

Plano Municipal de Saúde de Maricá

2018 a 2021



Fabiano Taques Horta

Prefeito

Simone Costa Silva

Secretária Municipal de Saúde

Jussara Mendonça Quintes

Subsecretária Municipal de Saúde

Andrea Ruda Avelino

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

ABREVIATÖES

ATAN – Área Técnica de Alimentação e

Nutrição CAPS – Centro de Atenção

Psicossocial ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária LOA – Lei

Orçamentária Anual

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAPSI – Núcleo de Atenção Psicossocial Infantil

PASI – Programa de Atenção à Saúde do Idoso

PAISMCA – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e

Adolescente PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PMCD – Programa Municipal de Combate à

Dengue PMS – Plano Municipal de Saúde PPA –

Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificações

SINASC – Sistema de Informação Nacional sobre Nascidos Vivos

SMS – Secretaria Municipal de Saúde SUS – Sistema Único de

Saúde

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

VIAMB – Vigilância Ambiental

VISATT – Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CLINASTT – Clínica de Acolhimento em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

NUSSEMM – Núcleo de Saúde do Servidor Municipal de Maricá

CEREST METRO II.2 – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana II.2

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO	5
2. ANÁLISE SITUACIONAL	6
2.1. Aspectos Ambientais e Fisiográficos	6
2.2. Condições de Saúde da População	9
2.3. Dados Epidemiológicos	12
2.4. Vigilância em Saúde	26
3. DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	40
3.1. Atenção Básica	42
3. 2. Políticas e Programas que compõem as Linhas de Cuidado.....	52
3.3. Rede de Atenção Psicossocial.....	61
3.4. Vigilância em Saúde	63
3.5. Assistência Ambulatorial Especializada	68
3.6. Asstistência Hospitalar.....	69
3.7. Assistência de Urgência e Emergência	70
3.9. Assistência Farmacêutica.....	71
4. GESTÃO EM SAÚDE	75
4.1. Conselho Municipal de Saúde (CMS)	75
4.2. Financiamento e Planejamento Orçamentário	76
EIXO 1 – AÇÕES ESTRATÉGICAS EM ATENÇÃO A SAÚDE.....	78
EIXO 2 - AÇÕES ESTRATÉGICAS DE GESTÃO EM SAÚDE	89
EIXO 3: AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	100
Referência Bibliográfica.....	108

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento do processo de planejamento e orçamento, que deve ser elaborado de forma participativa e ascendente, levando em conta as necessidades de saúde da população, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico além das prioridades estabelecidas pelo conselho de saúde. Importante considerar que os instrumentos de planejamento orçamentário (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual) deverão ser elaborados de forma a atender a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 e deve ainda, no PMS, compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos colocados no PPA e na LDO.

O processo de construção deste PMS levou em consideração o Plano já realizado de 100 dias de governo, a Carteira de Serviços, os indicadores do Pacto, além do relatório da 8ª Conferência Municipal de Saúde e do Plano de Governo da atual gestão municipal que originaram o Diagnóstico Situacional de Saúde de Maricá e foi base para o levantamento dos problemas e das necessidades de saúde da população. A equipe de Planejamento instituída pela Secretária elaborou então as Diretrizes e os resultados esperados, e em conjunto com os participantes da primeira Oficina de Planejamento realizada em 25 de julho próximo passado, onde tivemos 40 participantes representando as Gerencias da Rede de Atenção a Saúde, foram então construídas as ações e metas que se pretende alcançar no período de 2018 a 2021.

1. INTRODUÇÃO

Este Plano Municipal de Saúde está sendo formulado sob a ótica do planejamento estratégico como instrumento de orientação e decisão da gestão do SUS de Maricá. Assim, a partir da Lei Complementar 142/2012 que trouxe avanços ao cenário das políticas de saúde, por estabelecer o mínimo de recursos provenientes de tributos específicos a ser aplicados pelos entes federativos nas ações e serviços de saúde (ASPS), além de definir e listar, para fins de execução orçamentário-financeira, quais despesas são consideradas como ações e serviços públicos de saúde, o Planejamento e seus componentes, como monitoramento e

avaliação, é imprescindível para responder oportuno e efetivamente as necessidades do Sistema local de Saúde.

A Rede de Atenção a Saúde de Maricá é composta por 21 Equipes de Saúde da Família, 06 Posto de Saúde, 01 Ambulatório de Especialidades, 01 Serviços de Assistência Especializada, 1 Centro de Diagnóstico e Tratamento, 1 Hospital Geral com o Serviço de Maternidade de Risco Habitual, 1 Unidade de Pronto Atendimento, além de uma Rede de Atenção Psicossocial onde conta com 1 CAPS, 1 CAPS-AD, 1 Serviço de Residência Terapêutica, NAPSI – Núcleo de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência e 1 Ambulatório de Saúde Mental.

Apesar de uma rede bem estruturada precisamos vencer alguns desafios como a ampliação da cobertura da Atenção Básica, a qualificação das estruturas físicas das Unidades de Saúde, a implantação de um novo Hospital, Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara, que deve ampliar o número de leitos, além de criar dois Centros de Terapia Intensiva (CTIs) o que qualificará ainda mais os serviços clínicos e cirúrgicos oferecidos, integrando-os aos outros pontos de atenção a saúde da rede local e provocando a melhoria da qualidade da atenção e a integração do Sistema Regional de Saúde da Metropolitana II.

Visando qualificar o acesso da população aos serviços a Secretaria Municipal de Saúde objetiva ampliar o numero de Equipes de Saúde da Família e as Unidades de Saúde de Atenção Básica de modo atingir uma cobertura consequente, para que na inauguração do Hospital Municipal “Dr. Ernesto Che Guevara” este possa complementar o cuidado à população a partir das necessidades de estruturação das Linhas de Cuidados prioritárias e necessárias à melhoria das condições de saúde dos municípios de Maricá.

Este Plano deve atender as necessidades de organização da Rede de Atenção à Saúde e as logísticas e estratégias de estruturação e desenvolvimento institucional para responder por um período de 2018 a 2021.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1. ASPECTOS AMBIENTAIS E FISIOGRÁFICOS

A história do desbravamento do atual Município de Maricá remonta às últimas décadas do século XVI. Suas origens permanecem ignoradas, sabendo-se apenas que os primeiros colonizadores aí chegaram graças à doação de sesmarias,

concedidas na faixa litorânea, compreendida entre Itaipuaçu e as margens da lagoa, no local onde mais tarde surgiu a Cidade.

Em 1584, José de Anchieta partiu de Cabuçu, com o padre Leitão e numeroso grupo de índios, com destino à lagoa de Maricá, onde efetuou a célebre "pesca miraculosa". Ali encontrou sinais da colonização, pois já estavam sendo exploradas várias sesmarias. Onde hoje se localizam o povoado de São José de Imbassaí e a fazenda São Bento, fundada em 1635 pelos padres beneditinos, surgiram os primeiros núcleos de povoação em Maricá. Às primitivas populações desses dois núcleos deve-se a construção da primeira capela em terras maricaenses, destinada ao culto de Nossa Senhora do Amparo. Os habitantes da região aos poucos se deslocaram para a outra margem da lagoa, que possuía clima mais saudável. Nesse novo local teve origem a Vila de Santa Maria de Maricá.

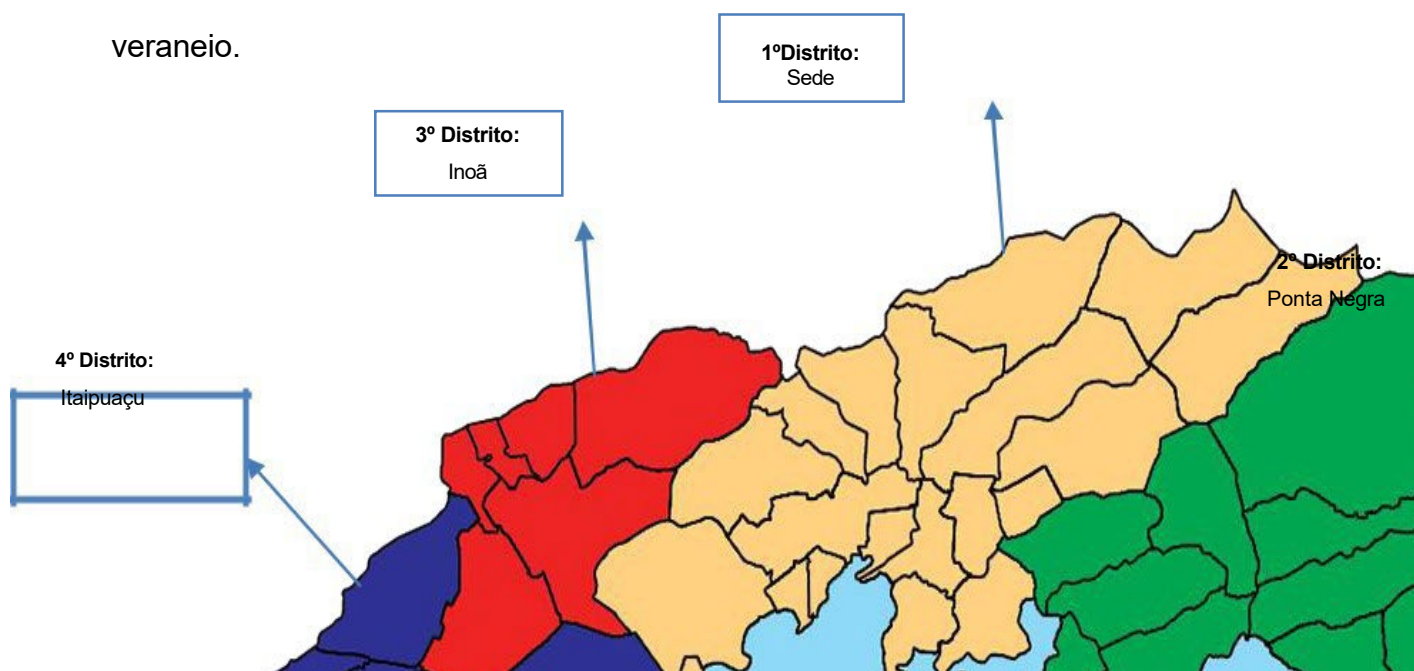
Maricá está situado na região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, ocupando uma área de 362,5 km². A principal via de acesso à Maricá é a Rodovia Amaral Peixoto (RJ-106), que atravessa o município longitudinalmente e liga-o às cidades de Niterói e São Gonçalo, a oeste e Saquarema, a leste. Outras vias de acesso também são comumente utilizadas: como a estrada de Itaipuaçu e a RJ-114, que faz a conexão com o município de Itaboraí, e, as rodovias RJ-104 e BR-101 (MARICÁ, 2013).

Maricá apresenta então, uma grande área urbana de ocupação rarefeita formada por 04 distritos e 50 bairros, abaixo mapa em que caracteriza a divisão geográfica do município, conforme publicação do JOM Nº 207, 28 de junho de 2010. Cada um dos distritos, também se dividem em subdistritos, equivalentes a uma divisão em bairros:

- O 1º Distrito de Maricá (sede) tem aproximadamente 66.393 residentes e divide-se em vinte e dois bairros, sendo estes: Centro, Flamengo, Mumbuca, Itapeba, Parque Nancy, Ponta Grossa, São José de Imbassaí, Barra de Maricá, Restinga de Maricá, Zacarias, Retiro, Camburi, Caxito, Ubatiba, Araçatiba, Jacaroá, Marquês de Maricá, Condado de Maricá, Lagarto, Pilar, Pindobas e Silvado.
- O 2º Distrito de Ponta Negra tem aproximadamente 15.967 residentes e divide-se em doze bairros: Manoel Ribeiro, Pindobal, Jardim Interlagos, Guaratiba, Balneário Bambuí, Cordeirinho, Ponta Negra, Bananal, Espreado, Jaconé, Caju e Vale da Figueira.

- O 3º Distrito de Inoã tem aproximadamente 26.453 residentes e divide-se em seis bairros: Cassorotiba, Chácara de Inoã, Inoã, Calaboca, Santa Paula e Spar.
- O 4º Distrito de Itaipuaçu tem aproximadamente 41.064 residentes e divide-se em dez bairros: Recanto de Itaipuaçu, Praia de Itaipuaçu, Jardim Atlântico Oeste, Jardim Atlântico Central, Jardim Atlântico Leste, Cajueiros, Barroco, Rincão Mimoso, Itaocaia Valley e Morada das Águias.

A maior parte dos domicílios é de uso permanente, sobretudo no Centro da cidade e nas localidades mais antigas. Nas áreas do litoral e nas margens das lagoas, as residências são majoritariamente utilizadas para o turismo do tipo veraneio.



Fonte: <http://www.marica.rj.gov.br/mapa-de-marica>

O município é conhecido por acomodar população itinerante, que faz do município uma cidade-dormitório. Diariamente, muitos moradores se deslocam para o trabalho, no Rio ou em Niterói, retornando ao fim do dia. Outro problema que se observa na cidade é justamente a ocupação desordenada de migrantes, que acabam se estabelecendo em locais proibidos pela Defesa Civil, agravando a questão social. Além da notável presença de turistas cariocas, em fins de semana, principalmente, ou durante feriados prolongados, é possível se notar o turismo de população provinda de São Gonçalo, Niterói, ou mesmo da Baixada Fluminense. O processo de favelização é denunciado por alguns segmentos comunitários, setores ecológicos e parte da imprensa local, assim como a questão das construções

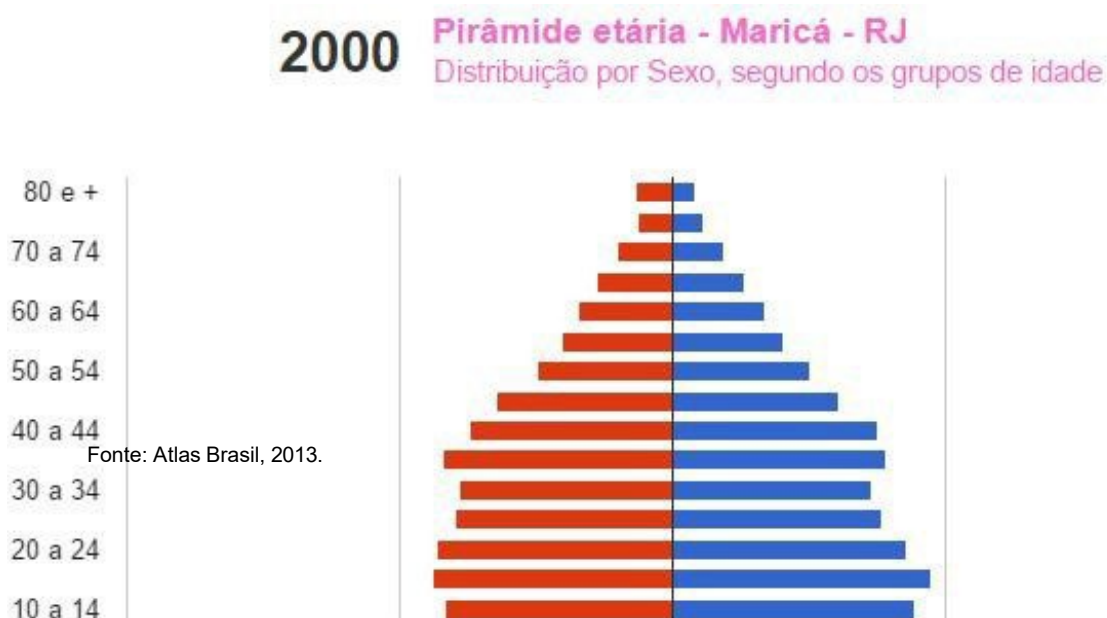
irregulares de condomínios, que afetam diretamente o sistema de esgoto e de água da cidade.

2.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.2.1. Dados Demográficos e Socioeconômicos

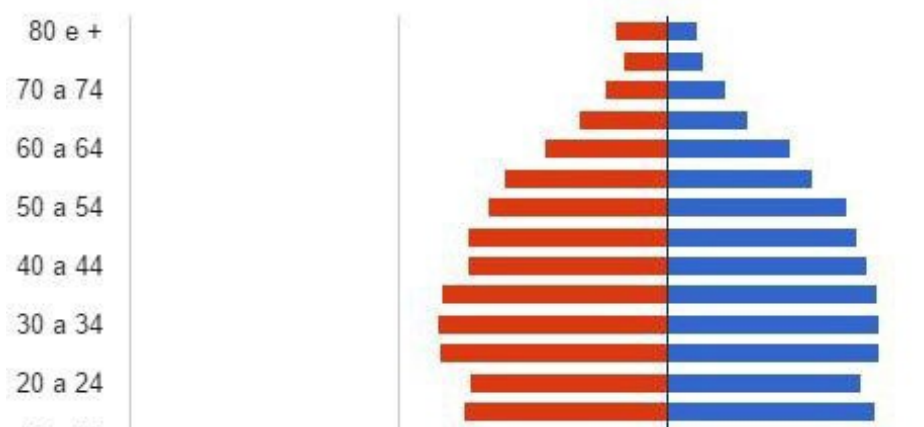
Em Maricá houve um grande crescimento populacional a partir da década de 1990, representando mais especificamente, entre os anos de 2003 e 2013, o quarto maior crescimento populacional projetado do país, segundo o IBGE. A população total residente em 2010 no município foi de 127.461 pessoas, em 2016 a estimativa populacional foi de 149.876 pessoas, onde a população residente feminina corresponde à 50,85% (64.812 mulheres) e masculina corresponde à 49,15% (62.649 homens) demonstrando um percentual equilibrado entre os gêneros (IBGE, 2010). Este incremento populacional nesta década citada é, sobretudo, em decorrência das obras de ampliação de acessibilidade ao município. Também é possível observar que 42,38% da população apresenta faixa de idade de até 30 anos e 25,48% apresenta 50 anos ou mais de idade (IBGE, 2010).

Observando a pirâmide etária nos dois períodos apresentados abaixo nota-se uma diferença na base da pirâmide onde indica que está nascendo menos crianças que na década anterior, a população de adultos (20 a 59 anos) apresenta um relativo aumento do número de jovens em relação ao período anterior, e os idosos, acima de 60 anos, estão vivendo mais tempo. Este perfil populacional aponta para uma transição demográfica, no sentido de deixarem de ter uma população jovem para, gradativamente, apresentar uma população idosa.



2010 Pirâmide etária - Maricá - RJ

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



Fonte: Atlas Brasil, 2013.

Em Maricá, a população acima de 60 anos passou de 5,83% em 2000 para 7,36% em 2010 (atlasbrasil,2013) e 13% em 2012 (MS/DATASUS-2012), enquanto para o Brasil este valor é de 11,3% (IBGE/2010), o que evidencia que o perfil de envelhecimento da cidade é significativo dentro do contexto nacional.

Em relação à etnia, 54% das pessoas se autodeclararam brancas, sendo o segundo grupo o de pardos (38%), seguido pelas raças preta (8%), amarela (0,45%) e uma minoria indígena (0,11%), conforme ilustra o gráfico abaixo.



Fonte: IBGE – Censo 2010

Maricá tem em sua estruturação geodemográfica uma população indígena que vive em duas aldeias: *Aldeia Mata Verde Bonita*, natural de Parati-Mirim, Parati-RJ, que em 2008 migrou para Camboinhas, Niterói-RJ, hoje localizada no distrito de

Itaipuaçu, no bairro de São José do Imbassaí com 62 indígenas Guaranis M'Byá; e a *Aldeia Sítio do Céu*, natural de Porto Alegre-RS que em 2000 migrou para Aracruz-ES, com o objetivo de visitar parentes e em 2013 se instalou em Maricá-RJ. Hoje é formada por 26 indígenas Guaranis M'Byá e está localizada no Parque Estadual da Serra da Tiririca, na Morada das Águias, no distrito de Itaipuaçu.

Em relação ao desenvolvimento econômico, a construção civil, desde a implantação da Ponte Rio Niterói, tornou-se um dos carros chefe da economia municipal, pois estimulou a criação de loteamentos para abrigar residências de veraneio. Nos últimos anos, antigas fazendas da cidade vêm sendo adquiridas por incorporadoras imobiliárias como Aphaville para a criação de grandes condomínios horizontais fechados ao longo da RJ 106, o que ajuda a reforçar a arrecadação de IPTU para prefeitura.

Pode-se dizer que o município de Maricá tem vivenciado um momento de grande desenvolvimento econômico, fomentado pela exploração petrolífera na bacia de Campos e a descoberta dos depósitos do pré-sal na Bacia de Santos, a 200 km da costa. O Produto Interno Bruto (CEPERJ/IBGE,2014) se encontra em R\$ 68.149,00, o maior da Região Metropolitana II e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,765 classificando-se como o sexto município de maior qualidade de vida no Estado. A taxa de alfabetizados é de 95,10%.

2.2.2. Taxa bruta de mortalidade

A *taxa bruta de mortalidade* é um bom indicador para comparar séries históricas em uma mesma população, ou como parâmetro para compreender e comparar a dinâmica de mortalidade entre populações diferentes. Ela expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.

Em Maricá no período de 2010 a 2015, essa taxa sofreu pouca alteração variando entre **6,9** em 2010 e **7,1** em 2015.

Tabela 1 - Taxa bruta de mortalidade (p/1.000hab)**Maricá – 2010 a 2015**

Ano	População	Óbitos*	TBM
2010	127.461	884	6,9
2011	131.355	871	6,6
2012	135.121	877	6,5
2013	139.552	953	6,8
2014	143.111	991	6,9
2015	146.549	1035	7,1

<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet>

2.2.3. Natalidade

A taxa de fecundidade revela o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Nas últimas duas décadas, Maricá apresentou um decréscimo gradual nas taxas de fecundidade, atingindo, em 2010, uma taxa de **1.6** (tabela abaixo). Os valores inferiores a **2.1** são sugestivos de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional (DATASUS).

Tabela 2 - Taxa de fecundidade no Brasil e em Maricá nos anos de 1991, 2000 e 2010.

Anos	1991	2000	2010
Brasil	2.8	2.3	1.8
Maricá	2,4	1.8	1.6

Fonte: Atlas Brasil 2013

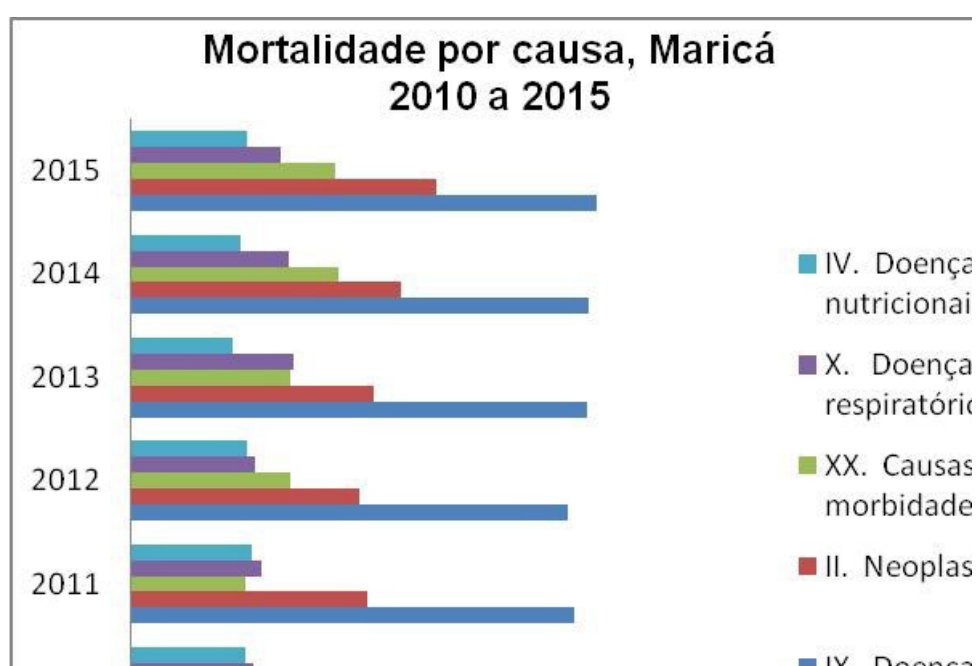
2.3. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

2.3.1. Perfil de Morbi-Mortalidade

O padrão de **mortalidade do Município de Maricá** segue o padrão Nacional, nos últimos anos. Em 2015, em Maricá, o primeiro grupo de causa de óbito é representado pelas *doenças do aparelho circulatório*, seguindo-se as *doenças neoplásicas* e as *causas externas*. As doenças cerebrovasculares ou doença isquêmica do coração são apresentadas como principal motivo de morte entre os adultos. As neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões foram as doenças que mais atingiram homens acima de 40 anos, seguidas pelas malignas da próstata e as neoplasias malignas do cólon, reto e ânus. Já as mulheres têm como primeiro

motivo de morte entre as neoplasias, as de mama, principalmente naquelas acima de 50 anos, seguidas pelas da traqueia, brônquios e pulmões e as do cólon, reto e ânus.

Nas causas externas destacamos o numero de mortes por acidentes terrestres entre as faixas etárias acima de 15 anos até 69 anos, onde aparecem divididas igualmente (média de 5 a 6 mortes por faixa etária) neste ano analisado, e as agressões como o principal motivo de morte entre jovens, de sexo masculino, e a queda como principal motivo de morte entre idosos acima de 70 anos.



2.3.2. Mortalidade proporcional por causas mal definidas

É um indicador capaz de contribuir para a compreensão das condições de assistência da população no momento do óbito, sinalizando a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.

A proporção de óbitos por causa mal definida foi decrescendo ao longo dos anos observados evidenciando o investimento municipal nos últimos anos



2.3.3. Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 19,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2015, com uma tendência a 9,0 em 2016 (dados preliminares). No Estado do Rio de Janeiro, a taxa era de 21,2, em 2000, de 12,6, em 2015. Entre 2010 e 2015, a taxa de mortalidade infantil na região metropolitana II caiu de 13,5 óbitos por mil nascidos vivos para 11,5 óbitos por mil nascidos vivos.

No entanto, quando a taxa de mortalidade infantil é baixa, ela é quase totalmente representada pela mortalidade neonatal e, quando é muito alta, observa-se exatamente o inverso, a mortalidade pós neonatal representa, proporcionalmente, quase a totalidade dos óbitos de menores de um ano. Assim, à medida que as condições ambientais vão permitindo reduzir a mortalidade infantil, observa-se que essa redução se faz às custas da mortalidade pós-neonatal. Em Maricá no período de 2010 a 2015 a mortalidade neonatal precoce (até 6 dias de vida) ainda representa a maior número de mortes entre as crianças até 1 ano de idade.

Embora o número absoluto de óbitos em menores de 1 ano (22 em 2015) possa parecer pequeno, a morte infantil deve ser entendida como problema grave, e enfrentada, já que é potencialmente evitável.

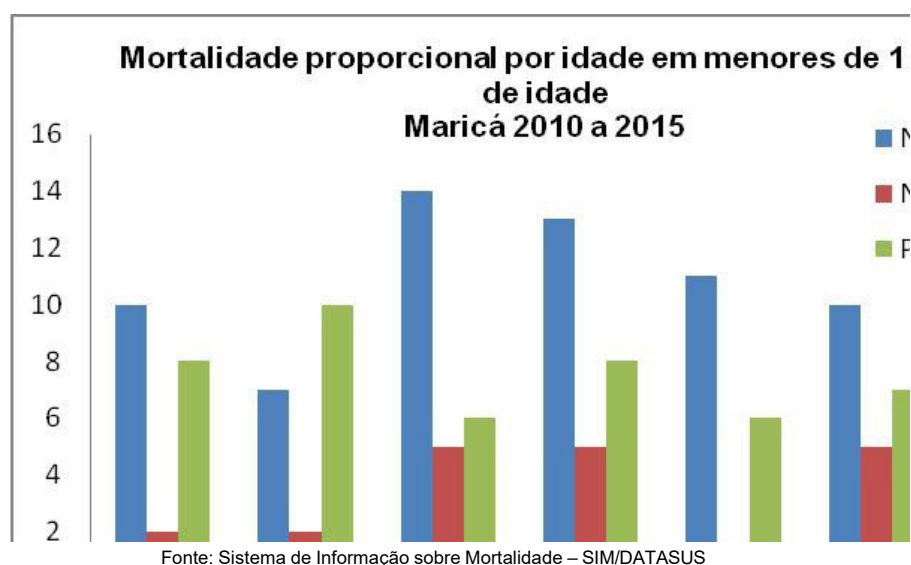


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

2.3.4. Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade

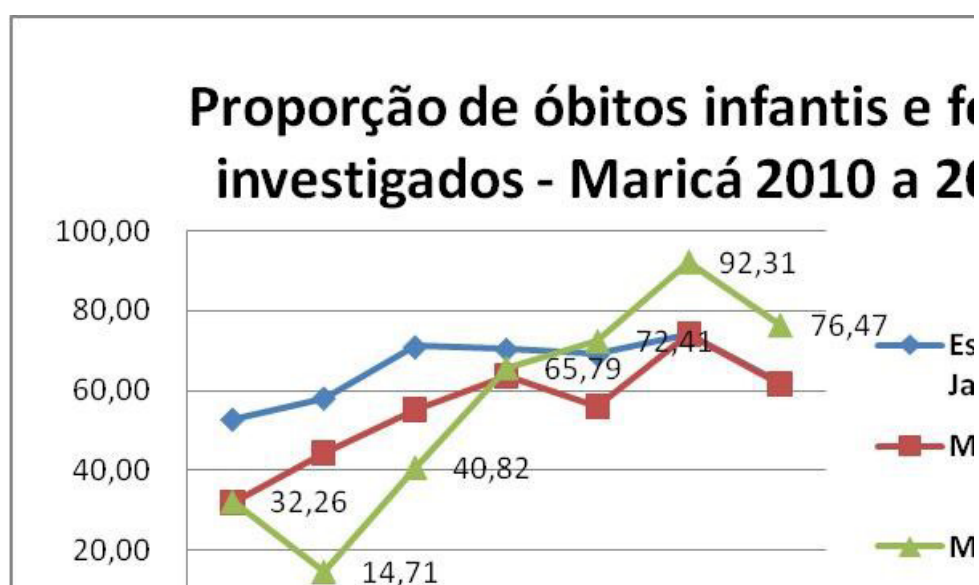
A mortalidade infantil é formada, por definição, pela mortalidade neonatal, que compreende os óbitos de menores de 28 dias e pela mortalidade pós neonatal, correspondente aos óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e 1 ano. A mortalidade neonatal, ainda se subdivide em neonatal precoce (até 6 dias) e neonatal tardia (de 7 a 27 dias). Adota-se essa subdivisão em função da observação de que esses períodos apresentam causas de morte bastante específicas. Enquanto as mortes neonatais são, na quase totalidade, devidas às chamadas causas perinatais e às anomalias congênitas, a mortalidade pós-neonatal deve-se fundamentalmente à causas ligadas a fatores ambientais, tais como as doenças infecciosas e a desnutrição.

Fica clara então, a necessidade de analisar a mortalidade infantil segundo seus componentes, já que as medidas preventivas a serem adotadas para reduzir a mortalidade neonatal são diferentes daquelas que asseguram a diminuição da mortalidade pós-neonatal.



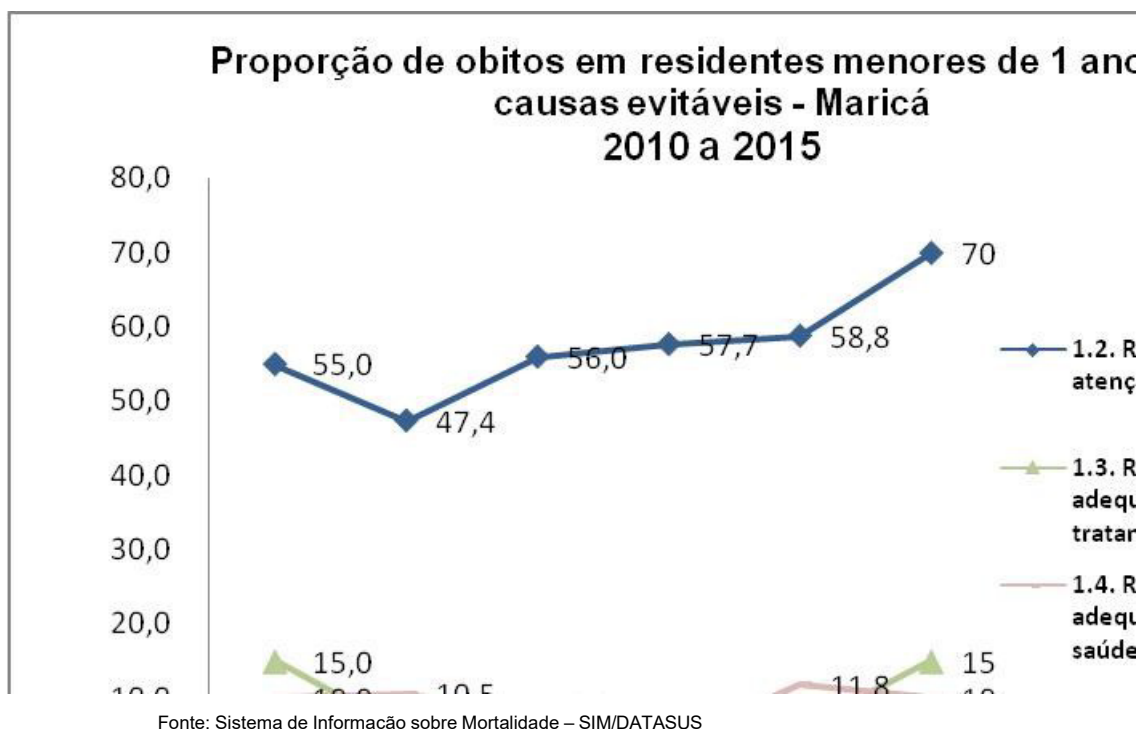
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Maricá tem uma proporção de óbitos infantis investigados bastante satisfatórios, 92% em 2015 com a atuação do Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Infantil e assim, temos que 73% dos óbitos investigados foram àqueles reduzíveis por adequada atenção na gestação, ao parto e ao recém-nato. Outro fator que pode nos auxiliar na análise é a proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, que em Maricá é 68% em 2015, próximo ao atingido pelo Estado do Rio de Janeiro que é 70%, meta mínima pactuada pelo Ministério da Saúde. Este indicador mede a cobertura do atendimento de pré-natal de gestantes, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos, além de contribuir para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como taxa de mortalidade materna e infantil, incidência de sífilis congênita, entre outros.

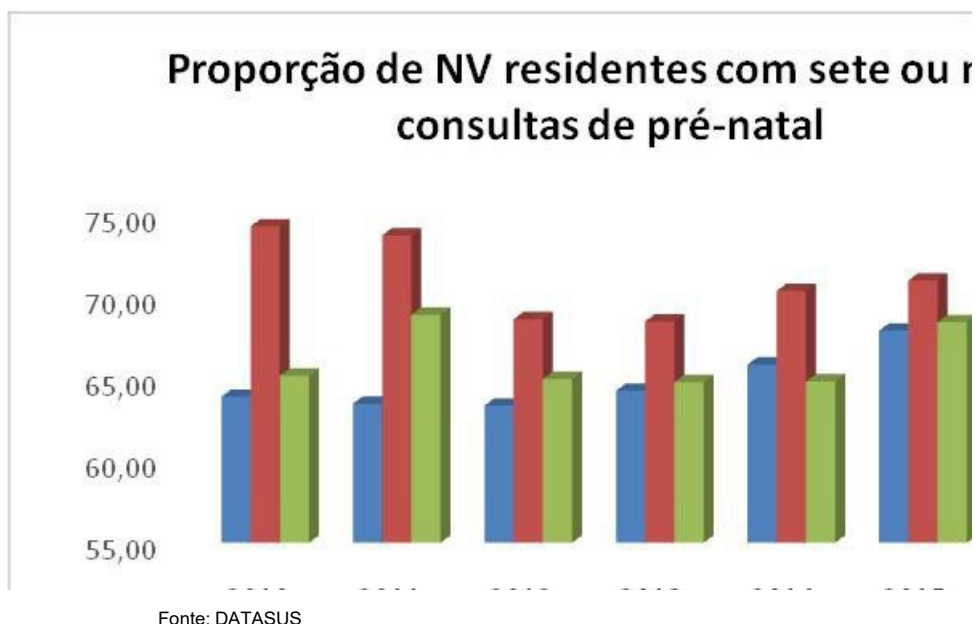


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Em Maricá, os óbitos reduzíveis por adequada atenção na gestação são os que lideram a lista de óbitos nessa faixa etária por causas evitáveis, o que reflete a necessidade de ampliar a cobertura de pré-natal no município e melhorar a qualidade do atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nato.

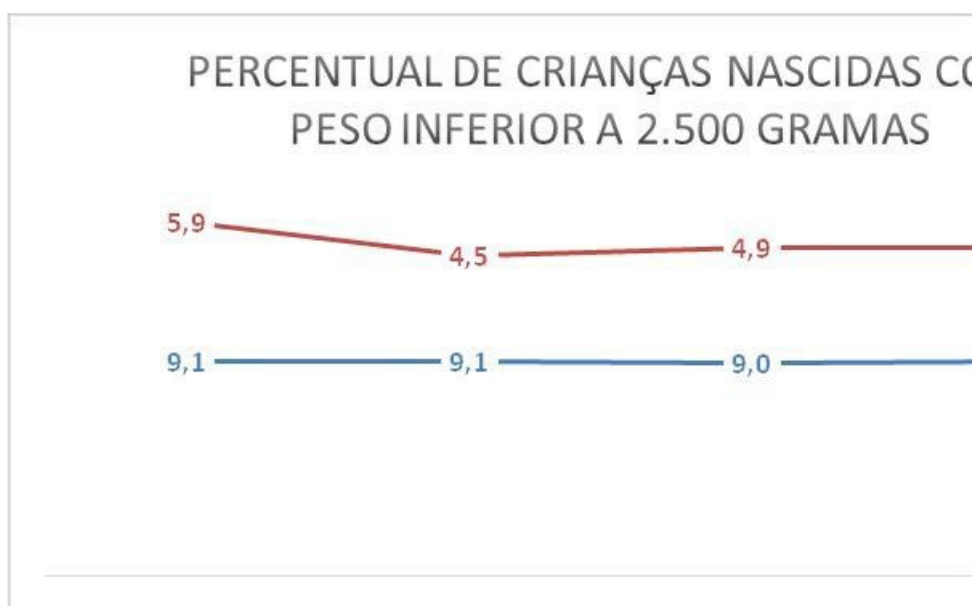


É importante então, avaliarmos a qualidade da atenção no pré-natal e um indicador que pode nos auxiliar é a proporção de nascidos vivos de mães residentes com sete ou mais consultas que mede a cobertura do atendimento de pré-natal de gestantes, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos, além de contribuir para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como taxa de mortalidade materna e infantil, incidência de sífilis congênita, entre outros. Assim, no gráfico abaixo podemos observar que tanto Maricá como a Região Metropolitana II têm 70% das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal que é a meta mínima pactuada pelo Ministério da Saúde o que aponta para a necessidade de melhorarmos ainda mais o acesso as consultas às gestantes acompanhadas na Atenção Básica.



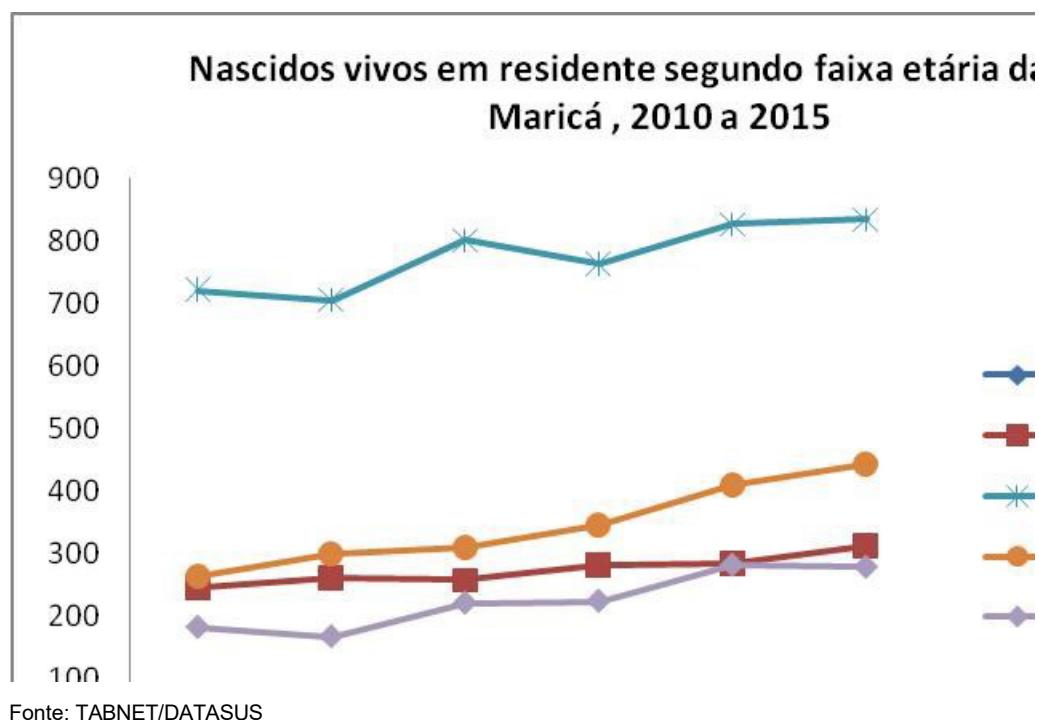
A proporção de Baixo peso ao nascer é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. Esta condição está relacionada tanto a fatores da mãe (condição sócio econômica, escolaridade, idade e doenças), bem como a condições relacionadas ao atendimento do pré-natal (orientações, acompanhamento e infraestrutura).

Entre os anos de 2011 a 2014, a proporção de baixo peso ao nascer em residentes de Maricá variou de 5,9 a 4,5 bem abaixo da média do Estado do Rio de Janeiro que teve uma variação de baixo peso ao nascer no período de 9,1 a 9,0.



Fonte: TABNET/DATASUS

Em relação à idade da mãe, Maricá apresenta predominância nas faixas etárias de 20 a 29 anos. Percebemos ainda que na maioria das faixas etárias houve um pequeno crescimento do número de nascidos vivos, exceto, as faixas etárias de 10 a 14 anos e de 35 anos e mais, mostrando uma tendência a estabilizar e até a decrescer. Este fato pode ser explicado pelo investimento de educação em saúde feito pelas equipes de saúde nos últimos anos, bem como, a melhoria das condições sociais das famílias.



O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas e reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Por isso a razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador que estima a frequência desses óbitos em relação aos nascidos vivos. Razões elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

Como observamos na tabela abaixo, Maricá tem uma mortalidade de alta para média (53,1). O óbito materno, tal como o óbito infantil, é tido como evento grave na medida em que pode ser evitado. Por este motivo mesmo sendo em números absolutos pequenos, dentro do Universo populacional da cidade este ganha relevância.

O Brasil não alcançou a meta de redução de mortalidade materna recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 35 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Embora o país tenha conseguido reduzir os índices, ainda registra, em média, 62 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (2014) e o Rio de Janeiro está entre os estados da federação que lideram esses índices, assim como Bahia, Pará e Maranhão.

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, as principais causas de morte materna no Brasil são hipertensão, hemorragia, doenças cardiovasculares, infecção no pós-parto e aborto clandestino. Alguns especialistas apontam o alto índice de partos cesáreos como uma das causas que vem contribuindo para a morte materna.

Razão por Morte Materna (por 100 mil nascidos Vivos)			
Maricá 2010 a 2015			
Ano	NV	Óbitos	RMM
2010	1427	1	70,1
2011	1443	3	207,9
2012	1604	0	-
2013	1622	2	123,3
2014	1823	2	109,7
2015	1884	1	53,1

Parâmetros da RMM (OMS): Baixa – até 20/100.000 NV; Média – de 20 a 49/100.000 NV;

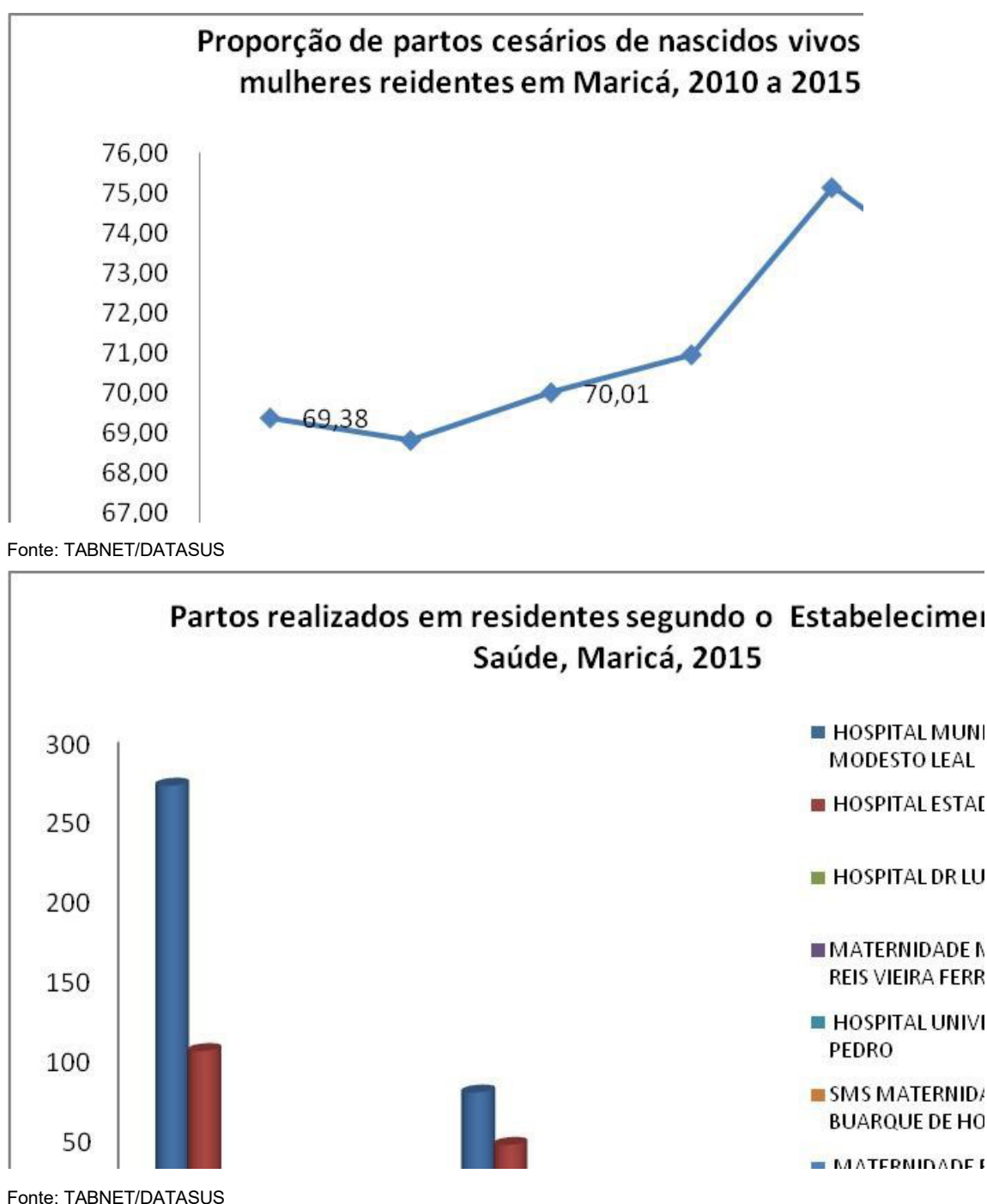
Alta – de 50 a 149/100.000 NV; Muito alta - < que 150/ 100.000 NV.

2.3.5. Proporção de partos

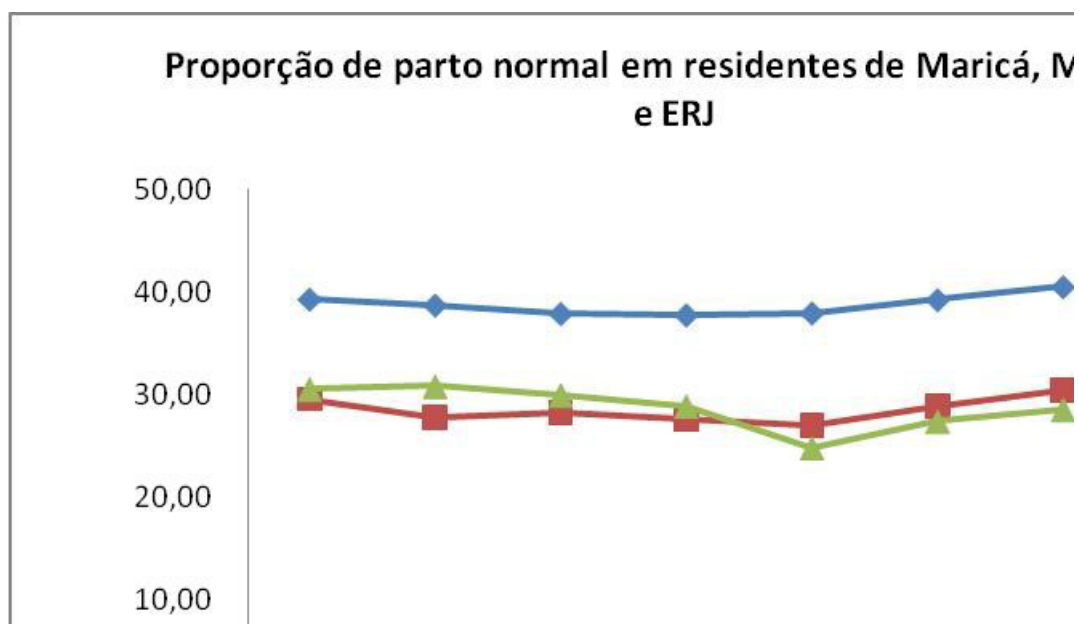
Maricá tem elevado percentual de partos cesáreos (**72,6%** na rede pública), embora a Organização Mundial da Saúde preconize taxa máxima de 10-15%. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos, pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte. Quando não tem indicação médica, a cesárea ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe (ANS,2015).A redução desta taxa, ainda que difícil, deve ser uma das metas do município, principalmente, baseada nas

Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, lançado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017.

Como podemos observar no gráfico abaixo, o estabelecimento de saúde que mais vem realizando os partos das mulheres residentes em Maricá é o Hospital Municipal Conde Modesto Leal, e que vem realizando uma proporção elevada de partos cesáreos em razão dos partos vaginais, apesar de ser uma maternidade referencia para partos de risco habitual, seguido pelo Hospital Estadual Azevedo Lima, cuja a maternidade é referencia para partos de alto risco na região.



A proporção de parto normal passou a fazer parte dos Indicadores para pactuação interfederativa 2017-2019 e uma das justificativas do Ministério da Saúde é a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Assim, espera-se que a cada ano os municípios possam ampliar o percentual de partos vaginais em torno de 15%. Em Maricá, este percentual (28,54%) não é muito diferente do que vem sendo realizado na Metropolitana II (30,43%), o que aponta a necessidade de estudo e organização regional junto ao Grupo Condutor da Rede Cegonha da Região de Saúde.

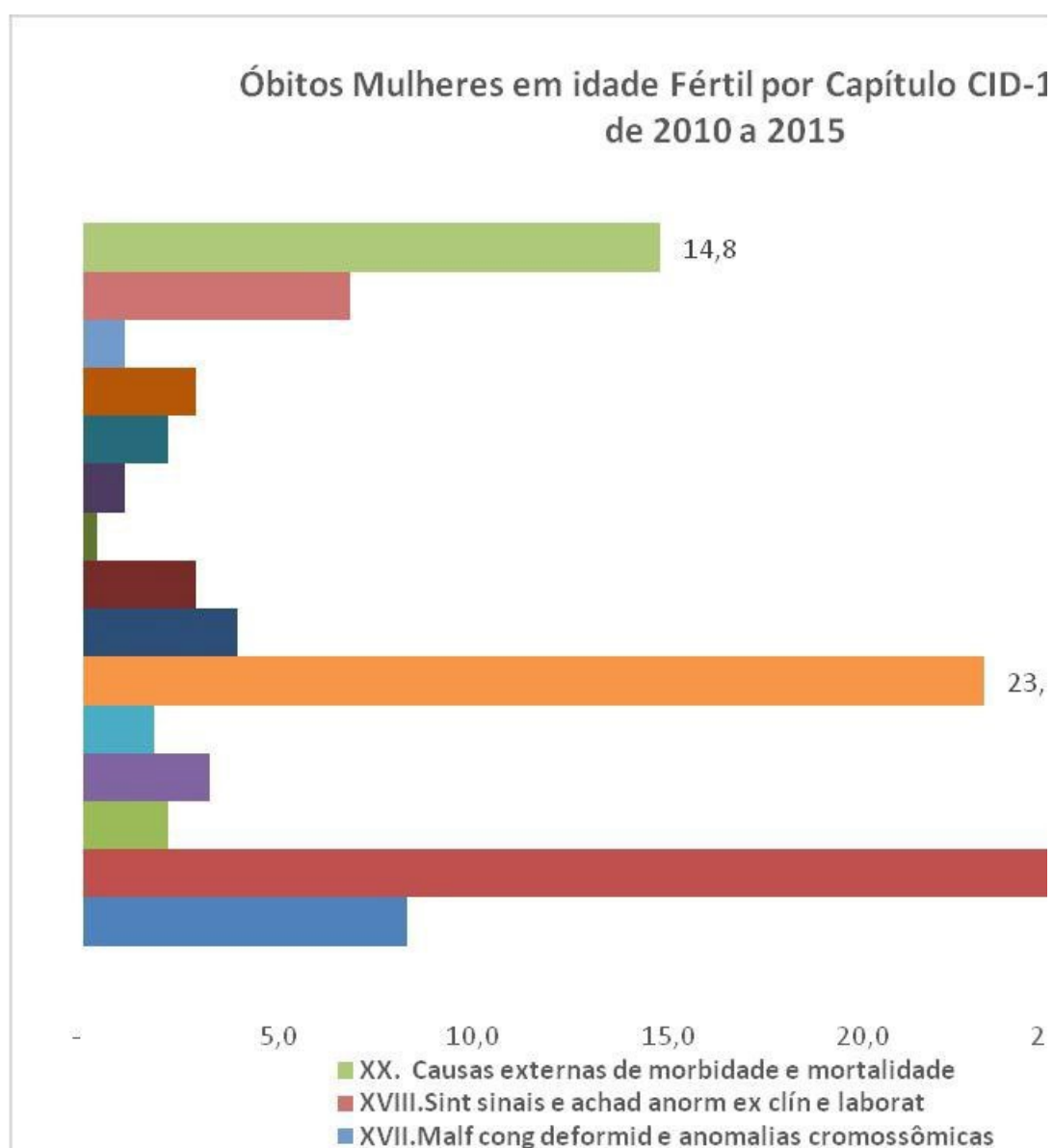


Fonte: TABNET/DATASUS

2.3.6. Óbitos de mulheres em Idade fértil

No período de 2010 a 2015 houve 277 óbitos de mulheres em Idade fértil, destes 25,3% as causas foram neoplasias malignas, das quais os principais motivos foram as neoplasias de mama, seguidas pelas de órgãos digestivos e as de órgãos genitais femininos. 23,1% dos óbitos as causas foram as doenças do aparelho circulatório onde os principais motivos foram as de doenças do coração isquêmicas ou não, seguidas pelas doenças cerebrovasculares. E a terceira causa foram as causas externas de morbi/mortalidade (14,8%), onde os principais motivos foram os

acidentes de transporte e as agressões. Este perfil nos mostra a necessidade de investimento ainda maior nas ações da rede de Atenção Básica, responsável pelas iniciativas de Promoção e Vigilância à Saúde, além das ações e medidas estratégicas de educação no trânsito e de ações de prevenção à violência doméstica. É possível perceber a necessidade de ampliar as Unidades de Saúde que podem realizar notificação de violências doméstica, sexual e outras, visto que em 2015 das 35 Unidades de Saúde cadastrada no CNES somente 14,29% notificaram e que em 2016, com 37 Unidades de Saúde somente 8,11% realizaram a notificação de violência (SinanNET,2017).



Como estratégia de monitoramento dos óbitos maternos, a investigação dos óbitos em mulheres em idade fértil permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Além disso, este indicador pode contribuir com a identificação de fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Em Maricá, 83,67% dos óbitos em mulheres em idade fértil, em 2015, foram investigados apontando as condições e as relações destes com o óbito materno, ofertando aos gestores informações para direcionar melhor as ações mais necessárias para evitar a mortalidade materna e outros eventos em mulheres em idade reprodutiva.

Óbitos mulheres idade fértil por Local ocorrência e Óbito investigado				
Maricá - 2010 a 2015				
Local ocorrência	Óbito investigado	Óbito não investigado	Total	%
Hospital	201	8	209	96,2
Outro estabelecimento de saúde	15	-	15	100,0
Domicílio	27	4	31	87,1
Via pública	10	1	11	90,9
Outros	10	1	11	90,9
Total	252	14	277	91,0
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM				

O **perfil de morbidade hospitalar** para Maricá, em 2016 apresenta como primeira causa de internação as Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e algumas doenças infecciosas e parasitárias, excluindo-se da análise as internações decorrentes do capítulo XV da CID (Classificação Internacional de Doenças), relacionado à gravidez, parto e puerpério. Se observarmos em relação ao sexo, o sexo masculino teve no grupo das lesões e envenenamento e algumas

outras consequências de causas externas uma quantidade significativamente maior (67%) em relação ao sexo feminino, considerando as principais causas de internação neste grupo a fratura de outros ossos dos membros teve 26% de pessoas na faixa etária de 20 a 29 anos e a fratura de fêmur 42% em pessoas maiores de 70 anos.

Já no grupo de internações das doenças do Aparelho circulatório, apesar do sexo masculino ainda ser o sexo de maior relevância, para as mulheres esta foi a primeira causa de internação, que desagregando foi possível identificar que a maioria dessas mulheres internaram por acidente vascular cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico nas faixas etárias de 60 a 79 anos, seguida de Insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio nas faixas etárias de 50 a 69 anos. A segunda causa de internação em mulheres foram as doenças do aparelho geniturinário como complicações da infecção urinária, cistites e alguns transtornos da bexiga, além da insuficiência renal. A faixa etária mais atingida foi às mulheres de 60 a 79 anos.

Os menores de 14 anos tiveram como as maiores causas de internação as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecto parasitárias e as afecções originadas do período perinatal. Este perfil é mais focado nas crianças até os cinco anos enquanto os maiores de cinco apresentam um quadro de internação onde as Lesões por envenenamento e algumas ou outras consequências das causas externas é a primeira causa de internação, seguida pelas doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho geniturinário.

Os motivos de internação causadas pelas doenças do aparelho respiratório, como as pneumonias bacterianas a bronquite e a bronquiolite aguda são morbidades comuns entre as crianças brasileiras, menores de 5 anos, justamente o quadro que encontramos em Maricá, pois apesar das crianças menores de cinco anos apresentarem maior susceptibilidade à hospitalização por tais enfermidades, em decorrência de sua vulnerabilidade biológica, a possibilidade da identificação oportuna de sinais e sintomas dessas doenças no contexto da Atenção Básica torna esse desfecho injustificável, pelos recursos de baixa densidade tecnológica que podem ser empregados.

Além disso, as afecções originadas do período perinatal detona a necessidade de maior acessibilidade ao pré-natal incluindo a qualidade da atenção a gestante, ao parto e ao recém-nato.

Os estabelecimentos de saúde que mais internam crianças de Maricá são: Hospital Municipal Conde Modesto Leal, de nosso município, seguido pelo Hospital Getúlio Vargas Filho, do município de Niterói e o Hospital Estadual Azevedo Lima, referencia regional para urgências em traumatologia.

É oportuno lembrar que as principais doenças apontadas no perfil de internação das crianças são as principais causas de ICSAP. Além disso, os diagnósticos mais frequentes encontrados em adultos dizem respeito às doenças do aparelho circulatório. Claramente, a prevenção e o controle dessas doenças têm relação direta com o desempenho dos serviços de atenção básica.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP é um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária. Ele pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde. Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários.

O percentual de internações sensíveis à Atenção Básica no município de Maricá tem diminuído nos últimos anos, apresentando um resultado melhor do que o atingido no âmbito estadual e regional. Maricá em 2016 alcançou um percentual de 23,64, enquanto a Região Metropolitana II atingiu 33,65 % de internações sensíveis à Atenção Básica.

4.4. IGILÂNCIA EM SAÚDE

4.4.1. Cobertura Vacinal

Este indicador corresponde ao percentual de menores de 2 anos vacinados e potencialmente protegidos contra doenças imunopreveníveis (com esquema completo de vacinação). As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual:

- A vacina Pentavalente, previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por *Haemophilus influenzae* hepatite B;
- A vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil;
- A vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e,
- A vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.

Maricá como mostra a tabela abaixo, vem apresentando oscilação de cobertura vacinal chegando em 2013 com 37,5% e em 2015 com 100%, no entanto, o dado preliminar de 2016 mostra declínio da cobertura (50%), este fato pode ter sido gerado por um lado, pela irregularidade de abastecimento de insumos e vacinas, por conta do não fornecimento de insumos e vacinas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde ou ainda pelas dificuldades do município para transportar tais insumos; pelas condições inadequadas de algumas salas de Imunização das Unidades de Saúde, e por fim, pela irregularidade de transmissão de dados ao Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SISPNI), por falta de informatização tanto das Unidades de Saúde e como de instancias gerenciais de nossa Secretaria de Saúde.

Este indicador inserido na Pactuação Interfederativa 2017-2021 sofreu mudança no método de cálculo em relação aos anos anteriores. Os anos de 2008 a 2015 foram calculados de acordo com o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. O ano de 2016 foi calculado preliminarmente com o novo método de cálculo.

Proporção de vacinas selecionadas do Calendário nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.

Região de Saúde/Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 preliminar*
Estado do Rio de Janeiro	56,52	58,70	41,30	55,43	64,13		40,22
Metropolitana II	57,14	57,14	57,14	42,86	57,14		14,29
Maricá	16,67	25,00	62,50	37,50	87,50	100,00	50,00

Fonte 2008-2014: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde (Informações geradas em 21/03/2016).

2015 e 2016: Secretaria de Estado de Saúde e Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SISPMI) (informações atualizadas em fevereiro de 2017)

4.4.2. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

Em 2014 conseguimos encerrar quase 85% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata, no entanto, em 2015 não encerramos nenhum caso e em 2016 o dado preliminar demonstra que atingimos 60%. Este fato é devido a paralisação do sistema SINAN durante 8 meses, aqui em nosso município, o que impossibilitou o envio dos dados notificados em tempo hábil.

Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

Região de Saúde/Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016* preliminar
Estado do Rio de Janeiro	78,97	79,74	79,66	80,91	79,25	74,58	76,32
Metropolitana II	77,11	81,63	83,49	91,97	74,10	62,50	64,00
Maricá	83,61	94,64	88,89	91,67	84,62	0,00	60,00

Fonte: SES-RJ/SVS/SVEA/ASINFO/SINAN. Bancos exportados em 25/01/2017.

4.4.3. IST/HIV/ AIDS e HEPATITES VIRAIS

O Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Maricá está localizado no bairro de Araçatiba e atendendo a população por demanda espontânea. Até dezembro de 2016, aproximadamente 390 pacientes com HIV/AIDS eram acompanhados, destes, 343 residentes de Maricá e o restante de outros municípios circunvizinhos. No atendimento as Hepatites Virais,

temos em tratamento e monitoramento um total de **302** pacientes e para outras IST – um total de **463** pacientes.

A mortalidade por AIDS é ainda é um problema para os soropositivos do HIV/AIDS, uma vez que milhões de pessoas vivem com o vírus do HIV e não conhecem sua situação sorológica, muitos recorrem ao tratamento de forma inesperada nas emergências dos hospitais, o qual já chegam em estado avançado da doença tornando as vezes inviável o tratamento da doença, pois as coinfecções e os baixos valores de CD4 e a carga viral alta, impossibilitam o tratamento. Outros simplesmente negligenciam o tratamento por vários fatores: emocional, econômico, social, racial entre outros.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica e o Programa de IST / AIDS, vêm buscando ampliar o acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico precoce com a implantação do teste rápido nas ESFs e UBSs, e a prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis. O trabalho desenvolvido pelo Programa de IST / AIDS no município conseguiu zerar a transmissão vertical do HIV, atualmente temos 12 (doze) crianças expostas ao HIV em monitoramento, mas não temos crianças menores de cinco anos infectados pelo HIV, desde o ano de 2000 o município não possui menores de cinco anos infectados, devido ao monitoramento, controle, vigilância e testagem as gestantes pela estratégia de oferecê-las 24 horas semanais o exame de testagem rápida no SAE de forma espontânea.

.Entre os anos de 2009 e 2016, foram diagnosticados 167 casos de HIV em residentes do município de Maricá, havendo maior número de casos em 2016 (67 casos) e o menor número de casos em 2014 (18 casos). Este número mostra um acréscimo na identificação do usuário com a implantação do diagnóstico precoce realizado através da demanda espontânea.

A proporção de usuários com carga viral de HIV indetectável/número total de usuários que realizaram carga viral em Maricá atingiu 74% em 2015, e 80% em 2016. O diagnóstico precoce e tratamento imediato impacta de forma positiva na cadeia de transmissão do vírus e melhoria das condições de saúde do paciente e o Ministerio da Saude orienta que haja umaumento em 20% dos pacientes com carga viral indetectável em um período de 01 ano. É esperado que após 6 meses do uso correto de TARV, a carga viral do paciente fique indetectável. A intervenção na cadeia de transmissão do vírus (quantidade de vírus indetectável, diminui em

praticamente zero a transmissão do vírus em situações de exposição, como ocorre por exemplo, na transmissão vertical quando a profilaxia é realizada adequadamente

Proporção de usuários com carga viral de HIV indetectável/número total de usuários que realizaram carga viral no período

Região/Município	2015	2016
Estado Rio de Janeiro	74,44%	76,84%
Metropolitana II	75,20%	78,27%
Maricá	73,86%	80,43%

Fonte: SISCEL. Dados atualizados em 01/02/2017 e sujeitos à revisão.

Em Maricá, no ano de 2014, o percentual de casos de hepatite C confirmados ou descartados através do marcador HCV-RNA dos casos notificados de Hepatite C com Anti-HCV reagente foi 37%, em 2015 chegamos a 86%, no entanto, o dado preliminar de 2016 chega a 50%. A meta preconizada pelo Ministério da Saúde é de 90%. Este indicador é importante para a confirmação e a notificação oportuna do diagnóstico de portador de hepatite C com a realização do exame HCV-RNA. É indispensável para iniciar sem atrasos a avaliação clínica e laboratorial da linha de cuidado, evitando assim que a doença progrida para suas formas graves e fatais. O tratamento da hepatite C permite a cura da grande maioria dos casos interrompendo a cadeia de transmissão através de ações de prevenção e investigação dos contactantes. O monitoramento sobre as notificações de hepatite C com confirmação laboratorial qualifica as ações das vigilâncias epidemiológicas municipais além de permitir um planejamento sobre a real demanda dos medicamentos antivirais e de assistência.

Percentual de casos de hepatite C confirmados ou descartados através do marcador HCV-RNA dos casos notificados de Hepatite C com Anti-HCV reagente

Região de Saúde/Município	2012	2013	2014	2015	2016 preliminar
Estado Rio de Janeiro	70,80%	78,10%	76,91%	75,71%	76,05%
Metropolitana II	76,74%	68,24%	70,00%	76,81%	76,76%
Maricá	66,67%	77,78%	37,50%	86,67%	50,00%

Fonte: SINAN/SES-RJ. Dados atualizados em 18/11/2016 e sujeitos à revisão

4.4.4. Sífilis Congênita

A partir do ano de 2015 podemos observar um aumento no número de casos, que reflete a melhoria da informação através do trabalho da equipe de Vigilância Epidemiológica junto aos Laboratórios prestadores de serviço que passaram a informar diretamente os exames positivos, como demonstra a subnotificação que vinha acontecendo e que ainda acontece.

O número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em Maricá, foi de 93 casos no período de 2009 a 2015. O número de casos foi de 2 em 2009, o menor do período, chegando ao maior número de casos em 2015 com 39 casos.

Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade

Região de Saúde/Município	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016* preliminar
Estado do Rio de Janeiro	1.474	1.535	2.248	2.661	2.947	3.624	4121	2183
Metropolitana II	119	127	143	216	283	407	628	374
Maricá	2	9	11	10	6	16	39	9

Fontes: SINAN/Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde

4.4.5. Hanseníase

Nos últimos anos, observamos que o coeficiente de detecção de casos novos em municípios de Maricá encontra-se reduzido. Isso poderia representar um avanço no combate à hanseníase, já que a meta do Plano de Eliminação da Hanseníase, é que haja menos de um caso de hanseníase para cada grupo de 10 mil habitantes até 2015. Entretanto, esta queda pode estar relacionada ao subdiagnóstico ou à subnotificação dos casos decorrente da rotatividade de profissionais na rede de saúde. Isso requer novas capacitações dos profissionais voltadas para a realização do diagnóstico, tratamento e vigilância da Hanseníase.

Sobre o coeficiente de detecção em usuários menores de 15 anos, não foi detectado nenhum caso novo em residentes no Município de Maricá, nos últimos anos. Este indicador é prioridade da política atual de controle da hanseníase no país, por indicar focos de infecção ativos e transmissão recente.

Entre os anos de 2009 e 2016, foram diagnosticados 87 casos novos de Hanseníase em residentes do município de Maricá, havendo maior número de casos em 2012 (16 casos) e o menor número de casos em 2015 (8 casos). Em 2015 a

proporção de cura entre os casos novos foi 91% e não tivemos abandono de tratamento.

SITUAÇÃO	PERÍODO					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de casos novos	10	13	12	16	10	20
Proporção de cura entre os casos novos	100%	84,62%	75%	87,50%	80%	100%
Proporção de abandono de tratamento entre casos novos	0%	15,38%	8,33%	6,25%	10%	0%
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados de casos novos	60%	93,55%	52,63%	91,67%	90%	80%

Fonte: Vigilância Epidemiológica- SMS Maricá

Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Região de Saúde/Município	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 preliminar
Estado do Rio de Janeiro	83,91	84,69	88,44	91,02	89,13	88,08	87,17	81,68
Metropolitana II	87,22	85,02	91,48	93,10	90,26	92,65	91,73	81,43
Maricá	100,00	90,00	83,33	92,31	78,57	100,00	91,67	100,00

Fontes: 2008-2014: Banco SINAN / Ministério da Saúde (Informações geradas em 11/04/2016)
2015-2016: Banco SINAN / Ministério da Saúde (informações geradas em fevereiro/2017)

4.4.6. Tuberculose

No período de 2009 a 2016 tivemos 515 casos notificados. O ano de maior número de notificações foi em 2015, com 98 casos, o que pode estar atribuído a capacitação em notificação, diagnóstico e tratamento realizadas naquele ano junto as equipes da Estratégia de Saúde da Família, já que nos anos anteriores não havia chegado a mais de 70 casos notificados.

O aumento da cura e a redução do abandono têm relação direta com a diminuição da incidência da tuberculose. A Organização Mundial de Saúde preconiza, de acordo com estudos realizados, que seja preciso atingir, para os casos novos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva, pelo menos 85% de cura e no máximo 5% de abandono, para que comece a diminuir a incidência da doença. Em Maricá, a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera tem alcançado valores ainda muito distantes desta meta preconizada, como podemos observar no quadro abaixo, onde no ano de 2014, alcançou cura, dos

casos novos pulmonares positivos, de 61,54% e vem apresentando uma redução na taxa de abandono como coloca a Coordenação do Programa.

A proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose atingiu 66% e 87% em 2014 e 2015 respectivamente, o que demonstra uma tendência ao crescimento de realização dos exames, que podemos atribuir aos testes rápidos realizados no SAE por demanda espontânea e a estratégia de descentralização dos testes junto às equipes de Saúde da Família.

Frequência de Notificação segundo o Ano

Ano da Notificação	Frequência
2009	59
2010	66
2011	56
2012	40
2013	57
2014	68
2015	98
2016	71
Total	515

Fonte: SINAN

Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Região de Saúde/Município	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015* Preliminar
Estado do Rio de Janeiro	68,10	68,16	71,61	69,79	67,21	68,39	65,03
Metropolitana II	75,47	76,57	72,51	67,26	68,37	67,11	65,22
Maricá	69,57	73,33	83,33	72,22	69,23	61,54	65,00

Fonte: SINAN em 06/02/2017

Proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose

Região de Saúde/Município	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 Preliminar
Estado Rio de Janeiro	50,21	54,79	60,35	65,48	69,74	71,20	77,05	72,96
Metropolitana II	54,43	56,41	58,29	61,79	57,84	57,84	70,85	60,36
Maricá	23,64	13,56	43,86	47,37	78,57	65,67	86,67	72,41

Fonte: 2008-2014: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde (Informações geradas em 21/03/2016). 2015-2016: SINAN em 06/02/2017

4.4.7. Notificação de Violências

Existe necessidade de ampliar as Unidades de Saúde que devem notificar as violências doméstica, sexual e outras, visto que em 2015 das 35 Unidades de Saúde cadastrada no CNES somente 14,29% notificaram e em 2016, com 37 Unidades de Saúde somente 8,11% realizaram a notificação de violência (SinanNET,2017). Além disso, as violências como agressões aparecem nas causas de morbimortalidade, sendo que nos homens mais jovens e nas mulheres em idade fértil. Destacamos que a prevenção das violências e promoção da cultura da paz é uma das pautas prioritárias no setor saúde

Proporção de unidades de saúde que atendem ao SUS que realizam notificação de violência, doméstica, sexual e outras violência

Região de Saúde/Município	2015 numerador	2015 denominador	2015 proporção	2016 numerador	2016 denominador	2016 proporção
Metropolitana II	62	401	15,46	58	436	13,30
Maricá	5	35	14,29	3	37	8,11

Fonte: 2008-2014: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde (Informações geradas em 21/03/2016). 2015-2016: SINAN em 06/02/2017

4.4.8. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Nos últimos anos tem sido abaixo a média do Estado do Rio de Janeiro do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Em 2014 Maricá atingiu 28% e o ERJ 60%, em 2015 Maricá atingiu 38% e o ERJ 63%. Além disso, a meta nacional é que possamos acompanhar na Atenção Básica 73% dos beneficiários do PBF nas condicionalidades de saúde. Este fato pode estar relacionado a indisponibilidade de carro para visitas de apoio e monitoramento às unidades, a inexistência de material gráfico (planilhas do PBF, formulários do SISVAN, folders de orientação nutricional, banners de divulgação) além da falta de carro de som como um instrumento coadjuvante na chamada dos beneficiários do PBF nos bairros onde temos famílias acompanhadas nas últimas semanas da vigência.

**Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde
do Programa Bolsa Família**

Região de Saúde/Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016* preliminar
Estado do Rio de Janeiro	42,78	50,18	53,33	59,10	60,38	62,93	61,40
Metropolitana II	35,43	49,05	42,07	47,13	42,03	49,18	52,00
Maricá	46,20	34,52	32,86	32,62	27,79	38,44	46,93

Fontes: Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF - DATASUS/MS (atualizado em fevereiro/2017)

4.4.9. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária está inserida na Coordenação de Vigilância em Saúde, exercendo a fiscalização de produtos e serviços, através de uma equipe multiprofissional composta por veterinários, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionista e arquiteto. Esta equipe trabalha integrada com os diversos setores da Prefeitura, estabelecendo contato com as equipes de Vigilância em Saúde que atuam junto ao Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Coordenação das Escolas Estaduais e Municipais, Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria de Ação Social entre outras que, notificam imediatamente a Vigilância Epidemiológica e Sanitária a ocorrência de agravos de relevância para a Saúde Pública. Essa equipe multiprofissional de fiscalização sanitária promove fiscalização, licenciamento de estabelecimentos de: alimentos, medicamentos e serviços de saúde.

O indicador proposto pelo Ministério da Saúde no Rol dos indicadores da Pactuação Interfederativa para avaliar o nível de implementação das ações de vigilância sanitária avaliando sua efetividade é que cada município realize no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios. Assim, esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (I) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (II) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (III) atividades educativas para população; (IV) atividades educativas para o setor regulado; (V) recebimento de denúncias; (VI) atendimento de denúncias; e (VII) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

Em Maricá o percentual de grupos de ações realizadas (no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária) em 2014 foi 71%, no entanto, a partir de 2015 atingimos 100%.

Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano

Região de Saúde/Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 preliminar
Estado do Rio de Janeiro *	6,52	8,70	8,70	14,13	30,43	28,26	52,17
Metropolitana II *	14,29	14,29	14,29	14,29	28,57	42,86	85,71
Maricá	57,14	-	71,43	71,43	71,43	100,00	100,00

Fontes:2010-2015: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde (Informações geradas em 21/03/2016)2016: Sistema de Informações Ambulatoriais (Informações geradas em fevereiro/2017)

4.4.10. Qualidade da água utilizada para consumo humano

O monitoramento de vigilância da água consiste em avaliar, continuamente, a qualidade da água consumida pela população, permitindo a identificação de fatores de riscos e a definição de estratégias de melhoria da situação existente, além do acompanhamento dos impactos resultantes das medidas implementadas.

Este indicador possibilita verificar se o tratamento da água está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial à vigilância da qualidade da água para consumo humano.

A proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, em Maricá, vem apresentando grande oscilação tendo a menor proporção em 2011(11%) passando em 2014 para 51% e chegando a 36% em 2016. Para avaliarmos esses índices alcançados faz-se necessário considerar a disponibilidade de recursos existentes, como rede de laboratórios, recursos humanos qualificados, respaldo financeiro, facilidades de transportes, e outros.

As ações de vigilância da qualidade da água são de grande abrangência e complexidade. Portanto, exigem equipes multidisciplinares que detenham conhecimento nas áreas de engenharia e saúde pública, para que possam realizar no mínimo, propostas de medidas de melhoria dos sistemas e soluções coletivas e individuais de abastecimento, análises do perfil epidemiológico das comunidades abastecidas, além de projetos de educação sanitária e ambiental, entre outras.

Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Região de Saúde/Município	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016* preliminar
Estado do Rio de Janeiro	16,75	30,65	38,44	45,56	46,14	69,38	50,71	74,57
Metropolitana II	23,15	37,05	25,89	31,65	34,24	48,85		
Maricá	-	15,31	11,02	19,30	16,44	51,63	36,33	20,00

Fontes: Até 2015: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde. 2015 e 2016: Dados retirados do SISAGUA em 25/01/2017.

4.4.11. Proporção de animais vacinados

A raiva é uma doença infecciosa, que acomete todos os mamíferos, é causada por um vírus que atua no sistema nervoso e quase sempre é fatal. Os cães são animais importantes na epidemiologia da doença e sua vacinação é uma das estratégias de prevenção utilizadas pelos serviços de saúde

Assim no controle da raiva em animais, o principal mecanismo de controle adotado, são as campanhas de vacinação de cães, tendo como meta a imunização de 80% da população canina estimada e execução em curto espaço de tempo, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

A proporção de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica em Maricá foi 83% em 2014. Em 2015 não enviamos dados da campanha para o sistema de informação estadual e nacional devido às dificuldades com a informatização dos serviços em nosso município e da alimentação do SI-PNI como preconizado pelo MS.

Proporção de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica

Região de Saúde/Município	2012	2013	2014	2015	2016
Estado do Rio de Janeiro	53,01	67,29	29,92	0,00	81,94
Metropolitana II	74,78	70,42	34,90		
Maricá	165,20	101,28	83,36	0,00	81,94

Fontes: 2012-2014 Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde. (Informações geradas em 21/03/2016) 2015-2016 SIPNI (Informações geradas em fevereiro de 2017)

4.4.12. Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue

As ações de controle vetorial da dengue devem ser realizadas, prioritariamente, em imóveis situados em áreas urbanas ou povoadas com

características urbanas, de municípios que apresentem infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti*, persistente, no mínimo, por 1 ano ou com histórico de transmissão.

Objetivo do Indicador é avaliar imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado, assim, os imóveis visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, posteriormente, pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), a título de complementação, deverão ser registrados apenas como uma única vez.

A meta definida pelo MS é que 4 ciclos, dos 7 preconizados, tenham no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Como podemos observar na tabela abaixo, Maricá vem realizando 4 ciclos, no entanto, nenhum atingiu 80% como preconizado.

Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue

Região de Saúde/Município	2013	2014	2015	2016 preliminar
Estado do Rio de Janeiro*			24 (26,1%)	63 (68,5%)
Metropolitana II				
Maricá		3	4	4

FONTES: (1) SES-RJ/SVS/SVEA/ASINFO/SMA-RH (DADOS 2015) /
(2) SES-RJ/SVS/SVEA/ASINFO/PNEM (DADOS 2016).

4.4.13. SAÚDE DO TRABALHADOR

O artigo 200 da Constituição Federal versa sobre a competência do SUS acerca da Saúde do Trabalhador, assim, cabe ao SUS executar as ações de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido “o do trabalho”.

A Saúde do Trabalhador consiste segundo a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990, num conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como sua recuperação e reabilitação.

Em Maricá a Saúde do Trabalhador compreende os seguintes serviços:

A VISATT – Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi implantada e legitimada no ano de 2005, aprovada em 27 de agosto de 2008 pelo Conselho Municipal de Saúde e consta no Organograma da Saúde publicado no JOM – Jornal Oficial de Maricá de 04 de maio de 2009, ano III – Edição 147.

A partir daí observou-se a necessidade em se criar outros serviços como a Clinastt e o Nussemm para dar conta da demanda que foi surgindo.

Clinastt – Clínica de Acolhimento em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, aprovada em 27 de agosto de 2008 pelo Conselho Municipal de Saúde, foi elaborada para ser referência para a rede de saúde pública e privada, acolhendo a demanda referenciada e espontânea de todos os trabalhadores do nosso município, além de contribuir com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde deles. Foram realizados de 2014 a 2016: 1.132 procedimentos.

NUSSEMM/SAÚDE – Núcleo de Saúde do Servidor Municipal de Maricá da saúde, implantado em 15/05/2014, tem o objetivo de cuidar da saúde de quem cuida, com uma abordagem preventiva, valorizando cada trabalhador e qualificando a assistência à população, porque ações de políticas de humanização na saúde significa que os indivíduos podem sofrer mudanças positivas, pois profissionais capacitados qualificam o sistema de saúde. Todos os funcionários da saúde, independente do vínculo empregatício, estatutário, comissionado ou contratado são acolhidos pelo Núcleo. Planejamos ampliar tal serviço para outras Secretarias. São realizados: grupoterapêutico, ginástica laboral, consultas com profissionais: de enfermagem, de medicina do trabalho, de psiquiatria, de fisioterapia e de psicologia. Foram realizados de 2014 a 2016: 2.163 procedimentos.

Devido a boa estrutura apresentada pela Saúde do Trabalhador, nosso município, passou a sediar o CEREST METRO II.2, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Região Metropolitana II.2, desde 2009 . Ele abrange alguns municípios da Região Metropolitana II: Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim. Segundo a PM Nº 1.679/2002, o Cerest deve prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS para os municípios de sua abrangência.

Considerando os quadros abaixo, é de extrema importância estruturar e manter os serviços de Saúde do Trabalhador.

No período de 2012 a 2016 as notificações por acidente de trabalho apontaram para um número significativo onde em 2014

Distribuição das notificações de agravos, segundo ano do acidente, Maricá, 2012 - 2016

Ano do acidente	Graves	Simples
2012	95	556
2013	98	398
2014	122	298
2015	122	331
2016	124	192
Total	561	1.775

Fonte: SINAN

TIPO DE AGRAVO	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL POR AGRAVO
AT Exposição a Material Biológico	16	23	26	14	23	102
LER/DORT	08	21	33	27	16	105
Transtorno Mental Rel Trabalho	-	-	-	-	03	03
Intoxicação Exógena	-	-	01	-	-	01
Acidente de Trabalho Grave	59	39	56	75	79	308
AT com Crianças e Adolescentes	12	11	05	04	02	34
AT Animais Peçonhentos	-	01	-	-	-	01
Dermatoses	-	01	-	-	-	01
Acidente de Trabalho Fatal	-	02	-	02	01	05
Violência Relacionada ao Trabalho	-	-	01	-	-	01
TOTAL POR ANO	95	98	122	122	124	561
FONTE: SINAN						

3. DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) caracteriza a rede assistencial do município com base na descrição dos estabelecimentos de saúde existentes. Em Maricá são descritos **100** estabelecimentos, considerando

assistência básica, especializada e hospitalar, além das unidades de apoio diagnose e terapia. Quanto à natureza administrativa, **44** são unidades públicas e **56** privadas, das quais os consultórios isolados correspondem a **70%**, as clínicas especializadas a **35 %** e as de apoio diagnose e terapia a **18 % (tabela abaixo)**.

Número de Estabelecimentos de Saúde por Tipo e Prestador em Maricá, 2017

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Total
Centro de Atenção Psicossocial	2	-	-	2
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	22	-	-	22
Central de Gestão em Saúde	1	-	-	1
Central de Regulação do Acesso	1	-	-	1
Clínica/Centro de Especialidade	5	1	13	19
Consultório Isolado	-	-	35	35
Hospital Geral	1	-	-	1
Posto de Saúde	4	-	-	4
Pronto Atendimento	1	-	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	-	9	9
Unidade de Vigilância em Saúde	2	-	-	2
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar. (Urgência/Emergência)	3	-	-	3
Total	43	1	57	100

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES



Fonte: RAG, 2015

3.1. ATENÇÃO BÁSICA

A Rede de Atenção Básica está organizada de acordo com as áreas distritais do município e é constituída por: Equipe da Estratégia Saúde da Família, Posto de Saúde e Ambulatório Municipal de Especialidades Médicas. A saber:

- 01 Ambulatório de Especialidades;
- 06 Postos de Saúde;
- 21 Equipes de Saúde da Família

O território da cidade encontra-se dividido em 04 áreas distritais. As Equipes Saúde da Família são as ordenadoras do processo de cuidado em saúde, sendo responsáveis pelo atendimento dos usuários de seu território assistencial. A Atenção Básica no município tem crescido nos últimos anos gradualmente, porém, há alguns nós-críticos que precisam ser vencidos na rede de serviços. O primeiro deles é a falta de contra referência das consultas pela Atenção Especializada, a estrutura física precária de boa parte das Unidades Básicas de Saúde e a inexistência de sistema de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, problemáticas essas que tem embarreado os dispositivos da Atenção Básica como os principais regulamentadores da rede. Desde 2017, tem iniciado na rede a informatização de todas as Unidades de Saúde com a utilização do sistema *VITACARE* que permitirá a implantação do prontuário eletrônico e o gerenciamento do sistema das necessidades de consultas de especialidades e exames será de competência da Central de Regulação Municipal pelo SISREG.

A distribuição da população por região revela que a Região de Planejamento com maior proporção de assistidos pela Atenção Básica é o distrito de Ponta Negra com 85,47% da população residente. Estes dados nos possibilitarão organizar melhor a distribuição de serviços e insumos para melhor atender as necessidades de cada grupo populacional residente em cada Distrito.

Tabela - Constituição da Rede Básica de Saúde do Município de Maricá

Regiões Distritais, bairros de abrangência	Unidade Saúde da Família	Posto de Saúde	Ambulatório	CAPS e SRT
I – Sede Centro, Flamengo, Mumbuca, Itapeba, Parque Nancy, Ponta Grossa, São José de Imbassaí, Barra de Maricá, Restinga de Maricá, Zacarias, Retiro, Camburi, Caxito, Ubatiba, Araçatiba, Jacaroá, Marquês de Maricá, Condado de Maricá, Lagarto, Pilar, Pindobas e Silvado População residente: 66.393 Percentual de cobertura: 33,88%	PSF - Ubatiba	PS – São José PS – Central	Ambulatório Municipal de Especialidades	CAPS AD CAPS SRT SRT
	PSF – Retiro			
	PSF – São José I			
	PSF – São José II			
	PSF – Barra			
	PSF – Mumbuca			
	PSF – Ponta Grossa			
II – Ponta Negra Manoel Ribeiro, Pindobal, Jardim Interlagos, Guaratiba, Balneário Bambuí, Cordeirinho, Ponta Negra, Bananal, Espraiado, Jaconé, Caju e Vale da Figueira População residente: 15.967 Percentual de cobertura: 85,47%	PSF – Guaratiba	PS – Ponta Negra		
	PSF – Bambuí			
	PSF – Marinelândia			
	PSF – Espraiado			

III – Inoã Cassorotiba, Chácara de Inoã, Inoã, Calaboca, Santa Paula e Spar População residente: 26.453 Percentual de cobertura: 57,59%	PSF – Inoã I(2 equipes)	PS – Inoã		
	PSF – Inoã II			
	PSF – Chácara de Inoã			
	PSF – Santa Paula			
IV – Itaipuaçu Recanto de Itaipuaçu, Praia de Itaipuaçu, Jardim Atlântico Oeste, Jardim Atlântico Central, Jardim Atlântico Leste, Cajueiros, Barroco, Rincão Mimoso, Itaoaia Valley e Morada das Águias População residente: 41.064 Percentual de cobertura: 34,10%	PSF – Recanto	PS – Itaipuaçu		
	PSF – Jardim			
	PSF – Jardim Atlântico I			
	PSF – Jardim			
	PSF – Jardim Atlântico II			
	PSF – Santa Rita			

Fonte: Portal da Cidade de Maricá/IBGE Censo 2010. Sistema de Informação E-CIDADES

* Dados referentes à produção de 2016 e estão sujeitos a alteração

Atualmente, 46,04% da população do município é coberta pela Estratégia de Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família tem instaladas 21 Equipes de Saúde da Família, 6 Equipes de Saúde Bucal e conta com 137 Agentes Comunitários de Saúde. Considerando as equipes parametrizadas (Postos de Saúde) o município alcança um território assistencial pela Atenção Básica de 74,72% da população, equivalendo a 111.990 habitantes cobertos pelos serviços da Atenção Básica.

3.1.1. Postos de Saúde e Unidades de Saúde

No município de Maricá existe um traçado assistencial peculiar, pois em cada área distrital há pelo menos um Posto de Saúde de referência para diversas especialidades, como: cardiologista, cirurgião dentista, endocrinologista,

ginecologista/obstetra, pediatra, clínico geral, psiquiatra, psicólogo clínico geral, dermatologista, nutricionista, gastroenterologista, ortopedista,

O Posto de Saúde Ildefonso G. Ferreira oferta os seguintes serviços para a Atenção Básica: Saúde do Trabalhador, Atenção à Saúde do paciente com Tuberculose, Serviço de Pré-Natal, Parto e Nascimento, Banco de Leite, Imunização além do atendimento clínico a diversas especialidades.

O CDT – Enfermaria Maria Ivonilda Rodrigues Coelho apesar de dispor de uma série de serviços que compõem a assistência especializada, o presente dispositivo da RAS oferta os seguintes serviços da rede básica: atendimento psicossocial, Núcleo de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência, controle de tabagismo, Atenção à Saúde do paciente com Hanseníase, Serviço de Fisioterapia e Fonoaudiologia.

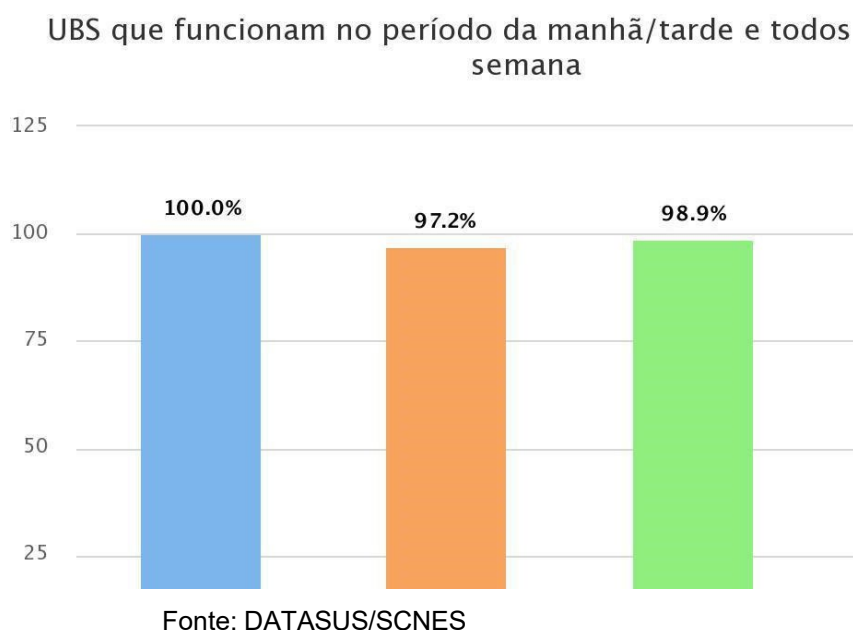
3.1.2. Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família tem como seu objetivo basilar organizar as linhas de cuidado por ciclo de vida, que se iniciam desde a assistência pré-natal, passando pela saúde da criança, do adolescente, do adulto até aquelas relacionadas às doenças do envelhecimento, monitoradas para o alcance de metas pactuadas com o Ministério da Saúde.

Atualmente, 46,04% da população do município é coberta pela Estratégia de Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família tem instaladas 21 Equipes de Saúde da Família, 6 Equipes de Saúde Bucal e conta com 137 Agentes Comunitários de Saúde. Considerando as equipes parametrizadas (Postos de Saúde) o município alcança um território assistencial pela Atenção Básica de 74,72% da população, equivalendo a 111.990 habitantes cobertos pelos serviços da Atenção Básica.

O município de Maricá possui 1 Coordenador da Estratégia Saúde da Família, Postos de Saúde, Unidades Básicas e uma equipe de supervisão: médica, enfermagem e administrativa. O coordenador tem como objetivo coordenar e supervisionar os trabalhos e atuação dos profissionais nas unidades da Estratégia de Saúde da Família e dos Postos de Saúde; elaborar o plano de implantação/expansão/implementação das unidades; monitorar e avaliar o processo de implantação das unidades e seu impacto em parceria com os setores afins;

acompanhar a supervisão geral da ESF no que diz respeito à normatização e organização da prática da atenção básica em saúde, garantindo a integralidade e a intersetorialidade; acompanhar a estruturação da rede básica na lógica da ESF e UBS; garantir junto à gestão municipal os recursos materiais para o desenvolvimento das ações; articular outros setores da Secretaria Municipal de Saúde visando à integração e contribuição desses com as ESF e UBS.



A supervisão tem a atribuição de fiscalizar o gerenciamento do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, garantir apoio nas demandas administrativas advindas de cada unidade e dar suporte para as questões técnicas cotidiano do processo de cuidado em saúde.

Nas Unidades, as equipes da Estratégia de Saúde da Família desenvolvem atividades alternadas de campo e consultório desenvolvendo atividades de atribuição da atenção básica. O enfoque integral à família é princípio primordial da Estratégia de Saúde da Família. Essa abordagem deve estar fundamentada em uma visão ampliada do processo saúde-doença compreendendo as famílias em seu contexto socioeconômico e cultural.

No campo da promoção da saúde, a busca na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar, envolve o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares, bem como em outras redes sociais. Neste sentido, o processo de trabalho das equipes permite aos profissionais vivenciar o ambiente domiciliar dos usuários e conhecer os riscos à que estão expostos, pactuando linhas de cuidado à saúde de forma integral.

As ações de planejamento, administração e gerência permitem as equipes qualificarem o seu desempenho, elevando a eficácia e eficiência do processo de trabalho no desenvolvimento de ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde. O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica em muito tem contribuído para alavancar o exercício do planejamento no processo de trabalho das equipes.

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Os valores do repasse mensal do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de Atenção Básica Variável, deste segundo ciclo, foram definidos pelas Portarias N° 562, de 4 de abril de 2013 e Portaria N° 1.234, de 20 de junho de 2013.

O município de **MARICÁ** no terceiro ciclo do programa (2015) cadastrou as seguintes equipes:

Resultado de adesão ao terceiro ciclo.

ESF/EAB	ESB/EABSB	NASF	CEO
19	6		

Fonte: Nota Técnica/EGESTOR AB

Resultado da certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	2	12,5
Desempenho acima da média	9	56,3
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	5	31,3
Insatisfatória	0	0,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Nota Técnica/EGESTOR AB

Resultado da certificação das equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	0	0,0
Desempenho acima da média	0	0,0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	4	80,0
Insatisfatória	1	20,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Nota Técnica/EGESTOR AB

Resultado da certificação das equipes do NASF que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	0	0,0
Desempenho acima da média	1	100,0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	0	0,0
Insatisfatória	0	0,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Nota Técnica/EGESTOR AB

3.1.3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O município possui duas equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde, atuando na ação interdisciplinar e intersetorial, além de ações de educação permanente em saúde dos profissionais, promovendo junto a população, a integralidade da atenção, a participação social, a promoção da saúde e a humanização. Atualmente, há duas equipes de NASF Tipo I cadastradas no sistema, porém somente uma habilitada e a outra em processo de habilitação.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Buca

Unidade Geográfica: Município - MARICÁ/RJ

Competência: Maio de 2017

UF	Município	Equipe de Saúde Bucal	Núcleo de Apoio à Saúde da Família						
		Modalidade I	Nasf Tipo 1				Nasf Tipo 2		
		Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde

3.1.4. Consultório de Rua

Visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua.

Situação do município em relação à implantação e valor do repasse para os Consultórios na Rua.

Equipes CnaR Modalidades	Credenciados em portaria da Atenção Básica	Implantada	Valor Repasse Mensal
I	-	-	-
II	1	1	27.300,00
III	-	-	-

Fonte: Nota Técnica/EGESTOR AB

A equipe realiza as seguintes atividades:

1. Clínica Ampliada (onde participa a equipe do Consultório de Rua, junto com as equipes do CAPS, CAPS AD, SAPAD, SEAS, IST, SAE e Saúde do Homem)
2. Educação em Saúde
3. Aconselhamento e prestação de serviços em IST/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase
4. Redução de danos
5. Direitos Humanos

6. Atendimento, Acompanhamento de problemas clínicos e prevenção de agravos e doenças (IST/HIV/AIDS, Hepatites Virais, Uso de Drogas, Tuberculose, Violência e dentre outros)
7. Atenção em Saúde Mental, Álcool e outras drogas
8. Saúde Bucal
9. Realização de cuidados primários no espaço da rua (higiene pessoal e do local, curativos aferição de PA e HGT)
10. Imunização
11. Encaminhamento para a coleta de exames de tuberculose, laboratoriais e de imagem
12. Distribuição de insumos (preservativos, materiais educativos)
13. Realização e acompanhamento de pré-natal (caso haja alguma gestante)
14. Visitas domiciliares (quando há domicílio do mesmo e de familiares, esta é realizada quando temos carro)
15. Encaminhamento e acompanhamento dos usuários em serviços de saúde de assistência social e outros.

3.1.5. Brasil Sorridente - Ações de Saúde Bucal

O Brasil Sorridente é um programa da Política Nacional de Saúde Bucal que visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS). O município de MARICÁ apresenta cobertura de Saúde Bucal de 19,43 %. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de 13,81 %.

Situação atual da implantação das Equipes de Saúde Bucal.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
eSB - I	68	9	6	13.380,00
eSB - II		0	0	0,00

Fonte: Nota Técnica/EGESTOR AB

A assistência à Saúde Bucal é oferecida nos seguintes locais:

1. No anexo ao Hospital Municipal Conde Modesto Leal (o prédio à direita da rampa de entrada), de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.
2. Nas unidades de Saúde da Família :
 - Bambuí
 - Barra de Maricá
 - Guaratiba
 - Jardim Atlântico I
 - Ubatiba
 - Inoã II

3.1.5.1. Centros de Especialidades Odontológicas – CEO

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. O presente dispositivo oferece as especialidades de Bucomaxilofacial, odontopediatria, endodontia (canal), periodontia, cirurgia oral menor. Os pacientes são agendados no CEO por meio de ficha de referência após a consulta nas unidades básicas, hospital, UPA e Unidades da Saúde da Família.

A coordenação da Saúde Bucal concentra as ações na educação permanente das equipes e na avaliação dos serviços e da atenção aos usuários, além de elaborar, acompanhar e coordenar a implantação e implementação dos manuais de normas e rotinas e subsidiar o processo de implantação e implementação de planos, projetos e programas de saúde na área saúde bucal.

O quadro abaixo apresenta a situação de implantação por modalidade e financiamento do CEO no município de Maricá.

Situação atual da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas

CEO Modalidades	Implantado (em funcionamento)	Repasse Mensal custeio	Observação: valor do incentivo
I	1	8.250,00	-
II	0	0,00	-
III	0	0,00	-

Fonte: Nota Técnica/EGESTOR AB

3. 2. POLÍTICAS E PROGRAMAS QUE COMPÕEM AS LINHAS DE CUIDADO

3.2.1. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), denominadas pela Organização Mundial de Saúde como Medicinas Tradicionais e/ou Complementares, foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. As práticas integrativas e complementares trazem, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso à práticas de cuidado que tem em sua essência um outro olhar sobre o indivíduo e sobre o processo saúde-doença.

No município de MARICÁ existem 2 estabelecimentos que ofertam serviços de PICs, destes: um oferta acupuntura, e o outro práticas corporais/atividade física. A fitoterapia, outras técnicas em medicina tradicional chinesa, homeopatia, termalismo social crenoterapia e medicina antroposófica não são ofertadas a população ainda. O valor aprovado em (2016) para pagamento dos procedimentos de PICs foi de R\$ 19.469,00, sendo R\$ 5.369,00 para sessões de acupuntura e R\$ 14.100,00 para consultas médicas em acupuntura e homeopatia.

(SIA, Janeiro a Dezembro de 2016) e (CNES, Dezembro de 2016)

3.2.2. Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, normatizado pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, e redefinido pela Portaria nº 1.707/GM/MS, de 26 de setembro de 2016, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, denominados polos.

Os polos são espaços públicos de saúde da Atenção Básica construídos ou designados para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa. O polo deverá estar localizado na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica, compondo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

O município MARICÁ está habilitado para a implantação do Programa por meio de construção de polo ou polo identificado como similar ao Programa Academia da Saúde. O município ao longo dos últimos anos tem encontrado dificuldades na implantação do programa. Desde 2011, quando três (03) propostas foram habilitadas para Maricá e até o momento, as construções não foram concluídas. A última gestão teve muitos problemas com as empresas que assinaram o contrato para executar as obras, muitas desistiram do andamento das obras e não são mais localizadas no endereço que deram no pleito licitatório e digitado no contrato. Atualmente, há uma comissão municipal para conduzir essa situação e discute-se a possibilidade de fazer outra licitação. Segue quadro abaixo que explicita cada proposta contemplada e o valor repassado por cada um.

Informações referentes à implantação do Programa Academia da Saúde com construção de polo(s).

Ano de habilitação da proposta de construção	Número da proposta	Situação da obra	Valor empenhado	Valor Pago	Situação para o custeio
2011	29131075000111004	Obra iniciada	R\$ 180.000,00	R\$ 144.000,00	Não apto
2011	29131075000111003	Obra iniciada	R\$ 80.000,00	R\$ 64.000,00	Não apto
2011	29131075000111005	Obra iniciada	R\$ 180.000,00	R\$ 144.000,00	Não apto

Fonte: Fundo Nacional de Saúde e Sistema de Monitoramento de Obras

3.2.3. Programa de Tabagismo

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, motivando fumantes a deixarem de fumar e permitindo o acesso do mesmo ao tratamento da dependência da nicotina.

O programa visa a conscientização das crianças e jovens sobre os riscos do tabaco, oferece apoio aos participantes para o abandono do fumo, com informações e estratégias para ajuda-los e seus próprios esforços. Para evitar ou reduzir os efeitos da abstinência, o programa promove a reposição de nicotina via medicamentos, entre os quais o adesivo, as pastilhas e a goma. O paciente participa de quatro sessões de grupo (de 1h cada), uma vez por semana, onde recebem atenção individual, orientações estratégicas, informações gerais e específicas sobre o problema, revisão e discussão do seu estado e tarefas para realizar. Após as quatro sessões, os participantes continuam usando os medicamentos por aproximadamente 3 meses. Atualmente, há a oferta do serviço no Posto Central e no Ambulatório Municipal de Especialidade.

3.2.4. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

É responsável pelas ações de assistência, promoção e prevenção da saúde da mulher, da criança e do adolescente; São desenvolvidas ações como: Auxiliar na criação e atualização de protocolos; Auxiliar as unidades de saúde no cumprimento de metas; Promover campanhas de promoção e prevenção de câncer de colo e mama, junto com outras secretarias e entidades; Promover capacitações para profissionais da rede sobre a saúde da mulher, criança e adolescente; Participar de comissões onde são tratados assuntos referentes a saúde da mulher, criança e adolescente; Incentiva ao parto natural e redução do número de cesáreas; Redução da mortalidade materna e infantil; Diminuição da gravidez na adolescência.

O programa atua na prevenção do câncer ginecológico (cérvico uterino e mama), no pré-natal (de baixo e alto risco), no pós-parto (puerpério); no tratamento oportuno das doenças ginecológicas, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, no planejamento familiar, na atenção à passagem do período

reprodutivo para o não reprodutivo (climatério); na atenção em grupo às gestantes, às mães e na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Para a criança e o adolescente o programa prevê a realização de testes do pezinho, olhinho e orelhinha (triagem neonatal); vacinação (BCG, hepatite B e outras); consultas de avaliação do desenvolvimento físico e mental da criança (puericultura); consultas pediátricas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; notificação de doenças prevalentes na infância.

3.2.5. Planejamento Familiar

Têm como finalidade prevenir a gravidez não planejada, as gestações de alto risco e a promoção de maior intervalo entre os partos, o planejamento familiar proporciona maior qualidade de vida ao casal. Inclui oferta métodos contraceptivos gratuitos. Ajuda ao paciente entender a metodologia mais adequada que será feita pela paciente, após entender os prós e contras de cada um dos métodos. Orienta aos usuários ao acesso a vasectomias e laqueaduras, métodos definitivos de contracepção, bem como a preservativos e outros tipos de anticoncepcionais.

3.2.6. Programa de Atenção a Saúde do Idoso

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso foi implantado no município com objetivo de melhorar a qualidade de vida e dar mais acesso a população idosa de Maricá, garantindo assim o direito do Idoso e a política de humanização na área de saúde.

São realizados atendimentos domiciliares, por uma equipe multidisciplinar (Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo) em caráter ambulatorial com objetivo de acompanhar e assistir o paciente na maioria das vezes acamados, em suas patologias, de forma continuada. Caso o idoso não seja cadastrado são encaminhados a gerencia do programa, não precisa passar pela secretaria de saúde. O idoso será avaliado por quem é de competência, nem sempre será a assistente social.

Atendimento domiciliar a idosos, crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo, sendo assistência de equipe multiprofissional gratuita, com cuidados mais próximos da família. O programa também ajuda a reduzir as filas nos hospitais de emergência, já que a assistência, quando houver a indicação

médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família. Melhora e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família. Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação poderão ser atendidos em casa, e terão redução dos riscos de contaminação e infecção.

3.2.7. Programa Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), tendo como objetivo a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade dos homens entre 20 e 59 anos de idade nos seus diversos contextos.

Essa política vem ao encontro da equidade de gênero que se faz presente na agenda mundial há mais de duas décadas, sendo o Brasil um dos países pioneiros em instituir a Saúde do Homem enquanto área técnica do governo federal. As diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens morrem mais cedo, morrem principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares, possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes, procuram menos os serviços de saúde, por limitação de tempo e, principalmente, pela falsa autopercepção da sua infalibilidade física e mental.

Dessa forma o programa tem por finalidade facilitar e ampliar o acesso e acolhimento da população masculina aos serviços de saúde. Buscando romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde, através de uma equipe multidisciplinar buscando orientar aos usuários da melhor maneira possível sobre saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de Violências e Acidentes. A coordenação do programa exerce suas atividades no Centro de Diagnostico e Tratamento.

3.2.8. Pólo de Ostomizados

O Polo dos Ostomizados tem como objetivo prestar assistência especializada de natureza interdisciplinar, as pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas

estomias e pele periostomal e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança mensalmente. Nosso serviço atende prioritariamente a pessoas com ostomias do sistema digestório e urinário (Colostomias, Ileostomias e Urostomias).

3.2.9. Programa de Saúde Indígena

O programa tem como finalidade fazer o acolhimento às aldeias indígenas da região, Promovendo o acesso as redes básicas de saúde aos índios. Fazendo seu acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da tribo; Acompanhamento de gestantes; Atendimento aos casos de doenças mais frequentes; Acompanhamento a pacientes crônicos; Primeiros socorros quando necessário; Promovendo ações de promoção a saúde e prevenção de doenças; Acompanhamento de vacinação; Acompanha e supervisiona tratamentos de curta e longa duração; Apoio em eventos das aldeias; Outras funções/atividades correlatas que forem da responsabilidade da mesma.

3.2.10. Programa de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis

O programa tem por objetivo garantir atendimento permanente a pacientes com quadro de hipertensão crônica e diabetes.

Para ter acesso aos serviços do programa é preciso procurar um Posto de Saúde para avaliação clínica. Onde os pacientes são identificados e atendidos, sendo cadastrados para a obtenção de medicamentos e insumos, dispensados nas próprias unidades. Em certos casos, o apoio de outras áreas é necessário, como de cardiologista, endocrinologista, nutricionista, etc. O programa também orienta os usuários e promove ações educativas de prevenção dos fatores de risco, como obesidade, tabagismo, sedentarismo, etc. Os pacientes passam por exames apropriados e recebem os medicamentos que fazem parte da lista elaborada pelo Ministério da Saúde para distribuição gratuita.

O programa destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos

os pacientes cadastrados. Permitindo conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população.

3.2.11. Programa Municipal de Combate a Tuberculose - PMCT

O programa promove o atendimento de pacientes com essa grave doença pulmonar. É detectada após o aparecimento de sintomas, associados ou isolados, como tosse por mais de duas semanas, catarro, febre, suor excessivo (sudorese), cansaço, dor no peito, falta de apetite e emagrecimento ou até escarro com sangue (em casos extremos). Também atua no treinamento dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem da ESF e agentes para detecção e encaminhamento precoce dos eventuais pacientes de forma a diminuir o número de pessoas que abandonam o tratamento - e executam exames bacteriológicos solicitados pelas equipes de Saúde para detecção da tuberculose pulmonar.

Os usuários que apresentam sintomas compatíveis com a doença devem procurar imediatamente qualquer posto de Saúde do município. De lá, após avaliados, são encaminhados pelas unidades de saúde ao Serviço de Atenção Especializada (SAE), que se encarrega da investigação, com especialistas e exames. O programa atua também por busca ativa, via agentes comunitários de saúde que, ao detectarem casos suspeitos, os encaminham à unidade da ESF correspondente, para a primeira abordagem.

3.2.12. Programa de DST/AIDS e Hepatites Virais

O programa atua na prevenção e no tratamento das IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), melhorando a qualidade de vida e interrompendo a cadeia de transmissão. O Programa promove a orientação para a prática do sexo seguro, por meio de ações e iniciativas próprias ou em parceria, que promovam a orientação da prevenção e do diagnóstico precoce da infecção; realizam distribuição de material educativo (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, folders, prospectos entre outros insumos), bem como oferta dos testes para diagnóstico do HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C em livre demanda; com o objetivo de promover a disseminação dessas moléstias e de seus agentes de contágio e o diagnóstico precoce da doença.

Também oferece o exame de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, nas formas de teste rápido ou exame convencional e tem por objetivo fazer o diagnóstico precoce das DST's principalmente as quatro que são oferecidos os exames, encaminhar para tratamento e assim quebrar a cadeia de transmissão destas doenças; para alcançar este objetivo organiza as campanhas de prevenção tanto nas UBS e ESF, praças e datas temáticas como por ex. Carnaval, dia da mulher, dia mundial de luta contra a aids, entre outras.

Observados os sintomas mais comuns, o primeiro atendimento dos casos suspeitos pode e deve ser feito em qualquer Posto de Saúde da Rede municipal de Saúde, na UPA de Inoã, ou mesmo no Hospital Municipal Conde Modesto Leal.

3.2.13. Programa Hanseníase

Tem como objetivo identificar possíveis casos nos usuários do SUS, realização da busca ativa dos casos, ações de educação em saúde para o usuário, importante para a redução do estigma e aproximação do sujeito à nova situação de vida e enfrentamento de limitações; Ações Preventivas; Realizações de capacitações permanentes com profissionais das UBS e ESF, entre outras.

Por meio de parcerias o programa faz o diagnóstico laboratorial da hanseníase e promove o tratamento. Também investe na prevenção de incapacidades, de forma que o portador não sofra com o estigma que acompanha a doença e capacita equipes das unidades municipais de saúde para a identificação dos casos. Na mesma linha, realiza ainda campanhas educativas sobre a doença, a fim de facilitar o diagnóstico.

Observados os sintomas da doença como a sensação de formigamento, fisgadas ou dormência nas extremidades; manchas brancas ou avermelhadas, geralmente com perda da sensibilidade ao calor, frio, dor e tato; áreas da pele aparentemente normais que têm alteração da sensibilidade e da secreção de suor; caroços e placas em qualquer local do corpo; diminuição da força muscular entre outros, procure o posto de saúde (depois de confirmada a doença, através de exames) o paciente é encaminhado para o Ambulatório onde é atendido pelo especialista da área. O programa no município funciona no CDT, anexo ao Hospital.

3.2.14. Programa de Imunização

As atividades de imunização são desenvolvidas de forma sistematizada e planejada para atender as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo erradicar, eliminar e controlar as doenças que são prevenidas com o uso de vacinas. Todas as vacinas são oferecidas gratuitamente a população de acordo com Calendários Básicos de Vacinação, conforme idades determinadas pelo Ministério da Saúde.

O programa visa à normatização das ações e atividades do Programa de Imunização, sejam elas referentes às campanhas de vacinação, vacinação de bloqueio na vigência de surtos e/ou epidemias bem como a vacinação de rotina; Controle e distribuição das vacinas, seringas e agulhas aos postos de vacinação; Avaliação, notificação e acompanhamento de eventos adversos associados à aplicação de vacinas; Acompanhamento no atendimento a vítimas de agressões por animais que podem transmitir a raiva aos humanos; Envio de documentação a Secretaria Estadual de Saúde, para avaliação e conduta sobre a exposição de vacinas a alterações Promoção da educação continua dos profissionais, garantindo a confiabilidade das ações desenvolvidas nas salas de vacinação; Acompanhamento das coberturas vacinais; Convocação de faltosos para a vacinação; Fornecimento de atestado de vacinação para a matrícula em instituições de ensino ou para fins empregatícios conforme calendário vacinal para a idade; Atendimento a população com registro das vacinas aplicadas em sistema informatizado; Digitação de informações sobre vacinação nos sistemas do Ministério da Saúde.

O programa busca manter atualizado o calendário de imunização no município junto aos moradores. É articulado com a Secretaria Estadual de Saúde na estratégia das campanhas e para a cobertura em vacinas da parte da população que requer atendimento obrigatório permanente. O programa funciona nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família, inclusive os agentes comunitários de saúde são capacitados para avaliação adequada dos cartões de vacina, assim como os enfermeiros e técnicos da rede tem capacitação sistemática para aplicação das vacinas disponíveis. Além da vacina antitetânica ser disponibilizada na UPÀ e no Hospital municipal.

3.3. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Programa Municipal de Saúde Mental de Maricá compõe os serviços Atenção Básica, apoiado na Lei 10.216/02, que busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. O Programa segue as diretrizes e objetivos da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, em Maricá contamos com: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Ambulatório de Saúde Mental e Napsi – Núcleo de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência. Bem como, os demais componentes de apoio da rede que são:

- Atenção Básica em Saúde (ESF, NASF e Consultório na Rua);
- Atenção à Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA, Sala de Estabilização);
- Atenção Hospitalar;
- Estratégia de Reabilitação Psicossocial (Iniciativa de Geração trabalho e Renda).

O Programa da Saúde Mental dispõe dos seguintes equipamentos:

3.3.1. Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais graves e/ou persistente que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. Visa integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares.

- **CAPS II - Maricá**

Atende adultos, com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Equipamento de saúde mental aberto e de caráter comunitária atende a demandas espontâneas e encaminhamentos dos demais dispositivos da Rede.

- **CAPS AD II - Maricá**

Atende adultos, com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Equipamento de saúde aberto e de caráter comunitário atende a demandas espontâneas e encaminhamentos dos demais dispositivos da Rede.

- **Serviço de Residência Terapêutica - SRT**

Os Serviços Residências Terapêuticas (SRT) de Maricá funcionam de acordo como prevê o Ministério da Saúde e o Ministério Público, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Atualmente as duas casas estão cadastradas no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde e tem como referência o CAPS local, com os dois serviços habilitados pelo Ministério da Saúde.

- **Ambulatório de Saúde Mental**

O Ambulatório de Saúde Mental oferta atendimento a nível ambulatorial, com Psicologia, Psiquiatria adulto, Psiquiatria Infantil e Neuropediatria. Trabalha em conjunto com a ESF, objetivando descentralizar os atendimentos. As Unidades de Saúde que oferecem atendimento psicológico e outras atividades para a Promoção à saúde mental.

Unidades que possuem atendimentos:

- PS-Inoã: Psicologia;
- PS- Santa Rita: Psicologia e Psiquiatria;
- PS- Barroco: Psicologia;
- PS- São José do Imbassaí: Psicologia;
- PS-Ponta Negra: Psicologia;
- PS-Central/ Marica: Psicologia;
- Ambulatório de Especialidades Péricles Siqueira: Psiquiatria e Psicologia;

- CDT Centro de Diagnóstico e Tratamento: Psiquiatria Adulto e Infantil, Psicologia e Neuropediatria.

- **Núcleo de Atenção Psicossocial para Infância e adolescência**

Atende crianças e adolescentes, com sofrimentos e/ou transtornos mentais graves e persistentes e decorrentes do uso de álcool e drogas. Equipamento de saúde mental aberto e de caráter comunitário atende a demandas espontâneas e encaminhamentos dos demais dispositivos da Rede. Funciona junto com o Ambulatório de Saúde mental, no CDT Centro de Diagnóstico e Tratamento.

3.4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

3.4.1. Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT

É uma Unidade Municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por finalidade a promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Cabe a VISATT promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância.

O trabalhador vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho poderá ser encaminhado à Clínica de Acolhimento em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Clinastt) pelas Unidades Básicas de Saúde; Hospital Municipal Conde Modesto Leal e Unidade de Pronto Atendimento de Inoã (UPA), para estabelecer a relação do agravo apresentado com o trabalho (nexo causal) e encaminhar, quando necessário, para atendimento especializado da rede de saúde do SUS.

3.4.2. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Metropolitana II - CEREST

É uma Unidade Regional do Sistema Único de Saúde (SUS) que abrange os municípios da Região Metropolitana II, Maricá (sede); Itaboraí, Tanguá; Rio Bonito e Silva Jardim. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, promovendo a integração da rede de serviços de saúde do SUS. Suas atribuições incluem o suporte técnico especializado aos municípios de sua abrangência apoiando a implantação/implementação de serviços e ações em saúde do trabalhador,

garantindo a participação popular na gestão, além de estruturar a rede de informações, apoiar estudos e pesquisas, capacitar recursos humanos e realizar convênios para os encaminhamentos dos trabalhadores vítimas de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho, quando necessário.

Através do encaminhamento ou solicitação formal dos Serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora dos municípios da Região Metropolitana II.2. Uma equipe multiprofissional irá avaliar o caso e dar o suporte necessário para a resolução do mesmo.

3.4.3. Vigilância Sanitária- VISA

Com a crescente demanda de utilização de produtos e serviços, e inovações tecnológicas, são evidentes as responsabilidades da Vigilância Sanitária na prevenção, proteção e promoção da saúde. Contudo, para tornar-se um verdadeiro instrumento de controle social e de defesa da cidadania, a atuação da Vigilância Sanitária é imprescindível.

A Vigilância Sanitária, está inserida na Coordenação de Vigilância em Saúde, exercendo a fiscalização de produtos e serviços, através de uma equipe multiprofissional composta por veterinários, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionista e arquiteto. Esta equipe trabalha integrada com os diversos setores da Prefeitura, estabelecendo contato com as equipes de Vigilância em Saúde que atuam junto ao Programa Médico de Família, Associações de Moradores, Básicas de Saúde, Coordenação das Escolas Estaduais e Municipais, Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria de Ação Social entre outras que, notificam imediatamente a Vigilância Epidemiológica e Sanitária a ocorrência de agravos de relevância para a Saúde Pública.

Essa equipe multiprofissional de fiscalização sanitária promove fiscalização / licenciamento de estabelecimentos de: alimentos, medicamentos e serviços de saúde.

A vigilância sanitária tem como finalidade a intervenção sobre todos os aspectos que possam afetar à saúde dos cidadãos, decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: 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 se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Ações básicas

1. Intervenções em estabelecimentos comerciais de correlatos, saneantes domissanitários, cosméticos, perfumes e produtos de higiene;
2. Estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação
3. Laboratórios ou oficinas de prótese dentária;
4. Estabelecimentos comerciais de ótica;
5. Estabelecimentos médicos-veterinários;
6. Estabelecimentos de tatuagem e de piercing;
7. Estabelecimentos de fisioterapia;
8. Estabelecimentos de comércio de artigos médico-hospitalares e odontológicos;
9. Institutos de esteticismo e congêneres;
10. Institutos de beleza e estabelecimentos congêneres;
11. Academias de ginástica, musculação, condicionamento físicos e congêneres;
12. Estabelecimentos de comércio de gêneros alimentícios;
13. Comércio de produtos saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene;
14. Estabelecimentos de ensino/creches;
15. Locais de uso público restrito: Cemitério/Necrotério; Estabelecimentos Funerários; Terreno Baldio; Estações Rodoviárias.

Ações em comércio farmacêutico

1. Drogarias e farmácias com ou sem manipulação;
2. Farmácias e Dispensários de medicamentos de estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação;

3.4.4. Vigilância Ambiental- VIAMB

Tem como função buscar a identificação de situações de risco ou perigos no ambiente que possam causar doenças, incapacidades e mortes, com o objetivo de se adotar ou recomendar medidas para a remoção ou redução da exposição a essas situações de risco. São fatores de risco a saúde aqueles decorrentes de qualquer situação ou atividade no meio ambiente, principalmente os relacionados à organização territorial e ao ambiente construído. A avaliação das fontes de risco à

saúde nos locais e processos de trabalho, determinando a adoção das providências para eliminação ou redução dos riscos.

No exercício da função fiscalizadora, é da competência dos Agentes Fiscais Sanitários, da Secretaria de Saúde do Município, fazer cumprir as leis e o Regulamento Sanitário, expedindo informações, auto/termos e impondo penalidades quando for o caso, visando a prevenção e à repressão de tudo que possa comprometer a saúde. Além de agir de forma preventiva e investigativa em relação aos ambientes de trabalho, é a Vigilância Ambiental que, após vistoria, concede a Licença Sanitária para os estabelecimentos, pelo qual o estabelecimento torna-se habilitado para o funcionamento.

3.4.5. Vigilância Epidemiológica

É voltada à prevenção e ao controle de doenças transmissíveis, além de trabalhar com um elenco de doenças de notificação compulsória, hoje, deve ter sensibilidade para a detecção de variadas condições que interfiram na saúde humana (de forma articulada com outras áreas, como a da vigilância ambiental e da vigilância em saúde do trabalhador). Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente aos gestores para a decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos; Além de Coleta e processamento de dados; Análise e interpretação dos dados processados; Divulgação das informações; Investigação epidemiológica de casos e surtos; Análise dos resultados obtidos; Recomendações e promoção das medidas de controle indicadas; Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas.

3.4.6. Programa Municipal de Combate a Dengue- PMCD

Tem como principal foco o controle do vetor *Aedes Aegypti*, mosquito transmissor da Dengue. O PMCD utiliza-se da tecnologia UBV (ultra baixo volume) que corresponde a equipamentos para aspersão a frio de inseticida em micro volumes, lançados em grande velocidade. Dada essa característica do equipamento, a fração de inseticida lançada tem a capacidade de percorrer dezenas ou centenas de metros, e devido ao baixo peso, permanecer bastante tempo precipitando, favorecendo assim o encontro desse inseticida com os insetos alvos. São conhecidos dois tipos desse equipamento, a UBV pesada, que trabalha acoplada a

uma viatura, e a UBV costal, que é transportada e manobrada por uma pessoa. Com a utilização dessa tecnologia em períodos de epidemia de dengue procura-se eliminar, com alto rendimento, os mosquitos que estão transmitindo a dengue numa área, uma vez que o inseticida lançado deve alcançar o interior e o entorno dos imóveis, habitat desses mosquitos.

As ações do programa foram reforçadas pela contratação de novos Agentes de Combate a Endemias e a capacitação deles antes de iniciar o trabalho de campo. A principal orientação é para que o morador esteja sempre atento a eliminar água parada em recipientes que possam acumular água da chuva, especialmente resíduos em quintais, pratos de vasos e manter com tampas os reservatórios.

Principais atribuições dos Agentes são:

- Realizar a eliminação de criadouro;
- Executar o tratamento focal e peri focal;
- Orientar a população quanto aos cuidados para evitar a proliferação do vetor;
- Registrar as informações em formulários específicos.

3.4.7- Área Técnica de Alimentação e Nutrição - ATAN

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) desenvolve um serviço de atenção à saúde fundamentado na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Para tanto está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a *atenção básica* como ordenadora das ações.

Dentre as ações estratégicas da PNAN destaca-se o Programa Bolsa Família. O Programa é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social - condicionalidades. As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de

acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Por este motivo, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social. O município de MARICÁ possui 4.581 famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, destas na 2ª vigência de 2016 foram acompanhadas 2.150 famílias pela Atenção Básica com 46,93 %.

A agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização. Assim, as famílias beneficiárias do PBF com mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

3.5. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Os serviços especializados ambulatoriais devem prestar atenção complementar à Atenção Básica, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência, com tecnologia compatível à sua capacidade de resolução. Devem estar integrados à rede de atenção e ainda inseridos em linhas de cuidado, podendo utilizar metodologias que apoiem e/ou ampliem a capacidade resolutiva da Atenção Básica.

O Ambulatório Péricles Siqueira constitui um importante dispositivo da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na atenção especializada própria. O mesmo possui 01 sala de enfermagem, 09 consultórios, 01 serviço de eletrocardiógrafo, 01 serviço de audiometria além dos seguintes serviços especializados: fisioterapia, oftalmologia, reabilitação fonoaudiológica e diagnósticos por métodos gráficos e dinâmicos.

O ambulatório oferece as seguintes especialidades: clínica médica geral, enfermagem, nutrição, angiologista, fonoaudiologia, dermatologia, cirurgião geral, ortopedista e traumatologista, neurologista, acupunturista, psicólogo, gastroenterologista, coloproctologista, serviço social, nefrologista, cirurgião plástico, endocrinologista e metabolista, geriatra, cardiologia, urologia, clínica odontológica geral e otorrinolaringologista.

O Serviço de Atendimento Especializado é outro dispositivo da assistência especializada própria e oferta os seguintes serviços: atenção às IST/HIV/AIDS, atenção à tuberculose e serviço de pneumologia. O mesmo conta com uma equipe de especialistas nas seguintes áreas: serviço social, pediatria, biólogo, enfermagem, infectologista, gastroenterologista, dermatologista, neuropsicólogo, clínico geral, psicólogo clínico e pneumologista.

O CDT – Enfermaria Maria Ivonilda Rodrigues Coelho dispõe de: Raio X Odontológico, Ultrassom Convencional, Consultório Odontológico, Monitor Multiparamétrico de ECG, Eletrocardiógrafo, Eletroencefalógrafo, Aparelho de Diatermia por ultrassom/ondas curtas e aparelho de eletroestimulação. O presente dispositivo da RAS oferta os seguintes serviços especializados próprios: atendimento psicossocial, controle de tabagismo, diagnóstico por imagem (radiologia e ultrassonografia), diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos (teste ergométrico, teste de holter, exame eletroencefalográfico e exame eletrocardiográfico), serviço de fisioterapia e fonoaudiologia.

3.6. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência hospitalar do município de Maricá é composta pelo Hospital Geral Conde Modesto Leal (HGCML). O HGCML possui 81 leitos dos quais: (46) leitos de Clínica Médica;(08) leitos de Pré e Pós-Cirúrgico;(05) leitos de Pediatria;(05) leitos de UPG – Unidade de Pacientes Graves;(14) leitos de Maternidade;(03) leitos de Traumatologia.

Para ampliar a capacidade de atendimento aos munícipes de Maricá, o HMECG – Hospital Municipal “Dr. Ernesto Che Guevara”, está sendo construído no Km 22 da Rodovia Amaral Peixoto (RJ-106), em São José do Imbassaí, distrito localizado no meio do Município. A nova unidade de saúde contará com aproximadamente 140 leitos para internação e com um moderno setor de pronto atendimento 24h para politraumatizados e pacientes referenciados pela Rede de Atenção a Saúde. A unidade vai contar ainda com clínicos gerais, cirurgiões gerais, pediatras, anestesistas, ortopedistas e alguns especialistas de sobreaviso (urologia, cardiologia, vascular, bucomaxilofacial, neurologia, infectologia). Além desses serviços, contará com um Centro Cirúrgico com três salas de cirurgia, dois Centros de Tratamento Intensivo (CTI) e um parque de medicina diagnóstica com Imagenologia.

3.7. ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Com relação a rede assistencial de Urgência/Emergência, o município conta com uma unidade de Pronto Atendimento 24 horas própria, atendendo urgência e habilitada pelas portarias 3136/2012 e 1008/2013, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e pela porta de urgência hospitalar do HGCML.

3.7.1. SERVIÇOS DO SAMU-192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência.

Quando o usuário entra em contato com o SAMU, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente, conforme o caso: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro.

O SAMU 192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) tem sua base no bairro do Centro. O SAMU em Maricá utiliza-se de uma Ambulância de Suporte Básico, uma Ambulância de Suporte Avançado e uma Motolância.

No ano de 2016, o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU no município foi:

1.189 clínicos (insuficiência respiratória, tontura, desmaio, infarto, angina, hipertensão, derrame cerebral);

341 traumas (acidente automobilístico, queimadura, traumatismo craniano, choque elétrico, ferimento por armas);

120 psiquiátricos (surto psicótico, tentativa de suicídio, depressão);

49 gineco-obstétricas (trabalho de parto, hipertensão na gestante, hemorragia, aborto, cesárea pós-morte, etc.).

3.8- CENTRAL DE REGULAÇÃO

O uso eficiente do conjunto de serviços de saúde também depende de um Sistema de Regulação potente, que abranja todos os serviços disponíveis no SUS em Maricá e não apenas o primeiro acesso aos serviços eletivos de exames e consultas de especialização dos serviços contratualizados ou pactuados pela PPI, mas também todo o espectro do itinerário terapêutico e os diversos passos de transição de cuidado. Este então é um grande desafio para este período: prover um sistema de regulação que utilize tecnologias de comunicação e informação, protocolos assistenciais, que tenha como base de contratação a qualidade, escala e escopo, com contratos adequados às necessidades da população e que, com tudo isso, apoie o controle e a economia na aplicação dos recursos assistenciais disponíveis, beneficiando o maior número possível de cidadãos.

3.9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica de Maricá é feita em todos os aspectos do ciclo da assistência farmacêutica. A Central de Abastecimento Farmacêutica conta com 03 farmacêuticos trabalhando diretamente nos fluxos da CAF, um diarista e dois plantonistas e 04 farmacêuticas com carga horária de 20h semanais trabalhando diretamente com a assistência farmacêutica nas Unidades de Atenção Básica. Elas estão lotadas na CAF, porém, trabalham de forma itinerantes e divididas nas quatro áreas distritais do município.

Os fluxos assistenciais na CAF são iniciados pela seleção de medicamentos que fazem parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Nesta relação estão todos os medicamentos padronizados no município nas formas farmacêuticas e posologias, mais adequadas e buscando atender com abrangência o perfil epidemiológico municipal.

Com a REMUME pronta, os farmacêuticos da CAF, junto com alguns profissionais de saúde referência no município e o setor de compras, definem o processo licitatório. Isto é, definem a memória de cálculo para que os quantitativos de medicamentos e materiais médicos licitados possam atender a demanda municipal pelo período de um ano.

Com o processo licitatório pronto, toda a logística da gestão de estoque é feita na CAF, desde o pedido de compra de medicamentos e materiais médicos, recebimento de entregas, gerenciamento de fornecedores, quantidades empenhadas, recebimento de notas fiscais e controle de entradas e saídas de forma informatizada. É realizada também toda a parte do gerenciamento do armazenamento adequado dos itens, com guarda separada de medicamentos termolábeis, controlados e separação dos medicamentos por ordem alfabética e forma farmacêutica, controle de validade onde o primeiro que entra deve ser o primeiro que sai, quarentena dos medicamentos impróprios para uso (lotes retirados ou vencidos).

Na CAF também é realizada toda distribuição de medicamentos e materiais médicos para todo o município. São 42 estabelecimentos de saúde entre Unidades Básicas de Saúde, PSF e PS, 01 UPA, 01 Hospital, a farmácia da Atenção Básica, Centro de Diagnóstico, Setor de Ultrassonografia, Ambulatório Municipal, CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e CAPS.

A distribuição é feita através do recebimento do pedido manual de medicamentos e matérias, feito pelo responsável da unidade. Logo após, a separação dos itens é feita pelos funcionários da CAF e o transporte até a unidade é feita pelo setor de transporte da secretaria de saúde. A partir de junho de 2016, os pedidos de medicamentos estão sendo feitos pelas farmacêuticas dos postos, garantindo assim um inventário e um pedido de medicamentos mais coerente com o consumo de cada unidade, gerando o uso racional de medicamento, diminuindo perdas ou grandes estoques parados nas unidades, pois o remanejamento dos itens em excesso também é feito para as unidades que estão precisando.

Os farmacêuticos da CAF também atendem os profissionais de saúde para qualquer esclarecimento técnico, principalmente profissionais do ambulatório. Além do atendimento a fiscalização, seja da Vigilância Sanitária, do Conselho Regional de Farmácia e outros órgãos fiscalizadores competentes.

3.9.1. PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA

Os medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), adquiridos diretamente pelo município com recursos das esferas federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). São recebidos e armazenados na Central de Abastecimento Farmacêutico do Município

(CAF); requisitados e recebidos semanalmente pela farmácia de cada Unidade de Saúde.

3.9.2. PROGRAMA DST/AIDS

Os medicamentos antirretrovirais e outros insumos (preservativos, lubrificantes, etc.) fornecidos diretamente pelo Ministério da Saúde para o tratamento e prevenção do vírus HIV.

3.9.3. PROGRAMA HIPERTENSÃO E DIABETES (HIPERDIA)

O destinado ao tratamento de pacientes portadores de Diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sob a responsabilidade das três esferas do SUS. Os insumos constantes do programa são os seguintes:

Recebidos da CAF:Captopril 25mg;Glibenclamemida 5mg;Hidroclorotiazida 25mg;Losartana 50mg;Metformina 850mg;Propranolol 40mg.

Recebidos diretamente do Ministério da Saúde:Insulina Regular humana 100UI/ML – 10mL;Insulina NPH humana 100UI/ML – 10mL.

3.9.4. MEDICAMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Os medicamentos controlados Portaria nº 344/98 (destinados a pacientes portadores de transtornos mentais e comportamentais). Sua aquisição, armazenamento e distribuição à farmácia é realizada através da CAF e dispensados aos pacientes mediante apresentação e retenção de receituários de controle especial.

3.9.5. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

O Programa destina-se à articulação para a implementação de estratégias de comunicação, treinamento e conscientização do público e medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco. Os insumos recebidos (adesivos e goma de nicotina e o antidepressivo bupropiona 150mg) são enviados diretamente à Farmácia Básica pelo Ministério da Saúde.

3.9.6. PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE A HANSENÍASE

Destina-se ao tratamento de pacientes portadores de hanseníase, a aquisição dos medicamentos é realizada pelo Ministério da Saúde. O transporte e guarda dos

medicamentos é de responsabilidade da farmácia básica. Porém a dispensação é realizada diretamente pela coordenação do programa.

3.9.7. TRATAMENTO DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Destina-se exclusivamente ao tratamento e prevenção de infecções oportunistas em pacientes portadores do vírus HIV. A aquisição é feita pelo Ministério da Saúde, o transporte, guarda e dispensação é realizado na farmácia.

3.9.9. PROGRAMA DE COMBATE A TUBERCULOSE

Destina-se ao tratamento de pacientes portadores de tuberculose. A aquisição dos medicamentos é realizada pelo ministério da saúde. O transporte e guarda dos medicamentos é de responsabilidade da farmácia básica. Porém a dispensação é realizada diretamente pela coordenação do programa.

3.9.10. CENTRAL DE ATENDIMENTO A DEMANDAS JUDICIAIS

A Assessoria Jurídica da Saúde juntamente com a Central Atendimento a Demandas Judiciais de Maricá (CADJM) concentram o recebimento e o cumprimento de todos os mandados de Justiça para a saúde. A CADJM é responsável em dar cumprimento às decisões judiciais, organizar e controlar o estoque dos medicamentos e insumos destinados ao atendimento das ordens judiciais.

Desde meados de 2016, medidas vem sendo adotadas a fim de reorganizar internamente a CADJM para enfrentar a crescente judicialização da Saúde, construindo uma estrutura que permite um relacionamento institucional adequado entre os poderes Executivo e Judiciário.

Utilizando a informatização os requerentes ou pleiteantes passaram a ser cadastrados em planilhas com dados relevantes para o controle, atualização e rastreamento tanto do processo quanto do pleiteante. Assim, evitando atendimentos a solicitações obsoletas ou caducas e coibindo fraudes.

A partir de maio de 2017, valorizou-se as respostas técnicas oferecidas tanto a Defensoria Pública quanto a Procuradoria Geral do município oferecendo informações técnicas imparciais e subsídios na defesa do município.

A resposta técnica indica, por exemplo, alternativas terapêuticas disponíveis pelo SUS ao pedido do autor, a existência de medicamentos genéricos e de

similares, medicamentos e outros insumos ofertados no SUS, com o encaminhamento dos requerentes aos responsáveis pelo fornecimento informando sobre as competências de cada ente da federação na política de dispensação de medicamentos e materiais.

A implementação em curso do sistema e-cidade saúde Maricá muito contribuirá para a organização e maior eficiência no atendimento aos usuários no cumprimento das determinações judiciais.

4. GESTÃO EM SAÚDE

De acordo com os dados levantados pelo Departamento de Recursos Humanos, a Secretaria Municipal de Saúde de Maricá possui **1.909** profissionais de saúde, dos quais **81,24%** possuem **vínculo empregatício temporário**. Esse indicador refere-se aos profissionais que atuam sob formas desprotegidas e precárias de vínculo empregatício, nos diversos pontos da rede de saúde. Em contrapartida, **18,75%** dos profissionais da rede de atenção são **estatutários**.

4.1. Conselho Municipal de Saúde (CMS)

O Conselho Municipal de Saúde de Maricá foi formado pela Lei 1083, de 12 de maio de 1992. Atualmente, o CMS é formado por 16 conselheiros sendo 08 representantes do segmento de usuários (representantes das 04 regiões distritais), 04 do segmento de profissionais de saúde e 04 gestores. Atualmente, o Conselho é presidido por um profissional do segmento profissional, Andrea Ruda Avelino (Presidente Regional do Conselho de Radiologia). As reuniões ordinárias do conselho acontecem nas últimas quinta-feira do mês.

A Secretaria Municipal de Saúde tem buscado assegurar condições de funcionamento do conselho provendo espaço físico, infra-estrutura e recursos humanos próprios para o conselho. Compete ao conselho municipal discutir, elaborar, planejar e deliberar quanto a política municipal de saúde, inclusive quanto a aplicação financeira.

As reuniões são mensais e ocorrem na Câmara Municipal de Vereadores. O CMS/Maricá possui as seguintes Comissões:

1. Comissão de Finanças e Orçamento

2. Comissão da Atenção Básica
3. Comissão de Regulação
4. Comissão de Saúde do Trabalhador
5. Comissão do Idoso
6. Comissão da Metropolitana II
7. Comissão de Justiça e Ética

4.2. FINANCIAMENTO E PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

Os recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Maricá são provenientes de seis fontes. O Orçamento repassado para 2016 contabilizou-se em R\$ 27.369.818,65. Há de se considerar também o Plano Plurianual como instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da administração pública.

Por meio do Plano Plurianual, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de quatro anos e os caminhos trilhados para viabilizar as metas previstas, inclusive da Secretaria de Saúde. Dessa forma o Plano Municipal de Saúde foi elaborado em consonância com o plano orçamentário, ou seja, o PPA 2018-2021.

Os recursos preconizados para o período é de R\$ 716.827.321,00 (setecentos e dezesseis milhões, oitocentos e vinte e sete mil e trezentos e vinte e um reais) conforme discriminado na tabela abaixo.

Eixos Orçamentários do Plano Plurianual do Município de Maricá

RECURSO	Valor Total
Gestão Administrativa	R\$ 406.908.400,00
Gestão de Atenção à Saúde	R\$ 66.718.921,00
Gestão da Média e Alta Complexidade	R\$ 243.200.000,00
TOTAL	R\$ 716.827.321,00

Fonte: PPA/2018 – 2021

Outro instrumento importante para dar visibilidade ao orçamento preconizado

é a Programação Anual de Saúde (PAS) - essencial para a operacionalização das intenções expressas no Plano Municipal de Saúde a cada ano da sua vigência - é elemento fundamental para promover a eficiência da gestão. A PAS tem como principais funções explicitar a anualização das metas propostas e a previsão de alocação dos recursos orçamentários a serem executados no exercício. Dessa forma, tornará possível a racionalização da gestão e a geração de informações mais imediatas sobre o desenvolvimento do Plano.

EIXO 1 – AÇÕES ESTRATÉGICAS EM ATENÇÃO A SAÚDE

Diretriz 1: Operacionalizar, qualificar, manter o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a Atenção Básica.

Objetivo 1.1: Ampliar e melhorar o acesso da população idosa aos serviços de saúde

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Orientar cuidadores dos idosos através das equipes de atenção básica com o apoio dos serviços da rede: NASF, ESF, Educação em Saúde, ATAN, DCNT, PASI e SAD.	Cuidadores orientados	Percentual de cuidadores dos idosos cadastrados na Unidade de Saúde capacitados	30%	50%	80%	80%
Capacitar às equipes de Atenção Básica nas linhas de cuidado das doenças que mais afetam os idosos, priorizando as doenças evitáveis pela Atenção Básica em cada território das Unidades de Saúde.	Equipes Capacitadas	Percentual de Equipes de AB capacitadas em doenças evitáveis na AB	30%	50%	80%	100%
Implantar Programa de Saúde do Idoso	Unidades de saúde com o programa do idoso implantado	Percentual de Unidades de saúde com o programa do idoso implantado				25%
Implantar 2 equipe EMAD e 1 Equipe EMAP do Programa Melhor em Casa municipal	Programa Implantado e mantido	Número de equipes Implantadas e mantidas do Programa Melhor em Casa	3	3	3	3

Objetivo 1.2: Aprimorar as ações de Saúde do Homem, para fortalecer o cuidado à saúde dos homens e o enfrentamento aos fatores de risco das doenças e dos agravos à sua saúde.

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Implementar ações de rastreio de Câncer de Pênis, Próstata e Testículo	Percentual de Unidades de Saúde com ações de rastreio de Câncer de Pênis, Próstata e Testículo implantadas	Percentual de Unidades de Saúde com ações de rastreio de Câncer de Pênis, Próstata e Testículo implantadas				25%
Implantar ações de Valorização da Paternidade	Unidades da AB e no Hospital/Maternidade com ações implantadas	Percentual de Unidades de AB e Hospital/Maternidade de ações implantadas	30%	60%	100%	100%
Intensificar as ações de educação em saúde do Programa Saúde do Homem nas Unidades de Atenção Básica, como forma de qualificar e divulgar as ações de saúde e acolher as necessidades de saúde do homem	Unidades de Saúde com ações de educação em saúde do homem implantadas	Percentual de Unidades de Saúde com ações de educação em saúde do homem implantadas	100%	100%	100%	100%
Promover Campanha de prevenção chamando a atenção para a contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial as violências doméstica e urbana) e acidentes de trânsito	Campanha de Prevenção instituída	1 Campanha anual	1	1	1	1

Objetivo 1.3: Ampliar o acesso e qualificar os cuidados em Saúde da Mulher

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Implantar Serviço de Pré-natal de alto risco	Serviço Implantado e mantido	Implantar 1 serviço de Pré-natal de Alto Risco	1	1	1	1
Implantar Protocolos de rastreio de câncer feminino (mama, útero e vulva)	Protocolos de rastreio de câncer feminino (mama, útero e vulva) implantados	Protocolos de rastreio de câncer feminino (mama, útero e vulva) implantados				3
Reorganizar a Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento municipal	Protocolos municipais de pré-natal, parto e nascimento implantados	Protocolos municipais de pré-natal, parto e nascimento implantados				3
Contratar ou Pactuar através da PPI a realização de exames de imagens – Mamografias, Tomografias, ultrassonografias e outros para a atenção a Saúde das Mulheres.	1 serviço de imagem contratado ou pactuado	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com grupo de gestante implantado				1

Objetivo 1.4: Fortalecer o cuidado a saúde da criança e do adolescente e o enfrentamento aos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde para diminuir as internações por condições sensíveis a Atenção Básica

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Revisão, Divulgação e implementação dos protocolos de atenção e de encaminhamento a Saúde Integral das Crianças e Adolescentes, inclusive determinando a faixa etária para atendimento das crianças e adolescentes nos serviços de atenção básica, especializada e das Unidades hospitalares e de Urgência e Emergência do município.	Protocolos de Atenção e de encaminhamento a atenção especializada implantados	Implantar o protocolo de Atenção e de encaminhamento da Saúde da Criança e do Adolescente num percentual das Unidades de Saúde	50%	100%	100%	100%
Rever e implementar o protocolo de Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades de Saúde da Rede	Percentual de Unidades Básicas com Protocolo de Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente implantados	Percentual de Unidades Básicas com Protocolo de Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente implantados				25%
Reativar ambulatório de follow-up para crianças prematuras e síndrômicas	Ambulatório de follow-up reativado e mantido	Reativar 1 ambulatório de follow up para atendimento a crianças prematuras e síndrômicas	1	1	1	1

Capacitar profissionais envolvidos no Programa de Saúde Escolar, em temas específicos ao cuidado com os adolescentes.	Profissionais da saúde e da educação envolvidos com o Programa Saúde na Escola capacitados em temas específicos ao cuidado com os adolescentes	Percentual de profissionais da saúde e da educação envolvidos com o Programa Saúde na Escola capacitados em temas específicos ao cuidado com os adolescentes	50%	80%	100%	100%
---	--	--	-----	-----	------	------

Objetivo 1.5: Ampliar e manter o acesso e qualificar o cuidado em Saúde Mental

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Implantar 1(uma) equipe multiprofissional em Saúde mental em pelo menos 2(dois) distritos do município	Equipes multiprofissionais implantadas	Equipes multiprofissionais implantadas				4
Manter os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial	Dispositivos da RAPS mantidos	Dispositivos da RAPS mantidos				100%
Qualificar a atenção dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial	Número de Oficinas de Capacitação para os funcionários dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial realizadas	Oficinas de Capacitação para os funcionários dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial realizadas				1
Realizar 32 ações de apoio matricial nas Unidades de Urgência e Emergência e 30 ações de apoio matricial nas Unidades de atenção primária	Apoio Matricial implantado	Número de ações de apoio matricial realizado nas Unidades de Urgência e Emergência e de atenção primária				62
Implantar tele-atendimento para atender aos agravos psicossociais e clínicos decorrentes do Covid – 19	Tele-atendimento para atender aos agravos psicossociais e clínicos decorrentes do Covid – 19 implantado	Tele-atendimento para atender aos agravos psicossociais e clínicos decorrentes do Covid – 19 implantado				1

Objetivo 1.6: Ampliar o acesso e qualificar o cuidado a população Indígena

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Ampliar a assistência da ESF/ESB/ACS para atender as comunidades indígenas.	População Indígena atendida pela ESF	Implantar e manter uma equipe da ESF para atender 100% da população indígena de Maricá	100%	100%	100%	100%
Incluir a vigilância em saúde na assistência às populações indígenas	Vigilância em Saúde monitorando o estado de saúde da População indígena	Apresentar anualmente um relatório das condições de saúde e do território da população indígena	1	1	1	1
Realizar acesso a Saúde Bucal com Equipe Móvel para a população indígena	Consultas de Saúde Bucal realizadas no período para população indígena	Garantir que um percentual de população indígena realize consultas de saúde bucal	50%	75%	100%	100%

Objetivo 1.7: Ampliar o acesso e qualificar os cuidados em Saúde da População Negra

Implantar Programa de Saúde da População Negra	Percentual de unidades básicas com Programa de Saúde da População Negra implantado	Percentual de unidades básicas com Programa de Saúde da População Negra implantado				25%
--	--	--	--	--	--	-----

Diretriz 2: Aprimorar, implantar, operacionalizar e manter a Rede Assistencial à Saúde, com ênfase na articulação das Unidades da Rede de Urgência e Emergência, da Rede Cegonha, da Rede de Atenção Psicossocial, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Básica, organizando-as no nível municipal e articulando serviços necessários na Região de Saúde.

Objetivo 2.1: Organizar as ofertas de serviços especializados operacionalizando a qualidade do cuidado em saúde da população e garantia da humanização acesso.

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Organizar protocolos e instituir fluxo de comunicação para efetivar a atenção à saúde da população através de articulação dos pontos da rede de atenção a saúde: atenção básica, atenção especializada, hospitalar e emergência instituindo a referência e a contra referência entre eles.	Fluxo instituído e mantido com documento de referência e contra referência	Percentual de Unidades de Saúde com protocolos e fluxos implantados	50%	100%	100%	100%
<i>Criar por meio de instrumentos legais um grupo condutor da RAPS para investigar fortalezas e vulnerabilidades que representam obstáculos a serem superados para que possa se constituir uma rede de atenção psicossocial integrada e consolidada no território.</i>	Grupo Condutor implantado e mantido	1 reunião mensal do GC para investigação e constituição da RAPS	1	1	1	1

Reativar o Grupo Condutor da Rede Cegonha Municipal garantido o monitoramento e avaliação do cuidado no pré-natal, parto e puerpério e a todas as crianças nos primeiros 2 anos de vida.	Grupo condutor reativado e mantido	1 reunião mensal para monitoramento e avaliação do cuidado pelo Grupo Condutor da Rede Cegonha Municipal	1	1	1	1
Criar um GT para estudar as necessidades de saúde das pessoas com Deficiência para organização de uma rede de cuidados.	Percentual de Serviços de atenção as pessoas com deficiência apontados pelo GT implantados mantidos	Percentual de Serviços de atenção as pessoas com deficiência apontados pelo GT implantados mantidos		40%	80%	100%
Implantar o GC da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com a responsabilidade de implantar por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas as mudanças no processo de trabalho e de cuidado das equipes de AB e de AE.	GC da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Linhas de Cuidado implantadas	Percentual das Unidades de Saúde da RAS com linhas de Cuidado das doenças crônicas implantadas e mantidas	50%	80%	100%	100%
Implantar GC da rede de Urgência e Emergência para acompanhamento avaliação a RUE municipal, e revisão realizando análise de prontuários, análise de óbitos, controle de infecções, análise de farmácia e terapêuticas utilizadas. O GC será um dispositivo para	GC da RUE municipal implantado	1 reunião mensal para monitoramento e avaliação da RUE	1	1	1	1

qualificação da Atenção.						
--------------------------	--	--	--	--	--	--

Implantar protocolo com Classificação de Risco nas Unidades que realizam atendimento as Urgências e Emergências.	Protocolo implantado	Percentual de Unidades com Protocolo com Classificação de Risco implantado	50%	100%	100%	100%
Atualizar e manter os protocolos clínicos para atendimentos de Urgência e Emergência em adulto e crianças.	Protocolos clínicos atualizados e mantidos	Percentual de Unidades onde os protocolos clínicos foram implantados e mantidos	50%	100%	100%	100%
Normatizar o serviço de atendimento a pessoa ostomizada.	Ato de normatização publicado	Divulgação de um Ato de normatização do serviço	1	1	1	1

EIXO 2 - AÇÕES ESTRATÉGICAS DE GESTÃO EM SAÚDE

Diretriz 3: Qualificar a Gestão com infra-estrutura e a logística adequada para atender a qualidade e a resolutividade da RAS, fortalecendo a gestão participativa e o controle social, bem como a política de desenvolvimento de pessoas.

Objetivo 3.1: Implementar ações que impactem positivamente o perfil da Saúde e a qualidade de vida das populações

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Expandir as equipes de ESF para as áreas de vazios sanitários	Ampliar a cobertura das equipes de ESF principalmente em vazios sanitários	Percentual de população coberta pelas Equipes de ESF	55%	65%	70%	70%
Expandir e manter as equipes de NASF	Ampliar a cobertura das equipes de NASF	Percentual de população coberta pelas Equipes de NASF	35%	45%	70%	70%
Manter e expandir os serviços da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades de Saúde do município	Serviços (PIC's) mantidos e expandidos	Percentual de Unidades com os serviços da PIC's	5%	10%	15%	20%
Ampliar a oferta de serviços odontológicos na Atenção Básica aumentando o número de equipes de Saúde Bucal na ESF	Saúde Bucal implantado nas ESF	Percentual de população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica	40%	60%	80%	100%
Implantar e manter o Laboratório de Prótese Dentária	Laboratório implantado e mantido	Laboratório implantado e mantido	1	1	1	1

Pactuar junto aos Laboratórios contratados a entrega dos resultados dos exames de análise clínica de pré-natal e exames colpocitológicos, além de outros solicitados para o diagnóstico, em tempo oportuno, inclusive disponibilizando os resultados através de senha via internet para a Unidade de Saúde	Resultado dos Exames em tempo oportuno	100% dos resultados de Exames entregues em tempo oportuno	100%	100%	100%	100%
--	--	---	------	------	------	------

Sistematizar, monitorar e cumprir os mandatos judiciais;	Mandatos Judiciais monitorados e com ações cumpridas	Percentual de Mandatos Judiciais monitorados e com ações cumpridas	100%	100%	100%	100%
Implantar e manter um Serviço de Promoção em Saúde, com Informações estratégicas para qualificar a Rede de Atenção a Saúde	Serviço de Promoção da Saúde implantado e mantido	Serviço de Promoção da Saúde implantado e mantido	1	1	1	1
Participar ativamente dos fóruns de definição e pactuação das políticas estaduais e federal de saúde e dos processos de elaboração e construção da PPI na Região Metropolitana II	Participação nos fóruns e processos de definição e pactuação	Percentual de Participação nos fóruns e processos de definição e pactuação	100%	100%	100%	100%
Manter, qualificar e expandir a capacidade instalada do Consultório de Rua	Serviço qualificado, mantido e expandido	Serviço qualificado, mantido e expandido	1	1	1	1
Implementar e operacionalizar o Programa Saúde na Escola	Programa implementado e operacionalizado	Programa implementado e operacionalizado	1	1	1	1
Ampliar o Serviço de Regulação das Unidades Próprias e Contratualizadas inclusive com a implantação de um sistema informatizado para qualificar o acesso às consultas e exames	Regulação de Acesso a consultas e exames ampliado e qualificado	Chegar a 30 dias o tempo médio de espera para todas as consultas com especialistas de pacientes classificados como muito alta ou alta prioridade	100%	100%	100%	100%

Objetivo 3.2: Qualificar a gestão administrativa da Rede de Atenção à Saúde

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Construir e estruturar estabelecimentos de saúde qualificando os serviços assistenciais e os de função administrativa e gestão do SUS do município, com a garantia de acessibilidade e padrões sanitários vigentes.	Estabelecimentos de Saúde construídos e estruturados com a garantia de acessibilidade e padrões sanitários vigentes	Percentual de Estabelecimentos de Saúde construídos e estruturados a partir dos que já estão contempladas pelo Programa Requalifica UBS, com a garantia de acessibilidade e padrões sanitários vigentes.	25%	50%	75%	100%
Reformar e/ou readequar Unidades Prediais para estruturar os estabelecimentos de saúde atendendo os serviços assistenciais e os de função administrativa e gestão do SUS, com a garantia de acessibilidade e padrões sanitários vigentes.	Estabelecimentos de Saúde reformados e/ou readequados, com a garantia de acessibilidade e padrões sanitários vigentes	Percentual de Estabelecimentos de Saúde reformados e/ou readequados que estão contemplados no Programa Requalifica UBS, com a garantia de acessibilidade e padrões sanitários vigentes	25%	50%	75%	100%
Garantir a confecção de material gráfico informativo para todas as políticas e programas da Atenção a Saúde, bem como a Vigilância em Saúde.	Material Informativo confeccionado	Percentual de Políticas e programas com material informativo confeccionado	60%	100%	100%	100%

Garantir a compra e/ou aluguel de veículo para o transporte de profissionais na execução das atividades programadas na Atenção e Vigilância a Saúde	Veículo comprado ou alugado	Percentual de atividades realizadas com a utilização de veículos	60%	100%	100%	100%
Adquirir equipamentos, mobiliários e outros bens duráveis para funcionamento de todos os Estabelecimentos de Saúde.	Estabelecimentos de Saúde equipados e mobiliados	Percentual de Estabelecimentos de Saúde equipados e mobiliados	60%	80%	100%	100%
Adquirir e distribuir insumos, materiais e medicamentos para a RAS	Unidades da RAS com insumos, materiais e medicamentos garantidos.	Percentual de Unidades da RAS com insumos, materiais e medicamentos garantidos	100%	100%	100%	100%
Manter a política de gestão de pessoas nas necessidades da RAS sejam elas administrativas, de gestão e assistência com a garantia de remuneração e encargos sociais	Política implantada e mantida	Política implantada e mantida	1	1	1	1

Objetivo 3.3: Manter, operacionalizar a Rede de Média Complexidade

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Operacionalizar a rede assistencial da urgência e emergência	Unidades de Saúde equipadas para atendimento a situações de	Percentual de Unidades de Saúde equipadas para situação de Urgência e Emergência	60%	80%	100%	100%

	Urgência e Emergência					
Operacionalizar e manter o SAMU;	SAMU mantido em funcionamento	SAMU mantido em funcionamento	100%	100%	100%	100%
Operacionalizar a rede assistencial de atenção à saúde (Unidades de Atenção Básica, CDT, Ambulatório de Especialidades, Hospitais, UPA, SAE, CEO, CAPS, Laboratório de Prótese Dentária, SAD, SAMU, Vigilância em S	Rede de Atenção a Saúde mantida e em funcionamento	Rede de Atenção a Saúde mantida e em funcionamento	100%	100%	100%	100%
Realizar obra de adequação no espaço físico do HGMCL, para execução de ações do Hospital da Mulher	Espaço físico adequado	Espaço físico com ambiência adequada ao acolhimento das mulheres, das gestantes e seus acompanhantes.	1	1	1	1
Implantar e manter o Hospital Geral Che Guevara	Hospital Geral implantado e mantido	Hospital Geral implantado e mantido	1	1	1	1
Manter e contratar, quando necessário, os serviços de saúde para assegurar o diagnóstico e o tratamento dentro das necessidades de saúde da população	Serviço de saúde mantido e contratado	Serviço de saúde mantido e contratado	5	5	5	5

Objetivo 3.4: Implementar uma política de gestão de pessoas e desenvolvimento dos trabalhadores que fortaleça a qualificação da assistência em saúde da população

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Implantar o Núcleo de Educação Permanente e/ ou Centro de Estudos em serviços específicos para qualificar os trabalhadores e os serviços da rede de atenção e vigilância a saúde por meio de instrumentos legais, considerando a participação das gerencias e técnicos das diversas áreas de conhecimento no planejamento e execução das capacitações e outras atividades de educação permanente	Instrumento legal publicado e legitimado pela RAS.	Núcleo de Educação Permanente em Saúde implantado	1	1	1	1
Promover em conjunto com Instituições de Ensino e Pesquisa cursos de aperfeiçoamento e especialização para qualificação dos trabalhadores de saúde	Cursos conjuntos com IEP realizados	Número de profissionais capacitados em atividades conjuntas com IEP	200	200	200	200
Realizar Concurso público para atender as demandas do município e dar continuidade as ações estratégicas.	Concurso público realizado	Percentual de profissionais concursados nos serviços de saúde	40%	50%	60%	60%

Objetivo 3.5: Ampliar e qualificar a participação da sociedade e do controle social na construção da política de saúde.

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Implantar o conselho gestor com agenda programada em cada distrito	Conselho Gestor implantado	Número de reuniões realizadas em cada território.	4	4	4	4
Contratar ou designar técnicos específicos para a ouvidoria da saúde e organizar capacitação destes com o apoio de todos serviços da Rede.	Equipe contratada, capacitada e mantida	Qualificar e Reduzir o percentual de queixas de cada serviço da RAS	20%	40%	60%	80%
Elaborar relatórios da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde com disponibilização de informações quantitativas e qualitativas para a gestão	Relatórios da Ouvidoria elaborados	Elaborar relatórios trimestrais da Ouvidoria para a gestão	3	3	3	3
Manter e operacionalizar o Conselho Municipal de Saúde;	CMS mantido e em funcionamento	CMS mantido e em funcionamento	1	1	1	1

Objetivo 3.6: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Implantar o protocolo de assistência farmacêutica na rede.	Protocolo implantado	Percentual de Unidades de Saúde com o protocolo de	50%	75%	100%	100%

		assistência farmacêutico ofertado				
Contratar ou qualificar profissional para dispensação de medicamentos nas Unidades de Atenção Básica supervisionado por farmacêutico.	Profissionais contratados e qualificados	Percentual de Unidades de Saúde que dispensam medicamentos com supervisão farmacêutica.	50%	75%	100%	100%
Manter o Programa de Assistência Farmacêutica Básica	Programa de Assistência Farmacêutica Básica mantida	Percentual de Unidades Básicas com 100% dos itens do Programa de Assistência Farmacêutica Básica para distribuição	100%	100%	100%	100%

Objetivo 3.7: Otimizar a capacidade operacional dos serviços, com lógica de priorização e enfrentamento de iniquidade

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Implantar mecanismos de avaliação com indicadores de cada área programática (rodas de discussão permanentes, oficinas, fóruns anuais, etc).	Rol de Indicadores de cada área programática instituído	1 avaliação com relatórios quadrimestral e anual	4	4	4	4
Avaliar e auditar a trajetória do paciente nos pontos de atenção à saúde conforme as linhas de cuidados e os protocolos das redes de atenção prioritárias implantados	Número de processos de avaliação/auditoria realizados, conforme prioridades estabelecidas pelo gestor municipal	1 avaliação por semestre de 2 linhas de cuidado estabelecida pelo gestor municipal	4	4	4	4
Avaliar e monitorar continuamente a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme definido nos contratos dos prestadores de serviços do SUS	Percentual de avaliações realizadas em relação ao número total de	Acompanhamento realizado continuamente em 90% dos estabelecimentos de saúde contratados	90%	90%	90%	90%

	estabelecimentos com contrato					
Criar rol de Indicadores e monitorar o funcionamento dos serviços especializados ambulatoriais da RAS do município	Rol de indicadores e monitoramento implantado	1 relatório de monitoramento a cada quadrimestre	3	3	3	3
Realizar, anualmente, estudos avaliativos quanto à compatibilidade entre a capacidade instalada, a programação e a produção dos estabelecimentos de saúde que integram o Sistema Municipal de Saúde priorizado pelo gestor municipal.	Estudos realizados conforme priorizado pelo gestor municipal	2 Estudos anuais realizados	2	2	2	2

EIXO 3: AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Diretriz 4: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis

Objetivo 4.1: Estabelecer ações buscando qualidade dos serviços de Vigilância em Saúde

Ação	Indicador	Meta 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
Realizar ações contínuas de controle, avaliação e monitoramento das vigilâncias	Ações contínuas mantidas	Percentual de visitas e ações de inspeção das vigilâncias	100%	100%	100%	100%
Ampliar o percentual de famílias alcançadas em cada vigência, elegendo profissionais habilitados para ser referência pelo Programa Bolsa Família nas áreas de vazios sanitários da Atenção Básica.	Profissionais eleitos em cada território por número de famílias alcançadas	Percentual de famílias alcançadas em cada vigência do Programa Bolsa Família	50%	60%	70%	80%
Efetivar a implantação do SISVAN, as ações práticas de	SISVAN implantado	Percentual de Unidades de Saúde com o SISVAN implantado.	60%	75%	90%	100%



EAN na rede, visando a promoção de alimentação saudável.						
Capacitar os novos profissionais na realização dos testes rápidos nas UBS e divulgar a realização destes testes para a população	Profissionais capacitados e testes divulgados e realizados	Percentual de testes rápidos realizados sobre o número de testes disponibilizados nas UBS	60%	75%	90%	100%
Elaborar protocolo/Fluxo para a realização dos testes rápidos	Protocolo/Fluxo implantados	Percentual de Unidades de Saúde com o protocolo/fluxo implantado	80%	100%	100%	100%
Ampliar o número de notificações realizadas pelos profissionais de saúde notificantes	Aumento das notificações	Percentual de fichas de notificação preenchidas corretamente	100%	100%	100%	100%

Criar um núcleo de investigação, análise e assistência dos casos suspeitos de violência e maus tratos e acidentes.	Núcleo implantado	Percentual de ações de investigação, de análise e de assistência realizadas.	80%	80%	100%	100%
Capacitar os profissionais das unidades de saúde da rede para estabelecer ações de controle epidemiológico.	Ações de controle realizadas	Percentual de ações de controle realizadas	100%	100%	100%	100%
Implantar um GT para estudar a implantação do serviço de vigilância em saúde no Hospital Che Guevara	GT implantado	Serviço de vigilância em saúde implantado no Hospital Che Guevara	1	1	1	1
Instituir um GT com componentes do Programa de Saúde da Mulher e da Criança, da Estratégia de Saúde da Família e representantes do Pré-natal de alto risco e da Maternidade Municipal, além da Vigilância Epidemiológica e o Programa IST / AIDS, irá iniciar a elaboração de um plano de	GT Instituído	Plano de Controle da Sífilis Congênita e Hepatite B implantado e mantido	1	1	1	1

controle da sífilis congênita e hepatite B.						
Manter o atendimento 24 horas semanais para testagem espontânea das gestantes no SAE.	Serviço de testagem mantido	Percentual de gestantes que realizaram testagem espontânea	100%	100%	100%	100%
Fornecer testagem de HIV as gestantes que derem entrada na maternidade do HMCML.	Exame de HIV fornecido	Percentual de gestantes que realizaram testagem a partir da entrada na maternidade do HMCML	100%	100%	100%	100%
Implantar e manter o Sistema de Informação da Vigilância Sanitária- SISVISA	Sistema de Informação implantado e mantido	Sistema de Informação implantado e mantido	1	1	1	1
Elaborar o Plano de Contenção à Sífilis Congênita	Plano elaborado, publicado e legitimado na RAS	Unidades de Saúde com ações específicas para a contenção da sífilis congênita	100%	100%	100%	100%
Descentralizar a Vigilância em Saúde para todos os territórios com técnicos capacitados, permitindo identificar os riscos sanitários e as situações de	Vigilância em Saúde descentralizada para todos os territórios	Territórios dos Estabelecimentos de Saúde assistidos pela Vigilância em Saúde	100%	100%	100%	100%

vulnerabilidade						
Criar um GT que apontará ao legislativo às necessidades de normatização de ações da vigilância em saúde, dando	GT constituído na RAS	Instrumento legal instituído na RAS	1	1	1	1

legalidade e legitimidade as ações propostas no SUS						
Criar observatório da vigilância em saúde para disponibilizar informações georreferenciadas e constituir uma rede de informação	Observatório da vigilância em saúde criado	Sala de situação do observatório em funcionamento	1	1	1	1
Implantar e manter o Centro de Controle de Zoonoses	Centro de Controle de Zoonoses implantado e mantido	Centro de Controle de Zoonoses implantado e mantido	1	1	1	1
Rever e padronizar as informações de identificação nos prontuários de atendimentos, incluindo itens fundamentais como: pessoas com deficiência, etnias, doenças crônicas e acidentes ocorridos no trabalho, para qualificação dos dados estatísticos.	Prontuários com campo de identificação revistos e padronizados	Percentual das Unidades de Saúde da RAS utilizando prontuários com informações de identificação padronizadas	50%	100%	100%	100%
Intensificar e qualificar as notificações de suspeitas de violência doméstica e sexual,	Notificações suspeitas de violência doméstica e sexual com informações qualificadas	Ampliar o número de estabelecimentos de saúde notificantes	50%	60%	80%	100%

principalmente em crianças, adolescentes e mulheres, em tempo oportuno viabilizando conduta para as IST's/AIDS						
Distribuir boletim de vigilância em saúde com informações sobre as condições de saúde da população para o usuário dos serviços de saúde utilizando os meios de comunicação existentes	Boletins de Vigilância em Saúde distribuídos	Distribuir boletim por semestre em todos os Estabelecimentos de Saúde	2000	2000	2000	2000
Criar estrutura física e manter o NUSSEMM-Núcleo de Saúde do Servidor Municipal de Maricá	Espaço estruturado com ampliação das ações oferecidas	Espaço estruturado com ampliação das ações oferecidas	01	01	01	01

com espaço físico próprio equipamentos e mobiliários adequados ampliando as ações a outras secretarias						
Criar estrutura física para implementação do CEREST DA METRO II.2 – centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador com equipamentos e mobiliários adequados	Espaço estruturado	Espaço Estruturado	01	01	01	01
Criar estrutura física para qualificar a atenção realizada pela Clinastt – Clínica de Acolhimento em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com Espaço próprio equipamentos e mobiliários adequados	Espaço estruturado	Espaço Estruturado	01	01	01	01

Capacitação de profissionais para instrumentação dos profissionais para campanhas nacionais de imunização.	Nº de capacitações realizadas anualmente	Nº de capacitações realizadas anualmente				1
Disponibilizar espaço físico para o programa de Tuberculose.	Espaço físico adequado e em funcionamento do Programa de Tuberculose	Espaço físico adequado e em funcionamento do Programa de Tuberculose				1
Descentralizar o atendimento dos pacientes portadores com tuberculose.	Percentual de profissionais capacitados	Percentual de profissionais capacitados				25%

Operacionalização de ações de saúde que possibilitem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de agravos e a reabilitação da saúde na covid-19.	Percentual da rede estruturada para o enfrentamento COVID-19	Percentual da rede estruturada para o enfrentamento COVID-19			100%	100%
--	--	--	--	--	------	------

Referência Bibliográfica

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1990a). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1990b). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

BRASIL. Casa civil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 jun. de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2012). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. CONASEMS, COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2016. 324p.

Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AF01_tela-1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Brasília, DF, 2010. 24 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf

BRASIL (2014b), Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 11 nov. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf

BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, Brasília, DF, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL (2014c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS, Brasília, DF, 2014. 160 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf

BRASIL (2013d). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde- SUS. Brasília, 07 de jul.2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html