a passo nessa assistência, pré-natal, parto e puerpério e a criança dependem de questões políticas e técnicas, como: situações epidemiológicas, recursos financeiros, materiais e humanos, profissionais capacitados, implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como da regulação de urgências e emergências e da regulação ambulatorial (consultas e exames).

**QUADRO 07: PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES, POR NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E TIPO DE PARTO-PERÍODO-2016-2020 – JURU – PB.**

ANO	NASCIDOS VIVOS	NASC. DE MÃES COM 7 OU MAIS CONS. DE PRÉ-NATAL	COB %	TIPO DE PARTO			
				VAGINAL	PERC. (%)	CESARIO	PERC. (%)
2016	117	98	83,76	50	42,74	67	57,26
2017	110	87	79,09	46	41,81	64	58,19
2018	113	96	84,95	56	49,55	57	50,60

2019	125	106	84,80	58	46,40	67	53,60
2020	86	73	84,88	37	43,02	49	56,98

**FONTE: DATASUS/SINASC**

### **3 ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL/CAPS I**

Quanto a atenção a saúde mental, o município manteve nos últimos 5 anos com a o CAPS I, serviço de caráter aberto e comunitário, composto de equipe multiprofissional, que realiza atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral, e assim garantindo a adoção de linhas de cuidados na atenção integral ao paciente, propiciando o acolhimento adequado e a humanização do atendimento. O CAPS I, (pleiteando mudança de modalidade) de Juru atende a população de Juru e Tavares, pois de acordo com a portaria 3.088, republicada em 21 de maio de 2013, exige um quantitativo populacional conseguido apenas com a junção dos dois municípios.

## **III-CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS**

### **1. PERFIL DEMOGRÁFICO**

Segundo o censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total do município é de 9.826 (nove mil oitocentos e vinte e seis) habitantes, com densidade populacional de 24,87 hab/Km<sup>2</sup>. A zona rural tem 5.467 (cinco mil quatrocentos e sessenta e sete) habitantes e a zona urbana, 4.359 (quatro mil trezentos e cinquenta e nove) habitantes, com uma taxa de urbanização de 44,36 hab./Km<sup>2</sup>.

De acordo com a estimativa do IBGE para o ano 2020, (quadro 08) o número de habitantes do município é de 9.849. Desses, 20,31% são crianças de 0 a 14 anos, 39,61% são de jovens na faixa etária de 15 a 39 anos, 24,49% estão na faixa etária de 40 a 59 anos e 15,59% são de idosos acima de 60 anos. Como se vê, a população é predominantemente de jovens, em plena fase produtiva da vida, com um índice de envelhecimento de 30,73%.

No que diz respeito ao sexo 50,43% dos habitantes são do sexo masculino e 49,57% do sexo feminino. Ainda de acordo com as estimativas do IBGE (quadro 08), a população do município tem um comportamento oscilante num período de 20 anos de 2000 a 2020, essa oscilação pode se dar à migração da população economicamente ativa para os grandes centros urbanos e as grandes lavouras de cana-de-açúcar e laranja da região sul e sudeste, na busca de trabalho e melhores condições de vida e bem estar.

QUADRO 08: POPULAÇÃO RESIDENTE–MUNICÍPIO-JURU/PB, IDADE E SEXO 2020

Faixa Etária 1	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	353	336	689
5 a 9 anos	340	312	652
10 a 14 anos	327	332	659
15 a 19 anos	352	348	700
20 a 29 anos	860	805	1.665
30 a 39 anos	836	700	1.536
40 a 49 anos	630	682	1.312
50 a 59 anos	552	549	1.101
60 a 69 anos	359	421	780
70 a 79 anos	257	270	527
80 anos e mais	101	127	228
Total	4.967	4.882	9.849

FONTE: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE

QUADRO 09: POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO, PERÍODO: 2000-2020/JURU – PB.

POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO		
ANO	POPULAÇÃO	MÉTODO
2000	10.325	CENSO
2001	9.991	ESTIMATIVA
2002	9.944	ESTIMATIVA
2003	9.898	ESTIMATIVA
2004	9.800	ESTIMATIVA
2005	9.746	ESTIMATIVA
2006	9.692	ESTIMATIVA
2007	10.222	ESTIMATIVA
2008	10.510	ESTIMATIVA
2009	10.548	ESTIMATIVA
2010	9.826	CENSO
2011	9.810	ESTIMATIVA
2012	9.793	ESTIMATIVA
2013	9.919	ESTIMATIVA

2014	9.906	ESTIMATIVA
2015	9.892	ESTIMATIVA
2016	9.880	ESTIMATIVA
2017	9.868	ESTIMATIVA
2018	9.886	ESTIMATIVA
2019	9.867	ESTIMATIVA
2020	9.849	ESTIMATIVA

**FONTE: IBGE CENSO E ESTIMATIVAS**

## **2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO**

### **2.1 INDICADORES DE NASCIMENTOS**

O conhecimento de informações relacionadas aos nascidos vivos, bem como às características das mães desses recém-nascidos, fornece informações epidemiológicas que servem como subsídios para construção, avaliação e monitoramento de políticas, ações e serviços de saúde. Temos os dados obtidos pelo SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), como sendo a maior fonte de informação tanto em âmbito Municipal como Nacional, pois trata de todos os nascidos vivos, sendo por município de ocorrência do nascimento e também por município de residência da mãe. Nos quadros 10, 11 e 21, podem ser observados alguns dados que refletem sobre a assistência pré-natal, a referência ao tipo de parto, a mortalidade infantil e outros indicadores de saúde das crianças juruenses.

No Quadro 10 observa-se estabilidade no número de nascidos vivos residentes em Juru, nos anos de 2016 a 2020, com um aumento no ano de 2019, voltando a cair no ano de 2020, mantendo-se também instável a taxa bruta de natalidade. Quanto à taxa de nascidos vivos de mães adolescentes apresentou um aumento de 2016 a 2019, nesse último apresentando grande elevação, vindo a diminuir no ano seguinte. Em relação ao baixo peso ao nascer (quadro 11), identifica-se oscilação nos anos avaliados, sendo motivo de preocupação, pois o baixo peso ao nascer pode sinalizar risco de óbito infantil. No que se refere à taxa de nascidos vivos por partos cesáreos e vaginais (quadro 07) houve um aumento considerável nos partos vaginais entre os anos de 2016 a 2018, com uma queda nos anos seguintes, ainda estando os partos cesáreos muito distantes da recomendação da Organização Mundial da Saúde - OMS que é uma taxa de no máximo de 25%.

**QUADRO 10: QUANTIDADE DE NASCIMENTOS POR ANO E SEXO POR LOCAL DE RESIDÊNCIA– JURU – PB– 2016-2020.**

ANO	NASCIMENTOS	NASCIDOS DE MÃES
-----	-------------	------------------

	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	MENORES DE 20 ANOS	
2016	53	64	117	18	15,38
2017	53	57	110	22	20,00
2018	53	60	113	24	21,23
2019	63	62	125	32	25,60
2020	49	37	86	15	17,44

**FONTE: SES-PB/GEVS/GORR/SINASC.**

**QUADRO 11: QUANTIDADE DE NASCIMENTOS POR ANO E PESO AO NASCER POR LOCAL DE RESIDÊNCIA- JURU – PB– 2016-2020.**

ANO	NASCIMENTOS					
	PESO AO NASCER					
	1000-1499	1500-2499	2500-2999	3000-3999	4000-4999	TOTAL
2016	00	06	29	78	04	117
2017	02	11	22	71	04	110
2018	01	08	27	72	05	113
2019	02	14	34	69	06	125
2020	01	02	19	63	01	86

**FONTE: SES-PB/GEVS/GORR/SINASC.**

## 2.2 IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunização apresenta como avanços nos últimos cinco anos a introdução de novos imunobiológicos no calendário básico de vacinação de crianças. Em âmbito municipal dispõe de todos esses imunizantes preconizados pelo Ministério da Saúde para atender ao calendário básico de vacinação da criança, adolescente, adultos e idoso na rotina e nas campanhas nacionais. Observando os quadros a seguir, pode-se ver boas coberturas, tanto na rotina como nas campanhas nacionais.

Observando o quadro 12, vê-se que no período avaliado as coberturas básicas em menores de 1 ano são inadequadas para o ano de 2017, com exceção apenas para a vacina tríplice viral. Nos anos seguintes houve melhora nos percentuais de cobertura, com exceção ainda para as vacinas pólio, penta, e tríplice viral no ano de 2018.

**QUADRO 12: COBERTURA VACINAL DE ROTINA, IMUNOBIOLÓGICO EM MENORES DE 01 ANO E 01 ANO DE IDADE – 2016 a 2020.**

ANO	BCG	PÓLIO	PENTA	ROTA VÍRUS	TRÍVIRAL (1 Ano)	PNEUMO- 10	MENIN.
	COB%	COB. %	COB. %	COB. %	COB. %	COB%	COB%
2016	161,02	113,56	142,37	125,42	85,59	122,88	135,59

2017	71,55	93,97	93,97	90,52	106,03	90,52	96,55
2018	105,98	94,58	94,02	105,13	89,74	109,40	96,58
2019	109,09	143,64	122,73	137,27	123,64	137,27	131,82
2020	30,00	105,45	118,18	107,27	128,18	105,45	102,73

FONTE: DATASUS-PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES-PNI-

## CAMPANHAS NACIONAIS

**QUADRO 13. RESULTADO DA CAMPANHA CONTRA INFLUENZA EM MAIORES DE 60 ANOS 2016-2020**

ANO	META	DOSES APLICADAS	COB %
2016	1.186	1.056	89,04
2017	1.186	1.140	96,12
2018	1.186	1.191	100,42
2019	1.186	1.207	101,77
2020	1.186	1.315	110,88

FONTE: SI-API-DATASUS

**QUADRO 14. RESULTADO DA CAMPANHA CONTRA INFLUENZA H1N1-2016-2020**

GRUPOS PRIORITÁRIOS	2016	2017	2018	2019	2020
	COB %	COB%	COB%	COB%	COB%
TRAB. DA SAÚDE	72,06	102,75	99,47	105,35	107,49
GESTANTES	112,36	94,25	127,27	104,55	112,50
PUERPERA	126,67	107,14	107,14	107,14	85,71
CRIANÇAS	106,81	101,95	102,11	100,52	102,08
PROFESSORES	-	-	84,00	94,44	99,77

FONTE: SI-API-PNI-DATASUS

### 2.3. INDICADORES DE MORBIDADE

#### 2.3.1 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

O Sistema de Informação de agravos de Notificação – SINAN – é o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos, tem

como objetivo registrar e processar dados fornecendo informações para a análise do perfil de morbidade e contribuir para a tomada de decisões nos níveis Municipal, Estadual e Federal.

**QUADRO 15: AGRAVOS NOTIFICADOS NO SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – 2016-2020.**

	AGRAVO	2016	2017	2018	2019	2020
01	AGRAVOS RELACIONADOS TRABALHO	00	00	08	06	05
02	ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO	49	51	29	26	24
03	ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	15	06	31	49	26
04	CHIKUNGUNYA	185	-	-	-	-
05	DENGUE	115	08	23	72	21
06	DOENÇA DE CHAGAS	07	04	07	05	14
07	DOENÇAS EXANTEMÁTICAS	00	01	00	00	00
09	HANSENIÁSE	03	-	-	-	-
10	HEPATITE VIRAL	00	02	00	01	00
13	SIFILIS CONGENITA	00	00	00	00	01
14	SIFILIS	04	00	01	01	02
15	SIFILIS EM GESTANTE	01	00	00	00	00
16	TUBERCULOSE	00	00	01	00	02
18	VIOLÊNCIA	15	00	26	08	18
19	ESQUISTOSOMOSE	01	00	00	00	00
20	LEPTOSPIROSE	00	00	00	00	01
21	COVID - 19	-	00	00	00	375

**FONTE: SINAN/SMS; E-SUSNOTIFICA**

**QUADRO 16. MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA – JURU-AIH APROVADAS POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO PERÍODO: 2016 - 2020**

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	08	13	10	21
II. Neoplasias (tumores)	23	17	20	27	42
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	01	01	02	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	08	05	04	06	01
V. Transtornos mentais e comportamentais	03	02	-	01	03
VI. Doenças do sistema nervoso	02	01	03	01	04
IX. Doenças do aparelho circulatório	29	19	11	33	18

X. Doenças do aparelho respiratório	18	16	21	22	10
XI. Doenças do aparelho digestivo	22	26	14	23	16
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	02	03	-	04	02
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	03	02	04	05	03
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	19	22	19	16	11
XV. Gravidez parto e puerpério	87	71	55	92	91
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	05	02	10	05
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	03	01	05	04	01
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	03	03	01	02	03
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	23	24	22	28	19
XXI. Contatos com serviços de saúde	02	02	04	01	-
Total	270	228	199	287	250

**FONTE: DATASUS/SIH/SUS**

### **COVID-19**

Destaque - Situação da COVID-19: Atualmente o município se encontra em bandeira amarela, tem registrado 740 casos confirmados de COVID-19, 12 óbitos, 1.610 casos descartados, e 2.350 testes realizados. (Fonte: Boletim epidemiológico municipal até 13.07.21).

A cobertura vacinal para a COVID-19 está em andamento, atualmente o município tem um dos melhores desempenhos do estado no Vacinômetro para COVID (Fonte das informações: LocalizaSUS). Atualmente recebemos 5.415 doses, sendo dos tipos: CoronaVac, Astrazênica, Butantan, Jansen dentre elas 2085 são o total de doses aplicadas (até 24.04.21). O município continua adotando, medidas de contenção, o uso obrigatório de Máscaras e demais medidas de proteção conforme OMS, redução do horário comercial até às 17:00 e distribuição de máscaras de pano para a população. Além do trabalho já exercido, as UBS e HMIPC estão realizando atendimento aos sintomáticos respiratórios e foi realizado acordo com o comércio e as igrejas sobre os cuidados sanitários. Sendo realizado o monitoramento e mapeamento de casos novos através do Centro do COVID-19 localizado no Centro da cidade, próximo ao Hospital Municipal

### **Tuberculose**

Em Juru (quadro 15), entre os anos de 2016 a 2020, foram notificados 03 casos de Tuberculose (todas as formas), sendo uma média de menos de 1(um) caso por ano, com taxa de detecção geral de casos novos de 20,1/100 mil habitantes no ano de 2020, último ano de notificação de casos no município, estando abaixo do esperado nos anos avaliados. As dificuldades em atingir as metas de detecção, estão relacionadas às insatisfatórias condições

assistenciais de diagnósticos, e insuficiência de ações como busca ativa de casos e atividades educativas etc.

### **Hanseníase**

O município de Juru apresentou 3,05 casos por 10 mil habitantes no ano de 2016(quadro 15), sendo o coeficiente de detecção geral de 30,53/100 mil habitantes, com 01 caso registrado em menores de 15 anos. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos, cura e avaliação de incapacidade física no diagnóstico. Será importante intensificar ações para a eliminação da Hanseníase através da busca dos casos novos, melhoria da assistência para a cura e redução das incapacidades físicas.

### **Sífilis**

Em Juru, conforme quadro 15, foram confirmados 04 casos em 2016 e 02 casos em 2020, por critério laboratorial. Também no quadro 15 pode se ver 01 caso de sífilis em gestante em 2016, apesar do exame para diagnóstico de Sífilis encontrar-se disponível na Atenção Primária em Saúde (executado dentro do município) e também incorporado na rotina de pré-natal, faz-se necessário cumprir os protocolos e diretrizes para realização de 2 sorologias de VDRL para diagnóstico de Sífilis na gestação, com o intuito de diminuir a transmissão vertical e incrementar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento.

### **HIV/AIDS e Outras – DST**

As Doenças sexualmente transmissíveis (DST) aparecem em números relativamente baixos, devido à subnotificação, como é caso da AIDS, que não há registro de casos nos anos avaliados, porém atualmente, quatro pessoas portadoras do vírus HIV são atendidas pelo setor de TFD da SMS, razão pela qual o município terá que investir nas campanhas de detecção das doenças transmissíveis com ênfase para HIV/AIDS, bem como na prevenção dessas doenças.

### **Hepatites Virais**

Em Juru no período de 2016 a 2020 foram detectados 03 casos com taxa de detecção de 30,53/100 mil habitantes.

### **2.3.2 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERFACE COM A VIGILÂNCIA AMBIENTAL**

#### **Diarréias Agudas**

As Doenças Diarreicas Agudas, (Quadro 17) apresentam altas incidências, nos anos avaliados, refletindo precariedade no acesso ou na qualidade da assistência oferecida nas unidades de Saúde da Atenção Básica.

A elevação dos índices dessas doenças, também é originada das condições de saneamento básico no território municipal, como se vê nos quadros 34 a 41.

#### **QUADRO 17: CASOS DE DIARRÉIA POR FAIXA ETÁRIA – 2016 A 2020/JURU/ PB.**

FAIXA ETARIA	2016	2017	2018	2019	2020
< de 01 ano	63	46	20	41	11
1 a 4	143	263	37	88	48
5 a 9	68	79	22	53	25
10 ou +	272	382	202	205	112
TOTAL	546	770	281	387	196

**FONTE: PROGRAMA MDDA/SM**

#### **Dengue**

No que diz respeito à situação epidemiológica da Dengue, o município de Juru é considerado de alto risco para transmissão, pois vem sempre apresentando Índice de Infestação Predial –IIP acima do recomendado pelo Ministério da Saúde que é menos de 1%. Apesar da ausência de grandes surtos nos últimos 5 (cinco) anos, mesmo assim o município deve estar alerta para situações de crise com uma ampla estrutura de ações eficazes, que permitam conter a transmissão da doença, reduzir as internações, evitando possíveis óbitos e minimizando as consequências socioeconômicas causadas na população pela doença.

#### **Chikungunya**

A Febre Chikungunya é uma doença transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014.

Chikungunya significa "aqueles que se dobram" em swahili, um dos idiomas da Tanzânia. Refere-se à aparência curvada dos pacientes que foram atendidos na primeira epidemia documentada, na Tanzânia, localizada no leste da África, entre 1.952 e 1.953. A doença apareceu no município pela 1ª vez em 2016 com 185 casos notificados (quadro 20), apresentando uma incidência de 188,27/10 mil habitantes, não há registros nos anos seguintes a 2016.

### **Zika**

O Zika é um vírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. O vírus Zika recebeu a mesma denominação do local de origem de sua identificação em 1947, após detecção em macacos sentinelas para monitoramento da febre amarela, na floresta Zika, em Uganda. Não há necessidade de registros da totalidade de casos, pois a quantidade não tem relevância epidemiológica, tendo em vista que as medidas de controle são obrigatórias e devem ser executadas continuamente, para evitar o aparecimento de casos da doença.

### **Microcefalia**

Microcefalia é uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, essa malformação congênita pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas, infecções, sífilis, rubéola, toxoplasmose, HIV, etc. O Ministério da Saúde confirmou a relação entre o vírus Zika e a microcefalia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos também confirmam a relação. **O achado reforça o chamado para uma mobilização nacional para conter o mosquito transmissor, o *Aedes aegypti*, responsável pela disseminação da doença.** No município foi diagnosticado 1 caso suspeito em 2015, porem descartado a presença do vírus Zika, e prosseguido investigação.

### **Doença de Chagas**

No município de Juru/PB, assim como no restante do Brasil, devido à transmissão vetorial domiciliar ocorrida no passado e hoje interrompida, predominam os casos crônicos quando temos muitos indivíduos infectados e que descobrem na fase crônica. A notificação

da Doença de Chagas é necessária somente para os casos de forma aguda, os casos de reativação ou crônicos não devem ser notificados. Os casos que aparecem no quadro 20 são de reativação ou pacientes em acompanhamento de doenças cardíacas ou outras características da doença de chagas na fase crônica. No município de Juru, o Programa de estruturação da Vigilância Ambiental realiza sistematicamente a vigilância entomológica através do controle de triatomíneos na região rural, com a detecção da presença do triatomíneo e aplicação de inseticidas, prevenindo desta forma, a formação de colônias domiciliares do vetor.

### **Raiva**

A raiva é uma zoonose viral (O vírus rábico pertence à ordem Mononegavirales, família Rhabdoviridae e gênero Lyssavirus), que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letal. O vírus rábico pode infectar todos os mamíferos. Didaticamente podemos dividir a doença em ciclos de transmissão conforme os principais reservatórios da raiva - Ciclo aéreo, que envolve os morcegos hematófagos e não hematófagos; Ciclo rural, representado pelos animais de produção; Ciclo urbano, relacionado aos cães e gatos; Ciclo silvestre terrestre, que engloba os sagüis, cachorros do mato, raposas, guaxinim, macacos entre outros animais selvagens, sendo o urbano passível de eliminação, por se dispor de medidas eficientes de prevenção, tanto em relação ao ser humano, quanto à fonte de infecção. Como pode ser visto no quadro 06 a prevenção da doença em humanos se dá através do controle da população animal (hospedeiros e reservatórios) com o desenvolvimento de ações de vacinação (campanhas e rotinas) e no quadro 20 com uma vigilância ativa na notificação de atendimentos anti-rábico humano, casos notificados e tratados a cada ano.

### **Leishmaniose Tegumentar Americana e Visceral**

A Leishmaniose Tegumentar Americana e a visceral são de notificação obrigatória. Não houve notificações de leishmaniose de nem uma das formas nos últimos cinco anos, porém teve-se vários registros de sorologias positivas em animais, fazendo com que a Vigilância Epidemiológica em conjunto com a Vigilância Sanitária e Ambiental e as Unidades Básicas de Saúde tenham intensificado seus trabalhos na investigação de casos suspeitos, com visitas nos locais prováveis de contaminação, vigilância intensa da população animal de rua, etc realizando orientações sobre prevenção da doença, manejo e boas práticas,

além da coleta de exames laboratoriais em animais suspeitos, bem como a eliminação de animais com sorologia positiva para a Leishmaniose.

### **Acidentes por Animais Peçonhentos**

Os acidentes por animais peçonhentos não constituem doença transmissível, porém têm sido abordados juntamente com as zoonoses, uma vez que se trata de agravo, a exemplo da raiva, onde ocorre agressão por um animal e o quadro clínico é consequente à ação de toxinas inoculadas pelas picadas. Os animais peçonhentos são aqueles que possuem veneno e são capazes de injetá-lo por meio de dentes ou ferrões, exemplo: serpentes, aranhas, escorpiões, lacraias, abelhas, vespas, marimbondos e arraias. Dependendo da espécie do animal, os acidentes podem até levar a morte, caso a pessoa não seja socorrida e tratada adequadamente com soro específico. No município as serpentes são os principais agentes causadores de acidentes, com um agravamento pela escassez ou ausência de soro antiofídico no município e na região, fazendo com que seja necessário deslocar as vítimas a uma distância de quase 300 km, para fazerem uso do soro contra veneno. Em Juru foram notificados 127 casos de acidentes por animais peçonhentos entre 2016 e 2020(quadro 20).

### **2.3.3 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS-DCNT**

#### **Acidentes, Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências**

As principais doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes Mellitus, Câncer, Doenças do aparelho circulatório, e doenças respiratórias crônicas) além de ser as principais causas de óbitos(quadro 25) são também de grande relevância nas causas de internações e de atendimentos nas UBS, tendo como principais fatores de risco o Tabagismo; Consumo Nocivo de álcool; Inatividade física; e Alimentação não saudável, para combatê-los serão necessárias mudanças de hábitos e de comportamentos, o que torna cada vez mais difícil e com isso favorece o crescimento do número dessas doenças em nossa população como pode se ver no quadro 21. Quanto as violências e acidentes também agravos não transmissíveis são hoje uma constante de preocupações para gestores e profissionais, tendo em vista os altos custos para os cofres públicos com atendimentos, internações e transportes de vítimas de acidentes e agressões, e a força de trabalho cada vez mais explorada em plantões “carregados” com atendimentos acima do previsto e muitas vezes além da capacidade instalada de cada

serviço. No quadro 21 pode se ver que os internamentos por causas externas vêm aumentando a cada ano, tendo uma redução em 2020, que guarda relação com a redução de acidentes automobilísticos ocasionados pela Pandemia do novo coronavírus.

**QUADRO 18: ÓBITOS POR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS, JURU/PB, 2016 A 2020**

CAUSA (CID10 3D)	2016	2017	2018	2019	2020
CANCER (CID 10: C00 - C97)	07	07	02	08	07
DIABETES (CID 10: E 10 - 14)	00	04	03	00	02
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (CID 10: I 00-I99)	20	24	41	23	28
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS (CID 10: J30 – J28)	06	09	10	00	05
CAUSAS EXTERNAS (TODO O CAPITULO XX DA CID 10)	04	08	06	06	10

**Fonte: DATASUS/SIM**

### **Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho**

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS estabelece que as notificações de agravos relacionados ao trabalho, devem ser realizadas por profissionais de saúde que realizam ações de saúde voltadas para o trabalhador nos serviços de Atenção Primária a Saúde, nos Serviços de Urgência e Emergência, nos Centros de Especialidades, e CEREST, a partir do preenchimento de fichas de notificações, pois são agravos de notificação compulsória, porém no município de Juru há poucos registros de casos no período avaliado o que configura a subnotificação da ocorrência de casos de doenças e acidentes de trabalho em toda a rede de serviços, onde será necessário conhecer os fatores causadores da falta de notificação, e a partir desse conhecimento, serem desenvolvidas ações direcionadas para corrigir possíveis problemas e melhorar as informações.

## **2.4 MORTALIDADE**

### **2.4.1 MORTALIDADE GERAL**

Foram registrados no ano de 2020(quadro 27), 68(sessenta e oito) óbitos de pessoas residentes, sendo 24(vinte e quatro) do sexo feminino (35,29%) e 44 (quarenta e quatro) do sexo masculino (64,71 %). Do total de óbitos 77,95% ocorreu em maiores de 50 anos; 17,64% entre 15 e 49 anos; 2,94%( 2 óbitos) dos óbitos ocorreu em menores de 1 ano. A ocorrência de óbitos em mulheres de 10 a 49 anos, consideradas em idade fértil foi de 03 óbitos, que corresponde a 12,5% do total de óbitos de pessoas do sexo feminino, todos os óbitos de 44

mulheres de 10 a 49 anos, foram investigados e descartados a possibilidade de óbito materno. De acordo com o quadro 27, o perfil de mortalidade não difere muito nos anos avaliados, onde podemos ver que o grupo das doenças do aparelho circulatório vem sendo o responsável pelo maior número de óbitos, 42,18% do total de óbitos.

Esses dados devem orientar o planejamento das ações de epidemiologia como elemento estratégico na definição das áreas prioritárias na organização e expansão de serviços e programas.

**QUADRO 19: QUANTIDADE DE ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO POR LOCAL DE RESIDÊNCIA – JURU – PB – 2020.**

FAIXA ETARIA	Nº DE OBITOS			
	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	%
< 01ª	01	01	02	2,94
10-14ª	01	00	01	1,47
15-19ª	01	00	01	1,47
20-29ª	02	00	02	2,94
30-39ª	02	01	03	4,41
40-49ª	04	02	06	8,82
50-59ª	02	03	05	7,35
60-69ª	08	06	14	20,59
70-79ª	11	05	16	23,53
80 e+	12	06	18	26,48
Total	44	24	68	100

FONTE: COORDENAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA E EPIDEMIOLOGIA / SMS

**QUADRO 20: PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, QUANTIDADE E PROPORÇÃO, NO PERÍODO DE 2016 A 2020 – JURU – PB.**

Causa (Cap CID10)	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	03	02	01	03	04
II. Neoplasias (tumores)	07	05	02	08	07
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	05	05	03	01	03
V. Transtornos mentais e comportamentais	00	01	00	00	01
VI. Doenças do sistema nervoso	00	00	00	00	03
IX. Doenças do aparelho circulatório	20	24	41	23	28
X. Doenças do aparelho respiratório	06	09	10	00	05
XI. Doenças do aparelho digestivo	01	02	01	01	03
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	00	00	00	00	01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	00	00	01	02	01
XV. Gravidez parto e puerpério	00	00	01	00	00
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	02	04	07	04	01
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	00	00	00	00	00
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	11	07	06	02	01
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	04	08	06	06	10

Total	59	67	79	50	68
-------	----	----	----	----	----

Fonte: DATASUS/SIM

**QUADRO 21. QUANTIDADE DE OBITOS POR ANO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA INFANTIL, POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA JURU/PB NO PERÍODO DE 2016 A 2020**

FAIXA ETÁRIA	PERÍODO				
	2016	2017	2018	2019	2020
< 7dias	00	01	02	03	01
07dias - 27dias	00	00	01	00	00
28 dias - < 1 ano	00	00	00	01	01
TOTAIS	00	01	03	04	02

Fonte: SES-PB/GEVS/GORR/SIM e SINASC

#### 2.4.2. MORTALIDADE MATERNA

Morte Materna (Óbito Materno) é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. No quadro 20, pode se ver um óbito no capítulo XV da CID 10 relacionado com gravidez parto e puerpério no ano de 2018, porém esse óbito possui código O 96 - Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto, configurando uma morte Materna tardia, porém a razão de mortalidade materna se apresenta com poucas variações nos últimos cinco anos e no último ano totalizou 0(zero) óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, superior à média do país. Salientando que os óbitos Maternos estão relacionados à assistência médico-hospitalar no período intraparto e perinatal e também à qualidade da assistência à gestante no pré-natal, por isso mesmo com as baixas taxas de mortalidade materna faz-se necessário a adoção de medidas eficazes com a criação de novas políticas, fortalecimento da Rede Cegonha dando qualidade a assistência ao parto e puerpério e qualificando também a assistência pré-natal na Rede Básica etc.

#### 2.4.3 MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil, também apresenta pouca variação nos cinco anos anteriores totalizando, no último ano (2020), 9,09 óbitos infantis por mil nascidos vivos, abaixo da média do país (15,27 óbitos infantis por mil nascidos vivos). Diante das causas da

mortalidade infantil podemos citar: um caso de Desnutrição proteico-calórica de grau moderado e leve, e um caso de Hidroxia fetal devido doença hemolítica. Essa análise orientamos no sentido de priorizar a assistência ao pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido, já que nos grupos de trabalhos, no processo de planejamento, foi levantado o problema da mortalidade infantil, sendo apontada como causa principal a má qualidade na assistência perinatal.

#### **2.4.4 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS-DCNT E AGRAVOS-ACIDENTES E VIOLENCIAS (CAUSAS EXTERNAS-CAP. XX, CID 10)**

Em relação às causas de óbitos por doenças não transmissíveis, analisando o ano de 2020, também como em anos anteriores ainda temos as doenças do aparelho circulatório responsáveis pela maior parte 42,18% do total de mortes, seguido pelas causas externas com 14,71 % e as neoplasias, 10,29. Quanto aos óbitos por causas externas(quadro 18), não há variação nos anos avaliados, atingindo maior valor em 2020. Os acidentes de trânsito, são responsáveis pelo maior número de mortes neste capítulo(causas externas), apesar do esforço das autoridades em geral, com Decretos que regulamentam Códigos de Trânsito, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito, uso obrigatório de capacetes em algumas localidades etc.

### **3- CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE/DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE**

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov,1996). Ao operarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas localidades mais vulneráveis do município, pois sabemos que uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham.

#### **3.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICOS**

Nesse aspecto apresentaremos indicadores socioeconômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB), o IDH, a educação, trabalho e renda

### **Produto Interno Bruto**

O Produto Interno Bruto (PIB) é o valor de mercado de todos os bens e serviços finais produzidos em um país durante certo período de tempo. (MANKIWI, N. Gregory. Introdução à Economia. 1. ed., 5. tir. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Cap. 22, pag. 484). O PIB municipal-Juru/PB era de 11.874,50 em 1991 passando para 54.342,00 em 2013. Aumentando consideravelmente a cada ano.

### **Índice de Desenvolvimento Humano**

O Índice de Desenvolvimento Humano foi criado para oferecer um contraponto ao PIB, tendo em vista que esse somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento, sendo uma medida simplificada do progresso em longo prazo em três dimensões básicas: renda, educação e saúde. O IDH do Brasil é 0,718, que ficou em 84º posição entre 187 países no IDH global 2011. O município de Juru conforme Ranking do IDH dos Municípios do Brasil (IDH-M) 2010, figura na 146ª colocação, dentro do estado da Paraíba (4.841 posição no ranking nacional) com índice de 0,570, sendo que em 2000 era de 0,561 e em 1991, era de 0,432, onde se observa uma elevação mínima nas duas décadas analisadas.

### **Trabalho e Renda**

A economia do município continua baseada na agricultura, pecuária, comércio, serviços e pequenas indústrias. As práticas agrícolas estão fundamentadas nas culturas de subsistências (milho, feijão *Phaseolus* e *Vigna*, mandioca, cana-de-açúcar); culturas irrigadas (batata-doce, tomate, cenoura); e culturas perenes (maracujá, goiaba, manga, banana, mamão), sendo ainda com mão de obra familiar. Na pecuária, destaca-se a criação de bovinos, caprinos e aves (galinha), com algumas mudanças nos últimos 5 anos devido a grande estiagem que vem assolando a região.

O comércio apresenta mercearias, armarinhos, lojas de roupas e calçados, lojas de móveis e eletrodomésticos, farmácias, hotéis, bares e lanchonetes, e lojas de materiais de construção etc. O número de empregados nos serviços públicos, com lotação nas três esferas administrativas – municipal estadual e federal – atinge cerca de 10% da população

economicamente ativa. No que diz respeito à indústria, no município existem serrarias (fabricação de móveis) serralharias (fabricação de portas, janelas e outros) olarias (fabricação de tijolos e telhas) e fábricas de painéis (fabricam painéis e outros utensílios de alumínio), existindo também, engenhos de raspadura e mel, e casas de farinha que se tornaram muito escassos ou inexistentes com o passar dos anos.

**QUADRO 22. PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA E PROPORÇÃO DE RENDA MÉDIA DOMICILIAR PERCAPTA 2000 E 2010- JURU/PB**

PERÍODO	RENDA < ½ SALÁRIO MÍNIMO	RENDA < 1/4 SALÁRIO MÍNIMO	RENDA MÉDIA DOMICILIAR PERCAPTA
2000	86,72	70,56	124,98
2010	67,49	40,36	244,02

**FONTE IBGE-CENSOS DEMOGRÁFICO**

**QUADRO 23. TAXA DE DESEMPREGO, POPULAÇÃO DESOCUPADA E POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, ACIMA DE 16 ANOS 2000 E 2010- JURU/PB**

PERÍODO	TAXA DE DESEMPREGO 16 ANOS E MAIS	POPULAÇÃO DESOCUPADA 16 ANOS E MAIS	POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE. ATIVA 16 ANOS E MAIS
2000	4,26	130	3.054
2010	4,86	135	2.776

**FONTE IBGE-CENSOS DEMOGRÁFICOS**

### **Educação**

O município passou por grandes evoluções no que se refere a Educação, desde 1948 quando foi inaugurada a primeira escola do município até os dias atuais. Em 2010, (quadro 24) 83,40% das crianças de 7 a 14 anos estavam cursando o ensino fundamental, enquanto a taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de apenas 30,4%. Também no município de acordo com dados do Ministério da Educação (censo IBGE 2010) a distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do ensino fundamental, 36,3% estão com idade superior à recomendada chegando a 33,0% de defasagem entre os que alcançam o ensino médio.

**QUADRO 24. TAXA DE FREQUÊNCIA E CONCLUSÃO NO ENSINO FUNDAMENTAL E ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS- 1991-2010**

DESCRIÇÃO	1991	2010
FREQUÊNCIA ( 7 A 14 ANOS)	61,00	83,40%
CONCLUSÃO (15 A 17 ANOS)		30,40%
% DE ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADOLESCENTES DE 15 A 24 ANOS	57,57	93,10%

## FONTE IBGE- CENSO DEMOGRÁFICO 2010

### QUADRO 25: ÍNDICE DE ANALFABETISMO EM MAIORES DE 15 ANOS –2000 E 2010 -JURU / PB.

ANO	% ALFABETIZADOS > DE 15 ANOS	%NÃO ALFABETIZADOS > DE 15 ANOS
2000	62,57	37,43
2010	66,40	33,60

FONTE: SIAB

### 3.2 CONDIÇÕES SOCIAIS

A vida social da comunidade é igual a todas as cidades do interior. Sua população é predominantemente católica (cerca de mais de 90%), possuindo duas Igrejas na zona urbana e oito capelas na zona rural. O Pároco da cidade é o Padre Sebastião. A comunidade evangélica abrange menos de 10% da população (segundo o IBGE-censo de 2010). Onde destacamos: A Igreja Adventista do Sétimo Dia, Congregação Cristã do Brasil, Assembleia de Deus e Ação Evangélica.

Quanto ao lazer e esporte a comunidade conta com bares e lanchonetes no centro da cidade e em algumas localidades da zona rural, as festas tradicionais de São Sebastião e Santa Terezinha, bem como as festas de São Joao na sede do município e nas comunidades de Dalmopolis e Lage Grande e a festa de Santo Antônio na comunidade de Cachoeira dos Costas. No esporte conta-se com vários Campos de futebol espalhados pelo Município, e ainda um Clube Social. No ano de 2020, com a pandemia do novo corona vírus o setor de lazer ficou intensamente prejudicado.

O meio de transporte é o rodoviário, com destino a capital do estado e as demais regiões do país. Os meios de comunicação mais utilizados são: o rádio, a televisão, o jornal e o telefone, que passou por grande evolução com a chegada da telefonia móvel (celular) em 2009, e a internet, hoje acessada em grande escala. Quanto ao sistema de rádio à comunidade pode contar com a Rádio Comunitária Barra FM, que foi ao ar no dia 20 de abril de 2006, a rádio alternativa além da rádio AM da cidade de Princesa Isabel e FM de Piancó.

A cidade dispõe de uma Agência de Correios e Telégrafos, uma Casa Lotérica em Convênio com a Caixa Econômica Federal, uma agencia do Bradesco e um posto do banco do Brasil. Os jornais que circulam no município são: Correio da Paraíba, Jornal da Paraíba, o Norte, o Diário Oficial e o jornal a Folha de Princesa, e no meio virtual, tem-se vários blogs locais e regionais.

### **Associações que se destacam no Município Zona Urbana**

- Associação dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Associação dos Amigos do Portal da Alvorada (AAPA);
- Associação do Bairro São Sebastião;
- Associação Clube das Mães Alegria de Viver;
- Associação dos Criadores de Caprinos e Ovinos de Juru (ACCOJU);
- Associação Com.Mãos Dadas das Mulheres Produt.de Juru (ASOMMUPROJURU);
- Associação de Desenvolvimento Comunitário do Bairro São Sebastião;
- Associação Comunitária do Bairro do Açude;
- Associação de Desenvolvimento Comunitário do Bairro São Sebastião;
- Associação Comunitária Cícero Marques do Bairro do Açude;
- Associação de desenvolvimento cultural, arte e esportiva renascer

### **Associações que se destacam no Município Zona Rural**

- Associação Comunitária “São João” (Sítio Laje Grande);
- Associação Comunitária Dalmópolis (ACOD) Povoado de Dalmópolis);
- Associação Comunitária Padre Cícero (ACPC) (Sítio Brejinho);
- Associação Comunitária do Sítio Laje Comprida (Sítio Laje Comprida);
- Associação Comunitária São Sebastião, Antônio Torres (Sítio Rosilho);
- Associação Com. Santíssima Trindade (Sítios Panelas, Riacho Seco e Carnaúbas);
- Associação Comunitária Nossa Senhora de Fátima (Sítio Lambedor do Exu);
- Associação Comunitária do Sítio Rajada (Sítio Rajada);
- Associação Comunitária Santo Antônio (Povoado Cachoeira dos Costas);
- Associação Comunitária dos Pequenos Agropecuaristas de Dalmópolis (ACOPADAL)
- Associação Comunitária dos Moradores do Sítio Catingueira (Sítio Catingueira);
- Associação Comunitária São José (Sítio Catolé);
- Associação Comunitária dos Produtores de Leite e Seus Derivados-(Sítio Feijão);
- Associação Comunitária dos Irrigantes de Juru;
- Associação Comunitária do Sítio Várzea (Sítio Várzea);
- Associação Comunitária dos Sítios Torre, Cedro e Santa Clara (Sítio Torre);
- Associação Comunitária do Exu e Apertado da Serra;
- Associação comunitária do distrito de Dalmopolis;

- Associação dos pequenos agricultores de juru;
- Associação comunitária do sitio Timbaúba;
- Associação comunitária do sitio Baixa Grande;
- Cooperativa mista dos irrigantes de Juru;
- Associação dos usuários da aguas de Juru;
- Associação Comunitária do Sítio Brejo e anexos (Sítio Brejo);
- Associação Com. dos Pequenos Produtores do St Chapada (St Chapada, Areia e Glória);
- Associação Comunitária Rural Olímpio Moreno de Souza (Sítio Rajada);
- Associação Juruense dos piscicultores e pescueiros ;
- Associação dos pescadores, piscicultores e apicultores da vila de Dalmopolis;
- Associação dos usuários das águas de juru.

#### **Conselhos Municipais:**

- Conselho Municipal da Saúde;
- Conselho Municipal da Criança e do Adolescente;
- Conselho Municipal da Ação Social;
- Conselho Municipal da Merenda Escolar;
- Conselho Municipal do Desenvolvimento Rural;
- Conselho Municipal da Paróquia;
- Conselho Municipal do FUNDEF;
- Conselho Municipal Tutelar;
- Conselho Municipal Do PCPR (Programa de Combate a pobreza Rural).

### **3.3 CONDIÇÕES AMBIENTAIS**

No município de Juru, as ações de saneamento, precisam ser implementadas, tanto na zona urbana como se vê nos quadros de 26 e 29, como na zona rural, quadros de 30 a 33.

O abastecimento de água da rede pública, na zona urbana (quadro 26) é feito pela CAGEPA – Companhia de Água de Esgoto da Paraíba. Na zona rural (quadro 30) existem povoados com abastecimento público de água, porém ainda desprovidos de sistema simplificado de tratamento de água, e também sem facilidades sanitárias, o que faz aumentar os riscos de doenças e agravos originados das condições de saneamento básico inadequado no território municipal.

A seguir, são apresentados alguns quadros com perfil das famílias cadastradas com relação ao saneamento básico. Sua análise servirá para o Gestor Municipal, tomando como base o desenvolvimento sustentável, a democracia e a intersectorialidade focar no Plano Municipal de Saúde um novo modelo de atenção voltado aos indicadores sanitários como sendo essenciais na promoção a saúde preventiva e controle de doenças e agravos relacionados ao saneamento. Como pode ser observada nos quadros 27 e 31, a coleta pública de lixo nos últimos cinco anos apresentou leve crescimento, tanto na zona urbana, como zona rural, entretanto o destino final dos resíduos é a céu aberto e sem nenhum tratamento prévio adequado. No município, a coleta seletiva do lixo ainda não acontece e a comunidade ainda não é estimulada a planejar programas de educação ambiental, valores de cidadania e ecologia.

Quanto ao destino dos dejetos sanitários, quadros 28 e 32, observa-se que existe uma pequena diminuição das percentagens referentes à deposição a céu aberto, com consecutivo aumento de sua deposição nas chamadas fossas sépticas. Contudo, há uma clara estagnação no processo de saneamento básico onde as frequências relacionadas ao sistema de esgoto são similares em cada ano, e outro fato gravíssimo dar-se quando na verdade a maioria dessas fossas é ligada clandestinamente a rede de canos da via pública, onde o destino final desses dejetos também é a céu aberto e sem nenhum tratamento prévio adequado, porém não se tem dados precisos desses fatos.

Quanto aos quadros 29 e 33, observa-se que a comunidade usa, como principal forma de tratamento da água, a cloração. Entretanto, na zona rural, os 71,99 em 2016, e 77,53%, em 2020 da população realizam essa forma de tratamento apenas dentro do próprio domicílio, através do hipoclorito de sódio, distribuído pelos ACS, e tanto na zona urbana quanto na zona rural, quase 20% da população ainda utiliza água sem tratamento, visto como a principal causa na elevação de doenças diarreicas (quadro 17) e outras doenças de veiculação hídrica.

Em 2010, 97,10% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (ENERGISA).

### **Zona Urbana**

**QUADRO 26: PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA – JURU – PB– 2016 E 2020.**

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	2016	2020
	%	%
REDE PÚBLICA	98,14	99,05
POÇO OU NASCENTE	1,15	0,40

OUTROS (AÇUDE, BARRAGENS, ETC.)	0,71	0,55
---------------------------------	------	------

**FONTE: SIAB**

**QUADRO 27: PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE DESTINO DO LIXO – JURU – PB– 2016 E 2020.**

DESTINO DO LIXO	2016	2020
	%	%
COLETA PÚBLICA	90,51	94,15
QUEIMADO/ ENTERRADO	1,95	0,95
CÉU ABERTO	7,54	4,20

**FONTE: SIAB**

**QUADRO 28: PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE DESTINO DE DEJETOS SANITÁRIOS, JURU – PB - 2016 E 2020**

DESTINO DE FEZES / URINA	2016	2020
	%	%
SISTEMA DE ESGOTO	12,85	13,63
FOSSA	83,86	85,02
CÉU ABERTO	3,28	1,35

**FONTE: SIAB**

**QUADRO 29: PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE TRATAMENTO DE ÁGUA, JURU-PB – 2016 E 2020.**

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	2016	2020
	%	%
FILTRAÇÃO	15,25	29,08
FERVURA	0,35	0,48
CLORAÇÃO	64,63	53,49
SEM TRATAMENTO	19,77	16,96

**FONTE: SIAB**

### Zona Rural

**QUADRO 30: PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, JURU-PB – 2016 E 2020.**

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	2016	2020
	%	%
REDE PÚBLICA	22,14	23,32
POÇO OU NASCENTE	33,21	36,29
OUTROS	44,65	40,39

**FONTE: SIAB**

**QUADRO 31: PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE DESTINO DO LIXO, JURU – PB – 2016 E 2020.**

DESTINO DO LIXO	2016	2020
	%	%
COLETA PÚBLICA	6,95	19,59

QUEIMADO/ ENTERRADO	24,60	30,90
CÉU ABERTO	68,45	49,51

FONTE: SIAB

**QUADRO 32:** PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE DESTINO DE DEJETOS SANITÁRIOS, JURU-PB – 2016 E 2020

DESTINO DE FEZES / URINA	2016	2020
	%	%
SISTEMA DE ESGOTO	0,66	0,38
FOSSA	26,19	41,76
CÉU ABERTO	73,15	57,86

FONTE: SIAB

**QUADRO 33:** PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO, JURU-PB 2016 E 2020

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	2016	2020
	%	%
FILTRAÇÃO	8,76	6,90
FERVURA	0,58	0,76
CLORAÇÃO	71,99	77,53
SEM TRATAMENTO	18,67	14,81

FONTE: SIAB

#### IV-FLUXOS DE ACESSO

Acessibilidade ao atendimento, consultas e outros da rede básica do SUS é oferecida por livre demanda e também por agendamento prévio. O acolhimento nas unidades de saúde é feito através da escuta do usuário, quanto as suas queixas, de modo a propiciar a resolubilidade do motivo da busca pelo serviço. Nas consultas especializadas (média complexidade) não oferecidas pela Secretaria, o paciente é encaminhado para à central de marcação de consultas com encaminhamento de profissional médico da Atenção Básica.

**QUADRO 34:** DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEL NO MUNICÍPIO NO QUINQUENIO 2016 A 2020.

	ATENÇÃO PRIMÁRIA	MEDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	VIGILANCIA SANITARIA*	PACS
ZONA URBANA	02 SERVIÇOS 1-PSF I-UBS SANTA BENTO 2-PSF V	03 SERVIÇOS 1-HMIPC 2-CAPS 3-LRPD LABORATÓRIO DE PROTESE DENTÁRIA	NÃO EXISTE	01	01
ZONA RURAL	03 SERVIÇOS 1-PSF II 2-PSF III 3-PSF IV	NÃO EXISTE	NÃO EXISTE	*COBERTURA APENAS NOS POVOADOS	01

## **FONTE: DATASUS-SCNES**

O principal tipo de atenção à saúde, existente no Município é a Atenção Primária, esta realidade evidencia a necessidade de procura de assistência de média e alta complexidade em outros Municípios, bem como de consultas médicas especializadas que, geralmente, o Município de Juru não possui até mesmo especialidades básicas como Traumatologia, Cardiologia, ginecologia etc. Outra informação relevante é que, os serviços de saúde da média complexidade encontra-se na sede do Município, o que provoca dificuldades de acesso os moradores das áreas rurais (em sua maioria) e, conseqüentemente, desigualdade no atendimento das necessidades desses indivíduos, tendo em vista o funcionamento das UBS, apenas em dias uteis.

### **1 CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL**

A Secretaria Municipal de Saúde de Juru, possuindo apenas uma Central de Regulação Municipal (estrutura básica que compõem um complexo regulador), assume a responsabilidade pela organização do acesso dos usuários do SUS às consultas e exames/procedimentos especializados a fim de garantir um atendimento integral, humanizado e igualitário. O trabalho de regulação da assistência consiste em conhecer a demanda por serviços de saúde e disponibilizar, de forma ordenada, a oferta existente. A regulação obedece à diretriz da regionalização, que prioriza a proximidade do local de atendimento à residência do usuário e a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário.

### **2 FUNCIONAMENTO E RESPONSABILIDADES**

#### **Regulação de consultas e exames especializados (média e alta complexidade)**

1. A Central de Regulação Municipal funciona de segunda a sexta-feira das 7:30 h às 13 h, na Rua Antônio de Sousa Lima, s/n, Centro, Juru/PB
2. A Central de Regulação disponibiliza e organiza as vagas existentes para consultas especializadas e exames de média e alta complexidade com o objetivo de atender à fila de espera.
3. A Central de Regulação recebe as solicitações das Unidades de Saúde através de profissionais das UBS e por demanda espontânea. Essas solicitações são avaliadas para a

definição das prioridades e a devida autorização, conforme oferta do momento e a liberação da reserva técnica para atender à fila de espera. Após essa avaliação são inseridas no sistema (SISRREG ou outros) de acordo com o município executor. Porém ainda com grandes entraves nesse processo, quando há necessidade de encaminhamento a outros municípios, mesmo com referência garantida através da PPI, na maioria das vezes, estes procedimentos entram em uma fila de espera que pode durar meses ou nunca serem executados, fazendo com que haja sempre uma demanda reprimida.

4. As respostas às solicitações são encaminhadas às Unidades de Saúde (UBS) da rede própria que comunicam aos usuários sobre o agendamento do procedimento solicitado e sobre a forma de acesso até o local do atendimento, encaminhando-os ao setor de TFD.

### **3. TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO-TFD**

No município de Juru o programa oferece o deslocamento e ajuda de custo aos usuários do SUS, e também aos usuários de serviços privados para a realização de atendimento médico especializado em média e alta complexidade de caráter eletivo em Unidades de Saúde própria privada ou conveniada/contratada do SUS. A Portaria SAS/GM nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 (em vigor), dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS.

#### **3.1 OS CRITÉRIOS DE CONCESSÃO AO BENEFÍCIO TFD SÃO:**

- 1-Para pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;
- 2- Quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município;
- 3- Somente para municípios de referência com distância superior a 50 Km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo;
- 4-Apenas quando estiver garantido o atendimento no município de referencia/destino, através do aprazamento pela Central de marcação de Consultas e Exames especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos (horário e datas definidos previamente);
- 5- Com exames completos, no caso de cirurgias eletivas; e – Com a referência dos pacientes de TFD explicitada na Programação Pactuada Integrada – PPI de cada município e na programação Anual do Município.

6-Para os casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), de competência do Estado, deverão ser seguidas as portarias vigentes do MS. O TFD não poderá ser autorizado em situações de:

- a) Para procedimentos não constantes na tabela do SIA e SIH/SUS;
- b) Tratamento para fora do país;
- c) Para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;
- d) Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local do tratamento;
- e) Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada – PPI dos municípios a referência de pacientes em Tratamento Fora de Domicílio;

### **3.2 CUSTEIO DO TFD**

A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos **interestadual** será, via de regra, atribuído às **Secretarias Municipais de Saúde**, de onde o paciente reside que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios.

A responsabilidade pelo pagamento de despesas nos deslocamentos **interestaduais** será atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, que também utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

### **3.3 REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E REGULAÇÃO DOS LEITOS**

Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria n. ° 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação e não sendo comportada em serviço próprio (Hospital Isaura Pires do Carmo) será acionada o serviço de regulação de vagas (executado por profissionais do plantão do SAMU, ou do Hospital) dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS contratados ou conveniados com referência

pré-estabelecida para o município de Juru. Nesse processo é imprescindível que o estabelecimento disponível seja compatível com a gravidade de cada caso.

**QUADRO 35: INTERNAÇÕES SEGUNDO ANO DE COMPETÊNCIA, POR MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA E RESIDÊNCIA – JURU–PB – 2016-2020.**

INTERNAÇÕES	2016	2017	2018	2019	2020
POR LOCAL DE RESIDÊNCIA	135	228	199	287	250
POR LOCAL DE OCORRÊNCIA	64	8	S/INF	12	14
% INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO	47,40	3,50	-	4,18	5,6

FONTE: DATASUS/SIH/SUS

**QUADRO 36: PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - AIH APROVADAS POR COMPLEXIDADE E ANO PROCESSAMENTO – JURU-PERÍODO-2016-2020**

COMPLEXIDADE	2016	2017	2018	2019	2020
MÉDIA COMPLEXIDADE	265	205	186	253	225
ALTA COMPLEXIDADE	20	25	13	34	27
TOTAL	285	230	199	287	252

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SIH/SUS

#### 4. REGIONALIZAÇÃO

A regionalização da saúde está contida na constituição federal que atribui autonomia aos três entes federados, definindo as suas responsabilidades tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades de governo. O setor saúde foi o pioneiro na adoção de estratégias voltadas à organização de uma rede pública integrada e resolutiva conformada no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem base em um modelo de gestão tripartite (compartilhada pelas três esferas do governo). Ao longo dos anos foram criados diversos instrumentos e meios voltados à descentralização das ações e serviços de saúde que estabelecem estratégias para ampliação e organização das relações intergovernamentais decisivas na implementação do SUS, entre eles estão as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e tripartites (CIT), que são espaços de negociação, articulação e pactuação entre os gestores das três esferas do governo, contribuindo para o fortalecimento do SUS. Essas comissões têm em seus processos de trabalho, aprovados nos conselhos de saúde, a produção de atos normativos e reguladores que fortalecem o processo de descentralização e qualificação da gestão, definindo responsabilidades para estados e municípios.

A estratégia de regionalização é uma diretriz organizativa com fundamentos legais definidos ao longo da história da saúde brasileira que vem desde a constituição federal de 1988, no art. 198; Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 em seu art. 7; Norma Operacional

Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93); Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96); Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS 01/2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS 01/2002); as Conferências Nacionais a partir do início dos anos 80 – VIII, IX, X, XI e XII Conferências Nacionais de Saúde; Pacto pela Saúde 2006; a Lei 12.401/2011; o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e que cria novos instrumentos de planejamento regional como o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde –COAP para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e ainda a Portaria GM 1.101/2002 que dispõe os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Portaria SAS 414/2005 que dispõe sobre normas e critérios para habilitação de serviços de saúde junto ao Ministério da Saúde e a Portaria GM 1.559/2008: Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS

O município de Juru vem avançando no processo de regionalização desde a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM em 2009, o qual o tornou pleno nas ações de saúde oferecidas de acordo com a sua capacidade instalada, bem como a formalização da Programação Pactuada e Integrada-(PPI) assistencial em 2010, que será substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) com processo iniciado em 2015 pela SES/PB sem prazo para conclusão. Com a PGASS avançaremos no processo de negociação e pactuação Intergestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da região de saúde, e não mais por ente federado como preconiza a PPI. Mesmo com todos esses avanços a gestão descentralizada da saúde no município, assim como em grande parte do país, enfrenta o desafio de encontrar meios para superar as dificuldades de estruturas municipais decadentes, muitas vezes insatisfatórias na qualidade da oferta e do acesso, comprometendo a legitimidade do Sistema. No enfrentamento dessas dificuldades, os gestores das três esferas do SUS pactuam responsabilidades nos campos da gestão e da atenção à saúde que devem ser implementados para consolidar a regionalização apoiadas em pressupostos que são: territorialização; flexibilidade; cooperação; co-gestão; financiamento solidário; subsidiariedade e participação social, fortalecendo os vínculos interfederativos necessários à consolidação do SUS.

O município de Juru faz parte da CIR (Comissão Intergestores Regional), Colegiado de Gestão Regional (CGR), de Princesa Isabel (como mostra as figuras abaixo), pertencente à 11ª Região de Saúde que está inserida na 3ª Macrorregião de Saúde com sede em Patos.

Figura 1

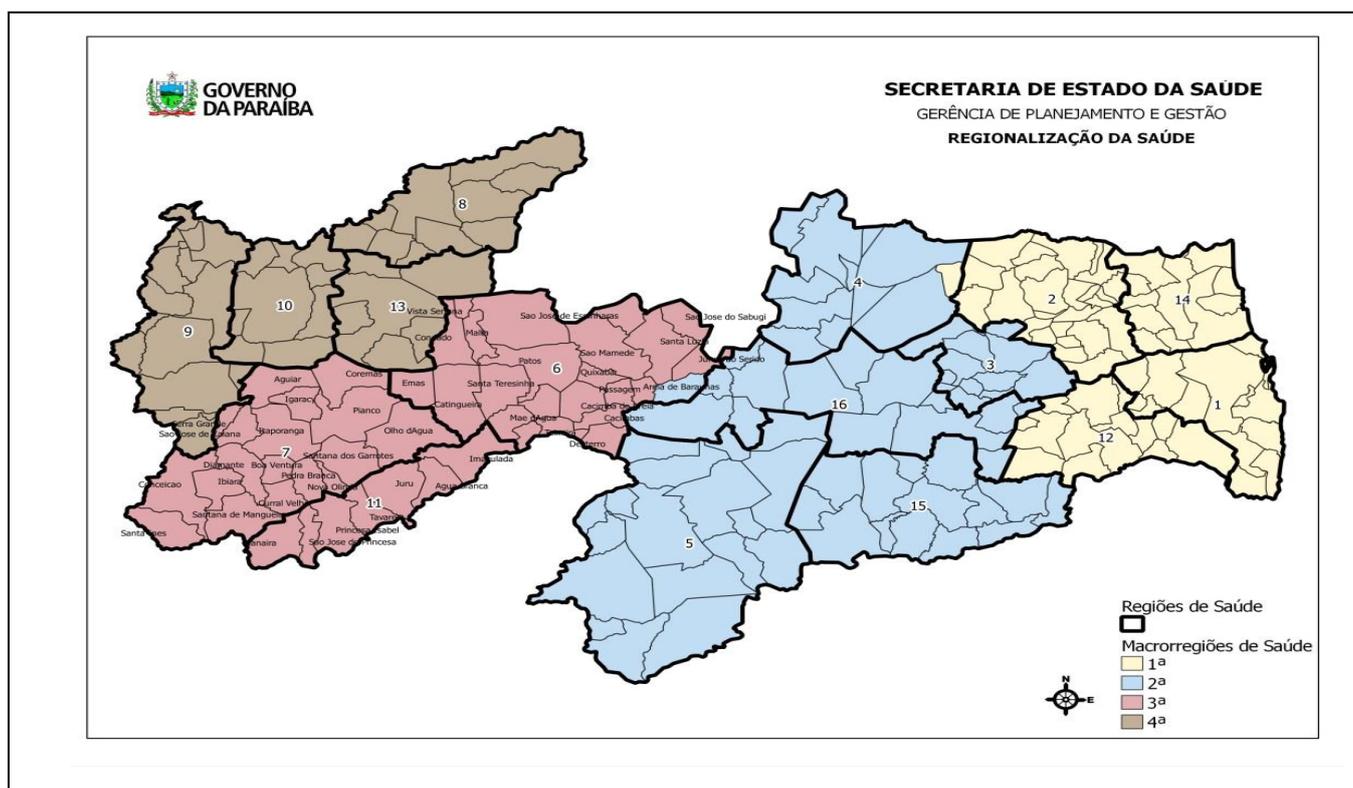
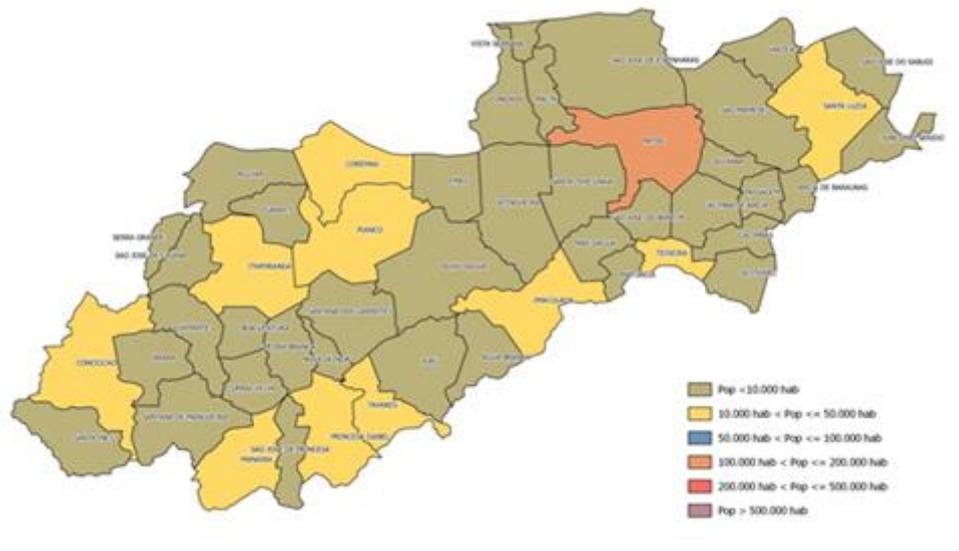


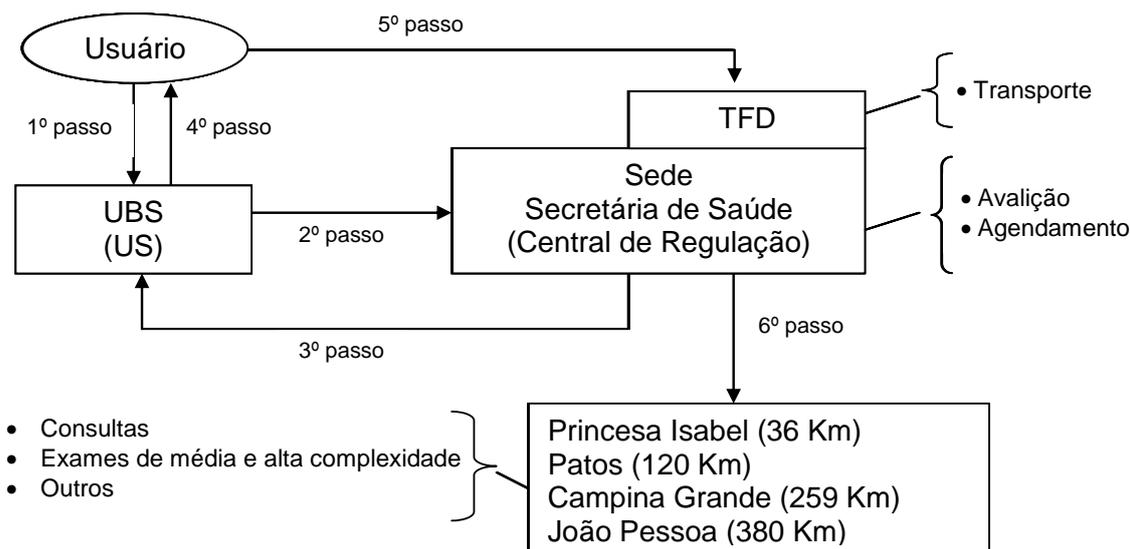
Figura 2



**Figura 3**



**Figura 4-Fluxo de atendimento eletivo regulado.**



## V - RECURSOS FINANCEIROS (FINANCIAMENTO)

A Secretária Municipal de Saúde é a ordenadora das despesas do Fundo Municipal de Saúde que foi criado pela Lei nº184/91, de 02 de agosto DE 1991. A aplicação com recursos próprios no último quinquênio apontou para os percentuais vistos no quadro 47 – com o que o gestor municipal cumpre a Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional 29/2000.

Fazendo um breve histórico do financiamento do SUS, através dos recursos fundo a fundo temos que: com a publicação da Portaria nº 204, do Ministério da Saúde, em 2007 foi criado cinco Blocos de Financiamento do SUS: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Posteriormente, foi criado o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Portaria MS nº 837/2009). Em 2013, a Portaria MS nº 412, subdividiu o financiamento da assistência farmacêutica em dois blocos, o do Componente Básico e outro do Componente Excepcional. Assim, no total eram sete blocos de financiamento do SUS. Esses recursos eram transferidos aos municípios em contas bancárias específicas e, mesmo pertencendo a um bloco de financiamento comum, sofriam a impossibilidade de movimentações para cobrir as despesas de ações e serviços contemplados no mesmo bloco, e com os recursos rotulados e o subfinanciamento dos programas federais, historicamente as contas municipais não fecham, havendo sobras em áreas menos demandadas e déficit financeiro em outras com maior procura por parte dos usuários do SUS. No art. 18 da Lei complementar nº 141/2012, estava previsto nova metodologia de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), composta por

apenas duas fontes de financiamento, custeio e capital, eliminando a fragmentação e a pulverização dos recursos financeiros da União, em programas de saúde. Essa nova metodologia de transferência dos recursos da União para os Estados e os Municípios, na forma de financiamento de custeio e de capital, deveria ter sido implantada desde janeiro de 2012, porém cinco anos se passaram e só com a publicação da Portaria 3.992, de 27 de dezembro de 2017, a transferência de recursos do FNS para os os estados, municípios e o DF ficaram organizados em dois blocos: I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. As mudanças promovem o fortalecimento dos instrumentos de planejamento e de orçamento, permitindo ao gestor maior flexibilidade no gerenciamento e na aplicação adequada dos recursos nas ações pactuadas e programadas no Plano Saúde e na Programação Anual de Saúde. Apesar da flexibilidade no gerenciamento dos recursos, é importante manter esses recursos vinculados às despesas previstas nos instrumentos de planejamento. Além disso, os gestores precisam comprovar a aplicação dos recursos recebidos nas despesas previstas e eventuais, respeitando as pactuações estabelecidas nos planos de saúde, na Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) e em outros documentos e atos normativos próprios do SUS.

**QUADRO 37: HISTÓRICO DO PERCENTUAL MÍNIMO APLICADO EM SAÚDE PELO MUNICÍPIO DE JURU DE ACORDO COM A LC 141-2016-2020**

MÍNIMO EXIGIDO	2016	2017	2018	2019	2020
	APLICADO	APLICADO	APLICADO	APLICADO	APLICADO
15,00	23,73	21,83	23,03	25,69	23,58

**Fonte: SIOPS**

**QUADRO 38: DEMONSTRATIVO DA DESPESA CORRENTE LIQUIDA DO MUNICÍPIO DE JURU/PB-2016-2020.**

Ano	Receita Líquida Arrecada	% Aplicado LC 141	Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde
2016	8.142.568,21	23,73	6.773.159,89
2017	9.604.386,80	21,83	5.794.280,90
2018	10.306.307,26	23,03	7.493.684,52
2019	11.395.217,81	25,69	7.227.056,29
2020	10.994.196,00	23,58	6.714.934,15

**Fonte SIOPS**

**VI-GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE/ EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A gestão do trabalho e da educação na saúde vem materializando a compreensão de que o trabalhador da saúde é a razão fundamental para as reformulações do trabalho setorial representando, portanto, o principal motivo para a adoção de políticas que valorizem e qualifiquem o trabalho.

Como os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, começaram a surgir problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho. O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS. Diante dessa situação, entendemos ser importante o processo de desprecarização do trabalho em saúde com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador.

O Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – Desprecariza SUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo. Também com intuito de melhorar a atendimento em saúde, criou a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza-SUS, entendendo como Humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A autonomia dos sujeitos e a co-responsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos solidários, os direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão são os valores norteadores deste modelo.

Nos últimos anos, o município de Juru tem como marco a lei das 30 horas para a categoria da enfermagem, a qualificação e humanização no atendimento através das capacitações dos recursos humanos, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS, para os servidores da área de saúde do município - Lei Nº 647 de 03 de junho de 2020, porém, apesar de todos esses avanços no município ainda há categorias de trabalhadores de saúde com vínculos trabalhistas precários e diante desse contexto, conclui-se que o município de Juru necessita continuar com a política municipal de gestão do trabalho de forma democrática e transparente, com regras claras de negociação permanente, conduzida de forma humanizada; identificando o nível hierárquico do setor e garantindo a inserção da gestão do trabalho no organograma da saúde; produzindo o diagnóstico da situação dos trabalhadores na rede de saúde; implantando o censo dos trabalhadores com atualizações frequentes; mantendo mesa de negociação permanente; qualificando os trabalhadores.

A educação em saúde, configurada como uma prática histórica e social, tem como objetivo a construção de um projeto político pedagógico que possibilite a população e os profissionais de saúde o desenvolvimento de estratégias de ações que contribuam para a superação da dominação e para a construção do processo de cidadania.

A participação no processo educativo é entendida como um direito do cidadão, o que requer dos profissionais de saúde, um compromisso com o aprendizado e a prática da participação voltada para a construção, produção e difusão do saber e do conhecimento, visando a melhoria da qualidade de vida.

Para fortalecer esse processo, surge a Portaria GM/MS Nº 1996 de agosto de 1997, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Essa proposta de ação estratégica que tem o objetivo de contribuir e transformar as práticas de saúde, visando à qualificação dos profissionais para o desenvolvimento das ações e a organização dos serviços de saúde.

## **VII - GESTÃO EM SAÚDE**

Nesse processo é importante destacar as portarias nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 e nº 699 de 30 de março do mesmo ano. A primeira divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS – e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto; e a outra regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão e o decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8080 e norteia todos os pactos existentes possibilitando a efetivação de acordos entre as três esferas de Gestão do SUS.

### **1 PLANEJAMENTO**

O planejamento é uma ferramenta administrativa, que possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, estruturando o trâmite adequado a reavaliar todo o processo a que o planejamento se destina. Sendo, portanto, o lado racional da ação antecipando os resultados esperados, buscando alcançar, da melhor forma possível, alguns objetivos pré-definidos.

É importante que o planejamento seja entendido como um processo cíclico e prático das determinações do plano, o que lhe garante continuidade, havendo uma constante realimentação de situações, propostas, resultados e soluções, lhe conferindo assim dinamismo,

baseado na multidisciplinaridade, interatividade, num processo contínuo de tomada de decisões.

O Planejamento e instrumentos que lhe dão expressão concreta fazem parte do arcabouço legal do SUS, onde se destacam as Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.112/1990 (Leis Orgânicas da Saúde) e as portarias GM Nº 3.085 de 01 de dezembro de 2006; Nº 332 de 28 de dezembro de 2006; Nº 376 de 16 de fevereiro de 2007; Nº 1229 de 24 de maio de 2007; e, 1510 de 25 de junho de 2007. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010; Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011; Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, etc.

No que diz respeito aos instrumentos de planejamento e orçamento o município dispõe de: Plano Plurianual – PPA – que determina os programas governamentais de toda a administração municipal que vão ser implantados e implementados nos quatro anos de sua vigência; Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO – que contem orientações para preparação do orçamento; e a Lei Orçamentária Anual – LOA – que estima a receita e fixa a despesa. A LDO e a LOA são elaboradas anualmente.

No que se refere diretamente ao setor saúde, os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação são: Plano Municipal de Saúde, compatível com o PPA; Programação Anual de Saúde e Relatórios Quadrimestrais de Gestão – RQG e Relatório Anual de Gestão - RAG, elaborado anualmente, (o último, em relação a 2020); A Pactuação Interfederativa e a Pactuação Programada Integrada - PPI em processo de transição para a PGASS. Todos esses instrumentos guardam relação com o Controle Social, pois para garantirem legitimidade necessitam de aprovação no Conselho Municipal de Saúde.

## **2 REGIONALIZAÇÃO (ver item 4, deste documento)**

## **3 CONTROLE SOCIAL/ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

O Conselho Municipal de Saúde de Juru, criado por Lei Municipal com base na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução de políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde de Juru-PB, foi criado pela Lei nº 192, de 30 de setembro de 1991, revogada pela Lei 325/2002, de 12 de junho de 2002, e pela Lei nº 359, de

28 de janeiro de 2005, revogadas pela lei 445 de 11 de agosto de 2009, revogada pela Lei nº 622/2018 de 22 de novembro de 2018, que rege o CMS até os dias atuais. O CMS tem em sua trajetória, grandes realizações com destaque no quinquênio para 5ª Conferência Municipal de Saúde em 2019, com mais de 300 participantes.

Atualmente o CMS é composto por 08 membros, sendo 01 representante do gestor, 02 representantes dos trabalhadores da saúde, 01 representantes dos prestadores de serviços e 04 representantes dos usuários.

#### 4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE/SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

É um instrumento utilizado para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população. O objetivo dos SIS é informar o público, seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores, sobre o impacto das ações no processo de resolução dos problemas, assegurando a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações executadas.

**QUADRO 39:** SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NO ÂMBITO MUNICIPAL EM FUNCIONAMENTO NO ULTIMO QUINQUENIO 2016 A 2020.

SIGLAS	NOME DO SISTEMA	PERÍODO DE ENVIOS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade.	MENSAL
SINAN	Sistema de Informação sobre agravos Notificáveis.	SEMANTAL
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.	MENSAL
SI/MDDA	Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas.	SEMANTAL
SISFAD	Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue	Mensal
SISPCDCH	Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas	Mensal
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelec. de Saúde	Mensal
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão	DIARIO
e-SUS AB	Estratégia do SUS para Atenção Básica	Mensal
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica	Mensal
SI/API/PNI	Sistema de Informação e Avaliação de Imunizações.	Mensal
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS	Mensal
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS	Mensal
SISVAN	Sist. de Informação Vigilância Alimentar e Nutricional.	Mensal
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino.	Mensal
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama	Mensal
SI/HIPERDIA	Sist. Informação de Hipertensão Arterial e Diabetes.	Mensal
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal.	Mensal
SIM WEB	Sistema de Informação de Mortalidade-Modulo Investigação	

E-SUS NOTIFICA	Sistema de Notificação da Covid-19	DIARIO
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano	MENSAL
DGMP	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento	QUADRIMES T.

**FONTE: SMS/SETOR DE INFORMÁTICA**

## **5 IDSUS**

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um conjunto de indicadores simples e compostos, que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. É importante destacar que, em função da grande diversidade (demográfica, cultural, socioeconômica, geográfica, etc.) dos territórios do nosso país, não seria adequado realizar uma classificação (ranqueamento) que apenas posicionasse, em ordem crescente ou decrescente, os municípios brasileiros. Assim, para realizar uma avaliação mais justa, a análise comparativa dos resultados do IDSUS deve levar em consideração a existência de Grupos Homogêneos. Apenas dentro deles, por apresentarem características similares entre si, é possível traçar um paralelo comparativo. Mais que um ranking e menos que uma explicação exaustiva, o IDSUS oferece uma visão aproximada do Sistema Único de Saúde, permitindo instaurar práticas de avaliação e monitoramento para identificar os principais problemas e, principalmente, para subsidiar pactos entre os gestores federal, estaduais e municipais, com metas e compromissos para a contínua construção de um SUS que responda mais aos direitos de cidadania e de saúde do povo brasileiro.

**Objetos da Avaliação:** O SUS que atende aos residentes de cada município brasileiro: na vigilância em saúde e na atenção básica e especializada realizada no município de residência e na atenção especializada realizada nos municípios de referência, de uma região, de um estado ou nacional.

Na avaliação do IDSUS, no ano de 2011 pode se ver que no acesso a Atenção Básica, o município de Juru teve um bom desempenho, com baixa cobertura apenas para as consultas de pré-natal, onde somente 41,32% crianças nasceram de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Quanto ao acesso a Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade, pode se ver no quadro 40 que existem indicadores baixos, refletindo a dificuldade no acesso de residentes do município de Juru a assistência Hospitalar e de MC, o que reflete inexistência de serviços dentro do município e/ou região, ou dificuldades no acesso aos serviços de

referência fora da região. E no acesso a Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência pode se ver no quadro 40 que ainda possui indicadores zerados ou muito baixos, refletindo a falta ou dificuldade no acesso de residentes do município de Juru a assistência Hospitalar e de AC bem como na referência de MC e AC e de Urgência e Emergência .

**QUADRO 40: PONTUAÇÃO DE INDICADORES INDSUS POR MUNICÍPIO / JURU – PB- ANO: 2011**

GRUPO	INDICADOR	NOTA	RESULT	PARÂM.
Atenção Básica - ACESSO POTENCIAL OU OBTIDO	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	10.00	122.12%	100%
	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	10.00	89.05%	50%
	Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	4.59	41.32%	90%
Usados para pontuação de acréscimo à Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção nascidos vivos de mães com 4 a 6 consultas de pré-natal	1.88	53.30%	-
	Proporção nascidos vivos de mães com 1 a 3 consultas de pré-natal	0.03	4.89%	-
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - ACESSO OBTIDO	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária (nº ex p/ mulheres)	10.00	178.31	90 exames para cada 100 mulheres em 3 anos
	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (nº ex p/ 100 mulheres)	0.05	0.38	70 exames para cada 100 mulheres em 2 anos
	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente (nº ex p/100 hab)	0.38	0.10	2,6 proc/100 hab. ano
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente (nº int p/ 100 hab)	10.00	6.82	6,3 int/100 hab. ano
Atenção	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e	1.06	0.82	7,8 proc/100

Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - ACESSO OBTIDO.	população residente (nº ex p/100 hab)			hab. ano
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente (nº ex p/1000 hab)	1.62	1.02	6,3 int/1000 hab. ano
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	5.43	38.04%	70%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0.00	0.00%	0.90%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	0.00	0.00%	1.17%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	0.00	0.00%	0.72%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	0.00	0.00%	1.14%
	Atenção Básica - Efetividade	Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica – ISAB	4.10	69.77%
Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (p/ 1000 nasc)		0.00	0.00	1 p/mil nasc. Ano
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera		0.00	0.00%	85%
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase		10.00	100.00%	90%
Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano		10.00	120.80%	95%
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (nº residentes p/ 100 p/ mês)		2.68	2.14	8 hab / 100 hab. Ano
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos		2.11	37.85%	8%
Média e Alta Complexidade, urgência e emergência - Efetividade	Proporção de Parto Normal	5.52	38.66%	70%
	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI	5.05	19.79%	10%
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	7.58	13.19%	10%

Fonte: <http://idsus.saude.gov.br>

## 8-VIABILIDADE-VINCULAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A apreciação de viabilidade da execução das diretrizes do PMS 2022-2025 da Secretaria Municipal de Saúde de Juru foi realizada durante todo o processo de elaboração do

plano. A viabilidade política das ações propostas resulta do compromisso estabelecido pelo gestor Municipal. A viabilidade técnico-operacional, por sua vez, vem sendo construída à medida que se estabelece o processo de planejamento ascendente, demandando monitoramento e avaliação permanente das operações anualmente, com adaptações necessárias na programação operativa.

A viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Municipal de Saúde está inteiramente conectada com o PPA 2022-2025 – evidenciando em que medida os programas do PPA se articulam com os compromissos explicitados no plano, isto é, onde estão alocados os recursos orçamentários previstos para a execução das diretrizes e objetivos propostos para o alcance das metas e resultados esperados no período. A fim de garantir a transparência das decisões assumidas, apresentamos a seguir um quadro síntese da correspondência entre os compromissos do PMS em suas várias linhas de ação e o PPA.

**QUADRO 41: PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JURU/PB - ANO 2022-2025**

<b>DESPESAS POR CATEGORIA ECONOMICA</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>1 – CUSTEIO</b>				
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	6.634.549,00	6.966.277,00	7.314.567,00	7.680.343,00
OUTRAS DESP. DE CUSTEIO	-	-	-	-
<b>2 – CAPITAL</b>				
CAPITAL (INVESTIMENTO)	1.522.500,00	1.524.150,00	1.525.879,00	1.527.705,00
<b>TOTAL</b>	<b>8.157.049,00</b>	<b>8.490.427,00</b>	<b>8.840.446,00</b>	<b>9.208.048,00</b>

**FONTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE PMJ**

**QUADRO 42-: ORÇAMENTO DAS DESPESAS POR FUNÇÃO E SUB- FUNÇÃO SEGUNDO A CATEGORIA E CONOMICA – PPA - 2022-2025**

<b>DESPESAS POR BLOCO</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
ATENÇÃO BÁSICA	4.918.736,00	5.156.174,00	5.405.468,00	5.667.265,00
ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	1.707.323,00	1.787.188,00	1.871.044,00	1.959.108,00
SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	129.290,00	135.755,00	142.538,00	149.673,00
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	192.200,00	201.810,00	211.896,00	222.502,00
SANEAMENTO BÁSICO	1.411.000,00	1.411.000,00	1.411.000,00	1.411.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>8.358.549,00</b>	<b>8.691.927,00</b>	<b>9.041.946,00</b>	<b>9.409.548,00</b>

**FONTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE PMJ**



**PARTE – II**

**DIRETRIZES, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E METAS MUNICIPAIS PARA O PERÍODO**

**2022-2025**

## DIRETRIZES, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E METAS MUNICIPAIS PARA O PERÍODO 2022 A 2025

**DIRETRIZ 1-** Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, em todos os ciclos da vida mediante aprimoramento da política de **atenção básica** e da **atenção especializada, vigilância em Saúde, regulação, assistência farmacêutica**, na perspectiva das **Redes de Atenção à Saúde**.

**OBJETIVO 1.1:** Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso e a qualificação da Rede de Atenção Básica

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL</b>								
<b>2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>	<b>VALOR</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
100%	Garantir o funcionamento das Unidades da Atenção Primária a Saúde, mantendo composição mínima das equipes apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	85%	Garantir custeio e o incremento para o funcionamento das unidades da Atenção Básica	Monitoramento das ações da Atenção Básica  SCNES	85%	85%	85%	85%
Não existia	Promover o credenciamento do gerente da Atenção Primária	02	Solicitar ao MS credenciamento do gerente da Atenção Primária	Unidades de Saúde com Gerentes da Atenção Primária	02	Manter	Manter	Manter
100%	Cobertura populacional estimada pelas equipes de APS	85%	Manter o cadastro do e-SUS atualizado	Relatórios dos serviços (Ind. SISPACTO)	85%	85%	85%	85%
<b>A-SAÚDE DA CRIANÇA</b>								
02	Reduzir o número de óbitos em menores de um ano	= < 02	Fortalecer a rede de assistência ao pré-natal, parto e puerpério.	Taxa de mortalidade infantil./nº absoluto de óbitos.	= < 02	= < 02	= < 02	= < 02

				<b>(Ind. SISPACTO)</b>				
			Implementar a puericultura, com a Promoção da 1ª semana de saúde integral a criança (avaliação das condições de saúde da criança e da mãe, incentivo ao aleitamento materno, aplicação de vacinas e agendamento de consultas)	Número de atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) e nº de nascidos vivos contemplados	90% Nascidos vivos	90% Nascidos vivos	90% Nascidos vivos	90% Nascidos vivos
			Implantar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em todas as unidades de saúde /Elaborar Plano de Ação para implantação da EAAB	Quantidade de facilitadores e tutores capacitados e nº de oficinas com os profissionais das UBS.	01 plano Elaborado  02 oficinas anuais, 50% profis. capacitados	01 plano Elaborado  02 oficinas anuais, 50% profis. capacitados	01 plano Elaborado  02 oficinas anuais, 50% profis. capacitados	01 plano Elaborado  02 oficinas anuais, 50% profis. capacitados
6ª camp. Realiz.	<b>Assegurar a atenção adequada a crianças de até 6 anos de idade com a realizações de ações intersetoriais</b>	01 campanha com no mínimo 05 ações diferentes	Realizar a Semana do Bebê de acordo com a lei municipal existente	Semana do Bebe realizada	01 campanha	01 campanha	01 campanha	01 campanha
<b>100%</b>	<b>Investigar óbitos infantis e fetais no município</b>	<b>100%</b>	<b>Investigar os óbitos infantis e fetais no município</b>	<b>Proporção de óbitos infantis e fetais investigados. (Ind. SISPACTO)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>100%</b>	<b>Salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos</b>	<b>80%</b>	<b>Alimentar o sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações</b>	<b>Proporção de salas de vacina com alimentação mensal no SIPNI (Ind. PQAVS)</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>

100%	<b>Atingir cobertura adequada para as vacinas selecionadas do CNV para crianças &lt; 2 anos - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) -</b>	<b>95%</b>	<b>Manter articuladas As Coord. Municipais de APS e de Vigilância/Imunização para a garantia do fornecimento regular de imunobiológicos e organização do fluxo de distribuição, a fim de evitar e prevenir faltas de vacinas nas UBS Realizar sistematicamente a busca de crianças faltosas</b>	<b>Cobertura vacinal em menores de 02 anos para as vacinas do CNV (Ind. SISPACTO) (Ind. Previne Brasil) (Ind. PQA VS)</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>
6 -11m 12- 59m	Administrar vitamina A, as crianças menores de 2 anos	147 < ano 1ª : 407 d 12 a 59m 2ª : 232 d 12 a 59m	Promoção de ações no combate a desnutrição e anemias carenciais na infância;	Relatório do Programas da vitamina A	147 < ano 1ª : 407 d 12 a 59m 2ª : 232 d 12 a 59m	147 < ano 1ª : 407 d 12 a 59m 2ª : 232 d 12 a 59m	147 < ano 1ª : 407 d 12 a 59m 2ª : 232 d 12 a 59m	147 < ano 1ª : 407 d 12 a 59m 2ª : 232 d 12 a 59m
<b>B-SAUDE DO ADOLESCENTE</b>								
01	Formar jovens multiplicadores no universo escolar para atuarem entre pares nas temáticas envolvendo saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids	04 treinamentos	Realizar atividades abordando as temáticas da saúde sexual e reprodutiva, voltados a maternidade e paternidade responsável e prevenção das DST/Aids e Hepatites Virais no cotidiano escolar, trabalhando a a caderneta dos adolescentes e executando as ações do PSE	Quantidades de atividades realizadas e % de educandos alcançados com base na população escolar, e o NUCA funcionando	01	01	01	01
18,50	<b>Reduzir a gravidez na adolescência (de 10 a 19 anos).</b>	<b>18,50%</b>	<b>oferta de métodos contraceptivos que ajudam no planejamento familiar.</b>	<b>Proporção de gravidez na adolescência entre</b>	<b>18,50%</b>	<b>18%</b>	<b>17,50%</b>	<b>17%</b>

	<b>(Parâmetro ano anterior)</b>		<b>Realizar 01 atividade educativa/escola/ano em educação sexual integrada de adolescentes e jovens, com ênfase para o comportamento sexual responsável, o respeito mútuo, a igualdade e equidade de gênero, assim como a proteção da gravidez inoportuna, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, etc</b>	<b>as faixas etárias 10 a 19 anos (Ind. SISPACTO)</b>				
Não avalia.	Reduzir o número de acidentes automotores, envolvendo adolescentes (parâmetro do ano anterior)	4%	Realizar 01 atividade educativa/escola/ano com temas voltados para o uso de álcool e drogas e a prevenção de acidentes automotores executando as ações do PSE	% de educandos que participaram das atividades em relação ao número total de educandos pactuados	1%	1%	1%	1%
<b>C-PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA</b>								
Não avalia.	Executar as ações do Programa Saúde na Escola seguindo os temas e parâmetros das portarias Ministeriais Vigentes	52 ações	Promover a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde	Relatórios Técnicos e de Produção	13	13	13	13
<b>D-PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)</b>								
80%	<b>Fazer acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa</b>	<b>80%</b>	<b>Acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF)</b>	<b>Cobertura de acompanhamento das condicionalidades</b>	80%	80%	80%	80%

	<b>Família (PBF)</b>			<b>do PBF (Ind. SISPACTO)</b>				
<b>E-SAÚDE DO HOMEM</b>								
Não avalia.	Fazer diagnóstico da Saúde do Homem e Implementar ações visando a atenção integral à Saúde do Homem em todas as unidades de saúde da APS e Especializada	01 diag.	Implementar, fortalecer e aperfeiçoar as iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH	Relatórios Técnicos	01 diagnóstico	-	.	01 diag. Atual
	Ampliar atendimentos com urologista parâmetro ano anterior	10%		Produção de Serviços	10%	10%	10%	10%
<b>F-SAÚDE DO IDOSO</b>								
	Efetivar aprimorar o atendimento à saúde da população idosa nas UBS	100% /UBS	Promover a melhoria dos serviços para atendimento ao idoso.	Relatórios de produção	100% /UBS	100% /UBS	100% /UBS	100% /UBS
Não Real.	Implementar a caderneta do idoso (idosos com a caderneta)	100%	Integrar ações de atenção ao idoso no âmbito do SUS, e SUAS (SMS e Secr.de Assistência Social.)	Relatórios técnicos	25%	25%	25%	25%
<b>E-SAÚDE BUCAL</b>								
Mater. Insuf.	Manter o PSB, promovendo a aquisição de instrumentais e/ou equipamentos.	Manter 4 unidades  Implantar 01 unidade	Adequar o número de servidores por meio de remanejamento, ampliação de jornada e/ou contratação por meio de concurso público para composição de equipes e adquirir instrumentais e	Relatórios de produção e percentuais de cobertura dos serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal	Manter 4 unidades  Implantar 01 unidade			

			equipamentos	(CMS/2018)				
	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100%	Garantir custeio e o incremento para o funcionamento das unidades de saúde bucal	Numerador: ((n° eSB*3.450)+(n° eSB equivalentes*3.000))/ população x 100	100%	100%	100%	100%
	Gestantes realizando atendimento odontológico;	90%	Capacitação dos profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o acesso e a qualidade das ações de pré-natal e a alimentação dos SIS da APS	N° de gestantes com atend. odontológico X SINASC/população IBGE; (Ind.Previne Basil)	60%	70%	80	90%
	Ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programática	4%	Capacitar os profissionais e qualificar a alimentação dos SIS	Proporção de 1ª consulta odontológica	1% (11%)	1% (12%)	1% (13%)	1% (14%)
	Aumentar a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	01	- Capacitar/atualizar o cirurgião-dentista para a qualificação dos atendimentos e a melhoria da adesão aos tratamentos.	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	01	01	01	01
	Fornecer instalações de próteses dentárias	160	Manter o LRPD (estabelecimento próprio - público - ou contratar a prestação do serviço (privado).	Quantidade de próteses dentárias instaladas	40	40	40	40
	Realizar campanha de Detecção de alterações da mucosa oral	01	Realizar campanha de prevenção do câncer bucal	Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	04	04	04	04

**OBJETIVO 1.2:** Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da **Atenção Especializada**.

METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025								
ATUAL 2020	METAS PLURIANUAIS	VALOR	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	INDICADORES	2022	2023	2024	2025
Hospital funcionando	Manter o hospital funcionando adequadamente, com recursos humanos, equipamentos, medicamentos e insumos em qualidade e quantidade suficiente para uma assistência humanizada;	01	Garantir o custeio do hospital e maternidade Isaura Pires do Carmo  Manter atualizados e visíveis os documentos necessários ao funcionamento da unidade hospitalar	Relatórios de produção hospitalar	01	01	01	01
N/H	Desenvolver ações de humanização na atenção hospitalar através de capacitações de recursos humanos	04	Realizar capacitações de recursos humanos.	Nº Servidores capacitados	01	01	01	01

**OBJETIVO 1.3:** Fortalecer as ações de vigilância em saúde com ênfase para a promoção e o Controle de Doenças Emergentes e Endêmicas, com ênfase para Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Leishmaniose, Doença de Chagas, Hepatite e AIDS, e o controle das doenças e agravos não transmissíveis, bem como a implementação da Alimentação e Manutenção dos Sistemas de Informação, gerenciados pela epidemiologia.

METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025								
ATUAL 2020	METAS PLURIANUAIS	VALOR	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	INDICADORES ACOMPANHAMENTO	2022	2023	2024	2025
<b>A- Vigilância Epidemiológica e Ambiental-Doenças Transmissíveis</b>								
95%	Garantir o registro de óbitos com causa básica definida no município	90%	Articular com as equipes de saúde mecanismos eficazes para a vigilância dos óbitos	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	90%	90%	90%	90%

				<b>(Ind. SISFACTO)</b>				
<b>80%</b>	<b>Encerrar oportunamente as investigações dos casos de notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN em até 60 dias após notificação.</b>	<b>80%</b>	<b>Garantir recursos humanos de acordo com o dimensionamento necessário para manutenção do serviço de vigilância epidemiológica e de informação;</b>	<b>Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsórios (DNC) encerrados oportunamente (60 dias) após notificação (Ind. SISFACTO) (Ind. PQAVS)</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>
	<b>Registrar nascidos vivos no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência</b>	<b>90%</b>		<b>Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência (Ind. PQAVS)</b>	<b>90%</b>	<b>90%</b>	<b>90%</b>	<b>90%</b>
100%	Manter alimentado e atualizado todos os sistemas de informação, conforme periodicidade vigente.	100%	Monitorar os sistemas de informação	Bases de dados nacionais alimentadas Oportunamente	100%	100%	100%	100%
Não realizado	Elaborar informes epidemiológicos anuais, com a análise da situação epidemiológica de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis de relevância para o município, e outros dados/ (óbitos e nascimentos) de interesse da VS	04	Monitorar as doenças e agravos de notificação compulsória, transmissíveis e DANT, óbitos, nascimentos e outros.	01 informe anual elaborado	01	01	01	01
<b>B-Doenças emergentes e endêmicas</b>								
<b>90</b>	<b>Garantir a cura dos casos novos de hanseníase</b>	<b>88%</b>	<b>Promover o diagnóstico precoce e tratamento</b>	<b>Proporção de cura de casos novos de</b>	<b>88%</b>	<b>88%</b>	<b>88%</b>	<b>88%</b>

	<b>diagnosticados nos anos das coortes</b>		<b>supervisionado dos casos novos diagnosticados.</b>	<b>hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. (Ind. SISPACTO)</b>				
	<b>Garantir que os contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase sejam examinados pelas UBS</b>	<b>82%</b>	<b>Busca de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase diagnosticados</b>	<b>Proporção de Contatos intradomiciliares examinados (Ind. PQAVS)</b>	<b>82%</b>	<b>82%</b>	<b>82%</b>	<b>82%</b>
	<b>Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial</b>	<b>85%</b>	<b>Manutenção e implementação do programa de controle da tuberculose</b>	<b>Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (Ind. PQAVS)</b>	<b>85%</b>	<b>85%</b>	<b>85%</b>	<b>85%</b>
	Garantir a oferta de exames anti-HIV para dos casos novos de tuberculose diagnosticados	85%	Disponibilizar exames anti-HIV para os casos novos de tuberculose	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	85%	85%	85%	85%
	<b>Ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior</b>	<b>15%</b>	<b>Disponibilizar exames anti-HIV para a população em geral</b>	<b>Número de testes de HIV realizado (Ind. PQAVS)</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>
<b>0</b>	<b>Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos no município</b>	<b>0 Casos 2 Testes</b>	<b>Garantir a realização de dois testes anti-HIV na gestação; Garantir tratamento da mãe na gestação e parto e da criança conforme protocolo vigente.</b>	<b>Incidência de AIDS em menores de cinco anos. (Ind. SISPACTO)</b>	<b>0 Casos 2 Testes</b>	<b>0 Casos 2 Testes</b>	<b>0 Casos 2 Testes</b>	<b>0 Casos 2 Testes</b>
<b>Doenças emergentes e endêmicas de interface com a vigilância ambiental</b>								
Realiz.	Executar as ações contidas no plano de contingência das Arbovirose (dengue chicungunia e Zica vírus), conforme situação epidemiológica (endêmica	98%	Manter a estrutura operacional para execução do plano anual de contingência da DENGUE CHICUNGUNIA E ZICA VÍRUS Articular e executar ações intersetoriais	Número de ações intersetoriais (mobilizações sociais entre outras) executadas	98%	98%	98%	98%

	ou epidêmica)							
<b>06 ciclos</b>	<b>Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue, chicungunia e Zica vírus</b>	<b>24</b>	<b>Implementar ações de vigilância ambiental para controle o vetorial da dengue, chicungunia e Zica vírus</b>	<b>Indicadores de produção-Resultado dos ciclos trabalhados número de imóveis visitados, trabalhados e outros (Ind. SISPACTO) (Ind. PQAVS)</b>	<b>06</b>	<b>06</b>	<b>06</b>	<b>06</b>
<b>C- Doenças e agravos não transmissíveis</b>								
<b>Não realiz.</b>	Implementar a vigilância das DNT Neoplasias, Hipertensão, Diabetes, Violência e Acidentes, na Atenção Básica e nos Serviços de Urgências (fazer relatório anual)	04 relatórios	Monitorar as DNT de maior incidência e/ou prevalência no município. Capacitar as equipes de Saúde para atuação junto aos casos de violências doméstica, sexual e auto-provocada (tent. de suicídio)	Indicadores de morbidade e mortalidade (SIH, SIA, SIM), Relatório Anual	01 relatório	01 relatório	01 relatório	01 relatório
	<b>Preencher corretamente as fichas de notificações de violência interpessoal e autoprovocada (campo raça/cor)</b>	<b>95%</b>	<b>Monitorar as notificações de violência interpessoal e autoprovocada</b>	<b>Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida. (Ind. PQAVS)</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>
<b>D- Vigilância Ambiental-agua para consumo humano</b>								
	<b>Analisar amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez</b>	<b>75%</b>	<b>Implantar e implementar ações de vigilância ambiental para controle da água para consumo humano</b>	<b>Proporção de análises em amostras de água para consumo humano parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (Ind. SISPACTO) (Ind. PQAVS)</b>	<b>75%</b>	<b>75%</b>	<b>75%</b>	<b>75%</b>

**OBJETIVO 1.4:** Qualificação e expansão das ações de Vigilância Sanitária

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>2020 ATUAL</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>	<b>VALOR</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>E-Vigilância sanitária</b>								
<b>N/real iz.</b>	Elaborar o plano municipal de vigilância sanitária e termo de compromisso anualmente e executar ações pactuadas no mesmo	01 Plano 80% das ações do plano	Manter estrutura física (espaço, equipamentos, mobiliários e insumos) e de recursos humanos adequados para a realização das ações e viabilizar capacitações dos profissionais técnicos da VISA	Documentos elaborados conforme legislação vigente Produção dos serviços e N° de capacitações realizadas	01 Plano  80% das ações			
Não avalia.	Realizar no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias.	06 Grupos	Executar ações essenciais à atuação da VISA Municipal, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos (ii) inspeção em estabelecimentos; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário	(Número de ações de VS consideradas necessárias realizadas município) / (6) X 100	06 Grupos	06 Grupos	06 Grupos	06 Grupos
96,10 %	Realizar a campanha de vacinação antirrábica e atingir cobertura adequada	80%	Realizar campanha de vacinação antirrábica para imunização de cães	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação	80%	80%	80%	80%

**OBJETIVO 1.5:** Implementação da política Municipal de Assistência Farmacêutica (em todos os programas).

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>Atual 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>	<b>VALOR</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>Plano desat.</b>	Revisar e adequar o plano municipal de	01	Realizar reuniões para avaliar as solicitações de inclusão/exclusão de	Plano revisado e adequado as	01	00	00	00

	assistência farmacêutica		medicamentos, em consonância com critérios epidemiológicos, técnicos, científicas e econômicas	necessidades anualmente				
<b>Não existe</b>	Implantar ou implementar/atualizar a cada dois anos a REMUME	Implantar 01 REMUME	Incluir na REMUME medicamentos de acordo com legislação vigente priorizando as necessidades dos programas da AB e especializada  Desenvolver atividades para adesão de percentual de prescritores a REMUME	Portaria de publicação da REMUME anualmente	Implantar	Revisar	Revisar	Revisar
<b>Fun. Prec.</b>	Manter e qualificar o sistema HORUS	01 sistema	Estruturar a Farmácia Básica e Centrais de Abastecimento	Relatórios do sistema HORUS	01 sistema	01 sistema	01 sistema	01 sistema
<b>Raliz.</b>	Fornecer medicamentos de Demandas Judiciais adquirindo-os em tempo adequado para o seu atendimento.	100%	Viabilizar a compra dos medicamentos de Demandas Judiciais em tempo oportuno	Proporção de usuários de medicamentos que solicitaram/e os atendidos	100%	100%	100%	100%

**OBJETIVO 1.6** Fortalecer as redes de integração a saúde, com ênfase para as prioritárias-Rede de Atenção Materno Infantil, Rede de Atenção as Urgências e Emergências e Rede Psicossocial, Rede do Cuidado a Pessoa com Deficiência, e Rede de Atenção as Doenças Crônicas

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>	<b>VALOR</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>A- REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL</b>								
83,76	<b>Gestantes do município realizando pelo menos 7 consultas de pré-natal sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação</b>	<b>&gt;=80%</b>	<b>Implementação do Programa do Pré-natal, com ênfase para o início logo no terceiro mês</b>	<b>Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal (Ind.Previne Brasil)</b>	<b>&gt;=80%</b>	<b>&gt;=80%</b>	<b>&gt;=80%</b>	<b>&gt;=80%</b>

<b>0</b>	<b>Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em &lt; de um ano</b>	<b>&lt; 02</b>	<b>Garantir o acesso ao teste rápido de sífilis nas gestantes usuárias do SUS no município, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha</b>	<b>Número de casos novos de sífilis congênita em &lt; de um ano (Ind. SISPACTO)</b>	<b>&lt; 02</b>	<b>&lt; 02</b>	<b>&lt; 02</b>	<b>&lt; 02</b>
<b>Não aval.</b>	<b>Realizar exames para sífilis e HIV em Gestantes Número de testes de sífilis por gestante.</b>	<b>02 sorologias ou testes rápido por gestantes</b>	<b>Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o acesso e a qualidade das ações de pré-natal e a alimentação do SI das APS</b>	<b>Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram 2 sorologias ou testes rápido para a sífilis e HIV (Ind.Previne Brasil) (Ind.PQAVS)</b>	<b>02 sorologias ou testes rápido de Sífilis e HIV</b>	<b>02 sorologias ou testes rápido de Sífilis e HIV</b>	<b>02 sorologias ou testes rápido de Sífilis e HIV</b>	<b>02 sorologias ou testes rápido de Sífilis e HIV</b>
<b>42,17%</b>	<b>Aumentar a Proporção de parto normal de mulheres residentes no município</b>	<b>50%</b>	<b>Promover a discussão e implantação de políticas públicas no município para o incentivo a realização do parto normal</b>	<b>Proporção de partos normais de mulheres residentes no município (Ind. SISPACTO)</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>51%</b>	<b>51%</b>
<b>100%</b>	<b>Investigar os óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)</b>	<b>100%</b>	<b>Investigar os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna no município</b>	<b>Proporção de óbitos maternos e de MIF investigados (Ind. SISPACTO)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	<b>Qualificar o pré-natal, e manter em 0 a taxa de mortalidade materna</b>	<b>Garantir exames para 100% das gestantes</b>	<b>Garantir as gestantes exames como: hemograma, tipagem sanguínea, fator RH, glicemia, sorologias, urina simples e urocultura etc</b>	<b>Número de óbitos maternos (Ind. SISPACTO)  Percentual de gestantes atendidas com exames</b>	<b>Manter em 0  100%</b>	<b>Manter em 0  100%</b>	<b>Manter em 0  100%</b>	<b>Manter em 0  100%</b>
<b>B- REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS</b>								
<b>6 US Func.</b>	<b>Garantir o funcionamento das Unidades de</b>	<b>05 UBS 01 Hospital</b>	<b>Dar continuidade no processo de adequação dos atendimentos de urgência nas Unidades Básicas e</b>	<b>Monitoramento das ações de Urgência e Emergência</b>	<b>05 UBS 01</b>	<b>05 UBS 01</b>	<b>05 UBS 01</b>	<b>05 UBS 01</b>

	Urgência e Emergência com recursos humanos e materiais permanentes, insumos e serviços		na unidade de Urgência e emergência (HMIPC)	Relatórios de produção	Hospital	Hospital	Hospital	Hospital
0	Implantar e/ou manter o serviço móvel de urgência e emergência - SAMU	01 serviço	Dar continuidade a proposta de implantação do SAMU	Serviço funcionando	01 serviço	01 serviço	01 serviço	01 serviço
<b>C- REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>								
01 CAPS func.	Garantir o acesso dos munícipes ao serviço de saúde mental (CAPS)	98%	Garantir o funcionamento das unidades de saúde mental (custeio de recursos humanos, materiais e equipamentos e incrementos que se fizerem necessário)	Relatórios técnicos e de produção	98%	98%	98%	98%
<b>Realiz.</b>	<b>Nº de ações de matricialmente realizadas por CAPS e APS</b>	<b>48</b>	<b>Realização de cursos reuniões com as equipes da Atenção Primária</b>	<b>Quantidade de cursos reuniões, oficinas com equipes do CAPS E as equipes da Atenção Básica. (Ind. SISPACTO)</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
Realiz.	Realizar as campanhas educativas Janeiro Branco, Setembro Amarelo, e a Semana Municipal da Luta Antimanicomial	12 campanhas	Realizar palestras de orientação quanto a prevenção e valorização da vida, e saúde mental -Avaliar pacientes de risco. -Ampliar consultas em psicologia e psiquiatria etc	Relatórios fotográficos e rede sociais	03	03	03	03

	Realizar a campanha do dia 18 de maio de combate a exploração sexual de forma intersetorial (Conscientização sobre a luta de combate e exploração sexual infantil)	4 Campanhas	<p>Realizar reuniões com pais e responsáveis em ambiente escolar e na comunidade para trabalhar a conscientização familiar inserindo a temática em diálogo para a orientação e vigilância de casos.</p> <p>Participar de reuniões mensais com as equipes que compõem a rede para Identificar e acompanhar a resolução de casos suspeitos</p> <p>Formação de profissionais para identificação de casos suspeitos e manejo adequado para os órgãos competentes , envolvendo toda a rede(saúde, educação, proteção)</p>	Relatórios fotográficos e rede sociais	01	01	01	01
Não aval.	Detecção e acompanhamento multiprofissional de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento.	98%	<p>- Detecção de casos novos de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento incluindo TEA, TDAH, Transtornos de aprendizagem, Déficit Intelectual, e outros;</p> <p>- Acompanhamento multiprofissional pela rede de atenção psicossocial e seus componentes e parceiros de saúde mental;</p>	Quantitativo de atendimentos mensais (BPAi+BPAC), e relatórios quadrimestrais de produção;	98%	98%	98%	98%

0	Implantação de equipes AMENT (nível 3)	01	- Suporte e cobertura de demandas de saúde mental através de implantação de equipe AMENT nível 3;	Quantitativo de atendimentos mensais (BPAi+BPAC), e relatórios trimestrais de produção;	01	Implem.	Implem.	Implem.
<b>D-REDE DO CUIDADO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>								
Não há doc. para avaliar	Cadastrar os pacientes portadores de deficiência	100%	Mobilizar enfermeiras e ACS para realização do cadastro	Quantidade de deficientes cadastrados/total de deficientes existentes	100%	100%	100%	100%
	Adequar as unidades para realizar o acompanhamento médico de enfermagem e da assistência social conforme a necessidade	<b>100%</b>	Atendimento humanizado as pessoas com deficiência nas unidades de saúde com a garantia de recursos humanos, materiais, equipamentos e estrutura conforme portarias ministeriais vigentes  Promover a integração com a secretaria de Assistência Social e Visitas familiares;  Encaminhá-los na APAE para reabilitação;	Relatórios técnicos e de produção de serviços	100%	100%	100%	100%
<b>E-REDE DE ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS</b>								

<b>14</b> <b>Óbitos</b>	<b>Reduzir o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</b>	<b>&lt; 14</b>	<b>Trabalhar projetos de incentivo as ações de atividades físicas e alimentação saudável em 100% das UBS, integrando os serviços de saúde, em ações intersetoriais com a secretarias de Ação Social, de Educação, Obras, Agricultura, Cultura, esportes etc</b>  <b>Implementar a Academia da Saúde</b>	<b>Nº de óbitos prematuros (&lt;70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Ind. SISPACTO)</b>	<b>&lt; 14</b>	<b>&lt; 14</b>	<b>&lt; 14</b>	<b>&lt; 14</b>
	Aumentar percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	-Capacitação dos profissionais, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com HA e/ou diabetes, e obesidade -Realizar busca ativa de pessoas com fatores de risco para essas doenças na comunidade	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	60%	70%	80%	90%
	Aumentar o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	, tanto por meio de campanhas como pelo rastreamento regular da hipertensão e/ou diabetes já cadastradas para atendimento, com solicitação do exame de hemoglobina glicada, -Oferta do exame hemoglobina glicada pela gestão local.	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	60%	70%	80%	90%

	Realizar 02 campanhas por ano- 01 em abril (HAS)  01 em novembro(DM)	08	Mobilizar os serviços de saúde para realizar palestras de orientação quanto a prevenção da hipertensão e diabetes, -Incentivar a atividade física, -Avaliar pacientes de risco. -Oferecer exames de Colesterol, triglicerídeos, glicemia	Nº de campanhas realizadas, (Comprovação em relatórios)	02	02	02	02
	Realizar atendimento integral à saúde da pessoa com câncer por intermédio do SUS	100% dos pacientes	Garantir transporte para tratamento oncológico dos pacientes; tratamento adequado da dor; atendimento multidisciplinar, e cuidados paliativos.	Porcentagem de pacientes atendidos em relação aos cadastrados	85%	90%	95%	100%

**DIRETRIZ 2** - Enfrentamento a Pandemia COVID-19, bem como o pós Pandemia.

**OBJETIVO Nº 2.1** - Garantir acesso dos usuários aos serviços de saúde, aprimorando a política de Atenção Primária e Especializada, Ambulatorial e Hospitalar

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>		<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
	Organizar as unidades da rede assistencial de saúde para atendimento de pessoas com Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19)	100%	Promover a capacitação de recursos humanos na detecção, investigação e tratamento de casos da COVID-19), e prover de equipamentos e materiais permanentes e insumos (testes rápidos, EPIs, e outros para as ações de enfrentamento à COVID-19;	Relatórios de produção RQG RAG	100%	100%	100%	100%
01	Implantar e ou manter serviços temporários	01	Estabelecer parcerias com o Governo Estadual e Federal.	Serviço implantado e funcionando no	01	01	01	01

	de acordo com a necessidade e portarias ministeriais para combater o cenário da COVID-19;			período estabelecido.				
	Garantir a execução das ações do Plano de Contingência enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (covid-19)	90%	Elaborar e divulgar boletins epidemiológicos diariamente; alimentar as bases estaduais observando a periodicidade para atualização das informações  Mobilizar e orientar a população em geral, bem como as instituições públicas e privada para preparação e adoção de medidas para o enfrentamento da Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19).	% das ações do Plano de Contingência enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (covid 19) executadas/ total de ações contidas no mesmo X 100	90%	90%	90%	90%
	Notificar e investigar, em tempo oportuno, dos casos de Coronavírus.	100%	Ampliar as equipes de Vigilância em Saúde para apoio as equipes já existentes.	Percentual de notificações investigadas	100%	100%	100%	100%

**OBJETIVO N° 2.2- Fortalecer a rede de assistência ao pré-natal, parto e puerpério no contexto do enfrentamento a pandemia covid-19**

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>		<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
	Realizar Testagem para a COVID- 19 em gestantes com síndrome gripais	100%	Monitorar os resultados de diagnósticos laboratoriais para Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19)	% de gestantes co síndrome gripal testadas para covid 19	100%	100%	100%	100%
	Encaminhar as gestantes suspeitas ou confirmadas para	100%	Implantar protocolos de manejo clínico da COVID 19 para o atendimento das gestantes com	% de gestantes co síndrome gripal testadas para covid	100%	100%	100%	100%

	SARS-CoV-2, para o parto nos centros de referência, com maior nível de complexidade para a prevenção dos eventuais casos de descompensações materna e/ou fetais		síndrome gripal e suspeitas da COVID 19	19				
	Garantir orientações às gestantes, puérperas e sobre o contexto da pandemia de Covid-19.	100%	Capacitar os profissionais da atenção primária e do hospital para o manejo clínico da gestante com síndrome gripal.	Percentual de serviços de saúde com grupos de riscos organizados para o atendimento integral conforme perfil epidemiológico da Pandemia pelo Coronavírus	100%	100%	100%	100%

**DIRETRIZ 3** – Promoção da atenção integral à saúde da mulher com atenção aos direitos sexuais e reprodutivos, prevenção das situações de violência, bem como atenção as mulheres em situação de maior vulnerabilidade.

**OBJETIVO 3.1** Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>	<b>VALOR</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES ACOMPANHAMENTO</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
0,97	<b>Garantir cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos</b>	<b>80%</b>	<b>Estimular a coleta do exame citopatológico cérvico vaginal na população alvo</b>	<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária (Ind. SISPACTO) (Ind. PrevineBrasil)</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>
Não	Garantir o tratamento das	90%	Manter a busca ativa	Seguimento/tratamento	100%	100%	100%	100%

avalia.	lesões de alto grau NIC-II e NIC-III nas mulheres atingidas		junto as unidades de saúde das lesões de alto grau.	informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.				
Não avalia.	<b>Garantir cobertura de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69</b>	<b>25%</b>	<b>Garantir a referência para mamografia segundo parâmetros do pacto pela saúde. (Oferecer exames de mamografia e ultrassonografia de mama)</b>	<b>Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária (Ind. SISPACTO)</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>
Não avalia.	Garantir seguimento/tratamento de mulheres com mamografias com resultados alterados  Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	90%	Monitorar mulheres com mamografias alteradas com seguimento informado  Realizar palestras de orientação quanto ao câncer de mama, -Incentivando o autoexame, -Avaliando pacientes de risco	Seguimento/tratamento informado de mulheres com mamografias com resultados alterados	100%	100%	100%	100%
<b>A-MULHER EM SITUAÇÃO DE VUNERABILIDADE</b>								
Não avalia.	Identificar e garantir acompanhamento pré-natal para gestantes de risco : < 20 anos; usuárias de drogas; com diagnóstico de sífilis, etc.,	100%	Realizar busca ativa de gestantes de alto risco.	Nº de gestantes do alto risco tratadas adequadamente/ Nº de gestantes com risco habitual	100%	100%	100%	100%

**DIRETRIZ 4:** Implementação das ações de saneamento ambiental

**OBJETIVO 4.1:** operar sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, a fim de melhorar a saúde nas localidades mais vulneráveis do município.

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>	<b>VALOR</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES ACOMPANHAMENTO</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2024</b>
	Elaborar projetos para construção e/ou reforma de matadouro público na sede do município	01	Articulação intersetorial para realização e implementação das ações de saneamento ambiental	Convênios firmados /projetos elaborados	01	00	00	00
Não avalia.	Elaborar e/ou executar projetos de saneamento básico	01	Firmar convênio com MS/FUNASA e outros órgãos para cooperação técnico-financeira;	Convênios firmados /projetos elaborados	01	01	01	01
Não avalia.	Elaborar Projetos de melhorias habitacionais para controle da doença de chagas e outras e Projetos de melhorias Domiciliares	02	Articulação intersetorial para realização e implementação das ações de saneamento ambiental	Convênios firmados /projetos elaborados	01	00	01	00
Não realiz.	Realizar atividade educativa/ bairro /ano para conscientizar a população quanto a poluição do meio ambiente pelo esgoto doméstico e lixo	No mínimo 16 Zona urbana 08 Zona rural	Promover atividades educativas para conscientizar a população quanto a poluição do meio ambiente pelo esgoto doméstico	nº de bairros com atividades realizadas / nº total de bairros	06	06	06	06

**DIRETRIZ 5:** Qualificar, valorizar os trabalhadores da Saúde e democratizar as relações de trabalho

**OBJETIVO 5-1:** Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>	<b>VALOR</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES ACOMPANHAMENTO</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>

<b>PCCS aprovado</b>	Implementar o plano de carreiras, cargos e salários (PCCS) para o SUS – Juru – PB, de acordo com as condições do financiamento do SUS, e a estrutura financeira do município	01	Viabilizar e manter espaços de negociação entre trabalhadores e gestores, mantendo a garantia de direitos sociais etc	PCCS elaborado ou implementado	0	01	0	0
<b>Não avalia.</b>	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública com vínculos protegidos	> ou = a 80%	Realização de concurso público/ testes seletivos etc	Proporção de trabalhadores com vínculo protegido	> ou = a 80%			
	Fornecer EPI (equipamento de proteção individual) para todos os servidores das áreas de risco;	100%	Viabilizar a compra de EPIs	Quantidade de EPIs fornecidos	100%	100%	100%	100%
<b>0</b>	Notificar no mínimo 01 caso de agravos a saúde relacionadas ao trabalho em 100% das unidades de saúde	01	Implementar as ações de notificação de agravos a saúde relacionadas ao trabalho nas US	Nº de unidades notificantes Nº de casos notificados	01	01	01	01
<b>0</b>	<b>Preencher o campo "ocupação" raça e cor nas notificações de agravos relacionados ao trabalho</b>	<b>100%</b>	<b>Realizar capacitações com as equipes de saúde para o preenchimento correto das fichas</b>	<b>Proporção de fichas com preenchimento correto do campo "ocupação" (Ind. SISPACTO) (Ind.PQAVS)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**OBJETIVO 5.2:** investir em qualificação e na educação em Saúde e na Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS no Município

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>		<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
	Desenvolver atividades educativas orientadas a Educação Popular/Educação em Saúde	480 (palestras e programas de rádio, seminários, etc )	Desenvolver ações educativas nas Unidades/Serviços de Saúde e comunidade, que contemple todos os programas de saúde existentes.	Nº de atividades realizadas (palestras e programas de rádio)	120	120	120	120

<b>Não realiz.</b>	Realizar ação educativa sobre o SUS para a população	01 atividade anual	Organizar e executar, palestra e/ou programa de rádio com temas ligados aos princípios do SUS.	Nº de atividades realizadas (palestras e programas de rádio)	01	01	01	01
	Organizar salas de situação e murais temáticos em nas unidades de saúde;	100% das unidades de saúde	Informações divulgadas nas unidades de saúde	Nº de unidades com sala de situação	100%	100%	100%	100%
	Executar MOSTRA MUNICIPAL DE SAÚDE ANUAL	01	Promover espaço para divulgação e troca de experiência da Saúde.	MOSTRA de saúde realizada anualmente	01	01	01	01
<b>Não realiz.</b>	Realizar o Levantamento de Necessidade de Treinamento (LNT) dos servidores da Secretaria de saúde e Implementar o calendário anual de treinamentos	01	Instituir um instrumento/ferramenta para planejamento das necessidades de treinamento.	LNT realizado/ Calendário anual de treinamento implementado e atualizado a cada ano	01	01	01	01
<b>Não avalia.</b>	Elaborar Plano de Educação Permanente para execução da Política de Educação Permanente e a Política de Humanização em Saúde no município	01	Consolidar a Política de Educação Permanente e a Política de Humanização em Saúde	Plano de educação permanente elaborado a cada 2 anos	01	01	01	01
<b>Não realiz.</b>	Realizar capacitações programadas no LNT e no plano de Educação Permanente	80%	Promover capacitações e atualizações dos servidores da saúde considerando o LNT	Horas de capacitações internas (Educação Permanente e/ou Continuada) (CMS/2019)	80%	80%	80%	80%

**DIRETRIZ 6:** Fortalecer os instrumentos de gestão com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados e participação social

**OBJETIVO 6.1:** Promover o processo de Planejamento do SUS no âmbito municipal, com a elaboração dos instrumentos de Planejamento e Gestão, do SUS, e a Regionalização da Saúde.

METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025								
ATUAL 2020	METAS PLURIANUAIS	VALOR	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	INDICADORES ACOMPANHAMENTO	2022	2023	2024	2025
<b>A-Planejamento</b>								
3 RQG 1 RAG	Elaborar: de forma articulada, e integrada os instrumentos de gestão conforme legislação vigente, e alimentar os sistemas de informações vigentes	3 RQG e 1 RAG	Elaborar instrumentos básicos de planejamento em saúde mantendo alimentados e atualizados os SIS	Instrumentos de Gestão elaborados, e sistemas de informações (DIGISUS e outros) alimentados e atualizados	3 RQG e 1 RAG	3 RQG e 1 RAG	3 RQG e 1 RAG	3 RQG e 1 RAG
Não realiz.	Realizar anualmente, planejamento e avaliação das ações de saúde com todos os profissionais de saúde.	02 oficinas 03 Reuniões	Monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde através de reuniões, oficinas, seminários etc	RAG,	02 oficinas 03 Reuniões	02 oficinas 03 Reuniões	02 oficinas 03 Reuniões	02 oficinas 03 Reuniões
Não realiz.	Atualizar o organograma da Secretaria Municipal de Saúde e instituir o regimento interno, definindo as normas e rotinas, compromissos e responsabilidades	01 organograma 01 regimento 01 manual	Realizar oficinas para atualização do regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde; Encaminhar proposta de atualização do organograma da SMS ao gabinete do prefeito e à Câmara de Vereadores	Organograma Atualizado	01 organograma 01 regimento 01 manual	-	-	-
<b>B-Financiamento</b>								

23,72%	Cumprir a proporção da receita própria aplicada em saúde, conforme a lei complementar nº 141 de 2012;	Maior ou igual a 15%	Co-financiar as Ações da Atenção Básica; Assistência Farmacêutica; Assistência Hospitalar; Ações de MC e da Vigilância em Saúde;	Relatórios do SIOPS; Indicadores orçamentários e financeiros	> ou = 15%			
Realiz.	Manter contratadas as Unidades de saúde conveniadas ao SUS.	100%	Realizar contratos dos prestadores de serviço	Relatórios CNES	100%	100%	100%	100%
Realiz.	Dar continuidade a ações de construção, manutenção e reparos de obras existentes	100%	Manutenção e ampliação de obras já existentes	Quantidade de obras finalizadas	100%	100%	100%	100%
Realiz.	Reforma/ampliação de postos de saúde para o programa de saúde da família	Sede da UBS II -e Glória-posto âncora PSF II etc	Investir em infraestrutura (recursos próprios)	Nº de PS reformados Sede UBS II e Glória-posto âncora PSF II etc,	0	01	01	0
	Construção de postos de saúde para o programa de saúde da família	Construção da sede do PSF V- e Construção de PS, na comunidade de Rajada (posto âncora PSF II etc)	Pleitear investimento através de emenda parlamentar e convênios	Sede do PSF V construída	0	01	01	0
Realiz.	Aquisição de material permanente (instrumentais), para odontologia	80%	Pleitear investimento através de emenda parlamentar, projetos	Percentual do Material necessário adquirido no período	80%	80%	80%	80%

Não realiz	Aquisição de equipamentos, e material permanente para o hospital e outras US(UBS e VISA Municipal)	80%	e convênios para captação de recursos junto às esferas Federal e Estadual	da gestão, relatório e tombamento setor de patrimônio (CMS/2019)	80%	80%	80%	80%
Não aval.	Recuperação e conserto de equipamentos em condições de uso	40%	Investir em conserto de equipamentos (recursos próprios)	Quantidades de equipamentos concertados	10%	10%	10%	10%
Não realiz.	Estação de Tratamento de Água - ETA para a Vila de Dalmopolis	01	Pleitear investimento através de emenda parlamentar e convênios	01 estação de tratamento instalada	0	01	0	0
Não existe	Implantação de polos da academia da saúde nos povoados de Cachoeira dos Costas e Dalmopolis	01 na Cachoeira 01 Dalmopolis	elaboração e cadastramento de projetos e convênios para captação de recursos junto às esferas Federal e Estadual	Polos da academia da Saúde nos povoados de Cachoeira dos Costas e Dalmopolis	0	01 Dalmopolis	01 na Cachoeira	0
Não aval.	Elaborar projetos de Saneamento Básico	01 projeto	Elaboração e cadastramento de projetos e convênios para captação de recursos junto às esferas Federal e Estadual para o destino adequado aos esgotos e resíduos sólidos	Projetos elaborados	01 projeto	0	0	0
Não realiz.	Aquisição de equipamentos de informática para a SMS e reposição do PEC conforme necessidade	20 computadores 20 tablets	Pleitear investimento através de emenda parlamentar, projetos e convênios	PEC implantado e Funcionando, juntamente com outros serviços de informática	05 computadores 05 tablets	05 computadores 05 tablets	05 computadores 05 tablets	05 computadores 05 tablets

Não aval.	Aquisição de veículos (carros e motos) para a SMS	05	Pleitear investimento através de emenda parlamentar, projetos e convênios	Quantidade de veículos adquiridos	01	02	01	01
Não realiz.	Aquisição de ambulâncias de grande porte, para o serviço de urgência e emergência	01	Pleitear investimento através de emenda parlamentar, projetos e convênios	Quantidade de veículos adquiridos	01	0	0	0
Realiz.	Manutenção e/ou recuperação dos veículos da Secretaria Municipal de Saúde (próprios ou locados)	80%		Frota conservada e em funcionamento	80%	80%	80%	80%
Não realiz.	Realizar prestações de contas em audiências públicas quadrimestrais	03 audiências	Realizar prestações de contas e audiências públicas quadrimestrais	Nº de apresentações realizadas por ano	03	03	03	03
<b>C-Regionalização da Saúde</b>								
Realiz.	Participar do Colegiado de Gestão Regional-CGRs	48 reuniões	Fortalecer o Colegiado de Gestão Regional-CGRs., , cumprindo obrigações técnicas e financeiras	Número de reuniões com participação do município.	12 reuniões	12 reuniões	12 reuniões	12 reuniões

**OBJETIVO 6.2- Fortalecer o Controle Social.**

<b>METAS PLURIANUAIS PERÍODO 2022 A 2025</b>								
<b>ATUAL 2020</b>	<b>METAS PLURIANUAIS</b>		<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
Realiz.	Garantir o custeio, e o funcionamento das atividades do CMS. Qualificar e realizar reuniões mensais do CMS	48	Implementar e manter as ações e ativ. de controle social e de gestão participativa	12 reuniões ordinárias mensais do CMS	12	12	12	12
Não	Capacitar Conselheiros de	50%	Fazer atualizações de	% de conselheiros	50%	50%	50%	50%

houve	Saúde Garantindo educação continuada em saúde, visando a organização de processos educativos para gestores / trabalhadores		cadastros do CMS, e capacitar ou viabilizar capacitações de conselheiros em controle social e gestão participativa no SUS(CMS/2018)	capacitados e nº de capacitações realizadas				
3 RQG 1 RAG	Analisar e/ou aprovar conforme legislação de forma articulada, e integrada os instrumentos de gestão.	12 RQG 4 RAG	Analisar e/ou aprovar instrumentos básicos de planejamento, monitoramento e avaliação, e emitir pareceres e/ou resoluções	Pareceres e/ou resoluções emitidos no período	3 RQG 1 RAG	3 RQG 1 RAG	3 RQG 1 RAG	3 RQG 1 RAG
Não há	Implantar ouvidoria	Implantar	Garantir o custeio das atividades da Ouvidoria	Monitoramento e relatórios	Implantar	-	-	-



**PARTE III**  
**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO**  
**MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **PARTE III- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

A apresentação de uma proposta de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde de Juru/PB, é especialmente adequada, tendo em vista a necessidade de adequação dos conceitos, estruturas e processos de formulação dos instrumentos de planejamento nesta instituição. O fortalecimento da atuação municipal no monitoramento e avaliação das ações de saúde no SUS- implica num aperfeiçoamento sistemático, crescente, integrado e contínuo dos processos de trabalhos na SMS. A metodologia e o instrumental de monitoramento e avaliação têm como foco os instrumentos que oferecem concretude ao processo de planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria 2.113 de setembro de 2013. Esses instrumentos são:

- ✓ Plano de Saúde (PS) que marca as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas;
- ✓ Programação Anual de Saúde (PAS) que operacionaliza as intenções descritas no Plano de Saúde;
- ✓ Os Relatórios Anual e Quadrimestral de Gestão (RAG e RQG), que registram os resultados alcançados com a execução da PAS e norteiam eventuais redirecionamentos.
- ✓ A proposta não será um monitoramento e/ou avaliação pura e simples de documentos Prontos (PS, PAS, RQG e RAG), compreendendo sim, de forma bastante peculiar e direta, o monitoramento e a avaliação do processo de formulação, do conteúdo e do uso desses instrumentos básicos. É mais um grande desafio para a SMS de Juru/PB e também para a edificação e solidificação de uma cultura de planejamento que incorpore o indispensável processo de monitoramento e a avaliação com o intuito de subsidiar o gestor municipal na tomada de decisão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Plano Municipal de Saúde, instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, refere-se a um período de governo de 04 anos (2022-2025) e constitui um documento formal da política de saúde do município, e da implantação do Decreto n<sup>o</sup> 7.508 e na efetivação da Lei Federal Complementar n<sup>o</sup> 141/2012, que enfatizam o planejamento de âmbito regional.

A Formulação e o encaminhamento do Plano de Saúde são de competência exclusiva do Gestor, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgarem necessárias.

Marcia Andrea de Oliveira Lima  
Secretária Executiva da Saúde

## **FONTES DE PESQUISA:**

- <http://www.ibge.gov.br>
- <http://www.datasus.gov.br>
- <http://www.cnm.org.br>
- <http://www.conasems.org.br>
- <http://www.saude.pb.gov.br>
- <http://fns2.gov.br>
- <http://www.conasems.org.br/>
- SIOPS
- IDEME/PB;
- Série Pactos pela Saúde-2006/Ministério da Saúde;
- Série Cadernos de Planejamento/Ministério da Saúde;
- Relatórios de Gestão – 2012, 2013, 2014, 2015, 2016/Juru/PB;
- Plano Municipal de Saúde- 2014 a 2017;
- Relatório 4ª Conferência Municipal de Saúde-2015
- Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS:  
“Diálogos no Cotidiano” / CONASEMS
- Manual de Planejamento no SUS (Série Articulação Interfederativa; v. 4)/2016
- <https://coronavirus.saude.gov.br/>