



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025



GOVERNO MUNICIPAL
SANTA CECÍLIA
em boas mãos

SANTA CECÍLIA-PARAÍBA - 2022



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CECÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 a 2025

Santa Cecília – Paraíba
2022

GESTORES

PREFEITO MUNICIPAL
José Marcilio Farias da Silva

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Luana Lima do Nascimento

Santa Cecília – Paraíba
2022



**EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO
MUNICIPAL DE SAÚDE**

Luana Lima do Nascimento
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

Felipe Vinicio Lima da Silva
Coordenador da Atenção Básica

Arthur Wenicios Silva de Lima
Coordenador de Vigilância em Saúde

Rubia Rafaela Albuquerque Gomes
Coordenadora de Saúde Bucal

SUMÁRIO

- 1. APRESENTAÇÃO**
- 2. INTRODUÇÃO**
- 3. ANÁLISE SITUACIONAL**
 - 3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA REGIÃO DE SAÚDE
HISTÓRICO
SITUAÇÃO GEOGRÁFICA
CARACTERIZAÇÃO REGIÃO DE SAÚDE
 - 3.2 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS.
 - 3.3 - TRABALHO E RENDIMENTO
 - 3.4 - EDUCAÇÃO
 - 3.5 - TERRITÓRIO E AMBIENTE
- 4. SITUAÇÃO DE SAÚDE**
- 5. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE**
- 6. RECURSOS FINANCEIROS**
- 7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL**
- 8. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**
- 9. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS E INDICADORES**
- 10. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde.

Este plano foi construído pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cecília, contando com envolvimento de todas as áreas técnicas de Assistência e de Gestão e participação do Conselho Municipal de Saúde, além de amplo conjunto de documentos de políticas de saúde originados de todas as instâncias do SUS, como, a escuta popular e as propostas expostas na VI Conferência Municipal de Saúde, o Plano Plurianual (PPA), Planos de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores-Pactuação Interfederativa 2018 a 2021, entre outros.

Os objetivos, diretrizes e metas deste Plano deverão ser acompanhados e monitorados permanentemente ao longo dos quatro anos pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e usuários do SUS em Esperança através das Programações Anuais de Saúde nas quais serão definidas as ações e atividades específicas de cada nível de atenção, obedecendo aos blocos de financiamento do SUS e a Lei Orçamentária Anual (LOA) do município.

A sua eficiência e eficácia estão na dependência de o mesmo ser objeto de revisão e atualização sistemáticas, que indicará o êxito das ações e as necessidades de mudanças e reordenamento do Plano, conforme as novas necessidades que emergirão do processo de gestão administrativa e financeira da política de saúde, do monitoramento e avaliação da situação de saúde da população e dos serviços de saúde disponibilizados para o enfrentamento da realidade epidemiológica do município.

2. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde é visto hoje como um das maiores conquistas e avanços da sociedade. A Constituição de 1988 universalizou o direito do cidadão ao acesso gratuito à saúde. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, deixam de ser centralizados e passam nortear-se pela descentralização.

É um importante mecanismo e redireciona os atendimentos mediante as necessidades da população independente de sua classe social. O SUS se propõe a promover a saúde,

priorizando as ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

O Plano Municipal de Saúde é um dos instrumentos regulamentado pela Lei nº 8.080/90 além de ser requisito legal e condicionante (art.4ª da lei 8.142, 28 de dezembro de 1990) para a garantia do repasse de recursos para o Fundo Municipal de Saúde que irão prover a oferta de ações de saúde sob sua responsabilidade. Devendo posteriormente ser apreciado e homologado pelo Conselho Municipal de Saúde segundo a normativa legal 141/12 e portaria 2.135/13.

Faz-se necessária que a implantação, implementação e monitoramento das ações em saúde e promoção, estejam bem articulados em todos os níveis de atenção a saúde, com a participação do controle social, para que possamos garantir os princípios do SUS com qualidade da atenção para todo o sistema municipal.

Desse modo é imprescindível uma ênfase dada aos indicadores pactuados através do pacto pela saúde para que se possa alcançar resultados cada vez mais positivos na saúde da população, com rigorosos mecanismos de verificação de metas a serem atingidas.

Contudo, a elaboração desse importante instrumento de planejamento das ações de assistência à saúde no âmbito do Sistema único de Saúde, traz como prerrogativa participação de diversos setores da saúde e da intersetorialidade na perspectiva de abranger as demandas e necessidades de saúde da população, organizado de forma sistemática, democrática e participativa, à partir de um diagnóstico amplo das diversas fragilidades e potencialidades em vigor.

3 - ANALÍSE SITUACIONAL

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA REGIÃO DE SAÚDE

HISTÓRICO

Por volta de 1770, quando as produções dos engenhos de açúcar estavam em pleno desenvolvimento, chega aqui um casal de portugueses que moravam em Nazaré da Mata - PE, e possuíam engenho, em busca de área que pudesse plantar gêneros alimentícios e criassem animais que servissem de suporte para alimentação e transporte somando as necessidades primárias do Engenho.

Às proximidades do Rio Paraíba era um bom local, pois as terras eram férteis e em abundância para o cultivo de gêneros alimentícios, e a água para suprir as necessidades no período seco. Uma casa de taipa foi construída nesse local, onde permaneciam durante o inverno. No verão o casal voltava à Nazaré da Mata, carregados de cereais, farinha, carne, produzidos em terras que no futuro seria o município de Santa Cecília.

Deste casal pioneiro nasceram os seguintes João Lopes de Mendonça, Antonio Lopes de Mendonça, Francisco Lopes de Mendonça e José Lopes de Mendonça. Apenas João Lopes aqui permaneceu casando-se com a irmã de outro colonizador chamado Lourenço Sales. O seu nome era Cecília Sales e tinha o apelido de Cisia, daí o nome de Santa Cecília. Salientamos que no período de fixação dessa senhora o território de Santa Cecília pertencia aos municípios de Cabaceiras e Boqueirão. Distrito criado com a denominação de Santa Cecília pelas Leis Estadual 3959 de 16/01/1994 subordinando o município a Umbuzeiro.

Elevada à categoria de município com a denominação de Santa Cecília de Umbuzeiro, pela Lei Estadual nº6176 de 13-12-1995, desmembrado de Umbuzeiro. Sede do antigo distrito Santa Cecília. Constituído do distrito sede, instalado em 01-01-1997. Pela Lei Municipal nº17 de 03-06-1997 o município de Santa Cecília do Umbuzeiro, passou a denominar-se Santa Cecília.

SITUAÇÃO GEOGRÁFICA

O Município de Santa Cecília - PB localiza-se na Microrregião de Campina Grande, com uma população de 6.526 habitantes de acordo com o último censo demográfico densidade demográfica (2010) é de aproximadamente 189,86 hab/km², tem uma altitude aproximada de 568 metros.

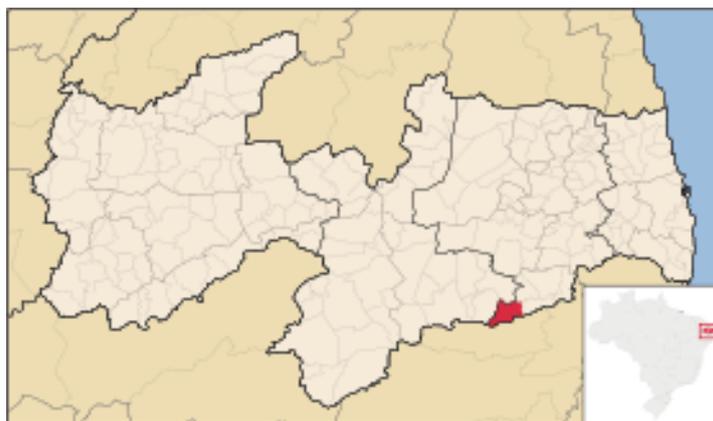


Figura 01. Localização de Santa Cecília no Estado da Paraíba.

A Sede do Município, distando 200 km da capital. O acesso é feito a partir de João Pessoa, pelas rodovias BR 230/ BR 104. Fica bem localizada na Regional de Saúde em que está inserida, distante 26 km do município Sede Campina Grande, com fácil acesso aos serviços de referência.

O município limita-se Ao Norte com Alcantil, Barra de Santana e Gado Bravo; Ao Sul com Vertente do Lério - PE, Santa Maria do Cambucá e Vertentes do Estado de Pernambuco; à Leste com Umbuzeiro e à Oeste com Alcantil.

O clima é Tropical e município está incluído na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, definida pelo Ministério da Integração Nacional em 2005. Esta delimitação tem como critérios o índice pluviométrico, o índice de aridez e o risco de seca.

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE

Em relação divisão regional de saúde faz parte da 15ª Região de Saúde composta por 13 municípios, sendo eles Alcantil, Aroeiras, Barra de Santana, Barra de São Miguel, Boqueirão, Cabaceiras, Caturite, Gado Bravo, Queimadas, Riacho de Santo Antônio, Santa Cecília, São Domingos do Cariri, Natuba e Umbuzeiro, perfazendo um total de 150. 620 habitantes em toda região, segundo estimativas do IBGE. Sendo Queimadas a cidade sede da região de saúde, do qual se distancia em 73,9Km e Campina Grande o seu polo Macrorregional (2ª Macro) referência para maior parte das ações de saúde do Município.

3.2 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS.

A população de Santa Cecília encontra distribuída de acordo com o gênero de forma quase que igual, com a maior predominância da população do sexo masculino de acordo com dados do SISAB (2021). Diferentemente da tendência de envelhecimento da população observada na pirâmide etária nacional, o município apresenta a maior concentração da sua população entre as faixas etárias de 10 a 49 anos. Apresentando uma queda acentuada no número de população idosa, conforme podemos observar na tabela abaixo:

Dados gerais

| Descrição | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Cidadãos ativos | 8672 |
| Saída de cidadãos do cadastro | 1933 |
| Total: | 10605 |

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária

| Descrição | Masculino | Feminino | N. Inf | Total |
|-----------------|-----------|----------|--------|-------|
| Menos de 01 ano | 56 | 54 | 0 | 110 |
| 01 ano | 61 | 60 | 0 | 121 |
| 02 anos | 55 | 60 | 0 | 115 |
| 03 anos | 52 | 72 | 0 | 124 |
| 04 anos | 71 | 49 | 0 | 120 |
| 05 a 09 anos | 298 | 311 | 0 | 609 |
| 10 a 14 anos | 372 | 310 | 0 | 682 |
| 15 a 19 anos | 364 | 353 | 0 | 717 |
| 20 a 24 anos | 385 | 376 | 0 | 761 |
| 25 a 29 anos | 367 | 361 | 0 | 728 |
| 30 a 34 anos | 349 | 341 | 0 | 690 |
| 35 a 39 anos | 322 | 349 | 0 | 671 |
| 40 a 44 anos | 309 | 284 | 0 | 593 |
| 45 a 49 anos | 268 | 240 | 0 | 508 |
| 50 a 54 anos | 210 | 213 | 0 | 423 |
| 55 a 59 anos | 196 | 204 | 0 | 400 |
| 60 a 64 anos | 158 | 184 | 0 | 342 |
| 65 a 69 anos | 132 | 149 | 0 | 281 |
| 70 a 74 anos | 123 | 106 | 0 | 229 |
| 75 a 79 anos | 84 | 112 | 0 | 196 |
| 80 anos ou mais | 114 | 138 | 0 | 252 |
| Não informado | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total: | 4346 | 4326 | 0 | 8672 |

TRABALHO E RENDIMENTO

Em 2019, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7.0%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 75 de 223.

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 53,6% da população nessas condições.

O Município apresentou um PIB per capita, em 2018 (IBGE) de R\$ 8.305,19 bem abaixo da média estadual e nacional ficando entre as últimas posições considerando o índice dos demais municípios.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) – Natuba, ainda de acordo com dados do IBGE é 0,525, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (0,500 e 0,599).

EDUCAÇÃO

Em 2020 (IBGE), os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.0 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.0. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98,5%. Isso posicionava o município na posição 37 de 223 dentre as cidades do estado. O município possui 1.093 alunos matriculados no Ensino Fundamental, 200 alunos matriculados no ensino médio. Tem um total de 15 estabelecimentos escolares, sendo 14 municipais e um da rede estadual que oferta exclusivamente o ensino médio.

TERRITÓRIO E AMBIENTE

Em relação aos aspectos territoriais e ambientais o município possui uma extensão territorial de 217 km², com baixa densidade demográfica, devido a ter grande parte de seu território localizado na zona rural.

De acordo com dados do IBGE, 2019, o mesmo apresenta apenas 5,5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 56,1% de domicílios urbanos em vias públicas com

arborização e somente 3,9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Condições de moradia - Localização

| Descrição | Quantidade |
|---------------|------------|
| Urbana | 1500 |
| Rural | 2680 |
| Não informado | 99 |
| Total: | 4279 |

Condições de moradia - Água para consumo no domicílio

| Descrição | Quantidade |
|----------------|------------|
| Filtrada | 483 |
| Fervida | 17 |
| Clorada | 2567 |
| Mineral | 280 |
| Sem tratamento | 605 |
| Não informado | 327 |
| Total: | 4279 |

Condições de moradia - Disponibilidade de energia elétrica

| Descrição | Quantidade |
|---------------|------------|
| Sim | 3735 |
| Não | 72 |
| Não informado | 472 |
| Total: | 4279 |

Condições de moradia - Destino do lixo

| Descrição | Quantidade |
|----------------------|------------|
| Coletado | 1562 |
| Queimado / Enterrado | 2159 |
| Céu aberto | 212 |
| Outro | 12 |
| Não informado | 334 |
| Total: | 4279 |

4. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Quanto a situação de saúde da população de Santa Cecília, ressaltamos inicialmente a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 22,22 para 1.000 nascidos vivos, número bastante alto considerado a taxa de mortalidade estadual e nacional. As internações devido às diarreias são de 0.5 para cada 1.000 habitantes.

Ao consideramos os dados de morbimortalidade, retirados do DATASUS, temos que as principais causas de mortalidade são doenças cardiológicas e neoplasias, seguidas do conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Tabela 2. Mortalidade por Ano segundo Causa (Cap CID10) e Município de Residência (Santa Cecília/PB).

| Dados Epidemiológicos | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|----------------|-------|
| Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2015) - Última atualização: 19/05/2017 11:42:09 | | | | | | | | | | | | | | |
| Mortalidade por Capítulo CID 10 | Faixa Etária | | | | | | | | | | | | | Total |
| | Menor 14 | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | 70 a 79 | 80 e mais | Idade Ignorada | |
| Capítulo II Neoplasias [tumores] | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 |
| Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| Capítulo VI Doenças do sistema nervoso | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 6 | 0 | 11 |
| Capítulo X Doenças do aparelho respiratório | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 5 | 0 | 8 |
| Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 5 | 5 | 8 | 15 | 0 | 38 |

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

Conforme tabela abaixo, temos que a maior causa de internação nos últimos anos, é devido a Gravidez e puerpério, concentradas na população na faixa etária de 15 a 49 anos, seguidas das internações por Neoplasias.

Tabela 3. Número de Internações por Ano segundo Causa (Cap CID10) e Município de Residência (Santa Cecília/PB).

| Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2016) - Última atualização: 19/05/2017 11:42:09 | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|------------|
| Internações por Capítulo CID-10 | Faixa Etária | | | | | | | | | | | | |
| | Menor 1 | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | 70 a 79 | 80 e mais | Total |
| Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 14 |
| Capítulo II Neoplasias [tumores] | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 | 4 | 0 | 12 |
| Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Capítulo VI Doenças do sistema nervoso | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 | 0 | 2 | 0 | 0 | 8 |
| Capítulo X Doenças do aparelho respiratório | 2 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 13 |
| Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 | 44 | 17 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 78 |
| Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 12 |
| Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 8 | 16 | 2 | 1 | 18 | 53 | 34 | 11 | 7 | 18 | 9 | 10 | 187 |

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

5. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

O Município de Santa Cecília dispõe de um conjunto de estabelecimentos de saúde, por meio dos quais é prestado um elenco diversificado de ações e serviços, tendo como diretriz a responsabilização do sistema pela continuidade das ações de promoção, prevenção, terapêutica e de reabilitação.

CAPACIDADE INSTALADA EXISTENTE

Níveis de Atenção em Saúde

- **ATENÇÃO BÁSICA**

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação e autonomia dos processos determinantes e condicionantes de saúde.

A Estratégia Saúde da Família é o principal instrumento para a organização da Atenção Básica do país. Esta Estratégia orienta a implantação de equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (ENASF) e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nos estabelecimentos de saúde do município.

A inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes de Saúde da Família ampliou a capacidade de atuação no território. Atualmente, o município de conta com um contingente de agentes comunitários de saúde, atuando em 03 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo 01 UBSF na zona urbana e 02 UBSF na zona rural, com cobertura de 100%, de acordo com os parâmetros da PNAB. O município possui ainda uma Equipe Multiprofissional do eNASF.

• ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Ao lado da Atenção Básica, a Atenção Especializada em Saúde de Média e Alta Complexidade (MAC) configura uma das faces mais visíveis e sintomáticas da atuação e desempenho do SUS. As ações de média complexidade que visam atender os problemas e agravos à saúde da população nos quais depende da disponibilidade de profissionais especializados e do uso de recursos e tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico.

Existe uma série de procedimentos complementares e essenciais que auxiliam na prevenção, no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, e que podem influenciar diretamente na inclusão destes usuários nos programas e políticas de atenção especializada, tais como as consultas médicas especializadas e os procedimentos com finalidade diagnóstica.

O Município conta com um Laboratório de Análises Clínicas, um Laboratório de Próteses Dentárias e um Ambulatório, cadastrado na rede de Atenção Especializada. E possui ainda pactuação com o Município de Alcantil para os serviços do SAMU, CAPS e Equipe de Atenção Domiciliar.

• ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Programa de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos está estruturado em nosso município pelos componentes básicos e estratégico da assistência farmacêutica, elencados pelo Ministério da Saúde através de listas e com o fornecimento obrigatório e regular através da Farmácia Municipal e das outras unidades dispensadoras.

A AF – Assistência Farmacêutica é uma das áreas onde se concentram um dos maiores esforços na atual gestão municipal da saúde. O fornecimento de medicamentos de qualidade é de fundamental importância para o sucesso do tratamento ou controle das enfermidades que acometem a nossa população.

Por meio da Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012, foram aprovadas as Diretrizes Nacionais da RENAME no âmbito do SUS, enquanto a Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos que a compõem. No ano de 2013 foi elaborada a REMUME – Relação Municipal de Medicamentos, distribuída às ESF e a todos os ambulatórios médicos e também de emergência, para a padronização das prescrições.

O objetivo maior da distribuição da REMUME era o de garantir o acesso da população aos medicamentos básicos. A utilização da REMUME não delimitava os medicamentos a serem adquiridos pela SMS, apenas servia como norteador para os profissionais, dos insumos disponíveis na farmácia básica existentes em todas as ESF do município. Importante também se faz deixar claro que esta relação não é estática, inalterável, pelo contrário, está sempre aberta a modificações, inclusão ou exclusão de itens, na busca de garantir o melhor atendimento às necessidades da população. Além dos medicamentos de uso básico e regular, os medicamentos de uso controlado (psicotrópicos) também foram incluídos na listagem de medicamentos básicos.

O gasto na assistência farmacêutica básica é superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, exigindo um comprometimento maior nos recursos municipais. Além disto, as decisões judiciais implicam em um gasto elevado de medicamentos especiais fora da competência municipal.

• **REGULAÇÃO E CONTROLE DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE**

No âmbito do SUS, as ações desenvolvidas pelo serviço municipal de saúde visam aperfeiçoar, aplicar e disponibilizar metodologias, inclusive com alocação de recursos financeiros para a adequação das práticas de regulação, controle e avaliação de serviços e sistemas de saúde do município.

Na regulação e avaliação das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, é utilizado um conjunto de sistemas informatizados, entre os quais o do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), informação ambulatorial (SIA) dos atendimentos do SUS, de informação hospitalar descentralizada (SIHD), de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e orteses/próteses e materiais especiais do SUS (SIGTAP) da informação da Programação Pactuada Integrada (SISPPI) e da regulação (SISREG).

• **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A **Vigilância em Saúde** é entendida tanto como modelo de atenção, como proposta de gestão de práticas sanitárias que destinam a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social. Na concepção abrangente da Vigilância em Saúde, o objeto das ações são os agravos, os riscos e os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Desta forma, a ação de Vigilância em Saúde pode ser entendida como a prática: da integração entre as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental; da análise da situação de saúde de grupos populacionais; da identificação e gerenciamento dos riscos dos diversos ambientes do convívio humano; do planejamento em saúde com enfoque estratégico-situacional; da organização tecnológica do trabalho em saúde, estruturada por práticas articuladas de prevenção de doenças e agravos, bem como de promoção, recuperação e reabilitação da saúde de grupos populacionais, em suas dimensões coletiva e individual.

A **Vigilância Epidemiológica** disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, assim como os fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção. Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização das atividades técnicas correlatas. A operacionalização da vigilância epidemiológica é composta por um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser desenvolvidas de maneira contínua, permitindo conhecer a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão.

6. RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal e Emenda Constituição nº 29/2000.

O financiamento federal está composto por Blocos de Financiamento . A sua transferência ocorre através de repasses “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Os blocos de recursos para o custeio SUS são os seguintes: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em saúde, Gestão do SUS e Assistência farmacêutica e Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

A Emenda EC-29 preconiza para os Municípios um investimento mínimo em ações e serviços de saúde de 15% do seu orçamento. O município superou o índice previsto pela EC 29, atingindo o máximo de 22,6% em 2021.

7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social no SUS é manifestada através da realização periódica das conferências de saúde e do conselho municipal de saúde. A última conferência municipal de saúde foi realizada em 2021.

Os conselheiros se reúnem ordinariamente uma vez ao mês ordinariamente e extraordinariamente quando necessário, com a finalidade de deliberar sobre as principais ações da Secretaria de Saúde, Relatórios de Gestão e para convocar as conferências municipais.

O Conselho municipal de Saúde foi criado em 20 de Janeiro de 1997, através da Lei de nº 06/97 de, está organizado de forma paritária, e tem suas reuniões periódicas ocorridas na Secretaria Municipal de Saúde.

8. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A Secretária Municipal de Saúde, assim como em vários órgãos, busca diminuir o déficit de recursos humanos com a contratação de profissionais que deve ocorrer preferencialmente por concurso público, para desta forma, reduzir a rotatividade profissional e melhorar a qualificação das equipes de trabalho.

O Processo de trabalho em saúde tem como finalidade a prestação, com qualidade, do cuidado à população. Dentre os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde, o trabalhador pode ser considerado como um dos principais. Esse sujeito deve estar consciente de sua prática para, coletivamente, propor intervenções que possibilitem o desenvolvimento de estratégias de suporte a própria equipe de saúde do SUS, de modo a considerar seu processo de trabalho, a organização e as condições de trabalho e a situação de saúde, criando espaços que permitam intervenções e melhorias no ambiente e das relações de trabalho.

A Política de Gestão de Trabalho da Secretaria de Saúde de Santa Cecília, está inserida na Política Municipal de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal.

Vários movimentos propiciaram a criação de espaços compartilhados de análise das práticas de cuidado realizadas pelos serviços de saúde do município, fortalecendo a construção das redes de cuidado efetivas a partir da experiência nos territórios e a ampliação da articulação entre as diretorias da secretaria municipal de saúde com as unidades assistenciais de saúde.

9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

1. Diretriz 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada

OBJETIVO 1:

Fortalecer a implantação de programas e potencializar as ações de qualificação, monitoramento e avaliação na Estratégia de Saúde da Família.

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|--------------------------------------|------|------|------|------|
| Promover Educação Permanente para 100% dos profissionais da Atenção Básica. | EP para 100% dos profissionais da AB | 40% | 100% | 100% | 100% |
| Implantar o pagamento de adicional de insalubridade aos Agentes comunitários de Saúde | Insalubridade Implantada | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Implantar 100% das Academias de Saúde homologadas pelo MS. | Equipe implantada | | 01 | | |

Diretriz 2 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", 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 do Útero

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento Realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária | Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária | 0,24 | 0,26 | 0,27 | 0,27 |
| Ampliar a razão e exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária de 0,39% para 0,44% -- | Razão de Exames citopatológicos do colo do útero | 0,40 | 0,41 | 0,43 | 0,44 |
| Implantar o Protocolo de Gestação de Baixo e Alto Risco em 100% das UBS e unidades mista local | Percentual de Protocolos Implantados | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Garantir a realização de pré-natal com captação precoce da gestante adolescente e qualificação da atenção em 100% das UBS. | Percentual de Captação precoce realizada | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Garantir o acesso ao Pré-natal de Alto Risco em tempo oportuno, para 100% das adolescentes cadastradas nas UBS | Percentual de acesso ao pré natal de alto risco | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Garantir a realização dos exames de pré-natal de Risco Habitual e de Alto Risco em 100% das Adolescentes cadastradas na UBS. | Percentual de Exames para as gestantes cadastradas | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Implantar a Caderneta de Saúde do Adolescente em 100% das UBS. | Percentual de cadernetas em 100% das UBS | 100% | 100% | 100% | 100% |

Diretriz 3 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção

3.1. OBJETIVO

Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

| METAS | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Implementar e monitorar em 100% as ações realizadas para promoção e prevenção à saúde do idoso em todas as UBS e Unidade de Atendimento à Saúde da Pessoa Idosa. | Percentual de Atividades Implementadas | 50% | 75% | 100% | 100% |
| Implantar e implementar a caderneta do idoso em 100% das UBS. | Percentual de Caderneta Implantadas | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Implantar protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da UBSF | Percentual de Unidades com protocolos implantados | 100% | 100% | 100% | 100% |

3.2. OBJETIVO

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|------|------|------|------|
| Ampliar para 0,5 a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. | Razão de ampliação de escovação supervisionada | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Ampliar para 5,0 a cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática. | Razão de ampliação de escovação supervisionada de Primeira Consulta Odontológica Programática | 3,0 | 4,0 | 5,0 | 5,0 |
| Manter 100% a cobertura de Equipes de Saúde Bucal. | Percentual de cobertura de Equipes de Saúde Bucal | 100% | 100% | 100% | 100% |

Estimular a ampliação das ações dos serviços de Saúde Bucal da estratégia de Saúde da Família.

DIRETRIZ 4- Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

4.1. OBJETIVO

Operacionalizar todos os serviços e programas da rede de média e alta complexidade, por meio do pronto custeio, recursos humanos e investimentos necessários, com ampliação do acesso da população aos serviços de saúde destes níveis de atenção na perspectiva da integralidade e em tempo adequado.

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------------------------------|------|------|------|------|
| Implantar 01 Policlínica Municipal | Número de serviço implantado | 00 | 01 | 00 | 00 |
| Manter adesão ao consorcio intermunicipal Municipal de saúde | | 01 | 01 | 01 | 01 |

DIRETRIZ 5 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

5.1. OBJETIVO

Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|--|------|------|------|-------|
| Implantar o AMENT | Equipe do AMENT implantada | | 01 | | |
| Capacitar os profissionais para lidar com enfrentamento de álcool e outras drogas | 100% dos profissionais capacitados | 10% | 70% | 20% | ----- |
| Realizar dia D de luta anti-manicomial | Realização do dia de luta antimanicomial | 01 | 01 | 01 | 01 |

DIRETRIZ 6- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

6.1. OBJETIVO

Fortalecer a vigilância em saúde. Trabalhando a integralidade das quatro vigilâncias: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental (fatores biológicos e não biológicos) e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Ampliando a capacidade de análise da situação de saúde através de indicadores direcionando as ações

| METAS | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico para as vacinas vip/vop, pentavalente, hepatite B, tríplice viral, Tetraviral, meningite C, pneumocócica10 | Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas | 95% | 95% | 95% | 95% |
| Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 90% para BCG e rotavírus | Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas | 90% | 90% | 90% | 90% |
| Assegurar índices de cobertura vacinal para campanhas de Influenza 80% e Pólio de 95% | Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas | 80% e 95% | 80% e 95% | 80% e 95% | 80% e 95% |

DIRETRIZ7 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

7.1 OBJETIVO

Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica por meio do monitoramento de indicadores que determinem a eficiência do serviço e melhorar a área de armazenamento e dispensação de medicamentos da Farmácia Central e Unidades de Saúde da Atenção Básica e Especializada.

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Garantir o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica Equipada e com espaço físico adequado Para a dispensação dos insumos e medicamentos | 100% dos serviços de assistência farmacêutica funcionando | 10% | 70% | 80% | 100% |

DIRETRIZ 8

Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

8.1 OBJETIVO

Implementar o canal de acesso da população para sugestões, reclamações, denúncias de violações dos direitos enquanto usuários do SUS.

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Garantir o funcionamento Das atividades da Ouvidoria | Ouvidoria em funcionamento | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Capacitar os Conselheiros Municipais de Saúde quanto as ações de ouvidoria | 100% de Conselheiros Capacitados | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Capacitar 100% os gestores da rede municipal de saúde | 100% de Gestores capacitados | 100% | 100% | 100% | 100% |

8.2 OBJETIVO

Ampliar e fortalecer a participação da comunidade e controle social na gestão do SUS Fortalecer, Implantar e manter as ações do Conselho Municipal de Saúde.

| META | INDICADOR | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Estabelecer uma agenda mensal da equipe técnica da SMS junto ao controle social. | Nº de reuniões realizados no ano | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Capacitar o CMS em dever e atribuições dos conselheiros municipais de saúde | Realizar um treinamento para todos os conselheiros em cada mandato | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Garantir a participação do CMS na construção do LDO | Identificar uma comissão do cms para participar da construção do LDO para otimizar recursos para a sec de saúde | 01 | | | |

8.3 OBJETIVO

Fortalecer a Gestão e Regulação do Trabalho e da Educação em Saúde

| Meta | Indicador | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Elaborar a Política Municipal de Gestão do Trabalho e Educação Em Saúde | Política de gestão do trabalho e educação permanente Implantada | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Construção e avaliação do PCCR nos 04 anos de vigência do PMS | PCCR Implantado | | | 01 | |

ANEXO I

RESOLUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE APROVANDO O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



Resolução Nº 001/2022

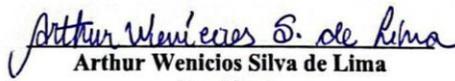
A plenária do Conselho Municipal de Saúde de Santa Cecília/PB, em reunião ordinária, realizada no dia 09 de março de 2022, às 14:00 horas, no uso de suas atribuições regimentais e competências, conferidas pela Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS e pela Lei Municipal de nº 07/97, de 20 de janeiro de 1997.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar, após apreciação e discussão, Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Cecília, 09 de Março de 2022.


Arthur Wenícios Silva de Lima
Presidente

9. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde por ser plurianual requer monitoramento e avaliações periódicas do conjunto de ações estabelecidas. Será operacionalizado pela Secretaria Municipal de Saúde e acompanhado através dos Relatórios Detalhados referentes ao Quadrimestre Anterior RDQA apresentados para o Conselho Municipal de Saúde e Câmara de Vereadores.

O instrumento para avaliação será a Programação Anual de Saúde (PAS) e as respectivas ações e indicadores pactuados para o alcance dos objetivos propostos, serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão (RAG), a ser enviado ao Conselho de Saúde para apreciação e aprovação até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, conforme Lei Complementar nº 141/2012.

O acompanhamento e avaliação do PMS, deverão ser realizadas por meio de reuniões ampliadas com todas as diretorias, gerentes, coordenadores, assessores e controle social. A realização das audiências públicas apresentará os dados quantitativos e financeiros quadrimestrais.

O Relatório Anual de Gestão apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados.

Após a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse Plano substituirá o Plano de Saúde 2018 a 2021 deste município.