# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMAJARÍ - RR 2022-2025

**COORDENADORIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**IRISLÂNDIA DA SILVA GALVÃO** – Secretária Municipal de Saúde

**FRANCINEIDE M. FILGUEIRAS MALHEIROS** – Coordenadora de Atenção Básica

**MARA LUIZA PIMENTEL** – Coordenadora de Vigilância em Saúde

**AILTON MACEDO DA SILVA** – Coordenador de Imunização

**JOSÉ SILVA DE AZEVEDO** – Coordenador do SAMU

**MARLÍVIA DE KIRA LEÃO** – Coordenadora da CAF

**LUIZ DONÁZIO RODRIGUES VALLE** – Diretor da Vigilância em Saúde

**DIANDRA LIMA DO VALE** – Diretora do Centro de Saúde Jair da Silva Mota

**CÉLIO DE ALENCAR MACÊDO JUNIOR** – Diretor da Unidade de Saúde Três Corações

**DEUZILENE DA SILVA FERREIRA** – Diretora da Unidade de Saúde Trairão

**FRANCILENE CARVALHO MELO** – Diretor da Unidade de Saúde Tepequem

**RITA DE CÁSSIA BEZERRA** – Diretora da Unidade de Saúde Bom Jesus

**INDYRAIMA ARIANGELA** leite Peixoto – Gerente de Saúde

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANDERSON DIONE DIAS DE ALMEIDA** – Presidente

**LAUREMIR TEIXEIRA GALVÃO** – Vice-Presidente

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**IRISLÂNDIA DA SILVA GALVÃO**

CNPJ: 12.322.548/0001-37

**ULTIMA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**2019**

# COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMAJARÍ

**Representante das Entidades de Usuários do SUS**

- **Igreja Católica**

**Titular:** Margarete Maria B. Araújo (Secretária)

**Suplente:** Ianara Silva Freitas

- **APM**

**Titular:** Marcela Campos Pinheiro Carvalho

**Suplente:** Andreia Silveira dos Reis Kudo

- **Igreja Evangélica**

**Titular:** Anderson Dione Dias de Almeida (Presidente)

**Suplente:** Maria do Perpétuo Socorro da Silva Alves

- **Comunidade Indígena**

**Titular:** Francisco Rodrigues Junior

**Suplente:** Josemi dos Santos Padilha

**Representantes - Trabalhadores**

**Titular:** Lauremir Teixeira Galvão (Vice-Presidente)

**Suplente:** Luiz Donázio Rodrigues Valle

**Titular:** Francisca das Chagas Soares

**Suplente:** Manoel Ubaldino Mesquita Campos

**Representante - Gestor**

**Titular:** Irislândia da Silva Galvão

**Suplente:** Layanna da Silva Barbosa

**Titular:** Francineide Magalhães Filgueiras Malheiros

**Suplente:** Marlívia Lira Leão

**Data da aprovação em reunião do CMS: 23/03/2021**

**Número da Resolução da aprovação: RESOLUÇÃO Nº 003/2021 – Dispõe sobre a eleição e aprovação da Diretoria do Conselho Municipal de Saúde para 2021 - 2022**

## SUMÁRIO

**1. INTRODUÇÃO**.....06
1.1. Fundamentação Legal.....06
**2. ANÁLISE SITUACIONAL**.....08
2.1. Perfil Socioeconômico.....08
2.2. Trabalho e Rendimento.....08
2.3. Escolaridade.....08
2.4. Condições de Saúde da População.....09
2.4.1. Aspectos Demográficos.....09
2.4.2. Crescimento Populacional.....10
2.4.3. Situação Epidemiológica.....13
2.4.3.1. Morbidade.....13
2.4.3.2. Mortalidade.....22
2.4.4. Programas de Saúde.....25
2.4.4.1. Estratégia de Saúde da Família – ESF.....25
2.4.4.2. Saúde Bucal.....26
2.4.4.3. Saúde da Mulher.....27
2.4.4.4. Saúde do Homem.....28
2.4.4.5. Saúde da Criança.....29
2.4.4.6. Saúde do Idoso.....29
2.4.4.7. Tabagismo.....30
2.4.4.8. Saúde Mental.....30
2.4.4.9. Imunização.....31
2.4.4.10. Vigilância em Saúde.....34
2.4.4.10.1. Vigilância Epidemiológica.....35
2.4.4.10.2. Vigilância Ambiental.....35
2.4.4.10.3. Vigilância Da Saúde Do Trabalhador.....36
2.4.4.10.4. Vigilância Sanitária.....36
2.4.4.11. Assistência Farmacêutica.....37
**3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.....39
3.1. Estrutura da Rede de Atenção à Saúde (Ras) .....39
3.1.1. Serviços de Saúde.....39
3.2. Recursos Humanos.....40

3.3. Conselho Municipal De Saúde.....42
3.4. Financiamento.....43
3.4.1. Indicadores Financeiros do SIOPS 2021.....44
3.4.2. Recursos Federais.....47
3.4.3. Receita Municipal Aplicada em Saúde.....47
3.4.4. Percentual da Receita Aplicada em Saúde.....47
**4. ORAGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE**.....48
4.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).....48
4.2. Especialidades Atendidas no Município.....48
4.3. Serviços de Referência.....48
4.4. Rede de Atenção à Saúde Existentes no Município.....48
**5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**.....49
**6. INDICADORES SISPACTO**.....64
**7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**.....65
**8. CONFERÊNCIA MUNICIPAL**.....66
8.1. Conferência Municipal de Saúde Mental – 2021.....66
**9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**.....73

## 1. INTRODUÇÃO

O presente Plano Municipal de Saúde (PMS) estabelece, a partir da análise situacional do município de Amajarí, do levantamento das necessidades de saúde da sua população e do estudo da capacidade municipal de oferta de ações e serviços para o seu atendimento, como principal ferramenta de planejamento para o período de 2022 a 2025.

O Plano Municipal de Saúde que ora se apresenta à população tem como premissa a orientação na implementação das iniciativas de gestão no Sistema de Saúde Municipal, no âmbito do SUS. Efetua uma profunda reflexão da situação de saúde e explicita os compromissos de governo municipal.

Apresenta-se este Plano como sendo o resultado do consenso de vários debates ocorridos ao longo dos meses que antecederam sua publicação.

Inicialmente, encontra-se a fundamentação legal, normas, atribuições e responsabilidades institucionais na gestão do SUS e os eixos que orientaram a composição temática do Plano. Em seguida, o PMS apresenta uma síntese das condições de saúde dos munícipes, do acesso e da oferta de ações e serviços, dando a direção na definição de estratégias para a gestão do SUS.

Mais à frente, o PMS indica as diretrizes e quantifica metas a serem alcançadas, referenciadas aos objetivos de ampliação do acesso e aprimoramento do SUS. E, finalmente, o PMS apresenta as prerrogativas essenciais à eficácia de sua gestão.

### 1.1. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Para operacionalizar as determinações de direito social da população e estabelecer as competências comuns da União, Estados, Distrito Federal e Município, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como proposta a organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com responsabilidade de financiamento compartilhada pelas três esferas administrativas e gestão central do Ministério da Saúde (MS). A execução das ações foi definida de forma descentralizada e direção única em cada esfera de governo. A Constituição facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde.

As Leis 8.080/90 e 8.142/90, introduziram o dever do Estado na execução de políticas econômicas e sociais de forma a reduzir o risco de doenças. Desta forma, definiu-se que o SUS

adota princípios fundamentais e organizacionais: universalidade, integralidade e equidade como estruturantes da institucionalidade do sistema.

Entre os princípios organizacionais verifica-se a descentralização de meios e responsabilidades, além da participação social na elaboração e controle da política nacional. No âmbito Nacional, a Lei nº 8.808/90 observa que o Conselho Nacional de Saúde deve estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde e a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforma que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

O Decreto nº 7.508/2011, o qual regulamentou a Lei nº 8.080/90, versa que o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa são elementos da organização do SUS como forma de assegurar a sua operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada. Foi o Decreto que definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

# 2. ANÁLISE SITUACIONAL

## 2.1. PERFIL SOCIOECONÔMICO

O perfil socioeconômico permite a área da saúde compilar dados de grande amplitude que podem ser usados no sentido da proposição de oferta de serviços ligadas ao princípio da equidade, pois permite um planejamento estratégico que beneficia a população de forma a atender prioridades. Isto se deve a utilização do próprio conceito ampliado de saúde, que é interpretado como resultante de condições de vida.

Nesta linha, em relação a renda per capita (obtida pela soma do rendimento nominal mensal das pessoas de 10 anos ou mais residentes em domicílios particulares e coletivos, dividida pelo total de pessoas residentes nesses domicílios), Em 2019, tinha um PIB per capita de R$ 14.656,62. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 13° dos 15. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 3326º de 5570. Em 2015, tinha 95,40% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 4° de 15 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 729° de 5570.

## 2.2. TRABALHO E RENDIMENTO

Em 2019, o salário médio mensal era de 1,5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 10° de 15 e 14° de 15, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 4906° de 5570 e 5470° de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 51,6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 2° de 15 dentre as cidades do estado e na posição 1073° de 5570 dentre as cidades do Brasil.

## 2.3. ESCOLARIDADE

De acordo com o a estimativa IBGE para o ano de 2020, o município de Amajarí apresentou os seguintes dados relativos a educação: 33 estabelecimentos de ensino fundamental, com 2.126 matrículas e 220 docentes e 8 estabelecimentos de ensino médio com 566 matrículas e 100 docentes.

A taxa de escolarização conforme Censo de 2010 é de 64,30%.

## 2.4. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Este eixo relaciona os compromissos e responsabilidades ligados somente ao setor saúde. Para obter essas informações, foram identificados os principais problemas no que se refere às condições de saúde e, para isso, foi desenhado o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população amajariense.

### 2.4.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Situada na região norte do Estado de Roraima a 157 km da capital Boa Vista - RR, o Município de Amajarí é o 9º do Estado em número de habitantes, de acordo com o CENSO 2010. Possui uma área de 28.473,450 km² com uma população de 13.561 habitantes (2021), segundo estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (TABNET-DATASUS), correspondendo a uma densidade demográfica de 0,33 hab/Km². Entretanto, esse número oscila durante o ano, ampliando consideravelmente devido à recepção de turistas e visitantes nos fins de semana.

**Município:** Amajarí
**Gentílico:** Amajariense
**Estado:** Roraima

**Localização:** Altitude – 100 m
**Latitude Norte:** 3° 39' 11"

**Longitude Oeste:** 61° 22' 17"

**Área:** 28.473,450 km²

**População Residente:** 13.561 habitantes (Estimativa MS-2021)

**Região intermediária:** Boa Vista

**Região imediata:** Pacaraima

**Região de Saúde:** Centro-Norte

**Divisas:** Sucre, Angostura, GRan Sabana, Alto Orinoco, Manapiare, Pacaraima, Boa Vista e Alto Alegre

**Ato de Criação do Município:** Lei nº 097

**Data de Fundação do município:** 1975

**Data de Emancipação:** 17/10/1995

## 2.4.2. CRESCIMENTO POPULACIONAL

De acordo com o IBGE (2021), as estimativas populacionais municipais são um dos parâmetros utilizados pelo Tribunal de Contas da União para o cálculo do Fundo de Participação de Estados e Municípios e são referência para vários indicadores sociais, econômicos e demográficos.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), demonstra que a população de Amajarí cresceu em 4.061 habitantes, passando de 9.500 em 2010 para 13.561 em 2021.

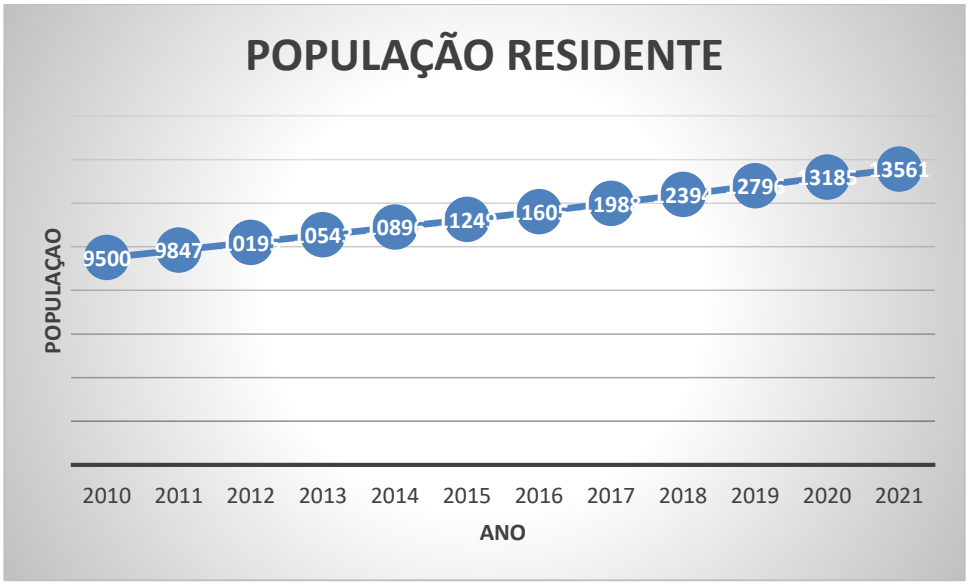
**POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO - 2010-2021**

**População residente segundo Ano**
**Região:** 1 Região Norte
**Unidade da Federação:** Roraima
**Município:** 140002 Amajari
**Período:** 2010-2021

| Ano | População residente |
|---|---|
| 2010 | 9.500 |
| 2011 | 9.847 |
| 2012 | 10.195 |
| 2013 | 10.543 |
| 2014 | 10.896 |
| 2015 | 11.249 |
| 2016 | 11.605 |
| 2017 | 11.988 |
| 2018 | 12.394 |
| 2019 | 12.796 |
| 2020 | 13.185 |
| 2021 | 13.561 |

Fonte:

- 2000 a 2021 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE




Fonte: 2010 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo MS

## POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA E SEXO - 2021

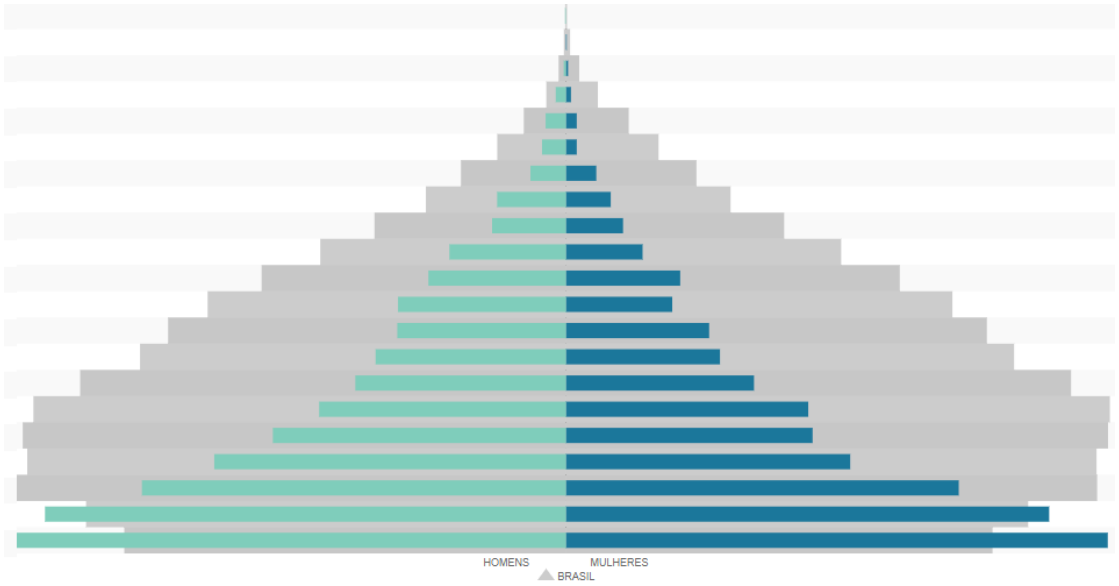
**População residente por Sexo segundo Faixa Etária 1**
**Região:** 1 Região Norte
**Unidade da Federação:** Roraima
**Município:** 140002 Amajari
**Período:** 2021

| Faixa Etária 1 | Masculino | Feminino | Total |
|---|---|---|---|
| TOTAL | 7.182 | 6.379 | 13.561 |
| 0 a 4 anos | 1.115 | 1.062 | 2.177 |
| 5 a 9 anos | 892 | 808 | 1.700 |
| 10 a 14 anos | 728 | 668 | 1.396 |
| 15 a 19 anos | 634 | 613 | 1.247 |
| 20 a 29 anos | 1.280 | 1.083 | 2.363 |
| 30 a 39 anos | 1.003 | 809 | 1.812 |
| 40 a 49 anos | 693 | 629 | 1.322 |
| 50 a 59 anos | 444 | 383 | 827 |
| 60 a 69 anos | 263 | 219 | 482 |
| 70 a 79 anos | 98 | 78 | 176 |
| 80 anos e mais | 32 | 27 | 59 |

Fonte:

- 2000 a 2021 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

## PIRÂMIDE ETÁRIA RELATIVA POR SEXO E IDADE - 2021



A Pirâmide Etária do Município aponta para um estreitamento do ápice (população acima de 60 anos) e um claro crescimento de pessoas na faixa etária acima de 80 anos. Diferente do observado no Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2018-2021 a pirâmide construída a partir dos dados levantados pelo Ministério da Saúde revela que há um notável envelhecimento da população. A população adulta, entre a faixa etária de 20 a 44 anos apresentou maior crescimento em comparação aos anos anteriores, embora apresente equilíbrio na distribuição por sexo.

**INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO NOS ÚLTIMOS SEIS ANOS – 2016-2021**

| CONDIÇÕES | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Estimativa Populacional | 11.605 | 11.988 | 12.394 | 12.796 | 13.185 | 13.561 |
| Número de nascidos vivos | 179 | 185 | 235 | 225 | 204 | 249 |
| Taxa bruta de natalidade | 15,42 | 15,43 | 18,96 | 17,58 | 15,47 | 18,36 |
| % de prematuridade (*) | 20,11% | 10,06% | 19,55% | 18,44% | 17,32% | 24,02% |
| % de partos cesáreos | 18,99% | 23,78% | 21,70% | 26,22% | 26,47% | 24,90% |
| % de partos normais | 81,01% | 76,22% | 78,30% | 73,78% | 73,53% | 75,10% |
| Mães de 10-14 anos | 7 | 6 | 6 | 2 | 5 | 7 |
| Mães de 15-19 anos | 50 | 62 | 55 | 64 | 48 | 55 |
| % com baixo peso ao nascer (**) | 10,06% | 4,86% | 7,66% | 8,89% | 9,31% | 9,64% |
| Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) – 2021 | | | | | | 3.802 |
| Proporção da população feminina em idade fértil (%) - 2021 | | | | | | 28,04% |

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet)
Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

Notas: Dados preliminares do SINASC; (*)

% Prematuridade: <=36 semanas de gestação;

(**) Baixo peso: nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas.

O total de nascidos vivos no Município de Amajari manteve-se constante nos anos de 2016 a 2021, sendo a proporção dos partos normais maior em relação aos partos cesáreos.

A taxa de natalidade geral para o Município no ano de 2021 foi de 18,36 por 1.000 habitantes (Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC).

## 2.4.3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

### 2.4.3.1. MORBIDADE

Traçar o perfil epidemiológico da população consiste em um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. Com isso é feito uma análise do perfil epidemiológico, elaborando assim o diagnóstico de saúde de uma determinada população.

As doenças transmissíveis ainda são importantes problemas de saúde pública pelo impacto expressivo sobre a morbidade, com destaque para aquelas às quais não há eficazes mecanismos disponíveis de prevenção ou ainda têm relação associada a questões ambientais. Verifica-se a persistência de algumas doenças, ao mesmo tempo em que se observa o surgimento de outras, o que se torna desta forma motivos de planejamentos inconclusos, devido aos fatores que limitam a ação pública e dificultam seu controle, tais como:

a) A associação com as condições de vida da população relacionadas à pobreza, educação, moradia, limitações no acesso a serviços de saúde, onde se pode destacar a tuberculose, hanseníase, dengue, chikungunya e as doenças diarreicas;

b) As dificuldades nas medidas de controle, destacando-se a dengue, chikungunya violência interpessoal (com destaque à violência doméstica e violência sexual) ou a autoprovocada, e intoxicação exógena, e, no ano de 2020, com evidência a covid-19;

c) Os hábitos de vida, onde se deve destacar intervenções estratégicas peculiares tendo por objetivo a prática de hábitos saudáveis, o que envolvem, neste aspecto, as hepatites virais, sífilis, aids, HIV e outras doenças transmissíveis.

Este estudo auxilia para definir a atual situação de saúde e organização da Vigilância em Saúde, definindo assim a adoção de políticas públicas de saúde, ações de prevenção, controle e promoção à saúde.

O Município vem perseverando no fortalecimento da Atenção Primária no que se refere às doenças/agravos transmissíveis e não transmissíveis.

O quadro a seguir apresenta a série histórica de 2016 a 2021 com a evolução das principais doenças imunopreveníveis, transmissíveis e agravos no Município de Amajarí. Esta limitação de anos foi definida como estratégia para verificação da evolução dos agravos registrados nos últimos anos do Plano Municipal de Saúde anterior.

## NOTIFICAÇÕES POR AGRAVOS NOTIFICADOS E ANO DA NOTIFICACÃO

| AGRAVOS NOTIFICADOS | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACIDENTE DE TRABALHO C EXPOSICAO A MATERIAL BIOL | 0 | 1 | 5 | 0 | 1 | 2 | 9 |
| ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE | 2 | 4 | 6 | 6 | 6 | 8 | 32 |
| ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS | 34 | 83 | 82 | 39 | 30 | 39 | 307 |
| AIDS | 3 | 4 | 6 | 7 | 0 | 1 | 21 |
| ATENDIMENTO ANTI-RABICO | 24 | 51 | 66 | 59 | 26 | 25 | 251 |
| CRIANCA EXPOSTA HIV | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| DERMATOSES OCUPACIONAIS | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| DOENCA DE CHAGAS AGUDA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| DOEN CAUSADAS PROTOZ COMP GRAV PARTO E O PUERP | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| DOENCAS EXANTEMATICAS | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| DOENCA AGUDA PELO VIRUS ZIKA | 9 | 10 | 2 | 1 | 1 | 0 | 23 |
| FEBRE AMARELA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| FEBRE DE CHIKUNGUNYA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| FEBRE MACULOSA/RICKETTSIOSES | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| GESTANTE HIV | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| HANSENIASE | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 10 |
| HEPATITES VIRAIS | 16 | 12 | 5 | 3 | 3 | 7 | 46 |
| INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS | 0 | 0 | 0 | 0 | 572 | 0 | 572 |
| INTOXICACAO EXOGENA | 2 | 1 | 6 | 1 | 2 | 1 | 13 |
| LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA | 14 | 8 | 18 | 10 | 7 | 23 | 80 |
| LEISHMANIOSE VISCERAL | 6 | 3 | 8 | 2 | 3 | 2 | 24 |
| LEPTOSPIROSE | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| MENINGITE | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| ROTAVIRUS | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| SIFILIS CONGENITA | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| SIFILIS EM GESTANTE | 0 | 1 | 5 | 4 | 1 | 3 | 14 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SIFILIS NAO ESPECIFICADA | 6 | 0 | 7 | 3 | 3 | 4 | 23 |
| SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM | 2 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| TOXOPLASMOSE CONGENITA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| TUBERCULOSE | 6 | 4 | 9 | 19 | 6 | 12 | 56 |
| VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | 20 | 30 | 34 | 18 | 23 | 16 | 141 |
| VARICELA (B01.9) | 7 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| VARICELA (B01) | 0 | 0 | 26 | 22 | 4 | 2 | 54 |
| CAXUMBA (PAROTIDITE EPIDEMICA) | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CANDIDIASE | 8 | 14 | 16 | 2 | 5 | 4 | 49 |
| CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO) | 0 | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| OUTRAS AFECCOES INFLAMATORIAS DA VAGINA E DA VULVA | 0 | 17 | 3 | 6 | 2 | 1 | 29 |
| OUTRAS DOENCAS INFLAMATORIAS PELVICAS FEMININAS | 11 | 37 | 26 | 10 | 0 | 0 | 84 |
| SIFILIS EM ADULTO (EXCLUIDA A FORMA PRIMARIA) | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES | 5 | 7 | 12 | 3 | 3 | 11 | 41 |
| TRICOMONIASE | 1 | 0 | 5 | 0 | 3 | 0 | 9 |
| **TOTAL** | **179** | **309** | **390** | **230** | **706** | **167** | **1981** |

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

Em relação ao número de casos confirmados, os agravos/doenças que lideraram a série histórica apresentada, com exceção do COVID-19 que passou a constar na lista de agravos no ano de 2020, foram Acidentes por animais peçonhentos (15,50%), Atendimento anti-rábico (12,67%) e Violência interpessoal/autoprovocada (7,12%).

Observa-se aumento nos acidentes por animais peçonhentos, os quais tiveram destaque na lista de doenças/agravos, sendo as que mais acometeram a população de Amajarí entre os

anos de 2017 e 2018, ainda que tenha havido considerável redução nas notificações após 2019. Tal redução nas notificações coincide com a situação de pandemia pelo Sars-COV2 vivida no ano de 2020.

De forma geral, os dados mostram um crescimento constante no número de casos ao mesmo tempo em que se observa o crescimento populacional de residentes no mesmo período.

As limitações apontadas quanto aos critérios de notificação de casos interferem na interpretação dos dados.

**a) Coronavirus**

O SARS-CoV-2, foi detectado pela primeira vez na província de Wuhan, na China, após a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida, iniciados em dezembro de 2019. Os casos da doença de Covid-19 se espalharam em todos os continentes do mundo, em intensa velocidade, alcançando em pouco mais de 3 meses, quase 700 mil pessoas contaminadas no mundo, com mais de 27 mil mortes.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em razão da disseminação do Coronavírus, após reunião com especialistas e no dia 10 de março de 2020, reconheceu o status de pandemia pelo Covid-19.

No Brasil, o primeiro caso foi registrado no dia 25 de fevereiro, em São Paulo, e em pouco mais de um mês, o país registrou mais de 3.400 casos e 92 mortes pelo Covid-19. No município de Amajarí, o primeiro caso foi notificado no dia 02 de maio de 2020 e confirmado oficialmente em 28/03/20203/05/2020.

**b) Chikungunya**

Doença causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), que possui genoma de RNA positivo de fita simples, pertencente ao gênero Alphavirus da família Togaviridae e transmitida pelo mosquito do gênero Aedes, sendo o Aedes aegypti o principal vetor. O nome chikungunya deriva de uma palavra do idioma Makonde falado no sudeste da Tanzânia, que significa "curvar-se ou tornar-se contorcido" descrevendo a postura adotada pelos pacientes devido a artralgia intensa (LUMSDEN, 1955; ROBINSON, 1955).

No município de Amajarí, o primeiro caso autóctone ocorreu no mês de fevereiro/2016. O risco de o município vivenciar uma epidemia é alto devido à presença de vetores competentes

(mesmos vetores da dengue e Zika). Existem condições climáticas favoráveis para que eles se reproduzam.

**c) Sífilis**

Existem diversos fatores que influenciam no aumento de casos de sífilis, dentre eles: sociocultural, comportamento sexual, vulnerabilidade social, conflitos sociais, falta de adesão aos métodos contraceptivos (preservativos) e/ou tratamentos. Ainda existem outros fatores que interferem os quais estão além da governança de gestores da saúde. A criação de estratégias é um fator determinante para a redução dos casos de sífilis, assegurando os insumos, medicamentos e monitoramento das ações de controle.

A qualidade do serviço deve ser elaborada considerando a relação equipe/paciente:

a) Treinamento inicial e contínuo em serviço;

b) Os casos que procuram a unidade devem ser corretamente diagnosticados e tratados no momento da chegada ao Serviço de Saúde;

c) Distribuição de preservativo e orientações;

d) Realização de testes rápidos para as IST's e teste rápido de gravidez de acordo com os critérios estabelecidos pela Atenção Básica;

e) Busca ativa de retornos agendados que não compareceram;

f) Captação de parceiro sexual;

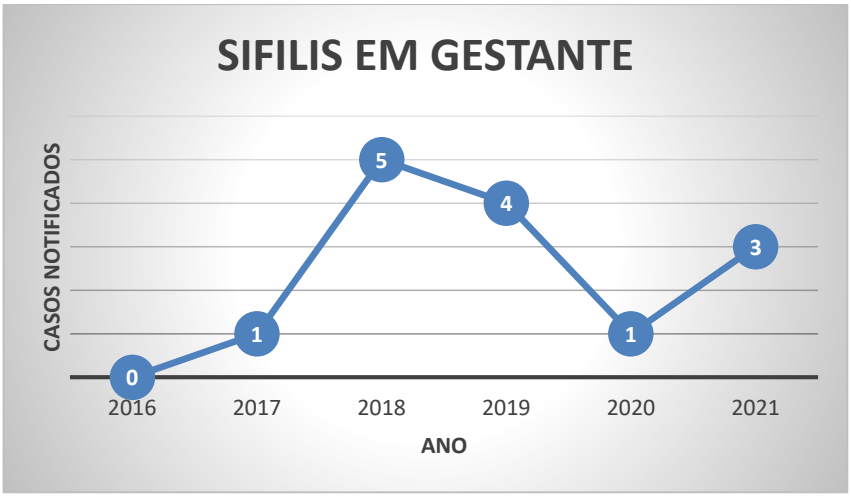
g) Realizar precocemente a busca por atenção em relação ao período de início de sintomas.

Todo paciente com teste rápido positivo para sífilis deve ser notificado e tratado com Penicilina Benzatina, sendo assim:

Todo paciente notificado deve sair da unidade notificante com o cartão de controle de aplicação da Penicilina já com o aprazamento dos dias de aplicação. A partir das informações contidas nesse cartão é possível avaliar se o paciente fez o tratamento correto, caracterizando assim o tratamento adequado.

Os gráficos abaixo apresentam os casos notificados de incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita, numa série histórica de seis anos no Município.

## CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM GESTANTE POR ANO



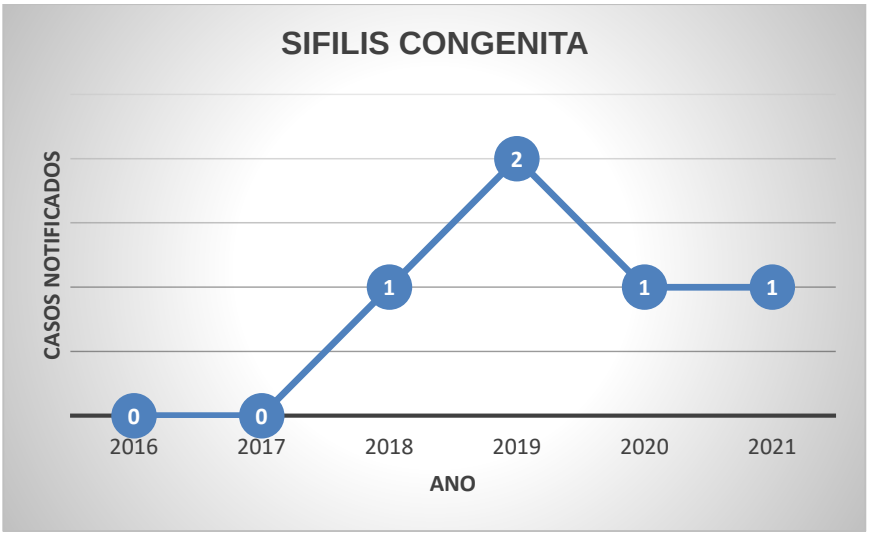

Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo principal é o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno/neonatal, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas/preventivas.

Os objetivos básicos da assistência pré-natal são: rastreamento de indicadores de risco gestacional, imunização e profilaxia, aconselhamento e educação, intervenção terapêutica obstétrica.

Para promover a segurança da mãe-feto é necessário identificar precocemente as gestações de alto risco oferecendo atendimento diferenciado onde essas gestantes são encaminhadas para o Serviço de Referência da Mulher. Esta assistência possibilita a prevenção das complicações que determinam maior morbimortalidade materna e perinatal, sendo então necessário avaliar a história de doenças maternas pré-existentes, os fatores socioeconômicos e psicossociais, os antecedentes obstétricos e os eventos da gestação atual.

**CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA POR ANO**




Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

As equipes de estratégia de saúde da família e Atenção Básica trabalham em conjunto com a referência de IST's, firmando assim um trabalho mais integrado das equipes e uma qualidade da assistência à saúde do usuário.

Destaca-se o papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das IST's na realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei no 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao(a) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

O tratamento da sífilis foi descentralizado para as unidades de saúde do município, aumentando a oferta e o acesso do paciente ao tratamento. Com isso, a Penicilina Benzatina para Sífilis passou a ser aplicada nas Unidades de Saúde, as quais, por sua vez, realizam rotineiramente a busca ativa para que o paciente não abandone o tratamento.

**d) Dengue**

Considerada como a arbovirose mais comum que acomete a humanidade, a Dengue ainda é uma doença muito disseminada no país. Segundo a OPAS (Organização Panamericana de Saúde), o Brasil tem o maior número de casos registrados no mundo. Tendo por seu

transmissor, o mosquito Aedes aegypti, que se prolifera facilmente em água parada e por ambiente preferencial locais sombreados, este tem sua prevalência em residências e quintais, segundo levantamento de Equipes de agentes de combate a Endemias do Município.

**e) HIV/AIDS e outras IST´s**

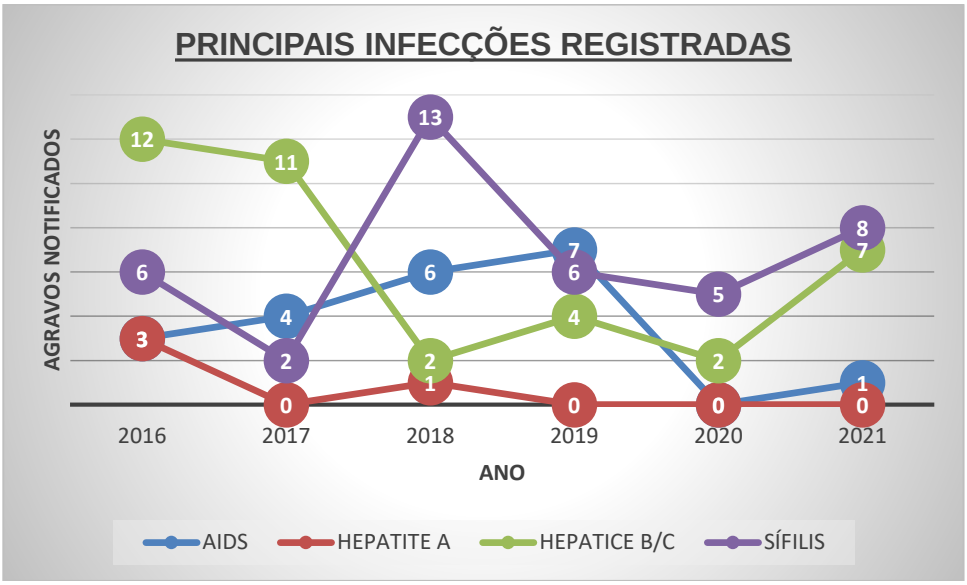
O Município de Amajarí integra a Região Centro-Norte e está a 157km de Boa Vista (Capital). É um município de grande repercussão turística com uma população estimada em 13.561 habitantes e chega na época de verão a receber muitos turistas, gerando com isso um aumento da demanda dos serviços de saúde, bem como de prevenção das IST's/AIDS.

**QUADRO DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES REGISTRADAS**

| AGRAVOS NOTIFICADOS | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AIDS | 3 | 4 | 6 | 7 | 0 | 1 |
| HEPATITE A | 3 | - | 1 | - | - | - |
| HEPATICE B/C | 12 | 11 | 2 | 4 | 2 | 7 |
| SÍFILIS | 6 | 2 | 13 | 6 | 5 | 8 |
| **TOTAL** | | | | | | |

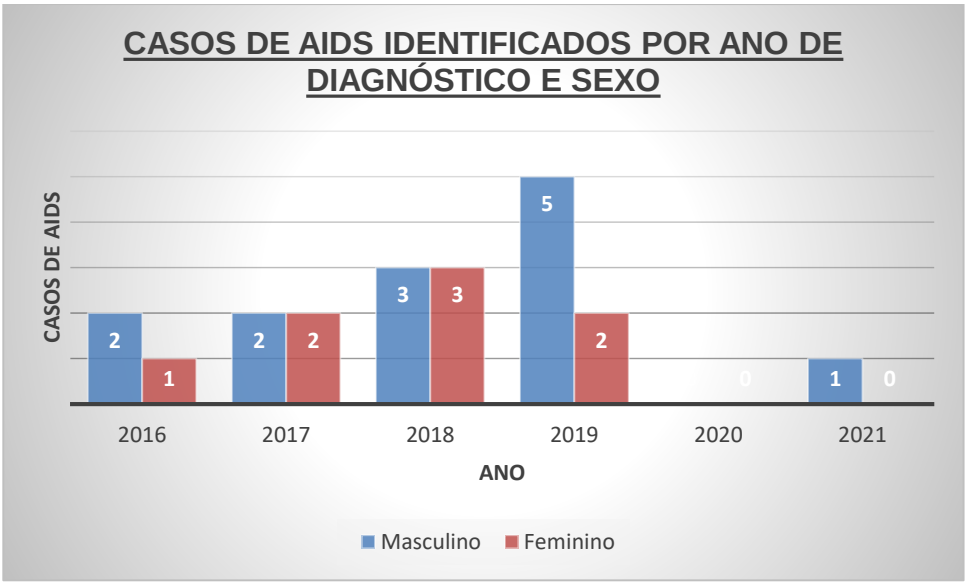
Fonte: SINAN

**DISTRIBUIÇÃO DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**




Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

## CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO E SEXO




Fonte: SINAN/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

Os gráficos acima demonstram que a população do sexo masculino é a mais afetada com a doença em análise (AIDS/HIV) comparado ao sexo feminino.

A Gestão junto com as Unidades de Saúde reconhece o desafio a serem enfrentados e vem elaborando estratégias e propostas para a redução do número de AIDS/HIV/IST's, com as ações para prevenção das IST's, nas comunidades, escolas e população em geral com o objetivo de educação em saúde, orientações, prática de sexo seguro e uso correto dos preservativos feminino e masculino.

### f) Morbidade Hospitalar

## INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, SEGUNDO CAPÍTULO CID.10

**Internações por Ano processamento segundo Capítulo CID-10**
**Município:** 140002 Amajari
**Período:** 2016-2021

| Capítulo CID-10 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL | 650 | 612 | 713 | 660 | 570 | 738 | 3.943 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 53 | 33 | 48 | 58 | 50 | 90 | 332 |
| II. Neoplasias (tumores) | 12 | 12 | 18 | 21 | 11 | 26 | 100 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 2 | 4 | 2 | 9 | 4 | 8 | 29 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 14 | 15 | 12 | 16 | 11 | 27 | 95 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 4 | 4 | - | - | - | 1 | 9 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 2 | 5 | 10 | 8 | 3 | 5 | 33 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 2 | - | - | 1 | - | - | 3 |
| VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | 4 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 7 | 14 | 13 | 11 | 9 | 12 | 66 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 95 | 91 | 118 | 77 | 50 | 83 | 514 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 36 | 40 | 36 | 26 | 34 | 17 | 189 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 16 | 19 | 17 | 21 | 17 | 10 | 100 |
| XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 15 | 1 | 6 | 4 | 3 | 13 | 42 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 19 | 17 | 35 | 30 | 15 | 23 | 139 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 220 | 201 | 278 | 261 | 239 | 292 | 1.491 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 21 | 35 | 28 | 31 | 31 | 52 | 198 |
| XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 3 | 2 | 7 | 4 | 15 | 6 | 37 |
| XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 9 | 4 | 2 | 6 | 3 | 3 | 27 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 80 | 62 | 29 | 40 | 44 | 21 | 276 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 39 | 52 | 53 | 36 | 30 | 49 | 259 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Conforme se observa na Tabela acima, as causas de internações com maior frequência no período de 2016 a 2021 foram a Gravidez, Parto e Puerpério (37,81%); seguidas de Doenças do Aparelho Respiratório (13,04%); Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,42%); Lesões por Envenenamento e Outras Causas Externas (6,70%) e Contatos com serviços de saúde (6,57%).

### 2.4.3.2. MORTALIDADE

Os índices de mortalidade são considerados importantes indicadores de saúde, pois refletem as condições de vida e desenvolvimento da população as quais estão relacionadas com fatores históricos, sócio-econômicos, demográficos, ambientais e genéticos.

**QUADRO DE MORTALIDADE GERAL POR CAUSAS E ANO DO ÓBITO**

| CAPÍTULO CID-10 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I. ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS | 4 | 5 | 7 | 9 | 27 | 15 |
| II. NEOPLASIAS (TUMORES) | 5 | 6 | 6 | 4 | 5 | 9 |
| III. DOENÇAS SANGUE ÓRGÃOS HEMAT E TRANST IMUNITÁR | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 |
| IV. DOENÇAS ENDÓCRINAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS | 6 | 5 | 4 | 12 | 10 | 17 |
| VI. DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 2 |
| IX. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO | 7 | 9 | 10 | 8 | 2 | 5 |
| X. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO | 7 | 9 | 7 | 9 | 9 | 9 |
| XI. DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO | 4 | 6 | 1 | 2 | 5 | 3 |
| XII. DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| XIV. DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| XV. GRAVIDEZ PARTO E PUERPÉRIO | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| XVI. ALGUMAS AFEC ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL | 6 | 9 | 12 | 4 | 17 | 7 |
| XVII.MALF CONG DEFORMID E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS | 1 | 2 | 5 | 6 | 3 | 5 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XVIII.SINT SINAIS E ACHAD ANORM EX CLÍN E LABORAT | 4 | 1 | 5 | 6 | 9 | 8 |
| XX. CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE | 19 | 20 | 13 | 13 | 12 | 18 |
| **TOTAL** | **63** | **76** | **73** | **81** | **106** | **99** |

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

Considerando o perfil da mortalidade geral por grupos de causa de maior ocorrência no município nos últimos 6 anos, foi possível identificar que os óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade, aparecem em primeiro lugar, seguidos de algumas doenças infecciosas e parasitárias e algumas afecções originadas no período perinatal.

Os estudos epidemiológicos revelam no capítulo Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, que a doença que mais leva a população de Amajarí a óbito são as Agressões seguidas das Lesões Autoprovocadas Voluntariamente.

O número de óbitos por causas externas teve queda e as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas permaneceram estáveis. Vale ressaltar que os registros de agressões sofrem grande subnotificação em todo o território nacional.

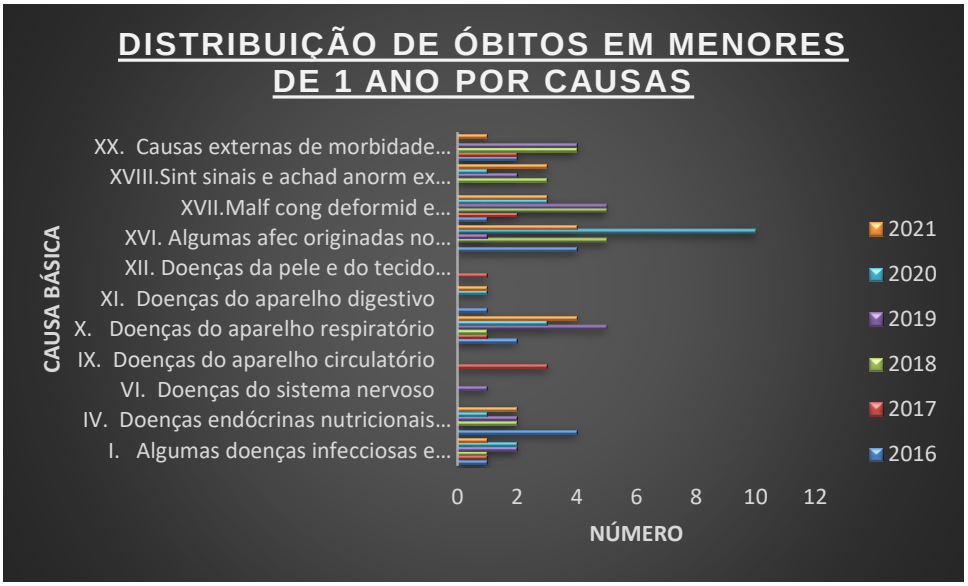
**MORTALIDADE EM MENORES DE UM ANO POR CAUSAS**

| CAPÍTULO CID-10 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I. ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| IV. DOENÇAS ENDÓCRINAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS | 4 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| VI. DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| IX. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| X. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO | 2 | 1 | 1 | 5 | 3 | 4 |
| XI. DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| XII. DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XVI. ALGUMAS AFEC ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL | 4 | 0 | 5 | 1 | 10 | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XVII.MALF CONG DEFORMID E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| XVIII.SINT SINAIS E ACHAD ANORM EX CLÍN E LABORAT | 0 | 0 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| XX. CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| **TOTAL** | | | | | | |

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

## DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO POR CAUSAS




Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

A principal causa de óbitos em menores de 1 (um) ano são algumas afecções originadas no período perinatal, perfazendo um total de 22% do total registrado, seguido de mal formações congênitas.

## MORTALIDADE FETAL POR GRUPO DE CAUSAS

| CAPÍTULO CID-10 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| XVI. ALGUMAS AFEC ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL | 2 | 9 | 7 | 3 | 7 | 3 | 31 |
| XVII.MALF CONG DEFORMID E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| **TOTAL** | **2** | **9** | **7** | **4** | **7** | **3** | **32** |

Fonte: SIM/NSIS/DVE/CGVS/SESAU-RR

Nas afecções originadas no período perinatal, identificam-se principalmente causas e/ou transtornos maternos por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto; pela duração da gestação e crescimento fetal; por agravos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal.

### 2.4.4. PROGRAMAS DE SAÚDE

#### 2.4.4.1. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF está elencada como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite o conhecimento de seu público alvo, suas famílias e a vizinhança, garantindo maior adesão aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. O resultado disso é a maior resolutividade na Atenção Básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Conta com equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais que desempenham papel de mediadores entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade, além de fortalecerem o acesso da população aos serviços de saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde.

Atividades básicas de uma equipe de Saúde da Família:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

### 2.4.4.2. SAÚDE BUCAL

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação dos serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento é realizado mediante territorialização do município e cada profissional é responsável pela área de abrangência da unidade de saúde onde está vinculado.

No âmbito da Saúde Bucal de Amajarí, o Município está promovendo a instalação de consultórios odontológicos em todas as Unidades com Estratégia de Saúde da Família. Com isso, o Município pretende elevar o número de pacientes atendidos em Primeira Consulta.

### 2.4.4.3. SAÚDE DA MULHER

A assistência à saúde da mulher, na Atenção Primária no SUS, se consolida como referência de qualidade e primeira escolha de atendimento. Para tanto, torna-se um desafio desenvolver e gerenciar as políticas de saúde da mulher, baseada em evidências científicas, articulando-se com outros setores afins para dar suporte às equipes básicas de saúde a implementarem ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação desta clientela, garantindo uma atenção à saúde de qualidade.

**Objetivo:** Executar ações dirigidas para o atendimento das necessidades prioritárias do grupo populacional feminino acima de 10 anos, com vistas à redução da sua morbimortalidade especialmente por causas evitáveis.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, em Amajarí a estimativa dessa população é de 4.509 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias:

- 10 a 14 anos – 668;
- 15 a 19 anos – 613;
- 20 a 29 anos – 1.083;
- 30 a 39 anos – 809;
- 40 a 49 anos – 629;
- 50 a 59 anos – 383;
- 60 a 69 anos – 219;
- 70 a 79 anos – 78;
- 80 anos e mais – 27.

**Principais Ações**

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher no SUS;
- Melhoria da qualidade e do acesso à assistência do pré-natal;
- Redução da morbimortalidade materna e fetal especialmente por causas evitáveis;

- Redução da incidência de sífilis congênita;
- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar;
- Melhoria do acesso e adesão a métodos contraceptivos reversíveis no âmbito da atenção básica.

As Unidades Básicas de Saúde realizam as ações relacionadas à prevenção e detecção dos cânceres de mama e colo do útero, além do tratamento, seguimento e busca ativa das mulheres que apresentam lesões pré-cancerígenas e do encaminhamento para a referência nos casos indicados. Oferece assistência de pré-natal de risco habitual às gestantes residentes em áreas ainda descobertas e às gestantes de alto risco encaminhadas pelas equipes de ESF, assim como a avaliação puerperal. Realiza atendimento ginecológico voltado à menarca, climatério e patologias do trato reprodutor feminino, assim como atividades voltadas ao Planejamento Familiar.

### 2.4.4.4. SAÚDE DO HOMEM

O Ministério da Saúde implementou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Um dos principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina e propiciar um melhor acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

A identificação precoce de doenças aumenta as chances de um tratamento eficaz. Por isso, alguns exames devem fazer parte da rotina dos homens.

A Política de Atenção à Saúde do Homem tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo para a redução da morbimortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação do acesso às ações e serviços de atenção integral à saúde.

A Política Nacional trabalha com 5 eixos prioritários: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população alvo; prevenção de violência e acidentes; e saúde sexual e reprodutiva cujo foco é o grupo de 20 a 59 anos.

As Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família estão inseridas na Política de Saúde do Homem e têm como objetivo desenvolver as atividades no nível local, coordenando os planos de ação, estratégias locais de capacitações em Saúde do Homem e incentivo a ações educativas voltadas à saúde do homem.

### 2.4.4.5. SAÚDE DA CRIANÇA

Através do Programa de Saúde da Criança é realizado o controle do crescimento e desenvolvimento dos usuários, prevenção de infecções respiratórias, doenças diarreicas, desnutrição e controle de imunização. O controle da vacinação de rotina das crianças conta com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no fortalecimento de esclarecimentos e informações. Também são ofertados o Teste do Pezinho, cuja coleta é realizada pelas Técnicas de Enfermagem da UBS, efetuado via SUS, no município de Amajarí.

### 2.4.4.6. SAÚDE DO IDOSO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece várias diretrizes considerando as responsabilidades em cada esfera (Nacional, Estadual e Municipal) a partir da Atenção Básica (porta preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde). Em Amajarí foi instituído o Programa de Saúde do Idoso e visa garantir a atenção integral à saúde da população idosa, através da operacionalização das suas estratégias, contribuindo assim para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa que em Amajarí O Índice de envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem numa certa região. É habitualmente expresso em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos. Segundo o estatuto do idoso e site do IBGE, no Brasil é considerado idoso a pessoa com 60 anos ou mais.

O Programa pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades dos idosos, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

**Objetivos Gerais:**

- Ampliar o acesso da população idosa aos serviços de saúde;
- Promover a melhoria das condições de saúde da população idosa no município de Amajarí;
- Contribuir para a redução da mortalidade e morbidade da população, criando mecanismos para melhorar a assistência oferecida.

O envelhecimento faz parte do ciclo natural da vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autônoma o mais tempo possível, o que implica:

a) Ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social;

b) Adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico; e

c) Ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

### 2.4.4.7. TABAGISMO

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. Reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína.

Para conseguir o controle da doença de uma forma ampla, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), criou no ano de 1989 o Programa de Tabagismo, que coordena as ações de Controle do Tabagismo em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, incluindo vários setores da sociedade e conselhos profissionais da área da saúde.

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas de comunicação e de atenção à saúde, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco.

Ao procurar o programa o paciente é encaminhado para reuniões dos grupos de apoio, que acontecem toda semana em local específico, onde são coordenadas pelo enfermeiro responsável. O tratamento consiste encontros periódicos onde são realizadas palestras sobre o tabagismo.

### 2.4.4.8. SAÚDE MENTAL

A Atenção Básica tem como um de seus princípios, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto da atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente

conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

A atual política de saúde mental brasileira é o resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc).

Em 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tornando-o uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde.

Com base na Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/01, a atenção aos portadores de transtornos mentais busca consolidar uma personificação da atenção à saúde mental aberta e de base comunitária garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade ou cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que esta dispõe.

**Fonte: Caderno de Atenção básica nº 34 – Ministério da Saúde.**

### Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

O município de Amajarí não possui Centro de Atenção Psicossocial implantando. Os pacientes que necessitam de atendimento são referenciados para o município de Boa Vista.

### 2.4.4.9. IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), representa uma das intervenções em saúde pública mais importantes no cenário de saúde brasileiro. As ações de vacinação e vigilância apresentam impacto positivo na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, refletindo

positiva e indiretamente na qualidade e expectativa de vida da população. Vale ressaltar que o êxito das ações de imunização resulta de uma associação de fatores por parte das instâncias gestoras envolvidas, incluindo aquisição, planejamento, infraestrutura, logística, treinamento, recursos humanos que nas diferentes atuações asseguram imunobiológicos de qualidade a população.

Em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado pelo Ministério da Saúde para erradicar a proliferação de várias doenças mediante a imunização em massa. Sua missão é combater e evitar surtos epidêmicos por meio das vacinas, para tanto foi elaborado o Calendário Nacional de Vacinação, que inclui pessoas de todas as idades. Ao todo, são 20 vacinas (incluindo covid-19) para mais de 21 doenças, a fim de proteger todos os cidadãos. As vacinas mais importantes, de acordo com cada etapa da vida são:

a) Ao nascer: BCG (dose única) e Hepatite B;

b) 2 meses: Penta (1ª dose), Vacina Poliomielite (1ª dose), Pneumocócica (1ª dose), Rotavírus Humano (1ª dose);

c) 3 meses: Meningocócica C (1ª dose);

d) 4 meses: Penta (2ª dose), Vacina Poliomielite (2ª dose), Pneumocócica (2ª dose), Rotavírus Humano (2ª dose);

e) 5 meses: Meningocócica C (2ª dose);

f) 6 meses: Penta (3ª dose), Vacina Poliomielite (3ª dose);

g) 9 meses: Febre Amarela (uma dose);

h) 12 meses: Tríplice Viral (1ª dose), Pneumocócica (Reforço), Meningocócica (Reforço);

i) 15 meses: DTP (1º reforço), Vacina Poliomielite (1º reforço), Hepatite A (uma dose), Tetra viral (uma dose);

j) 4 anos: DTP (2º reforço), Vacina Poliomielite (2º reforço), Varicela atenuada (uma dose);

k) meninas (9 a 14 anos): HPV (duas doses com intervalo de seis meses);

l) meninos (11 a 14 anos): HPV (duas doses com intervalo de seis meses);

m) 11 a 14 anos: Meningocócica C (dose única ou reforço);

n) 10 a 19 anos: Hepatite B (uma a três doses a depender da situação vacinal), Febre Amarela (uma dose), Dupla Adulto (Reforço a cada 10 anos), Tríplice Viral (duas doses a depender da situação vacinal), Pneumocócica 23 Valente (uma dose) — indispensável para população indígena;

o) 20 a 59 anos: Hepatite B (3 doses a depender da situação vacinal), Febre Amarela (uma dose a cada 10 anos), Tríplice viral (se nunca foi vacinado: receber duas doses até os 29 anos e uma dose até 49 anos), Dupla adulto (reforço a cada 10 anos), Pneumocócica 23 Valente (uma dose) — indispensável para população indígena;

p) 60 anos ou mais: Hepatite B (três doses a depender da situação vacinal), Febre Amarela (uma dose a cada 10 anos), Dupla adulto (reforço a cada 10 anos), Influenza (dose anual), Pneumocócica 23 Valente (uma dose) — indispensável para idosos acamados e indígenas;

q) gestantes: Hepatite B (três doses a depender a situação vacinal), Dupla adulto (3 doses a depender da situação vacinal), dTpa (uma dose a partir da 20ª semana de gestação ou até 45 dias após o parto);

r) 18 a 60 anos ou mais: Covid-19.

**QUADRO DA COBERTURA VACINAL POR TIPO DE IMUNOBIOLÓGICO**

| IMUNOBIOLÓGICO | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BCG** | 50,17 | 66,67 | 124,14 | 75,21 | 33,24 | 8,07 | **54,30** |
| **HEPATITE B EM CRIANÇAS ATÉ 30 DIAS** | 30,64 | 54,55 | 104,60 | 67,89 | 32,39 | 7,62 | **45,55** |
| **ROTAVÍRUS HUMANO** | 90,57 | 78,79 | 64,75 | 42,25 | 21,41 | 16,14 | **48,23** |
| **MENINGOCOCO C** | 116,84 | 74,07 | 82,38 | 51,83 | 22,54 | 17,49 | **55,89** |
| **HEPATITE B** | 119,53 | 72,73 | 93,10 | 45,63 | 18,31 | 15,25 | **55,15** |
| **PENTA** | 110,10 | 72,73 | 93,10 | 45,63 | 18,31 | 15,25 | **53,75** |
| **PNEUMOCÓCICA** | 114,81 | 77,10 | 87,36 | 54,65 | 24,23 | 17,04 | **57,38** |
| **POLIOMIELITE** | 94,61 | 70,37 | 81,23 | 43,94 | 18,87 | 15,25 | **49,38** |
| **POLIOMIELITE 4 ANOS** | 0,00 | 52,98 | 43,57 | 22,26 | 15,99 | 7,08 | **27,06** |
| **FEBRE AMARELA** | 100,00 | 73,40 | 61,69 | 34,37 | 17,18 | 11,88 | **45,35** |
| **HEPATITE A** | 114,14 | 92,59 | 98,85 | 41,97 | 18,03 | 17,71 | **57,88** |
| **PNEUMOCÓCICA(1º REF)** | 103,70 | 65,99 | 78,54 | 36,34 | 20,00 | 16,37 | **48,83** |
| **MENINGOCOCO C (1º REF)** | 137,37 | 78,11 | 89,27 | 38,87 | 24,23 | 17,04 | **58,33** |
| **POLIOMIELITE(1º REF)** | 104,38 | 83,16 | 78,16 | 37,46 | 16,90 | 17,04 | **51,22** |
| **TRÍPLICE VIRAL D1** | 103,70 | 72,05 | 106,51 | 40,28 | 22,25 | 19,28 | **55,10** |
| **TRÍPLICE VIRAL D2** | 126,26 | 98,65 | 72,80 | 43,10 | 16,34 | 14,80 | **56,44** |
| **TETRA VIRAL(SRC+VZ)** | 126,26 | 91,25 | 53,64 | 40,85 | 8,45 | 1,57 | **48,14** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DTP** | 110,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | **110,10** |
| **DTP REF (4 E 6 ANOS)** | 0,48 | 63,95 | 48,90 | 26,65 | 19,12 | 8,25 | **23,40** |
| **TRÍPLICE BACTERIANA(DTP)(1º REF)** | 121,21 | 80,47 | 80,08 | 36,90 | 17,18 | 16,14 | **53,31** |
| **DUPLA ADULTO E TRÍPLICE ACELULAR GESTANTE** | 26,94 | 31,99 | 12,79 | 9,09 | 7,61 | 4,93 | **14,53** |
| **DTPA GESTANTE** | 29,29 | 41,41 | 58,25 | 34,68 | 10,70 | 7,62 | **28,05** |
| **TETRAVALENTE (DTP/HIB) (TETRA)** | 20,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | **20,54** |

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

O Programa Municipal de Imunização coordena a distribuição de imunobiológicos (vacinas, soros e imunoglobulinas) fornecidos ao município pela Secretaria Estadual da Saúde contra doenças transmissíveis tais como: Tuberculose, Hepatite B, Difteria, Coqueluche, Tétano, Poliomielite, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela, Infecções pelo Haemophilus Influenzae Tipo B e Rotavírus, Hepatite A, HPV (Quadrivalente), Influenza e Febre Amarela e covid-19, objetivando imunizar o maior número possível de pessoas. O Programa funciona em todas as Unidades de Saúde com sala de vacina, onde os profissionais são capacitados para execução do programa.

### 2.4.4.10. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

Os componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

### 2.4.4.10.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância epidemiológica é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Estratégias de prevenção e programas de controle específico de doenças requerem informações confiáveis sobre a situação das mesmas ou seus antecedentes na população atendida. Sistemas de vigilância, portanto, são redes de pessoas e atividades que mantêm esse processo.

São funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Diagnóstico de casos;
- Processamento de dados coletados;
- Análise, interpretação e monitoramento dos dados processados;
- Retroalimentação do sistema;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes;
- Normatização.

No cenário atual da pandemia da COVID-19, a equipe responsável pela vigilância epidemiológica do município realiza o controle e monitoramento dos casos e efetua a coleta de testes rápidos e RT-PCR para detecção da Sars-Cov 2.

### 2.4.4.10.2. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância Ambiental em Saúde pode ser definida como o conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente – que interferem na saúde humana –, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

No município Amajarí, a vigilância da qualidade da água para consumo humano integra as ações de vigilância em saúde ambiental e consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e as normas estabelecidas na legislação vigente, bem como

avaliar os riscos que a mesma representa para a saúde humana. Os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano estão estabelecidos na Portaria MS no 518/04.

Também é realizado o controle da Dengue e da Doença de Chagas. As armadilhas e os pontos estratégicos para a Dengue instaladas no perímetro urbano do município são visitados quinzenalmente, quando é feita a inspeção visual e, caso exista, é feita a coleta da larva e mandada para análise. No caso da Doença de Chagas, são visitados pontos no perímetro rural.

### 2.4.4.10.3. VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

De acordo com a Portaria MS n° 3.120/1988, a “Vigilância em Saúde do Trabalhador” compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre seus aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Para tal vigilância se faz necessário um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Sendo que todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia.

Atualmente a Epidemiologia em Saúde do Trabalhador conta com dois sistemas de informação: O SIST (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador) e o SINAN (Sistema de Informação de Agravos e de Notificação). Além dos sistemas já mencionados há uma ação contínua de educação em saúde e prevenção de acidentes de trabalho nas localidades.

### 2.4.4.10.4. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a

saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde.

Esta definição torna sua abrangência vasta e ilimitada, denotando a sua natureza essencialmente preventiva.

O segmento da Vigilância Sanitária do município realiza ações de orientação, fiscalização e emissão de alvará sanitário nas seguintes atividades: indústrias alimentícias (panificação), comércio varejista de gêneros alimentícios, açougues, drogarias, entre outros.

### 2.4.4.11. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), que dispõe sobre a política de saúde no país, remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos, centrada nas ações de Assistência Farmacêutica integral, como uma das condições estratégicas para a efetiva implementação do SUS.

Em março de 1999, o Ministério da Saúde, visando implementar as diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos (Portaria Nº 3.916), publicou a Portaria Nº 176 que "estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA e define valores a serem transferidos".

A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, assim como a necessária qualidade, segurança, eficácia dos mesmos e a promoção do seu uso racional. Ela tem como base os princípios e diretrizes do SUS, definindo as prioridades relacionadas à legislação, incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos e desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos.

A Portaria/MS/GM n° 176/99, ao promover a descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica, coloca estados e municípios em um novo papel diante da questão da organização da Assistência Farmacêutica. Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, mas tendo em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência

Farmacêutica contempla, também, as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde.

Tanto a Política Nacional de Medicamentos (PNM - Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998) como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) explicitam a importância estratégica de três grandes eixos relacionados aos medicamentos:

a) a garantia da segurança, eficácia, efetividade e qualidade dos medicamentos;

b) a promoção do uso racional; e

c) o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

**FARMÁCIA BÁSICA**

A Assistência Farmacêutica no componente Básico é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. E compreendem um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da atenção básica à saúde. O medicamento é um dos componentes fundamentais da atenção à saúde e sua utilização racional contribui para a qualidade dos serviços de saúde. O uso inadequado ou indevido do medicamento pode causar mais prejuízos do que benefícios à saúde dos indivíduos.

Os componentes estratégicos da Assistência Farmacêutica são destinados à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e ao controle de doenças com importância epidemiológica como: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, cólera, influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo, entre outros, e ainda vacinas, soros e imunoglobulinas. Estes medicamentos e insumos estratégicos são financiados pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos Estados e Municípios.

# 3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## 3.1. ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

### 3.1.1. SERVIÇOS DE SAÚDE

| CNES | NOME FANTASIA |
|---|---|
| 7293720 | ACADEMIA DE SAUDE DE AMAJARI |
| 9705325 | CAPS AMAJARI |
| 0816418 | CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO DE AMAJARI |
| 2319667 | CENTRO DE SAUDE JAIR DA SILVA MOTA |
| 7042728 | DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA AMBIENTAL DE AMAJARI |
| 6556019 | DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE VIGILANCIA SANITARIA |
| 6381391 | EQUIPES DE SAUDE INDIGINA |
| 2854309 | LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE AMAJARI |
| 6570909 | POSTO DE SAUDE BOM JESUS |
| 2319691 | POSTO DE SAUDE DO PESQUEIRO |
| 2319772 | POSTO DE SAUDE SAO FRANCISCO AMAJARI |
| 2657244 | POSTO DE SAUDE SAO SEBASTIAO |
| 7314302 | SAMU 192 AMAJARI |
| 6826504 | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE AMAJARI |
| 7306350 | UNIDADE BASICA DE SAUDE PA AMAJARI |
| 7024282 | UNIDADE BASICA DE VILA BRASIL |
| 7293852 | UNIDADE BASICA DOS TRES CORACOES |
| 2319705 | UNIDADE BASICA JACIR VICENTE IOP |
| 2319683 | UNIDADE BASICA VENANCIO RODRIGUES CHAVES |
| 9545492 | UNIDADE ODONTOLOGICA MOVEL UOM |

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

## 3.2. RECURSOS HUMANOS

| PROFISSIONAIS TRABALHADORES | Nº DE TRABALHADORES | FORMA DE CONTRATAÇÃO |
|---|---|---|
| AGENTE COMUNITÁRIO DESAÚDE | 01 | ESTATUTÁRIO |
| AGENTE COMUNITÁRIO DESAÚDE | 24 | CONTRATO |
| AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS | 04 | ESTATUTÁRIO |
| AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS | 06 | CONTRATO |
| AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE | 46 | CONTRATO |
| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | 03 | CONTRATO |
| ASSISTENTE SOCIAL | 01 | CONTRATO |
| AUXILIAR DE ENFERMAGEM | 06 | ESTATUTÁRIO |
| AUXILIAR DE ESCRITÓRIO | 02 | ESTATUTÁRIO |
| AUXILIAR DE FARMÁCIA | 01 | ESTATUTÁRIO |
| AUXILIAR DE FARMÁCIA | 01 | CELETISTA |
| AUXILIAR DE FARMÁCIA | 03 | CONTRATO |
| AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL | 01 | ESTATUTÁRIO |
| AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL | 04 | CONTRATO |
| CIRURGIÃ DENTISTA | 04 | ESTATUTÁRIO |
| CIRURGIÃ DENTISTA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 05 | CONTRATO |
| CONDUTOR DE AMBULÂNCIA | 06 | ESTATUTÁRIO |
| CONDUTOR DE AMBULÂNCIA | 08 | CONTRATO |
| DIRETOR ADMINISTRATIVO | 08 | CONTRATO |
| DIGITADOR | 01 | ESTATUTÁRIO |
| DIGITADOR | 02 | CONTRATO |
| ENFERMEIRO | 03 | ESTATUTÁRIO |
| ENFERMEIRO | 01 | CELETISTA |

| | | |
|---|---|---|
| ENFERMEIRO | 08 | CONTRATO |
| ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 06 | CONTRATO |
| ENFERMEIRO OBSTÉTRICO | 01 | CONTRATO |
| FARMACÊUTICO ANALISTA | 03 | ESTATUTÁRIO |
| FARMACÊUTICO | 01 | ESTATUTÁRIO |
| FARMACÊUTICO | 01 | CELETISTA |
| FARMACÊUTICO | 02 | CONTRATO |
| FISIOTERAPEUTA GERAL | 03 | ESTATUTÁRIO |
| MÉDICO CLÍNICO | 02 | BOLSISTA |
| MÉDICO CLÍNICO | 01 | ESTATUTÁRIO |
| MÉDICO CLÍNICO | 03 | CELETISTA |
| MEDICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 03 | CONTRATO |
| MEDICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 02 | BOLSISTA |
| MICROSCOPISTA | 03 | ESTATUTÁRIO |
| MICROSCOPISTA | 02 | CONTRATO |
| NUTRICIONISTA | 01 | CONTRATO |
| PSICÓLOGO CLÍNICO | 01 | ESTATUTÁRIO |
| PSICÓLOGO CLÍNICO | 01 | CONTRATO |
| PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA | 01 | ESTATUTÁRIO |
| RECEPCIONISTA EM GERAL | 01 | CONTRATO |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 11 | ESTATUTÁRIO |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 03 | CELETISTA |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 23 | CONTRATO |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 05 | CONTRATO |
| TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL | 02 | ESTATUTÁRIO |

| | | |
|---|---|---|
| TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL | 03 | CONTRATO |
| TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA | 01 | ESTATUTÁRIO |
| TRABALHADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE | 01 | CONTRATO |
| VIGILANTE | 01 | CONTRATO |
| **TOTAL** | **237** | |

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

### 3.3. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Em 26 de agosto de 1997, foi criado o Conselho Municipal de Saúde - CMS, por meio da Lei Nº 047/97. O CMS é a instância local de formulação de estratégias e de controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O CMS de Amajarí reúne-se mensalmente (reunião ordinária) e extraordinariamente quando for solicitado. As reuniões são executadas, de maneira geral, na sala de reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

O Conselho é formado por 08 membros sendo sua formação paritária: 50% usuários (representantes de organizações de moradores, organizações religiosas e entidades sindicais), 25% governo e prestadores de serviços e 25% representantes dos trabalhadores da saúde. As reuniões são registradas em ata e a última Conferência Municipal de Saúde foi realizada no ano de 2019.

### 3.4. FINANCIAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde atua adequando os limitados recursos financeiros com as demandas e necessidades da comunidade, buscando um equilíbrio entre o sistema de saúde almejado e os meios disponíveis para sua execução, procurando sempre garantir o orçamento público adequado.

O Fundo Municipal da Saúde (FMS) funciona como uma unidade orçamentária dentro do orçamento da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Possui conta própria onde mensalmente é repassado o percentual destinado, ou seja, 15% dos recursos próprios. Foi instituído pela Lei nº 015 de 26 de agosto de 1997.

Com o intuito de evitar o acréscimo de custos com estruturas administrativas, as atribuições do FMS utilizam estruturas da Administração Municipal, como os setores de Contabilidade, Finanças e Licitação.

A SMS fica responsável pelo planejamento, administração, controle e avaliação dos recursos financeiros da saúde, proporcionando autonomia ao gestor e contribuindo para o controle social e a aplicação dos recursos financeiros conforme o Plano Municipal de Saúde.

## 3.4.1. INDICADORES FINANCEIROS DO SIOPS 2021

**UF:** Roraima **MUNICÍPIO:** Amajari

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
Exercício de 2021
Dados Homologados em 08/04/22 10:46:56

| RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (a) | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Até o Bimestre (b) | % (b/a) x 100 |
| RECEITA DE IMPOSTOS (I) | 433.865,00 | 683.865,00 | 929.289,07 | 135,89 |
| Receita Resultante do Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU | 14.000,00 | 14.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| IPTU | 12.000,00 | 12.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Multas, Juros de Mora, Divida Ativa e Outros Encargos do IPTU | 2.000,00 | 2.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Receita Resultante do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ITBI | 48.000,00 | 48.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| ITBI | 48.000,00 | 48.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ITBI | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Receita Resultante do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | 250.000,00 | 250.000,00 | 596.875,02 | 238,75 |
| ISS | 250.000,00 | 250.000,00 | 596.875,02 | 238,75 |
| Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ISS | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Receita Resultante do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza Retido na Fonte - IRRF | 121.865,00 | 371.865,00 | 332.414,05 | 89,39 |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 10.625.000,00 | 13.463.741,71 | 18.589.466,34 | 138,07 |
| Cota-Parte FPM | 5.800.000,00 | 6.095.241,71 | 5.989.894,44 | 98,27 |
| Cota-Parte ITR | 32.000,00 | 32.000,00 | 97.233,02 | 303,85 |
| Cota-Parte do IPVA | 40.000,00 | 40.000,00 | 33.402,92 | 83,51 |
| Cota-Parte do ICMS | 4.750.000,00 | 7.253.500,00 | 12.334.888,78 | 170,05 |
| Cota-Parte do IPI - Exportação | 1.000,00 | 1.000,00 | 134.047,18 | 13.404,72 |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 2.000,00 | 42.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 2.000,00 | 42.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - (III) = (I) + (II) | 11.058.865,00 | 14.147.606,71 | 19.518.755,41 | 137,97 |

| DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS) - POR SUBFUNÇÃO E CATEGORIA ECONÔMICA | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | DESPESAS EMPENHADAS | | DESPESAS LIQUIDADAS | | DESPESAS PAGAS | | Inscritas em Restos a Pagar Não Processados (g) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Até o bimestre (d) | % (d/c) x 100 | Até o bimestre (e) | % (e/c) x 100 | Até o bimestre (f) | % (f/c) x 100 | |
| ATENÇÃO BÁSICA (IV) | 9.000,00 | 8.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 7.000,00 | 6.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 2.000,00 | 2.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (V) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (VI) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VIII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (IX) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS SUBFUNÇÕES (X) | 2.545.000,00 | 5.490.200,00 | 4.959.520,82 | 90,33 | 4.560.976,03 | 83,07 | 4.560.795,93 | 83,07 | 398.544,79 |
| Despesas Correntes | 2.305.000,00 | 5.310.200,00 | 4.787.514,02 | 90,16 | 4.388.969,23 | 82,65 | 4.388.789,13 | 82,65 | 398.544,79 |
| Despesas de Capital | 240.000,00 | 180.000,00 | 172.006,80 | 95,56 | 172.006,80 | 95,56 | 172.006,80 | 95,56 | 0,00 |
| TOTAL (XI) = (IV + V + VI + VII + VIII + IX + X) | 2.554.000,00 | 5.498.200,00 | 4.959.520,82 | 90,20 | 4.560.976,03 | 82,95 | 4.560.795,93 | 82,95 | 398.544,79 |

| APURAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO LIMITE MÍNIMO PARA APLICAÇÃO EM ASPS | DESPESAS EMPENHADAS (d) | DESPESAS LIQUIDADAS (e) | DESPESAS PAGAS (f) |
|---|---|---|---|
| Total das Despesas com ASPS (XII) = (XI) | 4.959.520,82 | 4.560.976,03 | 4.560.795,93 |
| (-) Restos a Pagar Inscritos Indevidamente no Exercício sem Disponibilidade Financeira (XIII) | 398.544,79 | N/A | N/A |
| (-) Despesas Custeadas com Recursos Vinculados à Parcela do Percentual Mínimo que não foi Aplicada em ASPS em Exercícios Anteriores (XIV) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| (-) Despesas Custeadas com Disponibilidade de Caixa Vinculada aos Restos a Pagar Cancelados (XV) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| (=) VALOR APLICADO EM ASPS (XVI) = (XII - XIII - XIV - XV) | 4.560.976,03 | 4.560.976,03 | 4.560.795,93 |
| Despesa Mínima a ser Aplicada em ASPS (XVII) = (III) x 15% (LC 141/2012) | | | 2.927.813,31 |
| Despesa Mínima a ser Aplicada em ASPS (XVII) = (III) x % (Lei Orgânica Municipal) | | | N/A |
| Diferença entre o Valor Aplicado e a Despesa Mínima a ser Aplicada (XVIII) = (XVI (d ou e) - XVII) | 1.633.162,72 | 1.633.162,72 | 1.632.982,62 |
| Limite não Cumprido (XIX) = (XVIII) (Quando valor for inferior a zero) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| PERCENTUAL DA RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS APLICADO EM ASPS (XVI / III)*100 (mínimo de 15% conforme LC n° 141/2012 ou % da Lei Orgânica Municipal) | 23,36 | 23,36 | 23,36 |

| CONTROLE DO VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 E 26 DA LC 141/2012 | Saldo Inicial (no exercício atual) (h) | Despesas Custeadas no Exercício de Referência | | | Saldo Final (não aplicado) (l) = (h - (i ou j)) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Empenhadas (i) | Liquidadas (j) | Pagas (k) | |
| Diferença de limite não cumprido em 2020 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Diferença de limite não cumprido em 2019 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Diferença de limite não cumprido em 2018 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Diferença de limite não cumprido em exercícios anteriores | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DA DIFERENÇA DE LIMITE NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES (XX) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| EXERCÍCIO DO EMPENHO[2] | Valor Mínimo para aplicação em ASPS (m) | Valor aplicado em ASPS no exercício (n) | Valor aplicado além do limite mínimo (o) = (n - m), se < 0, então (o) = 0 | Total inscrito em RP no exercício (p) | RPNP Inscritos Indevidamente no Exercício sem Disponibilidade Financeira q = (XIIId) | Valor inscrito em RP considerado no Limite (r) = (p - (o + q)) se < 0, então (r) = (0) | Total de RP pagos (s) | Total de RP a pagar (t) | Total de RP cancelados ou prescritos (u) | Diferença entre o valor aplicado além do limite e o total de RP cancelados (v) = ((o + q) - u)) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Empenhos de 2021 | 2.927.813,31 | 4.560.976,03 | 1.633.162,72 | 398.724,89 | 398.544,79 | 0,00 | 0,00 | 398.724,89 | 0,00 | 2.031.707,51 |
| Empenhos de 2020 | 1.880.094,76 | 2.336.467,34 | 456.372,58 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 456.372,58 |
| Empenhos de 2019 | 1.638.600,64 | 2.238.444,87 | 599.844,23 | 0,00 | 3,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 599.847,23 |
| Empenhos de 2018 | 1.485.169,53 | 1.838.975,15 | 353.805,62 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 353.805,62 |
| Empenhos de 2017 | 1.302.887,82 | 1.355.382,61 | 52.494,79 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 52.494,79 |
| Empenhos de 2016 | 1.473.099,48 | 1.520.211,28 | 47.111,80 | 0,00 | 4.646,97 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 51.758,77 |
| Empenhos de 2015 | 1.240.333,40 | 1.240.878,74 | 545,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 545,34 |
| Empenhos de 2014 | 1.101.256,67 | 1.489.872,98 | 388.616,31 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 388.616,31 |
| Empenhos de 2013 | 864.324,91 | 1.282.451,97 | 418.127,06 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 418.127,06 |

| | |
|---|---|
| TOTAL DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS ATÉ O FINAL DO EXERCÍCIO ATUAL QUE AFETARAM O CUMPRIMENTO DO LIMITE (XXI) (soma dos saldos negativos da coluna "r") | 0,00 |
| TOTAL DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS ATÉ O FINAL DO EXERCÍCIO ANTERIOR QUE AFETARAM O CUMPRIMENTO DO LIMITE (XXII) (valor informado no demonstrativo do exercício anterior) | 0,00 |
| TOTAL DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS NO EXERCÍCIO ATUAL QUE AFETARAM O CUMPRIMENTO DO LIMITE (XXIII) = (XXI - XVII) (Artigo 24 § 1° e 2° da LC 141/2012) | 0,00 |

| CONTROLE DE RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS CONSIDERADOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24§ 1° e 2° DA LC 141/2012 | Saldo Inicial (w) | Despesas Custeadas no Exercício de Referência | | | Saldo Final (não aplicado)[1] (aa) = (w - (x ou y)) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Empenhadas (x) | Liquidadas (y) | Pagas (z) | |
| Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2021 a ser compensados (XXIV) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2020 a ser compensados (XXV) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2020 a ser compensados (XXIV) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2019 a ser compensados (XXVI) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2019 a ser compensados (XXV) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| RECEITAS ADICIONAIS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (a) | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Até o Bimestre (b) | % (b/a) x 100 |
| RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS PARA A SAÚDE (XXIX) | 4.257.235,00 | 4.603.624,42 | 6.816.441,61 | 148,07 |
| Provenientes da União | 2.900.700,00 | 2.922.492,96 | 6.552.002,65 | 224,19 |
| Provenientes dos Estados | 1.356.535,00 | 1.681.131,46 | 264.438,96 | 15,73 |
| Provenientes de Outros Municípios | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO INTERNAS E EXTERNAS VINCULADAS A SAÚDE (XXX) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS RECEITAS (XXXI) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE (XXXII) = (XXIX + XXX + XXXI) | 4.257.235,00 | 4.603.624,42 | 6.816.441,61 | 148,07 |

| DESPESAS COM SAUDE POR SUBFUNÇÕES E CATEGORIA ECONÔMICA NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | DESPESAS EMPENHADAS | | DESPESAS LIQUIDADAS | | DESPESAS PAGAS | | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Até o bimestre (d) | % (d/c) x 100 | Até o bimestre (e) | % (e/c) x 100 | Até o bimestre (f) | % (f/c) x 100 | |
| ATENÇÃO BÁSICA (XXXIII) | 2.295.700,00 | 2.300.296,46 | 989.842,63 | 43,03 | 870.387,43 | 37,84 | 870.387,43 | 37,84 | 119.455,20 |
| Despesas Correntes | 1.719.700,00 | 1.724.296,46 | 989.842,63 | 57,41 | 870.387,43 | 50,48 | 870.387,43 | 50,48 | 119.455,20 |
| Despesas de Capital | 576.000,00 | 576.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XXXIV) | 217.500,00 | 517.500,00 | 388.064,70 | 74,99 | 338.132,40 | 65,34 | 338.132,40 | 65,34 | 49.932,30 |
| Despesas Correntes | 217.500,00 | 517.500,00 | 388.064,70 | 74,99 | 338.132,40 | 65,34 | 338.132,40 | 65,34 | 49.932,30 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (XXXV) | 165.000,00 | 65.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 140.000,00 | 50.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 25.000,00 | 15.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XXXVI) | 48.000,00 | 48.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 48.000,00 | 48.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XXXVII) | 181.000,00 | 181.000,00 | 89.036,43 | 49,19 | 89.036,43 | 49,19 | 89.036,43 | 49,19 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 180.000,00 | 180.000,00 | 89.036,43 | 49,46 | 89.036,43 | 49,46 | 89.036,43 | 49,46 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 1.000,00 | 1.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XXXVIII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS SUBFUNÇÕES (XXXIX) | 247.500,00 | 495.292,96 | 408.331,01 | 82,44 | 408.331,01 | 82,44 | 408.331,01 | 82,44 | 0,00 |
| Despesas Correntes | 246.000,00 | 493.792,96 | 408.331,01 | 82,69 | 408.331,01 | 82,69 | 408.331,01 | 82,69 | 0,00 |
| Despesas de Capital | 1.500,00 | 1.500,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO (XL) = (XXXIII + XXXIV + XXXV + XXXVI + XXXVII + XXXVIII+ XXXIX) | 3.154.700,00 | 3.607.089,42 | 1.875.274,77 | 51,99 | 1.705.887,27 | 47,29 | 1.705.887,27 | 47,29 | 169.387,50 |

| DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE EXECUTADAS COM COM RECURSOS PRÓPRIOS E COM RECURSOS TRANSFERIDOS DE OUTROS ENTES | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | DESPESAS EMPENHADAS | | DESPESAS LIQUIDADAS | | DESPESAS PAGAS | | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Até o bimestre (d) | % (d/c) x 100 | Até o bimestre (e) | % (e/c) x 100 | Até o bimestre (f) | % (f/c) x 100 | |
| ATENÇÃO BÁSICA(XLI) = (IV + XXXIII) | 2.304.700,00 | 2.308.296,46 | 989.842,63 | 42,88 | 870.387,43 | 37,71 | 870.387,43 | 37,71 | 119.455,20 |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XLII) = (V + XXXIV) | 217.500,00 | 517.500,00 | 388.064,70 | 74,99 | 338.132,40 | 65,34 | 338.132,40 | 65,34 | 49.932,30 |
| SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (XLIII) = (VI + XXXV) | 165.000,00 | 65.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XLIV) = (VII + XXXVI) | 48.000,00 | 48.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XLV) = (VIII + XXXVII) | 181.000,00 | 181.000,00 | 89.036,43 | 49,19 | 89.036,43 | 49,19 | 89.036,43 | 49,19 | 0,00 |
| ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XLVI) = (IX + XXXVIII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS SUBFUNÇÕES (XLVII) = (X + XXXIX) | 2.792.500,00 | 5.985.492,96 | 5.367.851,83 | 89,68 | 4.969.307,04 | 83,02 | 4.969.126,94 | 83,02 | 398.544,79 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (XLVIII) = (XI + XL) | 5.708.700,00 | 9.105.289,42 | 6.834.795,59 | 75,06 | 6.266.863,30 | 68,83 | 6.266.683,20 | 68,82 | 567.932,29 |
| (-) Despesas da Fonte: Transferências da União - inciso I do art. 5º da Lei Complementar 173/2020 | 3.154.700,00 | 3.607.089,42 | 1.875.274,77 | 51,99 | 1.705.887,27 | 47,29 | 1.705.887,27 | 47,29 | 169.387,50 |
| TOTAL DAS DESPESAS EXECUTADAS COM RECURSOS PRÓPRIOS (XLIX) | 2.554.000,00 | 5.498.200,00 | 4.959.520,82 | 90,20 | 4.560.976,03 | 82,95 | 4.560.795,93 | 82,95 | 398.544,79 |

Fonte: SIOPS

### 3.4.2. RECURSOS FEDERAIS

| ANO | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| APOIO FINANCEIRO EXTRAORDINÁRIO | - | - | 49.017,61 | - | - | - |
| ATENÇÃO BÁSICA | 1.429.795,23 | 1.428.311,44 | 2.212.652,65 | 1.544.434,71 | 2.161.146,46 | 4.467.246,90 |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA | - | - | 290,64 | 444,86 | - | - |
| CORONAVÍRUS (COVID-19) | - | - | - | - | 1.489.486,15 | 60.000,00 |
| FARMÁCIA BÁSICA | 53.244,49 | 53.755,96 | 62.970,23 | 88.174,04 | 77.415,84 | 78.449,36 |
| GESTÃO DO SUS | - | - | 11.000,00 | - | - | - |
| INVESTIMENTO | 952.800,00 | - | 1.958.197,93 | 605.600,00 | 10.425,00 | 981.081,00 |
| MÉDIA E ALTA COMPLEX. - MAC | 204.750,00 | 204.750,00 | 221.812,50 | 153.562,50 | 204.750,00 | 204.750,00 |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 215.098,83 | 196.486,70 | 233.751,41 | 213.498,10 | 253.018,70 | 334.418,76 |
| **TOTAL** | **2.855.685,55** | **1.883.363,96** | **4.749.692,97** | **2.605.714,21** | **4.196.242,15** | **6.126.689,74** |

Fonte: https://portalfns.saude.gov.br/consultas

### 3.4.3. RECEITA MUNICIPAL APLICADA EM SAÚDE

| ANO | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.520.211,28 | 1.355.382,61 | 1.838.975,15 | 2.238.444,87 | 1.880.094,76 | 2.927.813,31 |

Fonte: SIOPS

### 3.4.4. PERCENTUAL DA RECEITA APLICADA EM SAÚDE

| ANO | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 15,47 | 15,60 | 18,57 | 20,49 | 18,64 | 23,36 |

Fonte: SIOPS

# 4. ORAGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

## 4.1. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

O município o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é tem como propósito chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente integrado ao SUS. O SAMU é acessado através do telefone “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

## 4.2. ESPECIALIDADES ATENDIDAS NO MUNICÍPIO

O Centro de Saúde Jair da Silva Mota, localizado na área central de Amajarí, presta atendimento de maneira ininterrupta durante as 24 horas dos 365 dias do ano. Consiste em um hospital local, atendendo somente moradores de Amajarí, bem como demandas referenciadas e de urgência e emergência. Atualmente a unidade não possui leitos cadastrados no CNES.

## 4.3. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

Os pacientes que necessitam dos serviços de referência são encaminhados ao município de Boa Vista.

## 4.4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EXISTENTES NO MUNICÍPIO

Atualmente, estão implantadas no município a Rede Cegonha, Rede de Atenção de Urgência e Emergência, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde, envolvendo todos os Serviços de Saúde e Setores de Apoio.

## 5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

| **DIRETRIZ 1: GARANTIR O ACESSO A SERVIÇOS DE QUALIDADE MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA.** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 1.1: UTILIZAR MECANISMOS QUE PROPICIEM A AMPLIAÇÃO DO ACESSO A ATENÇÃO BÁSICA.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Manter em 95 % a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica. | Cobertura Populacional Estimada pelas equipes de Atenção Básica | % | 95 | 95 | 95 | 95 |
| Atingir o percentual de 80 % da cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família. | Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) | % | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Manter em 95% a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da bucal, e ações programadas de prevenção. | Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica | % | 95 | 95 | 95 | 95 |
| Manter em 100 % das USF/UBS as fichas de cadastro do e – SUS e realizar o envio ao Ministério da Saúde, através do prontuário eletrônico. | Percentual de cadastros nas Unidades Básicas de Saúde informando no SISAB | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Manter 100% das equipes de atenção básica pactuadas no PSE. | Percentual de unidades aderidas e ações do Programa Saúde na Escola (PSE) | % | 100 | 100 | 100 | 100 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO Nº 1.2: ADEQUAR À INFRAESTRUTURA FÍSICA DA REDE BÁSICA MUNICIPAL DE SAÚDE A FIM DE PROPICIAR UMA AMBIÊNCIA ACOLHEDORA E SEGURANÇA AO ATENDIMENTO BÁSICO ADEQUADO.** | | | | | | |
| Realizar ajustes na infraestrutura em 100 % das UBS (reformas e aquisição de equipamentos/mobiliários), conforme propostas aprovadas pelo MS. | Número de Unidades Básicas de Saúde contempladas com melhoria de infraestrutura física | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Fazer aquisição em 100% dos veículos dos projetos aprovados pelo MS, com manutenção e renovação da Frota, com aquisição de veículos pick up, ambulância e veículos de passeio. | Número de veículos adquiridos para Transporte Sanitário e Equipes de Saúde | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |

| DIRETRIZ 2: APRIMORAR A REDE CEGONHA PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA, COM ÊNFASE NAS ÁREAS E POPULAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 2.1: FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO OPORTUNO DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DE ÚTERO.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Atingir 0,30 ou mais a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos. | Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária | Razão | 0,30 | 0,30 | 0,30 | 0,30 |
| Atingir 0,30 ou mais de razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade. | Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária | Razão | 0,30 | 0,30 | 0,30 | 0,30 |
| **OBJETIVO Nº 2.2: ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL PARA GARANTIR ACESSO, ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE.** | | | | | | |
| Manter em 30% ou diminuir a proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos). | Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos | % | 30 | 30 | 30 | 30 |
| Manter em 75% ou ampliar proporção de parto normal. | Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar | % | 75 | 75 | 75 | 75 |
| Ampliar ou manter 65% a proporção de nascidos vivos de mães com 6 ou mais consultas de pré-natal | Proporção de nascidos vivos de mães com 6 ou mais | % | 65 | 65 | 65 | 65 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| realizadas, sendo a 1 ª até a 20ª semana de gestação. | consultas de pré-natal | | | | | |
| Realizar em 100% das gestantes 1 teste sífilis e HIV no 1º e 3º trimestres. | Percentual de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Realizar avaliação odontológica em 100% das gestantes. | Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Reduzir a mortalidade infantil para 15 casos/ano. | Número de óbito infantil | Nº absoluto | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Manter 0 o número de óbitos materno. | Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência | Nº absoluto | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil – MIF. | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) 10 a 49 anos investigados | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Investigar 100% de investigação de óbitos infantis e fetais. | Proporção de óbitos infantis e fetais investigados | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Investigar 100% de investigação de óbitos maternos. | Proporção de óbitos maternos investigados | % | 100 | 100 | 100 | 100 |

| **DIRETRIZ 3: REDUZIR E PREVENIR RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO E DO TRABALHADOR, POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO COM FOCO NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, ACIDENTES E VIOLÊNCIA, NO CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 3.1: FORTALECER A PROMOÇÃO E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Atingir o percentual de 80% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. | Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera | % | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Garantir a oferta de exames antiHIV em 100% dos casos novos de tuberculose diagnosticados. | Proporção de exames antiHIV realizados entre os casos novos de tuberculose. | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Atingir o percentual de 83,50% de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. | Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes | % | 83,50 | 83,50 | 83,50 | 83,50 |
| Manter em 100% as coberturas vacinais adequadas do calendário básico de Vacinação da Criança. | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade ( | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Garantir 100% a cobertura vacinal **contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por** *Haemophilus influenzae* **tipo B e poliomielite inativada.** | Proporção de cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente | % | 100 | 100 | 100 | 100 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Manter 80% ou mais de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa de Imunizações de dados individualizados, por residência. | Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa de Imunizações de dados individualizados, por residência | % | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Encerrar oportunamente 80 % das investigações das notificações imediatas de agravos compulsórios registradas no SINAN. | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação | % | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Manter em 95% as notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida. | Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida | % | 95 | 95 | 95 | 95 |
| Manter em 0 o número de casos de sífilis congênita. | Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade | Nº absoluto | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Atingir o percentual de 90% do número de registro de óbitos com causa básica definida. | Proporção de registro de óbitos | % | 90 | 90 | 90 | 90 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | com causa básica definida | | | | | |
| Atingir o percentual de 95 % de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. | Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho | % | 95 | 95 | 95 | 95 |
| Manter em 0 o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. | Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos | Nº absoluto | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Manter abaixo de 4.000 os casos autóctones de malária. | Número de casos autóctones de malária | Nº absoluto | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 |
| Realizar 80% do número de imóveis visitados em pelo menos cinco ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue. | Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue | Nº absoluto | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Realizar 100% testagem para diagnóstico Covid – 19, seguindo protocolos do Ministério da Saúde, seguindo critérios de acordo com a avaliação médica. | Percentual de pacientes que realizam teste para diagnóstico Covid – 19 | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| **OBJETIVO Nº 3.2: APRIMORAR O MARCO REGULATÓRIO E AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, PARA ASSEGURAR A PROTEÇÃO À SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SETOR.** | | | | | | |
| Manter em 75% o percentual das análises realizadas em amostras de água para consumo humano, disponibilizadas pelo Laboratório Estadual (LACEN). | Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, | % | 75 | 75 | 75 | 75 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | cloro residual livre e turbidez | | | | | |
| Realizar 70% das ações de vigilância sanitária consideradas necessárias para o município. | Proporção de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano | % | 70 | 70 | 70 | 70 |
| **OBJETIVO 3.3: MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO E PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS MEDIANTE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DAS REDES DE ATENÇÃO.** | | | | | | |
| Reduzir para 7 o número de óbitos prematuro por DCNT: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. | Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) | Nº absoluto | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Realizar a verificação da pressão arterial em 60% dos hipertensos duas vezes ao ano. | Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre | % | 60 | 60 | 60 | 60 |
| Solicitar hemoglobina glicada em 60% dos diabéticos anualmente. | Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada | % | 60 | 60 | 60 | 60 |

| DIRETRIZ 4: GARANTIR ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 4.1: GARANTIR O ACESSO AOS MEDICAMENTOS BÁSICOS ATRAVÉS DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Implantar e manter adesão ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS. | Número de Sistema de informação de Assistência Farmacêutica Básica implantada | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Realizar atualização do REMUME em parceria com o Serviço Social da Relação de Medicamentos Básicos do município anualmente. | Número de REMUNE atualizada e publicada | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Garantir a manutenção adequada de estoque mínimo de medicamentos para dispensação aos usuários, evitando o desabastecimento | Percentual de recurso aplicado na Assistência Farmacêutica Básica | % | 80 | 80 | 80 | 80 |

| DIRETRIZ 5: APRIMORAMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS, COM GARANTIA DAS REFERÊNCIAS DE PRONTO-ATENDIMENTO, PORTA DE ENTRADA, CENTRAIS DE REGULAÇÃO ARTICULADAS COM AS DEMAIS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 5.1: GARANTIR O ACESSO AO SERVIÇO EM MENOR TEMPO POSSÍVEL E DE FORMA HUMANIZADA.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Manter o transporte sanitário para pacientes. | Número de transporte sanitário para pacientes mantidos | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Garantir renovação de frota para o SAMU 192. | Número de ambulâncias adquiridas | Nº absoluto | - | 1 | - | - |
| Manter 100% Base do SAMU 192. | Percentual de Base do SAMU 192 mantida | % | 100 | 100 | 100 | 100 |

| DIRETRIZ 6: QUALIFICAR OS PROCESSOS DE GESTÃO DO SUS. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 6.1: QUALIFICAR OS PROCESSOS DE GESTÃO DO SUS.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Realizar os processos de educação permanente com 100% das equipes de apoio em saúde. | Percentual de processos de EP realizados | % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Capacitar e qualificar os 80 % dos trabalhadores dos serviços de saúde (recepção, enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde). | Percentual de profissionais capacitados | % | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Manter a Ouvidoria Municipal. | Número de Ouvidoria mantida | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |

| DIRETRIZ 7: IMPLEMENTAR E QUALIFICAR OS PROCESSOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA E O CONTROLE SOCIAL. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 7.1: IMPLEMENTAR E QUALIFICAR OS PROCESSOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA E O CONTROLE SOCIAL.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Garantir a realização a cada 02 anos da eleição para o Conselho Municipal de Saúde e ou sua prorrogação conforme lei municipal, com ampla divulgação das etapas do processo. | Número de eleições realizadas | Nº absoluto | - | 1 | - | 1 |
| Capacitar permanentemente os novos integrantes do Conselho Municipal de Saúde. | Número capacitações realizadas | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Realizar Reuniões mensais do Conselho municipal, e e/ou plenária a cada dois anos. | Número de reuniões realizadas | Nº absoluto | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Realizar prestação de contas quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde através das audiências públicas. | Número de audiências públicas realizada | Nº absoluto | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Realizar conferências municipais. | Número Conferências de realizada | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Elaborar instrumentos de planejamento e submete-los ao Conselho Municipal de Saúde: Plano Municipal de Saúde (PMS) para 4 anos. | Número de Plano Municipal de Saúde (PMS) elaborado e encaminhado ao CMS | Nº absoluto | 1 | - | - | 1 |
| Elaborar instrumentos de planejamento e submete-los ao Conselho Municipal de Saúde: Programação Anual de Saúde (PAS). | Número de Programação Anual de Saúde (PAS) elaborado e encaminhado ao CMS | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Elaborar instrumentos de planejamento e submete-los ao Conselho Municipal de Saúde: Relatório Anual de Gestão (RAG. | Número de Relatório Anual de Gestão (RAG) elaborado e encaminhado ao CMS | Nº absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |

| DIRETRIZ 8: ARTICULAR A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES REGIONAIS. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 8.1: AMPLIAR E QUALIFICAR A ARTICULAÇÃO REGIONAL EM SAÚDE.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Participar em 90% das reuniões programadas de COSEMS/CIB. | Percentual de participação nas reuniões de COSEMS/CIB | % | 90 | 90 | 90 | 90 |
| Implementar ações junto ao Governo de Estado para ampliar a oferta de exames e consultas de especialidades a população geral. | Percentual de ações realizadas | % | 80 | 80 | 80 | 80 |

| DIRETRIZ 9: MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO 9.1: GARANTIR OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, OBJETIVANDO OFERECER SERVIÇOS RESOLUTIVOS, HUMANIZADOS E QUALIFICADOS.** | | | | | | |
| **META** | **INDICADOR** | **UNIDADE DE MEDIDA** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Implantar e manter o Laboratório de Análise Clínica de Amajarí. | Número de Laboratório de próteses dentárias implantados | N° absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Implantar e manter o Laboratório de Prótese Dentária. | Número de laboratórios com contratos mantidos | N° absoluto | 1 | 1 | 1 | 1 |

## 6. INDICADORES SISPACTO

| Nº | Indicador | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS ( de 30 a 69anos) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT( DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS) | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 2 | PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3 | PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA | 90% | 90% | 90% | 90% |
| 4 | PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CNV PARA CRIANÇAS , 2 ANOS – PENTAVALENTE ( 3ª DOSE), PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE ( 2ª), POLIOMELITE ( 3ª) E TRIPLÍCE VIRAL ( 1ª) – COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5 | PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA ( DNC) ENCERRASDOS EM ATÉ 60 DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 6 | PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS CORTES | 83,50% | 83,50% | 83,50% | 83,50% |
| 7 | NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 |
| 8 | NÚMERO DE CASOS NOVOS SIFILIS EM MENORES DE UM ANO DE IDADE | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TUBIDEZ | 75% | 75% | 75% | 75% |
| 11 | RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 Á 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA | 0,30 | 0,30 | 0,30 | 0,30 |
| 12 | RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIAS EM MULHERES DE 50 Á 69 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA | 0,30 | 0,30 | 0,30 | 0,30 |
| 13 | PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR | 75% | 75% | 75% | 75% |
| 14 | PROPORÇÃPO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 Á 19 ANOS | 30% | 30% | 30% | 30% |
| 15 | TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL | 15 | 15 | 15 | 15 |
| 16 | NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERINADO PERÍODO E LOCAL DE REFERÊNCIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA | 95% | 95% | 95% | 95% |
| 18 | COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 19 | COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA | 95% | 95% | 95% | 95% |
| 20 | PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONDIDERADAS NEVCESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS | 70% | 70% | 70% | 70% |
| 21 | AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADOS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 22 | NUMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MINIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 23 | PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO " OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO | 95% | 95% | 95% | 95% |

## 7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Planejamento do setor saúde constitui-se num mecanismo de gestão fundamental para a consolidação do SUS e de suas práticas gerenciais, com o estabelecimento de três instrumentos básicos: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Eles devem se expressar de maneira a favorecer o aperfeiçoamento da gestão do Sistema e direcionar as ações e serviços de saúde necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Todos os instrumentos do Planejamento devem ser apresentados e submetidos à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Entre as responsabilidades do planejamento está o acompanhamento sistemático do processo de gestão, acompanhamento e monitoramento quanto à execução das diretrizes previstas no Pano Municipal de Saúde, a partir da PAS, relatório detalhado quadrimestral e posterior avaliação do RAG e o SISPACTO identificando dificuldades em sua execução, em tempo hábil, a fim de subsidiar a tomada de decisões, vale destacar que o município resolveu inovar a modalidade do Planejamento em saúde, utilizando os indicadores previstos no próprio SISPACTO, PREVINE BRASIL, PLANO MUNICIPAL, PQAVS, PSE e PROPOSTAS LEVANTADAS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS, ficando desta forma fácil a mensuração das propostas para novas ações, é válido ressaltar que este plano não é engessado o que poderá ser alterado de acordo com as necessidades da Gestão municipal de saúde.

## 8. CONFERÊNCIA MUNICIPAL

8.1. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL – 2021

| **EIXO I – CUIDADO EM LIBERDADE COMO GARANTIA DE DIREITO A CIDADANIA** |
|---|
| **PROPOSTAS MUNICIPAL** |
| **1.** IMPLANTAR O CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURAL; |
| **2.** IMPLANTAR PROJETO SOCIAL NA ÁREA DE CULTURA, ESPORTE E LAZER; |
| **3.** CRIAR UMA UNIDADE PARA PREVENÇÃO A CRIMINALIDADE |
| **PROPOSTAS ESTADUAL** |
| **1.** GARANTIR SALA DE ESTABILIZAÇÃO PARA PESSOAS EM CRISES E SURTOS PSICOSSOCIAIS NO HOSPITAL JAIR DA SILVA MOTA; |
| **2.** CONTRATAR PROFISSIONAIS COMO PSICÓLOGOS E ASSISTENTES SOCIAIS PARA ATUAREM NAS ESCOLAS; |
| **3.** GARANTIR RECURSOS PARA IMPLANTAÇÃO DE OFICINAS PROFISSIONALIZANTES; |
| **4.** CAPACITAR À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM VISTA DA SAÚDE MENTAL. |
| **PROPOSTAS NACIONAL** |
| **1.** ALTERAR A PORTARIA Nº 3.088 DE 23 DEZEMBRO 2011 PARA REDUÇÃO POPULACIONAL AFIM DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS E AD EM MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO ABAIXO DA ESTIMATIVA; |
| **2.** GARANTIR FUNDOS PARA ÁREA DE CULTURA, ESPORTE E LAZER; |
| **3.** CRIAR E IMPLANTAR POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PREVENÇÃO À CRIMINALIDADE. |

| **EIXO II – GESTÃO, FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.** |
|---|
| **PROPOSTAS MUNICIPAL** |
| **1.** INVESTIR NA FORMAÇÃO CONTINUADA PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GARANTINDO A REALIZAÇÃO DE CURSOS, ESPECIALIZAÇÕES, WORKSHOP E FÓRUM MUNICIPAL; |
| **2.** GARANTIR A PRESENÇA DE PSICÓLOGO E ASSISTENTE SOCIAL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS CONFORME LEI 3.418/2021; |
| **3.** GARANTIR A RESPONSABILIDADE DO TRANSLADO (IDA E VOLTA) AOS USUÁRIOS MUNICIPAIS QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADO (AMBULATÓRIO E CAPS.) NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA; |
| **4.** PROMOVER CAPACITAÇÃO OU CURSOS AOS PROFISSIONAIS DAS ÁREAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA NA TEMÁTICA (SAÚDE MENTAL) VOLTADA PARA RELAÇÕES INTERPESSOAIS E ATENDIMENTO HUMANIZADO; |
| **5.** ADQUIRIR MEDICAMENTO PARA OS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS. |
| **PROPOSTAS ESTADUAL** |
| **1.** INVESTIR NA FORMAÇÃO CONTINUADA PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GARANTINDO AS REALIZAÇÕES DE CURSOS, ESPECIALIZAÇÕES WORKSHOP E FÓRUNS MUNICIPAIS, ESTADUAIS; |
| **2.** GARANTIR A PRESENÇA DE PSICÓLOGO E ASSISTENTE SOCIAL NAS ESCOLAS ESTADUAIS CONFORME LEI3. 418/2021; |
| **3.** GARANTIA DE VAGAS NA CLINICA MEDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA VIA EMAIL PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE AOS PACIENTES QUE NECESSITEM DE CONSULTA PSIQUIATRA E PSICOLÓGICA; |
| **4.** IMPLANTAÇÃO DE UM CONSELHO ANTIDROGA NO MUNICÍPIO DE AMAJARI ATRAVÉS DO CONSELHO ESTADUAL (CONEAD); |
| **5.** DISPONIBILIZAR PARA O MUNICÍPIO DE AMAJARI O MEDICAMENTO PARA OS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS. |
| **PROPOSTAS NACIONAL** |
| **1.** INVESTIR NA FORMAÇÃO CONTINUADA PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GARANTINDO AS REALIZAÇÕES DE CURSOS, ESPECIALIZAÇÕES WORKSHOP, FÓRUNS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E NACIONAIS; |

| |
|---|
| **2.** ALOCAR RECURSOS PARA GARANTIR A PRESENÇA DO PSICÓLOGO E ASSISTENTE SOCIAL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS CONFORME LEI3.418/2021; |
| **3.** REFORMULAR DO CRITÉRIO DA PORTARIA 336/2022 DE CAPS I QUE NÃO SEJA AVALIADA APENAS O QUANTITATIVO DE HABITANTES EXISTENTE NO MUNICÍPIO; |
| **4.** CRIAR PORTARIA QUE GARANTA RECURSOS PARA IMPLANTAÇÃO E HABILITAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL COM ATUAÇÃO NA SAÚDE PRIMARIA (UBS). |

| **EIXO III – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS PRINCÍPIOS DO SUS: UNIVERSALIDADE INTEGRIDADE E EQUIDADE** |
|---|
| **PROPOSTAS MUNICIPAL** |
| **1.** CRIAR UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL VOLTADA PARA OS CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL; |
| **2.** FORMAR EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS VOLTADAS PARA A SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DE CUNHO PSICOSSOCIAL NA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL; |
| **3.** CRIAR UM CENTRO DE ACOLHIMENTO (CASAS DE APOIO) PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL; |
| **4.** PACTUAR ENTRE PREFEITURA, ASSOCIAÇÕES E ONG'S PARA FORNECIMENTO E AMPLIAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL; |
| **5.** CRIAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA NO TRATAMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA E ALCOÓLICA. |
| **PROPOSTAS ESTADUAL** |
| **1.** FOMENTAR CAPACITAÇÕES EM SAÚDE MENTAL PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO; |
| **2.** CRIAÇÃO DE NÚCLEO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL E MULTIPROFISSIONAL NOS MUNICÍPIOS VOLTADO PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL; |
| **3.** CRIAR NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO À MELHORIA DA ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE CASAS DE APOIO PARA A POPULAÇÃO RURAL; |
| **4.** OFERTAR ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DO PSIQUIATRA E TERAPEUTAS DE DIVERSAS ESPECIALIDADES MENSALMENTE NO MUNICÍPIO ALÉM DE AÇÕES TRIMESTRAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DENTRO DOS MUNICÍPIOS; |
| **5.** CONSTRUIR O NÚCLEO DE APOIO MULTIPROFISSIONAL PARA OS DEPENDENTES QUÍMICOS E ALCOÓLICOS NO MUNICÍPIO. |
| **PROPOSTAS NACIONAL** |
| 1. DISPONIBILIZAR E FISCALIZAR OS RECURSOS PARA CRIAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS; |
| 2. REGULAMENTAR LEI PARA GARANTIR O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO E MULTIPROFISSIONAL PARA A POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL; |

| |
|---|
| 3. FINANCIAR A CONSTRUÇÃO DE NÚCLEOS/CASAS DE APOIO PARA ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL; |
| 4. CRIAR METAS DE ATENDIMENTOS MENSAIS PSIQUIÁTRICOS E ESTABELECER PARÂMETROS PARA O ESTADO E MUNICÍPIO. |

| **EIXO IV –** IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS PARA O CUIDADO PSICOSSOCIAL DURANTE E PÓS PANDEMIA |
|---|
| **PROPOSTAS MUNICIPAL** |
| **1.** CRIAR ESPAÇO DE LAZER, PARA O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES QUE PROMOVAM A SAÚDE EMOCIONAL PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS, COM MONITORAMENTO DE PROFISSIONAIS; |
| **2.** CRIAR APLICATIVO DE APOIO A SAÚDE MENTAL PARA ESTREITAR A APROXIMAÇÃO DOS PACIENTES COM OS PROFISSIONAIS (PSICÓLOGO, PSIQUIATRA E ASSISTENTE SOCIAL) POR MEIO DE QUESTIONÁRIOS PSICOSSOCIAL; |
| **3.** CRIAR O NÚCLEO DE APOIO E AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL AOS SERVIDORES MUNICIPAIS, COM ATENDIMENTOS MULTIDISCIPLINARES (PSICÓLOGO, PSIQUIATRA, ENFERMEIRO, EDUCADOR FÍSICO, MÉDICO, FISIOTERAPEUTA, TERAPEUTA OCUPACIONAL, NUTRICIONISTA); |
| **4.** IMPLANTAR O TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO-TFD DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA O MUNICÍPIO DE AMAJARI. |
| **PROPOSTAS ESTADUAL** |
| **1.** CEDER O ESPAÇO DO ANTIGO CENTRO SOCIAL PRESENTE NA CEDE DO MUNICÍPIO DE AMAJARI PARA SERVIR PARA CRIAÇÃO DO ESPAÇO DE LAZER; |
| **2.** GARANTIR RECURSOS PARA CRIAÇÃO DE APLICATIVO DE APOIO A SAÚDE MENTAL, MANUTENÇÃO E TREINAMENTO PARA ESTREITAR A APROXIMAÇÃO DOS PACIENTES COM OS PROFISSIONAIS, (PSICÓLOGO, PSIQUIATRA E ASSISTENTE SOCIAL); |
| **3.** GARANTIR RECURSO E PROFISSIONAIS PARA CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO E AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL AOS SERVIDORES MUNICIPAIS, COM ATENDIMENTOS MULTIDISCIPLINARES (PSICÓLOGO, PSIQUIATRA, ENFERMEIRO, EDUCADOR FÍSICO, MÉDICO, FISIOTERAPEUTA, TERAPEUTA OCUPACIONAL, NUTRICIONISTA); |
| **4.** GARANTIR RECURSO A IMPLANTAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO-TFD DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA O MUNICÍPIO DE AMAJARI. |
| **PROPOSTAS NACIONAL** |
| **1.** LIBERAR RECURSOS PARA CONTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS, REFORMAS OU CONSTRUÇÃO DE ESPAÇO DE LAZER; |

| |
|---|
| **2.** GARANTIR RECURSOS PARA CRIAÇÃO DE APLICATIVO DE APOIO A SAÚDE MENTAL, MANUTENÇÃO E TREINAMENTO PARA ESTREITAR A APROXIMAÇÃO DOS PACIENTES COM OS PROFISSIONAIS, (PSICÓLOGO, PSIQUIATRA E ASSISTENTE SOCIAL); |
| **3.** GARANTIR RECURSO A IMPLANTAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO-TFD DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA O MUNICÍPIO DE AMAJARI. |

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir um PMS é tarefa difícil. Dispende tempo, organização, reunião, discussão, mas acima de tudo estudo. É necessário estudar nossa realidade – que não permanece imutável, avaliar nossos indicadores e todos os números de produção em saúde. Ademais, não é possível somente conhecer a esfera municipal, já que sem a região como um todo nosso trabalho não é completo.

Da mesma forma, o Plano não pode ser elaborado por uma pessoa só, e muito menos somente pelos profissionais de saúde. Sem o olhar da população, representada pelo Conselho Municipal de Saúde, o planejamento não é completo. Afinal, fazer saúde é ir ao encontro das necessidades da população. Trabalhar paralelamente aos desejos e anseios do povo, é atuar em vão. Em contrapartida, os profissionais de saúde precisam estar cientes das ações que serão realizadas para agir em consonância com elas, pois são eles os agentes desse processo. Também, os servidores precisam e devem ser contemplados no planejamento do PMS, com base em seus desejos, anseios e reivindicações.

Acreditamos que esse Plano Municipal de Saúde é condizente com a realidade local, com base em nossos interesses e percalços de hoje. Porém, sempre que necessário, nos comprometeremos em revisá-lo, juntamente com o CMS.

Por fim, esperamos que se não todas, a imensa maioria de nossas ações sejam realizadas, contribuindo assim para as condições de saúde de todos os capanemenses.