

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAPI**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**JAPI - RN**

**2022 - 2025**

**PREFEITA**

Simone Fernandes da Silva

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rita de Cássia Medeiros de Melo Pinheiro

**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Silvana Duarte de Paula Lima

**ELABORAÇÃO DO PLANO - 2022 A 2025**

Silvana Duarte de Paula Lima

**COLABORADORES - EQUIPE TÉCNICA**

Alberto Kleber de Pontes Nascimento

Jânio Alves do Nascimento

Jefferson Pontes de Lima

José Iremar da Costa Lima

Josenildo Rufino da Silva

# SUMÁRIO

<b>1- APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2- OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>07</b>
2.1 - Objetivos Específicos.....	07
<b>3- ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>08</b>
3.1 - Panorama Demográfico.....	08
3.2 - Histórico.....	09
3.3 - Formação Administrativa.....	10
3.4 - Localização.....	10
3.5 - Trabalho e Rendimento.....	10
3.6 - Educação.....	11
3.7 - Economia.....	11
3.8 - Saúde.....	11
3.9 -Território e Ambiente.....	11
<b>4 - MAPA DO MUNICÍPIO DE JAPI.....</b>	<b>12</b>
4.1 - O Brasão.....	13
4.2 - IDHM.....	15
4.3 - Componentes IDHM.....	15
4.3.1 - Entre 2000 e 2010.....	15
<b>5 - DEMOGRAFIA E SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
5.1 - População.....	17
5.2 - Estrutura Etária.....	18
<b>6 - INDICADORES DE SAÚDE.....</b>	<b>19</b>
6.1 - Diagnóstico Epidemiológico.....	19
6.2 - Nascidos vivos geral.....	20
6.3 - Doenças de notificação compulsória imediata.....	20

6.4 - Agravos confirmados.....	21
6.5 - Totais de imóveis por categoria (endemias).....	21
6.6 - Imunização.....	22
6.6.1 - Cobertura vacinal (rotina) por insumos 2020 - 2021.....	22
6.6.2 - Cobertura vacinal COVID-19.....	23
6.7 - Cobertura das condicionalidades do Programa Auxílio Brasil.....	23
6.8 - Ações da Vigilância Sanitária.....	24
<b>7- AÇÃO INTEGRAL A SAÚDE.....</b>	<b>24</b>
7.1 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde.....	24
7.2 - Missão da Secretaria Municipal de Saúde.....	25
7.3 - Gestão da Atenção Básica.....	25
<b>8 - PROGRAMAS E AÇÕES EM SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
8.1 - Estratégia Saúde da Família.....	26
8.2 - Teto, credenciamento e implantação das Estratégias Saúde da Família.....	27
8.3 - Teto, credenciamento e implantação dos Agentes Comunitários de Saúde.....	28
8.4 - Teto, Credenciamento e implantação das Estratégias Saúde Bucal.....	28
8.5 - Teto, credenciamento e implantação do (NASF02).....	29
8.6 - Teto, credenciamento e implantação dos Agentes de Endemias.....	29
<b>9 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>29</b>
<b>10 - SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>30</b>
<b>11 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....</b>	<b>30</b>
<b>12 - PROGRAMAS E AÇÕES DE GESTÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>30</b>
<b>13 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....</b>	<b>31</b>

13.1 - Objetivo da Vigilância Epidemiológica.....	31
13.2 - Atribuições de Vigilância Epidemiológica.....	31
<b>14 - VIGILÂNCIA AMBIENTAL.....</b>	<b>32</b>
14.1- Objetivos da Vigilância Ambiental.....	32
14.2 - Vigilância dos riscos à saúde por vetores.....	32
<b>15 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....</b>	<b>33</b>
15.1- Objetivos da Vigilância Sanitária.....	33
<b>16 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....</b>	<b>34 a 43</b>
<b>17 - FINANCEIRO.....</b>	<b>44 e 45</b>
<b>18 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>19 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>

## 1. - APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é um processo de planejamento integrado que constitui uma base para programações e previsão de proposta resultante do principal instrumento de gestão do SUS e mostra as intenções da gestão para o quadriênio 2022-2025. Ele é resultante do processo de planejamento integrado e constitui base para programações e previsão de proposta orçamentária, devendo orientar a elaboração dos instrumentos de planejamento da administração pública como o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros para o período de sua vigência. Com o pacto pela saúde, a gestão do SUS assume importância crucial, tendo em vista a necessidade de estimular o desenvolvimento de ações qualificadas entre gestores de saúde. Os instrumentos de planejamento do SUS têm por finalidade, entre outras: apoiar o gestor na condução da prestação de ações e serviços no âmbito de seu território, de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema; disponibilizar os meios para o aperfeiçoamento contínuo da Gestão Participativa e das ações e serviços prestados; apoiar a participação e o controle social bem como auxiliar o trabalho interno e externo, de controle e auditoria.

Dos dois grandes eixos **TRABALHO e QUALIDADE VIDA**, extraem-se os sub-eixos que buscam a operacionalização das metas maiores e que nortearão nossas ações para os próximos quatro anos para o município de Japi/RN.

Várias são as tecnologias a serem implantadas nos próximos anos, implantação do PEC Prontuário, reestruturação da Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Batista Barros e UBS da Zona Rural, Humanização e Acolhimento na atenção à saúde, adesão ao programa de tabagismo, implantação do grupo de idosos, PICS, saúde do adolescente entre outros.

## **2. - OBJETIVO GERAL**

O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período.

Tem como objetivo geral levar a saúde mais perto da população implementando Redes de Atenção à Saúde, organizando-as para reduzir tempo de resposta no atendimento das necessidades, prevenir e gerenciar doenças crônicas, aumentando a resolubilidade dos serviços prestados.

### **2.1 - Objetivos Específicos**

- Implementar a Rede de Atenção Materno-Infantil;
- Implementar a Rede de Atenção Psicossocial;
- Implementar a Rede de Atenção ao Idoso;
- Implementar a Rede de Atenção às Doenças Crônicas;
- Implementar ações de Atenção à Saúde do Trabalhador;
- Implementar ações de prevenção às doenças infecciosas e emergentes e prevenção às violências;
- Implementar ações de promoção à saúde com foco na mudança de hábitos de vida;
- Implementar ações visando à reestruturação das UBS;
- Implantar a Rede de Saúde do Adolescente.
- Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde;
- Analisar os parâmetros atuais da situação de saúde do município;
- Prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população;
- Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde;

- Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população;
- Desenvolver e fortalecer a promoção da saúde;
- Aperfeiçoar e fortalecer a Gestão do SUS.

### **3. - ANÁLISE SITUACIONAL**

#### **Condições de Saúde da População**

##### **3.1 - Panorama Demográfico**

O Município de Japi está situado no Estado do Rio Grande do Norte. Os habitantes se chamam Japienses. O município se estende por 189 km<sup>2</sup> e contava com 5.522 habitantes no último censo (2010).

Segundo o censo de 2000, tem uma população total residente de 6.328 habitantes, dos quais 3.210 são do sexo masculino (50,70%) e 3.118 do sexo feminino (49,30%), sendo que 3.783 vivem na área urbana (59,80%) e 2.545 na área rural (40,20%). A população estimada para o ano de 2021 foi 4.935 pessoas. A densidade demográfica é de 29,22 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. Situado a 293 metros de altitude, Japi tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 6° 27' 40" Sul, Longitude: 35° 56' 24" Oeste. Situa-se na mesorregião Agreste Potiguar e na microrregião Borborema Potiguar, limitando-se com os municípios de Santa Cruz, Tangará, Monte das Gameleiras, São José do Campestre e São Bento do Trairi e com o Estado da Paraíba, abrangendo uma área de 200 km<sup>2</sup>, inseridos na folha São José do Campestre (SB.25-YA-I) na escala 1:100.000, editada pela SUDENE. A distância para a capital é cerca de 168 km, sendo seu acesso, a partir de Natal, efetuado através das rodovias pavimentadas BR-226 e RN104, tem como prefeita Simone Fernandes da Silva, que como chefe do Executivo municipal, exerce a função de administrar os serviços públicos locais.

O município de Japi foi criado pela Lei nº 2.399, de 18/05/1959, desmembrado de São José do Campestre. A rede de saúde dispõe 01 Unidade Mista e 03 Unidades Básicas de Saúde da Família e 01 NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Na área educacional, o município possui 27 estabelecimentos de ensino, sendo 02 de ensino Pré- escolar, 24 de ensino



fundamental e 01 de ensino médio.

As principais atividades econômicas são: agropecuária, extrativismo e comércio.

Em relação à infraestrutura, o município possui 01 agência bancária, 01 Agência dos Correios.

Os planos solos são utilizados, principalmente com pecuária e em pequenas áreas com algodão, milho e feijão consorciados, além de palma forrageira. Seu aproveitamento racional com pecuária requer melhoramento das pastagens e intensificação de palma forrageira.

Nas áreas com predominância de solos Litólicos Eutróficos a agricultura é quase inexistente, devido a limitações muito fortes pela falta d'água, grande susceptibilidade e erosão, além do impedimento ao uso de máquinas agrícolas, em decorrência da pedregosidade, rochosa e pequena profundidade. Nestas áreas deve-se conservar vegetação natural para preservação da flora e da fauna.

**Aptidão Agrícola:** aptidão regular para pastagens plantada. Terras aptas para culturas especiais de ciclo longo (algodão arbóreo, sisal, caju e coco). Terras indicadas para preservação da flora e da fauna.

**Sistema de Manejo:** médio nível tecnológico. As práticas agrícolas estão condicionadas ao trabalho braçal e da tração animal com implementos agrícolas simples.

Relevo de 200 a 800 metros de altitude, serras do Samanaú, dos Milagres, do Boqueirão, do Japi. Planalto da Borborema terrenos antigos, formados pelas rochas Pré-Cambrianas como o granito, onde se encontram as serras e picos mais altos.

### 3.2 - Histórico

Em 1716, os Capitães Julião Borges de Góis e Manuel Pereira Machado receberam sesmaria no rio Jacu, em trecho correspondente ao atual município.

A localidade que era fazenda desde 1784, desenvolveu-se com grande movimentação pastoril agrícola, e a partir da construção da Capela de São Sebastião, surgiu o novo povoado em 1870, tendo à frente o Sr. João Batista Confessor. Somente no século XIX, devido à movimentação agrícola e pastoril, e por iniciativa de João Batista Confessor nasceu a povoação

que daria origem ao município, consolidada com a construção de uma capela dedicada a São Sebastião.

O topônimo Japi vem do nome dado pelos tupis xexéu. De ia-pu, o barulho, o ruído, o que faz rumor.

### **3.3 - Formação Administrativa**

Distrito criado com a denominação de Japi ex-povoado, pela estadual nº 54, de 21-12-1953, subordinado ao município de São José do Campestre, ex-Campestre.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1955, o distrito de Japi, figura no município de São José do Campestre.

Elevado à categoria de município com a denominação de Japi, pela lei estadual nº 2399, de 18-05-1959, desmembrado de São José do Campestre. Sede no antigo distrito de Japi ex-povoado. Constituído do distrito sede. Instalado em 29-06-1959.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município é constituído do distrito sede.

### **3.4 - Localização**

Japi está localizado na Região do Trairi, microrregião da Borborema Potiguar e na mesorregião do Agreste Potiguar, está a 134 quilômetros de distância da capital, na altitude de 284 metros acima do nível do mar, contando com uma área de 189 quilômetros quadrados de extensão, onde residem 5.522 pessoas, sendo 4.107 na zona urbana, e 1.415 no setor rural. O município limita-se com Santa Cruz, Tangará, São José do Campestre e São Bento do Trairi.

### **3.5 - Trabalho e Rendimento**

Em 2019, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6.8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 54 de 167 e 130 de 167, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3125 de 5570 e 4598 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 55.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 6 de 167 dentre as

idades do estado e na posição 395 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

### **3.6 - Educação**

A Taxa de escolarização em 2010 de alunos de 06 a 14 anos de idade foi de 97.8%.

Em 2019, os alunos dos anos iniciais da rede pública do município tiveram nota média de 4,1 no IDEB. Para os alunos dos anos finais em 2019 a nota final foi de 2,8.

No ano de 2020 foram realizadas 990 matrículas no ensino fundamental, 212 no ensino médio, 42 docentes no ensino fundamental, 09 docentes no ensino médio. Em 2020 existiam 13 estabelecimentos do ensino fundamental e 01 de ensino médio (Fonte: IBGE).

### **3.7 - Economia**

Em 2019 o município tinha um PIB per capita de R\$ 8.482. Em 2015 o percentual das receitas oriundas das fontes externas foi de 99,1%. Em 2017 o total de receitas realizadas foi de R\$ 16.769,11 (x1000). A despesa empenhada em 2017 foi de R\$ 14.828 (x1000). (Fonte: IBGE).

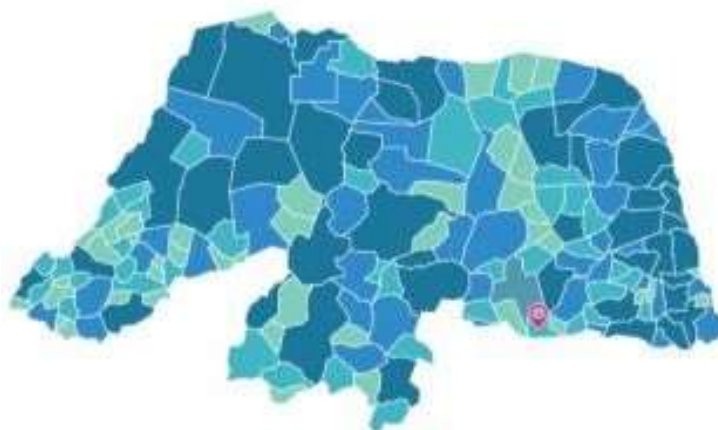
### **3.8 - Saúde**

A taxa de mortalidade infantil média no município é de 19.05 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.5 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 1 de 167 e 52 de 167, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 1 de 5570 e 1887 de 5570, respectivamente. (Fonte: IBGE, censo 2010).

### **3.9 - Território e Ambiente**

O município de Japi apresenta 51.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 28.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 36 de 167, 158 de 167 e 85 de 167, respectivamente.

## 4. - MAPA DO MUNICÍPIO DE JAPI



**Tabela 01 - Caracterizações do Território**

Área	IDHM 2010	Faixa do IDHM	População (Censo 2000)
189,73 km <sup>2</sup>	0, 569	Baixo (IDHM entre 0, 500 e 0, 599)	6.328 Hb
Densidade Demográfica	0, 569	Microrregião	Mesorregião
Densidade Demográfica	0, 569	Microrregião	Agreste Potiguar

## 4.1 - O Brasão



O município de Japi/RN teve pela primeira vez em sua história um símbolo desenvolvido seguindo as regras heráldicas, que é a ciência, ou a arte, de descrever os Brasões de Armas e Escudos.

O Brasão do Município conta minuciosamente em cada detalhe, desde os pioneiros que desbravaram essas terras, as crenças, até à crescente e próspera economia do agronegócio. Nele encontramos trechos do Hino Municipal, as belíssimas serras dos três irmãos, o rio Jacu, o pássaro Japi, as pinturas rupestres deixadas pelos nossos ancestrais e muitos outros elementos que caracterizam nossa história.

Um trabalho de criação primoroso realizado pela empresa Bizzu – Ideias Criativas, com a pesquisa em livro e ajuda de informações dos especialistas na história local: Professores João Edilson, Roberto César, Maciel Souza, e dos colaboradores Enos Miguel, Pedro Victor. Fonte: (Relatos testemunhal com moradores e historiadores do município. IBGE; Terras Potiguares / Marcus César Cavalcanti de Moraes. – Natal (RN): Editora Foco, 2007. – 3º Ed. 342 p).

O Brasão municipal teve a importante iniciativa da prefeita SIMONE FERNANDES DA SILVA, que idealizou um símbolo que pudesse ser utilizado pelas próximas gerações e tivesse sido desenvolvido com profissionalismo, zelo e o mais importante, com a ajuda de militantes

culturais Japienses, que tanto amam a cidade.

O trabalho desenvolvido pela Procuradoria Geral do município conduzidos pela Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Dantas Jofily e Dr<sup>o</sup> Felipe Guerra foram fundamentais para que fosse possível a criação do projeto de lei (Nº 391/2021), o envio para a Câmara Municipal e aprovação por unanimidade.

**O BRASÃO** municipal passa pelas mais finas malhas de referências históricas.

**O PÁSSARO:** A representação do pássaro Japim que dá origem ao nome da cidade.

**O RIO:** Jacu uma das belezas naturais que marca nossa história e faz travessia em nossa cidade.

**A SERRA:** Beleza imponente que através do seu formato homenageia e simboliza os TRÊS IRMÃOS, um de nossos cartões postais mais marcantes.

**O MILHO, FEIJÃO E ALGODÃO:** Fontes históricas de nossa economia e desenvolvimento inicial.

**AS PINTURAS RUPESTRES:** Retrata a história dos nossos ancestrais escritos a milhares de anos, destacando-se em meio a vegetação seca a sua beleza e riqueza histórica.

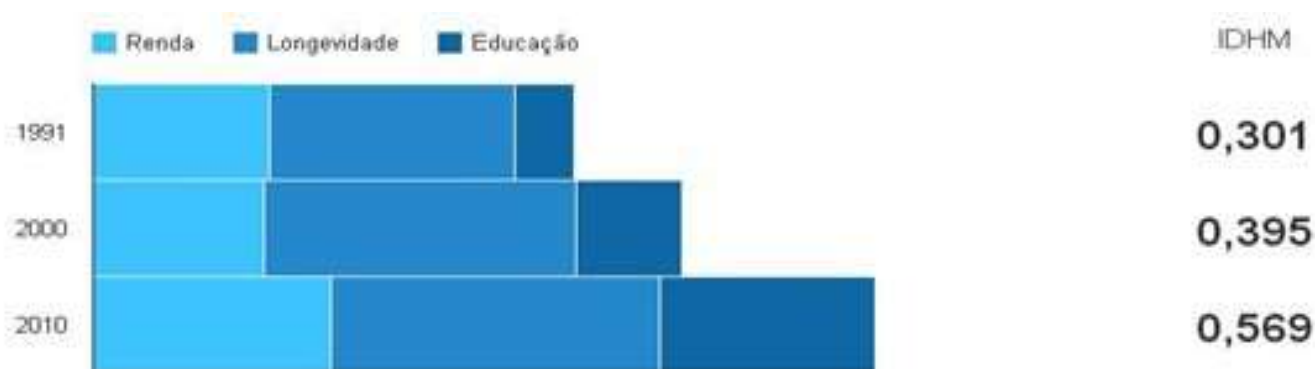
**A CAPELA:** No século XIX, nascia a povoação que daria origem a cidade, consolidada com a criação da primeira capela, dedicada ao Santo São Sebastião, que posteriormente tornou-se patrono da cidade.

**O LISTEL:** Data em que foi elevado a município com a denominação JAPI, pela lei estadual Nº 2399 de 18 de maio de 1959.

O objetivo do brasão desde sua criação foi trazer elementos que representam a nossa história e fortalecessem as raízes da terra, dando ao serviço público tom de impessoalidade e acolhimento para com todos os munícipes.

## 4.2 - IDHM

Gráfico 01 - Renda, Longevidade e Educação



Fonte: PNAD, Ipea e FJP

## 4.3 - Componentes IDHM

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Japi é 0, 569, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0, 726, seguida de Renda, com índice de 0, 528, e de Educação, com índice de 0, 480.

### 4.3.1 - Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0, 395 em 2000 para 0, 569 em 2010 - uma taxa de crescimento de 44,05%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 71,24% entre 2000 e 2010.

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,244), seguida por Renda e por Longevidade.

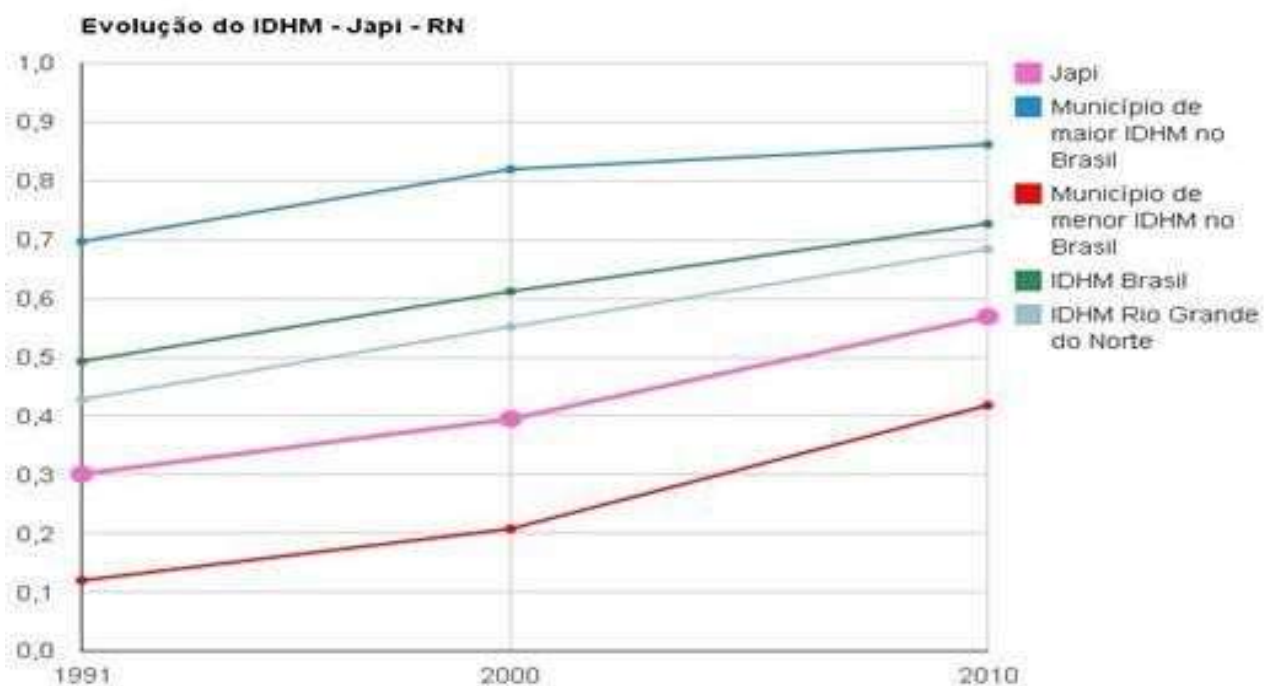
## Tabela 02 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Japi - RN

IDHM e componentes	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	0,128	0,236	0,480
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	9,01	14,06	28,43
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	38,73	67,37	86,52
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	13,96	26,41	82,16
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	5,13	14,13	48,97
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	3,48	14,49	32,45
<b>IDHM Longevidade</b>	0,547	0,689	0,726
Esperança de vida ao nascer (em anos)	57,80	66,31	68,58
<b>IDHM Renda</b>	0,389	0,380	0,528
Renda per capita (em R\$)	89,76	85,31	214,04

Fonte: PNLD, Ipea e FJP

## Gráfico 02 - Evolução do IGHM





## 5. - DEMOGRAFIA E SAÚDE

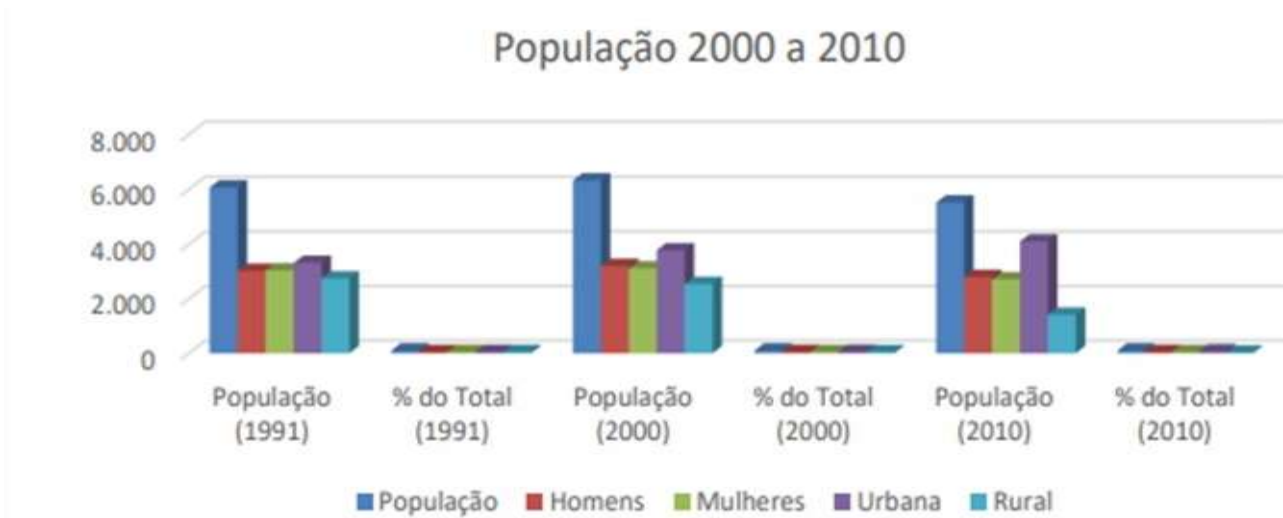
### 5.1 - População

A população estimada para o ano 2021 é de 4.935 pessoas, entre 2010 a 2021.

Entre 2000 e 2010, a população de Japi cresceu a uma taxa média anual de - 1,35%, enquanto no Brasil foi de 1,01%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 59,78% para 74,38%. Em 2010 viviam, no município, 5.522 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 0,46%. Na UF, esta taxa foi de 1,02%, enquanto no Brasil foi de 1,02%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 54,68% para 59,78%.

#### Gráfico 03 - População



FONTE: ATLAS

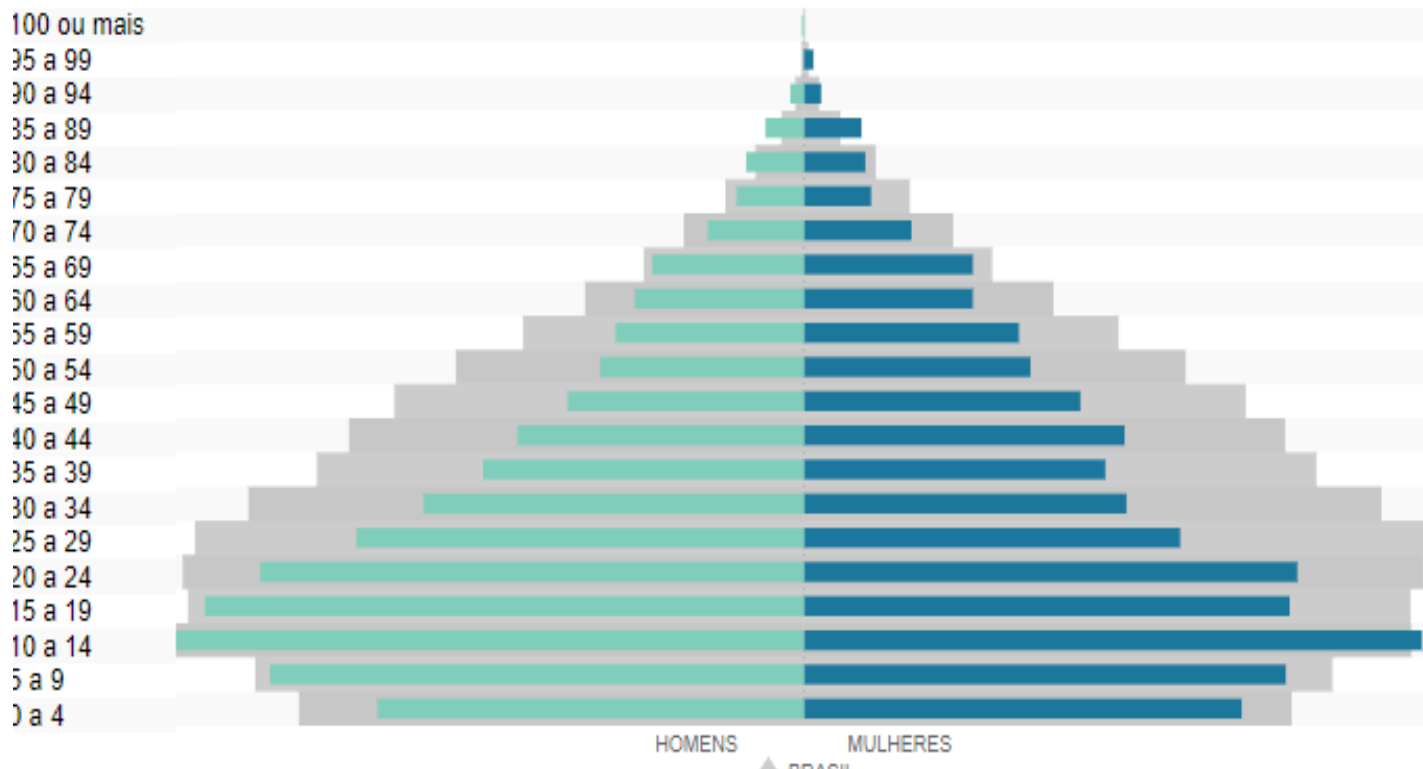
Tabela 03 - População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Japi/RN

População	Pop.1991)	% do Total (1991)	Pop. (2000)	% (2000)	Pop. (2010)	% (2010)
População	6.072	100,00	6.328	100,00	5.522	100,00
Homens	3.027	49,85	3.210	50,73	2.806	50,81
Mulheres	3.045	50,15	3.118	49,27	2.716	49,19
Urbana	3.320	54,68	3.783	59,78	4.107	74,38
Rural	2.752	45,32	2.545	40,22	1.415	25,62

## 5.2- Estrutura Etária

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 83,58% para 60,63% e a taxa de envelhecimento, de 6,57% para 8,64%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 100,40% e 5,90%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,94% em 2000 e 45,92% em 2010.

### Pirâmide Etária - 2010



**Tabela 04 - Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Japi/RN**

DESCRIÇÃO	1991	2000	2010
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (EM ANOS)	57,8	66,3	68,6
MORTALIDADE ATÉ 1 ANO DE IDADE (POR MIL NASCIDOS VIVOS)	78,9	45,1	31,1
MORTALIDADE ATÉ 5 ANOS DE IDADE (POR MIL NASCIDOS VIVOS)	102,8	58,3	33,5
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (FILHOS POR MULHER)	102,8	4,5 4,2	4,6 2,6

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 2,3 anos na última década, passando de 66,3 anos, em 2000, para 68,6 anos, em 2010. Em 1991, era de 57,8 anos.

## 6. - INDICADORES DE SAÚDE

### 6.1 - Diagnóstico Epidemiológico

#### Mortalidade

A causa básica de óbito é codificada a partir do declarado pelo médico atestante segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. Informações coletadas a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), administradas pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde referente ao ano de 2015 a 2018.

**Tabela 05 - Óbitos**

META	TOTAL DE ÓBITOS
META ANUAL	26
META SEMESTRAL	13
META QUADRIMESTRAL	09
META MENSAL	02

**Tabela 06 - Óbitos Gerais**

ANO	2015	2016	2017	2018
ÓBITO GERAL	35	25	31	18
ÓBITOS PREMATUROS	07	07	07	07
ÓBITOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL DE 10 A 49 ANOS	00	02	02	01
ÓBITOS COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDA	34	25	31	15
ÓBITOS INFANTIS (< 1ANO)	01	00	02	00
ÓBITOS MATERNOs POR RESIDÊNCIA	00	00	00	00

## 6.2- Nascidos Vivos

Estimativa de nascidos vivos é de 98 nascidos vivos ano e 08 nascidos vivos mês.

**Tabela 07 - Médis de Nascidos Vivos**

<b>Meta anual (18)</b>	<b>Meta semestral (18)</b>	<b>Meta quadrimestral (18)</b>	<b>Meta mensal (18)</b>
111	56	37	09

## 6.3- Doenças de Notificação Compulsória Imediata

- Botulismo;
- Carbúnculo ou Antraz;
- Cólera;
- Doença de Chagas Aguda;
- Influenza humana por novo subtipo;
- Peste;
- Poliomielite;
- Raiva Humana;
- Sarampo;
- Rubéola;
- Varíola;
- Tularemia; e
- Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).
- Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
- Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;
- Covid-19; e Dengue.

## 6.4- Agravos Confirmados

**Tabela 08 - Agravos**

<b>AGRAVOS</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Sífilis em gestantes	00	02
Dengue	00	00
Chicungunya	00	02
Hepatites Virais	01	00
Acidentes por animais peçonhentos	21	08
Varicela	00	00
Leishmaniose Visceral	00	00
Zika Virus	01	00
Violência Interpessoal	01	02
Atendimento anti-rábico	00	01
Covid - 19 casos positivos	55	716

## 6.5 - Totais de imóveis por categoria endemias (trabalhados)

**Tabela 09 - Produção dos Agente de Combate as Endemias - 2021**

<b>TRATAMENTO</b>	<b>RESIDÊNCIAS</b>	<b>COMÉRCIOS</b>	<b>TERRENOSBADIOS</b>	<b>OUTROS</b>
<b>ALTO DE SÃO SEBASTIÃO</b>	2.203	93	204	189
<b>CENTRO</b>	5.752	312	00	1.469

FONTE: SISPNCD

**Tabela 10 - Procedimentos da Atenção Básica**

<b>Procedimentos relacionados à Atenção Básica</b>		
<b>Município: Japi</b>		
<b>Serviços e Procedimentos</b>	<b>PERÍODO</b>	
	<b>2020</b>	<b>2021</b>
ATENDIMENTO DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVE MÉDIO	1402	1062
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	2699	9118
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	5814	8951
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDIO)	11605	13222
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	6018	8132
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO EM ATENÇÃO BÁSICA (POR PACIENTE)	252	7021
CONSULTA P/ ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (PUERPERAL)	782	685
INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	6	1
GLICEMIA CAPILAR	128	343

## 6.6 - Imunização

### 6.6.1 - Cobertura vacinal (rotina) por imunobiológicos 2020 - 2021

**Tabela 11 - Cobertura Vacinal**

<b>TIPO DE VACINA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
BCG	11,63 %	9,48 %
HEPATITE B	116,28 %	51,72 %
PENVALENTE	116,28 %	51,72 %
PNEUMOCÓCICA	127,91 %	53,45 %
POLIOMIELITE	108,14 %	48,28 %
TRÍPLICE VIRAL D1	119,77 %	67,24 %
TRÍPLICE VIRAL D2	110,47 %	47,41 %
<b>TOTAL</b>	<b>101,50 %</b>	<b>47,04 %</b>

FONTE: SI-PNI

## 6.6.2 - Cobertura vacinal COVID - 19

POPULAÇÃO GERAL	PESSOAS VACINADAS COM 1ª DOSE OU DOSE ÚNICA	TOTALMENTE VACINADAS	3ª DOSE REFORÇO
4.995	5.374 - 107 %	4.763 - 95 %	1.987 - 39%

FONTE: RN MAIS VACINA EM (04/05/2022)

## 6.7 - Cobertura das Condicionalidades do Programa Auxílio Brasil

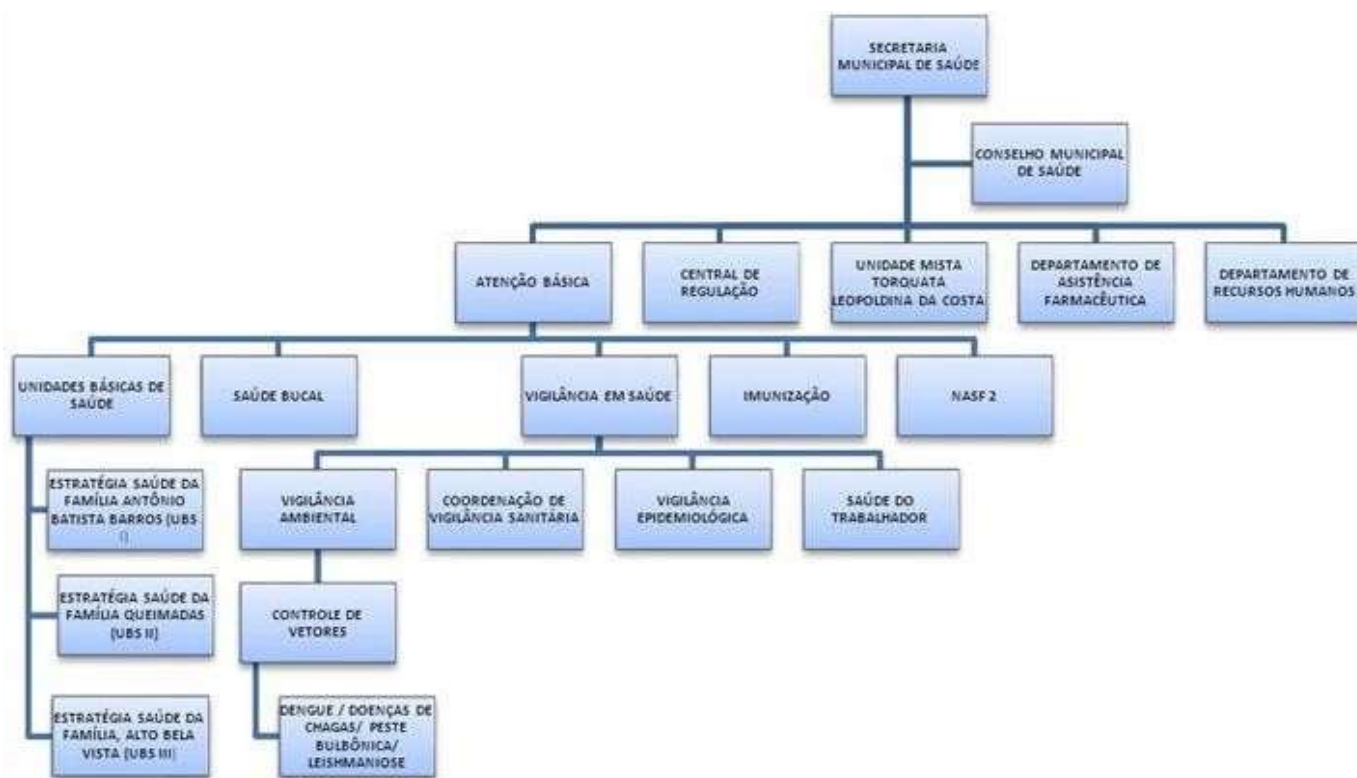
DADOS - ANO 2021	ESF II - DE QUEIMADAS		ESF III - ALTO BELA VISTA		ESF I - CENTRO	
	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	2ª Vigência	1ª Vigência	1ª Vigência
Quant. de beneficiários a serem acompanhados	771	539	741	556	1.014	784
Quant. de beneficiários acompanhados	682	487	696	485	952	716
% de beneficiários acompanhados	95,92%	90,35%	93,93%	87,23%	93,89%	91,33%
Quant. de crianças a serem acompanhadas	149	155	187	181	258	257
Quant. de crianças acompanhadas	133	124	160	139	224	215
% de acompanhamento de crianças	89,26%	80%	85,56%	76,80%	86,82%	83,66%
Quant. de crianças com vacinação em dia	133	124	160	139	224	215
% de crianças com vacinação em dia	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Quant. de crianças com dados nutricionais	133	124	160	139	224	215
% de crianças com dados nutricionais	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Quant. de gestantes estimada	61	61	61	61	61	61
Quant. de gestantes localizadas	24	14	17	12	26	27
% de gestantes localizadas	39,34%	22,95%	27,87%	19,67%	42,62%	44,26%
Quant. de gestantes com pré-natal em dia	24	14	17	12	26	27
% de gestantes com pré em dia	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Quant. de gestantes com dados nutricionais	10	04	07	06	12	09

## 6.8 - Ações da Vigilância Sanitária

ATIVIDADE	META 2021
INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	144
ATIVIDADES EDUCATIVAS PROGRAMADAS	36
ATIVIDADES EDUCATIVAS NO SETOR REGULADO	00
CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	81
EXCLUSÃO EXCLUSÃO	00
INVESTIGAÇÃO	00
DENUNCIA	05
APREENSÃO	00
COLETA DE ÁGUA	19

## 7. - AÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

### 7.1 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde





## **7.2 - Missão da Secretaria Municipal de Saúde**

A Secretaria da Saúde de Japi tem como missão assegurar as Políticas Públicas locais de atenção à saúde contemplando ações de Promoção, Prevenção e Reabilitação dos usuários, através da Intersetorialidade, Interinstitucionalidade e multidisciplinaridade dentro dos princípios de Integralidade, Universalidade, Gratuidade, Equidade e Controle Social.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado através da Lei nº 146 de 29 de agosto de 1994, com participação partidária entre os representantes da população e os demais representantes do governo e dos profissionais de saúde com o objetivo de promover melhores condições de gerenciar os recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, foi criado, através da Lei Nº 147/94 de 01 de Setembro de 1994 o Fundo Municipal de Saúde. É de responsabilidade da gestão municipal a alimentação contínua dos seus bancos de dados e disseminação das informações junto às instâncias competentes para a garantia das políticas de saúde.

## **7.3 - Gestão da Atenção Básica**

A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Inicialmente considerado como um programa, a saúde da família é alçada à condição de estratégia para reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

A Secretaria Municipal de Saúde iniciou a implantação de 02 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, UBS/ESF, sendo elas uma no centro da cidade (Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Batista Barros) e a segunda na Zona Rural, (Unidade

Básica de Saúde de Queimadas). Através da ampliação da oferta de acesso a ESF, foi criada mais uma equipe, (Unidade Básica de Saúde Alto Bela vista) após a sua implantação, o município atingiu uma cobertura 100% da população em seguida a adesão do NASF (Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família).

## **8. - PROGRAMAS E AÇÕES EM SAÚDE**

### **8.1 - Estratégia Saúde da Família**

Iniciada em 1994, a Estratégia de Saúde da Família apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios.

O elemento chave para busca permanente de comunicação é a troca de experiência, o trabalho de equipe e o conhecimento entre os integrantes da equipe. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco ao qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Para apoiar as equipes de Estratégia de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surge como uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família.

Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF. O correto entendimento da expressão “apoio”, NASF, remete à compreensão de uma tecnologia matricial”, que se complementa com o processo referência.

Outro aspecto-chave no processo de trabalho dos profissionais é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do NASF e equipe de SF e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio.

## 8.2 - Teto, credenciamento e implantação das Estratégias Saúde da Família

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	03
TETO	03
CREENCIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	03
CADASTRADAS NO SISTEMA	03
IMPLANTADAS	03
ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO COBERTA.	5.401
PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA	100%

### 8.3 - Teto, credenciamento e implantação dos Agentes Comunitários de Saúde

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	16
TETO	16
CRENCIADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	16
CADASTRADOS NO SISTEMA	16
IMPLANTADOS	16
ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO COBERTA.	5.401
PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA	100%

### 8.4 - Teto, credenciamento e implantação das Estratégias de Saúde Bucal

SAÚDE BUCAL	03
TETO	03
CRENCIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	03
CADASTRADAS NO SISTEMA	03
IMPLANTADAS	03
ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO COBERTA.	5.401
PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA	100%

### **8.5 - Teto, credenciamento e implantação do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF - 02)**

NASF 2	01
CREENCIADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	01
CREENCIADOS NO SISTEMA	01
IMPLANTADOS	01

### **8.6 - Teto, credenciamento e implantação dos Agente de Endemias**

AGENTES DE ENDEMIAS	08
CREENCIADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	08
CADASTRADOS NO SISTEMA	08
IMPLANTADOS	08

## **9. - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA**

A assistência farmacêutica está composta por uma Unidade de Farmácia Básica, situada na Unidade Mista Torquata Leopoldina da Costa, onde estão centralizados os serviços de dispensação de medicamentos para a população do município, estes são dispensados apenas com receituário médico do Sistema Único de Saúde, priorizando o fornecimento de medicamentos para pacientes que fazem parte de algum programa de saúde desenvolvido de Hipertensos e Diabéticos, grupos de gestantes entre outros. Todos os programas fornecem medicamentos aos seus pacientes quando necessário. A utilização de programas para direcionar o fornecimento de medicamentos é justificada através do inciso 1, artigo 2º da Lei 8.080. O gasto na assistência farmacêutica básica é superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde exigindo um comprometimento maior dos recursos municipais.

## **10. - SAÚDE BUCAL**

A rede de assistência odontológica do município de Japi conta com 03 equipes de saúde bucal na atenção básica, composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. Inseridas nas estratégias de saúde da família têm possibilitado o atendimento odontológico aos usuários da área de abrangência, tendo como objetivo além do atendimento clínico dos indivíduos, como possibilitar a diminuição da prevalência das doenças bucais.

## **11 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

O Serviço de Vigilância em Saúde no município de Japi tem o objetivo aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão municipal e aprimorando os processos de negociação e pactuação, atendendo às necessidades e demandas locais, e se responsabiliza por programas relevantes de PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE.

A coordenação do serviço tem como finalidade fornecer subsídios e apoiar os demais setores no planejamento, programação, execução, controle e avaliação das ações de vigilância em saúde, bem como consolidar, avaliar, e divulgar as informações, propondo soluções e subsidiando tecnicamente na definição das prioridades municipais.

## **12 - PROGRAMAS E AÇÕES DE GESTÃO EM SAÚDE**

- Incentivo ao processo de participação social (Conferências de Saúde, CMS);
- Implantação da rede de informações para a gestão do SUS e atenção integral à Saúde (Cartão SUS, Sistema de informação ambulatorial, SISPRENATAL e CNES);
- Formação de Consciência sanitária em vigilância a saúde através de campanhas educativas, (combate à dengue, as drogas, prevenção do câncer, prevenção DST/AIDS, combate a diversos vetores, atividade física, de vacinação, orientações diversas em datas comemorativas;
- Formular o Plano Diretor de Vigilância em Saúde para o Município, em sintonia com política Nacional e Estadual, e acordo com a realidade do município;
- Coordenar o serviço de monitoramento e vigilância no âmbito municipal, executando de forma complementar ou suplementar as ações das vigilâncias.
- Coordenar e articular o assessoramento técnico prestado por suas áreas aos serviços de assistência.

## **13. - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

### **13.1 - Objetivos da Vigilância Epidemiológica**

- Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos.
- Definida na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), como “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural da doença bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”.

### **13. 2 - Atribuições da Vigilância Epidemiológica**

- Prevenir e controlar as doenças imunopreveníveis (vacinas);
- Controlar as doenças não transmissíveis (vasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes, entre outras);
- Controlar as doenças transmissíveis (DNC - Doença de Notificação compulsória); Monitorar os agravos de relevância epidemiológica (Sífilis, HIV/AIDS, investigação de óbitos infantis e maternos);
- Alimentar e manter atualizar os sistemas de informação da Vigilância epidemiológica (SIM, SINAM, SINASC, API,);
- Prevenir e controlar as zoonoses e agravos, produzidos por animais e demais vetores urbanos, inclusive a dengue;
- Detecção dos agravos da saúde do trabalhador, orientação e assistência de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
- Coleta de dados;
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação de dados coletados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de ações pertinentes.

A Vigilância Epidemiológica é responsável por todos os níveis do sistema de saúde, compreendendo as atribuições mencionadas. Quanto mais eficientes às funções forem realizadas no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas.

Os dados de informação é a condição essencial para análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde.

## **14. - VIGILÂNCIA AMBIENTAL**

Vigilância em Saúde Ambiental é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos riscos e das doenças ou agravos, em especial as relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

### **14.1 - Objetivos da Vigilância Ambiental**

- Identificar e divulgar os principais riscos prováveis ou existentes, referentes aos fatores ambientais que condicionam e determinam o surgimento de doenças e/ ou agravos à saúde;
- Identificar os principais aspectos, procedimentos, ações e atribuições relacionadas à vigilância ambiental em saúde;
- Qualificar o planejamento e a execução de ações relativas às atividades de promoção, de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente. Produzir, integrar, processar e interpretar informações (intra e extramuros);
- Promover, junto aos órgãos afins, ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente.

### **14.2 - Vigilância dos riscos à saúde por vetores**

Tem como finalidade o mapeamento de áreas de risco. Utiliza-se da vigilância



entomológica (características, presença, índices de infestação, avaliação da eficácia dos métodos de controle) e as suas relações com a vigilância epidemiológica quanto à incidência e prevalência dessas doenças e o impacto das ações de controle, visando ao controle ou à redução/eliminação dos riscos.

## **15. - VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

A Vigilância Sanitária tem como finalidade institucional, a promoção e proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária.

### **15.1 - Objetivos da Vigilância Sanitária**

A Vigilância Sanitária do município de Japi desenvolve ações de baixa complexidade tais como:

- Execução de ações básicas de vigilância sanitária: cadastrar, inspecionar, emitir alvará sanitário, coletar e enviar amostras para análise laboratorial, abrir processos administrativo-sanitário;
- Controle da Qualidade da Água para consumo humano: realizado através do programa **VIGIÁGUA** com coletas e envio para análise ao **LACEN** (Laboratório Central do Estado do RN), de amostras de água de diversos pontos localizados na cidade visando ofertar uma água de boa qualidade para consumo humano evitando assim a transmissão de diversas doenças de veiculação hídrica.
- Eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse de saúde.

## 16 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

### DIRETRIZ Nº 1 -

**AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NA HUMANIZAÇÃO, EQUIDADE E NO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, APRIMORANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIZADA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR, E GARANTINDO O ACESSO A MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DO SUS.**

### OBJETIVO Nº 1.1

**Promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META
Aprimorar estratégias de promoção à saúde, prevenção das doenças pré-existentes nas unidades de estratégia de saúde da família;	Cobertura populacional Estimada pelas equipes da Atenção Básica	100,00 %
Garantir a cobertura populacional estimada em 100% pelas equipes de estratégia saúde da família;	Cobertura populacional Estimada pelas equipes da Atenção Básica	100,00 %
Reorganizar a territorialização em 100% entre as unidades de saúde da família;	Cobertura populacional Estimada pelas equipes da Atenção Básica	100,00 %
Reforma e ampliação da Unidade Básica Dr. Antônio Batista Barros, centro;	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100,00 %
Implantar o prontuário eletrônico nas unidades de saúde;	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100,00 %
Implantar o programa da academia de saúde, atividade que enfatize a mudança de comportamento da população em relação à prática de atividade física regular, alimentação saudável;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	02 (Número)

Realizar 92% de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Auxílio Brasil, de forma articulada com a SEMAS;	Cobertura e acompanhamento das condicionalidades do programa Auxílio Brasil	92,00 %
Fortalecer parcerias com a semas, com o objetivo de levar informações sobre a importância de hábitos de vida saudável e prevenção junto aos grupos de idosos;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %

Garantir o atendimento à saúde da população idosa institucionalizada em 100%;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Garantir de acesso ao tratamento através das redes de atenção a saúde;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Implantar PICS;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Garantir o acompanhamento dos pacientes com doenças crônica ( Diabetes e Hipertensão) com o objetivo de reduzir internações por complicações das doenças;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Reduzir taxa de mortalidade por doenças crônicas.	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	4,00 (Proporção)

**DIRETRIZ Nº 2 -**

**REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.**

**OBJETIVO Nº 2.1 -**

**Fortalecer a promoção e vigilância em saúde, implementando ações para a redução das desigualdades sociais e a promoção da qualidade de vida.**

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Encerrar 80% ou mais das doenças de notificação compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação;	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	80,00%
Aumentar em 20% o número de notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho, com relação ao ano subsequente;	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	30,00 %
Realizar vigilância e monitoramento de 100% dos surtos, eventos adversos e queixas técnicas;	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	100,00%

Alcançar anualmente 80% de cobertura vacinal antirrábica para cães e gatos no município;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	80,00%
Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental, em parceria com a SME (PSE);	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00%
Reduzir para menos de 1% o índice de infestação predial para o Aedes Aegypti no município;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1,00 %
Manter coleta de análises de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100,00%

Elaborar e programar planos de ação Intersetoriais de prevenção às violências doméstica, sexual;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1
Investigar e encerrar anualmente no mínimo 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil;	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	100,00 %
Investigar e encerrar anualmente no mínimo 70% dos óbitos infantís, neonatais e fetais;	Taxa de mortalidade infantil	100,00 %
Monitoramento da situação clínica e epidemiológica dos pacientes com COVID-19, incluindo o processo de notificação na plataforma E-SUS- VE;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Garantia de tecnologia e insumos para realização de exames diagnósticos e outros recursos necessários para operacionalização da coleta, acondicionamento e transporte das amostras, subsidiando as ações e atividades correlacionadas ao COVID-19;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Reforçar a atualização dos serviços de saúde sobre manejo clínico, seguimento do fluxo assistencial, e de regulação da COVID-19; e notificação e coleta de amostras clínicas para o diagnóstico da COVID-19.	Disponibilização de “insumos” para coleta; acondicionamento e transporte das amostras	100,00 %

### **DIRETRIZ Nº 3 -**

**IMPLEMENTAÇÃO DE NOVO MODELO DE GESTÃO, CENTRADOS NO PLANEJAMENTO INTEGRADO, NA INFORMAÇÃO EM SAÚDE, NA INTERSETORIALIDADE, COM FOCO EM RESULTADOS E EM UM FINANCIAMENTO ESTÁVEL.**

### **OBJETIVO Nº 3.1 -**

**Implementar e qualificar a gestão da informação e informática.**

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Garantir a informatização e conectividade de qualidade em 100% das unidades da SMS;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %

Implementar a adesão ao E-SUS (PEC Prontuário) em 100% das unidades da SMS.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
<p><b>DIRETRIZ Nº 4 -</b></p> <p><b>CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.</b></p>		
<p><b>OBJETIVO Nº 4.1 -</b></p> <p><b>Fortalecer a gestão do trabalho do SUS.</b></p>		
<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Traçar um perfil do servidor com intuito de elaborar um diagnóstico de força de trabalho em saúde no município;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Implantar o regimento da SMS com atribuições dos departamentos, setores e núcleos definindo o perfil do corpo gerencial;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1
Fortalecer o processo de regionalização do SUS, estreitando as parcerias com seus principais prestadores e instâncias na gestão;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Implementar e fortalecer a intersetorialidade no âmbito municipal visando à coparticipação na construção de sistema de saúde mais eficaz.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %

<p><b>DIRETRIZ Nº 4 -</b></p> <p><b>CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.</b></p>
--

**OBJETIVO Nº 4.2 -****Implantar o programa de educação permanente e qualificação do trabalho de saúde**

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Implementar a política de educação permanente para trabalho em saúde;	Intensificar os Serviços de Educação em Saúde, de forma continuada e permanente.	1
Fortalecer a integração ensino/serviço com os órgãos educacionais (Secretarias Municipal e Estadual de Educação);	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Favorecer a capacitação dos profissionais de saúde em áreas técnicas específicas.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	80,00 %

**DIRETRIZ Nº 4 -****CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.****OBJETIVO Nº 4.3 -****Desenvolver e modernizar a atuação gerencial.**

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Atualizar e monitorar o organograma da Secretaria Municipal de Saúde;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Elaborar um documento informativo sobre direitos e deveres do servidor;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1
Implantar um processo de avaliação institucional do trabalhador em saúde;	Intensificar os Serviços de Saúde do Trabalhador.	1

Implantar um sistema de informação com banco de dados dos Trabalhadores do SUS municipal;	Intensificar os Serviços de Saúde do Trabalhador	1
---	--	---

Implementar um sistema de acompanhamento para demandas administrativas gestão/trabalhador ou trabalhador/gestão.	Intensificar os Serviços de Saúde do Trabalhador	1
--	--	---

**DIRETRIZ Nº 4 -**

**CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.**

**OBJETIVO Nº 4.4 -**

**Fortalecer a gestão descentralizada do sus.**

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Promover qualificação em gestão participativa para o Conselho Municipal de Saúde.	Intensificar os Serviços de Educação em Saúde, de forma continuada e permanente.	100,00 %

**DIRETRIZ Nº 4 -**

**CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.**

**OBJETIVO Nº 4.5 -**

**Implantar rede de informações para a gestão do sus e atenção integral a saúde.**

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Implementar o cartão SUS através do cadastramento e processamento dos dados de 100% da população do município.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %



**DIRETRIZ Nº 4 -****CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.****OBJETIVO Nº 4.6 -**

Qualificar e humanizar a atenção e a gestão em saúde.

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Implantar o núcleo de acolhimento ao servidor no departamento de Gestão do Trabalho em Saúde;	Intensificar os Serviços de Saúde do Trabalhador	1 (Número)
Criar grupo de trabalho de humanização em 100% das unidades de saúde.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	4 (Número)

**DIRETRIZ Nº 4 -****CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.****OBJETIVO Nº 4.7 -**

Fortalecer o processo de educação popular em saúde com a prática da gestão participativa.

<b>DESCRIÇÃO DA META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
Criar fóruns eventuais e permanentes, fomentando discussões temáticas referentes às questões de vida e saúde, com caráter intersetorial nos níveis local, regional e municipal;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	2 (Número)
Efetivar a política de educação popular em saúde, garantindo recursos materiais, tecnológicos e metodológicos, envolvendo profissionais qualificados e representantes do segmento de usuários do SUS.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %

**DIRETRIZ Nº 4 -****CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.**

**OBJETIVO Nº 4.8 -**

Estimular a formação de consciência sanitária em vigilância em saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META
Intensificar ação educativa em 100% dos estabelecimentos em atividades físicas e escolas enfocando o uso de anabolizantes, medicamentos em geral, drogas abortivas e ilícitas.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %

**DIRETRIZ Nº 4 -**

**CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.**

**OBJETIVO Nº 4.9 -**

Monitorar, avaliar e controlar as ações desenvolvidas no sus.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META
Constituir comissão permanente de avaliação da Política Municipal de Saúde.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1

**DIRETRIZ Nº 4 -**

**CONTRIBUIÇÃO À ADEQUAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO, E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.**

**OBJETIVO Nº 4.10 -**

Instrumentar a gestão para desenvolver ações de investimento e custeio do sistema municipal de saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	META
Elaborar plano de prioridade de investimento em saúde;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1

Criar comitê municipal de monitoramento de investimento em saúde - CMIS;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1
Realizar estudo econométrico das ações desenvolvidas na assistência à saúde para redimensionar a distribuição de recursos no SUS municipal;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Estrutura física e organizacional (equipamentos) da Vigilância Sanitária Municipal;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Desenvolver política de economia na saúde a partir da priorização de investimento, de forma participativa, visando à equidade e eficiência do sistema;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Garantir uma política de aplicação de recursos específicos para ações de promoção à saúde;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %

Aumentar os investimentos em despesa de capital, prevendo a ampliação e reforma de unidades, substituição de imóveis, alugados por próprios e de equipamentos obsoletos por novos recursos tecnológicos;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Realizar manutenção da rede física das unidades básicas do município;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %
Renovar a frota de veículos da rede básica de saúde;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	50,00 %
Reformular o relatório de gestão anualmente;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00 %

# 17. - FINANCEIRO

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS						
			Até o Período (b)	% (b/a)x100					
<b>RECEITA DE IMPOSTOS (I)</b>	206.247,00	206.247,00	70.894,83	34,37					
Receta Resultante do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU	4.013,00	4.013,00	0,00	0,00					
IPTU	4.013,00	4.013,00	0,00	0,00					
Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do IPTU	0,00	0,00	0,00	0,00					
Receta Resultante do Imposto sobre Transmissão Inter Vivos - ITBI	1.115,00	1.115,00	0,00	0,00					
ITBI	1.115,00	1.115,00	0,00	0,00					
Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ITBI	0,00	0,00	0,00	0,00					
Receta Resultante do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS	96.748,00	96.748,00	70.894,83	73,27					
ISS	96.748,00	96.748,00	70.894,83	73,27					
Multas, Juros de Mora, Dívida Ativa e Outros Encargos do ISS	0,00	0,00	0,00	0,00					
Receta Resultante do Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	104.371,00	104.371,00	0,00	0,00					
<b>RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)</b>	12.654.831,00	12.654.831,00	14.990.583,70	118,45					
Cota-Parte FPM	10.731.084,00	10.731.084,00	12.773.000,00	119,02					
Cota-Parte ITR	998,00	998,00	1.454,08	145,69					
Cota-Parte IPVA	48.868,00	48.868,00	106.149,13	217,21					
Cota-Parte ICMS	1.870.699,00	1.870.699,00	2.101.461,72	112,33					
Cota-Parte IPI-Exportação	1.298,00	1.298,00	2.095,71	161,45					
Componentes Financeiros Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	0,00	0,00	0,00	0,00					
Disoneração ICMS (LC 87/96)	1.884,00	1.884,00	6.423,06	340,92					
Outras	0,00	0,00	0,00	0,00					
<b>TOTAL DAS RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - (II) = (I) + (II)</b>	12.861.078,00	12.861.078,00	15.061.478,53	117,10					
DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS) - POR SUBFUNÇÃO E CATEGORIA ECONÔMICA	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		DESPESAS PAGAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g)
			Até o Período (d)	% (d/c)x100	Até o Período (e)	% (e/c)x100	Até o Período (f)	% (f/c)x100	
<b>ATENÇÃO BÁSICA (IV)</b>	1.945.211,00	4.159.401,77	4.155.528,64	99,90	4.123.016,20	99,12	4.122.278,95	99,10	32.512,44
Despesas Correntes	1.940.211,00	4.154.401,77	4.151.658,64	99,93	4.119.146,20	99,15	4.118.406,95	99,13	32.512,44
Despesas de Capital	5.000,00	5.000,00	3.870,00	77,40	3.870,00	77,40	3.870,00	77,40	0,00
<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (V)</b>	1.000,00	1.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	1.000,00	1.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (VI)</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VII)</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VIII)</b>	235.220,00	145.191,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	235.220,00	145.191,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (IX)</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>OUTRAS SUBFUNÇÕES (X)</b>	50.000,00	8.449,50	939,33	11,11	939,33	11,11	939,33	11,11	0,00
Despesas Correntes	50.000,00	8.449,50	939,33	11,11	939,33	11,11	939,33	11,11	0,00

Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL (XII) = (IV + V + VI + VII + VIII + IX + X)</b>	<b>2.221.812,00</b>	<b>4.316.022,22</b>	<b>4.136.487,37</b>	<b>98,24</b>	<b>4.122.985,52</b>	<b>95,93</b>	<b>4.122.916,26</b>

**RELAZIO DE OBRIGACAO DO LIMITE BRANCO PARA APLICACAO EM APIS**

<b>Total das Despesas com APIS (XII) = (X)</b>	<b>4.136.487,37</b>	<b>4.122.985,52</b>	<b>4.122.916,26</b>
(1) Parcela a Pagar Não Processada Indevidamente em Faltando com Disponibilidade Financeira (XII)	0,00	0,00	0,00
(2) Despesa Custeada com Recursos Vinculados à Parcela do % Mínimo que Não Foi Aplicada em APIS em Exercício Anterior (XII)	0,00	0,00	0,00
(3) Despesa Custeada com Disponibilidade de Caixa Vinculada aos Pagos Carregados (XII)	4.136.487,37	4.122.985,52	4.122.916,26

UNIDADE COMPOSTA  
 CONTROLER DO VLR REF. AD % MINIMO ADO CARRIADO EM CAIXA, AUTORES FIRMAS DE APLIC. DAS RECURSAS  
 UNICELADOS COMP. ANEXO DE 2.26 DA LC 14/2012

**TOTAL DE RESTR. A PAGAR CARREGADOS OU PRESTADOS A COMPENSA. OBRIG.**

<b>RECEITA ADICIONAL PARA O FINANCIAMENTO DA SAUDE NÃO COMPUTADA NO CÁLCULO DO BRANCO</b>	<b>PREVISÃO ANUAL</b>	<b>ORÇAMENTO ANUAL ATUALIZADO (R\$)</b>	<b>PERCENTUAL REALIZADO (R\$ e Porcento)</b>	<b>PREVISTO PARA O EXERCÍCIO</b>
---	-----------------------	---	--	----------------------------------

RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS PARA SAÚDE (XIII)	3.078.180,00	3.078.180,00	2.758.498,35	90,00
Procedimentos de União	3.000.180,00	3.000.180,00	2.702.850,35	90,00
Procedimentos dos Estados	78.000,00	78.000,00	55.648,00	71,34
RECEITAS DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO RECURSOS E EXTENSÃO VINCULADAS À SAÚDE (XIII)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS (XIII)	10.000,00	10.000,00	10.000,00	100,00
<b>TOTAL DE RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE (XIII) = (XIII) + (XIII) + (XIII) + (XIII)</b>	<b>3.088.180,00</b>	<b>3.088.180,00</b>	<b>2.778.500,35</b>	<b>90,00</b>

**DESPESAS COM SAÚDE POR SUBFUNÇÃO E CATEGORIA ECONÔMICA NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO BRANCO**

ATENÇÃO BÁSICA (XIV)	1.968.100,00	1.968.403,04	1.958.137,42	99,03	1.977.879,08	99,94	1.977.879,08	99,94	37.268,37
Despesas de Capital	1.726.000,00	1.398.403,04	1.056.137,42	61,80	1.077.879,08	73,60	1.077.879,08	73,60	37.268,37
Despesas Correntes	242.100,00	140.000,00	140.000,00	57,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XV)	980.000,00	987.142,35	978.400,00	98,93	978.400,00	98,93	978.400,00	98,93	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	980.000,00	987.142,35	978.400,00	98,93	978.400,00	98,93	978.400,00	98,93	0,00
SUPORTE FARMACOLÓGICO E TERAPÊUTICO (XVI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XVII)	100.000,00	100.000,00	98.958,91	98,96	98.958,91	98,96	98.958,91	98,96	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	100.000,00	100.000,00	98.958,91	98,96	98.958,91	98,96	98.958,91	98,96	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XVIII)	900.000,00	408.754,23	278.041,33	30,90	278.041,33	30,90	278.041,33	30,90	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	900.000,00	408.754,23	278.041,33	30,90	278.041,33	30,90	278.041,33	30,90	0,00
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XIX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (XX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL DAS DESPESAS NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO BRANCO (XIII) = (XIV) + (XV) + (XVI) + (XVII) + (XVIII) + (XIX) + (XX)</b>	<b>3.948.100,00</b>	<b>3.477.647,38</b>	<b>3.006.637,37</b>	<b>76,40</b>	<b>3.017.279,30</b>	<b>76,44</b>	<b>3.017.279,30</b>	<b>76,44</b>	<b>37.268,37</b>

**DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE EXECUTADAS COM COM RECURSOS PRÓPRIOS E COM RECURSOS TRANSFERIDOS DE OUTRAS FONTES**

ATENÇÃO BÁSICA (XIV) = (IV) + (XIV)	3.911.070,00	3.968.806,32	3.910.680,07	97,54	3.940.888,08	99,25	3.940.888,07	99,24	39.770,81
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XV) = (V) + (XV)	980.000,00	987.142,35	978.400,00	98,93	978.400,00	98,93	978.400,00	98,93	0,00
SUPORTE FARMACOLÓGICO E TERAPÊUTICO (XVI) = (VI) + (XVI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XVII) = (VII) + (XVII)	100.000,00	100.000,00	98.958,91	98,96	98.958,91	98,96	98.958,91	98,96	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XVIII) = (VIII) + (XVIII)	900.000,00	408.754,23	278.041,33	30,90	278.041,33	30,90	278.041,33	30,90	0,00
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XIX) = (IX) + (XIX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (XX) = (X) + (XX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL DAS DESPESAS EXECUTADAS COM RECURSOS PRÓPRIOS (LXV)</b>	<b>2.221.812,00</b>	<b>4.316.022,22</b>	<b>4.136.487,37</b>	<b>95,34</b>	<b>4.122.985,52</b>	<b>95,34</b>	<b>4.122.916,26</b>	<b>95,34</b>	<b>32.512,64</b>

RELAZIO DAS CHAGAS SANTAS  
 CONTADOR

SIMONE FERNANDES DA SILVA  
 PREFEITA

FÁBIO SOUZA MARINHO  
 CONTROLADOR

## **18. - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que os objetivos, diretrizes e metas, foram desenvolvidas de acordo com a necessidade da população, a fim de proporcionar a satisfação do usuário. Estamos em busca de uma saúde focada na prevenção das doenças e promoção da saúde.

A estratégia Saúde da Família, é um modelo para a atenção primária, onde estamos com 100% de cobertura da população.

Desejamos reestruturar as unidades básicas de saúde a fim de promover aos nossos usuários um atendimento de qualidade.

O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica. As programações anuais de saúde deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento do serviço de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

## **19. - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Plano Nacional de Saúde - 2012/2015;
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Censo 2010;
- Ministério da Saúde - Cadernos da Atenção Básica;
- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
- Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC);
- Sistema de Agravos de Notificação (SINAN);
- Sistema Nacional de Regulação (SISREG);
- Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013/2015 - 2ª Edição;
- Atlas do Desenvolvimento;
- INEP 2015.