



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS**

**ARTUR OTÁVIO SCAPIN JORDÃO COSTA**

*PREFEITO*

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS**

**MARICELMA DATORE**

*PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE*

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ANGRA DOS REIS**

**2010 - 2013**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS**

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS**

**MARICELMA DATORE**

*PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE*

**Organização**

Coordenação:

**Ana Claudia Marinho Cardoso e Equipe**

*Superintendente de Planejamento, Controle, Avaliação e Regulação*

**Edson Luis Fernandes Miranda e Equipe**

*Assessoria de Gabinete*

Colaboradores:

**Berenice Machado e Equipe**

*Superintendente de Administração e Finanças*

**Claudia Regina Graça Grego e Equipe**

*Superintendente de Vigilância em Saúde*

**Andrea Scapin Jordão Costa Gonçalves Dias e Equipe**

*Superintendente Hospitalar*

**Neucimar de Oliveira Duarte e Equipe**

*Superintendente de Atenção Básica*

**Paulo Cesar Benzi e Equipe**

*Superintendente de Atenção Secundária*



## SUMÁRIO

Introdução

1. Caracterização do Município
2. Sistema de Saúde Municipal
3. Superintendências
4. Conselho Municipal de Saúde
5. Bibliografia
6. Anexos



## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira nas cinco últimas décadas. A atuação de diversos segmentos da sociedade, desde os anos 70, na busca por uma política de saúde melhor e mais abrangente, culminou na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Foi a primeira Conferência aberta à sociedade civil, cujo avançado Relatório Final, serviu de base para a redação do Capítulo da Saúde na Constituição de 1988. O SUS, a partir de então, tornou-se direito constitucional, garantido pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social.

Hoje, o SUS está presente na rotina de todos os brasileiros. Desde as ações básicas de saúde voltadas às populações ribeirinhas da Amazônia, ao maior sistema público de transplante do mundo. Apesar dos limites orçamentários, vai além da atenção à saúde, abrangendo a promoção da pesquisa, a formação profissional, a produção de insumos, medicamentos e imunobiológicos e a produção de novas tecnologias. O SUS procura garantir a todo brasileiro o que operadoras privadas não garantem. Das emergências à alta complexidade, das vacinas à diálise, dos tratamentos contra o câncer aos transplantes. Há ainda um SUS quase invisível, que participa do cotidiano de todos, não apenas prevenindo doenças e epidemias, mas cuidando da qualidade da água, dos alimentos e medicamentos que consumimos, das condições de trabalho e de inúmeros aspectos da qualidade de vida.

A construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) de Angra dos Reis pretende servir como instrumento de gestão das ações de saúde que serão desenvolvidas pelo município no período compreendido entre 2010 e 2013. No PMS é definido com base numa análise situacional, onde são definidas intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Este documento estabelecerá intenções, fornecendo elementos para a coordenação, articulação, negociação, programação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde, qualificando as decisões do gestor municipal e possibilitando sua



utilização pelas lideranças comunitárias para efetivo controle social dos serviços de saúde.

A importância deste instrumento é traduzir as ações de saúde municipais oriundas da relação do governo municipal e comunidade na busca de serviços de saúde mais resolutivos e humanizados, contribuindo para definição de políticas e aplicação de recursos que visem solucionar os problemas de saúde nas comunidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem estar social da população.

As ações de saúde propostas neste plano estão subordinadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) consolidando a gestão plena dos serviços de saúde prestados à população do município de Angra dos Reis, tornando o poder público o principal ator para a prestação de ações e serviços de saúde, cabendo à rede privada papel complementar.

Em resumo, este documento pretende cumprir exigências legais e normativas e deve conter tudo aquilo que desejamos para o desenvolvimento da Saúde do município.

Os gestores do SUS vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços contribuíram para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de sua criação, e são imprescindíveis para a consolidação do sistema.

O planejamento, e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios, constitui grande parte do arcabouço legal do SUS, ora estabelecendo processos e métodos de trabalho, ora como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria.

Dentre os instrumentos que lhe dão expressão concreta, destacam-se, inicialmente, as Leis nº. 8.080/1990 e nº. 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A primeira atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de *“elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal”* (inciso XVIII do Art. 16).



A referida Lei dedica o seu título V, capítulo III, ao planejamento e orçamento. O artigo 36 desse capítulo estabelece o processo de planejamento e orçamento do SUS, que “*será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União*”.

Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. O seu cumprimento é desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do país, o que dificulta a adoção de um modelo único aplicável a todas as instâncias.

Nos parágrafos 1º e 2º do artigo 36, são definidos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes. O primeiro parágrafo estabelece que “*os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária*”. Já o segundo veta a “*transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde*”, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. No Art. 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, “*em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa*”.

Já a Lei nº. 8.142/90, no seu artigo 4, dentre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal (DF) devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “*que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*”. (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria).



É importante destacar igualmente as Portarias nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, e de nº. 699, de 30 de março subsequente, editadas pelo Ministério da Saúde: a primeira “*divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto*” e a outra, “*regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão*”. O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS é objeto do item 4 do anexo da Portaria nº 399/2006, estando nele contidos o seu conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento. Destaque, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

- a) a “adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS”.
- b) a “integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo”.
- c) a “institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS”.
- d) a “revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes”.
- e) a “cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS”.



Em relação ao financiamento, introduz e estabelece blocos específicos, que são: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS.

Configuram-se eixos prioritários para a aplicação de recursos (investimentos): o estímulo à regionalização e os investimentos para a atenção básica.

No contexto da regionalização, define que os principais instrumentos de planejamento para tanto são Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programa Pactuada e Integrada (PPI), a qual *“deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão.”*

O planejamento regional expressará as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações, cujas prioridades, estabelecidas regionalmente, deverão estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado. Cria também o Colegiado de Gestão Regional (CGR), com a função de *“instituir um processo dinâmico de planejamento regional.”*

O item 3 do capítulo, relativo à responsabilidade sanitária da Portaria nº 399/2006, estão estabelecidos os compromissos de cada esfera no que concerne ao planejamento e programação. Destacam-se como responsabilidades comuns aos entes federados:

- a) *“formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde ..., construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”*
- b) *“formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde”*
- c) *“elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”.*



Cabe destacar também as Portarias que norteiam a organização e a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite/CIT, a saber:

Portaria n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta esse Sistema;

Portaria n.º 3.332, do dia 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS, sendo estes: Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Sendo então revogada a Portaria n.º 548/2001 (“Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”).

Portaria n.º 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS. Registrem-se ainda as Portarias: n.º 376, de 16 de fevereiro de 2007; n.º 1.510, de 25 de junho de 2007; e n.º 1.885, de 9 de setembro de 2008, que institui incentivo financeiro para o PlanejaSUS; que desvincula o seu repasse da adesão ao Pacto pela Saúde; e que estabelece o incentivo de 2008, respectivamente.

No que tange as responsabilidades municipais relativas ao PlanejaSUS, é importante ressaltar que as áreas e profissionais irão pactuar compromissos e responsabilidades voltadas a implantação, implementação, aperfeiçoamento e consolidação do planejamento do sistema único de saúde municipal, cabendo:

- ▶ Coordenação, execução e avaliação do processo de planejamento do SUS no âmbito municipal, consoante aos pactos estabelecidos no âmbito do PlanejaSUS;
- ▶ Apoio ao estado e ao MS na implementação e aperfeiçoamento do PlanejaSUS;
- ▶ Implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos definidos de forma pactuada no âmbito do PlanejaSUS;
- ▶ Sensibilização dos gestores e gerentes locais para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS;



- ▶ Elaboração dos instrumentos básicos de planejamento de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
- ▶ Participação na implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e à divulgação de informações e experiências de interesse do PlanejaSUS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área;
- ▶ Participação e promoção de capacitação em planejamento, monitoramento e avaliação, na perspectiva da política da educação permanente;
- ▶ Promoção de mecanismos de articulação entre as diversas áreas da SMS e com outros setores do município;
- ▶ Estímulo ao estabelecimento de políticas públicas de saúde de forma articulada e intersetorial;
- ▶ Implementação do planejamento local com monitoramento e avaliação das ações propostas, bem como divulgação dos resultados alcançados;
- ▶ Coordenação de ações participativas visando a identificação de necessidades da população, tendo em vista a melhoria das ações e serviços de saúde;
- ▶ Operacionalização, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão do SUS e retroalimentação de informações necessárias às três esferas;
- ▶ Promoção da estruturação, institucionalização e fortalecimento do PlanejaSUS no município, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- ▶ Participação no processo de planejamento regional de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação - às realidades locais - das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
- ▶ Apoio à organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regionais.



## **METODOLOGIA**

A construção do atual Plano Municipal de Saúde obedece a etapas sucessivas de elaboração, assim definidas:

*1ª Etapa* - Definição de responsabilidades a respeito da relatoria do Documento Inicial e coordenação dos trabalhos.

*2ª Etapa* - Leitura e análise do Plano Municipal de Saúde de 2006/2009 e do Relatório de Gestão 2009 da FuSAR.

*3ª Etapa* - Consultas com os diversos técnicos da Fundação de Saúde de Angra dos Reis e outros órgãos do poder público municipal, com o objetivo de colher informações e dados técnicos para a elaboração do documento inicial.

*4ª Etapa* - Reunião conjunta com os técnicos da FuSAR, a fim de ler o documento inicial e consolidá-lo.

*5ª Etapa* - Envio do documento inicial consolidado ao Conselho Municipal de Saúde para submetê-lo à apreciação e aprovação. Posteriormente, uma cópia será remetida à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

## **CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

A península de Angra dos Reis foi descoberta no ano de 1502, e denominada Vila da Ilha Grande. Por sua localização estratégica, litoral recortado e protegido naturalmente por diversas enseadas de águas calmas, Angra dos Reis tornou-se, desde o início de sua ocupação, um importante entreposto comercial da colônia. Entretanto, a presença de um relevo muito escarpado com encostas bem próximas ao mar e cobertas pela Mata Atlântica, dificultou sua ocupação. No início da colonização a população instalou-se nas poucas planícies existentes e posteriormente estendeu-se pelas encostas próximas.



Devido às suas belezas naturais e posição estratégica, Angra dos Reis tornou-se um espaço privilegiado e disputado, tanto pelo poder estatal como pelo capital da iniciativa privada. Por suas particularidades geopolíticas o município exerceu importante papel nos diversos ciclos econômicos do Brasil, desde o período colonial até os dias atuais.

Até 1940 a população de Angra dos Reis manteve-se estável, ao redor de 18,5 mil habitantes, correspondendo a 0.5% da população fluminense. Naquela época, sua maior parte, cerca de 63%, estava localizada na zona rural.

A principal atividade econômica da cidade estava no setor agrícola e no extrativismo, tais como a bananicultura e a pesca. Com a implantação da estrada de ferro Viação Minas-Barra Mansa, ligando o Vale do Paraíba a Angra dos Reis, e a reforma e ampliação do porto, houve melhoria da infra-estrutura, necessária para desenvolver as demais atividades de indústria e comércio.

A população de Angra dos Reis, a partir da década de 60, começou a crescer aceleradamente. Um dos fatores foi a implantação do estaleiro Verolme que, já a partir da sua construção, absorveu grande quantidade de mão de obra local e de localidades vizinhas.

Na década de 70, com a implantação do TEBIG (Terminal da Baía da Ilha Grande), a construção da rodovia BR-101 e o advento da Central Nuclear Almirante Álvaro Alberto (Angra I), começaram a ocorrer transformações no espaço físico do município, em consequência da ocupação ao longo da estrada.

Nos anos 80, tiveram início a construção da Usina Nuclear Angra II e os estudos para construção de Angra III. Estes empreendimentos ainda são motivo de muitas críticas de importante parcela da sociedade, sobretudo as entidades ambientalistas.

O Município de Angra dos Reis possui peculiaridades interessantes, mais do que apenas suas famosas 365 ilhas. É um município com belas praias, mangues, e também com matas, população indígena, população quilombola e usina nuclear. Na década de 90, a paisagem de Angra dos Reis foi completamente modificada pelas ações dos agentes



sociais, ao mesmo tempo em que uma série de conflitos geo-político-sociais estiveram presentes. Neste período, foi elaborado o Plano Diretor Municipal, que adotou medidas que tinham como objetivo principal a regulação da ocupação do solo e preservação do meio ambiente. Houve um conflito de interesses entre a iniciativa privada, o setor estatal e o poder local. Na tentativa de delimitação de territórios, pode-se observar a aliança entre estes agentes, até então antagonicos. Ao mesmo tempo, devido ao surgimento de uma consciência ecológica, o espaço de Angra dos Reis transformou-se em alvo de regulação para os órgãos de conservação de âmbito federal, estadual e municipal.

Verifica-se assim que o município de Angra dos Reis é um laboratório vivo, em constantes transformações espaciais, que foram desencadeadas por diferentes grupos sociais durante um curto período e, por isso mesmo, palco de constantes conflitos entre os diferentes agentes sociais.

Uma das preocupações do município é a expansão urbana, uma vez que a cidade dispõe de reduzidas áreas planas. Apenas 13% de seu território é constituído por planícies, e parte desta área está concentrada nas mãos de poucos proprietários.

Em resumo, pode-se dizer que, nos séculos anteriores, Angra dos Reis destacou-se pela sua posição estratégica e portuária. Nos anos 60, 70 e 80, pelos grandes empreendimentos estatais e os conflitos decorrentes dos mesmos. Na década seguinte, Angra começa a ganhar destaque devido ao valor atribuído ao meio ambiente e, conseqüentemente, a valorização de suas paisagens naturais e históricas.

### **PERFIL GEOGRÁFICO DO MUNICÍPIO**

Angra dos Reis é constituído de 4 distritos administrativos: Angra dos Reis (1º), Cunhambebe (2º), Ilha Grande (3º) e Mambucaba (4º). O município está localizado a 6 metros de altitude, fazendo limite com os municípios de Paraty (a oeste), Rio Claro ( a



nordeste) e Mangaratiba (a leste) no território fluminense, e Bananal e São José do Barreiro no lado paulista, ao norte; distante da capital do estado em 114,2 Km.

### Distritos administrativos e sua extensão

Distrito	Área em Km <sup>2</sup>	%
1ºD - Angra dos Reis	114	13.92
2ºD – Cunhambebe	363	44.32
3ºD - Ilha Grande	187	22.83
4ºD - Mambucaba	155	18.93
<b>Total</b>	<b>819</b>	<b>100.00</b>

Localização:

Altitude(m) - 06

Latitude sul - 23° 00' 24"

Longitude Oeste - 44° 19' 05"

Área total - 819 Km<sup>2</sup>

Limites Municipais:

Município de Bananal (SP) - ao Norte

Município de Rio Claro (RJ) - a Nordeste

Município de Mangaratiba (RJ)- a Leste

Município de Parati (RJ) - a Oeste

Oceano Atlântico - ao Sul

Distância da capital – 114,2 Km





Áreas detalhadas	Áreas	Km <sup>2</sup>	%
Município de Angra dos Reis		819	
Município - parte Continental		626	76,43
Município - parte Insular		193	23,57
Zona de Desenvolvimento Urbano – ZDU		34,1	4,20
ZDU – Só até a cota 60 metros		22,4	2,7
Zona Urbana de Proteção Ambiental		33,2	4,10
ZUPA – Só até a cota 60 metros - ZUPA		30,6	3,7
Zona Rural		89,3	10,9
Áreas do Município Urbanizáveis		166,3	20,3
Zona de Preservação Permanente			
Zona de Preservação Congelada		652,7	79,69
Área do Município em Preservação			
Área Espec. de Núcleos de Pescadores		5,0	-----
Ilha Grande		187,0	22,83
Áreas Urbanizáveis Ilha Grande		5,0	2,67
Área Preservada na Ilha Grande		95	97,33
Reserva Biológica Estadual da Praia do Sul		34,0	18,2
Parque Estadual Ilha Grande		40,8	21,8
Parque Estadual Marinho do Aventureiro		15,5	-----
Ilha da Gipóia		6,0	0,73
Zona de Preservação Permanente - Gipóia		4,0	66,7
Área de Proteção Ambiental de Tamoios		900,0	-----
Apa de Tamoios - Terra emersos		214,0	23,77
Estação Ecológica de Tamoios		75,0	-----
Parque Nacional da Serra da Bocaina		206,0	25,2

Área pertencente a Furnas	1,6	0,25
Área pertencente à Petrobrás	3,2	0,51
Mata Atlântica	490,9	-----

## REGIONALIZAÇÃO

A região da Baía da Ilha Grande (BIG) está localizada ao sul do Estado do Rio de Janeiro, no limite com o Estado de São Paulo e corresponde a aproximadamente 4,8% do território estadual. Em seu interior estão localizadas as cidades de Paraty (ao sul), Mangaratiba (ao leste) e Angra dos Reis (ao norte). Em frente à baía situa-se a Ilha Grande, razão do nome. Por apresentar uma área urbana reduzida, grande percentual de formações florestais e topografia montanhosa, constitui a região mais preservada do Estado, em termos ambientais e de patrimônio histórico-cultural.



A BIG apresenta um grande potencial turístico, além da presença da indústria de construção naval e de energia nuclear, em contraponto com a atividade agrícola com ênfase na cultura da banana e atividade pesqueira de caráter artesanal e industrial.



A região é composta por três municípios: Angra dos Reis, Paraty e Mangaratiba, totalizando 236.921 habitantes, o que representa 1,3% da população total do estado. Nos períodos de temporada (dezembro a março e junho a julho) a região recebe uma população flutuante cerca de cinco vezes maior que a existente. É a única região que ainda apresenta comunidades indígenas em seu território, nos municípios de Angra dos Reis e Paraty.

Os dados de sistema de informação ambulatorial de saúde indígena/SIASI/2009 informam uma população de 603 índios, sendo cento e quarenta famílias, organizados em seis aldeias: Araponga, Parati-Mirim, Sapukai, Sítio Rio Pequeno, Mamangá e Camboinhas (etnia guarani) e grupo desaldeado (etnia pataxó).

Em fevereiro 2009 a Secretaria de Estado e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro/SESDEC, pactua a realização de oficinas regionais que teriam como objetivos após um diagnóstico situacional, a constituição dos Colegiados de Gestão Regionais – CGR, a avaliação de um novo desenho das Regiões de Saúde, se necessário, e a elaboração de agenda para desenvolvimento da segunda etapa de implantação do PDR no Estado do Rio de Janeiro.

Resgata-se neste processo de regionalização, a importância da integração de instrumentos de planejamento e de gestão no cotidiano das ações de governança, conferindo as devidas importâncias ao Plano de Diretor Regional (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

Dando seqüência ao processo de regionalização definiu-se a constituição dos Colegiados de Gestão Regionais, iniciando assim a efetiva descentralização das ações de Atenção à Saúde. O estado terá nove colegiados sendo um deste o Colegiado de Gestão Regional da Baía da Ilha Grande/CGR BIG, composto pelos municípios de Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty. Cabe aos CGRs a identificação e definição das prioridades regionais, instituindo, desta maneira, espaços permanentes de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa; tomadas de decisões, sempre, por consenso, como premissa do envolvimento e comprometimento do conjunto dos gestores.



O novo PDR deverá se constituir em um dos principais instrumentos de planejamento em saúde e ser elaborado em consonância com o Plano Estadual, com a coordenação da gestão estadual e participação dos municípios para definição dos espaços regionais de saúde, e utilizado como instrumento de ordenamento da assistência, dos fluxos de referência, bem como, dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos.

A Região de Saúde deverá refletir o desenho final do processo de pactuação entre os gestores, configurando a base territorial para a rede de atenção à saúde.

Compreendida como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, com identidades culturais, econômicas e sociais, contendo redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhadas no território e rede de ações e serviços de saúde organizada de acordo com os princípios do SUS. Os gestores deverão promover ações solidárias e cooperativas e fortalecer o controle social.

O Estado do Rio de Janeiro definiu os seguintes critérios como norteadores das Regiões de Saúde: todos os Municípios devem ser responsáveis pela suas ações de Atenção Básica e pelas ações básicas de Vigilância em Saúde; todas as Regiões de Saúde devem oferecer suficiência em ações de Média Complexidade e também algumas ações de Alta Complexidade (a serem consideradas segundo critérios de acessibilidade e possibilidade de oferta) e que arranjos inter-regionais devem garantir as demais ações de Alta Complexidade. Quando a suficiência proposta acima não for alcançada, o Plano de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento devem propor as metas e os recursos para tal.

Importante ressaltar que o planejamento, no âmbito da saúde, deve manter coerência, com o previsto no Plano Plurianual, na Lei das Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias, instrumentos próprios de cada nível de gestão, guardando uniformidade de diretrizes, objetivos e metas.

Outro fator que vem fortalecer as ações de saúde regionais foi a constituição do Consórcio Intermunicipal de saúde da região da Baía da Ilha Grande, que vem atender aos anseios da região na forma de captação de recursos com o propósito de promover



investimentos regionais, buscar inovações na gestão da saúde, reestruturar a rede regional de saúde e capacitar recursos humanos gestores da saúde, gerentes e profissionais de saúde.

Diante deste pressuposto, os municípios da região (Angra dos Reis, Paraty e Mangaratiba) e Rio Claro, resolvem de comum acordo, firmar o protocolo de intenções, objetivando a constituição e a contratação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região da Baía da Ilha Grande, denominado **CISBIG**, na forma de associação pública, com personalidade jurídica de direito público. O protocolo segue as disposições contidas no Art. 241 da Constituição Federal de 1988, no artigo 76 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, na Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, bem como, no artigo 10 da Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

A assinatura do referido protocolo ocorreu em 24/11/2009, no município de Angra dos Reis, com a presença dos Prefeitos, Presidentes das Fundações de Saúde de Saúde, Secretários de Saúde e Técnicos.

## CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

### DADOS POPULACIONAIS

A taxa média de crescimento populacional do município de Angra, no período de 2006 a 2009 foi de 5,4% ao ano, contra 3,47% na região da Costa Verde e 1,30% no Estado. O produto interno bruto/ PIB per capita é de R\$ 24.250,00.

População Residente por ano		
Ano	População	Método
2009	168.666	Estimativa
2008	164.191	Estimativa
2007	147.893	Estimativa
2006	144.136	Estimativa



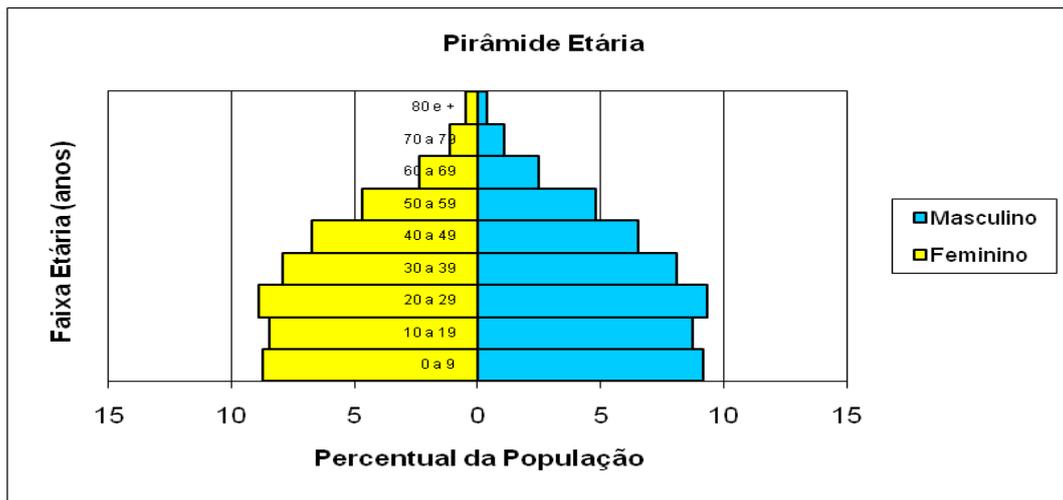
2005	140.342	Estimativa
2004	132.899	Estimativa
2003	129.622	Estimativa
2002	126.334	Estimativa
2001	123.304	Estimativa
2000	119.247	Censo

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

No ano de 2009, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, Angra apresentou uma população de 168.666 com densidade demográfica de 206 habitantes por Km<sup>2</sup>.

<b>População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009</b>			
<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Menor 1	1.279	1.223	2.502
1 a 4	5.895	5.642	11.537
5 a 9	8.232	7.875	16.107
10 a 14	7.549	7.338	14.887
15 a 19	7.182	6.990	14.172
20 a 29	15.717	15.055	30.772
30 a 39	13.590	13.362	26.952
40 a 49	10.945	11.401	22.346
50 a 59	8.047	7.961	16.008
60 a 69	4.142	4.040	8.182
70 a 79	1.757	1.931	3.688
80 e +	628	885	1.513
Ignorada	-	-	-
<b>Total</b>	<b>84.963</b>	<b>83.703</b>	<b>168.666</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas 2009.



Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2009	54.146
Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2009 (%)	64,7
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas	

### População dos Distritos de Saúde

Distritos Sanitários	População residente	%
1º DS: Centro/Morros do Centro	38.573	22,87
2º DS: Japuíba/Grande Japuíba	53.407	31,65
3º DS: Jacuecanga	30.372	18,01
4º DS: Frade/Perequê	41.479	24,60
5º DS: Ilhas	4.834	2,87
<b>Total</b>	<b>168.666</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Fundação de Saúde de Angra dos Reis/Sup. de Vigilância em Saúde/2009.

### SANEAMENTO BÁSICO

#### Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água

Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	70,3	86,9
Poço ou nascente (na propriedade)	24,0	9,4
Outra forma	5,6	3,7

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

<b>Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária</b>		
<b>Instalação Sanitária</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	4,9	47,5
Fossa séptica	48,2	29,9
Fossa rudimentar	14,2	10,0
Vala	18,4	8,9
Rio, lago ou mar	-	2,1
Outro escoadouro	9,1	0,6
Não sabe o tipo de escoadouro	0,3	-
Não tem instalação sanitária	4,8	1,0

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

<b>Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo</b>		
<b>Coleta de lixo</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Coletado	79,3	96,2
Queimado (na propriedade)	13,5	3,3
Enterrado (na propriedade)	0,9	0,1
Jogado	5,5	0,4
Outro destino	0,8	0,1

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

## ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH

O IDH é um indicador do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Ele parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana.

No período de 1991 a 2000, o IDH municipal cresceu 6.93%, passando de 0,722 para 0,772. Dos três itens utilizados no cálculo do IDH, o que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, seguido pela renda e pela longevidade. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH que é 1, foi reduzido em 18%.

Se mantivesse esta taxa de crescimento, Angra dos Reis levaria 22,6 anos para alcançar São Caetano do Sul (SP), o município de melhor IDH do Brasil (0,919), e 17,8 anos para atingir o índice de Niterói (0,886), o melhor do estado do Rio de Janeiro.



Proporção da População Residente  
Alfabetizada por Faixa Etária

Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	44,96	55,78
10 a 14	89,73	96,19
15 a 19	93,72	97,25
20 a 49	89,07	93,76
50 e +	65,85	76,72
<b>Total</b>	<b>81,10</b>	<b>87,85</b>

Fonte: IBGE/Censos

Segundo a classificação do PNUD, o município de Angra dos Reis está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos municípios brasileiros, Angra dos Reis ocupa a 1260ª posição, considerada boa, visto que 1259 municípios (22,9%) estão em situação melhor e 4247 municípios (77,1%), em situação pior ou igual. Em comparação aos outros municípios do estado, Angra dos Reis está em situação intermediária, ocupando a 36ª posição. 35 municípios (38,5%) têm melhor IDH e 55 municípios (61,5%), têm IDH pior ou igual.

**Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) 2000**

<i>Índice</i>	<i>Valor</i>
<i>Esperança de vida ao nascer</i>	69,14
<i>Taxa de alfabetização de adultos</i>	0,91
<i>Taxa bruta de frequência escolar</i>	0,79
<i>Renda per capita</i>	275,66
<i>Índice de esperança de vida (IDHM-L)</i>	0,74
<i>Índice de educação (IDHM-E)</i>	0,87
<i>Índice de PIB (IDHM-R)</i>	0,71
<i>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)</i>	0,77
<i>Ranking por UF</i>	36
<i>Ranking Nacional</i>	1.268

Fonte: IBGE/2009.



## **SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL**

A Fundação de Saúde de Angra dos Reis, instituída a partir da Lei nº 1.509/04 e reestruturada através da Lei nº 2.073/08 é responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde do município de Angra dos Reis. A estrutura organizacional apresenta um diretor-presidente, que é o gestor da saúde municipal e, esta dividida em seis superintendências, conforme descrição abaixo:

### **ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

#### **1 – Diretor Presidente**

1.0.1 - Chefia de Gabinete

1.0.1.1 - Serviço de Secretaria

1.0.2 - Assessoria Jurídica

1.0.3 - Controlador Interno

1.0.4 - Assistência de Protocolo

#### **1.1 - Superintendência Hospitalar**

1.1.1 - Diretoria do Pronto Socorro Municipal

1.1.2 - Diretoria de Hemoterapia e Aférese

1.1.3 - Diretoria de Suporte Hospitalar

1.1.4 - Diretoria de Pronto Atendimento

1.1.4.1 - Coordenação da Unidade do Perequê

1.1.4.2 - Coordenação da Unidade do Frade

1.1.4.3 - Coordenação da Unidade da Japuíba

1.1.4.4 - Coordenação da Unidade de Jacuecanga

1.1.4.5 - Coordenação da Unidade do Abraão

1.1.4.2 - Coordenação da Unidade Pediátrica



## **1.2 - Superintendência de Atenção Básica**

### 1.2.1 - Diretoria de Estratégias de Saúde da Família – ESF

#### 1.2.1.1 - Coordenação do Setor Médico

#### 1.2.1.2 - Coordenação do Setor Odontológico

##### 1.2.1.3 - Coordenação do Setor de Apoio Técnico

### 1.2.2 - Diretoria dos Distritos Sanitários

#### 1.2.2.1 - Coordenação do Distrito I

#### 1.2.2.2 - Coordenação do Distrito II

#### 1.2.2.3 - Coordenação do Distrito III

#### 1.2.2.4 - Coordenação do Distrito IV

#### 1.2.2.5 - Coordenação do Distrito V

### 1.2.3 - Diretoria de Suporte Técnico

### 1.2.4 - Diretoria de Unidades Básicas

## **1.3 - Superintendência de Atenção Secundária**

### 1.3.1 - Diretoria de Especialidades Médicas

#### 1.3.1.1 - Coordenação do Centro de Especialidades Perequê

#### 1.3.1.2 - Coordenação do Centro de Especialidades Japuíba

#### 1.3.1.3 - Coordenação do Centro de Especialidades Frade

#### 1.3.1.4 - Coordenação do Centro de Especialidades Jacuecanga

#### 1.3.1.5 - Coordenação do Centro de Especialidades Monsuaba

### 1.3.2 - Diretoria de Especialidades Odontológicas

#### 1.3.2.1 - Coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas do Perequê

#### 1.3.2.2 - Coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas da Japuíba

#### 1.3.2.3 - Coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas do Frade



1.3.2.4 - Coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas de Jacuecanga

1.3.3 - Diretoria de Saúde Mental

1.3.3.1 - Coordenação do Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS

1.3.3.2 - Coordenação do Centro de Atendimento Psicossocial Infantil – CAPSi

1.3.3.3 - Coordenação do Centro de Atendimento Psicossocial Adulto – CAPSad

1.3.3 - Diretoria de Apoio Diagnóstico

1.3.3.1 - Coordenação de Laboratório

1.3.3.2 - Coordenação de Reabilitação

1.3.3.3 - Coordenação de Imagem

#### **1.4 - Superintendência de Planejamento, Controle, Avaliação e Regulação**

1.4.1 - Diretoria de Planejamento

1.4.1.1 - Coordenação de Ações Programáticas

1.4.1.2 - Coordenação de Contratos e Convênios

1.4.2 - Diretoria de Avaliação e Auditoria

1.4.2.1 - Coordenação de Setor de Auditoria

1.4.2.2 - Coordenação de Setor de Avaliação

1.4.3 - Diretoria de Regulação

1.4.3.1 - Coordenação de Tratamento Fora do Domicílio

1.4.3.2 - Coordenação de Agendamento Local

#### **1.6 - Superintendência de Administração e Finanças**

1.6.1 - Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

1.6.2 - Diretoria de Recursos Humanos

1.6.2.1 - Coordenação de Cadastro e Folha de Pagamento

1.6.2.2 - Coordenação de Legislação e Normas



1.6.3 - Diretoria de Finanças

1.6.3.1 - Coordenação Financeira e Orçamentária

1.6.3.2 - Coordenação de Contabilidade

1.6.3.3 - Coordenação de Tesouraria

1.6.4 - Diretoria Administrativa

1.6.4.1 - Coordenação de Informações e Dados

1.6.4.2 - Coordenação de Transporte e Remoções

1.6.4.3 - Coordenação de Compras e Licitações

1.6.4.4 - Subcoordenação de Abastecimento

1.6.4.5 - Subcoordenação de Almoxarifado

1.6.4.6 - Subcoordenação de Patrimônio

1.6.4.7 - Subcoordenação da Farmácia do CEM

1.6.4.8 - Subcoordenação da Farmácia do Perequê

1.6.4.9 - Subcoordenação da Farmácia do Frade

1.6.4.10 - Subcoordenação da Farmácia da Japuíba

1.6.4.11 - Subcoordenação da Farmácia de Jacuecanga

## DIVISÃO TERRITORIAL DA SAÚDE

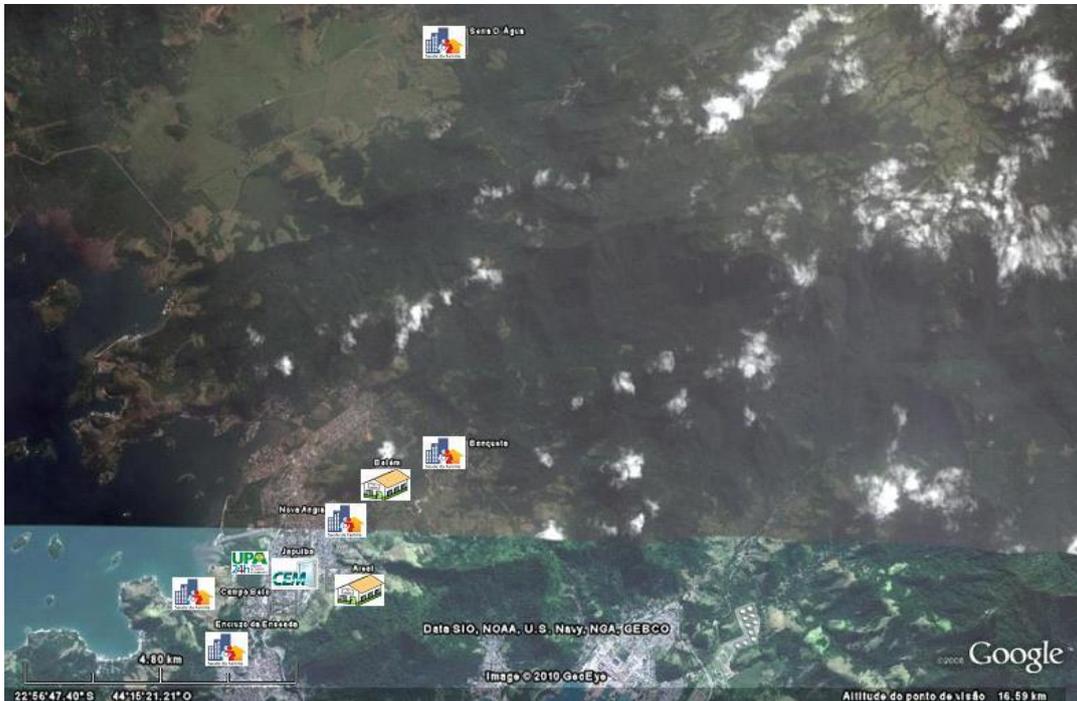
O sistema de saúde municipal está organizado em cinco distritos sanitários, com a seguinte composição:

**1º Distrito Sanitário:** Centro, Bonfim, Vila Velha, Praia Grande, Tanguá, São Bento, Morro do Bulé, Morro do Carmo, Morro Santo Antonio, Morro da Caixa D'Água, Morro Santo Antonio, Morro do Perez, Morro da Glória, Morro da Cruz, Volta Fria, Balneário, Parque Palmeiras, Sapinhatuba, Praia do anil, Morro do Tatu, Morro da Fortaleza, Morro da Carioca, Morro do Abel, Marinas e Praia do Jardim.



LEGENDA				
ESF –	UBS –	CEM –	CEO –	
SPA –	–	UPA - 24h	PSM –	SAMU –
HOSPITAL –		HEMONÚCLEO –		

**2º Distrito Sanitário:** Japuiba, Enseada, Encruzo, Retiro, Tararaca, Banqueta, Nova Angra, Areal, Campo Belo, Belém, Gamboa, Ribeira, Serra D'Água, Zungu, Vilela, Pontal, Caieira e Ilha Comprida.



## LEGENDA

ESF – Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

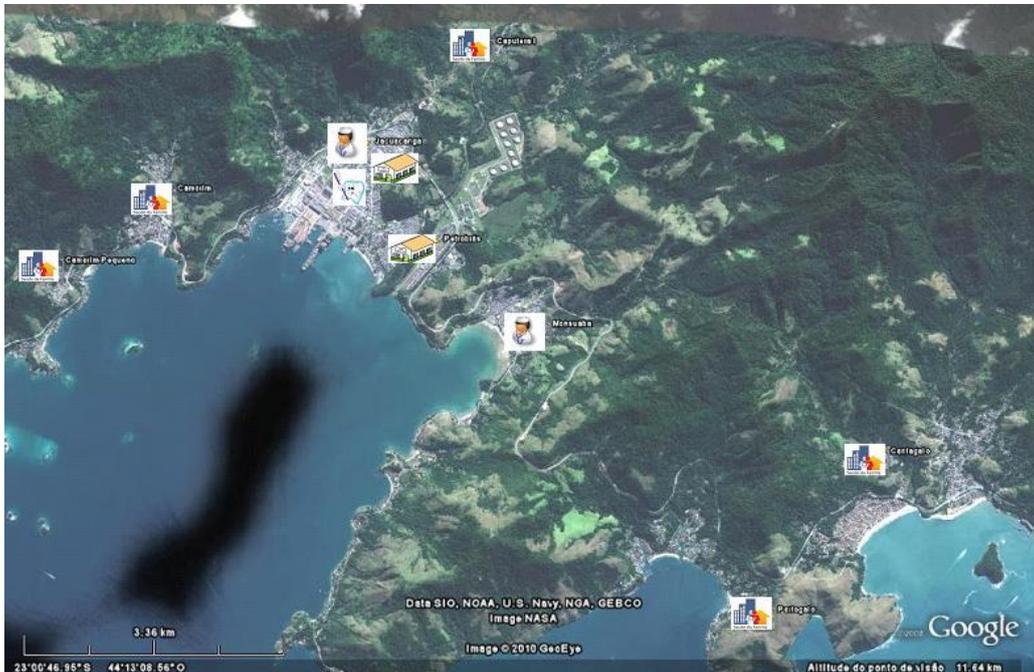
CEM – Centro de Emergência Médica

SPA – Serviço de Atendimento de Pronto Atendimento

UPA – Unidade de Pronto Atendimento



**3º Distrito Sanitário:** Mombaça, Camorim, Village, Lambicada, Praia do Machado, Jacuecanga, Petrobras, Caputera, Monsuaba, Paraíso, Biscaia, Ponta Leste, Maciéis, Portogalo e Cantagalo.

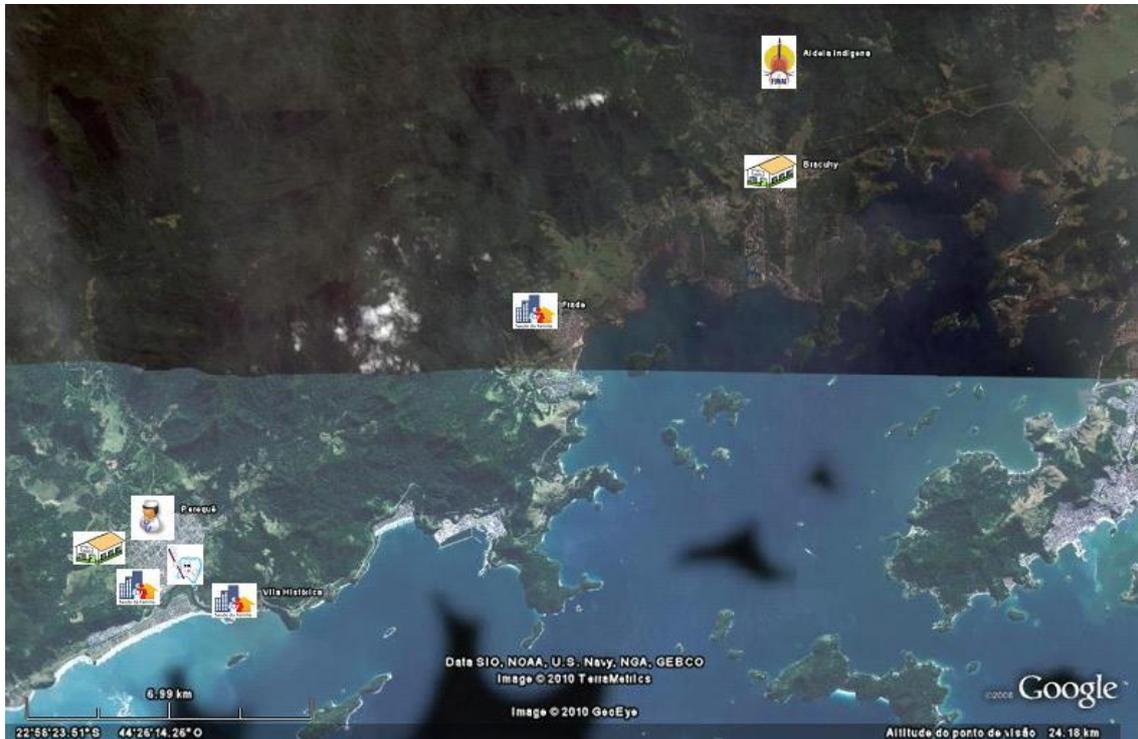


**LEGENDA**

ESF – 	UBS – 	CEO – 	SPA – 
---	---	---	---



**4º Distrito Sanitário:** Frade, Piraquara, Bracuchy, Ariró, Itanema, Praia Brava, Aldeia Indígena, Vila Histórica, Barlavento, Praia Vermelha, Boa Vista, Perequê e Sertão do Perequê.



LEGENDA			
ESF – 	PSI – 	UBS – 	CEO – 
SPA 	PS 	HOSPITAL - 	

**5º Distrito Sanitário:** Abraão, Palmas, Lopes Mendes, Aroeira, Dois Rios, Araçatiba, Praia vermelha, Praia da Longa, Enseada das Estrelas, Praia de Fora, Freguesia de Santana, Japariz, Matariz, Bananal, Sítio Forte, Tapera, Magarequeçaba, Praia Terra, Ilha da Gipóia, Aventureiro e Provetá.



LEGENDA	
ESF – 	SPA – 

**DADOS EPIDEMIOLÓGICOS****MORBIDADE**

O estudo da morbidade geral no município em 2009 apresenta nas cinco principais causas de internação, a primeira é gravidez, parto e puerpério com 27,5%, seguido das doenças do aparelho digestivo (11,1%); doenças do aparelho circulatório e causas externas (10,3%); doenças do aparelho circulatório (10,1%).

**Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10**  
 (por local de residência)

Capítulo CID	1 a 5 a									Total
	Menor 1	4	9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	10,4	68,9	41,7	-	-	-	27,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,7	14,2	27,8	20,5	4,5	10,3	14,2	10,5	10,5	11,1
X. Doenças do aparelho respiratório	19,4	25,6	18,3	6,8	6,6	5,6	12,4	21,5	19,4	10,3
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,5	10,0	16,7	24,5	8,4	11,0	8,4	8,3	8,3	10,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,2	1,4	0,8	2,4	1,4	7,5	27,0	24,5	25,0	10,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,7	4,5	5,3	5,6	3,7	5,5	8,0	6,6	7,5	5,6
II. Neoplasias (tumores)	0,5	2,1	-	2,4	0,7	5,1	9,5	7,6	8,2	4,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	54,4	-	-	0,4	0,2	0,3	0,1	-	0,1	3,4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,9	9,3	6,8	4,4	1,2	2,0	3,9	3,9	3,9	3,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,2	12,8	8,4	9,2	1,0	2,0	0,9	1,0	0,8	2,6
XIII. Doenças sist os-teomuscular e tec conjuntivo	0,5	1,4	2,7	4,4	0,9	2,0	3,6	1,8	1,9	2,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1,5	1,4	1,9	2,4	-	1,4	3,1	4,4	4,1	1,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e me-	1,0	1,7	0,8	1,2	0,2	1,3	3,6	4,1	4,4	1,8



tabólicas

XXI. Contatos com serviços de saúde	-	0,7	1,5	1,2	0,9	2,7	0,9	0,7	0,8	1,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,7	3,8	0,8	0,8	0,7	0,6	1,8	2,4	2,0	1,1
XVII.Malf cong de- formid e anomalias cromossômicas	4,4	8,7	4,9	2,4	0,2	0,2	0,1	-	-	1,0
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,5	2,1	1,9	0,8	0,3	0,4	1,9	2,3	2,4	0,9
V. Transtornos mentais e comportamen- tais	-	-	0,4	-	0,2	0,4	0,3	-	-	0,3
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1,0	0,3	0,8	-	-	0,1	-	-	-	0,1
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	0,4	-	-	0,1	0,2	0,3	0,4	0,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	0,1	-	0,1	0,1	0,0
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

A taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações entre a população de 30 anos ou mais, assim como a taxa de internação por AVC entre a população de 40 anos ou mais, avaliam indiretamente as ações de prevenção e controle dos fatores de risco para as complicações de hipertensão arterial sistêmica/HAS e diabetes melitus/DM, como as dislipidemias e o tabagismo. O município possui taxas de internação por AVC de 30,90/10.000 hab. (acima da média do Estado - 22,53) e de DM e suas complicações de 12,34/10.000 hab. (média do Estado - 12,94). *Fonte: SIH/TABWIN/SCA/SESDEC.*



Nº de Diabéticos					Nº de Hipertensos			Nº de Diabéticos com Hipertensão		
Total	Tipo 1		Tipo 2							
	Masc	Fem	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
22	3	3	7	9	571	226	345	151	49	102
22	3	3	7	9	571	226	345	151	49	102

Fonte: DATASUS/MS.

Em relação ao Sistema de Cadastro de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), o município tinha cadastrados, em 2009, 60,56% dos hipertensos e 49,46% dos diabéticos estimados. Os pacientes cadastrados neste sistema são acompanhados nas unidades de saúde com consultas e medicamentos.

A proporção de cura de tuberculose tornou-se prioridade nacional por ser um grave problema de Saúde Pública, devido a sua alta incidência. O Estado do Rio de Janeiro tem uma das maiores taxas de incidência no país (73,2/100.000 hab em 2006), devido a precariedade das condições básicas de saúde da população.

Em Angra dos Reis em 2009 o Programa de TB esta implantado nos cinco distritos sanitários, sendo coordenados e monitorados pelo nível Central. Nestes distritos os guardas sanitários e os agentes comunitários de saúde, realizam a notificação de casos suspeitos, captação e busca de faltosos. Cabendo as Unidades de Saúde o acompanhamento e a administração de doses supervisionadas nos pacientes MDR e/ou com algum tipo de complicação (alcoolismo, droga, abandono etc). O município dispõe de laboratório contratado para a realização das baciloscopias.

Para que seja garantido e estimulada a adesão ao tratamento o paciente recebe uma cesta básica e vale transporte, os quais são monitorados de acordo com a manutenção do tratamento. As Unidades de Saúde/UBS em conjunto com a Vigilância realiza palestras nas escolas, associações de moradores e UBS palestras com o intuito de informar a comunidade o comportamento da doença, bem como os riscos e prevenção. No ano de 2009 o Programa atingiu a meta de 81,60% da proporção de cura de casos novos de tuberculose, com um taxa de abandono de tratamento de 2,63%.



O tratamento da hanseníase é realizado de forma centralizada. Todas as UBS são capacitadas para realizar a suspeição e encaminhamento ao dermatologista do Centro de Especialidades Médicas do Centro/CEM CENTRO para o diagnóstico e tratamento. Em relação a casos novos de hanseníase, o município apresentou um percentual de cura de 100%.

Em relação a AIDS, a região da Baía da Ilha Grande teve a maior taxa de incidência do Estado nos últimos anos (com 24,2 por 100.000 hab. em 2005). É importante ressaltar que os valores se referem a casos de AIDS notificados e, portanto, sofrem influência de fatores como a qualidade das ações de Vigilância Epidemiológica, o atraso das notificações ou o sub-registro.

#### Indicadores epidemiológicos - Aids - casos e taxa por 100.000 habitantes

	Taxa de incidência							
	2006		2007		2008		2009	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Município	19	13,18	14	9,47	8	4,87	16	9,49
Estado	1.954	12,56	2.148	13,65	1.695	10,68	974	6,08
Região	8.166	10,26	10.317	12,79	9.513	11,86	7.444	9,20
Brasil	17.493	9,37	22.581	11,93	21.936	11,57	18.584	9,70

De acordo com o Ministério da Saúde, de 1998 a junho de 2009, foram notificados 55.124 casos de sífilis congênita (transmitida da mãe para o bebê) em menores de um ano de idade no Brasil. São registrados, em média, cinco mil casos da doença a cada ano, dos casos registrados em 2008, 39% (2.150) foram no Sudeste.



## IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) visa contribuir para o controle ou erradicação das doenças infecto-contagiosas e imunopreveníveis, tais como a poliomielite (paralisia infantil), sarampo, difteria, tétano, coqueluche, tuberculose e outras, mediante a imunização sistemática da população.

### Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico

Imunobiológicos	Menores de 1 ano									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BCG (BCG)	98,7	104,0	77,2	105,6	106,9	111,5	113,0	109,7	107,1	96,3
Contra Febre Amarela (FA)	2,4	0,8	0,3	0,1	0,6	0,5	0,2	0,7	0,5	0,5
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	131,8	97,9	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3
Contra Hepatite B (HB)	103,4	87,8	86,5	78,2	91,8	103,4	98,7	102,6	94,2	99,8
Contra Influenza (Campanha) (INF)	69,0	70,9	67,9	88,0	91,1	89,8	95,4	75,3	64,3	74,6
Contra Sarampo	110,9	104,3	93,6	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dupla Viral (SR)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3
Oral Contra Poliomielite (VOP)	110,0	101,4	93,6	86,4	96,2	108,2	101,4	102,4	97,2	98,5
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	102,2	105,3	102,5	101,4	98,4	93,1	102,2	100,3	92,3	91,6
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	103,3	104,7	103,6	69,8	101,4	99,2	100,0	100,4	88,3	93,1
Oral de Rotavírus Humano (RR)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	56,1	94,2	95,3	95,5
Tetraivalente (DTP/Hib) (TETRA)	0,0	0,0	59,7	86,5	94,8	107,4	100,0	103,1	96,2	98,5
Tríplice Bacteriana (DTP)	110,4	100,9	27,9	0,5	0,1	0,7	0,0	0,0	0,7	0,0
Tríplice Viral (SCR)	71,2	93,4	103,4	100,2	111,5	101,1	98,4	100,5	101,2	100,2
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	0,0	0,0	0,0	0,0	79,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totais das vacinas contra tuberculose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	113,0	109,7	107,1	96,3
Totais das vacinas contra hepatite B	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,7	102,6	94,2	99,8
Totais das vacinas contra poliomielite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	101,4	102,4	97,2	98,5
Totais das vacinas Tetra + Penta + Hexavanlente	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	103,1	96,2	98,5

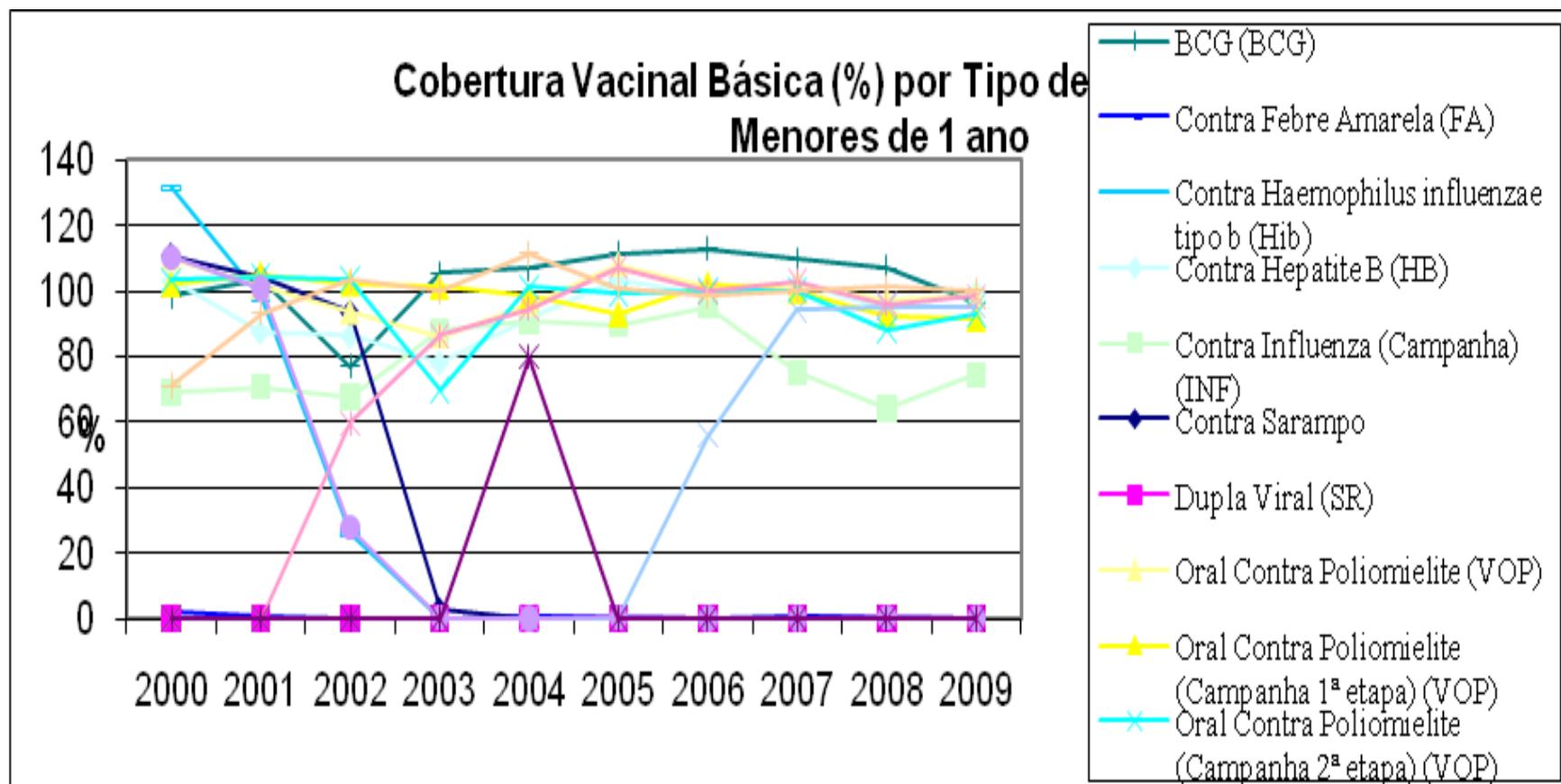


## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Totais das vacinas contra sarampo e rubéola	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,5	100,6	101,3	100,5
Totais das vacinas contra difteria e tétano	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	103,1	96,8	98,5

Fonte: SI/PNI. Situação da base de dados nacional em 25/03/2010.





## PROGRAMAS DE SAÚDE

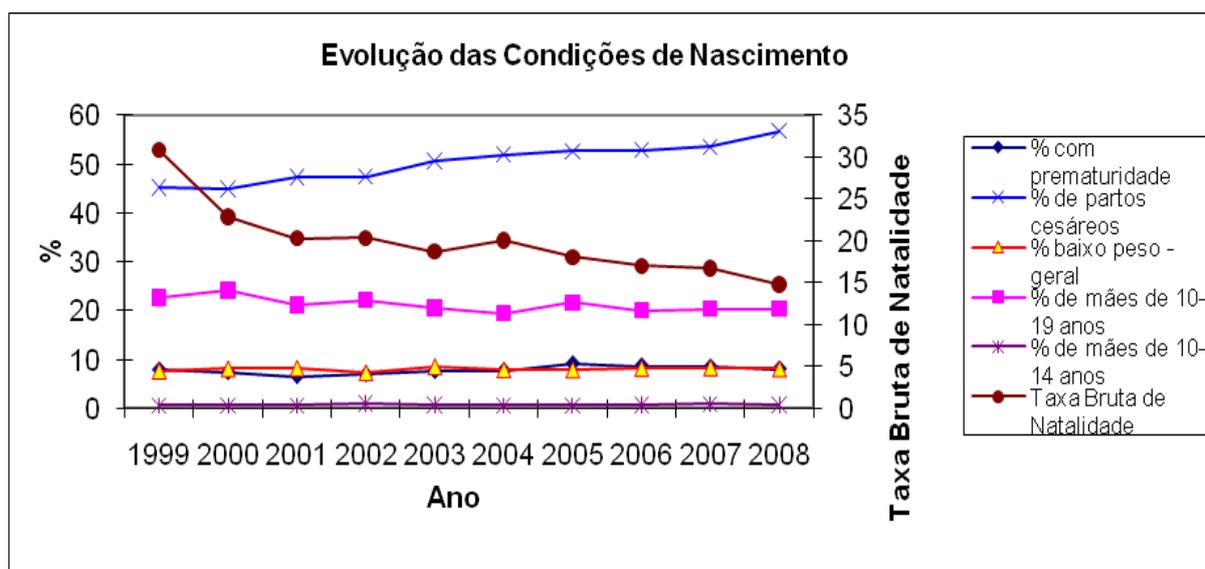
Em relação à **saúde da mulher**, no município de Angra todas as UBS realizam pré-natal, consulta e procedimentos ginecológicos, os partos são realizados nos Hospitais da Santa Casa e Praia Brava. O percentual de gestantes cadastradas no sistema SISPRENATAL em 2009 foi de 80%, no SINAN foram estimados 20 casos sendo 10 notificados, destes oito parceiros foram tratados. O município dispõe de ambulatório para atendimento em Patologia mamária e cervical, e o acompanhamento e informação do seguimento das mulheres com resultado alterado através do SISCOLO gerencial realizado pelo município foi de 84,3%.

Os indicadores de **saúde da criança** que mais têm merecido maior atenção são a mortalidade neonatal, as diarreias, as pneumonias, a desnutrição e a sífilis congênita. A implementação do protocolo de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, contribui diretamente para a redução da morbi-mortalidade por diarreias e pneumonias, além de possibilitar a melhor organização dos serviços.

### Município: Angra dos Reis - RJ Informações sobre Nascimentos

<u>Condições</u>	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de nascidos vivos	2.985	2.732	2.503	2.575	2.429	2.670	2.537	2.455	2.472	2.430
Taxa Bruta de Natalidade	30,8	22,9	20,3	20,4	18,7	20,1	18,1	17,0	16,7	14,8
% com prematuridade	7,9	7,4	6,6	6,9	7,6	7,7	9,1	8,7	8,5	8,1
% de partos cesáreos	45,2	45,0	47,3	47,4	50,6	52,0	52,6	52,8	53,5	56,8
% de mães de 10-19 anos	22,6	24,1	21,2	22,2	20,6	19,5	21,6	20,1	20,4	20,4
% de mães de 10-14 anos	0,7	0,7	0,6	1,1	0,7	0,6	0,6	0,7	0,9	0,7
% com baixo peso ao nascer										
- geral	7,7	8,2	8,3	7,4	8,6	8,0	8,0	8,3	8,4	8,2
- partos cesáreos	7,6	7,5	8,1	6,7	8,1	9,6	8,2	8,8	9,4	9,7
- partos vaginais	7,8	8,7	8,4	8,0	9,2	6,2	7,7	7,6	7,2	6,1

Fonte: SINASC. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.



As linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil apresentadas pelo Ministério da Saúde, e que vem sendo implementadas no município de Angra dos Reis são as seguintes: nascimento saudável, triagem neonatal, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo, cuidado do recém-nascido e da mãe na unidade de saúde, vigilância à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais, doenças prevalentes na infância e imunização.

A **população jovem** é um grupo prioritário para promoção da saúde em todas as regiões do mundo. Esta fase é um importante momento para adoção de novas práticas e comportamentos e uma porta de entrada para diversas situações de perigo para a saúde que definem um perfil de risco na idade adulta.

Muitas das causas de morte entre jovens, das incapacidades e seqüelas e das exposições aos fatores de risco comportamentais podem ser significativamente reduzidas com a adoção de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, desenvolvidas para esta fase da vida. A escola se constitui em um espaço privilegiado para implementação destas políticas, uma vez que no ensino fundamental temos 28.938 alunos matriculados e 7.401 no ensino médio (dados IBGE, de 2009).



O reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde de adolescentes e jovens, a Área Técnica da Saúde de Adolescente e Jovens, vem desenvolvendo ações sob três grandes eixos: Crescimento e Desenvolvimento, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva e Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidente.

A organização do modelo de assistência na saúde bucal é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender

No que se refere à **Política de Atenção Integral a Saúde do Homem**, o município de Angra dos Reis vem implementando as ações junto a Coordenação de Ações Programáticas, tendo como objetivo:

- ✓ realizar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso do homem aos serviços de saúde;
- ✓ qualificar profissionais de saúde para o atendimento dos homens;
- ✓ Incorporar o homem no planejamento familiar;
- ✓ construir parcerias com a sociedade civil organizada para promover a Saúde do Homem.

Entendendo que a Atenção Primária deve e a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de garantir a promoção da saúde e a prevenção à agravos evitáveis, o município iniciou ações nas unidades de ESF com atendimento em horário diferenciado com o intuito de atender esta clientela.

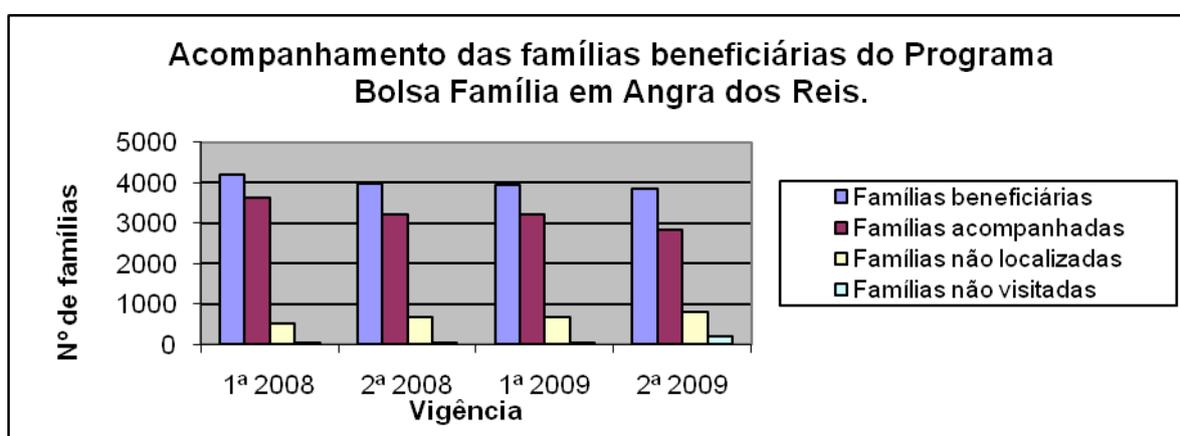
O **aumento da expectativa de vida** da população mundial é uma realidade que se traduz em números, uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2025 teremos mais idosos do que crianças no mundo.

O Brasil será o 6º país com maior população idosa, com aproximadamente 33 milhões de pessoas. Em Angra dos Reis, segundo estimativa do IBGE para o ano de 2009 a população idosa (com idade igual ou superior a 60 anos) corresponde à 9,71 % do total geral da população, sendo 13.383 idosos. É indispensável o investimento em projetos a curto, médio e longo prazo para promoção de saúde e valorização do idoso com perspectiva de termos o

envelhecimento cada vez mais ativo e saudável.

A **assistência a pessoa com deficiência** iniciou no município há mais ou menos 35 anos, quando foi fundada a Associação Pestalozzi de Angra dos Reis. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Portaria n.º 1060/GM, de 5 de junho de 2002 e a Portaria n.º 818/GM de 05 de junho de 2001, embasou a estruturação da assistência a pessoa com deficiência. No ano de 2009 houve a implantação da fisioterapia domiciliar nos distritos sanitários e a coordenação de saúde auditiva com o objetivo de desenvolver ações de promoção e prevenção as pessoas com deficiência auditiva.

A **Área Técnica de Alimentação e Nutrição/ATAN** tem como objetivo coordenar e executar as ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em nível local; promover processo de articulação intersetorial e interinstitucional no município, visando à implementação da respectiva Política. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN no município visa ampliar a abrangência da Vigilância Alimentar e Nutricional em termos técnicos e geográficos, para fins de mapeamento e monitoramento da fome, da desnutrição e da obesidade e de outros agravos nutricionais; a fim de promover a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação.





O **Tratamento Fora de Domicílio (TFD)** representa uma importante estratégia na gestão para a garantia de acesso a assistência à saúde do usuário do SUS, viabilizando a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização. No município de Angra dos Reis, o TFD, além das ações previstas nas Portarias n.º 055/SAS/MS de 24 de Fevereiro de 1999 que: “dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, Portaria n.º 115 de 19 de Maio de 2003 que dispõe sobre a inclusão “na tabela de tipos de estabelecimento de saúde / unidade do SUS e do SCNES, o tipo de estabelecimento de saúde / unidade” e pela Resolução da SES/RJ n.º 1.899 de 18 de Setembro de 2002 que “regulamenta a concessão do auxílio para Tratamento Fora de Domicílio, no Estado, no âmbito do Sistema Único de Saúde; desenvolve ações de agendamento local nos serviços próprios, contratados e conveniados a rede municipal.

Em relação ao sistema de transporte dos usuários do SUS / Angra dos Reis para Tratamento Fora de Domicílio, o município dispõe de fornecimento de transporte através de: passagens, carro, VAN, ambulância simples e microônibus para transportar usuários para todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro e também para fora do Estado.

## MORTALIDADE

A investigação de óbitos é um indicador sensível para aferir a qualidade da Atenção Básica, da assistência hospitalar e o contexto epidemiológico, dentre outros fatores. A principal causa de óbito no ano de 2008 esta relacionada às doenças do aparelho circulatório, seguida de causas externas.

**Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10**  
**2008**

<b>Grupo de Causas</b>	<b>Menor 1</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>20 a 49</b>	<b>50 a 64</b>	<b>65 e mais</b>	<b>60 e mais</b>	<b>Total</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,7	16,7	20,0	-	-	4,7	5,7	3,4	3,1	4,4
II. Neoplasias (tumores)	3,3	-	-	-	8,7	13,7	21,1	12,6	13,6	14,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	13,2	33,7	42,9	42,0	30,4
X. Doenças do aparelho respiratório	10,0	16,7	-	-	-	3,2	8,6	14,7	14,7	10,0
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	43,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10,0	33,3	60,0	100,0	91,3	51,1	11,4	3,9	4,5	20,3
Demais causas definidas	26,7	33,3	20,0	-	-	14,2	19,4	22,4	22,1	19,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>									

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

### Coefficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas

(por 100.000 habitantes)

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	6,3	7,7	7,5	11,4	6,2	4,7	3,7
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	14,4	12,4	19,7	5,7	15,4	9,5	6,1
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulher)	1,6	6,2	1,5	-	4,2	1,4	2,5
Infarto agudo do miocárdio	39,6	33,9	30,1	28,5	28,4	22,3	31,7
Doenças cerebrovasculares	55,4	44,7	39,9	42,0	48,6	41,2	45,1
Diabetes mellitus	26,1	27,8	33,1	36,3	30,5	37,2	35,3
Acidentes de transporte	22,2	32,4	24,8	24,9	24,3	26,4	31,1
Agressões	64,1	57,9	50,4	64,8	38,2	50,0	46,9

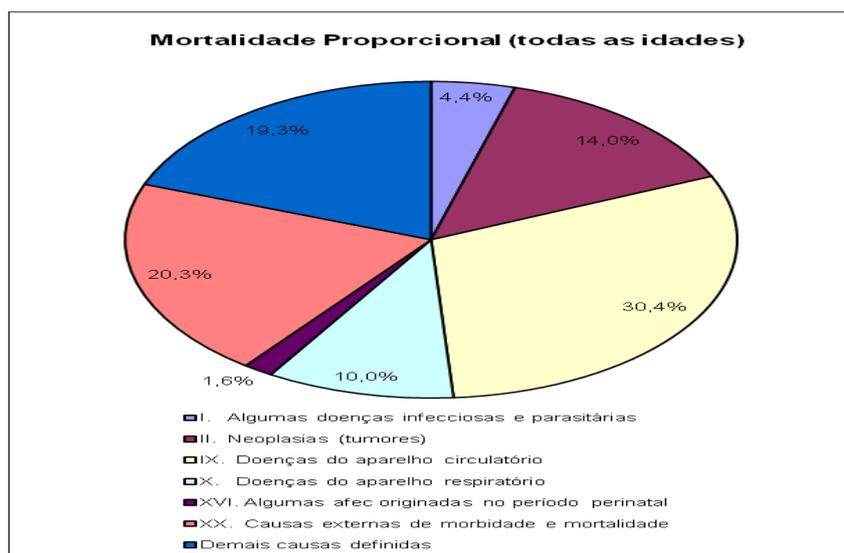
Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Outros Indicadores de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total de óbitos</b>	<b>728</b>	<b>688</b>	<b>708</b>	<b>813</b>	<b>753</b>	<b>761</b>	<b>822</b>
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,8	5,3	5,3	5,8	5,2	5,1	5,0
% óbitos por causas mal definidas	1,9	2,3	2,5	1,6	1,5	1,6	1,1
Total de óbitos infantis	40	36	17	25	30	32	30
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	2	-	-	-	-	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	5,5	5,2	2,4	3,1	4,0	4,2	3,6
% de óbitos infantis por causas mal definidas	5,0	-	-	-	-	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos							
**	15,5	14,8	6,4	9,9	12,2	12,9	12,3

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

\*\*considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.



## CAPACIDADE INSTALADA

Considerando toda a rede cadastrada no CNES (cadastro nacional de estabelecimento de saúde) no município, ocorre um predomínio dos serviços privados de média complexidade ambulatorial em detrimento aos serviços de atenção básica municipal. Abaixo apresentamos o numero de estabelecimentos por tipo de prestador e convênio.

### Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado

Serviço prestado	Dez/2009			
	SUS	Particular	Plano de Saúde	
			Público	Privado
Internação	2	5	-	2
Ambulatorial	76	142	11	24
Urgência	10	2	-	-
Diagnose e terapia	12	33	2	4
Vig. epidemiológica e sanitária	10			
Farmácia ou cooperativa	1	1	-	-

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

**Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento  
Dez/2009**

<b>Tipo de estabelecimento</b>	<b>Público</b>	<b>Filantropico</b>	<b>Privado</b>	<b>Sindicato</b>	<b>Total</b>
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	-	-	-	1
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	-	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	1	-	-	-	1
Centro de Apoio a Saúde da Família	-	-	-	-	-
Centro de Parto Normal	-	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	48	-	-	-	48
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	4	1	16	-	21
Consultório Isolado	8	-	128	-	136
Cooperativa	-	-	-	-	-
Farmácia Medicamento Excepcional e Programa Farmácia Popular	2	-	-	-	2
Hospital Dia	-	-	-	-	-
Hospital Especializado	-	-	-	-	-
Hospital Geral	-	1	4	-	5
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	-	-	-	-
Policlínica	1	-	4	-	5
Posto de Saúde	3	-	-	-	3
Pronto Socorro Especializado	2	-	-	-	2
Pronto Socorro Geral	1	-	-	-	1
Secretaria de Saúde	-	-	-	-	-
Unidade Mista - atendimento 24h: atenção básica, internação/urgência	-	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	1	-	-	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	-	10	-	12



Unidade de Vigilância em Saúde	2	-	-	-	2
Unidade Móvel Fluvial	1	-	-	-	1
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	-	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	2	-	-	-	2
Tipo de estabelecimento não informado	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>2</b>	<b>162</b>	<b>-</b>	<b>243</b>

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Número total de estabelecimentos, prestando ou não serviços ao SUS

### Unidades Básicas

Distrito Sanitário	Tipo de Unidade	Qtd
I DS	Unidade Básica de Saúde	1
	Estratégia de Saúde da Família	10
	Estratégia de Saúde Bucal	5
	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde	1
II DS	Unidade Básica de Saúde	3
	Estratégia de Saúde da Família	4
	Estratégia de Saúde Bucal	4
	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde	2
III DS	Unidade Básica de Saúde	2
	Estratégia de Saúde da Família	6
	Estratégia de Saúde Bucal	3
IV DS	Unidade Básica de Saúde	2
	Estratégia de Saúde da Família	10
	Estratégia de Saúde Indígena	1
	Estratégia de Saúde Bucal	7
	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde	2



V DS	Estratégia de Saúde da Família	4
	Estratégia de Saúde Bucal	3

Fonte: CNES/DATASUS/2009.

### Estratégia de Saúde da Família

Atualmente, o município conta com trinta e quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), estando vinte e uma destas unidades com Estratégia de Saúde Bucal, uma equipe de Saúde Indígena e quatro equipes de Estratégia de Agentes Comunitários (EACS).

Município	Percentual de Cobertura Populacional	População Coberta	Qtd ACS	Qtd ESF	Qtd ESB
Angra dos Reis	71,44%	117.298	208	34	21

Fonte: SIAB/MS/2009.

Distrito Sanitário	Unidade / Local	Nº Famílias	Nº Pessoas	Cobertura
I DS	Sapinhatuba I	456	1.530	<b>63,17</b>
	Sapinhatuba II	328	1.204	
	Sapinhatuba III e Mombaça	409	1.563	
	Marinas e Praia do Jardim	779	2.422	
	Morro da Glória	808	2.637	
	Morro da Cruz	696	2.375	
	Morros do Peres	564	1.832	
	Morro Santo Antônio	817	2.783	
	Morro da Carioca	931	2.981	
	Praia do Anil	723	2.240	
	<b>TOTAL</b>		<b>6.511</b>	
II DS	Serra D Água	524	1.745	<b>22,79</b>
	Banqueta	585	2.204	
	Campo Belo	758	2.798	



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



	Nova Angra	1.020	3.476	
	<b>TOTAL</b>	<b>2.887</b>	<b>10.223</b>	
III DS	Caputera I e II	379	1.312	<b>39,08</b>
	Camorim Módulo I	546	1.875	
	Camorim Módulo II	565	1.920	
	Camorim Pequeno	443	1.519	
	Portogalo	520	1.480	
	Cantagalo e Garatucaia	544	1.689	
	<b>TOTAL</b>	<b>2.997</b>	<b>9.795</b>	
IV DS	Vila Histórica	344	1.241	<b>68,49</b>
	Perequê Módulo I	924	2.344	
	Perequê Módulo II	786	2.603	
	Perequê Módulo III	723	2.649	
	Perequê Módulo IV	718	2.435	
	Perequê Módulo V	975	3.016	
	Perequê Módulo VI	595	2.209	
	Frade Módulo I	834	2.974	
	Frade Módulo II	931	3.055	
	Frade Morro da	509	1.901	
	Constância			
	Frade Praia	859	2.754	
	<b>TOTAL</b>	<b>8.198</b>	<b>27.181</b>	
V DS	Abraão	751	2.034	<b>139,58</b>
	Pequenas Praias	402	1.373	
	Marítima	244	840	
	Provetá	406	1.540	
	<b>TOTAL</b>	<b>1.803</b>	<b>5.787</b>	
	<b>TOTAL GERAL POR DISTRITOS</b>	<b>22.396</b>	<b>74.553</b>	<b>50,41</b>

Fonte: População cadastrada no SIAB e IBGE (taxas de cobertura).



---

## SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE LOCALIZADOS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS

### **1º Distrito Sanitário**

01 Centro de Especialidades Médicas Municipal

01 Laboratório Central Municipal

01 Serviço de Pronto Atendimento Adulto Municipal – 24 horas

01 Serviço de Pronto Atendimento Infantil Municipal – 24 horas

01 Pronto Socorro Municipal

01 Hospital Geral Filantrópico - Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena (média e alta complexidade) referência das urgências obstétricas e neonatais

01 Unidade Filantrópica Especializada - Sociedade Pestalozzi (atendimento em Pediatria, Neurologia e Fisioterapia)

01 Centro de Atenção Psicossocial/CAPS II Municipal

01 Unidade de Terapia Renal Substitutiva Conveniado

08 Serviços de apoio, diagnose e terapia de média e alta complexidade contratados: laboratório, ultrassonografia, ecocardiografia, mapa e holter, mamografia, densitometria, função pulmonar e tomografia.

### **2º Distrito Sanitário**

01 Serviço de Pronto Atendimento Municipal – UPA 24 horas

01 Serviço de apoio, diagnose e terapia de alta complexidade contratado: ressonância magnética.



### **3º Distrito Sanitário**

01 Serviço de Pronto Atendimento Municipal – 24 horas

01 Serviço de apoio, diagnose e terapia de média complexidade contratado: RX.

### **4º Distrito Sanitário**

01 Serviço de Pronto Atendimento Municipal – 24 horas

01 Hospital Geral Privado com Serviço de Pronto Atendimento 24 horas – Fundação Eletronuclear de Assistência Médica - FEAM (média complexidade)

### **5º Distrito Sanitário**

01 Serviço de Pronto Atendimento – 24 horas

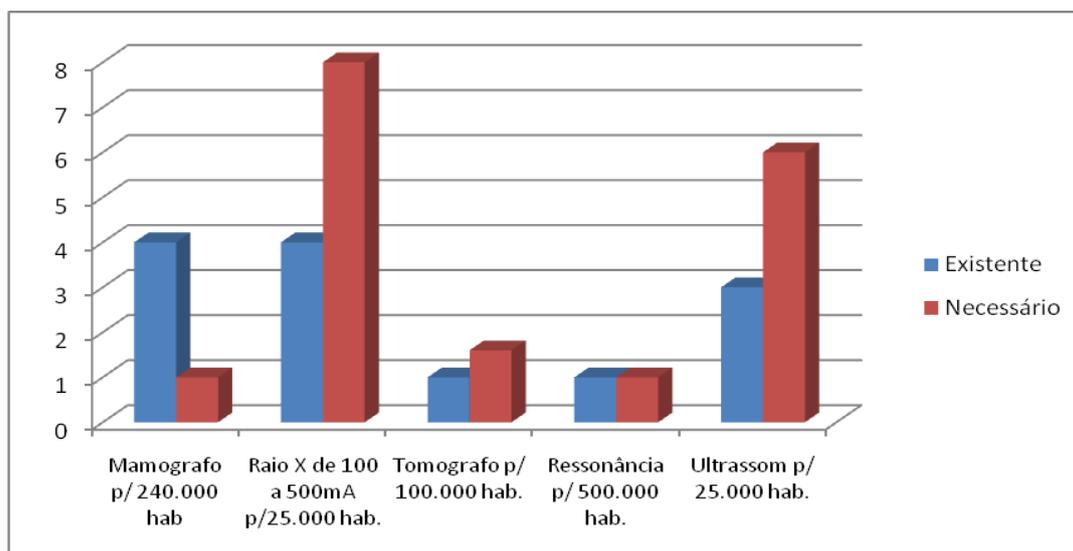
Em relação aos equipamentos de apoio, diagnose e terapia cadastrados no sistema único de saúde, observamos no CNES:

- a. Equipamentos próprios, com serviço correspondente terceirizado;
- b. Equipamentos próprios, sem serviço correspondente cadastrado;
- c. Equipamentos SUS para o serviço correspondente não SUS;
- d. Equipamentos não SUS para o serviço correspondente SUS e
- e. Serviços SUS ou não, sem o equipamento correspondente, SUS ou não.

Em relação aos mamógrafos, todas as regiões do Estado trabalham com números superiores ao necessário, no município existem três equipamentos cadastrados no particular e SUS. Quanto aos equipamentos de Raios X disponíveis para o SUS existem em quantidade insuficiente, o município possui uma oferta de quatro equipamentos para uma necessidade estimada de oito. Os aparelhos de ultrassonografia - 3 equipamentos - não estão condizentes com o preconizado pela Portaria ministerial, onde o ideal seriam seis equipamentos para a população residente.

O município apresenta quantidade insuficiente de Tomógrafos Computadorizados, com oferta de 1, quando seriam necessários 2 equipamentos. A análise do cadastro do CNES quanto a Ressonância Magnética demonstrou que a oferta atual atende ao preconizado no município e região.

## Equipamentos cadastrados no CNES e a necessidade pela Portaria nº 1.101/02



Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

## ASSISTÊNCIA A SAÚDE EM ANGRA DOS REIS

Em 1994 emerge no nível da atenção básica o Programa de Saúde da Família, numa tentativa de desenvolver o SUS apesar das políticas restritivas aos investimentos nas áreas sociais. O programa inicialmente foi caracterizado como um projeto de extensão de cobertura assistencial, iniciando na região nordeste e em alguns municípios da região sudeste. Atualmente, configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em todo o Brasil.

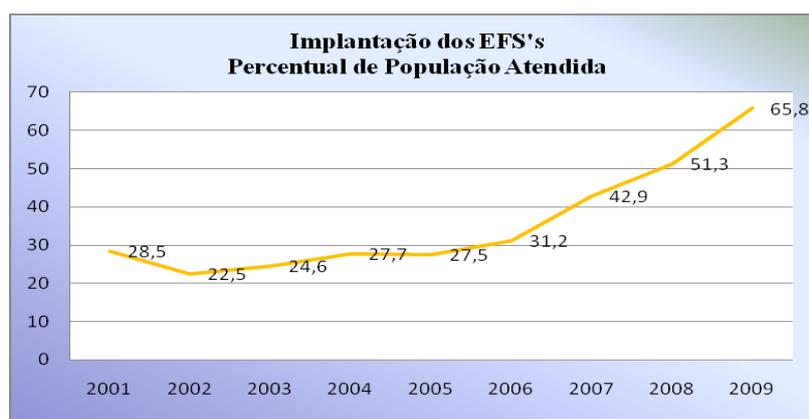
O Programa de Saúde da Família foi implantado no município de Angra dos Reis em setembro de 1998, sendo as comunidades de Sapinhatuba 1, 2 e 3, Marinas, Praia do Jardim, Caputera, Serra D Água, Pontal, Vila Histórica de Mambucaba, Boa Vista, Proveta e Aventureiro as primeiras a serem contempladas com as ações do Programa.



No ano de 2001 houve expansão do Programa com implantação de unidades que abrangiam as comunidades do Perequê, Morro da Cruz, Morro da Glória 1 e 2, Morro do Perez e Pousada da Glória sendo também implantado o Programa de Agentes Comunitários neste mesmo ano nas comunidades do Bonfim, Vila Velha, Morro do Abel, Bule, Carioca, Santo Antônio, Caixa D Água, Abraão, Dois Rios, Palmas, Aroeiras, Camorim Pequeno, Ariró, Itanema e Banqueta.

O Programa de Saúde da Família foi estendido para Aldeia Indígena (Paraty, Paraty Mirim, Araponga e Sapukaia) com financiamento da FUNASA e apoio da coordenação do PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis no mesmo período citado acima.

Tomando-se como base que o PSF/PACS, teve o processo de implantação a partir do segundo semestre de 1998, com seis equipes e atualmente temos vinte e cinco equipes com cobertura de 29,45% da população municipal de 140.342 habitantes e indicadores epidemiológicos que sinalizaram aspectos positivos, nos estimularam a solicitar expansão desse programa.





# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



## Indicadores da Atenção Básica

Ano	Modelo de Atenção	População coberta no ano	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família	% de crianças c/ esquema vacinal básico em dia	% de crianças c/ aleitamento materno exclusivo	% de cobertura de consultas de pré-natal	Taxa mortalidade infantil por diarreia (p/1.000 nascidos vivos)	Prevalência de desnutrição (em menores de 2 anos/100)	Taxa hospitalização por pneumonia (em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano)	Taxa hospitalização por desidratação (em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano)
2004	PACS	22.938	17,3	0,08	95,2	74,5	94,6	-	1,6	9,3	1,9
	PSF	36.822	27,7	0,09	97,9	82	96,2	-	3,8	12,5	0,9
	<b>Total</b>	<b>59.760</b>	<b>45</b>	<b>0,09</b>	<b>97,1</b>	<b>79,9</b>	<b>95,8</b>	<b>-</b>	<b>3,2</b>	<b>11,5</b>	<b>1,2</b>
2005	PACS	26.903	19,2	0,09	97,8	73,4	96,2	-	0,7	3,2	0,6
	PSF	39.028	27,8	0,08	98	82,6	97,4	-	3,3	9,5	1,6
	<b>Total</b>	<b>65.931</b>	<b>47</b>	<b>0,08</b>	<b>97,9</b>	<b>80,2</b>	<b>97,2</b>	<b>-</b>	<b>2,6</b>	<b>7</b>	<b>1,3</b>
2006	PACS	38.740	26,9	0,08	98,2	73,8	97,4	-	0,6	8,5	2,8
	PSF	46.808	32,5	0,09	97,9	79,6	97,5	-	2,7	11,6	2,8
	<b>Total</b>	<b>85.548</b>	<b>59,4</b>	<b>0,09</b>	<b>98</b>	<b>77,4</b>	<b>97,5</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>10,3</b>	<b>2,8</b>
2007	PACS	19.794	13,4	0,09	99,1	88,9	98,9	-	0,1	11,8	0,8
	PSF	65.353	44,2	0,11	98,5	84,4	98,1	-	1,9	6,6	1
	<b>Total</b>	<b>85.147</b>	<b>57,6</b>	<b>0,1</b>	<b>98,7</b>	<b>85,8</b>	<b>98,3</b>	<b>-</b>	<b>1,4</b>	<b>7,8</b>	<b>0,9</b>
2008	PACS	20.608	12,6	0,1	96,3	86,7	97,4	-	0,4	4,8	0,8
	PSF	74.851	45,6	0,11	99,1	86,7	98,8	1,1	1,2	10,3	0,2
	<b>Total</b>	<b>95.459</b>	<b>58,1</b>	<b>0,11</b>	<b>98,5</b>	<b>86,7</b>	<b>98,5</b>	<b>0,9</b>	<b>1</b>	<b>9,1</b>	<b>0,3</b>
2009	PACS	17.325	10,3	0,1	99	84,8	97,3	22,9	0,4	22	-
	PSF	77.894	46,2	0,1	98,9	84,4	97,9	21,9	1,1	11,1	5,2
	<b>Total</b>	<b>95.219</b>	<b>56,5</b>	<b>0,1</b>	<b>98,9</b>	<b>84,4</b>	<b>97,8</b>	<b>22,1</b>	<b>1</b>	<b>12,9</b>	<b>4,4</b>

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.



## PRODUÇÃO AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS

As ações de saúde desenvolvidas na saúde municipal abrangem todos os níveis de atenção – básica, média e alta complexidade. No quadro a seguir observamos a quantidade de procedimentos e os valores faturados pelo SUS municipal no ano de 2009 a nível ambulatorial. As consultas/atendimentos/acompanhamentos representaram 55,5% do total de procedimentos apresentados seguido dos serviços de diagnose em laboratório com 15,97%.

### Quantidade e valor aprovados e apresentados dos procedimentos ambulatorial por município de atendimento, segundo grupo e subgrupo de procedimentos - ano 2009

Categoria de procedimentos	Qtd.Aprovada		Valor Aprovado		Qtd.Apresentada		Valor Apresentado	
	Nº	%	R\$	%	Nº	%	R\$	%
<b>01 Ações de promoção e prevenção em saúde</b>	<b>401.205</b>	<b>7,83</b>	<b>3.148,20</b>	<b>0,02</b>	<b>401.589</b>	<b>6,19</b>	<b>3.267,00</b>	<b>0,01</b>
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	395.019	7,71	3.148,20	0,02	395.403	6,10	3.267,00	0,01
0102 Vigilância em saúde	6.186	0,12	0,00	0,00	6.186	0,10	0,00	0,00
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	<b>1.740.728</b>	<b>33,97</b>	<b>5.265.250,48</b>	<b>39,71</b>	<b>2.173.207</b>	<b>33,51</b>	<b>6.545.743,58</b>	<b>26,62</b>
0201 Coleta de material	558.645	10,90	23.337,24	0,18	558.869	8,62	23.989,55	0,10
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	727.267	14,19	2.764.731,86	20,85	1.154.270	17,80	3.928.613,58	15,97
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	1.374	0,03	31.694,40	0,24	1.777	0,03	36.974,25	0,15
0204 Diagnóstico por radiologia	100.374	1,96	860.442,91	6,49	100.453	1,55	860.581,16	3,50
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	17.394	0,34	476.692,30	3,60	17.395	0,27	476.716,50	1,94
0206 Diagnóstico por tomografia	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	1.458	0,03	391.837,50	2,96	1.458	0,02	391.837,50	1,59
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0209 Diagnóstico por endoscopia	2.467	0,05	170.635,25	1,29	2.467	0,04	170.635,25	0,69
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	26.307	0,51	175.172,58	1,32	26.546	0,41	176.403,43	0,72
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	18.550	0,36	370.467,44	2,79	23.080	0,36	479.753,36	1,95



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0214 Diagnóstico por teste rápido	286.892	5,60	239,00	0,00	286.892	4,42	239,00	0,00
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	<b>2.841.730</b>	<b>55,45</b>	<b>6.841.371,44</b>	<b>51,60</b>	<b>3.763.316</b>	<b>58,02</b>	<b>16.841.134,25</b>	<b>68,48</b>
0301 Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	2.650.105	51,71	3.664.175,92	27,63	3.570.548	55,05	13.660.678,42	55,55
0302 Fisioterapia	29.573	0,58	146.089,27	1,10	29.928	0,46	147.889,92	0,60
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.954	0,10	157.531,15	1,19	4.958	0,08	157.701,95	0,64
0304 Tratamento em oncologia	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0305 Tratamento em nefrologia	19.013	0,37	2.741.924,89	20,68	19.013	0,29	2.741.924,89	11,15
0306 Hemoterapia	8.462	0,17	108.309,39	0,82	8.522	0,13	108.632,79	0,44
0307 Tratamentos odontológicos	129.420	2,53	22.953,82	0,17	130.144	2,01	23.919,28	0,10
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0309 Terapias especializadas	203	0,00	387,00	0,00	203	0,00	387,00	0,00
0310 Parto e nascimento	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	<b>121.528</b>	<b>2,37</b>	<b>937.225,92</b>	<b>7,07</b>	<b>123.008</b>	<b>1,90</b>	<b>962.447,58</b>	<b>3,91</b>
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	81.903	1,60	138.780,42	1,05	81.940	1,26	139.658,94	0,57
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço	1.932	0,04	16.615,25	0,13	1.962	0,03	17.028,11	0,07
0405 Cirurgia do aparelho da visão	5.726	0,11	413.036,84	3,11	5.841	0,09	418.211,84	1,70
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	54	0,00	1.599,50	0,01	54	0,00	1.599,50	0,01
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	118	0,00	2.047,56	0,02	118	0,00	2.047,56	0,01
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	5.068	0,10	195.404,74	1,47	5.127	0,08	197.833,76	0,80
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	140	0,00	25.226,76	0,19	140	0,00	25.226,76	0,10
0410 Cirurgia de mama	6	0,00	145,52	0,00	6	0,00	145,52	0,00
0411 Cirurgia obstétrica	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0412 Cirurgia torácica	7	0,00	94,78	0,00	7	0,00	94,78	0,00
0413 Cirurgia reparadora	266	0,01	156,40	0,00	266	0,00	156,40	0,00
0414 Cirurgia oro-facial	26.032	0,51	125.396,88	0,95	27.249	0,42	141.066,22	0,57



0415 Outras cirurgias	100	0,00	2.986,00	0,02	122	0,00	3.642,92	0,01
0416 Cirurgia em oncologia	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0417 Anestesiologia	49	0,00	1.091,23	0,01	49	0,00	1.091,23	0,00
0418 Cirurgia em nefrologia	127	0,00	14.644,04	0,11	127	0,00	14.644,04	0,06
<b>07 Órteses, próteses e materiais especiais</b>	<b>306</b>	<b>0,01</b>	<b>113.366,67</b>	<b>0,85</b>	<b>306</b>	<b>0,00</b>	<b>113.366,67</b>	<b>0,46</b>
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	1	0,00	9,00	0,00	1	0,00	9,00	0,00
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	305	0,01	113.357,67	0,85	305	0,00	113.357,67	0,46
<b>08 Ações complementares da atenção à saúde</b>	<b>19.109</b>	<b>0,37</b>	<b>99.324,65</b>	<b>0,75</b>	<b>24.273</b>	<b>0,37</b>	<b>126.748,80</b>	<b>0,52</b>
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	1.102	0,02	10.190,00	0,08	1.249	0,02	12.780,00	0,05
0802 Ações relacionadas ao atendimento	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0803 Autorização / Regulação	18.007	0,35	89.134,65	0,67	23.024	0,35	113.968,80	0,46
<b>Total</b>	<b>5.124.606</b>	<b>100,00</b>	<b>13.259.687,36</b>	<b>100,00</b>	<b>6.485.699</b>	<b>100,00</b>	<b>24.592.707,88</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SIA/SUS. Situação da base de dados nacional em 30/04/2010.

## ATENÇÃO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO

Das unidades hospitalares existentes no município – 03 unidades – 02 possuem de 31 a 50 leitos e 01 de 101 a 200 leitos. Dois hospitais são credenciados ao sistema único de saúde local e um apresenta serviços de alta complexidade: maternidade de alto risco, neurocirurgia e unidades de terapia neonatal e adulto.

A rede hospitalar conta com dois hospitais contratados, um de caráter filantrópico e outro privado sem fins lucrativos.

O Hospital Maternidade Codrato de Vilhena / Irmandade da Santa Misericórdia de Angra dos Reis, entidade filantrópica, está localizado no centro de Angra dos Reis e, realiza procedimentos ambulatoriais de diagnose e terapia, internações clínicas e pediátricas, cirurgias eletivas nas especialidades de ginecologia, cirurgia geral, pediátrica, urologia, vascular e ortopedia, atende as urgências e emergências na especialidade de obstetrícia, sendo referência para maternidade de alto risco, unidade de terapia intensiva neonatal e neurocirurgia - atendimento 24 horas nos 07 dias da semana.



A Fundação Eletronuclear de Assistência Médica/FEAM, entidade privada sem fins lucrativos tem o Hospital de Praia Brava, localizado no 4º distrito sanitário, complementa a rede realizando procedimentos ambulatoriais de diagnose e terapia, cirurgias eletivas nas especialidades de ginecologia, cirurgia geral, e ortopedia, internações clínicas e pediátricas, atendendo as urgências e emergências de média complexidade – atendimento 24 horas nos 07 dias da semana.

Para o cálculo da necessidade de leitos utilizamos como critério o parâmetro da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, que estabelece de 2,5 a 3 leitos por 1.000hab. , observamos que o município apresenta índice de 1,8 leitos/1.000 hab.

**Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade**

**Dez/2009**

Especialidade	Público		Filantrópico		Privado		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	-	-	60	44	37	11	97	55
Clínicos	-	-	56	45	60	15	116	60
Obstétrico	-	-	31	25	15	7	46	32
Pediátrico	-	-	20	17	16	7	36	24
Outras Especialidades	-	-	8	6	-	-	8	6
Hospital/DIA	-	-	-	-	3	-	3	-
<b>Total</b>	-	-	<b>175</b>	<b>137</b>	<b>131</b>	<b>40</b>	<b>306</b>	<b>177</b>

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

**Leitos de internação por 1.000 habitantes**

**Dez/2009**

Leitos existentes por 1.000 habitantes:	1,8
Leitos SUS por 1.000 habitantes	1,0

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Não inclui leitos complementares

Considerando que os leitos disponíveis para internações gerais estão correlacionados à demanda de clientela para Unidade de Tratamento Intensivo, e que estes representam de 4% a 10% do total de leitos existentes, podemos utilizar como base para o cálculo da



necessidade de leitos de UTI no município o número de leitos gerais existentes (306). Desta forma, seriam necessários 12 a 30 leitos de UTI, contemplando as necessidades de acordo com a capacidade hospitalar instalada.

**Número de leitos complementares existentes por tipo de prestador segundo tipo de leito complementar**

Dez/2009

Cirurgicos	Público		Filantrópico		Privado		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Unidade intermediária	-	-	-	-	3	2	3	2
Unidade intermediária neonatal	-	-	7	7	-	-	7	7
Unidade isolamento	-	-	2	1	-	-	2	1
UTI adulto I	-	-	6	4	1	-	8	4
UTI adulto II	-	-	-	-	5	-	5	-
UTI neonatal II	-	-	4	4	-	-	4	4
<b>Total</b>	-	-	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>18</b>

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação - Rio de Janeiro

Qtd SUS por Especialidade detalhada e Tipo de Prestador

Município: Angra dos Reis

Especialidade detalhada	Filantrópico	Privado	Total
CIRÚRGICOS	44	13	57
..Cirurgia geral	36	11	47
..Ginecologia	5	2	7
..Neurocirurgia	3	0	3
CLÍNICOS	45	14	59
..AIDS	1	0	1
..Clínica geral	34	9	43
..Neonatologia	10	5	15
COMPLEMENTARES	12	5	17
..Unidade intermediária	0	2	2
..Unidade intermediária neonatal	7	2	9
..Unidade isolamento	1	1	2
..UTI neonatal II	4	0	4



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



OBSTÉTRICOS	25	8	33
..Obstetrícia Cirúrgica	25	8	33
PEDIÁTRICOS	17	6	23
..Pediatria Cirúrgica	17	6	23
OUTRAS ESPECIALIDADES	6	0	6
..Crônicos	2	0	2
..Psiquiatria	3	0	3
..Tisiologia	1	0	1
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>46</b>	<b>195</b>

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

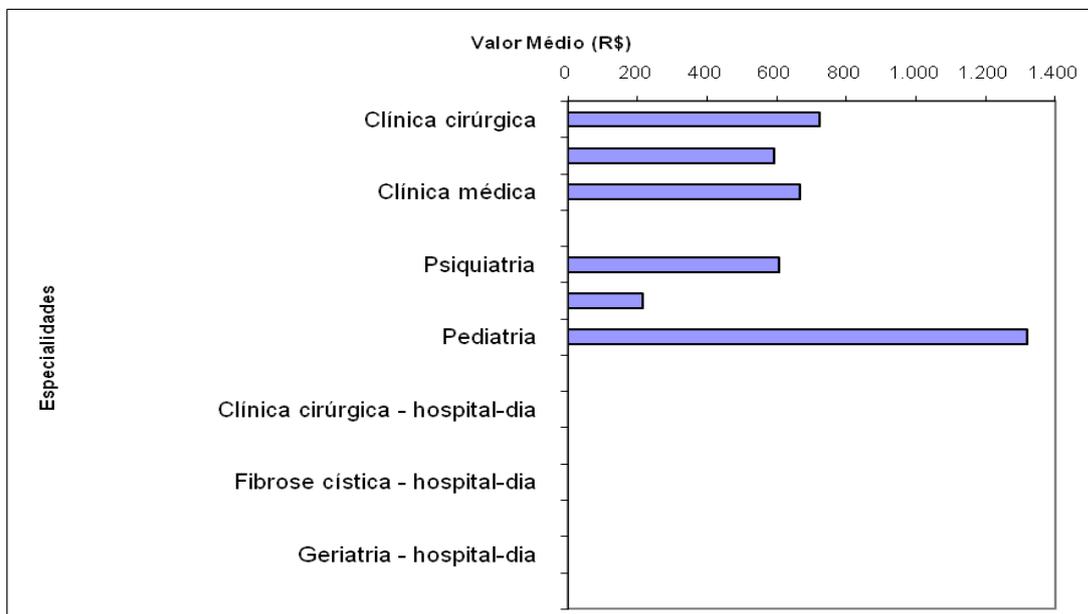
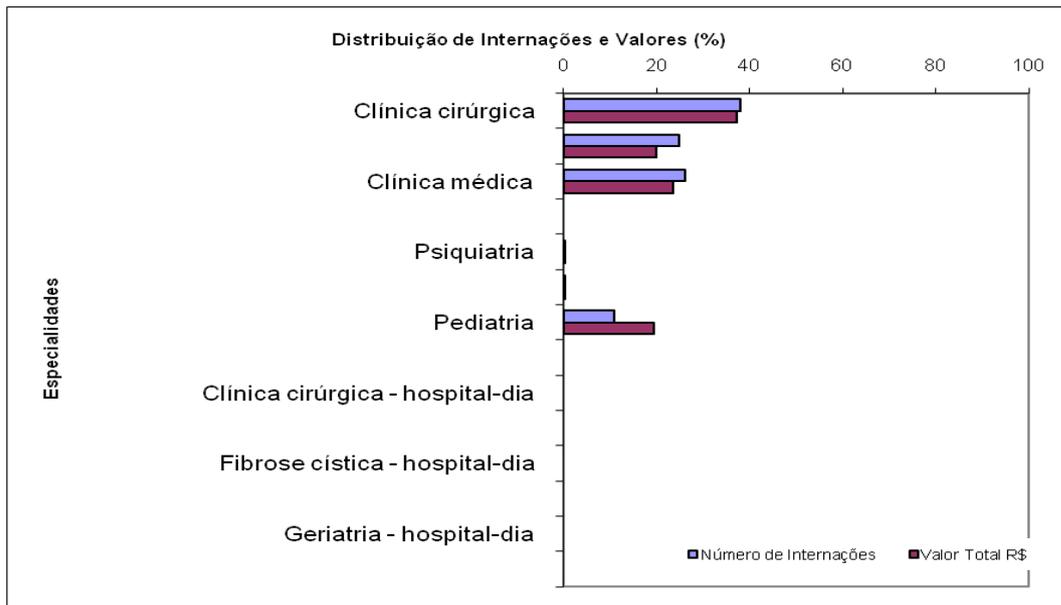
### PRODUÇÃO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS

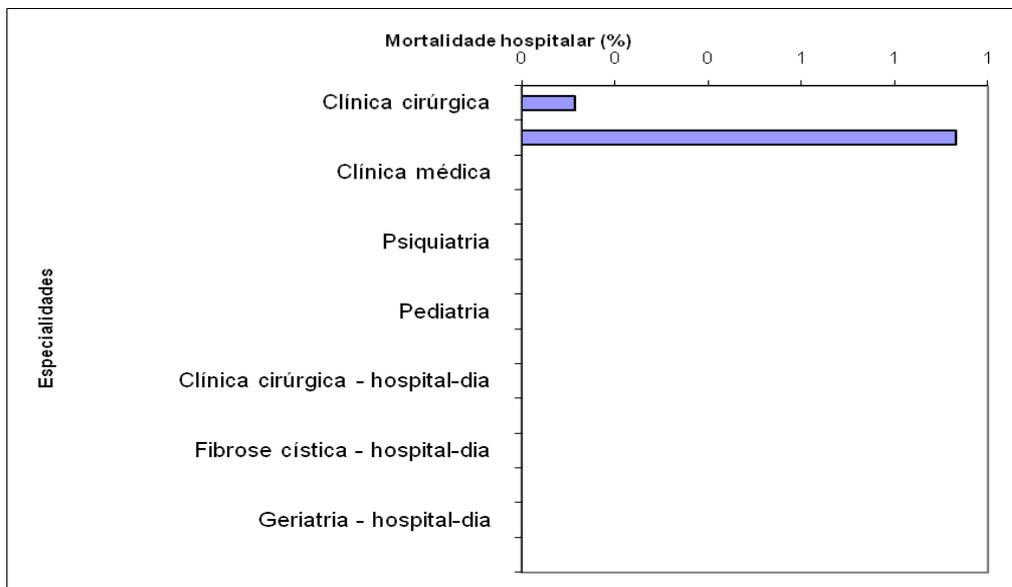
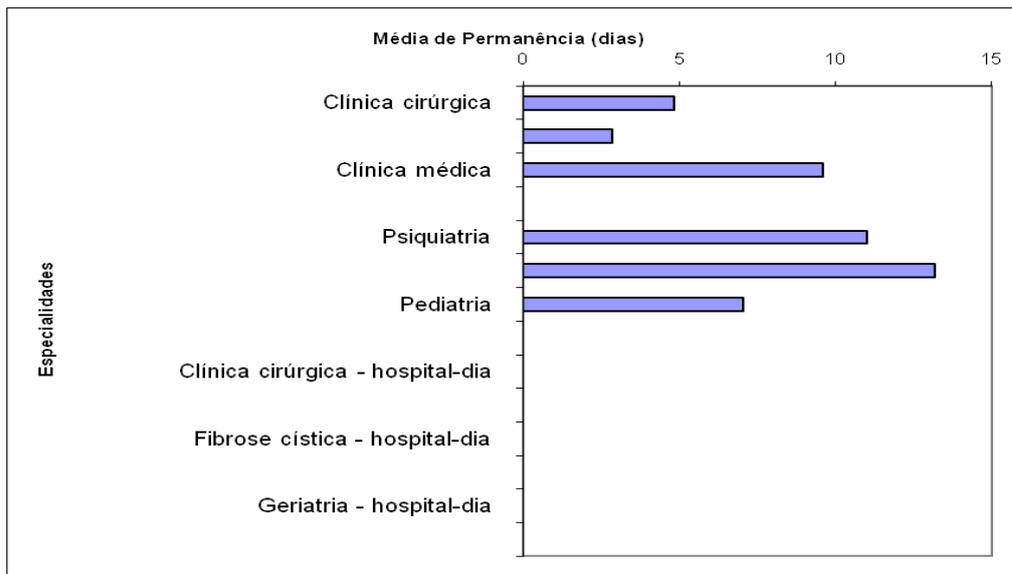
A análise do sistema de informação hospitalar revela 6.915 internações nas especialidades de clinica cirúrgica, obstetrícia, clinica médica, psiquiatria e pediatria.

Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade  
(por local de internação) - 2009

Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	2.637	38,13	1.907.302,55	37,28	723,29	4,84	80	0,11
Obstetrícia	1.716	24,82	1.014.776,08	19,84	591,36	2,85	-	0,93
Clínica médica	1.801	26,04	1.200.223,17	23,46	666,42	9,60	238	-
Cuidados prolongados (crônicos)	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	1	0,01	607,08	0,01	607,08	11,00	1	-
Pneumologia sanitária (tisiologia)	10	0,14	2.157,98	0,04	215,80	13,20	3	-
Pediatria	750	10,85	990.432,12	19,36	1.320,58	7,05	16	-
Reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica cirúrgica - hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-
Aids - hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrose cística - hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-
Intercorrências pós-transplante - hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-
Geriatrics - hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental - hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>6.915</b>	<b>100</b>	<b>5.115.498,98</b>	<b>100</b>	<b>739,77</b>	<b>5,84</b>	<b>338</b>	<b>4,89</b>

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.





## GESTÃO EM SAÚDE

O sistema de saúde municipal é gerenciado pela Fundação de Saúde de Angra dos Reis/FuSAR, conforme descrito anteriormente. A FuSAR é administrada por um diretor-presidente e seis superintendências: vigilância em saúde; atenção básica; atenção secundária; atenção hospitalar; planejamento, controle, avaliação e regulação; e, administração e finanças.



O município aderiu ao Pacto pela Saúde em 2009, quando assinou o Termo de Compromisso de Gestão/TCG. O Termo tem o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, contendo os objetivos, metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTAO DO SUS		SITUACAO ATUAL	PRAZO PARA REALIZAR
1.1-	TUDO MUNICIPIO E RESPONSAVEL PELA INTEGRALIDADE DA ATENCAO A SAUDE DA SUA POPULACAO, EXERCENDO ESSA RESPONSABILIDADE DE FORMA SOLIDARIA COM O ESTADO E A UNIAO;	*	*
1.2-	TUDO MUNICIPIO DEVE GARANTIR A INTEGRALIDADE DAS ACOES DE SAUDE PRESTADAS DE FORMA INTERDISCIPLINAR, POR MEIO DA ABORDAGEM INTEGRAL E CONTINUA DO INDIVIDUO NO SEU CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL E DO TRABALHO; ENGLOBANDO ATIVIDADES DE:		
1.2.a-	PROMOCAO DA SAUDE, PREVENCAO DE RISCOS, DANOS E AGRAVOS;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
1.2.b-	ACOES DE ASSISTENCIA, ASSEGURANDO O ACESSO AO ATENDIMENTO AS URGENCIAS;	Realiza	-
1.3-	TUDO MUNICIPIO DEVE PROMOVER A EQUIDADE NA ATENCAO A SAUDE, CONSIDERANDO AS DIFERENCAS INDIVIDUAIS E DE GRUPOS POPULACIONAIS, POR MEIO DA ADEQUACAO DA OFERTA AS NECESSIDADES COMO PRINCIPIO DE JUSTICA SOCIAL, E AMPLIACAO DO ACESSO DE POPULACOES EM SITUACAO DE DESIGUALDADE, RESPEITADAS AS DIVERSIDADES LOCAIS;	*	*
1.4-	TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DO FINANCIAMENTO TRIPARTITE DO SISTEMA UNICO DE SAUDE;	Realiza	-
1.5-	TUDO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A GESTAO E EXECUTAR AS ACOES DE ATENCAO BASICA, INCLUINDO AS ACOES DE PROMOCAO E PROTECAO, NO SEU TERRITORIO;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
1.6-	TUDO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR INTEGRALMENTE A GERENCIA DE TODA A REDE PUBLICA DE SERVICOS DE ATENCAO BASICA, ENGLOBANDO:		
1.6.a-	AS UNIDADES PROPRIAS E	Realiza	-
1.6.b-	AS TRANSFERIDAS PELO ESTADO OU PELA UNIAO;	Realiza	-
1.7-	TUDO MUNICIPIO DEVE, COM APOIO DOS ESTADOS, IDENTIFICAR AS NECESSIDADES DA POPULACAO DO SEU TERRITORIO, FAZER UM RECONHECIMENTO DAS INIQUIDA-	Realiza	-



	DES, OPORTUNIDADES E RECURSOS;		
<b>1.8-</b>	TODO MUNICIPIO DEVE DESENVOLVER, A PARTIR DA IDENTIFICACAO DAS NECESSIDADES, UM PROCESSO DE:		
<b>1.8.a-</b>	PLANEJAMENTO,	Não Realiza	Data para realização 12/2010
<b>1.8.b-</b>	REGULACAO,	Não Realiza	Data para realização 12/2011
<b>1.8.c-</b>	PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE,	Não Realiza	Data para realização 12/2011
<b>1.8.d-</b>	MONITORAMENTO E AVALIACAO;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
<b>1.9-</b>	TODO MUNICIPIO DEVE FORMULAR E IMPLEMENTAR POLITICAS PARA AREAS PRIORITARIAS, CONFORME DEFINIDO NAS DIFERENTES INSTANCIAS DE PACTUACAO;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
<b>1.10-</b>	TODO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR O ACESSO A SERVICOS DE SAUDE RESOLUTIVOS E DE QUALIDADE NA ATENCAO BASICA, VIABILIZANDO O PLANEJAMENTO, A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE E A ATENCAO A SAUDE NO SEU TERRITORIO, EXPLICITANDO:		
<b>1.10.a-</b>	A RESPONSABILIDADE, O COMPROMISSO E O VINCULO DO SERVICIO E EQUIPE DE SAUDE COM A POPULACAO DO SEU TERRITORIO,	Não Realiza	Data para realização 12/2011
<b>1.10.b-</b>	DESENHANDO A REDE DE ATENCAO A SAUDE	Não Realiza	Data para realização 12/2011
<b>1.10.c-</b>	PROMOVENDO A HUMANIZACAO DO ATENDIMENTO	Não Realiza	Data para realização 12/2011
<b>1.11-</b>	TODO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR E PACTUAR O ACESSO A ACOES E SERVICOS DE ATENCAO ESPECIALIZADA A PARTIR DAS NECESSIDADES DA ATENCAO BASICA, CONFIGURANDO A REDE DE ATENCAO, POR MEIO DOS PROCESSOS DE INTEGRACAO E ARTICULACAO DOS SERVICOS DE ATENCAO BASICA COM OS DEMAIS NIVEIS DO SISTEMA, COM BASE NO PROCESSO DA PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
<b>1.12-</b>	TODO MUNICIPIO DEVE PACTUAR E FAZER O ACOMPANHAMENTO DA REFERENCIA DA ATENCAO QUE OCORRE FORA DO SEU TERRITORIO, EM COOPERACAO COM O ESTADO, DISTRITO FEDERAL E COM OS DEMAIS MUNICIPIOS ENVOLVIDOS NO AMBITO REGIONAL E ESTADUAL, CONFORME A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
<b>1.13-</b>	TODO MUNICIPIO QUE DISPOE DE SERVICOS DE REFERENCIA INTERMUNICIPAL, DEVE GARANTIR ESTAS REFERENCIAS DE ACORDO COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
<b>1.14-</b>	TODO MUNICIPIO DEVE GARANTIR A ESTRUTURA FISICA NECESSARIA PARA A REALIZACAO DAS ACOES DE ATENCAO BASICA, DE ACORDO COM AS NORMAS TECNICAS VIGENTES;	Realiza	-
<b>1.15-</b>	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER A ESTRUTURACAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E GARANTIR, EM CONJUNTO COM AS DEMAIS ESFERAS DE GOVERNO, O ACESSO DA POPULACAO AOS MEDICAMENTOS CUJA DISPENSACAO ESTEJA SOB SUA RESPONSABILIDADE, PROMOVENDO SEU USO RACIONAL, OBSERVADAS AS NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS;	Realiza	-



<b>1.16-</b>	TUDO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A GESTAO E EXECUCAO DAS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE REALIZADAS NO AMBITO LOCAL, DE ACORDO COM AS NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS, COMPREENDENDO AS ACOES DE:		
<b>1.16.a-</b>	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
<b>1.16.b-</b>	VIGILANCIA SANITARIA;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
<b>1.16.c-</b>	VIGILANCIA AMBIENTAL;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
<b>1.17-</b>	TUDO MUNICIPIO DEVE ELABORAR, PACTUAR E IMPLANTAR A POLITICA DE PROMOCAO DA SAUDE, CONSIDERANDO AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS NO AMBITO NACIONAL.	Não Realiza	Data para realização 12/2012
<b>2. REGIONALIZACAO</b>		<b>SITUACAO ATUAL</b>	<b>PRAZO PARA REALIZAR</b>
<b>2.1-</b>	TUDO MUNICIPIO DEVE CONTRIBUIR PARA A CONSTITUICAO E FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE REGIONALIZACAO SOLIDARIA E COOPERATIVA, ASSUMINDO OS COMPROMISSOS PACTUADOS;	Realiza	-
<b>2.2-</b>	TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DA CONSTITUICAO DA REGIONALIZACAO, DISPONIBILIZANDO DE FORMA COOPERATIVA OS RECURSOS HUMANOS, TECNOLOGICOS E FINANCEIROS, CONFORME PACTUACAO ESTABELECIDADA;	Realiza	-
<b>2.3-</b>	TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL, CUMPRINDO SUAS OBRIGACOES TECNICAS E FINANCEIRAS. NAS CIB REGIONAIS CONSTITUIDAS POR REPRESENTACAO, QUANDO NAO FOR POSSIVEL A IMEDIATA INCORPORACAO DE TODOS OS GESTORES DE SAUDE DOS MUNICIPIOS DA REGIAO DE SAUDE, DEVE-SE PACTUAR UM CRONOGRAMA DE ADEQUACAO, NO MENOR PRAZO POSSIVEL, PARA A INCLUSAO DE TODOS OS MUNICIPIOS NO RESPECTIVO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL.	Realiza	-
<b>2.4-</b>	TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DOS PROJETOS PRIORITARIOS DAS REGIOES DE SAUDE, CONFORME DEFINIDO NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, NO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZACAO, NO PLANEJAMENTO REGIONAL E NO PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO;	Realiza	-
<b>2.5-</b>	EXECUTAR AS ACOES DE REFERENCIA REGIONAL SOB SUA RESPONSABILIDADE EM CONFORMIDADE COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE ACORDADA NO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL.	Não Realiza	Data para realização 06/2011
<b>3. PLANEJAMENTO E PROGRAMACAO</b>		<b>SITUACAO ATUAL</b>	<b>PRAZO PARA REALIZAR</b>
<b>3.1-</b>	FORMULAR, GERENCIAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR O PROCESSO PERMANENTE DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E INTEGRADO, DE BASE LOCAL E ASCENDENTE, ORIENTADO POR PROBLEMAS E NECESSIDADES EM SAUDE, COM A CONSTITUICAO DE ACOES PARA A PROMOCAO, A PROTECAO, A RECUPERACAO E A REABILITACAO EM SAUDE, CONSTRUINDO NESSE PROCESSO:		
<b>3.1.a-</b>	O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE	Realiza	Período inicial 2006 Período final 2009
<b>3.1.b-</b>	SUBMETENDO-O A APROVACAO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE	Realiza	Data da Aprovação 30/09/2006
<b>3.2-</b>	TUDO MUNICIPIO DEVE FORMULAR, NO PLANO MUNICI-	Realiza	-



	PAL DE SAUDE, A POLITICA MUNICIPAL DE ATENCAO EM SAUDE, INCLUINDO ACOES INTERSETORIAIS VOLTADAS PARA A PROMOCAO DA SAUDE;		
3.3.a-	TUDO MUNICIPIO DEVE ELABORAR RELATORIO DE GESTAO ANUAL,	Realiza	-
3.3.b-	A SER APRESENTADO E SUBMETIDO A APROVACAO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE	Realiza	-
3.4-	TUDO MUNICIPIO DEVE OPERAR OS SISTEMAS DE INFORMACAO REFERENTES A ATENCAO BASICA, CONFORME NORMAS DO MINISTERIO DA SAUDE, E ALIMENTAR REGULARMENTE OS BANCOS DE DADOS NACIONAIS EXISTENTES, BEM COMO DE OUTROS SISTEMAS QUE VENHAM A SER INTRODUZIDOS, ASSUMINDO A RESPONSABILIDADE PELA GESTAO, NO NIVEL LOCAL, DO:		
3.4.a-	SISTEMA DE INFORMACAO DA ATENCAO BASICA - SIAB	Realiza	-
3.4.b-	SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE AGRAVOS DE NOTIFICACAO - SINAN,	Realiza	-
3.4.c-	SISTEMA DE INFORMACAO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZACOES - SIPNI	Realiza	-
3.4.d-	SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC,	Realiza	-
3.4.e-	SISTEMA DE INFORMACAO AMBULATORIAL e SIA	Realiza	-
3.4.f-	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS E PROFISSIONAIS DE SAUDE - CNES;	Realiza	-
3.4.g-	[...] E QUANDO COUBER, O: SISTEMA DE INFORMACAO HOSPITALAR - SIH	Realiza	-
3.4.h-	[...] E QUANDO COUBER, O: SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE MORTALIDADE - SIM	Realiza	-
3.5-	TUDO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A RESPONSABILIDADE PELA COORDENACAO E EXECUCAO DAS ATIVIDADES DE INFORMACAO, EDUCACAO E COMUNICACAO, NO AMBITO LOCAL;	Não Realiza	Data para realização 06/2011
3.6-	TUDO MUNICIPIO DEVE ELABORAR A PROGRAMACAO DA ATENCAO A SAUDE, INCLUIDA A ASSISTENCIA E VIGILANCIA EM SAUDE, EM CONFORMIDADE COM O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, NO AMBITO DA PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
3.7-	GERIR OS SISTEMAS DE INFORMACAO EPIDEMIOLOGICA E SANITARIA, BEM COMO ASSEGURAR A DIVULGACAO DE INFORMACOES E ANALISES.	Não Realiza	Data para realização 12/2012
<b>4. REGULACAO, CONTROLE, AVALIACAO E AUDITORIA</b>		<b>SITUACAO ATUAL</b>	<b>PRAZO PARA REALIZAR</b>
4.1-	TUDO MUNICIPIO DEVE MONITORAR E FISCALIZAR A APLICACAO DOS RECURSOS FINANCEIROS PROVENIENTES DE TRANSFERENCIA REGULAR E AUTOMATICA (FUNDO A FUNDO) E POR CONVENIOS;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
4.2-	TUDO MUNICIPIO DEVE REALIZAR A IDENTIFICACAO DOS USUARIOS DO SUS, COM VISTAS A VINCULACAO DE CLIENTELA E A SISTEMATIZACAO DA OFERTA DOS SERVICOS;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
4.3-	TUDO MUNICIPIO DEVE MONITORAR E AVALIAR AS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE, REALIZADAS EM SEU TERRITORIO, POR INTERMEDIO DE INDICADORES DE DESEMPENHO, ENVOLVENDO ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS E OPERACIONAIS;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
4.4-	TUDO MUNICIPIO DEVE MANTER ATUALIZADO O SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS E PROFISSIONAIS DE SAUDE NO SEU TERRITORIO, SEGUNDO NORMAS DO MINISTERIO DA SAUDE;	Não Realiza	Data para realização 12/2010



4.5-	TUDO MUNICIPIO DEVE ADOTAR PROTOCOLOS DE REGULACAO DE ACESSO, EM CONSONANCIA COM OS PROTOCOLOS E DIRETRIZES NACIONAIS, ESTADUAIS E REGIONAIS;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
4.6-	TUDO MUNICIPIO DEVE ADOTAR PROTOCOLOS CLINICOS E DIRETRIZES TERAPEUTICAS, EM CONSONANCIA COM OS PROTOCOLOS E DIRETRIZES NACIONAIS E ESTADUAIS;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
4.7-	TUDO MUNICIPIO DEVE CONTROLAR A REFERENCIA A SER REALIZADA EM OUTROS MUNICIPIOS, DE ACORDO COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE, PROCEDENDO A SOLICITACAO E/OU AUTORIZACAO PREVIA, QUANDO COUBER;	Realiza	-
4.8.a-	DEFINIR A PROGRAMACAO FISICO-FINANCEIRA POR ESTABELECIMENTO DE SAUDE,	Realiza	-
4.8.b-	OBSERVAR AS NORMAS VIGENTES DE SOLICITACAO E AUTORIZACAO DOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS,	Realiza	-
4.8.c-	PROCESSAR A PRODUCAO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE PROPRIOS E CONTRATADOS;	Realiza	-
4.8.d-	REALIZAR O PAGAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVICOS;	Realiza	-
4.9-	OPERAR O COMPLEXO REGULADOR DOS SERVICOS PRESENTES NO SEU TERRITORIO, DE ACORDO COM A PACTUACAO ESTABELECIDADA,	Não Realiza	Data para realização 12/2010
4.9.a-	REALIZANDO A CO-GESTAO COM O ESTADO E OUTROS MUNICIPIOS, DAS REFERENCIAS INTERMUNICIPAIS.	Não Realiza	Data para realização 12/2010
4.10-	EXECUTAR O CONTROLE DO ACESSO DO SEU MUNICIPE NO AMBITO DO SEU TERRITORIO, QUE PODE SER FEITO POR MEIO DE CENTRAIS DE REGULACAO:		
4.10.a-	AOS LEITOS DISPONIVEIS,	Não Realiza	Data para realização 06/2011
4.10.b-	AS CONSULTAS,	Não Realiza	Data para realização 06/2011
4.10.c-	AS TERAPIAS E AOS EXAMES ESPECIALIZADOS;	Não Realiza	Data para realização 06/2011
4.11-	PLANEJAR E EXECUTAR A REGULACAO MEDICA DA ATENCAO PRE-HOSPITALAR AS URGENCIAS, CONFORME NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS;	Não Realiza	Data para realização 06/2011
4.12-	ELABORAR CONTRATOS COM OS PRESTADORES DE ACORDO COM A POLITICA NACIONAL DE CONTRATACAO DE SERVICOS DE SAUDE E EM CONFORMIDADE COM O PLANEJAMENTO E A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Realiza	-
4.13-	MONITORAR E FISCALIZAR OS CONTRATOS E CONVENIOS COM PRESTADORES CONTRATADOS E CONVENIADOS, BEM COMO DAS UNIDADES PUBLICAS;	Realiza	-
4.14-	MONITORAR E FISCALIZAR A EXECUCAO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CADA ESTABELECIMENTO POR MEIO DAS ACOES DE CONTROLE E AVALIACAO HOSPITALAR E AMBULATORIAL;	Realiza	-
4.15-	MONITORAR E FISCALIZAR E O CUMPRIMENTO DOS CRITERIOS NACIONAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE CREDENCIAMENTO DE SERVICOS;	Realiza	-
4.16-	IMPLEMENTAR A AVALIACAO DAS ACOES DE SAUDE NOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE, POR MEIO DE ANALISE DE	Realiza	-



	DADOS E INDICADORES E VERIFICACAO DE PADROES DE CONFORMIDADE;		
4.17-	IMPLEMENTAR A AUDITORIA SOBRE TODA A PRODUCAO DE SERVICOS DE SAUDE, PUBLICOS E PRIVADOS, SOB SUA GESTAO, TOMANDO COMO REFERENCIA AS ACOES PREVISTAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE E EM ARTICULACAO COM AS ACOES DE CONTROLE, AVALIACAO E REGULACAO ASSISTENCIAL;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
4.18-	REALIZAR AUDITORIA ASSISTENCIAL DA PRODUCAO DE SERVICOS DE SAUDE, PUBLICOS E PRIVADOS, SOB SUA GESTAO;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
4.19-	ELABORAR NORMAS TECNICAS, COMPLEMENTARES AS DAS ESFERAS ESTADUAL E FEDERAL, PARA O SEU TERRITORIO.	Não Realiza	Data para realização 06/2010
<b>5 .GESTAO DO TRABALHO</b>		<b>SITUACAO ATUAL</b>	<b>PRAZO PARA REALIZAR</b>
5.1-	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER E DESENVOLVER POLITICAS DE GESTAO DO TRABALHO, CONSIDERANDO OS PRINCIPIOS DA HUMANIZACAO, DA PARTICIPACAO E DA DEMOCRATIZACAO DAS RELACOES DE TRABALHO;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
5.2-	TODO MUNICIPIO DEVE ADOTAR VINCULOS DE TRABALHO QUE GARANTAM OS DIREITOS SOCIAIS E PREVIDENCIARIOS DOS TRABALHADORES DE SAUDE NA SUA ESFERA DE GESTAO E DE SERVICOS, PROMOVEDO ACOES DE ADEQUACAO DE VINCULOS, ONDE FOR NECESSARIO, CONFORME LEGISLACAO VIGENTE;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
5.3-	ESTABELECEER, SEMPRE QUE POSSIVEL, ESPACOS DE NEGOCIACAO PERMANENTE ENTRE TRABALHADORES E GESTORES;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
5.4-	DESENVOLVER ESTUDOS E PROPOR ESTRATEGIAS E FINANCIAMENTO TRIPARTITE COM VISTAS A ADOCAO DE POLITICAS REFERENTES AOS RECURSOS HUMANOS DES-CENTRALIZADOS;	Realiza	-
5.5-	CONSIDERAR AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA PLANOS DE CARREIRAS, CARGOS E SALARIOS PARA O SUS - PCCS/SUS, QUANDO DA ELABORACAO, IMPLEMENTACAO E/OU REFORMULACAO DE PLANOS DE CARREIRAS, CARGOS E SALARIOS NO AMBITO DA GESTAO LOCAL;	Não Realiza	Data para realização 12/2010
5.6-	IMPLEMENTAR E PACTUAR DIRETRIZES PARA POLITICAS DE EDUCACAO E GESTAO DO TRABALHO QUE FAVORECAM O PROVIMENTO E A FIXACAO DE TRABALHADORES DE SAUDE, NO AMBITO MUNICIPAL, NOTADAMENTE EM REGIOES ONDE A RESTRICAO DE OFERTA AFETA DIRETAMENTE A IMPLANTACAO DE ACOES ESTRATEGICAS PARA A ATENCAO BASICA.	Não Realiza	Data para realização 12/2010
<b>6. EDUCACAO NA SAUDE</b>		<b>SITUACAO ATUAL</b>	<b>PRAZO PARA REALIZAR</b>
6.1-	TODO MUNICIPIO DEVE FORMULAR E PROMOVER A GESTAO DA EDUCACAO PERMANENTE EM SAUDE E PROCESSOS RELATIVOS A MESMA, ORIENTADOS PELA INTEGRALIDADE DA ATENCAO A SAUDE, CRIANDO QUANDO FOR O CASO, ESTRUTURAS DE COORDENACAO E DE EXECUCAO DA POLITICA DE FORMACAO E DESENVOLVIMENTO, PARTICIPANDO NO SEU FINANCIAMENTO;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
6.2-	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER DIRETAMENTE OU EM COOPERACAO COM O ESTADO, COM OS MUNICIPIOS DA SUA REGIAO E COM A UNIAO, PROCESSOS CONJUNTOS DE	Não Realiza	Data para realização 12/2012



	EDUCACAO PERMANENTE EM SAUDE;		
6.3-	TUDO MUNICIPIO DEVE APOIAR E PROMOVER A APROXIMACAO DOS MOVIMENTOS DE EDUCACAO POPULAR EM SAUDE NA FORMACAO DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE, EM CONSONANCIA COM AS NECESSIDADES SOCIAIS EM SAUDE;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
6.4-	TUDO MUNICIPIO DEVE INCENTIVAR JUNTO A REDE DE ENSINO, NO AMBITO MUNICIPAL, A REALIZACAO DE ACOES EDUCATIVAS E DE CONHECIMENTO DO SUS;	Realiza	-
6.5-	ARTICULAR E COOPERAR COM A CONSTRUCAO E IMPLEMENTACAO DE INICIATIVAS POLITICAS E PRATICAS PARA A MUDANCA NA GRADUACAO DAS PROFISSOES DE SAUDE, DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DO SUS;	Não se Aplica	-
6.6-	PROMOVER E ARTICULAR JUNTO AS ESCOLAS TECNICAS DE SAUDE UMA NOVA ORIENTACAO PARA A FORMACAO DE PROFISSIONAIS TECNICOS PARA O SUS, DIVERSIFICANDO OS CAMPOS DE APRENDIZAGEM.	Não Realiza	Data para realização 12/2012
<b>7. PARTICIPACAO E CONTROLE SOCIAL</b>		<b>SITUACAO ATUAL</b>	<b>PRAZO PARA REALIZAR</b>
7.1-	TUDO MUNICIPIO DEVE APOIAR O PROCESSO DE MOBILIZACAO SOCIAL E INSTITUCIONAL EM DEFESA DO SUS;	Realiza	-
7.2-	TUDO MUNICIPIO DEVE PROVER AS CONDICAOES MATERIAIS, TECNICAS E ADMINISTRATIVAS NECESSARIAS AO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE, QUE DEVERA SER ORGANIZADO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLACAO VIGENTE;	Realiza	-
7.3-	TUDO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR E PROVER AS CONDICAOES NECESSARIAS A REALIZACAO DE CONFERENCIAS MUNICIPAIS DE SAUDE;	Realiza	-
7.4-	TUDO MUNICIPIO DEVE ESTIMULAR O PROCESSO DE DISCUSSAO E CONTROLE SOCIAL NO ESPACO REGIONAL;	Não Realiza	Data para realização 12/2012
7.5-	TUDO MUNICIPIO DEVE PROMOVER ACOES DE INFORMACAO E CONHECIMENTO ACERCA DO SUS, JUNTO A POPULACAO EM GERAL;	Realiza	-
7.6-	APOIAR OS PROCESSOS DE EDUCACAO POPULAR EM SAUDE, COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA PARTICIPACAO SOCIAL NO SUS;	Realiza	-
7.7-	IMPLEMENTAR OUVIDORIA MUNICIPAL COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA GESTAO ESTRATEGICA DO SUS, CONFORME DIRETRIZES NACIONAIS.	Não Realiza	Data para realização 12/2010

## SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância em Saúde é entendida como a forma de pensar e agir e tem como objetivo a análise permanente de situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

A Vigilância em Saúde representa um conjunto de indicadores de saúde que estariam sendo monitorados continuamente e um conjunto de ações em torno do levantamento de

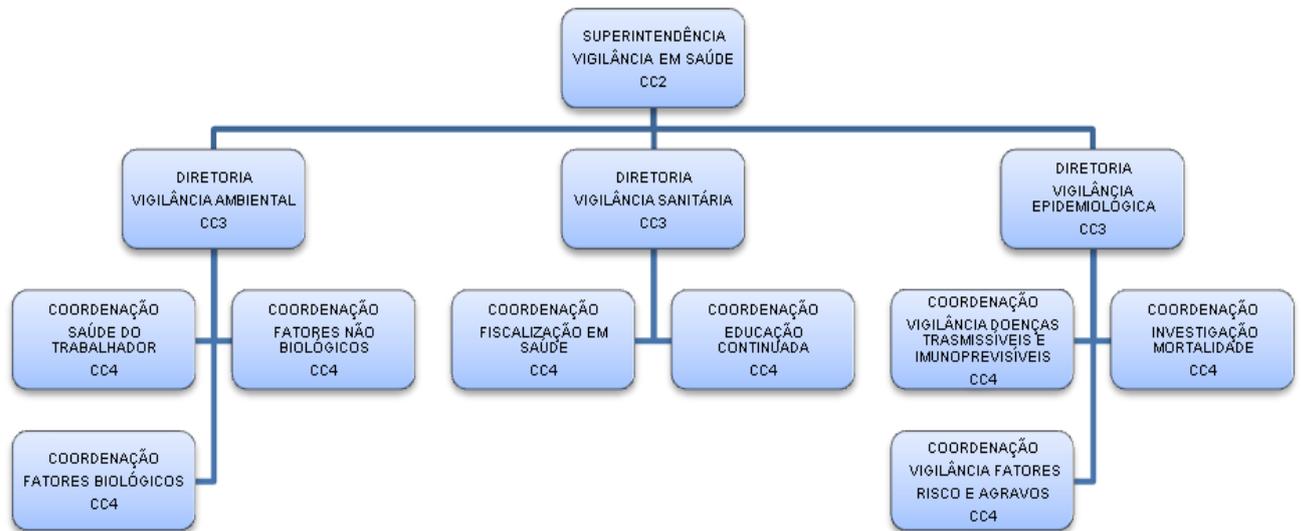


informações, dados, conhecimento de qualquer evento que possa auxiliar os profissionais a tomarem ciência de fatos relacionados a agravos, doenças na saúde da população que possam ser controladas, e possa se tomar ações para o controle dessas situações. Tem o papel de articular entre as Superintendências, Secretaria Estadual, Ministério da Saúde e outros órgãos, a fiscalização e a análise de dados epidemiológicos, sanitários e ambientais com o objetivo de tratar e melhorar a saúde da população, de um modo geral.

Representa um instrumento de saúde pública deve ser entendida como um pré-requisito para a elaboração de planos e programas de saúde. Ela promove e protege a saúde da população por meio de ações integradas e articuladas de coordenação, normatização, capacitação, educação, informação, apoio técnico, fiscalização, supervisão e avaliação.

No município de Angra dos Reis as ações de Vigilância em Saúde são descentralizadas nos cinco distritos sanitários e a Superintendência de Vigilância em Saúde no município de Angra dos Reis é composta:

- Diretoria de Vigilância Sanitária – Coordenação de Fiscalização;
- Diretoria de Vigilância Ambiental – Coordenação de Fatores de Riscos Biológicos, Fatores de Risco não Biológicos, Zoonoses e Saúde do Trabalhador;
- Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Programa de Imunização, Programa DST/AIDs, Programa de Tuberculose/Hanseníase e Programa das DANT's.



## Diretoria de Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária utilizando suas atribuições legais, dentre elas a de fiscalizar, orientar, intimar, multar e liberar documentos pertinentes às adequações sanitárias apresenta abaixo uma análise quantitativa aproximada de estabelecimentos inspecionados, que foram liberados no ano de 2009.

## Diretoria de Vigilância Ambiental

A vigilância ambiental em saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de



identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

### **Combate ao *Aedes aegypti***

As atividades de controle e combate ao *Aedes aegypti* são executadas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e fiscalizado pela Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil. As metas a serem atingidas são definidas de acordo com os indicadores para planejamento das ações que é o índice da incidência do vetor de acordo com o Levantamento de Índice Rápido – LIRAA, realizado trimestralmente por todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro.

O índice indica em que escala o município se enquadra e os principais criadouros e locais onde as atividades devem ser intensificadas conforme a realidade apresentada por cada localidade. Para que as atividades de combate ao vetor tenha o resultado esperado, nossa Diretoria dispõe de necessidades para que as atividades diárias sejam efetuadas conforme programação e os resultados sejam favoráveis. Nosso município apresenta características bastante peculiares no que se refere ao clima, com índices pluviométricos consideráveis, o que dificulta o combate ao vetor em áreas específicas. Para que a Diretoria de Vigilância Ambiental atue de forma coesa e rotineira em todas as frentes adotadas para o combate ao vetor, há a necessidade de estrutura logística (conforme planilha em anexo) para que todas as atividades sejam executadas no período adequado.

No ano de 2008, o Estado do Rio de Janeiro notificou 255.818 casos de Dengue, dos quais 12.252 na região da Baía da Ilha Grande. Houve 11 óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue/FHD ou complicação por Dengue, destes 10 ocorreram no município de Angra dos Reis. No município circulou com maior intensidade o DenV II que trouxe como consequência o deslocamento da transmissão para faixas etárias de pré escolares e escolares, com um maior número de internação nessa faixa etária.

Em 2009 foram intensificadas as ações de visita domiciliar, mutirões onde foram recolhidos cerca de 250.000 quilos de possíveis criadouros realizados com o apoio da Secretaria de Serviço público.



**Indicadores epidemiológicos - Dengue - casos e taxa por 100.000 habitantes**

**Taxa de incidência**

	2006		2007		2008		2009	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Município	5.518	3.828,30	273	184,59	1.536	935,50	20	11,86
Estado	26.853	172,56	26.600	169,01	86.583	545,50	4.517	28,21
Região	136.189	171,18	162.154	201,08	161.083	200,88	83.917	103,71
Brasil	279.117	149,44	361.015	190,67	381.658	201,28	308.393	161,04

Fonte: DATASUS/MS 2010.

**Taxa de incidência em menores de 15 anos**

	2006		2007		2008		2009	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Município	659	457,20	36	24,34	259	157,74	2	1,19
Estado	3.831	24,62	5.111	32,47	28.665	180,60	1.064	6,65
Região	16.982	21,34	21.616	26,81	40.850	50,94	14.788	18,28
Brasil	44.107	23,61	64.627	34,13	103.927	54,81	71.542	37,36

Fonte: DATASUS/MS 2010.

**Taxa de incidência de casos graves**

	2006		2007		2008		2009	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Município	8	5,55	9	6,09	749	456,18	8	4,74
Estado	174	1,12	956	6,07	12.814	80,73	582	3,64
Região	855	1,07	1.459	1,81	13.528	16,87	2.554	3,16
Brasil	3.042	1,63	6.015	3,18	20.662	10,90	9.522	4,97

Fonte: DATASUS/MS 2010.

**Letalidade em casos graves %**

	2006		2007		2008		2009	
	Nº casos	%						
Município	0	0,00	0	0,00	3	0,20	0	0,00
Estado	11	0,04	27	0,10	97	0,11	14	0,31
Região	44	0,03	45	0,03	110	0,07	65	0,08
Brasil	150	0,05	157	0,04	218	0,06	326	0,11

Fonte: DATASUS/MS 2010.



## **Levantamento Entomológico**

O Levantamento Entomológico tem por objetivo mapear o município de acordo com as espécies de vetores existentes. O respectivo levantamento detecta as áreas com incidência de insetos vetores e sua incidência. Mediante esta informação, avalia-se a necessidade de intervir quimicamente na área, conforme metodologia indicada pela SESDEC.

Na notificação/ confirmação de caso de Malária, Leishmaniose (LTA ou LV), a área é imediatamente visitada para avaliar a possibilidade de a doença ser autóctone ou importada e verificar qual medida será adotada de acordo com a realidade da área. O mapeamento entomológico permite o conhecimento prévio das áreas propensas a apresentar doenças específicas, facilitando o serviço de educação em saúde para ministrar para população as medidas preventivas e corretivas conforme a realidade da área.

## **Reconhecimento Geográfico**

As atividades de Reconhecimento Geográfico são realizadas com o objetivo de manter atualizados os mapas de todo município a fim de facilitar o agente no serviço de visita domiciliar como também nortear as atividades de Levantamento Entomológico. O Reconhecimento Geográfico além de mapear o município realiza também a renumeração dos quarteirões e atualização das mudanças ocorridas como o surgimento / supressão / desaparecimento de quarteirões e etc.

## **Educação em Saúde**

As atividades de Educação em Saúde são realizadas em todo o município para todas as faixas etárias (Escolas Municipais e Particulares, Eventos, etc). A Equipe dispõe de diversas estratégias a fim de educar a população quanto ao combate a dengue como também outras doenças existentes em nosso município. As metodologias adotadas aplicam-se de acordo com o público alvo a ser trabalhado, portanto são realizadas palestras para crianças, adultos, teatro para todos os públicos, teatro de fantoches para o público abaixo de três anos.



### **Controle da Qualidade da água**

O controle da qualidade da água tem por objetivo avaliar todas as centrais de abastecimento do município como também averiguar em postos de coletas específicos se a água recebida pela população está própria para consumo. Mediante as análises realizadas, abastecemos o SISAGUA, a fim de informar à SESDEC os resultados obtidos. Os relatórios são analisados por nossa Diretoria, a fim de avaliar necessidade de acompanhamento das centrais de abastecimento e indicar as medidas de controle.

### **Controle e Combate ao Caramujo Africano**

O combate ao caramujo é realizado durante todo o ano tendo em vista que em estações específicas a população do mesmo aumenta. Considerando que este molusco não possui predador natural, nosso município controla quimicamente a fim diminuir a incidência do mesmo. Os resultados obtidos com o controle atual tem sido satisfatórios, com diminuição maciça do *Achatina Fulica* e não compromete o meio ambiente no qual o produto que é utilizado.

### **Animais Peçonhentos**

O controle de animais peçonhentos tem por objetivo mapear as espécies existentes em nosso município. As espécies encontradas são encaminhadas para o Instituto de Referência Vital Brasil. Para controle da densidade das espécies realiza-se a constante educação ambiental, a fim de evitar que o ambiente se torne propício ao desenvolvimento e proliferação de animais peçonhentos.

### **Contaminantes Ambientais**

As atividades para detecção de contaminantes ambientais é realizada em parceria com INEA e DETRAN, tendo em vista a falta de recursos humanos capacitados para atuar efetivamente nesta atividade.



## **Desastres e Acidentes naturais**

As informações deste item são retiradas da Secretaria de Defesa Civil, que já tem o cadastro atualizado.

## **ZOONOSES**

### **Controle e Combate a Roedores**

O combate a roedores é realizado em todas as vias públicas do município e diminuir a infestação dos mesmos em todo município. As estratégias para que a atividade seja realizada conforme cronograma é necessária estrutura logística para que todas as ações sejam efetuadas. As estratégias adotadas necessitam de continuidade e periodicidade, fato este comprometido em algumas ocasiões tendo em vista a morosidade das aquisições (compras) dos produtos / materiais necessários.

### **Campanha Nacional de vacinação Anti rábica**

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a campanha de vacinação anti rábica é realizada anualmente em todo município com resultados encaminhados a SESDEC, conforme pactuação realizada anualmente. Para que todo município seja trabalhado, a estrutura logística é determinante para que a cobertura seja satisfatória.

A vacinação tem por objetivo vacinar no mínimo 80% de cães e gatos existentes no município, com meta de cobertura de 100%.



**Linha de Cuidado / Ação: Riscos Biológicos – combate à dengue (vetor – *Aedes aegypti*)**

Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negri-to) Parceiros	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013	OBS	
Investir nos mutirões com ações de manejo ambiental	Índice de infestação para <i>Aedes aegypti</i> : Médio Risco	Deficiência de viaturas em tempo integral	LIRAa – Levantamento de Índice Rápido	Índice baixo risco (abaixo de 1%) no período de janeiro à dezembro	DVA e Secretaria de Serviço Público	MS /	x	X	X	x		
Realização do Serviço de fumacê nas áreas com índices acima de 1% (de acordo com a OMS)		Infra estrutura de equipamentos de informática			DVA e Secretaria de Defesa Civil	FuSAR		X	X	x		
Monitoramento das divisas do município com postura de armadilhas de ovitrampas		Falta de autonomia com os equipamentos de informática (excesso de limitações impostas pelo setor de informática no que se refere à instalações de programas específicos)						x	X	X	x	
Vedação de caixas d'água		Deficiência de espaço físico para equipes técnicas e de campo			DVA e Secretaria de Defesa Civil			x	X	X	x	
Ecoponto		Morosidade nos processos de aquisição de materiais pertinentes às atividades de combate à dengue			DVA e Secretaria de Meio Ambiente			x	X	X	x	
Realização do serviço nos Pontos Estratégicos a cada 15 dias		Deficiência de viaturas em tempo integral			DVA			x	X	X	x	x
Serviço de educação em saúde nos bairros					DVA			x	X	X	x	x
Manter identificação das amostras coletadas no serviço VD no período de 48 horas, após entrega das mesmas								DVA		x	X	X



**Linha de Cuidado / Ação: Riscos Biológicos – Levantamento Entomológico**

Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Garantir Pesquisa Entomológica (Reconhecimento de área, captura e identificação das amostras coletadas)	Inquérito Entomológico para flebotômíneos, Anopheles e Triatomíneos	Deficiência de viaturas em tempo integral à disposição da Equipe para Realização das atividades	Notificações de casos de leishmanioses (LTA e LV), Malária e Doença de Chagas que nos são repassadas pela DVE	Mapear 100% do município no que se refere às espécies de vetores citados existentes no período de <b>abril à dezembro</b> pois de janeiro à março as equipes estão envolvidas exclusivamente nas ações de combate à dengue	<b>DVA e FUNASA</b>	MS / FuSAR	x	x	x	x
Manter as atividades de Levantamento dos índices de infestação e Mapeamento das áreas de risco		Adequação do espaço físico atual no que se refere à infraestrutura								
Direcionar as atividades dos setores da Coordenação de fatores biológicos, de acordo com os resultados dos mapeamentos realizados		Infra estrutura de equipamentos de informática								
Capacitar profissionais do setor de educação e saúde para a Vigilância e controle dos fatores de risco relacionados a vetores		Falta de autonomia com os equipamentos de informática (excesso de limitações impostas pelo setor de informática no que se refere à instalações de programas específicos)								



**Linha de Cuidado / Ação: Riscos Biológicos – Reconhecimento Geográfico**

Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Garantir Digitalização de todos os mapas do município	Mapas atualizados somente 50 % do município	Deficiência de viaturas em tempo integral à disposição da Equipe para Reconhecimento de área	Aumento de 30% dos números de quarteirão das localidades ou a cada três anos (conforme preconizado pelo MS)	Todos 100% mapas do município atualizado e digitalizado no período de <b>abril à dezembro</b> tendo em vista que no período de janeiro à abril todas as equipes estão exclusivamente nas ações de controle e combate à dengue	<b>DVA / Sec. Meio Ambiente</b>	MS	x	x	x	x
	Nenhum mapa do município digitalizado	Deficiência de equipamentos de informática exclusivos para o uso do setor				FuSAR	x	x	x	x
Garantir a atualização dos mapas realizados pelos agentes em campo (pois a disponibilidade das áreas pelos satélites não incluem áreas de difícil acesso)		Falta de autonomia com os equipamentos de informática (excesso de limitações impostas pelo setor de informática no que se refere à instalações de programas específicos)	Implantação de sistema integrado	1 sistema implantado	<b>DVA/ Informática</b>	MS/FuSAR	x	x	x	x
		Deficiência de equipamentos específicos para realização de serviço de campo (bússolas, lapiseiras, grafites, folhas A3, etc)	Aquisição de equipamentos	>= 1 equipamento adquirido	<b>DVA/ SAF</b>	MS	x	x	x	x
		Morosidade nos processos de aquisição de materiais pertinentes às atividades de reconhecimento geográfico					x	x	x	x



*Linha de Cuidado / Ação: Riscos Biológicos – Equipe de Educação em Saúde*

Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Intensificar parceria junto à Direção das Escolas da rede pública e privada	Palestras referentes a medidas de prevenção à dengue	Não há	Aceitação em 100% das Escolas trabalhadas	Intensificar realização de palestras com realização de 05 palestras mensais (01 por distrito)	<b>DVA</b> / Secretaria de Educação	MS	x	x	x	X
Intensificar parcerias junto à coordenação dos ESFs		Dificuldade de mobilização junto aos ESFs		Capacitar 100% dos agentes comunitários de saúde no período de <b>junho à julho</b>	<b>DVA</b> / Escola técnica FuSAR	FuSAR	x	x	x	X
Intensificar parceria junto às Associações de moradores		Dificuldade de sensibilização da população no comparecimento das reuniões	Não comparecimento da população nas reuniões realizadas	Intensificar as ações de mobilização junto à população com a criação de convites, divulgação nas rádios comunitárias e jornais dos bairros no período de <b>janeiro à dezembro</b>	<b>DVA</b> / Subsecretaria de comunicação / COMAM		x	x	x	X
				Garantir que seja implantada atividades junto aos ESF's que possuem atividades de puericultura no período de <b>abril à junho</b>	<b>DVA</b> / ESF's		x	x	x	X
Intensificar as apresentações nas unidades de Educação infantil na rede pública e privada	Teatro de fantoches	Dificuldade de viatura para transporte de materiais	Necessidade de mudanças na agenda devido a falta de viatura	Intensificar a realização das apresentações com cobertura em 100% das unidades de educação infantil no período de abril à dezembro	<b>DVA</b> / Secretaria de Educação		x	x	x	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Realizar apresentações do teatro em Escolas de todos os segmentos, empresas, Associações de moradores, eventos da P.M.A.R	Teatro de combate à dengue	Dificuldade na aquisição de materiais para confecção de cenários	Interrupção das apresentações teatrais que foram iniciadas no final de 2009	Garantir apresentação de teatro em todos os distritos – 05 por mês – 01 por distrito	DVA / Sec. Educação / Subsecretaria de Comunicação		x	x	x	X
		Dificuldade de viatura à disposição para transporte dos cenários e agentes					x	x	x	X
Visita domiciliar na localidade a ser trabalhada pela Equipe de VD com ações educativas	Atividades educativas Anteriores aos mutirões de combate à dengue	Falta de material específico (diversidade de material informativo)	Dificuldade na implantação desta metodologia nas áreas onde os mutirões são realizados	Garantir 100% de cobertura das localidades onde os mutirões estejam agendados com no mínimo 01 semana de antecedência	DVA / FuSAR		x	x	x	X
		Demora na aquisição de materiais informativos					x	x	x	X



Linha de Cuidado / Ação: Fatores de Riscos Não Biológicos - Controle e Vigilância da Qualidade da água										
Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Criação de Laboratório credenciado pelo LACENN para análise físico químicas e bacteriológicas	Coleta de água em 20% dos pontos cadastrados existentes do município que são encaminhadas ao LACENN	Falta de laboratório próprio para análise das amostras coletadas em nosso município	Cadastro dos Pontos de coleta de água	Atingir 100% da coleta dos pontos de água do município durante todo o ano	<b>CFNB / LACENN / SAAE / CEDAE</b>	MS /	X	X	X	X
Demanda de ações para os prestadores de serviço de saneamento visando a correção de falhas que determinem a oferta de água não segura do ponto de vista da potabilidade	Cadastramento de diversos tipos de abastecimento	Deficiência de Viaturas à disposição da Coordenação	Recebimento mensal dos relatórios referentes à qualidade da água no município, realizado pelo SAAE e CEDAE			FuSAR	X	X	X	X
Informar a população acerca da qualidade da água de sua localidade, quando imprópria	Coleta e análise de dados encaminhados ao VIGIágua (SESD-DEC)	Falta de Recursos Humanos					X	X	X	X
Capacitar profissionais do setor de saúde para Vigilância do controle e fatores de riscos relacionados à qualidade da água		Logística (Equipamento de Informática)					X	X	X	X



para consumo humano										
Mapeamento das áreas de risco em relação da qualidade da água		Necessidade de capacitação para os servidores junto à SESDEC					X	X	X	X
Atualização do Cadastro dos sistemas de abastecimento							X	X	X	X
Estudos e Pesquisa sobre agentes microbiológicos contaminantes na água para consumo humano e alternativas de tratamento							X	X	X	X
Recebimento de relatórios referente ao controle de qualidade de água para consumo humanos dos Condomínios					CFNB / Diretoria de Vigilância Sanitária		X	X	X	X



Linha de Cuidado / Ação: Fatores de Riscos Biológicos - Controle e Combate ao caramujo Gigante Africano										
Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Educação Ambiental	Aquisição de Equipamentos	Falta de Recursos Humanos	Reclamações	Garantir cobertura e Controle do caramujo no município no período de janeiro à dezembro	<b>CFNB</b> / Sec de Meio Ambiente / Sec. De Parques e Jardins	MS /	X	X	X	X
Tratamento Químico	Capacitação de Recursos Humanos		Informações coletadas pelos agentes de VD			FuSAR	X	X	X	X
	Mapeamento das áreas infestadas do município						X	X	X	X

Linha de Cuidado / Ação: Fatores de Riscos Biológicos - Controle e Combate ao caramujo Gigante Africano										
Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Educação Ambiental	Aquisição de Equipamentos	Falta de Recursos Humanos	Reclamações	Garantir cobertura e Controle do caramujo no município no período de janeiro à dezembro	<b>CFNB</b> / Sec de Meio Ambiente / Sec. De Parques e Jardins	MS /	X	X	X	X



Tratamento Químico	Capacitação de Recursos Humanos		Informações coletadas pelos agentes de VD			FuSAR	x	X	x	x
	Mapeamento das áreas infestadas do município						x	X	x	x

Linha de Cuidado / Ação: Fatores de Riscos Biológicos - Animais Peçonhentos										
Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Mapeamento de animais peçonhentos em função da VE dos acidentes	Aquisição de equipamentos para captura de animais peçonhentos	Falta de Recursos Humanos	Reclamações	Garantir o mapeamento de 100% das áreas com acidentes por animais peçonhentos no período de janeiro a dezembro	<b>CFNB</b> / Bombeiros / Sec Meio Ambiente / Sec de Defesa Civil	MS /	x	x	x	x
Capacitar profissionais do setor de saúde para Vigilância e controle dos fatores de risco relacionados aos acidentes com animais peçonhentos		Demora na aquisição dos materiais solicitados para compra	Informações coletadas pelo agente de VD			FuSAR	x	x	x	x
			Notificação de acidentes por animais peçonhentos coletadas pela VE				x	x	x	x



Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Identificação de fontes de contaminação	Cadastro de áreas de potencial poluidor	Recursos Humanos	Informações retiradas do DETRAN / INEA	Identificar as fontes de contaminação do município no período de <b> janeiro à dezembro</b>	CFNB	MS / FuSAR	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Coleta de material	Mapeamento das áreas de risco	Necessidade de capacitação para os servidores junto à SESDEC	X				X	X	X	
Envio das amostras para laboratórios de referência			X				X	X	X	

**Linha de Cuidado / Ação: Fatores de Riscos Não Biológicos - Desastres e Acidentes Naturais**

Ações	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Identificação das áreas de risco	Cadastro das áreas com probabilidades de ocorrência de acidentes naturais	Necessidade de Recursos humanos	Disponibilização das áreas cadastradas pela Sec. De Defesa Civil	Garantir cadastro de 100% das áreas com potencial de desastres e acidentes naturais no período	CFNB / Sec. Defesa Civil / Sec Meio Ambiente	MS / FuSAR	X	X	X	X



				de janeiro à dezembro						
Ações interse- toriais em áreas de desas- tres		Necessidade de capacita- ção para os servidores junto à SESDEC					X	X	X	X
Educação em saúde (pales- tras, reuniões)							X	X	X	X

Linha de Cuidado/ Ação: Controle e Combate a Roedores										
Situação Atual	Ações	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) / Par- ceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Presença de Roedores em todos os distritos	Intensificar desratização em vias públicas	Deficiência de recursos hu- manos	Reclamações recebidas	Garantir desrati- zação em 100% das vias públicas	SVS / Secretaria de Defesa Civil / Eletronuclear /Brasfels	MS / FuSAR	X	X	X	X
	Intensificar desratização nos domicílios em casos de alto índice de infes- tação	Falta na reali- zação de ati- vidades refe- rentes à Edu- cação em Saúde		Garantir desrati- zação em 100% dos imóveis infestados de roedores			X	X	X	X



	Intensificar conscientização junto à população durante realização das atividades diárias	Falta de saneamento básico em algumas localidades	Garantir capacitação dos agentes comunitários	SVS / Escola Técnica FuSAR			x	x	x	x
		Retirada indevida dos rati-cidas nas vias públicas pela população	Garantir aumento de recursos humanos em 100%				x	x	x	x
		Falta de capacitação dos agentes comunitários para realizar conscientização da população	Garantir parceria junto aos NED's (guardas sanitários) no serviço de desratização				x	x	x	x

Linha de Cuidado / Ação: Campanha de Vacinação Antirábica										
Situação Atual	Ações	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) / Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Realização de vacina-	Intensificarem 20% os serviços	Falta de conscientização da	Solicitações para vacinação	Garantir 100% de cobertura de	<b>SVS / Secretaria de Defesa Civil /</b>	MS / FuSAR	x	x	x	x



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ção antirábica em todos os distritos com cobertura de 80% do município	de vacinação em todos distritos, inclusive área rural e ilhas	população no comparecimento nos dias de vacinação	anti rábica fora das datas informadas	vacinação no continente	Sup. Atenção Básica / Eletro-nuclear / Brasfels					
	Intensificar as atividades de sensibilização da população para levar seus cães e gatos nos dias e datas divulgados pela Coordenação	Deficiência de viatura em quantidade suficiente	Consolidado final após término do serviço de vacinação municipal	Garantir cobertura vacinal de 100% da área rural no mês de junho / julho			x	x	x	x
	Descentralizar vacinas anti rábicas para os NED's	Deficiência de embarcação veloz para vacinação nas ilhas para atender a demanda		Garantir 100% de cobertura vacinal nas ilhas			x	x	x	x
		Falta de infraestrutura própria para armazenamento das vacinas		Garantir realização do serviço de vacinação nos finais de semana para atender demanda			x	x	x	x
				Garantir descentralização das vacinas para os NED's	MS / FuSAR		x	x	x	x



Linha de Cuidado / Ação: Controle de pombos e morcegos										
Situação Atual	Ações	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) / Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Presença de pombos na maioria das escolas das redes públicas e privadas	Intensifica as atividades de orientação sobre medidas preventivas e corretivas para o controle da praga	Falta de parcerias para intervenção mecânica nos locais infestados	Reclamações recebidas	Garantir parcerias com a Secretaria de Obras e a Secretaria de Educação	SVS / Secretaria de Obras e Secretaria de Educação	MS / FuSAR	x	x	x	x

Linha de Cuidado / Ação: Centro de Zoonoses										
Situação Atual	Ações	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) / Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Implantação do Centro de Zoonoses	Realizar esterilização dos cães machos	Animais de grande porte soltos em vias públicas	Reclamações recebidas	Garantir que sejam notificados 100% dos proprietários para retirada dos animais de grande porte	SVS / FuSAR		x	x	x	x
	Realizar castração de gatos	Existência de animais doentes e bravos em		Garantir recolhimento dos animais de grande porte caso notificação não			x	x	x	x
							x	x	x	x



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



	vias públicas		seja cumprida			X	X	X	X
Realizar ovariohisterectomia nas cadelas e gatas			Garantir recolhimento de 100% dos animais doentes de rua para tratamento e posteriormente, adoção			X	X	X	X
			Garantir recolhimento e adestramento de 100% dos cães bravos de rua e encaminhá-los para a adoção			X	X	X	X
			Diminuir a população de animais errantes no município			X	X	X	X
			Garantir 100% de esterilização dos cães machos			X	X	X	X
			Garantir 100% de castração de gatos			X	X	X	X
			Garantir 100% de ovariohisterectomia nas cadelas e gatas			X	X	X	X
			Garantir que o Centro de Zoonoses seja criado conforme normas da FUNASA / MS			X	X	X	X



Linha de Cuidado / Ação: Inquérito Sorológico Canino e Felino										
Situação Atual	Ações	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) / Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Monitoramento Canino	Intensificar coleta de sangue de cães suspeitos	Dificuldade no fluxo de notificações existentes	Notificações de casos suspeitos da doença (banco de dados DVE)	Garantir monitoramento canino e felino em 100% dos casos notificados de Leishmaniose	SVS / DVE	SVS / FuSAR	x	x	x	x
			Reclamações recebidas referentes às suspeitas de cães lesionados				x	x	x	x

Linha de Cuidado / Ação: Esterilização química dos cães machos										
Situação Atual	Ações	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) / Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Implantação das atividades de esterilização dos cães machos da Baía da Ilha Grande e contigüente	Realizar esterilização dos cães machos para diminuir a população de cães errantes do município	Serviço de implantação	Reclamações sobre existência de cães errantes e abandonados do município	Esterilizar 100% dos cães de rua do município	SVS / FuSAR	MS / FuSAR	x	x	x	x



				Oferecer o serviço de esterilização aos cães domiciliados, conforme a solicitação do proprietário			x	x	x	x
--	--	--	--	---	--	--	---	---	---	---

**Linha de Cuidado / Ação: Implantação de chips nos cães machos esterilizados**

Situação Atual	Ações	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsável (negrito) / Parceiros (sem negrito)	Custo e Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Serviço de Implantação	Implantar chips nos cães machos esterilizados	Serviço de Implantação	Cães esterilizados	Implantar chips em 100% dos cães de rua esterilizados	SVS / FuSAR	MS / FuSAR	x	x	x	x
				Implantar chips em 100% dos cães domiciliados esterilizados (para monitoramento)			x	x	x	x



## **DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

A Epidemiologia, ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e fatores determinantes na ocorrência de doenças; vem passando por modificações de conceitos e de estratégias de ação ao longo do tempo. No entanto, é importante que essa vigilância não perca de vista seu objetivo principal: “Coletar dados para o desencadeamento de ações de prevenção e controle”. E com este objetivo, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica vem realizando ações tanto ordenadas pelo já estabelecido pelo Ministério da Saúde, como outras geradas pela iniciativa municipal com base na observação do perfil epidemiológico local.

Durante o período de 2009, o município de Angra dos Reis passa a trabalhar suas ações numa estratégia de organização descentralizada, de acordo com o modelo assistencial do SUS, e com o objetivo da integralidade.

O processo de descentralização, baseado na qualificação das micro regiões (Distritos Sanitários) vem ocorrendo dinâmica e continuamente, de acordo com as melhorias na assistência prestada. A partir de 2009, com uma equipe mínima de profissionais na realização dos procedimentos e práticas de vigilância distribuídos em 05 (cinco) Distritos Sanitários: Centro (1º DS), Japuíba (2º DS), Jacuecanga (3º DS), Frade (4.1º DS) e Perequê (4º.2 DS).

## **CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIONAL DA BAÍA DA ILHA GRANDE - CEREST-BIG**

### **A Saúde do Trabalhador.**

O campo da Saúde do trabalhador constitui uma área da saúde pública que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/ doença. Nesta concepção consideram-se a saúde e a doença como processos dinâmicos, diretamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade, ou seja, a forma de inserção dos indivíduos nos diversos ramos produtivos e seus processos de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. Considerando desta forma o tra-



balho como fator condicionante e determinante de saúde.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (M.S, 2001)

A Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8080/90), que regulamenta o SUS e suas competências, define o campo da saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. As ações em Saúde do Trabalhador dispostas na lei 8.080 deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizadas em todos os níveis de atenção do SUS.

Na Constituição Federal (1988) na seção que regula o Direito à Saúde incluiu no art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições nos termos da lei: (...) II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...). Sendo considerados os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria da condição social, a redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas em saúde, higiene e segurança. Sendo assegurada ainda a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objetos de discussão e deliberação.

A RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador) tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e a vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do trabalhador. Dentre as ações de ampliação da RENAST está a adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST.



O CEREST-BIG é fruto do processo de regionalização da regional da Baía da Ilha Grande que é composta pelos municípios de Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty. A habilitação do CEREST – BIG junto á COSAT/MS se deu em Agosto de 2006. Atualmente o CEREST-BIG está localizado na Praça General Osório, 46 – Centro, na Casa Amarela, no município de Angra dos Reis pólo da regional da baía da Ilha Grande em conformidade com os critérios de regionalização da região.

O CEREST Regional tem como referência e suporte técnico o CEREST ESTADUAL para o planejamento e desenvolvimento das ações no campo da Saúde do Trabalhador, devendo respeitar o perfil regional das atividades laborativas e as demandas dos trabalhadores e de suas representações sociais.

O CEREST-BIG de acordo com a Portaria GM/SAS/MS n° 1679/02 e n° 2728/09, assumem a função de suporte técnico aos Programas municipais de Saúde do Trabalhador (PST) e de educação permanente das equipes para desenvolvimento das ações nos Municípios que compõe a regional, não tem função assistencial, nem funciona como porta de entrada para as demandas de saúde do trabalhador, devendo cada município ser capaz de fazê-la através da capacidade instalada de sua rede de serviços de saúde garantindo a integralidade da assistência à saúde do trabalhador.

#### QUADRO DE PROBLEMAS:

PROBLEMA	DESCRIÇÃO SUCINTA
Subnotificação em Saúde do Trabalhador	Baixa notificação (SINAN/2010) de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho dos 11 agravos de notificação listados na portaria 2472.
Déficit das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (S.T)	Necessidade de consolidação das ações de Vigilância em S.T nos ambientes e processos de trabalho dos principais ramos produtivos da região.
Déficit de Recursos Físicos, Humanos e materiais.	Instalações existentes e recursos materiais insuficientes para o planejamento e desenvolvimento adequado das ações.  Equipe técnica reduzida.



Deficiência no atendimento ao acidente de trabalho nas unidades de média complexidade.	
Pouca Capacitação dos profissionais da rede na área de Saúde do Trabalhador.	Falta de ações de capacitação como cursos, fóruns, oficinas abrangendo o tema Saúde do Trabalhador para os profissionais da rede.
Dificuldade de estruturação dos Serviços de média complexidade na região que são eles:  Dermatologia Ocupacional Regional;  Audiometria Ocupacional Regional;	Dificuldade de implantar o serviço de audiometria e dermatologia ocupacional para atendimento e concessão de nexos causais, visto que não dispomos do serviço na região sendo os trabalhadores encaminhados para outros municípios para realização de audiometria e patch test.
Ausência de serviço de análise toxicológica	Falta de convênio com instituição de referência para análise laboratorial em Toxicologia para monitoramento da exposição dos trabalhadores a agentes químicos.
Poucas Ações de Educação em Saúde do Trabalhador	Dificuldade em priorizar as ações de Educação em Saúde do Trabalhador.
Deficiência no atendimento ao trabalhador na Atenção Básica.	Os profissionais das unidades básicas têm dificuldades em reconhecer os problemas de saúde do trabalhador.
Deficiência no diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho e na concessão do nexo causal.	Dificuldade em diagnosticar as doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho.

**QUADRO DE CAUSAS:**

<b>PROBLEMA</b>	<b>CAUSA</b>
Subnotificação em Saúde do Trabalhador	Falta de profissionais sensibilizados para o processo saúde x doença relacionados ao trabalho.  Deficiência nas ações de capacitação dos profissionais da rede na área de Saúde do Trabalhador visando sensibilizar esses profissionais para notificação dos agravos.
Déficit das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador	Déficit em capacitação dos profissionais da Vigilância



(S.T)	<p>sanitária em S.T para composição de equipe para desenvolvimento das ações.</p> <p>Pouca articulação com Vigilância Sanitária e Controle Social para consolidação das ações de Vigilância em S.T nos ambientes e processos de trabalho dos principais ramos produtivos da região.</p>
Déficit de Recursos Físicos, Humanos e materiais.	<p>Falta de estruturação física, necessidade de aquisição de materiais permanentes como mobília dentre outros equipamentos. Necessidade de inclusão de linha telefônica própria e internet visto que temos que dar assessoria técnica a regional.</p> <p>Dificuldade de compor a equipe de acordo com a portaria 2437 que dispõe sobre a equipe mínima para funcionamento do CEREST REGIONAL.</p>
Pouca Capacitação dos profissionais da rede na área de Saúde do Trabalhador.	<p>Dificuldade de concluir as ações em capacitação que são planejadas na Programação Anual devido excesso de burocracia e baixa valorização da área na priorização e deliberação financeira de nossas ações nas demais esferas de gestão.</p>
Dificuldade de estruturação dos Serviços de média complexidade na região que são eles:  Dermatologia Ocupacional Regional;  Audiometria Ocupacional Regional;	<p>Dificuldade de compra do Patch Test para diagnóstico de dermatose ocupacional;</p> <p>Lentidão nos processos licitatórios para aquisição de equipamentos tais como: audiômetro, impedânciometro, cabine audiométrica e material permanente para implantação do serviço.</p>
Poucas Ações de Educação em Saúde do Trabalhador.	<p>Insuficiência de recursos humanos capacitado na equipe do CEREST</p> <p>Demora da Assessoria de Comunicação da Prefeitura no atendimento aos projetos de elaboração de folder, banners, cartazes para dar suporte a realização de campanhas de prevenção a Saúde dos Trabalhadores.</p>



Ausência de serviço de análise toxicológica	Falta de serviço de análise toxicológica, para o monitoramento e avaliação de exposição ocupacional a substâncias tóxicas.
Deficiência no atendimento ao acidente de trabalho nas unidades de média complexidade.	Falta de sensibilização dos profissionais que atuam nos SPAs, Pronto Socorro, UPA (Unidades Sentinelas) e CEM para o atendimento e notificação do acidente de trabalho, valorizando pouco a ocupação do usuário e o nexos com as queixas relatadas.
Deficiência no diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho e na concessão do nexos causal.	Dificuldade de lotação de médico com perfil para o atendimento em Saúde do Trabalhador no CEREST com disponibilidade para capacitação em serviço.  Dificuldade em identificar profissionais especialistas disponíveis para capacitação.
Deficiência no atendimento ao trabalhador na porta de entrada dos serviços de saúde.	Falta de acolhimento ao trabalhador nas unidades básicas de saúde e unidades sentinelas, com olhar voltado para as questões relacionadas à saúde do trabalhador.  Falta de fluxogramas e rotinas de atendimento em Saúde do Trabalhador nas unidades de saúde.

### QUADRO DE AÇÕES:

PROBLEMAS	AÇÕES	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
Subnotificação em Saúde do Trabalhador	Promover as capacitações programadas para rede básica de saúde e unidades sentinelas visando o sensibilizar os profissionais para notificação em S.T.	FuSAR/SVS  Governo do Estado /DSTRAB	2010 a 2013
Déficit das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (S.T)	Promover as capacitações programadas para a regional.	Superintendência de Vigilância/FUSAR	2010 a 2013



	<p>Montar equipe capacitada para as ações de Vigilância nos municípios que tem instituído o PST.</p>		
Déficit de Recursos Físicos, Humanos e materiais.	<p>- Prover estrutura física adequada ao serviço ou alugar estrutura própria.</p> <p>Solicitar profissional para lotar a equipe mínima para funcionamento do Cerest Regional.</p> <p>Aquisição de mobiliário, linha telefônica própria, internet e equipamentos, assegurando a lotação dos mesmos no CEREST.</p>	<p>Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS)</p> <p>Recursos Humanos da FuSAR / SVS</p> <p>Superintendência de Vigilância em Saúde.</p> <p>FUSAR/ Financeiro</p>	2010 a 2013
Pouca Capacitação dos profissionais da rede na área de Saúde do Trabalhador.	<p>Agilizar o andamento dos processos de licitação assim como os convênios com instituições de referencia para conclusão das capacitações.</p>	SVS/ FUSAR	2010 a 2013
Dificuldade de estruturação dos Serviços de média complexidade na região que são eles:  Dermatologia Ocupacional Regional;  Audiometria Ocupacional Regional;	<p>Concluir processo de compra do audiômetro impedânciometro, cabine audiométrica e mobiliário para implantar o serviço de audiometria ocupacional.</p> <p>Concluir processo de compra de Pach Test para o serviço de dermatologia ocupacional.</p>	<p>SVS/ FUSAR</p> <p>SVS/ CEREST/FUSAR</p>	2010 a 2013



	<b>Capacitar um enfermeiro da rede para realização do teste cutâneo.</b>		
Poucas Ações de Educação em Saúde do Trabalhador.	<b>Dar andamento nos projetos de seminários, oficinas, Fóruns em S.T na regional.</b> <b>Elaborar folders, cartilhas, material informativo em S.T</b>	CEREST/ Superintendência de Vigilância em Saúde/ Assessoria de Comunicação da PMAR	2010 a 2013
Deficiência no atendimento ao acidente de trabalho nas unidades de média complexidade.	Intensificar as ações de capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de SPA/UPA/PSM para o atendimento ao acidente de trabalho.	SVS/ CEREST	2010 a 2012
Deficiência no diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho e na concessão do nexo causal.	Lotação de médico do Trabalho capacitado em S.T para realização de nexo causal.	CEREST  FUSAR	2011
Ausência de serviço de análise toxicológica.	<b>Realizar convênio com Instituição de Referência para realização de exames.</b>	CEREST  FUSAR	2011/ 2013
Deficiência no atendimento ao trabalhador na porta de entrada dos serviços de saúde.	<b>Capacitação dos profissionais da rede de saúde (Unidades Básicas, ESFs, Unidades Sentinelas.) em S.T</b>	CEREST/ FUSAR	2011/2013

\* Evento Sentinela - ocorrência inesperada que apresente risco de resultado. Os eventos sentinela deverão ser objetos de investigação, que em âmbito constitui comitê de investigação e análise de erros por abordagem retrospectiva.



## SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica tem como fundamentais a integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. O desafio de ampliar fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

O município apresenta significativas extensões de áreas insulares e sertões, apresentando distribuição da população por um grande eixo longitudinal. A taxa de urbanização é bastante heterogênea e as áreas consideradas urbanizadas não representam 10% do total da área do município segundo a Fundação CIDE (2001). A população de pobres é superior a média estadual, assim como a concentração de renda, constituindo um importante problema matricial para a área da saúde (RIO de JANEIRO, 2009).

Segundo os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2008), Angra dos Reis apresentou <sup>1</sup>cobertura de 79% para a Estratégia de Saúde da Família (sendo a mais baixa da região) e 88,30% para a Estratégia de Saúde Bucal. Observou-se que a proporção de mães adolescentes (19,4%) foi a segunda mais alta na região; a taxa de cesárea (52,7%) foi superior ao limite acordado na CIB/RJ (ressaltamos que o município possui maternidade de referência para o alto risco) e a proporção de baixo peso ao nascer foi de 8,3% (o acordado pelo Estado do Rio de Janeiro no Pacto pela Vida, para 2008, foi de 5,3%). Apesar desses índices, a média de consulta por hab./ano foi acima do máximo preconizado (3cons./hab./ano).

O Índice de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB) na região da Baía da Ilha Grande foi de 14,55%, representando a média do ISAB de Paraty (12,74%), Angra dos Reis (12,77) e Mangaratiba (31,89). É oportuno ressaltar que quando analisamos o



ISAB por 1000 habitantes, Angra dos Reis apresentou menor índice (5,47 por 1000 hab.). Ressaltamos também que Angra dos Reis apresentou o segundo menor índice de exames de patologia por consulta (0,54) da região, também ficando abaixo do índice estadual (0,93). Em relação aos dados de morbidade ressaltamos que Angra dos Reis em 2008 cadastrou 60,4% dos hipertensos e 49,6% dos diabéticos estimados. Em relação ao seguimento de lesões de alto grau de colo de útero apresentou o índice de 75% (RIO DE JANEIRO, 2009).

A rede de Atenção Básica do município é composta por Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas. As Unidades Básicas são em número 08 (oito): Balneário, Areal, Belém, Japuiba, Monsuaba, Jacuecanga, Petrobrás e Bracuhy, atendendo a uma população estimada de 62.630 habitantes (SIAB/FEV/2010). Estas unidades serão transformadas em unidades de Saúde da Família conforme preconiza a Portaria N° 648/2006:

DISTRITO	Área	Modelo	Famílias Estimadas	População
1°	BALNEÁRIO	UBS	1.383,8	4.705
2°	AREAL	UBS	1.248,23	4.244
2°	BELÉM	UBS	2.915,58	9.913
2°	JAPUIBA	UBS	6.643,82	22.589
3°	MONSUABA	UBS	2.496,76	8.489
3°	JACUACANGA	UBS	2.661,76	9.050
3°	PETROBRAS	UBS	287,64	978
4°	BRACUHY	UBS	782,94	2.662
<b>Total</b>			<b>18.420,23</b>	<b>62.630</b>

Produção de Consultas Médicas na Atenção Básica em 2009	
Mês	Consultas Médicas
Total no Ano	347.420
Número de Consultas Hab/Ano	2,2
Parâmetro - Portaria/MS 1.101/2002	2 a 3 consultas hab/ano



Em 2009 foi apresentado o projeto de implantação de quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família modalidade 1- NASF 1 (equipe I, II, III e IV) com a finalidade de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica.

A implantação dos NASF-1 irá permitir o desenvolvimento das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família de forma integrada, beneficiando grupos populacionais prioritários e facilitando seu acesso a profissionais de diferentes áreas de conhecimento. O trabalho destes profissionais ocorrerá em parceria com as Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes as quais os NASF estarão vinculados. A atuação dos NASF abrangerá justamente as áreas estratégicas de maior fragilidade para a garantia da resolutividade assistencial.

Propomos a implantação de 04 NASF modalidade 1 (equipes: I, II, III e IV) que estarão vinculados a cada um dos Distritos Sanitários (DS), sendo que o 1º DS e o 5º DS são agrupados por questão de acessibilidade geográfica . Desta forma uma das equipes do NASF atenderá aos dois Distritos Sanitários, ficando vinculada a uma unidade do primeiro. O referido projeto foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e teve sua aprovação na Comissão Intergestores Bipartite em julho de 2009.

Para institucionalizar importantes atividades de gestão na Atenção Básica, bem como enfrentar os desafios do trabalho na Atenção Primária em Saúde.

#### **QUADRO DE PROBLEMAS:**

<b>PROBLEMA</b>	<b>DESCRIÇÃO SUCINTA</b>
Cobertura da ESF < 100%	A cobertura de 52,41% (SIAB/FEV/2010).
Baixa resolutividade.	A despeito dos Indicadores Sensíveis à Atenção Básica (ISAB) estarem abaixo da média estadual, constatamos um importante fluxo de usuários para as unidades de pronto atendimento e emergência municipal.
Ausência de humanização no atendimento.	Observamos no dia-a-dia muitos conflitos decorrentes do diálogo insuficiente, do débil acolhimento e de precárias condições de apoio e infra-estrutura.



Falta de monitoramento/avaliação (M/A).	Os instrumentos e ferramentas de gestão em saúde não figuram na prática das ESF de uma forma geral, bem como o apoio e infra-estrutura são precários para o M/A.
Dificuldade de contratação.	A rotatividade e dificuldade de contratação médica são relevantes em decorrência de pequeno diferencial salarial em relação aos grandes centros, bem como a inexistência de outros atrativos. Ressaltamos, também, a morosidade institucional para a contratação de pessoal.

### QUADRO DE CAUSAS:

PROBLEMA	CAUSA
Cobertura da ESF < 100%.	O aumento de cobertura da ESF é limitado pela oferta de imóveis para aluguel, insuficiência de áreas próprias e recursos financeiros para construção, dificuldade de contratação de médico, etc.
Baixa resolutividade.	A baixa resolutividade está relacionada ao baixo entendimento da população em relação a ESF, a precária qualificação da equipe para a ESF, sofrendo influência da dificuldade de integração e acesso a outros níveis.
Ausência de humanização no atendimento.	Forte influência do modelo tradicional do cuidado em Atenção Básica cujo diálogo com a comunidade local é pouco valorizado, sofrendo influência das precárias condições de apoio e infra-estrutura.
Falta de monitoramento/avaliação.	O processo de trabalho na Atenção Básica carece de metodologias específicas de acompanhamento e avaliação, bem como de infra-estrutura e apoio.
Dificuldade de contratação.	A dificuldade de contratação apresenta multicausalidade, porém percebe-se que processo de trabalho e baixos estímulos contribuem expressivamente para seu agravamento.

### QUADRO DE AÇÕES:

PROBLEMA	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Cobertura da ESF < 100%	Acompanhar a expansão das ESF. Adesão ao PROESF.	Marinete e Eduardo	2010/2013
Baixa resolutividade	Sessões clínicas, oficinas, capacitações e eventos. Reuniões de equipe. Otimizar o agendamento de especialidades.	Alexandre Lisboa e Marcelo Freire.  Luciana, Daniel, Marchson/Mauro, Odorico/Paula.	2010/2013  2010/2013 2010/2013



	<p>Mapear as principais linhas de cuidado.</p> <p>Teatro de Rua</p> <p>Implantar NASF(s).</p> <p><b>Realização de eventos</b></p> <p>Projeto Integralidade</p> <p>Implantação de rede lógica. Confecção da Cartilha da ESF. Internato em saúde da Família e Comunidade.</p>	<p>Renata e Ricardo</p> <p>Daniela, Bianca, Luciana e Lílian. Renata.</p> <p>Luciana, Daniel, Marchson/Mauro, Odorico/Paula.</p> <p>Neucimar</p> <p>Neucimar</p> <p>Neucimar</p>	<p>2010</p> <p>2010 2010</p> <p>2010/2013</p> <p>2010/2011</p> <p>2010/2012</p> <p>2010/2011</p> <p>2010/2011</p>
<p>Ausência de humanização no atendimento</p>	<p><b>Desenvolver Projeto de Acolhimento.</b></p> <p>Institucionalizar <b>MPP</b> (Método de Planejamento Popular).</p> <p><b>Manutenção das unidades básicas.</b></p> <p><b>Aquisição de equipamentos (EPI, médico-hospitalares e apoio) e mobiliário.</b> <b>Festa Bimestral</b></p>	<p>Luciana, Daniel, Marchson / Mauro, Odorico/Paula.</p> <p>Roberta.</p> <p>Jordelina e Eduardo</p> <p>Marinete e Eduardo</p>	<p>2010/2013</p> <p>2010/2011</p> <p>2010/2013</p> <p>2010/2013</p> <p>2010/2013</p>



<p>Falta de monitoramento/avaliação</p>	<p>Adotar o Bom Dia ESF. Introduzir o acompanhamento em tempo real. Criar grupo virtual da ESF. Divulgação do e-mail da Superintendência de Atenção Básica. Itinerário Terapêutico.</p> <p>Realizar diagnóstico Anual.</p> <p>Institucionalizar o <b>GIL</b> (Gerenciador de Informações Locais em Saúde). <b>Institucionalizar o AMQ (Avaliação para a melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família).</b> Institucionalizar o <b>PROGRAB</b> (Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica). Prover transporte para acompanhamento das ações. Rever incentivo produtividade. Capacitação de Conselheiros de Saúde. Curso de Gestão (operacional, tático e estratégico). Aquisição de mobília e etc para a Superintendência de Atenção Básica</p>	<p>Luciana, Daniel, Marchson/Mauro, Odorico/Paula.</p> <p>Neucimar</p> <p>Sub-Coordenação Distrital</p> <p>Paula</p> <p>Eduardo e Andréia Pires</p> <p>Eduardo, Andréia Pires, Mauro, Paula, Carlos Vasconcelos</p> <p>Regiane e Luciana Soares Neucimar</p>	<p>2010 2011</p> <p>2010</p> <p>2010</p> <p>2011</p> <p>2010/2 013</p> <p>2010/2 011</p> <p>2010/2 011 • 010</p> <p>2010</p>
<p>Dificuldade de contratação</p>	<p><b>Instituir e implementar convênios.</b> <b>Desenvolver gestão participativa.</b></p> <p><b>Realizar Iª Mostra Anual.</b></p> <p><b>Dialogar com outros setores da PMAR.</b> <b>Adotar Banco de Horas.</b></p>	<p>Eduardo</p> <p>Neucimar, Alexandre Lisboa</p> <p>Renata, Suliane, Cristiane, Luis e João.</p>	<p>2010/2 013</p> <p>2010/2 013</p> <p>2010/2 013</p>



	Incentivo de área de difícil provimento. Redefinir de agendas.	Neucimar.	2010/2013
		Claudia Neucimar	2010/2013 2012
		Luciana, Daniel, Marchson/ Mauro, Odorico/ Paula.	2010

**QUADRO DE METAS:**

Área Estratégica: Expansão da Estratégia de Saúde da Família.

Problema	Resultado esperado	Indicador de monitoramento e avaliação	Situação atual	Meta	Prazo	Responsáveis
Cobertura da ESF < 100%.	100%	Taxa de cobertura.	52,41%	100%	03 anos	Marinete e Eduardo

Área Estratégica: Satisfação dos Usuários.

Problema	Resultado esperado	Indicador de monitoramento e avaliação	Situação atual	Meta	Prazo	Responsáveis
Baixa resolutividade.	Elevar o grau de satisfação dos usuários.	AMQ- Olhar do Usuário; ISAB e PI-AB	-----	≥ 60%	Anual.	Alexandre Lisboa, Paula e demais membros da equipe.



Ausência de humanização no atendimento.	Institucionalizar projetos: MPP e Acolhimento.	Projetos em andamento.	-----	01 projeto de MPP e 01 de Acolhimento.	03 anos	Luciana, Daniel, Marchson/  Mauro, Odorico/  Paula,Roberta/ Jordelina.
---	--	------------------------	-------	--	---------	---

**Área Estratégica:** Satisfação dos Profissionais.

Problema	Resultado esperado	Indicador de monitoramento e avaliação	Situação atual	Meta	Prazo	Responsáveis
Dificuldade de contratação.	Elevar satisfação dos profissionais.	AMQ – Olhar da Gestão e Profissionais.	-----	≥ 50%	Anual	Luciana, Daniel, Marchson/  Mauro, Odorico/  Paula, Neucimar, Claudia.

**Área Estratégica:** Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PI-AB)

Problema	Resultado esperado	Indicador de monitoramento e avaliação	Situação atual	Meta	Prazo	Responsáveis
Falta de monitoramento / avaliação.	Alcançar a Pactuação dos Indicadores da Atenção	Taxa pactuada alcançada.	-----	≥ 80%	Anual	Luciana, Daniel, Marchson/  Mauro, Odorico/



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013

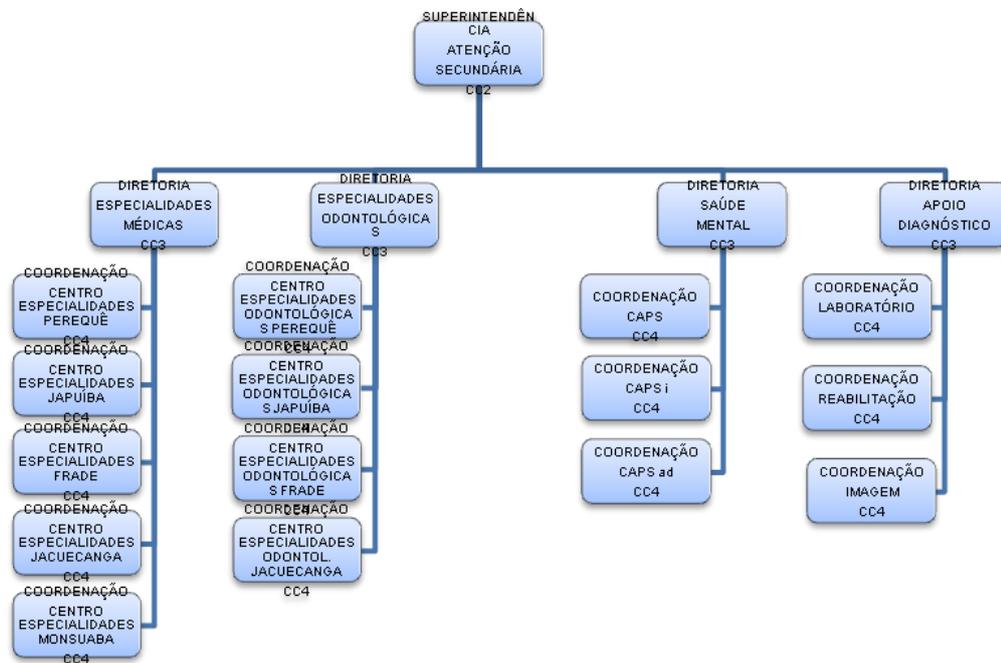


	Básica.					Paula,Regiane, Luciana soares.
--	---------	--	--	--	--	--------------------------------------

### SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A Atenção Secundária compreende ações e serviços entre a atenção básica e a atenção hospitalar. Pode-se colocar neste nível intermediário: as consultas de especialistas médicas e odontológicas; exames de patologia clínica; de anatomia patológica; diagnósticos por imagem (ex: raios-x, ultra-som, endoscopia) e métodos gráficos (ex: eletrocardiograma).

A Superintendência de Atenção Secundária apresenta a seguinte organização:



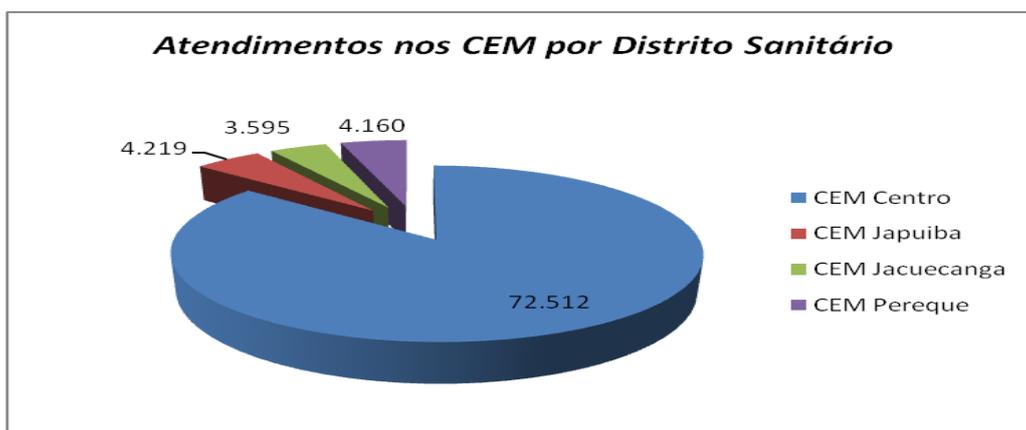
A análise de estabelecimentos de saúde cadastradas no CNES por nível de atenção demonstra que em Angra dos Reis ocorre um predomínio da Média Complexidade Ambulatorial, em detrimento aos serviços de Atenção Básica. A rede de Média Complexidade Ambulatorial corresponde ao triplo da rede Ambulatorial Básica (RIO DE JANEIRO 2009).

A rede conta com 05 (cinco) centros de especialidades médicas onde foi priorizada a ampliação de serviços de média complexidade, e mais um a inaugurar, que cobrem quatro distritos sanitários do município:

- 1º Distrito – CEM Centro
- 2º Distrito – CEM Japuiba
- 3º Distrito – CEM Monsuaba e CEM Jacuecanga
- 4º Distrito – CEM Perequê e CEM Frade (unidade construída com inauguração prevista para Novembro/2010).

Unidade	Total Atendimentos
CEM Centro	72.512
CEM Japuiba	4.219
CEM Jacuecanga	3.595
CEM Pereque	4.160

Fonte: SIA/SUS.



Fonte: SIA/SUS.

De forma a complementar as ações em oftalmologia, em 2009, o município implantou a unidade móvel de oftalmologia, que no ano de 2009 apresentou a produção a seguir:

<b>Unidades</b>	<b>Atendimentos</b>
Garatuaia	143
Perequê VI e Boa Vista	877
Vila Histórica	47
Bracuhy	276
<b>TOTAL</b>	<b>1.343</b>

Fonte: SAS/FuSAR.



### **Assistência Odontológica especializada**

O perfil da assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem-se restringido quase que exclusivamente à atenção básica, ainda assim, com grande demanda reprimida (MATOS /2001).

Dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do ano de 2003 revelaram que apenas 3,5% do total de procedimento odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados, o que levou à instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas como estratégia da política nacional de saúde bucal para assegurar a atenção secundária em saúde bucal (BRASIL/2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais (PNE), diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.



De acordo com a portaria nº 599/ GM (Março 2009) podem ser classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas) BRASIL/2006).

A rede é composta por 04 (quatro) CEOs, e mais 01 (um) a inaugurar (Frade), classificados da seguinte forma:

Tipo	CEO					Total
	Centro	Perequê	Japuiba	Jacucanga	Frade	
I			X			1
II		X		X	X	3
III	X					1

Fonte: Superintendência de Atenção Secundaria/FUSAR.

Os Centros de Especialidades Odontológicas estão inseridos nos quatro Distritos Sanitários, sendo que a unidade do 1º Distrito atende a população do 5º DS. Estas unidades recebem os pacientes referenciados dos ESFs e UBS.

No que se refere aos atendimentos de bucomaxilo, o CEO Centro é referencia no município.

O município contrata serviço de ortodontia para escolares na faixa etária de 07 a 16 anos, tendo avaliado 1.500 crianças por mês, no ano de 2009.

A saúde bucal atendeu em 2009, 54 usuários com fornecimento de prótese dentária.

De forma atender a demanda nos serviços de odontologia e oftalmologia o município implantou o atendimento itinerante com Odontomóvel e o Ônibus da Oftalmologia.

O Odontomóvel iniciou os serviços em setembro de 2009 no bairro do Cantagalo, atendendo a demanda referenciada da unidade de saúde, realizando de até dezembro 383 atendimentos e 771 procedimentos.



### **Assistência em Saúde Mental:**

A Portaria/GM nº 336 (Fevereiro de 2002) estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional:

Angra dos Reis possui 03 (três) modalidades de CAPS:

- CAPS II – (unidade credenciada desde 2002) - serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.
- CAPSi – (em fase de credenciamento)
- CAPSad – (em fase de credenciamento)

De acordo com o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde para a taxa de cobertura de CAPS por 10.000 habitantes, o resultado para Baía da Ilha Grande é muito bom – 0,9/100.000 hab. Apontando para o aumento da acessibilidade às ações comunitárias de saúde mental do SUS nesta região. (RIO DE JANEIRO 2009).



**CAPS INFANTIL** – em dezembro de 2008, foi inaugurado o Centro de Atividade Psicossocial Infantil/CAPSi, com o objetivo de prestar assistência a criança e adolescente com distúrbios psiquiátricos. As características deste Centro atende ao disposto na Portaria nº 336/02, onde o serviço realiza:

- ✓ Serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, funcionando de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.
- ✓ Possuir área física específica ao atendimento das crianças e adolescente com distúrbios psiquiátricos.
- ✓ A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, é composta por: - 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo; 05 (cinco) profissionais de nível médio: 03 (três) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, e artesão.
- ✓ Possui capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; constituído através de protocolos assistenciais e de referencia e contra-referencia.
- ✓ Coordenar e organizar a demanda da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território.
- ✓ Supervisionar as unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território, capacitando às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência.



**CAPSad** – a partir de setembro de 2009, o Centro de Atendimento Psicossocial de álcool e outras drogas/CAPSad iniciou o atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. As atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

<i>Profissional</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Carga Horária</i>
Psiquiatra	1	10 h/sem
Psicólogo	1	35 h/sem
Assistente Social	1	35 h/sem
Pedagogo	1	20 h/sem
Terapeuta Ocupacional	1	30 h/sem
Técnica de Enfermagem	1	35 h/sem
Medico clinica	1	10 h/sem
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>-----</b>

<b>Total de atendimentos ano 2009: Unidade</b>		
	<b>Total Atendimentos</b>	
	<b>Média Mês</b>	
CAPs II	22.761	1.896,70
CAPSi	3.201	266,7
CAPSad	358	29,8
<b>Total</b>	<b>26.320</b>	<b>2.193,30</b>

Fonte: SIA/SUS.



**Quadro de metas**

SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL	FONTE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
					PARCEIROS					
Oferta e demanda em desequilíbrio	Demanda reprimida	Planejamento focado nas necessidades	Plano de Ação	01 plano de ação para 2011	Superint. Atenção	Municipal				
			Aprovado		Secundária					
					SAB		X	X	X	X
Ações visando a expansão da rede de serviços e melhoria da qualidade do atendimento à população	Ações em andamento com resultados a médio e longo prazo em detrimento dos anseios imediatos da população	Executar ações que equalizem os anseios da população com o planejamento e metas definidas pelo gestor	Pesquisa de satisfação a ser realizada nos cinco distritos	Divulgação todos os planos e projetos da atual gestão, atendimento às necessidades imediatas da população	Superint. Atenção Secundária	Municipal				
Déficit de ações na área de educação em saúde	Queda da qualidade das ações em saúde prestadas à população	Fortalecer o processo de educação em saúde com ações de curto, médio e longo prazo	Melhorias dos indicadores ligados à saúde da população	Qualificar em até 100% os servidores da atenção secundária	Superint. Atenção Secundária	Municipal				
					Demais parceiros					
			Satisfação do profissional no desempenho de suas funções				X	X	X	X



**PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE BUCAL – ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL	CUSTO	2010	2011	2012	2013
					PARCEIROS	FONTE RECURSOS				
Inadequação do quadro de cirurgiões dentistas e as demandas específicas da população	<input type="checkbox"/> Número insuficiente de cirurgiões-dentistas em algumas especialidades	<input type="checkbox"/> Providenciar contratação de profissionais especializados	Aumento real do número de atendimentos nos CEOs e redução do quantitativo de pacientes que são referenciados ao especialista e não conseguem atendimento	Equalizar em 100% a produção de consultas e procedimentos com o número de profissionais e a carga horária disponibilizada.	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Convocar profissionais do último concurso			<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X
					<input type="checkbox"/> Superintendência de Atenção Básica		X	X	X	X
Elevada ocorrência de problemas ligados aos aparelhos odontológicos da rede municipal	<input type="checkbox"/> Serviço de má-qualidade prestado por empresa terceirizada <input type="checkbox"/> Estrutura elétrica das unidades de saúde incompatível com os equipamentos	<input type="checkbox"/> Realização de nova licitação, viabilizando contratação de empresa que preste serviço de melhor qualidade	A não paralisação dos serviços prestados em função de problemas ligados a falhas em equipamentos	Manter minimamente 90% dos equipamentos funcionantes	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Solicitar do concurso vigente: 01 bombeiro e 01 artífice			<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Análise da estrutura e posterior revitalização da rede elétrica das unidades de saúde					X	X	X	X
Carência na área de educação em saúde vol-	Déficit de conhecimento dos profissio-	<input type="checkbox"/> Capacitação nas seguintes áreas:	<input type="checkbox"/> Atuação plena dos referidos	Realizar capacitações anuais em diversas áreas	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



tada para Odontologia	nais, em áreas específicas ligadas a ações do município	Bioética	profissionais em todas as atividades propostas pelo gestor	da odontologia com 100% dos profissionais de saúde bucal	<input type="checkbox"/> Superintendência de Atenção Básica		X	X	X	X	
		Humanização					X	X	X	X	
		Controle de infecção					X	X	X	X	
		DST/HIV-AIDS					X	X	X	X	
		<input type="checkbox"/> Realização de atualização sobre manutenção preventiva de equipamentos odontológicos					X	X	X	X	
		<input type="checkbox"/> Realização de Capacitação sobre Câncer Oral e diagnóstico de lesões orais					X	X	X	X	
Promoção da Saúde Bucal	Prevalência elevada de hábitos nocivos à saúde bucal, como o fumo	Realização de Campanha de prevenção do Câncer Oral nas unidades onde há equipes de saúde bucal e em locais públicos	Diminuição de práticas nocivas à saúde bucal pela população assistida na rede e/ou atingida pela campanha	Atingir 70% da população do município com a referida campanha	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X	
					<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X	
							X	X	X	X	
Existência de demandas odontológicas específicas relacionadas à idade	Alto número de crianças entre 04 e 07 anos na rede pública de ensino com má-oclusão	<input type="checkbox"/> implementação de programa para controle dos fatores predisponentes	Redução da incidência de má-oclusão em crianças de 04-07 anos	Reduzir em 40% o índice de má oclusão, programação de redução gradativa de 10% anual	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X	
		<input type="checkbox"/> Otimização do uso da mão-de-obra especializada existente					<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação	X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Viabilização de recursos específicos						X	X	X	X
								X	X	X	X
								X	X	X	X
								X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Início de um planejamento para execução de ações convergentes entre atenção básica e a secundária	<input type="checkbox"/> Alto índice de pacientes referenciados ao especialista aguardando atendimento	<input type="checkbox"/> Transferir o atendimento básico do CEO para a ESF	<input type="checkbox"/> Aumento da resolutividade do atendimento dos cirurgiões dentistas da Atenção Básica	Reduzir, no mínimo, em 20% o número de pacientes referenciados ao especialista	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
	<input type="checkbox"/> Mecanismo de referência e contra-referência subutilizado	<input type="checkbox"/> Confecção e implementação do plano terapêutico e protocolos de especialidades	<input type="checkbox"/> Diminuição da demanda ligada às especialidades		<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Padronização de fluxos de atendimento, referência e contra-referência	<input type="checkbox"/> Melhoria da assistência prestada, em função das discussões de casos, protocolos, acordos e padronizações firmadas nas oficinas de especialidades	Reduzir em o tempo 30% na fila de espera por consulta com especialistas			X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Realização de oficinas de especialidades odontológicas	<input type="checkbox"/> Maior acompanhamento, através do plano terapêutico, da trajetória que o paciente percorrer na rede				X	X	X	X
Ocorrência de eventuais desabastecimentos de insumos odontológicos	Ausência de interface entre o setor de compras e a Direção de Odontologia	<input type="checkbox"/> Definir fluxos internos de compra	Suprimento pleno de materiais de uso rotineiro	<input type="checkbox"/> Evitar em 100% várias solicitações iguais e aquisições desnecessárias	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Definir responsáveis pelos pedidos, solicitações de compras e termos de referência		<input type="checkbox"/> Agilizar em até 40% o tempo para aquisição de materiais evitando a interrupção do fornecimento	<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X
		<input type="checkbox"/> Viabilizar o acompanhamento dos processos	Aquisição em tempo satisfatório de materiais emergenciais		<input type="checkbox"/> Superintendência de Finanças		X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Sub-aproveitamento na captação de recursos estaduais e federais	Déficit de projetos e propostas elaboradas com intuito de captação de verba federal e/ou estadual	Elaboração de projetos e propostas visando a captação de recursos	Recebimento de verbas provenientes de projetos e/ou propostas elaborados com esse fim	Garantir minimamente 50% dos recursos pleiteados através do envio de projetos e propostas	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
					<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X
							X	X	X	X
Início de ações visando à satisfação do usuário e garantia de otimização da oferta de serviços bucais disponibilizados pelo município	Desconhecimento da população sobre os serviços de saúde bucal ofertados e a forma de acessá-los	Confeccionar materiais didáticos para população orientando sobre ações e serviços de saúde bucal realizadas	Uso pleno e satisfatório e dos serviços odontológicos oferecidos	Garantir que no mínimo 80% da população que acesse o sistema, o faça pela via correta e tenha conhecimento dos serviços ofertados	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
					<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X
							X	X	X	X
Desenvolvimento do mapeamento completo da rede	Déficit no acompanhamento e registro da produção por especialidade e da demanda sem atendimento	Criar sistema de informação, avaliação e registro permanente dos recursos humanos, materiais, capacidade instalada, produção e demanda sem atendimento das unidades e da população assistida pela SAS	Produção de dados e tomadas de decisão baseadas na avaliação processual contínua/permanente	Garantir 100% registro de ações ligadas à Saúde Bucal bem como a avaliação das mesmas	<input type="checkbox"/> <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
					<input type="checkbox"/> Superintendência de Controle e Avaliação		X	X	X	X
	Ausência de cálculo da capacidade instalada das unidades e suas variações						X	X	X	X



**PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL PARCEIROS	FONTE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
fício de um planejamento para execução de ações convergentes entre atenção básica e a secundária	<p>Déficit de comunicação entre os médicos especialistas e os médicos da Atenção Básica</p> <p>Ausência de padronização no preenchimento das guias de referência e contra-referência</p> <p>Percentual elevado de pacientes encaminhados ao especialistas sem indicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de Oficinas de especialidades médicas</li> <li>Confecções de protocolos para atendimento clínico</li> </ul>	<p>Aumento da resolutividade do atendimento dos médicos da Atenção Básica</p> <p>Diminuição da demanda por especialidades</p> <p>Melhoria da assistência prestada, em função das discussões de casos, protocolos, acordos e padronizações firmadas nas oficinas de especialidades</p> <p>Maior acompanhamento, através do plano terapêutico, da trajetória que o paciente percor-</p>	<p>Diminuição em até 30% da quantidade de pacientes referenciados aos especialistas, em função do aumento da resolutividade dos atendimentos médicos da Atenção Básica</p> <p>Redução em até 50% do total de pacientes com patologias mais graves que ficam sem o devido planejamento de tratamento envolvendo mais de um nível de atenção à saúde</p>	<b>Superint. de Atenção Secundária</b> Superintendência de Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X



			rer na rede							
Realização de exames complementares em rede própria	Terceirização do serviço de encefalografia, com alto custo para o município	Montagem das salas em 03 unidades para realização de encefalografia Treinamento/capacitação de servidores para manuseio do fotoestimulador	Realização de encefalogramas e dos respectivos laudos em rede própria	atingir em até 100% a demanda de encefalografia com laudos com profissionais e equipamentos próprios	<b>Superint. de Atenção Secundária</b> Superintendência de Controle e Avaliação	Municipal	X			



<p>estruturação das unidades no âmbito físico, de equipamentos e de serviços</p>	<p>sência de estrutura para eventuais atendimentos de urgência nas dependências dos CEMs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montagem de carrinhos de paradas incluindo monitor e desfibrilador</li> <li>Treino/capacitação de servidores para atendimentos de urgência</li> </ul>	<p>tendimento eventual de emergência realizado nas dependências dos CEMs</p>	<p>star o primeiro atendimento de urgência com equipamentos adequados e pessoais treinado nas dependências dos CEMs</p>	<p><b>Superint. de Atenção Secundária</b> Superintendência de Controle e Avaliação</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>		
<p>acompanhamento e avaliação das ações ligadas a cada especialidade médica</p>	<p>sência de mecanismo de avaliação das ações executadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação anual das oficinas de especialidades médicas</li> <li>Criar sistema de registro informações e avaliação anual da efetividade das ações propostas pela SAS em cada especialidade médica</li> </ul>	<p>rodução de dados e tomadas de decisão baseadas na avaliação processual contínua/permanente</p>	<p>garantir 100% o registro de ações ligadas às especialidades bem como a avaliação da efetividade das mesmas</p>	<p><b>Superint. de Atenção Secundária</b></p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>



<p>desenvolvimento do mapeamento completo da rede</p>	<p>éficit no acompanhamento e registro da produção por especialidade e da demanda sem atendimento</p> <p>ausência de cálculo da capacidade instalada das unidades e suas variações</p>	<p>riar sistema de informação, avaliação e registro permanente dos recursos humanos, materiais, capacidade instalada, produção e demanda sem atendimento relacionado às unidades e da população assistida pela SAS</p>	<p>rodução de dados e tomadas de decisão baseadas na avaliação processual contínua/permanente</p>	<p>garantir 100% registro de ações ligadas às Especialidades Médicas bem como a avaliação das mesmas</p>	<p><b>Superint. de Atenção Secundária</b> Superintendência de Controle e Avaliação</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>			
---	--	--	---	--	--	------------------	----------	--	--	--



**PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL**

SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL PARCEIROS	CUSTO NTE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Capacitações dos servidores que atuam direta ou indiretamente na Saúde Mental do município	Déficit na oferta de capacitação disponibilizadas aos servidores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação de equipe para formar referência distrital, público alvo: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos</li> <li>• Capacitação de equipe de emergência, público alvo: profissionais do PS, Santa Casa, Corpo de Bombeiros e Polícia Militar</li> <li>• Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde</li> <li>• Continuação da Capacitação de profissionais para atuarem em situações pós-catástrofe</li> <li>• Implantação do Fórum permanente em Saúde Mental, visando capacitar profissionais de</li> </ul>	Melhor preparo dos profissionais para realizar as ações propostas pelo município	Garantir que no mínimo 80% dos profissionais que atuam direta ou indiretamente com a saúde mental freqüentem as capacitações propostas pela Diretoria de Saúde Mental	• <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X



		outras áreas e especialidades								
Reuniões distritais	Pouca capilarização da rede de assistência à saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões distritais</li> </ul>	Otimização da qualidade dos atendimentos e encaminhamentos em saúde mental	Garantir 90% de participação das equipes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Superint. de Atenção Secundária</b></li> </ul>	Municipal	X	X	X	X
Fluxo de referência e contra-referência	Constantes ciclos de repetição de encaminhamentos da clínica geral para clínica especializada  Demanda ambulatorial não atendida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padronização do fluxo de encaminhamentos</li> <li>• Realização de triagem – equipes mínimas</li> </ul>	Diminuição de encaminhamentos sem indicação	Diminuir em 40% os encaminhamentos sem indicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Superint. de Atenção Secundária</b></li> </ul>	Municipal	X	X	X	X



Confeção de materiais informativos	Déficit de conhecimento da população sobre saúde mental	Criação de um instrumento informativo contendo o fluxo, procedimentos e condutas básicas para os profissionais da rede e para a população	Aproximação da população com os serviços de saúde mental do município	Garantir que 70% da população tenha acesso ao material informativo	• <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
Prescrição e dispensação de medicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prazo curto de validade das prescrições de medicação controlada</li> <li>• Fluxo incorreto de dispensação de medicamentos controlados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a expansão do prazo máximo para prescrição de psicotrópicos (60 dias)</li> <li>• Adequar e descentralizar a dispensação de medicação controlada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir o intervalo entre as consultas, que demandem somente recebimento de nova prescrição</li> <li>• Dinamizar a dispensação de medicamentos controlados</li> </ul>	Reduzir em 50% o número de consulta para prescrição medicamentosa com prazo inferior a 60 dias	• <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
Divulgação da Política Antimanicomial	Déficit de conhecimento da população acerca da política que visa à substituição do processo de hospitalização do portador de	• Garantir através de eventos nas comunidades o reconhecimento da importância dos CAPs como um dispositivo de desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais	Aumentar o grau de esclarecimento da população sobre a Política Nacional Antimanicomial	Garantir que no mínimo 70% da população tenham acesso às atividades	• <b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013

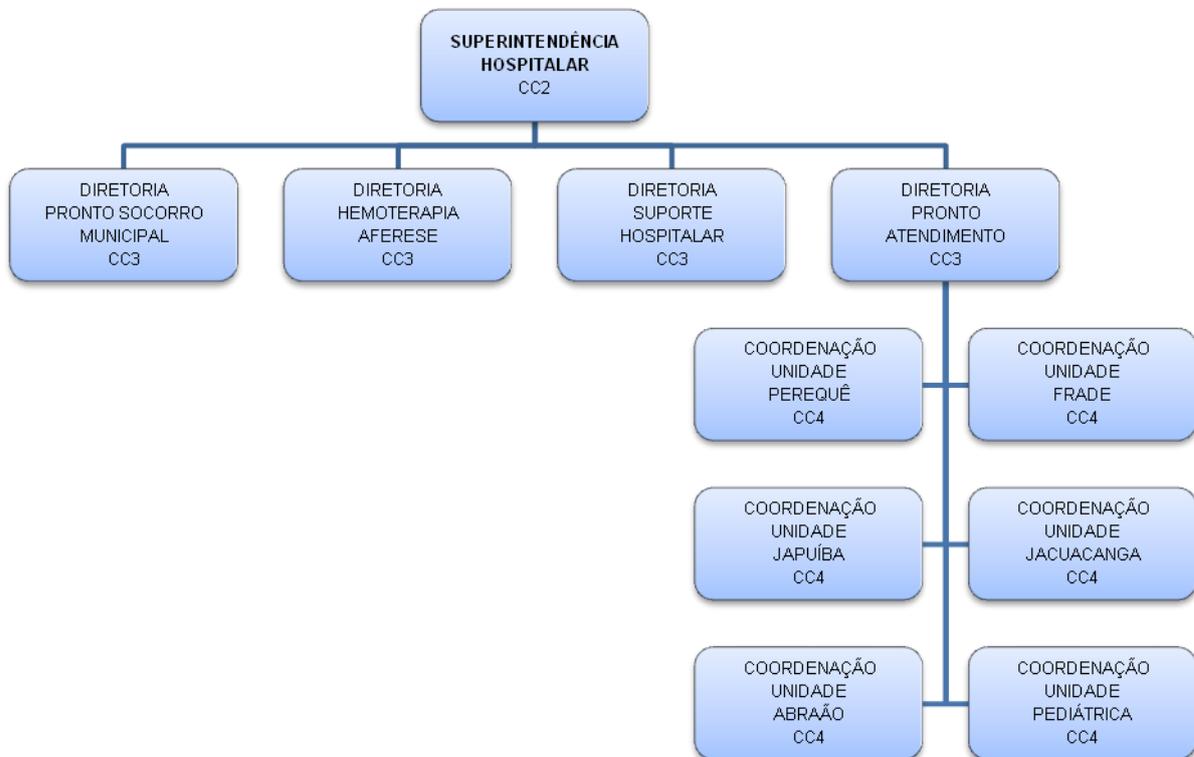


	transtornos mentais graves	graves • Divulgação do dia nacional de luta anti-manicomial (18 de maio)								
Adequação dos quadros de profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de pessoal relacionada ao aumento da demanda e da taxa de absenteísmo</li> <li>• Demanda ambulatorial não atendida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliação do quadro de profissionais e a cálculo de pessoal</li> <li>• Aumento do número de servidores, nos Caps e equipes mínimas (UBSs)</li> <li>• Aumento da cobertura ambulatorial e da triagem realizada pelas equipes mínimas</li> </ul>	Unidades com quadros plenos e diminuição gradativa de horas-extras pagas com intuito de compensar a falta de pessoal	Garantir minimamente 80% do preenchimento dos quadros das unidades e reduzir em até 100% o pagamento de horas-extras por falta de pessoal	<b>Superint. de Atenção Secundária</b>	Municipal	X	X	X	X
Leitos hospitalares para saúde mental	Internação psiquiátrica hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusão de uma enfermaria de psiquiatria para internação de curta permanência no hospital geral do município</li> <li>• Reserva de 08 leitos de psiquiatria no hospital regional que será inaugurado</li> </ul>	Garantia de leitos hospitalares para casos mais graves que mereçam internação	Garantir 100% de cobertura para internações psiquiátricas no município	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Superint. de Atenção Secundária</b></li> <li>• Superintendência de Controle e Avaliação</li> <li>• Superintendência Hospitalar</li> </ul>	Municipal	X	X	X	X

### SUPERINTENDÊNCIA HOSPITALAR

A Atenção Hospitalar tem como proposta a garantia da continuidade atenção prestada na Atenção Básica e Secundária, contribuindo na organização de demandas da média e alta complexidade de forma a agregar resolutividade à assistência prestada pelas unidades da rede.

A Superintendência de Atenção Hospitalar do município foi instituída através da Lei nº 2.073 de 29 de dezembro de 2008, com a seguinte estrutura organizacional:



O Município dispõe de assistência pré-hospitalar fixa nos cinco Distritos Sanitários. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) é referenciado no atendimento infantil do município e o Pronto Socorro Municipal, atende as emergências referenciadas dos Serviços de Pronto Atendimento/SPAs.



**I - QUADRO DE PROBLEMAS:**

<b>Problema</b>	<b>Descrição sucinta</b>
Obras civis paralisadas no Hospital Regional da Costa Verde	Aguardando a instalação de equipamentos que impedem a sua conclusão
Ausência de Recursos Humanos para o Hospital Regional da Costa Verde	Indefinição do modelo de gestão para iniciar processo seletivo
Estrutura física do SPA Japuiba inadequada	Instalações existentes degradadas e insuficientes para um adequado atendimento a um maior número de usuários, com abrangência, além da Grande Japuiba, dos bairros limítrofes
Ausência de atendimento 24 horas no Bairro da Monsuaba	Demanda pela população de atendimento 24 horas, devido ao crescimento da população na região, tendo que se deslocar para o SPA da Jacuacanga que é o mais próximo.
Número insuficiente de Médicos Pediatras	Dificuldade de compor os plantões com médicos pediatras no atendimento nos SPA e PAI
Hemonúcleo funcionando em instalações inadequadas	O Hemonúcleo funciona em espaço cedido pela Santa Casa, sendo suas atuais instalações inadequadas e insuficientes para um atendimento satisfatório aos doadores, sem condições razoáveis de conforto aos servidores
Precário atendimento do SPA do Frade	O SPA do Frade encontra-se em funcionamento em um espaço cedido pelo corpo de bombeiros de 03 cômodos, que seria



	para funcionamento provisório até o término das obras do espaço onde funcionava anteriormente. A construção da Unidade tinha término previsto para final de 2008
Ausência de internação/tratamento domiciliar para pacientes idosos, sequelados e fora de possibilidade terapêutica	Longa Permanência dos pacientes idosos, sequelados e fora de possibilidade terapêutica em leitos hospitalares
Precriedade de infra-estrutura e apoio no Pronto Socorro Municipal	Prejuízo no grau de resolatividade
Ausência de processo de sistematização da Humanização no serviço de urgência e emergência	Prejuízo no grau de satisfação dos usuários
Deficiência na composição de profissionais, formação técnica para atendimento de urgência, emergência e cuidado aos profissionais que atuam na Central de ambulância	Os profissionais que atuam na central de ambulância não possuem treinamento específico para desempenharem tal tarefa, na maioria das vezes são oriundos de unidades básicas.

## II - QUADRO DE CAUSAS:

<b>Problema</b>	<b>Causa</b>
Obras civis paralisadas no Hospital Regional da Costa Verde	Várias empresas atuando ou aguardando para atuar no mesmo espaço físico, como instalação de redes de informação, refrigeração de ar entre outras para posterior finalização de acabamento.
Ausência de Recursos Humanos para o Hospital Regional da Costa Verde	Estudo e pesquisa para escolha da forma mais eficiente e eficaz para a gestão do HRCV.
Estrutura física do SPA Japuiba	Prédio antigo, porém próprio do município, já



inadequada	havia passado por várias reformas, não tendo mais como modificar suas estruturas, necessitando de criar outro espaço para suas instalações ou demolir o existente para construção no mesmo lugar
Ausência de atendimento 24 horas no Bairro da Monsuaba	A unidade de saúde local acolhe Especialidades Médicas, Atenção Básica e Estratégia de Saúde Bucal, tendo que ser redefinido seu espaço físico para acolher o Pronto Atendimento 24 h.
Número insuficiente de Médicos Pediatras	Os médicos que estão se formando não procuram especializar-se em pediatria, tendo déficit deste profissional a nível de Brasil
Hemonúcleo funcionando em instalações inadequadas	insuficiência de áreas próprias e recursos financeiros para construção
Precário atendimento do SPA do Frade	Revisão do projeto das instalações, demora nos processos licitatórios,
Ausência de internação/tratamento domiciliar para pacientes idosos, sequelados e fora de possibilidade terapêutica	Ausência de projeto, recurso financeiro para implantação e desenvolvimento
Precariedade de infra-estrutura e apoio no Pronto Socorro Municipal	Insuficiência de área própria para expansão, deficiência de rotina médica no PSMAR
Ausência de processo de sistematização da Humanização no serviço de urgência e emergência	Influência das precárias condições de apoio e infra-estrutura, deficiência no diálogo entre os níveis de atenção (referência e contra-referência),
Deficiência na composição de profissionais, formação técnica para atendimento de urgência, emergência e cuidado aos profissionais que atuam na Central de ambulância	Ausência de capacitação e educação permanente para desenvolvimento das ações e serviços do profissional que atua na central de Ambulância.



III – QUADRO DE AÇÕES:

Problemas	Ações	Responsáveis	Prazos
Obras civis paralisadas no Hospital Regional da Costa Verde	Assinar convênio com a Eletronuclear	PMAR/FuSAR, Governo do Estado e Superintendência Hospitalar	2010/2011
Ausência de Recursos Humanos para o Hospital Regional da Costa Verde	Definir modelo de gestão para iniciar processo seletivo	Superintendência Hospitalar/Recursos Humanos da FuSAR	2010/2011
Estrutura física do SPA Japuiba inadequada	Implantar uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, tipo III, com 30 leitos, além de maiores recursos Médicos/ambulatoriais	PMAR/FuSAR, Governo do Estado e Superintendência Hospitalar	2010
Ausência de atendimento 24 horas no Bairro da Monsuaba	Transformar o CEM Monsuaba em unidade mista, com a implantação de um SPA 24 horas	Superintendências Hospitalar e Atenção Secundária	2010/2012
Número insuficiente de Médicos Pediatras	Contratar novos pediatras  Capacitar profissionais clínicos em atendimento pediátrico	Superintendências:SH/SAS/SF/Escola Técnica  SH/SF- Departamento de RH da FuSAR	2010/2012
Hemonúcleo funcionando em instalações inadequadas	Executar Projeto de construção já elaborado pela Secretaria de Obras para construção em terreno contíguo ao do	Secretaria de Obras e Superintendência Hospitalar	2010/2012



	Hospital Regional da Costa Verde		
Precário atendimento do SPA do Frade	Agilizar revisão das instalações ;  Agilizar processos licitatórios;  Inaugurar novas instalações do SPA Frade	Secretaria de Obras, Superintendências Hospitalar e Atenção Secundária	2010
Ausência de internação/tratamento domiciliar para Pacientes idosos, sequelados e fora de Possibilidade terapêutica	Implantar internação Hospitalar domiciliar  Ampliar leitos para pacientes crônicos	SH/SPCAR/ SAB e SAF	2010/2012
Precriedade de infra-estrutura e apoio no Pronto Socorro Municipal	Implantar rotina médica no PSMAR  Prover estrutura física adequada ao serviço de urgência e emergência	SH e Equipe técnica  Secretaria de Obras , Superintendência Hospitalar e SAF	2010/2011
Ausência de processo de sistematização da Humanização no serviço de urgência e emergência	Confeccionar Projeto	SH e Equipe técnica	2010/2012
Deficiência na composição de profissionais, formação técnica para atendimento de	Capacitar equipe de profissionais da central de ambulância para atendimento de urgência, emergência	SH / Escola Técnica/Corpo de Bombeiros	2010/2011



urgência, emergência e cuidado aos profissionais que atuam na Central de ambulância	e cuidado. Compor quadro de profissionais para atendimento de urgência, emergência e cuidado na Central de Ambulância	SH/SAF	
---	--	--------	--

IV – QUADRO DE METAS:

Problema	Resultado Esperado	Indicador de Monitoramento e avaliação	Situação Atual	Meta	Prazo
Obras civis paralisadas no Hospital Regional da Costa Verde	Obras terminadas	Hospital em funcionamento	Empresas trabalhando para finalização das obras	100% da obra terminada	03 anos
Ausência de Recursos Humanos para o Hospital Regional da Costa Verde	Atender as necessidades de mão de obra para o seu funcionamento	Quadro de funcionários completo	Sem profissionais designados	100% do total de funcionários	02 anos
Estrutura física do SPA Japuíba inadequada	Novas instalações	Atendimento a um maior número de usuários, com abrangência, além da Grande Japuíba, dos bairros limítrofes	UPA Tipo III Implantada	100% em funcionamento	02 anos
Ausência de atendimento	Unidade mista	Serviços	Serviço sendo	100% em	03 anos



24 horas no Bairro da Monsuaba	com pronto atendimento 24 horas	ampliados prestando pronto atendimento 24h	prestado pela unidade da Jacuacanga	funcioname nto	
Número insuficiente de Médicos Pediatras	Quadro de profissionais atuando em pediatria completo	Satisfação do usuário	Défict de profissionais	01 projeto de capacitação 100% de escala coberta	02 anos
Hemonúcleo funcionando em instalações inadequadas	Novas instalações	Satisfação do usuário e dos profissionais	Aguardo de verba pela Eletronuclear para andamento do projeto	100% instalado	03 anos
Precário atendimento do SPA do Frade	Novas instalações	Satisfação do usuário e dos profissionais	Obra finalizada; Finalização da aquisição de materiais e equipamentos	100% em Funcioname nto	01 ano
Ausência de internação/tratamento domiciliar para pacientes idosos, sequelados e	Internação domiciliar ofertada	Satisfação do usuário	Elaboração do projeto	01 projeto	03 anos



fora de possibilidade terapêutica					
Precariedade de infraestrutura e apoio no Pronto Socorro Municipal	Melhora no grau de resolutividade; Novas instalações; rotina médica implantada	Satisfação do usuário e dos profissionais	Finalização das obras civis	100% em funcionamento	02 anos
Ausência de processo de sistematização da Humanização no serviço de urgência e emergência	Profissionais adequados e capacitados	Satisfação do usuário e dos profissionais	Elaboração de projeto	01 projeto	01 ano

### Plano Operativo do Hospital Regional da Costa Verde – HRCV

A demanda da urgência e a complexidade dos pacientes vêm crescendo a cada dia, levando à necessidade de melhoria do parque tecnológico, a adequação das instalações físicas e de capacitação de toda a equipe para atender prontamente, com qualidade e de forma humanizada, o usuário.

O município de Angra dos Reis apresenta uma oferta de 1,04 leitos/hab, enquanto que a região da BIG apresenta 1,11 leitos/hab, representando um déficit de leitos de acordo com os parâmetros da portaria GM nº 1.101/02, desta forma o município propõe no Plano Municipal de Saúde de 2001 a construção de um Hospital que amplia-se a oferta no município e região.



O Hospital Regional da Costa Verde (HRCV) tem como proposta ser um hospital geral, de urgência e emergência, sendo referência para o município nas urgências clínicas (pediatria, ginecologia/obstetrícia e clínica médica), cirúrgicas (ortopédicas, neurológicas, buco-maxilo-facial, vasculares, cirurgia plástica, ginecológicas, oncológicas) e internações. O atendimento, exclusivo ao SUS, é referido não só aos cidadãos de Angra dos Reis, mas, também, aos pacientes vindos de municípios limítrofes composto por Paraty, Mangaratiba e Rio Claro (exceção de município da Baía). O HRCV conta com 169 leitos e terá como porta de entrada a unidade de urgência/emergência dos usuários referenciados do SAMU, PSM, UPA, SPAs (Serviços de Pronto Atendimento) e PAI (Pronto Atendimento Infantil). Serão disponibilizados recursos diagnósticos e terapêuticos de banco de sangue, análise clínica, radiologia, tomografia computadorizada, ultrasonografia, endoscopia digestiva e respiratória, ecocardiografia além de serviços contratados de ressonância magnética, hemodiálise, hemodinâmica e anatomia patológica.

O eixo principal e direcionador é a humanização e eficiência da assistência em Gestão Colegiada nas diversas instâncias. A participação efetiva do Conselho Local e Municipal de Saúde é fundamental no estabelecimento das diretrizes e avaliação de suas ações. Desta forma pretende-se trabalhar nos quatro eixos descritos abaixo:

- 1º - Fortalecimento da integralidade e humanização da assistência
- 2º - Consolidação da Gestão Participativa e a modernização gerencial
- 3º - Modernização da tecnológica, logística e de ambiência
- 4º - Promoção da gestão o trabalho.

Primeiro Eixo: Fortalecer a integralidade e humanização da assistência

<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Prazo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recurso</b>
Implementar projetos de humanização da assistência	Consolidar o Acolhimento de Risco  Implantar pesquisa de satisfação do usuário e	03 anos	Classificação de risco implantada todos os dias até as 23 horas  % de satisfação de	Próprio



	trabalhador		usuários por unidade de produção e global	
Monitorar a capacidade de atendimento do PID (Programa de Internação Domiciliar)-HRCV	Definir fluxos de desospitalização com o PID municipal para encaminhamento direto pós-alta para o PID de referência do Usuário	03 anos	Número de pacientes acompanhados pelo PID/Mês Média de permanência dos pacientes acompanhados pelo PID	Projeto

Segundo Eixo: Consolidar Gestão Participativa e Modernização Gerencial

Objetivo	Meta	Prazo	Indicador	Recurso
Consolidar a responsabilização dos processos de trabalho pelos gerentes e trabalhadores	Adequar o Sistema de Informações e Informatização Hospital.  Implantar o sistema de custos em todas as unidades	02 anos	% de Unidades com Sistema de Informação implantado  % Centro de custo implantado	A ser definido
Aprimorar o planejamento global do Hospital e das Unidades	Construir e pactuar contrato de gestão em todas as unidades  Elaborar consolidado com análise dos resultados do planejamento do Hospital e Unidades.  Concluir o curso dos gerentes	02 anos	% de Unidades com Planejamento  Evento Sentinela *  % de gerentes que concluiu o curso	A ser definido

\* Evento Sentinela - ocorrência inesperada que apresente risco de resultado.



Os eventos sentinela deverão ser objetos de investigação, que em âmbito constitui comitê de investigação e análise de erros por abordagem retrospectiva. Fonte: EMA, Lobo CLC, /MOTTA KMM

Terceiro Eixo - Modernização tecnológica, logística e de ambiência

Objetivo	Meta	Prazo	Indicador	Recurso
Equipar o hospital com tecnologia moderna, promovendo maior segurança profissional e qualificação da assistência	Adquirir 100% de equipamentos e materiais permanentes prioritizados no projeto de implantação.	02 anos	% de equipamentos e materiais permanentes adquiridos	A ser definido
Garantir funcionamento adequado e conservação dos equipamentos.	Implantar sistema informatizado de controle dos equipamentos. Garantir manutenção preventiva e corretiva em 100% dos equipamentos hospitalares	02 anos Contínuo	Sistema implantado % de equipamentos em programa de manutenção	A ser definido
Garantir insumos de qualidade para assistência adequada aos pacientes	Garantir acompanhamento em 100% dos processos de aquisição de insumos em geral. Garantir padronização e controle de qualidade em 100% dos materiais médicos hospitalares e medicamentos adquiridos. Garantir o fornecimento de insumos necessários à assistência hospitalar.	Contínuo	% de processos de compras acompanhados e concluídos no prazo esperado. % de insumos adquiridos que foram avaliados e padronizados pela Comissão de Padronização de Materiais % de falta de insumos padronizados para a assistência	A ser definido



## Quarto Eixo: Avançar na promoção da gestão o trabalho

<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Prazo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recurso</b>
Promover a admissão de servidores para o HRCV, através de concurso Público	Prover 100% de RH para servidores do HRCV( antecedência de 03 meses)	01 ano	Concurso realizado	A ser definido
Implantar o processo de avaliação de desempenho dos trabalhadores do HRCV	Implantar avaliação de desempenho individual e nas equipes equipe/unidade de produção, apoiado na realidade dos cargos ou postos de trabalho.  Melhorar o desempenho das unidades de Produção com proposta de incentivo coletivo para unidade	02 anos	% de trabalhadores avaliados quanto ao desempenho e produtividade.  % de melhoria dos indicadores pactuado com Unidades	A ser definido
Implantar o Plano de educação Permanente para os trabalhadores do HRCV	Melhorar o nível de formação técnica e conhecimentos específicos de 80% dos trabalhadores do PS  Implantar o Plano de Educação Permanente, para 40% dos trabalhadores do HRCV, a partir do levantamento de necessidades por unidades de produção	03 anos	% de trabalhadores que participaram de atividades de EP  % de unidades de produção contempladas pelo Plano	A ser definido



## **SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO/SPCAR**

A Lei Orgânica da Saúde traz nos seus capítulos as bases legais que instituem o planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria do sistema municipal de saúde.

No que se refere a planejamento, o capítulo III, artigo 36 cita que o processo de planejamento e orçamento deve ser pautado nas necessidades de saúde local e constituir, depois de ouvidos os órgãos deliberativos, os Planos de Saúde.

O controle, avaliação, regulação e auditoria das ações de saúde são citados no capítulo VI, seção I, II e III que trata das atribuições comuns de averiguar se as atividades realizadas estão de acordo com o planejamento, se estas ações estão atingindo os resultados propostos, como estão sendo monitoradas e reguladas.

Até 2002 foram implantadas normas operacionais e portarias que constituíram importantes instrumentos para a organização e o funcionamento dos componentes de planejamento, controle, regulação, avaliação e auditoria do município. Porém a partir da publicação das Portarias SAS/MS nº 423/02 e nº 729/02, é que foram aprovadas as atribuições básicas inerentes a cada nível de gestão no controle, avaliação e regulação da assistência à saúde no SUS, estimulando a reorganização das atividades nestes itens.

No ano de 2006, a Portaria 399, do Pacto pela Saúde, reafirma o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

No município de Angra dos Reis, o componente de controle, avaliação e auditoria foi criado em janeiro de 1998 através do Decreto nº 627/LO, como Núcleo de Controle, Avaliação e Auditoria/NCAA do sistema de saúde. A regulamentação do NCAA veio através do Decreto nº. 2.629 de 26 de setembro de 2002, e o componente regulação foi incorporado através do Decreto nº. 2.903 de 14 de janeiro de 2004.

Com a criação da Fundação de Saúde de Angra dos Reis/FuSAR, através da Lei nº 1.509 de 30 de dezembro de 2004, o NCAA passa a compor a estrutura da Fundação, como Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação/DPCA. Em dezembro de 2008, a Lei nº 2.073 institui a nova estrutura organizacional-administrativa da FuSAR, e a DP-CA passa se denominar Superintendência de Planejamento, Controle, Avaliação e Regulação/SPCAR.

A estrutura organizacional da Superintendência os componentes do planejamento, controle, avaliação e regulação, são instituídos através de Diretorias e as demais funções através de Coordenações.

## ORGANOGRAMA DA SPCAR





### DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o planejamento é objeto das três esferas de governo. No âmbito do SUS, em particular, o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS.

A atividade de planejamento, ao basear-se nas necessidades de saúde, fixa parâmetros de produção, rendimentos ou cobertura que devem estar garantidos no orçamento, alocados seguindo a PPI, orientando assim a contratação de serviços, cujos estabelecimentos devem estar cadastrados e, quando for o caso, devidamente credenciados/habilitados. A PPI deve nortear a programação físico-orçamentária (FPO) dos estabelecimentos ambulatoriais, viabilizar a autorização da produção e estar integrada à regulação do acesso aos serviços de saúde.

A implantação e implementação das atividades de planejamento evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Este processo ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

A implantação do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, possibilitou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade.



O processo de planejamento é norteado por três eixos:

- Da saúde: quando analisa o perfil epidemiológico atual do município e define perfil epidemiológico desejável;
- Do serviço: quando avalia e identifica os serviços prestados e os necessários para modificar o perfil epidemiológico atual;
- Dos recursos: consiste em identificar e avaliar os recursos disponíveis e os necessários para executar os serviços propostos.

No planejamento das ações de saúde é necessário estabelecer padrões de referência os quais subsidiam o processo de forma de divisões, oferecendo suporte para definir as necessidades da população, para tal utilizam:

- As diretrizes do Pacto pela vida
- Parâmetros de programação estabelecidos pela Portaria GM 1.101/GM/02;
- Indicadores de cobertura, capacidade instalada, taxa de ocupação de leitos, tempo médio de permanência e valor médio das internações;
- Definição de população alvo;
- Séries históricas municipais;
- Definição quantitativa e qualificativa dos serviços de saúde necessários;
- Recursos necessários para atingir os objetivos propostos;
- Análise dos relatórios dos sistemas operacionais CNES, SIAB, SIA, SIH, SISPRENATAL, SISCOLO, HIPERDIA, SISVAN, CADSUS, dentre outros.

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas:



- Saúde do Idoso;
- Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde;
- Fortalecimento da Atenção Básica.

### **COORDENAÇÃO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS**

Em Angra dos Reis os programas de saúde foram criados no ano de 1989, e estavam inseridos no Departamento de Ações Programáticas, naquela época este departamento era constituído pelos programas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, vigilância alimentar e nutricional, educação em saúde, saúde mental, saúde oral, saúde do trabalhador e DST/AIDS.

Atualmente os Programas de Saúde estão inseridos na Coordenação de Ações Programáticas/ Diretoria de Planejamento/Superintendência de Planejamento, Controle, Avaliação e Regulação, e estão distribuídos em:

- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
- Programa de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens
- Programa de Saúde na Escola
- Área Técnica de Alimentação e Nutrição
- Programa de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Deficiência
- Área Técnica de Saúde Auditiva
- Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem
- Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso
- Programa de Educação em Saúde



As atribuições dos Programas de Saúde, em linhas gerais, são as seguintes:

- Elaboração, implantação e implementação de protocolos, fluxogramas e rotinas técnicas que garantam a qualificação da atenção à saúde da mulher, da criança, de adolescentes e jovens, de homens, de idosos e de pessoas com deficiência;
- Assessoria técnica da atenção à gestante, à parturiente, à puérpera, ao recém-nascido, às crianças, aos adolescentes e jovens, aos homens, aos idosos e às pessoas com deficiência nas unidades básicas de saúde, módulos da ESF, centros de especialidades, maternidades, hospitais e demais serviços conveniados ao SUS;
- Avaliação e planejamento de projetos e ações de qualificação da atenção à saúde da mulher, da criança, de adolescentes e jovens, de homens, de idosos e de pessoas com deficiência;
- Planejamento e realização de projetos de educação permanente de profissionais de saúde no campo temático da saúde da mulher, da criança, de adolescentes e jovens, de homens, de idosos e de pessoas com deficiência;
- Desenvolvimento de trabalho conjunto com todos os demais setores da FUSAR, que possibilitem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com vistas à qualificar as ações de assistência integral à saúde da mulher, da criança, de adolescentes e jovens, de homens, de idosos e de pessoas com deficiência;
- Desenvolvimento de parceria com as demais Secretarias Municipais, Órgãos Públicos, empresas e entidades da sociedade civil que possibilitem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com vistas à melhoria da qualidade de vida da mulher, da criança, de adolescentes e jovens, de homens, de idosos e de pessoas com deficiência.



## SAÚDE DA MULHER

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de Angra dos Reis implantado desde 1991 tem como objetivo atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas. Ao longo desde tempo vem desenvolvendo ações de saúde com objetivo de atender a mulher na sua totalidade.

Na garantia da assistência a mulher o município vem desenvolvendo ações atendendo ao proposto no Pacto, onde os objetivos e metas desenvolvidos visam o controle do câncer de colo de útero e de mama e a redução da mortalidade materna.

### ✓ **Controle do Câncer do Colo do Útero:**

- a) Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo, em 2006.
- b) Incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

### ✓ **Metas para o Controle do Câncer da mama:**

- a) Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.
- b) Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

### ✓ **Redução da mortalidade materna:**

- a) Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna, em 2006.
- b) Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- c) Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.



A redução da morbidade e mortalidade da mulher com a prevenção do câncer de colo uterino e mama, prevenção e tratamento das DST, atenção a saúde materna, com redução da mortalidade materna e neonatal, e a promoção do envelhecimento ativo e saudável estão entre as ações prioritárias do Ministério da Saúde conforme disposto na portaria nº 399/GM.

### **Linhas de Cuidado do Programa de Saúde da Mulher**

- Assistência Pré-Natal, Parto e Puerpério
- Planejamento Familiar
- Prevenção das DSTs
- Prevenção da Violência
- Prevenção e Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama
- Assistência ao Climatério

### **Assistência Pré-Natal, Parto e Puerpério**

- Garantir a assistência ao Pré-Natal para 80 % gestantes;
- Garantir a assistência ao Pré-Natal de alto risco;
- Garantir o acompanhamento puerperal e a orientação e distribuição de métodos contraceptivos objetivando que a próxima gravidez seja desejada;
- Reduzir a mortalidade neonatal e maternal em 5%;
- Criar Comitês de Vigilância ao Óbito;
- Garantir o acolhimento e o parto humanizado nas maternidades existentes no Município;
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes específicas ou associadas à gestação;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo o parto humanizado e a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;

## Planejamento Familiar

- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Incentivar a participação nos grupos de planejamento familiar para que a gravidez seja sempre desejada, objetivando a diminuição dos riscos gestacionais;
- Promover ações e orientações com os adolescentes sobre sexualidade e prevenção de gravidez na adolescência.

## Prevenção e Controle do Câncer de Colo e de Mama

- Cobertura de 80% da população alvo, para o exame preventivo do câncer de colo de útero;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina: organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;
- Garantir o acompanhamento, exames necessários e tratamento das patologias cervicais;
- Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo;
- Garantir o acompanhamento, exames necessários e tratamento das patologias de mama.

## Assistência ao Climatério

- Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
- Promover ações e orientações com as mulheres sobre menopausa, climatério, sexualidade pós-menopausa e prevenção de doenças;
- Estimular a prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

## Prevenção das DSTs

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica para portadoras de DST/ AIDS;  
Garantir tratamento para as DSTs adquiridas;



Garantir o fornecimento de preservativo masculino como prevenção de DST;  
Estimular a implantação e implementação de grupos para orientação na prevenção de DST.

### **Promoção da Saúde**

- Estimular a implantação e implementação de grupos para orientação dos riscos para a saúde física e mental das drogas lícitas e ilícitas;
- Enfatizar a mudança de comportamento da população, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática da atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- Articular, promover e apoiar programas de promoção da atividade física;
- Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.

### **Objetivos Gerais do Programa**

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde;
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde;
- Garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços;
- Compreender em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher;
- Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres;



- Estimular e apoiar a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher;
- Melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS;
- Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;
- Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população;
- Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.

Em relação aos indicadores de saúde da mulher, apresentamos a série histórica de mortalidade materna e de mortalidade por câncer de mama e câncer do colo do útero

**MORTALIDADE MATERNA E EM IDADE FÉRTIL EM ANGRA DOS REIS  
PERÍODO DE 2000 A 2009**

ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Nº ÓBITOS MATERNOS</b>	0	2	1	2	0	0	2	1	1	1
<b>TAXA MORTALIDADE MATERNA</b>	0,0	80,6	38,9	82,4	0,0	0,0	81,47	40,44	41,5	40,8
<b>ÓBITOS POR CA ÚTERO</b>	2	3	1	4	1	0	3	1	1	0
<b>TAXA DE MORTALIDADE CA ÚTERO</b>	4,22	6,12	1,99	7,75	1,89	0,00	5,23	1,70	1,2	0
<b>ÓBITOS CA MAMA</b>	3	4	9	8	12	3	11	7	5	9
<b>TAXA DE MORTALIDADE CA MAMA</b>	6,32	8,16	17,89	15,50	22,68	5,37	19,18	11,90	6,1	10,8

Fonte: SIM e SINASC/Setor de Dados Vitais / Vigilância Epidemiológica / SVS / FuSAR/Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher / SPCAR / FuSAR



O coeficiente de mortalidade materna indica a relação do número de óbitos em mulheres causados por complicações da gestação, parto ou puerpério. O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano e refletindo, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico e a qualidade da assistência à saúde.

Este índice é calculado em relação a cada 100.000 nascidos vivos e a média de nascimentos em Angra é de cerca de 2400 a 2500 nascimentos/ano, este número de nascimentos pequeno, em relação ao parâmetro utilizado para cálculo faz com que apenas 1 óbito já represente uma taxa elevada (cerca de 40), e nos anos em que temos 2 óbitos, infelizmente nossa taxa (cerca de 80) fica acima da média da região sudeste.

Em relação à mortalidade materna, nos últimos anos tivemos de 0 a 2 casos ao ano, apesar de parecer pouco estes números são muito significativos, pois a gravidez é um fenômeno fisiológico e como tal não deveria ter como consumação o óbito.

A meta do MS é erradicar a mortalidade materna, porém muito há que ser feito, principalmente em nossa cidade, em que apenas 1 óbito já representa um coeficiente tão alto. Mais uma vez fica comprovada a necessidade de investimentos na assistência pré-natal e na assistência ao parto e puerpério.

Os dados acima demonstram a premência de qualificação da rotina de prevenção destes tipos de câncer, com aumento da captação de novas clientes para a coleta de 1ª vez do exame preventivo, diagnóstico oportuno e tratamento adequado.



**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Captação precoce de gestantes, controle do agendamento do pré-natal, busca ativa de gestantes faltosas.	Cobertura de 6 ou mais consultas de pré-natal 70,3% em 2005 76,8% em 2008 Aumento de 6,5 pontos			80% em 2010	<b>Coord. Mulher</b> Coord. Criança Coord. Adolescente					
Campanha informativa sobre a importância de início precoce acompanhamento pré-natal nas rádios, TV, jornais e site da prefeitura	Conforme o SISPRENATAL 25,7% das gestantes iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre em 2008 e em 2009 este percentual subiu para 29%	Não conseguimos aumentar significativamente a cobertura de 6 ou mais consultas de pré-natal	Cobertura de 6 ou mais consultas de pré-natal.	85% em 2011  90% em 2012 e 2013	Coord. Educ. Saúde	Municipal	X	X	X	X
Vigilância do SISPRENATAL com busca ativa das faltosas e das puérperas que ainda não realizaram a consulta de	SISPRENATAL sem registro da consulta de puerpério em 46% das gestantes cadastradas.				Atenção Básica  Vigil. Epidemiológica					



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Aumentar a taxa de conclusão de inserção de dados no SISPRENATAL vistas à aumentar a captação de recursos do SUS	SISPRENATAL com inconclusão devido falta de inserção de dados em 62 % das gestantes cadastradas	Pequena captação de recursos do SUS devido conclusão do SISPRENATAL	Taxa de conclusão de inserção de dados	80% em 2010  90% em 2011  100% em 2012 e 2013	<b>Coord. Mulher</b>  Atenção Básica  Informática	Municipal				
Incentivar a realização de grupos de gestante nas unidades de saúde.  Incentivar a paternidade, ampliando a participação dos homens-pais nos grupos de gestantes.	Poucas unidades de saúde realizam grupos de gestantes.  Ausência de inclusão e informação aos homens em relação ao ciclo gravídico-puerperal.	Deficit do nº de unidades de saúde que realizam grupo de gestante.  Pouca participação dos homens nos grupos de gestante.	Nº de homens participantes no grupo de gestante x 100/nº de participantes.		<b>Coord. Mulher</b>  <b>Coord.S. Homem</b>  <b>Atenção Básica</b>	Municipal				



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Garantir a realização de todos os exames laboratoriais e de imagem preconizados na rotina de pré-natal.	Baixa cobertura de gestantes que realizaram todos os exames básicos 22,76% (SIS Pré-Natal).	Falta de agenda para marcação de exames específica para gestante.	Baixa cobertura de gestantes inscritas que realizaram 06(seis) consultas de Pré- Natal e todos os exames básicos 22,76%(SIS Pré-Natal).	Garantir a realização da 1ª e 2ª RPN para 100% das gestantes inscritas.	<b>Coord. Mulher</b>  C. Criança  C. Adolescente  C Educ. Saúde  Atenção Básica  Vigilância Epidemiológica  Laboratório Contratado	Municipal				



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Revisão, publicação e implementação da Rotina de Vigilância aos resultados dos exames da rotina do Pré-Natal, que já foi discutido com Epidemiologia e Laboratório contratado.</p>	<p><i>Prazo de entrega dos resultados das sorologias de rotina do pré-natal diminuiu de cerca de 3 meses, em 2006, para cerca de 30 dias em 2009.</i></p> <p>Avaliamos junto ao Laboratório Central e à Epidemiologia e concluímos pela unificação de todos os exames de pré-natal no Laboratório Central Municipal para melhor controle de qualidade.</p> <p>Posteriormente esta rotina foi assumida pelo Laboratório prestador de serviços complementares ao SUS</p> <p>Segundo o SISPRENATAL apenas 76,3% das gestantes cadastradas em 2009 realizaram o exame VDRL e 91,1% realizaram o exame HIV.</p>	<p>Inexistência de rotina de vigilância dos resultados de exames de rotina do pré-natal</p>	<p>Tempo médio de demora para recebimento dos resultados positivos de exames.</p> <p>% de exames com resultado positivo para sorologias que está sendo monitorado</p>	<p>Busca Ativa de 100% das gestantes com sorologia positiva para iniciar tratamento específico</p> <p>Busca ativa de 100% das gestantes com complicações metabólicas para iniciar tratamento específico</p>	<p><b>Coord. Mulher</b></p> <p>C. Criança</p> <p>C. Adolescente</p> <p>C Educ. Saúde</p> <p>Atenção Básica</p> <p>Vigilância Epidemiológica</p> <p>Laboratório Contratado</p>	<p>Municipal</p>	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Entrega de todos os resultados de rotina do pré-natal para a Unidade de Saúde que solicitou o exame.	Entrega dos resultados para o paciente.	Falta de diferenciação dos exames de pré-natal dos demais, dificultando sua priorização.  <i>Risco da paciente pegar o resultado e não levar para avaliação do médico ou enfermeiro que solicitou o exame.</i>	% de resultados entregues para as unidades de saúde	Envio de resultados em até 20 dias para a unidade de saúde que originou o pedido do exame.	<b>Coord. Mulher</b> C. Criança C. Adolescente C Educ. Saúde Atenção Básica Vigilância Epidemiológica Laboratório Contratado	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Revisão, publicação e implementação das Rotinas do Pré-Natal, em especial do diagnóstico e prevenção das doenças congênitas preveníveis.	<b>Incidência de doenças congênitas preveníveis</b>  Casos notificados de Doenças Congênitas em menores de 01 ano em 2009:  AIDS – 2  Sífilis – 5  Dç Exantemáticas – 2  Hepatite B – 0  Toxoplasmose - 6	Controle e tratamento ineficazes da sífilis, toxoplasmose, hepatite B, AIDS, tétano e rubéola durante o pré-natal, aumentando a incidência das doenças congênitas preveníveis.	Monitoramento dos registros de sífilis, resultados positivos de sorologias e referências de gestantes para o ambulatório de risco e das VDs para busca ativa  Incidência das doenças congênitas preveníveis.	Referência de 100% das gestantes com resultados positivos para toxoplasmose para o ambulatório de pré-natal de risco.  Referência de 100% das gestantes com resultados positivos para o ambulatório de Acolhimento.  Redução da incidência das doenças congênitas preveníveis.	<b>Coord. Mulher</b>  C. Criança  C. Adolescente  C Educ. Saúde  Atenção Básica  Vigilância Epidemiológica  Coord. DST/AIDS	Municipal	X	X	X	X
Fundação de Saúde de Angra dos Reis										



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Implantação do Ambulatório de Pré-Natal de Risco no 2º e 3º DS	Apenas 2 ambulatórios de pré-natal de risco implantados (CEM e Perequê) Apenas 01 ginecologista lotado no ambulatório de pré-natal de risco do 1º DS, com CH parcial.	Dificuldade de acesso para as gestantes de risco do 2º e 3º DS	Existência dos ambulatórios de risco de pré-natal	Implantação dos ambulatórios do 2º e 3º DS em 2010	<b>Coord. Mulher</b> C. Criança C. Adolescente C Educ. Saúde Atenção Básica Vigilância Epidemiológica Coord. DST/AIDS	Municipal	X			
Garantia de oferta dos medicamentos constantes no protocolo de Pré-Natal	Eventuais situações de desabastecimento da rede	Acompanhamento medicamentoso ineficaz das gestantes	Disponibilidade dos medicamentos	Oferta dos medicamentos descritos no protocolo de Pré-Natal para 100% das gestantes em acompanhamento no SUS	<b>Coord. Mulher</b> Atenção Básica Farmácia Central Coord. DST/AIDS	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Revisão e implementação da Vigilância Nutricional das Gestantes na rotina do Pré-Natal, de modo a prevenir e controlar a DEHG, o diabetes gestacional, o baixo peso ao nascer e a prematuridade, através da referência, quando necessário, ao ambulatório de nutrição e	% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.  8.7% em 2005  8,02 % em 2008	Índice de baixo peso ao nascer, apesar de demonstrar queda, ainda merece atenção, a fim de diminuir os casos preveníveis.	Incidência de baixo peso ao nascer.	7,5 % em 2010  7% em 2011, 2012 e 2013	<b>Coord. Mulher</b>  C. Criança  C. Adolescente  C. ATAN  C Educ. Saúde  Atenção Básica  Vigilância Epidemiológica  Coord. DST/AIDS  Atenção Especializada	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
para especialistas médicos.	<b>% de prematuridade</b> 9% em 2005 8,23 % em 2008	Índice de prematuridade, apesar de demonstrar queda, ainda merece atenção, a fim de diminuir os casos preveníveis.	Índice de incidência de prematuridade	de 7,5 % em 2010 7% em 2011, 2012 e 2013						
Renegociar a meta pactuada de partos por cesariana com a SESDEC, com vistas a aumentar a captação de recursos do SUS referente ao pagamento das AIHs de parto cesáreo	MS só repassa a verba referente a partos cesarianas na ordem de 27,7% do total de partos. <i>Os partos cesáreos excedentes não são informados e não geram o pagamento de AIHs.</i>	Glosa de pagamentos de AIHs dos partos excedentes a 27,7% do total de partos.	Meta de partos cesáreos pactuada para 2010	52% em 2010 49% em 2011 45% em 2012 40% em 2013		Municipal				
							X	X	X	



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Adoção de medidas que garantam a continuidade de oferta do exame do teste rápido do HIV em 100% das maternidades da cidade.	SESEDEC informa que tem kits suficientes para distribuir para todas as maternidades, bastando apenas o município se responsabilizar pela distribuição	Descontinuidade de oferta do exame de teste rápido de AIDS nas maternidades	Relação entre o nº de parturientes que necessitaram do exame e o realizaram.	Oferta do exame à 100% da clientela que necessitar utilizá-lo.	<b>Coord. Mulher</b>  Coord. DST/AIDS  Vigilância Epidemiológica  Maternidades conveniadas	Municipal				X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Contribuir para a reativação do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil e Fetal, com garantia de estrutura administrativa para seu funcionamento,	Reuniões informais em 2008, Sem reuniões em 2009. Pouca mobilização da sociedade civil e sobrecarga de trabalho dos setores da FuSAR. Óbitos são investigados pela Vigilância Epidemiológica e encaminhados para parecer do Comitê Estadual. Estamos em fase de reformulação do comitê para nova publicação	Não funcionamento do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil e Fetal implica na perda de oportunidade de discussão dos óbitos maternos, infantis e fetais impossibilitando a discussão das rotinas e a prevenção de novos casos.	Publicações, Atas e lista de presença de integrantes do comitê	Publicação imediata e início dos trabalhos em 2010.	<b>Coord. Mulher</b> <b>C. Criança</b>  C. Adolescente C Educ. Saúde Vigilância Epidemiológica Atenção Básica Auditoria Maternidades conveniadas Entidades do Comitê Mortalidade Materna, Infantil e Fetal	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Manter e readequar o cartão de Pré-Natal existente do município.</p> <p>Abolir o cartão do ministério.</p>	Cartão de pré-natal existente incompleto	Falta de registros adequados das consultas	<p>Cartão de pré-natal do município antigo e incompleto.</p> <p>Cartão de pré-natal do ministério muito ruim – sem espaço para anotações e possui vários dados não utilizados.</p>	Readequar o cartão de pré-natal do município até 2010.	<p><b>Coord. Mulher</b></p> <p>C. Criança</p> <p>C. Adolescente</p> <p>C Educ. Saúde</p> <p>Atenção Básica</p> <p>Vigilância Epidemiológica</p> <p>Coord. DST/AIDS</p>	Municipal	x			



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Sensibilizar os profissionais, médicos e enfermeiros para o preenchimento correto e completo do cartão de pré-natal e ficha de acompanhamento de pré-natal.	Fichas de acompanhamento de pré-natal incompletas	Não preenchimento adequado da ficha de acompanhamento de pré-natal que fica arquivada nas unidades	Fichas de acompanhamento de pré-natal	Sensibilizar os profissionais, médicos e enfermeiros(as) até 2010	<b>Coord. Mulher</b> C. Criança C. Adolescente C Educ. Saúde Atenção Básica Vigilância Epidemiológica Coord. DST/AIDS	Municipal	x			



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Ampliar a cobertura de preventivo para o grupo de mulheres com vida sexual ativa						Municipal				
Viabilizar compra de material necessário para a realização do exame.	Baixa captação para realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero	Apenas 33,17% das usuárias entre 15 e 49 anos colheram preventivo em 2008..	Cobertura de preventivos na faixa etária de 11 a 59 anos	Cobertura de preventivo em 80% da população alvo.  Viabilizar compra de material, mantendo o estoque.	<b>Coord. Mulher</b> Atenção Básica		x	x	x	X
Melhorar o agendamento para realização do exame e resultado.										
Descentralizar a Patologia cervical – com melhora do agendamento e do acesso.	Acompanhamento dos Preventivos suspeitos ou positivos Insuficiente.	Agenda estrangulada para Ginecologia e Patologia Cervical.	Agendas, prontuários	Garantir a marcação de consulta especializada para 100% dos preventivos alterados, no prazo máximo de 15 dias..	<b>Coord. Mulher</b> Atenção Básica Atenção secundária	Municipal	x	x	x	
Viabilizar compra de material para realização dos exames.	Falta de material para realização de colposcopia e CAF.	Falta busca ativa, das faltosas, para os preventivos alterados.		Garantir encaminhamento para setor secundário ou						



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
		Monitoramento nas unidades insuficiente.  Difícil acesso ao ambulatório de patologia cervical, prejudicando o acompanhamento.  Consultas remarcadas por falta de material.		terciário para 100% dos casos positivos de câncer de colo confirmados.  Reestruturar os ambulatórios no 1º e 4º Distrito até 2011.  Criar os ambulatórios do 2º e 3º Distrito até 2013.						
Aumento do número de vagas para o ambulatório de mastologia – criar mais 01 ambulatório  Aumentar a quantidade de exames diagnósticos.  Viabilizar compra de	Referência para Ambulatório de Mastologia	Dificuldade de marcação de consulta. Tempo médio de marcação maior que 30 dias.	Agenda estrangulada para ambulatório de Mastologia ( existe apenas 1 ambulatório – pop fem entre 40 e 69 anos = 48252).	Garantir que 100% das pacientes referenciadas sejam atendidas em no máximo em 30 dias, 2010.  Garantir mamografia e US de mamas preventiva e de acompanhamento, 2010.	<b>Coord. Mulher</b>  Atenção Básica  Assistência secundária	Municipal	x	x	x	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>agulhas de Core Biopsia.</p> <p>Resultado do Histopatológico no máximo, em 30 dias.</p> <p>Realizar reuniões educativas, atingindo no mínimo 50% da população alvo (entre 15 e 49 anos).</p> <p>Realização de grupos de planejamento familiar em horários diferenciados.</p> <p>Estimular as usuárias a construção de uma nova concepção sobre o planejamento familiar.</p>	<p>Conceito de Planejamento Familiar voltado apenas para Laqueadura e Vasectomia</p>	<p>Procura para as reuniões de planejamento voltado somente para a laqueadura e vasectomia.</p> <p>Pouca participação dos homens nos grupos de planejamento familiar nas unidades de saúde.</p>	<p>Percentual de laqueaduras e vasectomias realizadas no município.</p> <p>Nº de homens participantes no PF X 100/nº de participantes.</p>	<p>Viabilizar a compra de material, 2010.</p> <p>Viabilizar resultado de Histopatológico em 30 dias.</p> <p>Reconstruir junto aos usuários do serviço o conceito de Planejamento Familiar.</p> <p>Estimular o comparecimento nos grupos de planejamento familiar independente da opção e laqueadura ou vasectomia.</p> <p>Grupos de</p>	<p><b>Coord. Mulher</b></p> <p>C. Adolescente</p> <p>C Educ. Saúde</p> <p>Atenção Básica</p> <p>Assistência secundária</p>	<p>Municipal</p>	x	x	x	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Realizar cadastros nas UBS e ESF para as pacientes que desejam planejamento e fornecer o método escolhido a 70% das pacientes.</p> <p>Regularizar oferta de métodos e medicamentos contraceptivos.</p>	Irregularidade na dispensação contraceptivos.	Irregularidade na dispensação de contraceptivos. Falta de controle de cadastro para o planejamento familiar.	Percentual de laqueaduras realizadas no município. Quantidade de notificações de DST.	planejamento familiar em todas as unidades.  Em 2011 – 50% dos participantes homens.  Prover insumos necessários, atendendo a demanda cadastrada. Ter quantidade suficiente de preservativo masculino e feminino para dispensação planejamento familiar.	<b>Coord. Mulher</b> C. Adolescente C Educ. Saúde Atenção Básica Assistência secundária Farmácia	Municipal	x	x	x	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Formar grupos de educativos para o climatério.</p> <p>Fornecer tratamento, quando necessário, para os sintomas, com medicamento hormonal e/ou fitoterápico.</p> <p>Dar apoio psicológico, nutricional e atividade física e intelectual, à mulher climatérica.</p>	Falta de Atenção à Saúde da Mulher no Climatério	<p>Baixa cobertura no atendimento à mulher climatérica.</p> <p>Falta de grupos de esclarecimento sobre o climatério.</p> <p>Falta de ações específicas para o climatério.</p>	<p>Baixa cobertura do atendimento.</p> <p>Inexistência de ações para prover melhor qualidade de vida da mulher climatérica</p>	<p>Capacitar os profissionais para a formação de grupos. – 2011 –</p> <p>Garantir o agendamento das consultas e o tratamento para 70% das mulheres no climatério. – 2011 –</p>	<p><b>Coord. Mulher</b></p> <p>C Educ. Saúde</p> <p>Atenção Básica</p> <p>Assistência secundária</p>	Municipal	x	x	x	X
<p>Criar e implantar o protocolo de ações de prevenção da violência da mulher</p>							Notificação insuficiente de Violência contra a Mulher	<p>Ausência do protocolo de ações no caso de Violência contra a Mulher</p>	<p>Criar e implantar o protocolo de ações (fluxo e condutas). Até 2010</p>	<p><b>Coord. Mulher</b></p> <p>C. Criança</p> <p>C. Adolescente</p> <p>C Educ. Saúde</p>



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ações	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Criar Pólos de saúde da mulher para facilitar o acesso as unidades de saúde nos casos de patologia cervical, patologias da mama, gravidez de alto risco e violência contra a mulher.</p> <p>Viabilizar o funcionamento – compra de material necessário, remanejamento e contratação de pessoal.</p>	<p>Ausência de local apropriado para acolhimento, tratamento e acompanhamento das mulheres vítimas de violência, com patologias específicas da mulher e gravidez de alto risco</p>	<p>Controle ineficaz das patologias pelo Município.</p> <p>Ausência de acolhimento de vítimas de violência.</p> <p>Dificuldade de acesso e acompanhamento ineficaz da gravidez de alto risco.</p>	<p>Ausência de local apropriado para acolhimento, desenvolvimento de ações, orientação e tratamento de patologias específicas da mulher, ocasionando controle ineficaz das patologias pelo Município e observação do bem estar da</p>	<p>Criar Pólos de saúde da mulher no 1º, 2º e 3º Distrito</p> <p>Viabilizar o funcionamento em 2011</p>	<p>Atenção Básica</p> <p>Vigilância Epidemiológica</p> <p>Coord. DST/AIDS</p> <p><b>Coord. Mulher</b></p> <p><b>Fusar</b></p> <p>C. Criança</p> <p>C. Adolescente</p> <p>C Educ. Saúde</p> <p>Atenção Básica</p> <p>Atenção secundária</p> <p>Vigilância Epidemiológica</p> <p>Coord. DST/AIDS</p>	<p>Municipal</p>	x			



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
			mulher Angrense.							

## **SAÚDE DA CRIANÇA**

Cenário Nacional da Política de Promoção da Saúde da Criança

A legislação brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, ratifica o compromisso do poder público com a garantia de atenção integral à saúde da criança.

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações prioritárias do Ministério da Saúde, com vistas à redução da mortalidade infantil e fetal e à melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias.

**De acordo com a NOAS – SUS 01/2001 as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica à saúde da criança são as seguintes:**

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- Promoção do aleitamento materno;
- Combate às carências nutricionais;
- Implantação e alimentação regular do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Realização do Esquema Vacinal Básico de Rotina;
- Busca de faltosos;
- Realização de Campanhas e intensificações;
- Alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação;
- Assistência às Infecções Respiratórias Agudas em menores de 5 anos;
- Assistência às doenças diarréicas em crianças menores de 5 anos;
- Assistência a outras doenças prevalentes;
- Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças;
- Garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializada;
- Realização ou referência para exames laboratoriais.

Em 2005 o Ministério da Saúde lançou a “**Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**”, com o propósito de enfrentar o desafio de reduzir a mortalidade infantil, que define as linhas de cuidado da atenção à saúde da criança:

- Nascimento Saudável
- Triagem Neo-Natal



- Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo
- Cuidado do Recém-Nascido e da Mãe na Unidade de Saúde
- Vigilância à Saúde da Criança
- Crescimento e Desenvolvimento
- Distúrbios Nutricionais
- Doenças Prevalentes na Infância
- Imunização
- Atenção à Saúde Bucal
- Atenção à Saúde Mental
- Prevenção de Acidentes, Maus-tratos e Violência e Trabalho Infantil
- Atenção à Criança Portadora de Deficiência

A **Portaria nº 399/GM**, que aprova as diretrizes operacionais do **Pacto pela Saúde 2006**, ratifica a prioridade de atenção à saúde da criança nos seguintes aspectos:

- Reduzir a mortalidade neonatal em 5%,
- Reduzir em 50% os óbitos por doenças diarreicas,
- Reduzir em 20% os óbitos por pneumonias,
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes na infância (AIDPI),
- Criar Comitês de Vigilância ao Óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes,
- Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna,
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto,
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.



### **Histórico do PAISC em Angra dos Reis**

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança foi criado em Angra dos Reis em 1989, inicialmente foi priorizada a implantação das ações básicas – crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, controle das diarreias, controle das infecções respiratórias e imunização - na rede de saúde, com posterior implementação de projetos de qualificação da assistência, ressalta-se a capacitação descentralizada de todas as equipes de saúde em 1991, o Projeto de Vigilância à Saúde do Recém-Nascido em 1993, o Projeto de Vigilância à Saúde da Criança em 1994, a criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil em 1993, a intervenção e co-gestão do Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena, e o Projeto de Qualificação da Assistência Perinatal, que previu a reforma e ampliação da maternidade, a criação da UTI neonatal e a criação do banco de leite humano, este último projeto obteve financiamento do REFORSUS, por convênio do MS com o Banco Mundial, porém a criação do banco de leite humano não foi efetivada.

Foram realizados Seminários Municipais de Saúde da Criança e de Aleitamento Materno. O fruto deste trabalho foi a redução importante das taxas de mortalidade infantil, na década de 90 o Município recebeu por duas vezes o Título de “Município Amigo da Criança”, da UNICEF. Na década de 2000 houve uma interrupção de continuidade da função de Coordenação PAISC e em abril/2006 a Coordenação foi reconstituída, sendo os trabalhos retomados.

### **População Infantil no Município de Angra dos Reis**

A população infantil é definida atualmente pelo Ministério da Saúde pelo número de indivíduos menores de 10 anos e em Angra dos Reis está estimada em 30.146 pessoas para o ano de 2009, representando 18% da população angrense. A seguir apresentamos a distribuição desta população por Distrito Sanitário.



**ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS, POR DISTRITO SANITÁRIO, PARA 2009**

DISTRITO	FAIXA ETÁREA			TOTAL POR DS
	< 1	1-4	5-9	
1º DS (Centro)	550	2537	3542	<b>6.629</b>
2º DS (Japuiba)	762	3513	4904	<b>9.178</b>
3º DS (Jacuecanga)	433	1998	2789	<b>5.220</b>
4º DS (Itanema ao Perequê)	688	3172	4428	<b>8.288</b>
5º DS (Ilha Grande)	69	318	444	<b>831</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.502</b>	<b>11.537</b>	<b>16.107</b>	<b>30.146</b>

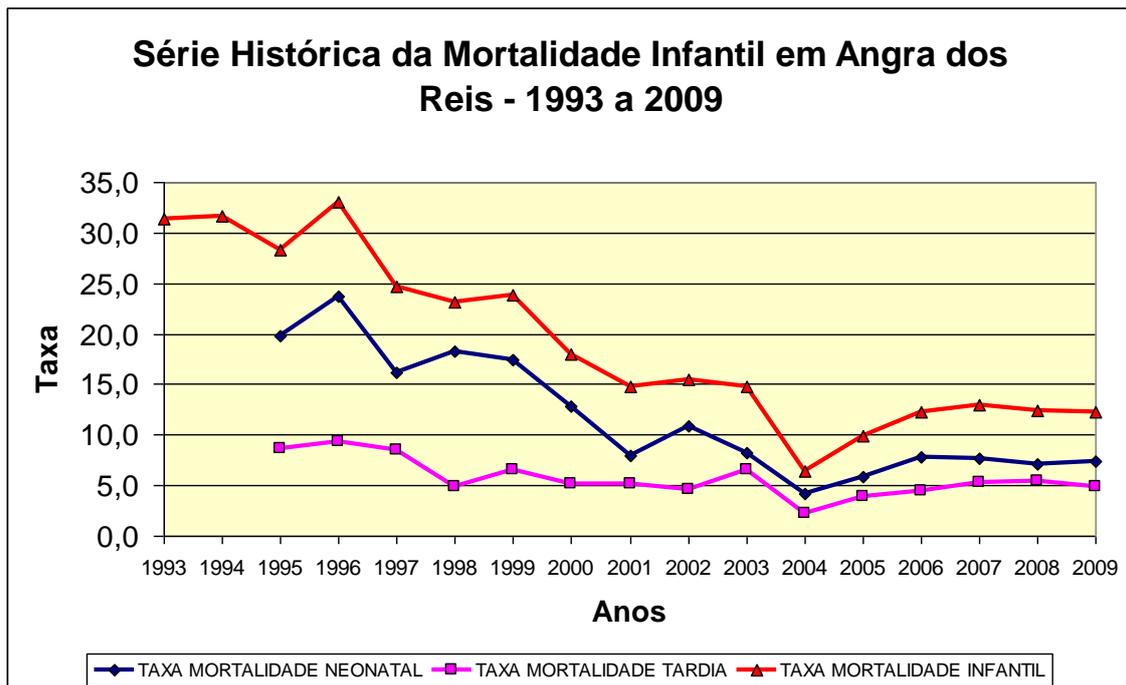
Fonte: IBGE – Setor de Dados Vitais/ Diretoria Vigilância Epidemiológica / SVS

Assim como para a população em geral o 2º DS é o mais populoso, seguido em ordem decrescente pelo 4º DS, 1º DS, 3º DS e 5º DS. Ao atentarmos também para os aspectos sócio-ambientais, como acesso à emprego formal, condições de moradia, saneamento básico e violência, a conjugação de todos estes fatores aponta para a prioridade de início de toda ação de saúde da criança pelos 2º e 4º DS.

### **Indicadores de Saúde da Criança**

O coeficiente de mortalidade infantil (relação entre o número de óbitos em menores de 1 ano para cada 1000 nascidos vivos) é um dos indicadores de saúde que mais exprime a qualidade da assistência de saúde prestada à população e a qualidade de vida dos cidadãos de uma determinada localidade, estando diretamente relacionado com a atenção à saúde da mulher e da criança, sendo o indicador de escolha para subsidiar as discussões no campo da atenção à saúde da criança.

Apresentamos a seguir a série histórica do coeficiente de mortalidade infantil (0 a 1 ano), a partir de 1993; apesar da sistematização da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) ter sido implantada no município em 1993, permitindo então o cálculo dos coeficientes de mortalidade e natalidade, os dados detalhados de mortalidade neonatal e tardia só estão disponíveis a partir de 1995.



Fonte: SIM e SINASC - Setor de Dados Vitais / Vigilância Epidemiológica / SVS / FuSAR

Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança /CAP /SPCAR / FuSAR

Observação: Dados atualizados em 08/abril/2010 - sujeito a alterações

Os dados demonstram que, com o investimento inicial durante a década de 90 na atenção básica e na vigilância à saúde da criança e posteriormente na Maternidade de Referência, na UTI neonatal e no Ambulatório de Follow-up, bem como com a ampliação da rede de atenção básica e da estratégia de saúde da família, nesta última década, o município alcançou índices satisfatórios de qualidade de assistência à saúde da criança, com queda da mortalidade infantil, sendo mais significativa a queda na mortalidade neonatal (0 a 27 dias), imediatamente após a implantação da UTI Neonatal. Em relação à mortalidade tardia (28 dias à 01 ano) observa-se uma tendência de estabilidade desde 1998.



**SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE INFANTIL EM ANGRA DOS REIS,  
PERÍODO DE 2000 A 2009 – NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS**

ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº DE ÓBITOS NEONATAIS (00 à 27 dias)	35	20	28	20	11	15	19	19	17	18
TAXA MORTALIDADE DE NEONATAL	12,8	8,0	10,9	8,2	4,1	5,9	7,7	7,7	7,07	7,36
Nº ÓBITOS TARDIOS (28 dias à 01 ano)	14	13	12	16	6	10	11	13	13	12
TAXA MORTALIDADE TARDIA	5,1	5,2	4,7	6,6	2,2	3,9	4,5	5,3	5,4	4,91
<b>Nº ÓBITOS &lt; 1 ANO</b>	<b>49</b>	<b>37</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>TAXA MORTALIDADE INFANTIL</b>	<b>17,9</b>	<b>14,8</b>	<b>15,5</b>	<b>14,8</b>	<b>6,4</b>	<b>9,8</b>	<b>12,2</b>	<b>12,9</b>	<b>12,47</b>	<b>12,27</b>

Fonte: SIM e SINASC - Setor de Dados Vitais / Vigilância Epidemiológica / SVS / FuSAR/Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança /CAP /SPCAR / FuSAR/Observação: Dados atualizados em 08/abril/2010 - sujeito a alterações

Atualmente observa-se uma tendência de estabilidade deste coeficiente, o que aponta para a premência de qualificação das ações de promoção da saúde materna e infantil, a fim de que possamos propiciar uma queda mais significativa deste coeficiente, pois a meta do milênio para este indicador, a ser mensurada em 2015, é de apenas um dígito, ou seja, precisamos alcançar um coeficiente menor que 10 até 2015.



**SÉRIE HISTÓRICA DAS DOENÇAS CONGÊNITAS PREVENÍVEIS EM  
MENORES DE 01 ANO, ANGRA DOS REIS, PERÍODO DE 2000 A 2009**

Ano	AIDS	Sífilis	Dç Exantemáticas	Hepatite B	Toxoplasmose
2000	4	14	18	3	0
2001	6	9	25	2	0
2002	1	7	13	1	0
2003	6	3	7	2	0
2004	6	16	11	2	0
2005	3	5	7	2	0
2006	2	4	7	0	0
2007	0	6	9	0	0
2008	0	2	14	0	0
2009	2	5	2	0	6

Fonte: SINAN - Setor de Dados Vitais / Vigilância Epidemiológica / SVS / FuSAR/ Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança /CAP /SPCAR / FuSAR

As doenças congênitas preveníveis têm esta denominação justamente porque podem ser diagnosticadas durante o pré-natal e a gestante pode receber medicação adequada, que evita a transmissão para o bebê, desta forma, se a atenção ao pré-natal é adequada, com diagnóstico oportuno e tratamento adequado haverá diminuição destes índices, o que aponta para a adoção de ações voltadas para a educação permanente das equipes da rede básica e das equipes das maternidades conveniadas ao SUS, com vistas ao cumprimento do protocolo que já foi estabelecido, para prevenção e controle da mortalidade neonatal por causas perinatais e doenças congênitas preveníveis, como a sífilis, AIDS, hepatite B, toxoplasmose, tétano e rubéola, além da promoção do parto natural e do aleitamento materno na 1ª hora de vida.

**SÉRIE HISTÓRICA DAS TAXAS DE NATALIDADE, PERCENTUAL DE  
CESARIANAS, PERCENTUAL DE BAIXO PESO AO NASCER E  
PERCENTUAL DE PREMATURIDADE EM ANGRA DOS REIS, PERÍODO DE  
2000 A 2008**

ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>TAXA DE NATALIDADE</b>	22,9	20,3	20,4	18,7	20,1	18,1	17	16,7	14,65
<b>PERCENTUAL DE</b>	43,7	47,1	48	51,1	52,4	52,8	52,7	53,5	55



<b>CESARIANAS</b>									
<b>Nº NASCIDOS VIVOS</b>	2733	2502	2573	2428	2668	2535	2455	2473	2406
<b>% BAIXO PESO AO NASCER</b>	8,2	8,1	7,7	8,6	8,0	8,7	8,3	8,5	8,0
<b>% PREMATURIDADE</b>	7,4	6,4	6,9	7,6	7,7	9,0	8,7	8,5	8,2

Fonte: SINASC / Setor de Dados Vitais / Vigilância Epidemiológica / SVS / FuSAR  
Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança / CAP / SPCAR / FuSAR

Em relação ao percentual de cesarianas os dados observados demonstram uma tendência à elevação, justamente desde que a Maternidade da Santa Casa passou a ser a maternidade de risco de referência para a região da Baía da Ilha Grande, o que vem de encontro ao teto pactuado junto à SESDEC de apenas 27% dos partos por cesarianas, que seriam especificamente os casos com indicação clínica para tal, visto as complicações ou efeitos colaterais que as medicações e procedimentos utilizados nesta cirurgia acarretam para a mãe e o bebê; apontando para a necessidade de ampliar esta discussão com as equipes das maternidades para maior reflexão e análise da indicação deste procedimento, além de renegociar o teto com a SESDEC por tratar-se de maternidade de referência regional para partos de risco.

A incidência de baixo peso ao nascer (peso de nascimento igual ou menor a 2499g) e a incidência de prematuridade (nascimentos até a 36ª semana de gestação) têm se mantido estáveis, na ordem de 8% dos nascimentos, apontando mais uma vez a necessidade de ações de qualificação do planejamento familiar, do pré-natal e da assistência humanizada ao parto, a fim de garantir a queda destes indicadores, possibilitando melhores condições de nascimento e sobrevivência para os recém-nascidos.



**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA**

*1ª Linha de Cuidado: Nascimento Saudável*

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Contribuir com a Coordenação de Saúde da Mulher para a qualificação das ações do Pré-Natal	Cobertura de 6 ou mais consultas de pré-natal  70,3% em 2005  76,8% em 2008  Aumento de 6,5 pontos em 3 anos	Não conseguimos aumentar significativamente a cobertura de 6 ou mais consultas de pré-natal	Cobertura de 6 ou mais consultas de pré-natal.	80% em 2010  85% em 2011  90% em 2012 e 2013	<b>Coord. Mulher</b>  Coord. Criança  Coord. Adolescente  Coord. Educ.	Municipal				



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<i>Contribuir para a inserção na Contratualização com a Santa Casa e FEAM da exigência de supervisão e assessoria técnica do PS Mulher e do PS Criança para as equipas das maternidades e UTI Neonatal</i>	<i>Inexistência de supervisão e assessoria técnica do PS Mulher e do PS Criança para as equipas das maternidades e UTI Neonatal</i>  Inexistência de Chefia Clínica na maternidade da Santa Casa	Inexistência de ingerência da FuSAR sobre as maternidades ao SUS e UTI Neonatal de referência para os Partos de Risco da região, prejudicando a adoção de medidas para qualificação da Atenção ao Parto	Implantação da supervisão e assessoria técnica do PS Mulher e do PS Criança para as equipas das maternidades e UTI Neonatal	Realização de 4 visitas técnicas/ano em cada maternidade conveniada ao SUS e UTI Neonatal	<b>SPCAR</b>  Coord. Mulher  C. Criança  C. Adolescente  Vigilância Epidemiológica  Maternidades conveniadas	Municipal				
							X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Pactuação de rotinas similares de atenção ao RN nas duas maternidades conveniadas ao SUS, respeitando às especificidades das unidades.	Rotinas diferenciadas de atenção à parturiente e ao RN nas maternidades conveniadas ao SUS .	Não existência de rotinas similares de atenção ao RN nas maternidades conveniadas ao SUS, gerando procedimentos diferentes para situações similares.	Comparação das rotinas adotadas com as rotinas preconizadas para Maternidades Amigas da Criança	Adequação da rotina de atenção à parturiente e ao RN com as normas do MS.	C. Criança  Coord. Mulher  C. Adolescente  Vigilância Epidemiológica  Maternidades conveniadas	Municipal		X		



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito)  PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Reativação do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil e Fetal, com garantia de estrutura administrativa para seu funcionamento,	Reuniões informais em 2008,  Sem reuniões em 2009.  Pouca mobilização da sociedade civil e sobrecarga de trabalho dos setores da FuSAR.  Óbitos são investigados pela Vigilância Epidemiológica e encaminhados para parecer do Comitê Estadual.  Estamos em fase de reformulação do comitê para nova publicação	Não funcionamento do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil e Fetal implica na perda de oportunidade de discussão dos óbitos maternos, infantis e fetais impossibilitando a discussão das rotinas e a prevenção de novos casos.	Publicações, Atas e lista de presença de integrantes do comitê	Publicação imediata e início dos trabalhos em 2010.	<b>C. Criança</b>  <b>Coord. Mulher</b>  <b>C. Adolescente</b>  <b>C Educ. Saúde</b>  <b>Vigilância Epidemiológica</b>  <b>Atenção Básica</b>  <b>Auditoria</b>  <b>Maternidades conveniadas</b>  <b>Entidades do Comitê Mortalidade Materna, Infantil e Fetal</b>	Municipal	X	X	X	X



**2ª Linha de Cuidado: Triagem Neonatal**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
-------	----------------	------------	-----------	------	--	---------------------	------	------	------	------



<p>Publicação e implantação de protocolo de controle da realização do teste do pezinho e de envio do resultado para a unidade de saúde que desenvolverá o acompanhamento de puericultura do bebê.</p>	<p>O exame é realizado no HMCV por equipe do Laboratório Central, de 2ª a 6ª feira; no Laboratório do CEM, de 2ª a 6ª feira; e no Hospital da FEAM pela equipe própria do hospital</p> <p>Rotina do Teste do Pezinho já elaborada em parceria com o Laboratório Central, já discutida com as maternidades, faltando publicação (Protocolo S Cça)</p> <p>Participação em capacitação do IEDE.</p> <p>Realização do exame pelo SUS para 83,5% dos RN em 2008 (2009 coletas).</p> <p>Dos 2009 exames realizados em 2008, cobertura da coleta até o 7º dia de vida de 89,2%.</p> <p>Situações isoladas de parceria com o Conselho Tutelar para a garantia do direito do RN em realizar o teste.</p>	<p>Informalidade do protocolo de controle da realização do teste do pezinho, gerando a falta de informação e controle sobre os RN que não realizam o teste pelo SUS.</p> <p>Santa Casa não assumiu esta rotina de coleta, ocasionando perda de RNs que têm alta nos fins de semana e feriados.</p> <p>Algumas coletas realizadas no Hospital da FEAM com indicação de repetição da coleta</p> <p>Apesar da excelente cobertura de coleta até o 7º dia de vida, os RN não tem acesso ao teste da fibrose cística, que foi iniciado pelo IEDE em 2007 e suspenso em 2008, pelo fato da cobertura do estado ser inferior à 70%.</p>	<p>Relação entre o nº de nascidos vivos e o nº de exames realizados.</p> <p>Relação entre o nº de evasão, de VDs e de capturação de faltosos.</p> <p>Cobertura de realização do exame até o 7º dia divida</p>	<p>Oferta do teste do pezinho para 100% dos RN nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.</p> <p>Referência de 100% dos RN nas maternidades privadas para o fluxo do SUS</p> <p>Busca ativa de 100% dos RN faltosos ao exame.</p>	<p>C. Criança Laboratório Central Coord. Mulher C. Adolescente D. Vigilância Epidemiológica Atenção Básica Maternidades conveniadas Maternidades privadas Correios IEDE Hemorio IFF Conselho Tutelar</p>	<p>Municipal</p>		<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
---	---	--	---	---	--	------------------	--	----------	----------	----------



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



<p>Continuidade da rotina do Teste do Reflexo Vermelho</p>	<p>As 2 maternidades conveniadas ao SUS realizam o teste</p>	<p>Nulo</p>	<p>Relação entre o nº de nascidos vivos e o nº de testes realizados.</p>	<p>Oferta do teste para 100% dos RN nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.</p>	<p>C. Criança Maternidades conveniadas Maternidades privadas</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Criação e implantação de protocolo de Fundoscopia com inclusão dos RN no Hospital de Praia Brava e garantia de vagas para todos os RN prematuros e/ou com indicação para o exame</p>	<p>O exame era feito no HMCV 1 vez por semana por médico do CEM, porém sofreu descontinuidade por falta de profissional, atualmente existe profissional, mas falta o equipamento.  O Hospital da Eletronuclear não realiza o exame.  Temos apenas uma pequena cota de exames (5 por mês)</p>	<p>Não realização do exame de fundoscopia em todos os RN prematuros e/ou com indicação para o exame, ocasionando o não diagnóstico oportuno e risco de cegueira irreversível</p>	<p>Relação entre o nº de RN com indicação e o nº de exames realizados.  Relação entre o nº de VDs e de captação de faltosos.</p>	<p>Oferta do exame para 100% dos RN com indicação nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.  Busca ativa de RN faltosos ao exame.</p>	<p>C. Criança Maternidades conveniadas Maternidades privadas Atenção Secundária Vigilância Epidemiológica Atenção Básica Conselho Tutelar</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Monitorar a aquisição de equipamentos e material de consumo necessários.  Identificação de 02 oftalmologistas na rede que se disponham a atender RN e crianças com garantia de capacitação em serviço</p>	<p>CEM continua sem o kit de lentes específico para a realização do exame  Oftalmologistas não se sentem seguros para atender bebês e crianças.</p>									



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



<p>Contribuir com a Coordenação de Saúde Auditiva para a implementação de protocolo de realização do Teste da Orelhinha.</p>	<p><i>Teste da Orelhinha</i></p> <p><i>O Hospital da FEAM e a Santa Casa iniciaram a oferta do teste aos RN em 2009.</i></p> <p><i>Licitação do equipamento estava na fase final e foi cancelada devido Santa Casa iniciar oferta do procedimento</i></p>	<p>Realização do teste da orelhinha nos RN dependente de serviço complementar ao SUS, podendo sofrer descontinuidade</p>	<p>Relação entre o nº de nascidos vivos e o nº de exames realizados.</p> <p>Relação entre o nº de VDs e de captação de faltosos.</p>	<p>Oferta do teste para 100% dos RN nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.</p> <p>Busca ativa de RN faltosos ao exame.</p>	<p>Coord. Saúde Auditiva</p> <p>Coord. S. Criança</p> <p>Conselho Tutelar</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
--	---	--	--	--	---	------------------	----------	----------	----------	----------



<p>Publicação e implantação de protocolo de controle da realização do teste do pezinho e de envio do resultado para a unidade de saúde que desenvolverá o acompanhamento de puericultura do bebê.</p>	<p><i>O exame é realizado no HMCV por equipe do Laboratório Central, de 2ª à 6ª feira; no Laboratório do CEM, de 2ª à 6ª feira; e no Hospital da FEAM pela equipe própria do hospital</i></p> <p>Rotina do Teste do Pezinho já elaborada em parceria com o Laboratório Central, já discutida com as maternidades, faltando publicação (Protocolo S Cça)</p> <p>Participação em capacitação do IEDE.</p> <p>Realização do exame pelo SUS para 83,5% dos RN em 2008 (2009 coletas).</p> <p>Dos 2009 exames realizados em 2008, cobertura da coleta até o 7º dia de vida de 89,2%.</p> <p>Situações isoladas de parceria com o Conselho Tutelar para a garantia do direito do RN em realizar o teste.</p>	<p>Informalidade do protocolo de controle da realização do teste do pezinho, gerando a falta de informação e controle sobre os RN que não realizam o teste pelo SUS.</p> <p><i>Santa Casa não assumiu esta rotina de coleta, ocasionando perda de RNs que têm alta nos fins de semana e feriados.</i></p> <p>Algumas coletas realizadas no Hospital da FEAM com indicação de repetição da coleta</p> <p>Apesar da excelente cobertura de coleta até o 7º dia de vida, os RN não tem acesso ao teste da fibrose cística, que foi iniciado pelo IEDE em 2007 e suspenso em 2008, pelo fato da cobertura do estado ser inferior à 70%.</p>	<p>Relação entre o nº de nascidos vivos e o nº de exames realizados.</p> <p>Relação entre o nº de evasão, de VDs e de captação de faltosos.</p> <p>Cobertura de realização do exame até o 7º dia dvida</p>	<p>Oferta do teste do pezinho para 100% dos RN nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.</p> <p><i>Referência de 100% dos RN nas maternidades privadas para o fluxo do SUS</i></p> <p><i>Busca ativa de 100% dos RN faltosos ao exame.</i></p>	<p>C. Criança</p> <p>Laboratório Central</p> <p>Coord. Mulher</p> <p>E. Adolescente</p> <p>F. Vigilância Epidemiológica</p> <p>Atenção Básica</p> <p>Maternidades conveniadas</p> <p>Maternidades privadas</p> <p>Correios</p> <p>IEDE</p> <p>Hemorio</p> <p>IFF</p> <p>Conselho Tutelar</p>	<p>Municipal</p>		<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
---	--	---	--	---	--	------------------	--	----------	----------	----------



<p>Continuidade da rotina do Teste do Reflexo Vermelho</p>	<p>As 2 maternidades conveniadas ao SUS realizam o teste</p>	<p>Nulo</p>	<p>Relação entre o nº de nascidos vivos e o nº de testes realizados.</p>	<p>Oferta do teste para 100% dos RN nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.</p>	<p>C. Criança Maternidades conveniadas Maternidades privadas</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Criação e implantação de protocolo de Fundoscopia com inclusão dos RN no Hospital de Praia Brava e garantia de vagas para todos os RN prematuros e/ou com indicação para o exame</p>	<p>O exame era feito no HMCV 1 vez por semana por médico do CEM, porém sofreu descontinuidade por falta de profissional, atualmente existe profissional, mas falta o equipamento.  O Hospital da Eletronuclear não realiza o exame.</p>	<p>Não realização do exame de fundoscopia em todos os RN prematuros e/ou com indicação para o exame, ocasionando o não diagnóstico oportuno e risco de cegueira irreversível</p>	<p>Relação entre o nº de RN com indicação e o nº de exames realizados.  Relação entre o nº de VDs e de captação de faltosos.</p>	<p>Oferta do exame para 100% dos RN com indicação nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.  Busca ativa de RN faltosos ao exame.</p>	<p>C. Criança Maternidades conveniadas Maternidades privadas Atenção Secundária Vigilância Epidemiológica Atenção Básica Conselho Tutelar</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Monitorar a aquisição de equipamentos e material de consumo necessários.  Identificação de 02 oftalmologistas na rede que se disponham a atender RN e crianças com garantia de capacitação em serviço</p>	<p>CEM continua sem o kit de lentes específico para a realização do exame  Oftalmologistas não se sentem seguros para atender bebês e crianças.</p>									



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



<p>Contribuir com a Coordenação de Saúde Auditiva para a implementação de protocolo de realização do Teste da Orelhinha.</p>	<p><b>Teste da Orelhinha</b></p> <p>O Hospital da FEAM e a Santa Casa iniciaram a oferta do teste aos RN em 2009.</p> <p>Licitação do equipamento estava na fase final e foi cancelada devido Santa Casa iniciar oferta do procedimento</p>	<p>Realização do teste da orelhinha nos RN dependente de serviço complementar ao SUS, podendo sofrer descontinuidade</p>	<p>Relação entre o nº de nascidos vivos e o nº de exames realizados.</p> <p>Relação entre o nº de VDs e de captação de faltosos.</p>	<p>Oferta do teste para 100% dos RN nas 2 maternidades conveniadas ao SUS.</p> <p>Busca ativa de RN faltosos ao exame.</p>	<p>Coord. Saúde Auditiva</p> <p>Coord. S. Criança</p> <p>Conselho Tutelar</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
--	---	--	--	--	---	------------------	----------	----------	----------	----------



**3ª Linha de Cuidado: Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação IUBAAM</p> <p>Identificação dos profissionais de saúde que já foram certificados como multiplicadores da IUBAAM.</p> <p>Realização de oficina de trabalho com multiplicadores da IUBAAM para avaliação do projeto e planejamento de novas turmas</p>	<p>11 turmas de IUBAAM em 2006 e 2007</p> <p>Prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 3 meses de 84% em 2009, dados do SIAB</p>	<p>Alta rotatividade de profissionais, a maioria dos profissionais capacitados já saiu da rede.</p>	<p>Registro de entrega de certificados de Multiplicadores e Promotores de IUBAAM.</p> <p>Prevalência de AME em menores de 4 meses e menores de 6 meses.</p>	<p>Realização de 2 turmas/ano/ DS</p> <p>Aumento de 3 pontos percentuais da prevalência de AME em menores de 4 meses e menores de 6 meses por ano.</p>	<p><b>C. Criança</b></p> <p><b>ATAN</b></p> <p><b>S. Auditiva</b></p> <p><b>Educação em Saúde</b></p> <p><b>Atenção Secundária</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica</b></p> <p><i>Atenção Básica</i></p>	Municipal		X	X	<b>X</b>



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM).	Iniciativas isoladas de desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no pré-natal e na puericultura	Pouco incentivo ao desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.	Certificação de UBAAM.	Certificação de 2 UBAAM/DS/ano	<b>C. Criança</b> <b>ATAN</b> <b>S. Auditiva</b> Atenção Secundária Vigilância Epidemiológica Atenção Básica	Municipal		X	X	X
<b>Implementação do Curso de Aconselhamento em Amamentação</b>	Realização de 01 turma em 2006 em parceria com o Pólo de Aleitamento da Baía da Ilha Grande				<b>C. Criança</b> <b>ATAN</b> <b>S. Auditiva</b> <b>Educação em Saúde</b> Maternidades conveniadas Maternidades privadas Atenção Secundária Vigilância Epidemiológica Atenção Básica	Municipal			X	



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Participação nas Pesquisas de Práticas Alimentares no 1º ano de vida, realizadas pela SESDEC	Pesquisa 2006: 36,2 % < 4m em AME 47,7 % < 4m em AM 27,9% < 6m AME 38,2 % < 6m AM	Dificuldades de logística para adesão no ano de 2009	Adesão à Pesquisa coordenada pela SESDEC nos anos em que houver a proposição	Realizar o estudo em parceria com a SESDEC nos anos em que o estudo for desenvolvido no Estado do RJ	<b>C. Criança</b> ATAN <b>S. Auditiva</b> Atenção Secundária Vigilância Epidemiológica Atenção Básica	Municipal		X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Apoio à implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).</p> <p>Participação das coordenações do PAISCriança, PAISMulher e ATAN no Comitê da IHAC do HMCV.</p> <p>Implementação do projeto mãe canguru.</p> <p>Implementação de rotina de apoio à amamentação no alojamento conjunto das 2 maternidades conveniadas ao SUS.</p>	<p>2 turmas de IHAC no período 2006 e 2007</p> <p>Não há articulação da Santa Casa com a FuSAR neste sentido</p>	<p>Maternidades conveniadas ao SUS ainda utilizando leite artificial para a alimentação do RN de risco.</p> <p>Sem informações sobre o Processo de Certificação da Santa Casa</p> <p>HMCV possui diversos profissionais treinados na IHAC e já possui o Comitê da IHAC, porém há a necessidade de monitorar os 10 passos, além de redução da taxa de cesarianas e de humanização da atenção à parturiente.</p> <p>Sem informações sobre a FEAM</p> <p>Inexistência de relação de supervisão/assessoria da Coord. S Cça e da C. Saúde Mulher com as maternidades conveniadas ao SUS</p>	<p>Nº de certificados de Multiplicadores da IHAC.</p> <p>Certificação de HAC</p>	<p>Capacitação de 23 profissionais das maternidades em 2006.</p> <p>Capacitação de 30 profissionais das maternidades anualmente, em 2007, 2008 e 2009.</p> <p>Certificação do Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena em 2007.</p> <p>Certificação do Hospital da Fundação Eletronuclear de Assistência Médica em 2008.</p>	<p><b>C. Criança</b></p> <p><b>ATAN</b></p> <p><b>S. Auditiva</b></p> <p>Maternidades conveniadas</p> <p>Maternidades privadas</p> <p>Atenção Secundária</p> <p>Vigilância Epidemiológica</p> <p>Atenção Básica</p>	Municipal		X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Elaboração e aquisição de cartazes, banners, folders, álbuns seriados e fitas de vídeos DVDs sobre o tema	Material disponível em estado precário e desatualizado	Falta de material educativo para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno	Aquisição e uso do referido material	Distribuição do material para as unidades de saúde e escolas do município.	<b>C. Criança</b> <b>ATAN</b> <b>S. Auditiva</b> <b>Educação em Saúde</b>	Municipal		X		
Reelaboração do Projeto de Criação do Banco de Leite Humano no município.  Formalização de Convênio de Assessoria Técnica do Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ	O município não possui BLH e não tem acesso ao leite humano de bancos de leite humano do estado, devido à dificuldades geográficas, sendo necessário o uso de leite artificial para a alimentação de RN de risco, que não podem ser amamentados por suas mães.	Não tivemos ainda a oportunidade de realizar a discussão sobre atenção ao parto e ao recém-nascido	Inauguração do BLH EM 2012	Construção do BLH no Hospital Municipal ou conveniado que seja definido como referência para os partos de maior complexidade.  Contratação por concurso público de equipe técnica que desenvolverá as atividades no BLH.  Capacitação da equipe no BLH do IFF/FIOCRUZ	<b>C. Criança</b> <b>ATAN</b> Maternidades conveniadas	Municipal		X	X	



**4ª Linha de Cuidado: Cuidado do Recém-Nascido e da Mãe na Unidade de Saúde**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013		
Continuidade da Rotina de agendamento de puericultura e puerpério com inclusão dos RN no Hospital de Praia Brava e adequação do nº de profissionais para o desenvolvimento desta atividade	<i>Rotina implantada pela Coord. S Cça com o NED 1ºDS.</i>  Feito dimensionamento de vagas de 1ª vez para todas as unidades.  Atualmente rotina é desenvolvida pela Coord. S Cça	Dificuldade para adequação de agenda com algumas unidades da ESF  <i>RN no Hospital de Praia Brava ainda não estão inseridos neste fluxo</i>  Apenas 01 funcionária, em desvio de função, para o exercício desta atividade, seriam necessários 3.	% de RN agendados por este fluxo em relação ao nº total de nascimentos	70% RN em 2010  80% RN em 2011  90% RN em 2012 e 2013	<b>C. Criança</b>  Coord. Mulher  C. Adolescente  Vigilância Epidemiológica  Atenção Básica  Maternidades conveniadas	Municipal			X	X	X	X
<i>Continuidade da Rotina de agendamento de egressos da UTI Neonatal para o Ambulatório de Follow-up e para especialidades, e busca ativa de faltosos com inclusão dos RN no Hospital de Praia Brava</i>	<i>Rotina implantada pela Coord. S Cça com o NED 1ºDS. Atualmente rotina é desenvolvida pela Coord. S Cça</i>  Rotina de referência de RN de risco para o Ambulatório de Follow-up ou Ambulatórios de Especialidades já elaborada, faltando discussão com a rede e publicação (Protocolo S Cça)	Dificuldade para agendamento imediato para algumas especialidades, em especial oftalmologia.  Necessidade de inclusão dos RN no Hospital de Praia Brava	Relação entre o nº de RN referenciados e o número de agendamentos realizados dentro do prazo necessário	Referência de 100% dos RN de risco para o Ambulatório de Follow-up e ambulatórios de especialidades	<b>C. Criança</b>  Coord. Mulher  C. Adolescente  Vigilância Epidemiológica  Atenção Básica  Atenção Secundária  Maternidades conveniadas	Municipal	X	X	X		X	



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<i>Rotina de Visita Domiciliar da puérpera pelo Enfermeiro da ESF na primeira semana de vida do bebê</i>	<i>Rotina existente, porém com algumas dificuldades operacionais nas equipes, devido alta rotatividade de pessoal</i>	Não interação com a mãe e família em relação aos cuidados com o bebê e ela própria, com maior prejuízo para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo			<b>C. Criança</b> Coord. Mulher  C. Adolescente  Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X

## 5ª Linha de Cuidado: Vigilância à Saúde da Criança

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
-------	----------------	------------	-----------	------	--	--------------------------------	------	------	------	------



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Elaboração e implantação de Projeto de Vigilância à Saúde da Criança.	O programa de Vigilância à Saúde da Criança, implementado na década de 90, se perdeu com o tempo	Protocolo escrito, faltando revisão final de aspectos clínicos para discussão junto à rede, publicação e implantação	Prevalência de menores de 01 ano em acompanhamento de puericultura.  <i>Prevalência de crianças de 01 a 09 anos que apresentem fatores de risco à saúde em acompanhamento</i>  Relação entre o nº de VDs e de captação de faltosos.  Prevalência de menores de 10 anos que tiveram garantia de encaminhamento pós-alta para a UBS de Referência.  de crianças de 01 a 07 anos, que apresentem fatores de risco à saúde em acompanhamento.	Concluir a elaboração em 2010  <i>Realizar a implantação em 2011</i>	<b>C. Criança</b> <b>C. Adolescente</b>  Vigilância Epidemiológica  Atenção Básica  Atenção Secundária  Maternidades e Hospitais conveniados	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Aquisição de caderneta da criança e espelho em nº suficiente para atender aos menores de 10 anos.	MS só envia cadernetas para o nº estimado pelo IBGE de nascidos vivos/ano.  A FUSAR reproduz e fornece cadernetas para cobrir déficit para todos os recém-nascidos, devido descontinuidade e insuficiência de quantitativo enviado pelo MS	Utilização e preenchimento da nova caderneta em toda sua potencialidade pelos profissionais de saúde.	Relação entre o Nº de RN e o Nº de cadernetas distribuídas.  Relação entre o Nº de crianças com deficiência menores de 10 anos e o Nº de cadernetas distribuídas  Relação entre o Nº de crianças entre 02 e 10 anos cadastradas nas UBS e ESF  e o Nº de cadernetas distribuídas	Distribuição da caderneta para 95% dos recém-nascidos nas maternidades de Angra dos Reis e na Aldeia Indígena por ano  Distribuição da caderneta para 95% das crianças com deficiência menores de 10 anos a partir de 2011  Distribuição da caderneta para 90% das crianças entre 02 e 10 anos cadastradas nas UBS e ESF a partir de 2012.	<b>C. Criança</b>  Vigilância Epidemiológica  Atenção Básica  Atenção Secundária  Maternidades e Hospitais conveniados	Municipal		X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Implementação da rotina de acompanhamento e monitoramento do crescimento infantil e inserção desta temática no Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança	Capacitação planejada para 2010, inserida no curso de saúde da criança				<b>C. Criança</b> <b>ATAN</b> S. Auditiva S. P. Deficiência Educação em Saúde Atenção Secundária Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X
Realização, em parceria com a ATAN, de programa de educação permanente das equipes de atenção básica, secundária e hospitalar com vistas à implementação das novas curvas de crescimento do MS e utilização do espelho da caderneta como ferramenta de controle da qualidade da atenção em saúde da criança.	Capacitação planejada para 2010, inserida no curso de saúde da criança e no curso de saúde da mulher	Pouca adesão dos profissionais de saúde para o preenchimento da curva de crescimento da caderneta da criança	Percentual de preenchimento da curva de crescimento da caderneta de saúde da criança	Capacitação de 160 profissionais das equipes de atenção básica anualmente	<b>ATAN</b> Saúde da Criança Atenção Básica Atenção Secundária Maternidades e Hospitais conveniados	Municipal	X	X	X	X
Implementação da rotina de acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil e inserção desta temática no Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança	Capacitação planejada para 2010, inserida no curso de saúde da criança				<b>C. Criança</b> <b>S. Auditiva</b> <b>S. P. Deficiência</b> Educação em Saúde Atenção Secundária Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X

## 6ª Linha de Cuidado: Crescimento e Desenvolvimento



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



<p>Formalização do Ambulatório de Follow-up e implementação da sua rotina.</p>	<p>Ambulatório já existe no CEM Centro</p> <p>Não há Responsável Técnico</p> <p>Necessidade de aperfeiçoamento profissional da equipe</p>	<p>Poucos pediatras</p> <p>Sem interação com equipe multidisciplinar</p> <p>Espaço físico inadequado</p> <p>Descontinuidade no acompanhamento das crianças de risco</p>	<p>Prevalência de crianças acompanhadas por faixa etária (0 a 6 anos)</p> <p>Adequação da equipe e do espaço físico</p> <p>Realização de aperfeiçoamento profissional da equipe</p>	<p>Cobertura de menores de 2 anos com indicação de 80% em 2010 85% em 2011 90% em 2012 95% e,m 2013</p> <p>Cobertura de crianças de 2 a 4 anos com indicação de 60% em 2010 65% em 2011 70% em 2012 75% em 2013</p> <p>Cobertura de crianças de 4 a 6 anos com indicação de 50% em 2010 55% em 2011 60% em 2012 65% e,m 2013</p>	<p>C. Criança</p> <p>S. Auditiva</p> <p>S. P. Deficiência</p> <p>Atenção Secundária</p> <p>Atenção Básica</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
--	---	---	---	--	---	------------------	----------	----------	----------	----------



**7ª Linha de Cuidado: Distúrbios Nutricionais**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Apoiar a Coordenação da ATAN na implementação da rotina da VAN do SISVAN WEB nas unidades de saúde, com objetivo de conhecer o perfil nutricional da população infantil que frequenta as unidades de saúde, com vistas ao subsídio de ações de promoção da saúde.	Rotina inconsistente de registro manual dos dados de crianças atendidas nos ambulatorios de puericultura e pediatria, sem software para sistematização dos dados.  Após a implantação da nova rotina será possível planejar as Semanas de Vigilância Nutricional.		Conhecer e divulgar a prevalência de desnutrição, obesidade e risco nutricional em crianças de 0 a 10 anos		ATAN  C. Criança  Atenção Secundária  Atenção Básica	ATAN	X	X	X	X
Estabelecer parceria com a SECTIA com vistas à ampliar o acesso de crianças menores de 05 anos, com risco nutricional, à vaga em creche pública ou conveniada, com vistas a possibilitar a atenção adequada ao seu desenvolvimento e crescimento.	A ATAN pactuou com a SAS a garantia de vagas em situações de risco nutricional.	Pouca interlocução entre as unidades de saúde, os CRAS e as Creches.	Relação entre o nº de crianças com indicação de creche e o nº efetivo de matrículas deste grupo no período.	Atendimento à demanda: 85% em 2010 90% em 2011 95% em 2012 100% em 2013	<b>S. Educação</b>  C. Criança  ATAN  Atenção Básica  At. Secundária  Conselho Tutelar	EDUCAÇÃO	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



<p>Estabelecer parceria com a SMAS com vistas à favorecer o acesso da mãe ou cuidador de crianças em programa de geração de trabalho e renda e garantir suplementação alimentar básica de alimentos para famílias em situação de risco social ou com menores de 07 anos em risco nutricional</p>	<p>A SMAS oferece programa de geração de trabalho e renda e programa de distribuição de cesta básica de alimentos para famílias em risco social</p>	<p>Pouca interlocução entre as unidades de saúde e os CRAS</p>	<p>Relação entre o nº de responsáveis com indicação e o nº efetivo de inserção deste grupo nos programas de geração de trabalho e renda</p> <p>Relação entre o nº de famílias com indicação e o nº efetivo de inserção deste grupo no programa de suplementação alimentar</p>	<p>Atendimento à demanda:</p> <p>80% em 2010</p> <p>85% em 2011</p> <p>90% em 2012</p> <p>95% em 2013</p>	<p><b>Ação Social</b></p> <p>C. Criança</p> <p>ATAN</p> <p>Atenção Básica</p> <p>At. Secundária</p> <p>Conselho Tutelar</p>	<p>ACÇÃO SOCIAL</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
--	---	--	---	---	---	---------------------	----------	----------	----------	----------



**8ª Linha de Cuidado: Doenças Prevalentes na Infância**

ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
<p>Identificação dos profissionais de saúde que já foram capacitados na estratégia da AIDPI.</p> <p>Realização de oficina de trabalho com profissionais que já foram capacitados para elaboração conjunta de projeto de multiplicação da estratégia para a rede de saúde.</p>	Falta da implementação oficial da rotina da AIDPI.	Alta rotatividade de profissionais, apontando para a necessidade de convidarmos profissionais de fora do município para executar o projeto	Nº de profissionais capacitados	Capacitação de 100 profissionais na estratégia AIDPI anualmente.	<p><b>C. Criança</b></p> <p><b>S. Auditiva</b></p> <p><b>S. P. Deficiência</b></p> <p>Atenção Secundária</p> <p>Atenção Básica</p>	Municipal		X	X	X
Garantia de acolhimento em todas as Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família para crianças com queixas de doenças prevalentes na infância	Projeto de Acolhimento em andamento				<p><b>C. Criança</b></p> <p><b>S. Auditiva</b></p> <p><b>S. P. Deficiência</b></p> <p>Atenção Básica</p>	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



<p>Garantia de atendimento de emergência em todas as Unidades de Pronto-Atendimento, UPA e PAI de crianças com queixas de doenças comuns na infância</p>	<p>Rotina já instituída</p>				<p><b>C. Criança</b>  Atenção Secundária  Atenção Básica</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Garantia de CONTRARREFERÊNCIA FORMAL das Unidades de Pronto-Atendimento, UPA e PAI de crianças para as Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família</p>	<p>Não acontece</p>		<p>Implantação da rotina</p>	<p>Implantar a rotina em 2011</p>	<p><b>C. Criança</b>  Atenção Secundária  Atenção Básica</p>	<p>Municipal</p>		<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Garantia de distribuição de medicamentos e suplementação alimentar necessários para o manejo das doenças prevalentes na infância na cesta básica de medicamentos da FUSAR, inclusive para doenças crônicas, como doença celíaca.</p>	<p>Cesta Básica de Medicamentos bastante abrangente, porém necessitando de discussão com a rede para revisão</p>				<p><b>C. Criança</b>  ATAN  S. Auditiva  S. P. Deficiência  Atenção Secundária  Atenção Básica</p>	<p>Municipal</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



<p>Realizar estudo da necessidade de abertura de ambulatórios especializados para o tratamento das doenças prevalentes na infância de maior relevância no município</p>	<p>Já tentamos realizar este estudo em 2008 e 2009, sem adesão dos setores responsáveis pela execução dos procedimentos</p>				<p><b>C. Criança</b> <b>S. Auditiva</b> <b>S. P. Deficiência</b> Atenção Secundária Atenção Básica</p>	Municipal		X		
<p>Criação do Ambulatório de ASMA, com descentralização para os Distritos Sanitários</p>	<p>Já existe o ambulatório de pneumologia infantil no CEM Centro e em Jacuecanga</p>			<p>Adequar as rotinas dos Ambulatório no CEM Centro e Jacuecanga em 2011  <i>Descentralizar para o 4° e 2° DS em 2012</i></p>	<p><b>C. Criança</b> Atenção Secundária Atenção Básica</p>	Municipal		X	X	
<p>Criação do Ambulatório de Síndrome Metabólica</p>	<p>Não existe</p>			<p>Criar o Ambulatório no CEM Centro em 2011</p>	<p><b>C. Criança</b> <b>ATAN</b> <b>S. P. Deficiência</b> Atenção Secundária Atenção Básica</p>	Municipal		X		



**9ª Linha de Cuidado: Imunização**

ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Apoiar as ações da Coordenação de Imunizações para o aumento da cobertura de vacinação.	<p><b>Cobertura segundo DNV 2008</b></p> <p>PÓLIO 95,47 %</p> <p>TETRA 94,5 %</p> <p>BCG 105,22 %</p> <p>Hep B 92,6 %</p> <p>Rotavírus 93,69 %</p> <p>Fonte: Setor de Dados Vitais</p>	A SESDEC utiliza base populacional aquém da nossa realidade populacional, o que acarreta divergência de dados no cálculo da cobertura vacinal.	Cobertura vacinal	95% de cobertura para todas as vacinas anualmente	<p><b>Imunização</b></p> <p>Saúde da Criança</p> <p>Atenção Básica</p>	Municipal				
							X	X	X	X



**10ª Linha de Cuidado: Atenção à Saúde Bucal**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Inserção das ações de prevenção e promoção da Saúde Bucal de crianças no protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança	A coordenação do PAISCriança se coloca à disposição para estreitar parceria com a coordenação de saúde bucal.	Inexistência de rotinas de saúde bucal para crianças descritas	Formalização das rotinas	Implantação das rotinas em 2011	<b>C. S. Bucal</b> C. Criança	Municipal	X	X	X	X



**11ª Linha de Cuidado: Atenção à Saúde Mental**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Inserção da Atenção em Saúde Mental para crianças no protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança	<p>A coordenação do PAIS Criança tem se colocado à disposição para estreitar parceria com a Diretoria de Saúde Mental.</p> <p><i>A coordenação de Saúde da Criança convidou a Diretoria de Saúde Mental para participar da elaboração da rotina de referência e contrarreferência de escolares, crianças e adolescentes, que está sendo elaborada em parceria com as Secretarias de Educação, Ação Social e Conselho Tutelar.</i></p> <p>A coordenação de Saúde da Criança convidou a Diretoria de Saúde Mental para a discussão do protocolo de atenção integral à saúde da criança.</p>	<p>Inexistência de rotinas de saúde mental para crianças descritas</p> <p><i>Número de psicólogos na Atenção Básica insuficiente</i></p> <p>Pouca interação da Diretoria de Saúde Mental com as demais coordenações</p>	Formalização das rotinas	Implantação das rotinas em 2011	<p><b>C. Criança</b></p> <p><b>D. S. Mental</b></p> <p>Atenção Secundária</p> <p>Atenção Básica</p>	Municipal		X	X	X



**12ª Linha de Cuidado: Prevenção de Acidentes, Maus-Tratos, Violência e Trabalho Infantil**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Implementação da rotina de notificação compulsória da violência doméstica na rede de saúde.	<p>A coordenação do PAISCriança efetivou parceria com o Conselho Tutelar para implementação do protocolo</p> <p>Realizados seminários e oficinas técnicas em 2006, 21007 e 2009</p> <p><i>Rotina implantada e revisada, falta publicação no B.O.</i></p> <p>Estamos planejando a substituição da ficha de notificação pela nova ficha do SINAN.</p>	Nº de notificações muito pequeno em 2009 - 38	Nº de profissionais capacitados	Sensibilização de 100 profissionais anualmente	<p><b>C. Criança</b></p> <p><b>C. Adolescente</b></p> <p><b>Ed. Saúde</b></p> <p><b>C. Mulher</b></p> <p><b>C. Idoso</b></p> <p>Atenção Secundária</p> <p>Atenção Básica</p>	Municipal	X	X	X	X
Atuação no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente	<p>Coordenação de Saúde da Criança é Conselheira Titular no CMDCA representando a FUSAR e a Coordenação de Saúde do Adolescente é Conselheiro Suplente no CMDCA representando a FUSAR</p>				<p><b>C. Criança</b></p> <p><b>C. Adolescente</b></p>	Municipal	X	X	X	X



**13ª Linha de Cuidado: Atenção à Criança com Deficiência**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Apoiar as ações da Coordenação do Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência para a implementação da atenção integral à saúde das crianças com deficiência	A Coordenação do Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência vem desenvolvendo junto à rede básica e secundária várias ações de cadastramento e humanização no cuidado da pessoa com deficiência.				<b>C. P Deficiência</b> <b>C. Criança</b> <b>C. Adolescente</b> <b>ATAN</b> Atenção Secundária Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X
Contribuir para a criação e implantação do Programa de Internação Domiciliar de Crianças Dependentes de Tecnologia	Atendimento domiciliar de fisioterapia e fonoaudiologia para 09 crianças dependentes de tecnologia, nenhuma dependente de oxigênio  <i>01 criança dependente de oxigênio em internação hospitalar por falta de estrutura para mantê-la em atendimento domiciliar</i>				<b>C. P Deficiência</b> <b>C. Criança</b> <b>C. Adolescente</b> <b>ATAN</b> Atenção Secundária Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X



## SAÚDE NA ESCOLA

A saúde na escola tem um histórico amplo, com análise de várias ênfases de temas de saúde por período, no entanto o Programa de Saúde na Escola (PSE) foi instituído, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008). O sistema de ensino do Brasil tem mais de sete milhões de crianças matriculadas na Educação Infantil. No Ensino Fundamental ultrapassam a casa dos 33 milhões. Já no Ensino Médio, são atendidos mais de 8 milhões de adolescentes e jovens, enquanto a Educação Profissional beneficia cerca de 750 mil jovens e adultos. Além disso, mais 5,6 milhões de cidadãos são atendidos na Educação de Jovens e Adultos (EJA). Esses dados demonstram que a rede pública de ensino é responsável pelo atendimento, na educação básica, por 26% da população brasileira, ou seja, aproximadamente  $\frac{1}{4}$  da população, demonstrando a importância do programa.

O parágrafo único do artigo 4º diz textualmente que:

[...] as Equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. (BRASIL, 2007).

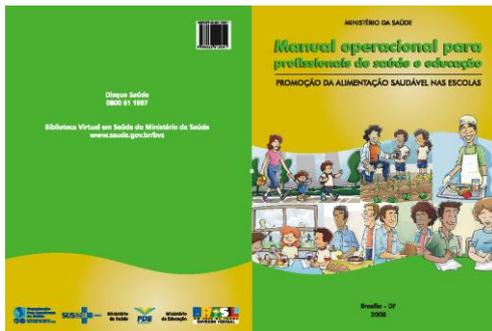
Essas diretrizes estão em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) em relação às atribuições das Equipes de Saúde da Família, na qual se destaca:

### 1 – SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS [da ESF]:

I – Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos [...]

II – Realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). (BRASIL, 2006).

A Promoção da Saúde Escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das Equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).



## Atuação do PSE na saúde do escolar

### 1) Avaliação Clínica e Psicossocial

- ❖ Atualização do Calendário Vacinal;
- ❖ Detecção Precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica;
- ❖ Avaliação Oftalmológica;
- ❖ Avaliação Auditiva;
- ❖ Avaliação Nutricional;
- ❖ Avaliação da Saúde Bucal

### 2) Promoção da Saúde e Prevenção de doenças e agravos

- ❖ Promoção da Alimentação Saudável
- ❖ Promoção da atividade física
- ❖ Educação para a saúde sexual e reprodutiva
- ❖ Prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas
- ❖ Promoção da Cultura de Paz e prevenção das violências e acidentes



**3) Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Saúde e Prevenção na Escola (SPE)**

**4) Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes**

#### **Detalhamento das Ações**

**Saúde Bucal** □ Cobertura de ação coletiva com escovação dental supervisionada □ orientações da prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal □ utilização de técnica restauradora atraumática evitando a propagação da atividade cariiosa □ exame bucal visando análise epidemiológica □ prevenção e orientação sobre o câncer bucal, alimentação saudável, tratamentos, traumatismo dentário e outras patologias bucais inclusive de origem sexual.

**Avaliação Comportamental** □ Abordar a temática da violência (prática ou sofre), sexualidade e doenças e drogas, desmotivação, desatenção □ abordar escolares individualmente ou em grupo □ focalizar escolas com necessidades e prioridades □ encaminhamentos

**Saúde Nutricional** □ Avaliar cardápio nutricional da escola □ avaliar hábitos □ avaliar escolares com desnutrição, obesidade, distúrbios alimentares, anemias □ promoção da alimentação saudável.

**Saúde Vacinal** □ Verificação de caderneta e atualização vacinal □ prevenção da rubéola e hepatite B em adolescentes

**Saúde Oftalmológica** □ Verificar acuidade visual □ focalizar escolares com dificuldade de aprendizagem

**Saúde geral** □ Orientações de higiene □ verificar problemas de piolhos, escabiose, dermatites, verminoses, entre outros



**Saúde Fonoaudiológica** □ Verificar dificuldade da fala, acuidade auditiva □ focalizar escolares com dificuldade de aprendizagem

Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos □ Ações de promoção da alimentação saudável; Promoção da atividade física; Educação para a saúde sexual e reprodutiva; Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; Promoção da Cultura de Paz e prevenção das violências e acidentes.



**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM**

**Linha de Cuidado/Ação: Crescimento e Desenvolvimento**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE)	Pactuada a implementação do Programa Saúde na Escola com a Secretaria de Educação.	Garantir a parceria com os multiplicadores na área da Educação	Relatório anual do SIMEC	100% das escolas inscritas no PSE .	<b>Coordenação saúde Adolescente,</b> Secretaria Educação, Cultura e Esporte, Saúde do Escolar,	Verba Municipal	X	X	X	X
Promover ações de educação em saúde bucal visando reduzir os níveis atuais de cárie e doença periodontal, através do auto-cuidado, bochechos e aplicação tópica de flúor em escolares	Grande quantidade de cárie na população adolescente e desconhecimento dos responsáveis da oferta do exame nas Escolas	Adequação da proporção de recursos humanos da área de Saúde, para desenvolver as ações nas Unidades escolares	Relatório de atendimento odontológico na Saúde do adolescente e escolares	100% de atendimento das Unidades Escolares planejadas no PSE	<b>Coordenação saúde Adolescente e Saúde Bucal</b>	Verba municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Promover ações de avaliação epidemiológica de estudantes (saúde bucal com índice CPOD e CEO, gravidez na adolescência com 2 faixas uma de 10- 14 anos e outra de 15-19 anos, mortalidade dos adolescentes, uso de álcool, tabaco e outras drogas, alimentação saudável, IMC x idade e indicadores pertinentes a cada território)	A avaliação epidemiológica está limitada aos sistemas federais	Ampliar recursos (financeiros e humanos) e capacitar profissionais para execução da avaliação epidemiológica	Coleta e resultado dos dados epidemiológicos	Cobrir 100% das escolas indicadas pelo PSE	<b>Coordenação de saúde do adolescente</b> , saúde bucal, ATAN, saúde da mulher, educação em saúde, saúde da criança, saúde do homem	Verba municipal	X	X	X	X
Garantir Educação Permanente a todos os profissionais que estiverem envolvidos no atendimento de população na faixa etária dos 10 a 24 anos;	Inexistência de grupos de adolescentes e jovens	Falta de uma política de Educação Permanente no Município.	Atendimento de grupos de usuários no desenvolvimento de ações de Educação em saúde.	80% dos profissionais de saúde da rede municipal treinados para os desenvolvimentos das ações.	<b>Coordenação de saúde Adolescente</b> , Escola técnica e Educação em Saúde	Verba municipal	X	X	X	X



**Linha de Cuidado/Ação: Imunizações**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Garantir a imunização de acordo com o calendário vacinal de adolescentes	Lacuna de jovens e adolescentes não vacinados, jovens e adolescentes oriundos de outros municípios	Dificuldade de captação dos adolescentes e jovens	Cobertura vacinal com o esquema completo da população de 10 a 19 anos	80% de adolescentes com calendário vacinal completo	<b>Coordenadora Saúde do adolescente</b> , Coordenador de Imunização e Gerente da ESF	Verba municipal	X	X	X	X
Implantar a caderneta do adolescente	Necessita capacitação na rede e instituir um planejamento para sua utilização	Capacitação de todos os profissionais envolvidos com a implantação da Caderneta	Nº de cadernetas implantadas	100% dos adolescentes	<b>Coordenadora Saúde do adolescente</b> e Gerente ESF	Verba municipal	X	X	X	X

**Linha de Cuidado/Ação: Saúde Mental**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
<b>Realizar curso de prevenção de uso de álcool e outras drogas.</b>	Desigualdade de equipes capacitadas no atendimentos em toda rede. Falta de recursos humanos	Falta de uma política de Educação Permanente no Município.	Nº de capacitação para os profissionais da rede	Capacitar 100% dos profissionais de saúde.	<b>Coordenação técnica Saúde do adolescente e COMEN</b>	Verba do COMEN	X			



**Linha de Cuidado/Ação: Violência e Maus-tratos**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Desenvolver campanhas de cultura da paz em todo Município	Inexistência de ações voltadas para o controle de morbimortalidade por causas externas.	Trabalho intersetorial com outros seguimentos da sociedade.	Número de campanhas desenvolvidas	Realização de uma campanha anual	<b>Coordenação técnica Saúde do adolescente,</b> Educação em Saúde e Secretaria de Educação	Verba municipal	X	X	X	X

## ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência vem sendo implementada gradualmente no município de Angra dos Reis, a partir do ano de 2002. Naquele ano, foram inseridas algumas metas no Plano Municipal de Saúde, período 2002-2005, com destaque para o diagnóstico da situação das pessoas com deficiência em nosso município, realizada a partir do cadastro de Agentes Comunitário de Saúde (iniciado em 2003). Esta identificação possibilitou diversas ações de saúde para a população de pessoas com deficiência do município, as quais culminaram com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência.

### Estimativa e cadastro de pessoas com deficiência no SIAB, para o município de Angra dos Reis no ano de 2009.

População do município de Angra dos Reis - 2009	168666
% de pessoas com deficiência segundo a OMS	10,00% (16866)
% de pessoas com deficiência física segundo a OMS	2%
Estimativa para Angra dos Reis do % de pessoas com deficiência física (com base na OMS)	3373
Estimativa para Angra dos Reis do % de pessoas com necessidade de reabilitação (OMS 1,5%)	2529
Número de pessoas com deficiência (geral) cadastradas pelo SIAB até 2009	857

Fonte: SIAB, 2009.

Conforme a Portaria nº1060/GM, de 05/06 de 2002 as Responsabilidades do Gestor Municipal na Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência incluem as seguintes atribuições:

- a) Coordenar e executar ações (política nacional e estadual)
- b) Integração da programação município / estado.



- c) Promover treinamento e capacitação de RH
- d) Promover acesso a medicamentos, órteses e próteses.
- e) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência no SUS.
- f) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diários (centros-dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos.
- g) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando recursos comunitários, conforme modelo de ESF e EACS.
- h) Organizar e coordenar a rede municipal.
- i) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis pela população (prevenção de deficiências)
- j) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis pela população com deficiências (prevenção de agravos de deficiências já instaladas).
- l) Organizar e manter sistemas de informações e análise (situações de saúde e ações dirigidas a pessoas com deficiências).
- m) Articular ações com outros setores no âmbito municipal
- n) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção de vida independente, de forma integrada a outras entidades que prestam atendimento à pessoa com deficiência.

Atualmente o Programa é composto de ações nos diversos níveis de complexidade do SUS, através da rede própria da FuSAR, de serviços conveniados ao SUS e de referências à rede conveniada do SUS através de tratamento fora de domicílio nos níveis de maior complexidade. As ações realizadas no Programa de Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência seguem as diretrizes da Política Nacional (portaria 1060 GM, de 05/06 de 2002), muito embora exista ainda a necessidade de ampliação do leque de serviços oferecidos.

1- Na Atenção Básica: Serviços Ambulatoriais na área de fonoaudiologia e psicologia (nas unidades básicas de saúde) e Reabilitação Domiciliar, através do NASF – Núcleo



- de Apoio à Saúde da Família (fisioterapia e fonoaudiologia);
- 2- Fornecimento de material para ostomizados (bolsas de colostomia, botton para gastrostomia);
  - 3- Fornecimento de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção, através de convênio definido pela SESDEC;
  - 4- Através de Subvenção Social: Reabilitação de Crianças e Adolescentes: através de Convênio com a Associação Pestalozzi de Angra dos Reis; Assistência ao Deficiente Visual através da APADEV – Associação de Pais e Amigos do Deficiente Visual; Serviço de Equoterapia (Terapia sobre o cavalo) no Haras Vale da Banqueta.
  - 5- Serviço Conveniados: de Fisioterapia (ambulatorial): através de Convênio com o Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena;
  - 6- Serviço Contratado de Hidroterapia.
  - 7 - Ambulatório de Follow-up do Centro de Especialidades Médicas
  - 8- AMAGEN – Ambulatório de Malformações Congênicas, Doenças Genéticas e Deficiências no Centro de Especialidades Médicas;
  - 9- Referências de alta complexidade em Saúde Auditiva, realizada na rede de referência credenciada pela SESDEC.
  - 10- Referências de média e alta complexidade para reabilitação física: realizada em serviços credenciados ao SUS, na cidade do Rio de Janeiro, através do setor de tratamento fora de domicílio da FuSAR;
  - 11- Referências de média e alta complexidade para reabilitação visual: realizada em serviços credenciados ao SUS, na cidade do Rio de Janeiro, através do setor de tratamento fora de domicílio da FuSAR;
  - 12- Referências de média e alta complexidade para Saúde Auditiva: realizada no Centro de Saúde Auditiva de Barra Mansa, através do setor de tratamento fora de domicílio da FuSAR;



11- Grupo de Apoio as Famílias e Cuidadores de Crianças e Adolescentes com deficiências (Grupo Acolhida);

12- Ações de Educação Continuada aos profissionais da rede de saúde através de seminários e encontros;

13- Ações de qualificação dos sistemas de informação em saúde;

14- Parcerias em projetos na área da pessoa com Deficiência e Prevenção, incluindo Projeto aprovado em agosto de 2009 pela FAPERJ, em parceria com o NESA – UERJ (Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente) e Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ, para a criação e editoração de material educativo para Reabilitação Domiciliar na Estratégia Saúde da Família, que prevê também capacitação a ser realizada para as equipes da ESF no ano de 2010.

15- Parceria em Projeto aprovado pelo CNPq, denominado INAGEMP, para realizar estudo na área da Genética Médica populacional, dando respostas às necessidades do município nesta área.

16- Parceria com o Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ, na realização de Atividades de Genética Médica itinerante, com avaliação dos pacientes com necessidades na área da área da genética.

A legislação específica da Área da Pessoa com Deficiência, em especial ao disposto na Portaria nº1060/GM, de 05/06 de 2002 e na Portaria nº 2669, de 03 de novembro de 2009, publicada em 6 de novembro de 2009 no DOU, fala das prioridades do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011, incluindo dentre elas o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema às pessoas com deficiência. Para atingir estas metas, pretende-se realizar um planejamento integrado a todos os níveis de assistência do SUS, atendendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade.



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
<p>Organizar e manter sistemas de informação e análise, através de:</p> <p>→ Capacitar equipes de UBS para realizar cadastro através de ficha ampliada</p> <p>→ Ampliar cadastro paralelamente a ampliação da ESF</p> <p>→ Recadastrar toda a população, digitar dados e implantar fluxo de envio de fichas.</p>	<p>Cadastro de pessoas com deficiência (ESF), atingindo 70% do município.</p> <p>Ausência de cadastro em áreas sem ESF</p>	<p>Áreas sem cadastro (áreas sem ESF)</p> <p>Cadastro desatualizados</p>	<p>% cadastro SIAB Total de cadastros da ficha ampliada</p>	<p>90% para áreas sem ESF</p> <p>100% para ESF</p>	<p>Atenção Básica</p>	<p>Município</p>	<p>Gradual durante os 4 anos</p>



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
<p>Promover a criação e ou adequação na rede de serviços do SUS, dos serviços de reabilitação, incluindo atendimento domiciliar, equipes de reabilitação do NASF e média e alta complexidade em reabilitação, através de:</p> <p>→ Chamada de concursados para complementar equipes a partir de estudo de necessidade com base nas portarias do MS</p> <p>→ Implantação do NASF (área reabilitação)</p> <p>→ Realizar concurso para profissionais não disponíveis, p. ex. Terapeuta ocupacional, ou contratar</p> <p>→ Estruturação de Média Complexidade em Reabilitação</p> <p>→ Convênios para alta complexidade</p>	<p>Serviços de Reabilitação na atenção básica com equipes incompletas e ainda não estruturados adequadamente.</p> <p>Inexistência de serviços de média e alta complexidade</p>	<p>Completar equipes nos diversos níveis (atenção básica e média)</p> <p>Inexistência de Centros de Reabilitação</p>	<p>Ampliação do quantitativo de profissionais</p> <p>Número de centros e equipes estruturadas</p> <p>Número de convênios firmados</p>	<p>Quadro completo</p> <p>Quantitativo de recursos materiais adequado</p> <p>Existência de rede hierarquizada</p> <p>Criar serviços de reabilitação nas policlínicas distritais.</p> <p>Criação de Centros de Reabilitação</p>	<p>Área técnica, atenção básica e RH</p>	<p>Município</p> <p>Avaliar possibilidade de credenciamento estadual e federal</p>	<p>Gradual durante os 4 anos</p>



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
<b>Implantar serviço de Internação Domiciliar</b>	Inexistência de serviço de internação domiciliar	pacientes de alta complexidade, com necessidade de internação domiciliar não tem disponibilidade deste serviço	Número de serviços implantados Total de pacientes em internação domiciliar	Implantação de serviço de internação domiciliar	Área técnica  Saúde do idoso  Parceria com FIOCRUZ	Municipal  Existe recurso disponível para projeto (MS)	2010 – estruturar projeto e tentar convênio com MS
Promover acesso a medicamentos, órteses e próteses, através de:  → Estruturação de serviço de média complexidade junto aos centros de reabilitação  → Convênios com oficinas ortopédicas  → Convenios com a rede SUS para reabilitação física e auditiva  → Estruturação de serviço para seguimento de ostomizados  → Convênios para alta complexidade	Inadequação na distribuição de órteses e próteses	Não há serviço especializado para a prescrição, distribuição e acompanhamento adequado de órteses e próteses (Física, auditiva, visual, ostomizados)	Ampliação do quantitativo de profissionais Número de centros e equipes estruturadas Número de convênios firmados	Quadro completo Existência de rede hierarquizada	Área técnica, atenção básica, secundária e RH	Município	Gradual durante os 4 anos



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
<p>Adequar acesso à rede de saúde auditiva do município, através de:</p> <p>→ Ampliar acesso aos serviços de saúde auditiva em todos os níveis de complexidade</p> <p>→ Otimizar e discutir resultados com o serviço conveniado</p> <p>→ Realizar acompanhamento local de pacientes encaminhados</p>	<p>Convênio com rede de Saúde auditiva não atinge os resultados esperados</p>	<p>Local para convênio definido pelo gestor estadual</p>	<p>Aumento do número de pacientes atendidos, protetizados e acompanhados.</p>	<p>Quadro completo Existência de rede e hierarquizada</p>	<p>Área técnica, atenção básica, secundária</p>	<p>Município</p>	<p>Gradual durante os 4 anos</p>
<p>Adequação da estrutura e recursos para a área técnica da pessoa com deficiência, através da aquisição de RH e materiais, incluindo: computador</p> <p>Estagiário e digitador</p>	<p>- Adequar RH e recursos materiais para área técnica da pessoa com deficiência</p>	<p>Necessidade de adequação de recursos para área técnica</p>	<p>Número de equipamentos e RH</p>	<p>1 computador e 1 digitador</p>	<p>Área técnica e RH</p>	<p>municipal</p>	<p>2010</p>



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
<p>Estabelecer protocolos de reabilitação para a Atenção Básica</p> <p>Capacitar as equipes de Atenção Básica em protocolos de reabilitação, através de parcerias formais com universidades para a capacitação</p>	<p>Ausência de planos individuais de reabilitação na Atenção Básica</p>	<p>Ausência de sensibilização e capacitação das equipes</p> <p>Ausência de planos individuais de reabilitação</p> <p>Ausência de Qualificação das ações de saúde dispensadas as pessoas com deficiências</p> <p>Necessidade de sensibilização e capacitação das equipes</p> <p>Ausência de protocolos</p>	<p>Número de parcerias formais estabelecidas</p> <p>Quantitativo de material produzido</p> <p>Quantitativo de equipes treinadas</p>	<p>Capacitar todas as equipes de atenção básica de 2010 a 2013</p> <p>Criar protocolos para as condições mais comuns</p> <p>Disponibilizar material educativo</p> <p>Capacitar todas as equipes de atenção secundária e especializada e gestores da saúde de 2010 a 2013</p>	<p>Área técnica</p>	<p>Municipal</p> <p>FAPERJ (editoração de material educativo)</p>	<p>Início em 2010</p>



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
Ampliar a atenção em genética através da formalização de convênio entre FuSAR e FIOCRUZ	Ampliar a atenção em genética através de convênio formal	Ações realizadas desde 2005 sem convênio formal	Número de convênios firmados	1 convênio	Área técnica	municipal	2010
Capacitar os profissionais da Atenção primária de saúde para a atenção à pessoas com deficiência e com doenças genéticas	Necessidade de sensibilização e capacitação das equipes	Não há parcerias formais com universidades para a capacitação	Número de parcerias formais estabelecidas  Quantitativo de equipes treinadas	Capacitar todas as equipes de atenção básica de 2010 a 2013	Área técnica	municipal	Início em 2010
Adequar fisicamente as unidades quando à acessibilidade	Necessidade de adequação física das unidades de saúde	Unidades sem acessibilidade física adequada	Número de unidades com adequação	Adequar todas as unidades de 2010 a 2013	Área técnica e obras	municipal	Início em 2010



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
Definir fluxos do SUS para pessoas com deficiência e assistência em reabilitação.  Sensibilizar e capacitar as equipes de Atenção Básica para o conhecimento os fluxos do SUS, para a pessoa com deficiência	fluxos para odontologia especial e saúde mental recentemente estruturados	Desconhecimento dos profissionais da rede dos fluxos recém-criados	Quantitativo de equipes treinadas	Capacitar todas as equipes de atenção básica de 2010 a 2013	Área técnica	municipal	Início em 2010
Ampliar os espaços de discussão intersetorial, através do estabelecimento de Comitê intersetorial de apoio à pessoa com Deficiência - CIAD	Inexistência de encontros e fóruns sistemáticos com outros órgãos da administração pública e instituições conveniadas para discussão de questões relacionadas à pessoa com deficiência	necessidade de reativar fóruns e parcerias intersetoriais	Número de reuniões realizadas	1 reunião mensal	Área técnica	municipal	Início em 2010



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
Realizar a análise contínua dos dados e recursos da área da pessoa com deficiência	A análise dos dados disponíveis na área da pessoa com deficiência ainda não é sistemática e não é disponibilizada para a rede.	Necessidade de análise contínua dos dados Sem RH e material adequado	Relatório trimestral	Produção de relatórios trimestrais	Área técnica	municipal	Início em 2010
Estabelecer ações de Prevenção de deficiências, incluindo: prevenção de acidentes de trânsito; prevenção de Defeitos congênitos e Câncer; acompanhamento do desenvolvimento infantil; controle adequado da Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.  Implementar Sistema de Vigilância de Câncer familiar e Defeitos congênitos para possibilitar ações de prevenção.	Ações de prevenção de deficiências são realizadas de forma não sistemática	Necessidade de ações sistemáticas de prevenção	Total de projetos implementados	Relatórios trimestrais	Área técnica e outras coordenações de área técnica	municipal	Início em 2010



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
Criação e implantação do Programa de Internação Domiciliar de Crianças Dependentes de Tecnologia	Atendimento domiciliar de fisioterapia e fonoaudiologia para 09 crianças dependentes de tecnologia, nenhuma dependente de oxigênio  <i>01 criança dependente de oxigênio em internação hospitalar por falta de estrutura para mantê-la em atendimento domiciliar</i>				<b>C. P Deficiência</b>  <b>C. Criança</b>  <b>C. Adolescente</b>  <b>ATAN</b>  Atenção Secundária  Atenção Básica	municipal	Início em 2010
Atuação no Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência	Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência é Conselheira Titular no CMDPD representando a FUSAR e a Coordenação de Saúde Auditiva é Conselheira Suplente no CMDPD representando a FUSAR				<b>C. P Deficiência</b>  <b>C. S. Auditiva</b>	municipal	Início em 2010



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ações propostas	Situação atual	Nó crítico	Indicador	Meta	Responsável Parceiros	Fonte de recursos	Cronograma
Apoiar a estruturação de ações que aumentem a acessibilidade de crianças com deficiência à rede de saúde e aos demais direitos humanos e civis	Discussões pouco eficazes	Dificuldades concretas e subjetivas de acesso de pessoas com deficiência, inclusive crianças, às unidades de saúde e serviços conveniados, inclusive reabilitação			<b>C. P Deficiência</b> <b>C. Criança</b> <b>C. Adolescente</b> <b>ATAN</b> Atenção Secundária Atenção Básica	municipal	Início em 2010
Garantia de insumos, medicamentos e suplementação alimentar para as crianças dependentes de tecnologia, cujas famílias não tenham condições financeiras de suprir o tratamento	Necessidade de revisão da REMUME para adequação aos casos de maior complexidade já conhecidos e acompanhados na cidade.	Criação de um Grupo de Trabalho para diagnóstico e proposições			<b>C. P Deficiência</b> <b>C. Criança</b> <b>C. Adolescente</b> <b>ATAN</b> Atenção Secundária Atenção Básica	municipal	Início em 2010



## SAÚDE AUDITIVA

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou-se que no ano de 2005 havia 278 milhões de pessoas no mundo com deficiência auditiva moderada a profunda (Freire *et al*, 2009) sendo que 80% destes vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (Bevilacqua *et al*, 2009), e o número de indivíduos com essa deficiência vem crescendo em todo o mundo principalmente pelo aumento da população mundial e da expectativa de vida.

De acordo com o Censo populacional do IBGE/2000 identificou-se 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil. Nesse total foram detectadas 17% com deficiência auditiva (Brasil, 2009). Em levantamento realizado pelo Programa de Saúde da Pessoa com Deficiência no período de 2003 a 2006, existia no município de Angra dos Reis cerca de 82 deficientes auditivos (RODRIGUES, 2008).

O serviço público de saúde do município já contou com a realização de triagens auditivas em escolares, como parte do Programa de Saúde Escolar e com a realização de audiometria tonal e vocal. Atualmente os usuários do SUS deste município que necessitam dos serviços de audiologia contam com acompanhamento realizado no Centro de Saúde Auditiva de Barra Mansa, para exames, seleção e adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI), que em conformidade com a Política Nacional de Saúde Auditiva (Portaria nº 2073/GM de 28 de setembro de 2004) é o pólo responsável pelas regiões Centro Sul, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande. Contam também com a realização de exames de audiometria tonal e vocal, audiometria de reforço visual, audiometria em campo livre e imitanciometria em clínica conveniada com o município.

As maternidades que oferecem serviços complementares aos do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Angra dos Reis realizam o “Teste da Orelhinha” (triagem auditiva neonatal), a fim de se detectar o mais precocemente alguma deficiência auditiva, garantindo a intervenção o quanto antes. No entanto, o SUS é universal e a Constituição Federal determina que a saúde seja um direito de todos, portanto garantir a saúde de todos os seus cidadãos é dever do município, até mesmo daqueles que não



nasçam em maternidades conveniadas ao SUS.

Parte dos deficientes auditivos também tem acompanhamento e ensino pedagógico na Escola Municipal de Educação de Surdos (EMES), no entanto, quem se encontra fora da idade escolar ou fora da rede municipal de ensino, não tem se beneficiado deste acompanhamento e os Centros de Especialidades Médicas não contam com fonoaudiólogos especializados no atendimento desta parte da população.

De acordo com estudo realizado por Freire (2009) as pessoas com deficiência auditiva necessitam de acesso à saúde, não necessariamente relacionado com a deficiência em si, no entanto a comunicação com estes pacientes é um desafio para os profissionais de saúde. O Decreto nº 6215, de 26 de setembro de 2007, estabelece o compromisso pela inclusão da pessoa com deficiência com o objetivo de conjugar esforços da União, Estados, Distrito Federal e Municípios em proveito da melhoria das condições para a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade brasileira. Cabe aos serviços públicos de saúde e privados conveniados ou contratados que integram ao SUS, garantir acesso universal e tratamento equânime aos seus usuários.

As ações de promoção e prevenção da saúde auditiva na Atenção Básica, vem sendo realizada de forma isolada, sem um planejamento específico e sem intersetorialidade. Espera-se que com a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) consiga se organizar tais ações de forma a gerar impacto na saúde auditiva da população, já que este núcleo contará com um fonoaudiólogo que é o profissional habilitado para a realização de ações em audiologia.

Dentro das ações realizadas na Saúde do Trabalhador pouco se vê de ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde auditiva, no entanto existe uma gama de trabalhadores expostos a ruídos intensos que podem levar a perdas auditivas, gerando afastamentos dos serviços e danos irreversíveis para a saúde do indivíduo. Segundo Lopes *et al* (2009), “no Brasil sabe-se que a perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados representa uma das mais frequentes doenças entre nossos trabalhadores, sendo a segunda maior causa de perda auditiva no homem adulto, perdendo apenas para a presbiacusia” (perda auditiva ocasionada pelo envelhecimento).



Considerando a importância social das consequências da deficiência auditiva e a possibilidade de êxito de intervenção na história natural deste tipo de deficiência por meios de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde é que se faz necessário organizar as ações de saúde auditiva no município.

Essas ações perpassam por algumas das prioridades pactuadas no Pacto pela Vida (2006), a saber: saúde do idoso, promoção da saúde, saúde do trabalhador, fortalecimento da Atenção Básica e da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, encontrando espaço de atuação em outras áreas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, a Saúde da Criança e do Adolescente.

Diante da situação exposta ficam sugeridas ações relacionadas ao campo da Saúde Auditiva e suas interfaces com os demais programas já citados.

### **Ação: Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos**

- Coordenação e implantação de atividades de prevenção da perda auditiva
- Coordenação e implantação de atividades de identificação precoce da perda auditiva (triagem auditiva na puericultura e vigilância da caderneta da criança em relação ao Teste da Orelhinha)
- Elaboração de material educativo para a promoção da saúde auditiva
- Organização e apoio a eventos voltados para a promoção da saúde auditiva
- Incremento às ações intersetoriais de apoio à pessoa com deficiência auditiva

### **Ação: Educação Permanente na área de Saúde Auditiva**

- Capacitação da equipe de Saúde da Família para atividades de atenção à saúde auditiva
- Capacitação em LIBRAS de profissionais da saúde em parceria com a Educação Especial (EMES)



**Ação: Informação em Saúde**

- Implantação do cadastro dos deficientes auditivos do município
- Organização e acompanhamento dos indicadores referentes à saúde auditiva

**Ação: Linha do Cuidado**

- Organização do fluxo de referência e contra-referência dos pacientes encaminhados para acompanhamento no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Barra Mansa
- Organização do fluxo dos pacientes encaminhados para realização de implante coclear no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
- Organização de ações voltadas à saúde auditiva do trabalhador em conjunto com Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Baía da Ilha Grande.



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Criar e implantar o fluxo de pacientes identificados no teste da orelhinha.	O fluxo está pouco definido	Paciente com seguimento indefinido de atendimento nos outros níveis de atenção Serviço de saúde complementar, podendo sofrer descontinuidade	Nº de bebês nascidos vivo e o nº de bebês identificados na triagem auditiva	100% dos pacientes triados e acompanhados nos outros níveis de atenção quando identificados na triagem	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> <b>Coordenação do Programa Saúde da Criança</b> Atenção Básica Atenção Secundária Atenção terciária (hospitalar)	Municipal	X	X		
Criar e implantar o serviço de atenção à saúde auditiva no município.	Serviço contratado ou realizado fora do município.	Por ser um serviço contratado pode sofrer descontinuidade. Alto custo para o município. Demanda reprimida e distância do SASA	Nº de pacientes com indicação para realização de audiometria tonal e vocal e imitanciometria. Relação custo x benefício	Oferecer o serviço pelo município	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> Atenção Secundária	Municipal		X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013





AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Realizar triagem auditiva nas escolas do município	A triagem auditiva não é realizada	Ausência do serviço	Relação do nº de alunos matriculados no 1º e 2º ano e o nº de triagem auditiva escolar realizada e registrada	Realizar triagem nos alunos regulares do 1º e 2º ano das escolas municipais	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> Programa de saúde escolar Secretarias de Educação, Ciência, Tecnologia, Esportes, Lazer e Cultura	Municipal		X	X	X
Criar e implantar o fluxo de atendimento dos alunos identificados na triagem auditiva (criação de vaga de demanda na atenção secundária)	Não existe fluxo	Dificuldade em oferecer o atendimento integral ao paciente	Relação do nº de alunos que encaminhados para atenção básica ou secundária e o nº de vagas disponíveis no serviço de saúde.	Oferecer atendimento nos diferentes níveis de atenção a 100% dos alunos identificados na tiragem auditiva	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> Atenção básica Atenção secundária Educação Especial	Municipal		X	X	



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Realizar ações intersetoriais com a Secretaria Municipal de Educação, através da EMES a fim de promover o acompanhamento dos alunos e famílias pela equipe de saúde	Ações isoladas do serviço de saúde e da educação	Falta de comunicação entre os setores responsáveis pelo acompanhamento destes pacientes	Nº de ações realizadas	Fortalecer as ações e o atendimento integral dos deficientes auditivos frequentadores da EMES	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> Atenção básica Educação Especial	Municipal	X	X	X	X
<b>Criar atendimento fonoaudiológico especializado no nível secundário para deficientes auditivos fora da rede municipal de ensino</b>	Não existe este tipo de atendimento	Ausência do serviço para esta demanda de pacientes	Nº de pacientes fora da rede municipal de ensino que precisam de terapia fonoaudiológica especializada	Atendimento fonoaudiológico a 100% dos deficientes auditivos fora da rede municipal de ensino.	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> Atenção básica Atenção secundária	Municipal		X	X	



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Capacitar os fonoaudiólogos do NASF para ações de saúde auditiva na Atenção Básica. Criação das ações.	Inexistente	Necessidade de educação permanente	Nº de Capacitações dos fonoaudiólogos do NASF	1 capacitação/ano. Acompanhamento das ações realizadas.	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva Atenção básica</b>	Municipal	X	X	X	X
---	-------------	------------------------------------	---	--	---	-----------	---	---	---	---



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Capacita os profissionais das equipe de saúde da família, inclusive agentes comunitários de saúde para ações de saúde auditiva.	Inexistente	Necessidade de educação permanente	Nº de capacitações dos profissionais de saúde da família	1 capacitação/ano	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> Atenção básica	Municipal	X	X	X	X
Estimular a vigilância da caderneta da criança em relação ao teste da orelhinha	Inconsistente	Crianças que não nasceram em maternidades complementares ao SUS ou se mudaram para o município.	Nº de crianças em acompanhamento puerperal na atenção básica e a identificação dos pacientes que não realizaram o teste.	100% das crianças em acompanhamento puerperal com controle da realização do teste da orelhinha	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Ampliar as ações de promoção da saúde auditiva	Inconsistente	Ações isoladas, sem planejamento ou avaliação do impacto.	Impacto das ações de promoção da saúde gerado na saúde auditiva da população	Realização de ações planejadas de acordo com a necessidade da comunidade, gerando impacto na promoção da saúde auditiva	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b> <b>Atenção Básica</b>	Municipal	X	X	X	X
Adquirir material didático para a execução de ações de promoção da saúde auditiva	Limitado	Falta de material didático	Nº de kits de material didático (DVD, folders, banners, álbuns seriados)	1 kit / ESF	<b>Coordenação do Programa de Saúde Auditiva</b>  Atenção Básica	Municipal		X	X	

## ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição visa atender as principais diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN):

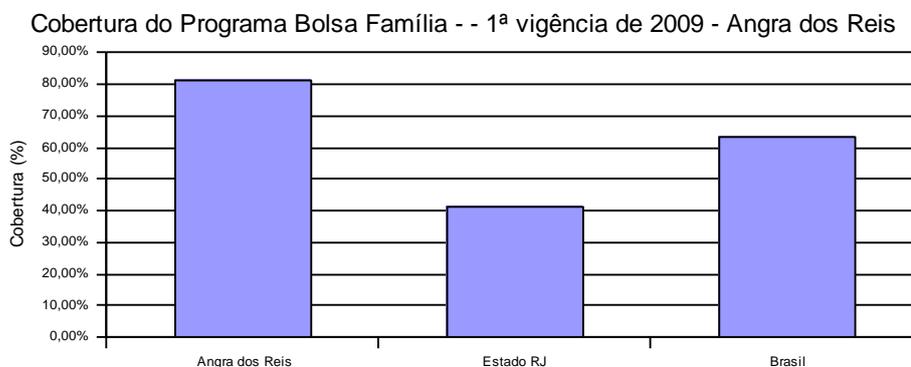
### ➤ **Monitoramento da situação alimentar e nutricional:**

O monitoramento da situação alimentar e nutricional é realizada pela Vigilância alimentar e nutricional. Em Angra dos Reis o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) foi implantado em 1992 e atualmente faz parte da rotina de todas as unidades de saúde. Este sistema permite o registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários do SUS. O registro no SISVAN WEB em Angra é realizado somente para as gestantes, crianças e adolescentes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso e obesidade). A partir de fevereiro/2010 serão realizados para todas as pessoas cadastradas nas ESF caracterizando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos biológicos de maior risco nutricional.

### • **Acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família:**

Os beneficiários do Programa Bolsa Família são considerados um grupo em situação de vulnerabilidade econômica, social e de saúde. Todos os beneficiários do Programa são cadastrados no SISVAN WEB e são acompanhados no mínimo semestralmente. A avaliação antropométrica (peso e estatura) das crianças e gestantes é obrigatória pois são indicadores do estado nutricional.

A cobertura de acompanhamento de Angra dos Reis (81%) é alta quando comparada ao



estado RJ (41,51%) e ao Brasil (63,1%) na primeira vigência de 2009/Fonte: Relatório do Programa Bolsa Família / DATASUS / 2009/Área Técnica de Alimentação e Nutrição / CAP / DP / SPCAR / FuSAR



➤ **Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis:**

A promoção de práticas alimentares saudáveis inicia-se com o incentivo ao aleitamento materno e o SISVAN WEB permite avaliarmos a situação atual do aleitamento materno no município que até 2008 não era possível bem como a avaliação dos hábitos alimentares através da “Ficha de Marcador de Consumo Alimentar” para todas as pessoas cadastradas no SISVAN WEB.

Atualização dos profissionais e oficinas culinárias com a comunidade são estratégias que serão adotadas para orientações sobre alimentação saudável.

➤ **Prevenção e controle de distúrbios nutricionais:**

Em 2007 implantamos o Programa Nacional de Suplementação de Ferro. O município já tinha como rotina a suplementação de ferro para as crianças e gestantes. Adequamos as rotinas ao protocolo do Ministério da Saúde: público alvo – crianças de 6 à 18 meses, dose semana de sulfato ferroso, gestantes doses diárias de sulfato ferroso e ácido fólico e mulheres pós-parto e pós-aborto dose diária de sulfato ferroso por 3 meses.

➤ **Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos:**

A educação permanente dos profissionais de saúde vem sendo realizada semestralmente com os profissionais (enfermeiros e agentes comunitários de saúde) envolvidos com o Programa Bolsa Família. Iniciamos em dezembro/09 a atualização em alimentação complementar para médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Nossa meta é realizar anualmente a atualização em alimentação complementar e Vigilância Alimentar e Nutricional.

➤ **Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos:**

Na condição de detentor dos dados epidemiológicos relativos a alimentação e nutrição, a ATAN se articula com outros setores governamentais como a Secretaria de Ação Social e Educação contribuindo com dados do estado nutricional para o desenvolvimento de ações voltadas para esta área. Em parceria desenvolvemos ações como o Programa Leite é Saúde (Secretaria de Ação Social) e o Projeto Plantando Educação e Colhendo Saúde (Secretaria de Educação).



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013





**ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – ATAN**

Linha de Cuidado/Ação: VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Incluir na ficha de cadastro das famílias da ESF o cadastro do SISVAN	Em 2008 implantação do SISVAN WEB pelo MS		% de ESF com a ficha do SISVAN preenchida junto com a ficha de cadastro das famílias.	100% das ESF realizando o cadastro SISVAN junto com o cadastro de famílias (2011=50% , 2012 =80%, 2013=100%)						
Criar o carimbo identificador do cadastro do SISVAN	Em Angra: Substituição da ficha de notificação de desnutrição pela ficha de cadastro do SISVAN WEB	Cadastramento da população em todas as faixas etárias	Nº de cadastros de indígenas no SISVAN x 100% / Nº de indígenas da ESF	2010 – 50% das crianças menores de 5 anos. 2011 – 80% das crianças menores de 5 anos e 50% da população entre 5 a 19 anos .	<b>Atenção BÁSICA (ESF:ACS, Coordenadores DS) Coordenação ATAN CID</b>	Recurso Municipal e FAN	X	X	X	X
Cadastrar no SISVAN a comunidade quilombola e indígena	2008 e 2009: cadastro no SISVAN: crianças e adolescentes (0 à 19 anos) com desvio nutricional 2009: cadastro de todas as gestantes Comunidade indígena e quilombola não identificadas no SISVAN	Transição dos profissionais	Nº de cadastros de quilombolas no SISVAN x 100% / Nº de quilombolas da ESF	2012 – 100% das crianças menores de 5 anos, 80% da população entre 5 a 19 anos e 30% da população maior de 20 anos. 2013 – 100% da população cadastrada no SISVAN						
Promover educação permanente dos profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	Último treinamento em VAN realizado em 2007	Confiabilidade das informações	Nº de cursos realizados/ano	1 curso/ano	<b>ATAN Atenção Básica Programas Saúde da criança, adolescente, mulher e idoso Educação em Saúde</b>	Programa Bolsa Família	X	X	X	X
Promover a reposição e manutenção das balanças e antropômetros	Não há manutenção periódica dos equipamentos apenas consertos quando necessários		Registro da manutenção dos equipamentos por empresa especializada	2 manutenções/ano	<b>Atenção Básica ATAN</b>					



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Aumentar do nº de nutricionistas	07 nutricionistas na Atenção Básica sendo 03 de licença	Nº insuficiente de nutricionistas	Nº de nutricionistas contratadas (concurso)	Aumentar mais 01 nutricionista para cada DS 02 nutricionistas por NASF 01 nutricionista para ATAN	<b>Atenção Básica</b> SPCAR ATAN	-	X			
Implantar o protocolo da VAN	2008: criação pelo MS do Protocolo do SISVAN		Protocolo implantado	Implantar o protocolo em 2011	<b>ATAN</b>	-		X		
Reduzir o nº de <i>crianças</i> menores de 5 anos com baixo peso e excesso de peso/idade	<p><i>Perfil nutricional - Crianças 0 a ≤ 5 anos (SISVAN WEB, 2009)</i></p> <p>81,99% peso adequado para a idade</p> <p>1,55% peso muito baixo para a idade</p> <p>6,35% baixo peso para a idade</p> <p>10,1% peso elevado para a idade</p>	<p>Cadastramento somente das crianças sob condições de risco à saúde baixo peso e excesso de peso.</p> <p>Nº baixo de cadastros no SISVAN WEB (772 cadastros, provenientes também do Programa Bolsa Família).</p>	% de crianças < 5 anos com <u>baixo</u> peso/idade (< P3)	<p>Baixo peso/idade 2010 ≤ 4,4% 2011 ≤ 4,0% (Portaria 2.669, 03/11/09)</p>	<p><b>ATAN</b> <b>Atenção Básica</b> Programa Saúde da Criança DANTs</p>	-	X	X	X	X
			% de crianças < 5 anos com baixo ou excesso peso/idade	<p>Angra reduzir em 2% ano o % de crianças com baixo e excesso de peso.</p> <p>Meta segundo Pacto pela Saúde) Excesso peso/idade ≤ 2,3% das crianças</p>						



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
<p>Reduzir o nº de <u>gestantes</u></p> <p><i>Baixo peso, sobrepeso e obesidade</i></p>	<p><i>GESTANTES</i></p> <p><i>Perfil nutricional:</i></p> <p><i>(SISVAN WEB, 2009)</i></p> <p><i>36,43% eutróficas</i></p> <p><i>19,33 % baixo peso</i></p> <p><i>24,91% sobrepeso</i></p> <p><i>13,01% obesidade</i></p>	<p><i>Nº baixo de cadastros no SISVAN WEB (269 cadastros provenientes também do Programa Bolsa Família)</i></p>	<p><i>IMC/semana gestacional</i></p>	<p>Reduzir em 2% ano o % de gestantes com baixo e excesso de peso.</p>	<p><b>ATAN</b> <b>Atenção Básica</b> DANTs Programa Saúde da Mulher</p>	-	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Reduzir o nº de <u>adolescentes</u> com baixo peso e excesso de peso/idade	<p><i>Perfil nutricional -</i></p> <p>Adolescentes <math>\geq 10</math> a <math>&lt; 20</math> anos (SISVAN WEB, 2009)</p> <p>71,56% eutróficos</p> <p>0,57% magreza acentuada</p> <p>2,67% magreza</p>	Nº baixo de cadastros no SISVAN WEB (524 cadastros provenientes também do Programa Bolsa Família )	<p><math>&lt; P3 =</math> IMC baixo/idade <math>&gt; P85</math> e <math>\leq P97 =</math> IMC elevado/idade</p> <p><math>&gt; P97 =</math> obesidade</p>	<p>Angra reduzir em 2% ano o % de adolescentes com baixo e excesso de peso.</p> <p>Meta segundo Pacto pela Saúde) Excesso peso/idade <math>\leq 2,3\%</math>.</p>						
Reduzir o nº de <u>adultos e idosos</u> baixo peso e excesso de peso	<p><i>Perfil nutricional -</i></p> <p>Adultos <math>\geq 30</math> a <math>&lt; 59</math> anos (SISVAN WEB, 2009)</p> <p>41,79% eutróficos</p> <p>2,55% baixo peso</p> <p>32,43% sobrepeso</p> <p>23,23% obesidade</p>	Nº baixo de cadastros no SISVAN WEB (06 cadastros)	<p>IMC:</p> <p><math>\geq 25</math> baixo peso</p> <p><math>&lt; 30</math> sobrepeso</p> <p><math>\geq 30</math> obesidade</p>	<p>Angra reduzir 5% ano o % de adultos e idosos com baixo e excesso de peso.</p> <p>Meta segundo Pacto pela Saúde = 10% dos adultos obesos</p>	<b>ATAN</b> Atenção Básica Programa Saúde do Adolescente DANTs	-	X	X	X	X



**Linha de Cuidado/Ação: Promoção da Alimentação Saudável**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Implantar a ficha de Marcador de Consumo Alimentar (MCA) para todas as pessoas cadastradas no SISVAN	Informações do consumo alimentar de pessoas que freqüentam a ESF Banqueta e Frade (gestantes e crianças com desvio nutricional)	Falta de informações sobre o hábito alimentar da população de Angra	% de ESF com a ficha de Marcador de Consumo Alimentar implantada	10% em 2010 50% em 2011 80% em 2012 100% em 2013	<b>Atenção Básica</b> (ACS, enfermeiros) ATAN	Recurso municipal e FAN	X	X	X	X
Incluir o tema alimentação saudável nos grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos	Palestra sobre alimentação complementar realizada no Seminário de Aleitamento Materno em setembro/09.	Nº de nutricionistas insuficiente  Baixa adesão das nutricionistas da saúde	Nº grupos com o tema alimentação saudável	01 palestra/ano nas UMS/ESF	<b>Atenção Básica</b> ATAN	Programa Bolsa Família				
Realizar grupos de mães de crianças com desvio nutricional			Nº oficinas culinárias	01 oficina/ano/Distrito sanitário				X	X	X
Realizar oficinas culinárias para crianças e adolescentes										
Confeccionar material educativo	Elaboração de folders : alimentação saudável , complementar e alimentação da gestante	Falta de material educativo	Nº folders confeccionados	5.000 de cada folder /ano	<b>ATAN</b> Programas Saúde da Criança, Adolescente, Mulher, Idoso, DANTs	FAN P. Bolsa Família	X	X	X	X
Incentivar as unidades de saúde a comemorarem o Dia Mundial da Alimentação	Criação da Mostra de Alimentação Saudável em 2005 para comemorar o Dia Mundial da Alimentação (16/10). É realizada todo ano em parceria com a Secretaria de Educação na Semana Nacional de Ciências e Tecnologia	Nº insuficiente de nutricionistas. Pouca adesão dos nutricionistas da saúde em participar do evento	Nº campanhas educativas para alimentação saudável	01 mostra/ano 01 campanha nas ESF/UMS/ano	<b>ATAN</b> <b>Atenção Básica</b> Programas Saúde da Criança, Adolescente, Mulher, Idoso, DANTs Educação em Saúde	FAN P. Bolsa Família	X	X	X	X
Promover educação permanente em alimentação complementar	Atualização em alimentação	Ausência de educação permanente em	Nº de capacitações para enfermeiros,	01 curso/Distrito Sanitário em alimentação	<b>ATAN</b> <b>Atenção Básica</b>	ATAN Programa Bola				



ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
	complementar realizada em dez/2009 todos os Distritos Sanitários	alimentação complementar dos profissionais principalmente ACS	médicos, ACS, Pastoral da Criança	complementar /ano	Pastoral da Criança	Família				

**Linha de Cuidado/Ação: Programa Bolsa Família**

ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Encaminhar relatório de alterações de cadastro dos beneficiários para a Secretaria de Ação Social .	Em 2008 e 1 vigência/2009 cumprimos a meta nacional (80%) de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF/Saúde. Angra dos Reis é referência do Estado do RJ 2ª vigência 2009 (jilho à dezembro/09): 3.844 Famílias beneficiárias 76% famílias acompanhadas.	21% (811) de Famílias não localizadas na 2ª vigência de 2009.	% de famílias não localizadas/vigência) (Relatório do MS do nº de famílias não localizadas).	Reduzir em 2% /vigência o nº de famílias não localizadas	<b>Secretaria de Ação Social</b> ATAN Atenção Básica (coordenadores de DS, enfermeiros, ACS) guardas sanitários	Programa Bolsa Família	X	X	X	X
Incluir nas reuniões do PBF os ACS e técnicos de enfermagem para atualização e apresentação dos resultados do acompanhamento	São realizadas reuniões somente com os enfermeiros.	Preenchimento incorreto, incompleto dos mapas de acompanhamento	Nº ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros nas reuniões.	01 reunião/semestre com a participação dos ACS, enfermeiros e técnicos de enfermagem.	<b>ATAN</b> Secretaria de Ação Social Secretaria de Educação <b>Atenção Básica</b>					



ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
<p>Aumentar a cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Mobilizar as Associação de Moradores e Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) no acompanhamento dos beneficiários pela saúde.</li> <li>➢ Divulgar através de cartazes e meios de comunicação para que as famílias compareçam as unidades de saúde</li> <li>➢ Reservar o carro do PBF para VD pelas UMS</li> </ul>	Famílias residentes em áreas não cobertas pelas ESF com baixa cobertura de acompanhamento. 2ª vigência/2009: Bracuí, Belém, Monsuaba	Aumento significativo do cadastro de novos beneficiários para 2010.	% de cobertura/vigência .  (Relatório do MS do % de cobertura de famílias acompanhadas)	Cobertura ≥ 78% de famílias beneficiárias.	<b>ATAN</b> <b>Atenção Básica</b> Secretaria de Ação Social					

**Linha de Cuidado/Ação: Programa de Suplementação de Ferro**

ACÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Orientar os profissionais nas unidades de saúde	Implantação do PNSF em todas as ESF Reunião com os enfermeiros em 2009 09 ESF ainda não aderiram o Programa	Transição de profissionais  Preenchimento incorreto do Consolidado mensal do PNSF  Atraso na entrega do consolidado	Nº unidades com o Programa implantado	2011 - 100% das unidades com o Programa implantado	<b>Atenção Básica</b> ATAN Programa Saúde da Mulher CID	FAN	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



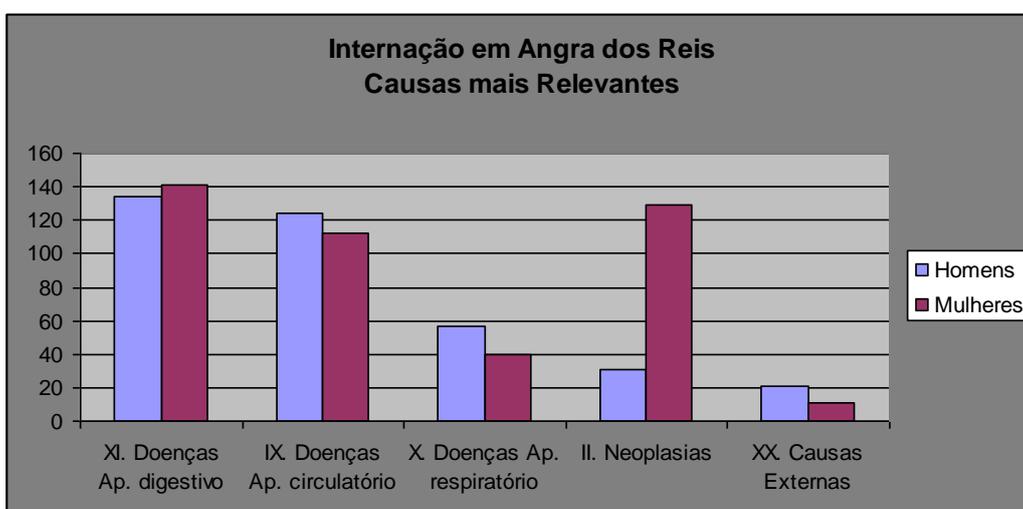
AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Intensificar o cadastro do público alvo Reunir com os coordenadores de DS	Crianças (6m à 18 meses): 38,45% cobertura (689) Gestantes (> 20 semana): SF – 63,17% cobertura (506) AF – 63,55% cobertura (509) Mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto: SF – 33,67% cobertura (270) Fonte: Relatório PNSF 2009 / CGPAN  Aumento do nº de digitadores	Baixo cadastro de crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto no Programa	Nº de crianças PNSF x 100/ Nº crianças 6 à 18 meses IBGE  Nº gestantes (>20 semanas) PNSF x 100 / Nº GESTANTES  Nº mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto PNSF x 100 / Nº mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto	Aumentar a cobertura da população assistida pelo Programa até 2013 ≥ 80% de cobertura .						
Confeccionar orientações sobre os alimentos fontes de ferro, ácido fólico	Falta de material orientador (somente em xerox)		Nº de folders confeccionados	10.000 unidades/ano						

## SAÚDE DO HOMEM

A Política de Atenção Integral a Saúde do Homem foi lançada em 27 de agosto de 2009, com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, uma vez que grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral a saúde por parte do homem, decorre das variáveis culturais, isso por se considerarem invulneráveis, priorizarem a trabalho, não promoverem habitualmente o auto cuidado e adentrarem aos serviços de saúde somente quando existe gravidade, o impedindo de executar suas atividades diárias.

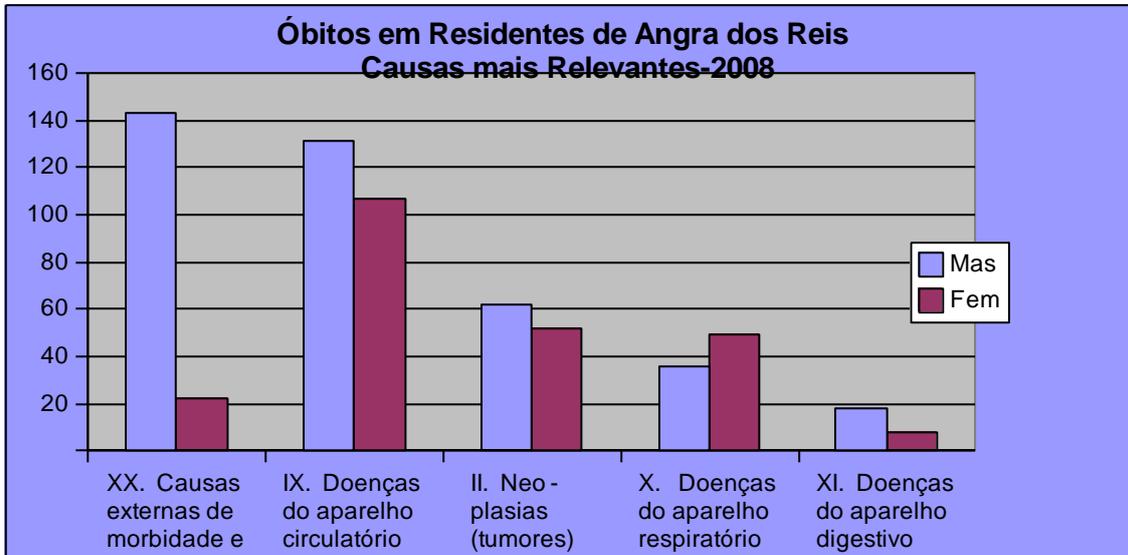
Esta resistência característica do sexo masculino leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade. Números do Ministério da Saúde mostram que, do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos, 68% foram de homens. Ou seja, a cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens, aproximadamente.

Angra dos Reis, segundo dados do último censo do IBGE, apresenta uma população total de 169.270 habitantes, sendo distribuída 84.490 por homens, 84.780 por mulheres. A faixa etária masculina predominante é de 20 – 59 anos, o que corresponde a 57% da população masculina, sendo a faixa etária prevalente em internações. No período de janeiro a julho de 2010 as doenças do aparelho digestivo foram às principais causas de internação entre os homens, seguidas de doenças do aparelho circulatório.



Fonte: SIH/Setor de Dados Vitais / Vigilância Epidemiológica / SVS / FuSAR  
Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem / CAP / SPCAR / FuSAR

Em contrapartida, as doenças do aparelho digestivo são as que têm menor índice de óbitos, sendo as causas externas as que mais acometem os homens de 20 à 59 anos.



Fonte: SIM/Setor de Dados Vitais/Vigilância Epidemiológica / SVS / FuSAR - Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem / CAP / SPCAR / FuSAR

Tais dados fomentam a necessidade de uma política voltada às especificidades do sexo masculino, onde haja estratégias que aumentem a demanda dos homens às Unidades de saúde, com ideal de participação e inclusão, havendo oportunidade para implementação de ações de promoção da saúde, o incentivo ao auto-cuidado e socialização.

## ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Implantação da Saúde do Homem no Município de Angra dos Reis, em setembro de 2010;
- Aplicação de questionários para diagnóstico situacional da demanda dos homens nas unidades e estratégias voltadas para tal público, especificamente.
- Implantação do horário estendido, com vistas a atender a demanda do sexo masculino, em 20 unidades de ESF.



**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Implantar a coordenação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem	Inexistência de uma política pública orientada, ESPECIFICAMENTE, para a Saúde do homem	Inexistência da coordenação do Programa de Atenção Integral à Saúde do homem	Nº de coordenador	01 coordenador	SPCAR	Municipal	X			
Construir parcerias para promover a saúde do homem (empresas, sindicatos, campos de futebol, escolas, Colégio Naval, bombeiros, Polícia Militar e Rodoviária, etc)		Aumento da população masculina principalmente 3º e 4º DS (Usina Angra 3, Pré-sal)	Nº de ações de saúde voltadas para o homem	02 ações específicas/unidade de saúde para homem/ano	<b>Atenção Básica Coordenação da Saúde do Homem</b>	Municipal	X	X	X	X
Intensificar ações de Saúde do Homem nas outras Políticas de Saúde (Saúde Mental, Pessoa com deficiência, do adolescente, idoso, Saúde do Trabalhador, DST/AIDS, DANTs)										
Capacitar/qualificar os profissionais para o atendimento ao homem	Pouca adesão dos homens aos serviços de saúde (barreiras sócio-culturais e institucionais) Angra 2008: faixa etária 20 à 59 anos = 57% pop. Masculina = 50,4% pop. Angra	Horário de funcionamento das US incompatível com o horário de trabalho (parcela preponderante da força produtiva)	Nº de profissionais capacitados	02 profissionais/equipe capacitados/ano	<b>Atenção Básica Coordenação da Saúde do Homem</b>	Municipal	X	X	X	X
Horário diferenciado de funcionamento das unidades de saúde	Do total de 37 ESF, 20 tem funcionamento até as 19h .		Nº UMS/ESF com horário diferenciado	2011 – 100% das Unidades com horário diferenciado.	<b>Atenção Básica</b>	Municipal	X	X	X	X



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	FONTE DE RECURSOS	2010	2011	2012	2013
Realizar a Semana de Promoção de Saúde do Homem (agosto)	Inexistência da Semana de Promoção da Saúde do homem	Inexistência de uma política pública orientada, especificamente, para a Saúde do homem	Nº de semanas específicas para ressaltar as ações de saúde do homem	01 semana/ano voltada para ações de saúde do homem	<b>Atenção Básica Coordenação da Saúde do Homem</b>	Municipal	X	X	X	X
Confeccionar e distribuir cartilhas sobre a Saúde do Homem			Nº de cartilhas/ano	40.000 cartilhas/ano						
Promover o acesso do homem à rede de saúde através da atenção primária	Principais causas de morbidade: causas externas, problemas digestivos, circulatórios e respiratórios	Entrada do homem nos serviços de saúde pela atenção secundária e terciária	Nº de homens atendidos nas unidades de saúde	Aumentar em 10%/ano o nº de homens atendidos nas unidades de saúde			X	X	X	X
Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino	Internação (nº 09) por neoplasia maligna de próstata e outras neoplasias malignas órgãos genitais masculinos - (jan 2008 – out 2009)	Nº de proctologistas insuficientes no município.	Nº de cirurgias prostatectomia suprapubica por local de residência	Garantir em 100% a demanda para cirurgia de prostatectomia	Atenção secundária e terciária	Municipal	X	X	X	X



## SAÚDE DO IDOSO

O aumento da expectativa de vida da população mundial é uma realidade que se traduz em números, uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2025 teremos mais idosos do que crianças no mundo.

O Brasil será o 6º país com maior população idosa, com aproximadamente 33 milhões de pessoas. Em Angra dos Reis, segundo estimativa do IBGE para o ano de 2009 a população idosa (com idade igual ou superior a 60 anos) corresponde à 6,16% do total geral da população, sendo 8.892 idosos.

Cada vez mais a sociedade vem se mobilizando para as novas demandas relacionadas ao envelhecimento populacional, é função das políticas públicas de saúde contribuir para que as pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

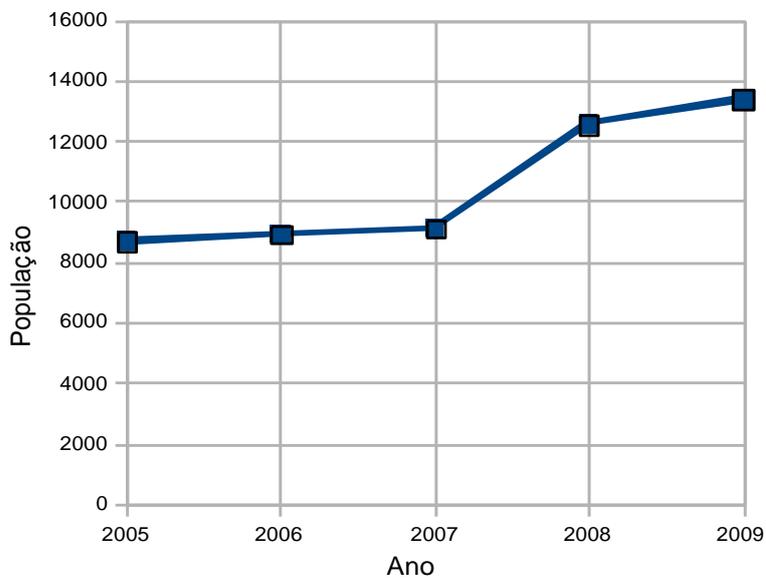
Considerando a transição epidemiológica, onde na atualidade as pessoas, principalmente idosos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, é imprescindível o acompanhamento e vigilância constante, pois podem comprometer a capacidade funcional da pessoa idosa., isto é, impedindo que sejam independentes e autônomos e principalmente trazendo prejuízo para sua qualidade de vida.

O município de Angra dos Reis, segundo IBGE, possui uma população estimada no ano de 2009, em 13.383 idosos o que representa 7,93% da população total.

A seguir apresentamos o crescimento da população de idosos em Angra dos Reis nos últimos anos, assim como a estimativa da população de idosos por distrito sanitário. Também apresentamos dados relacionados às causas de óbitos entre idosos nos últimos cinco anos no município.

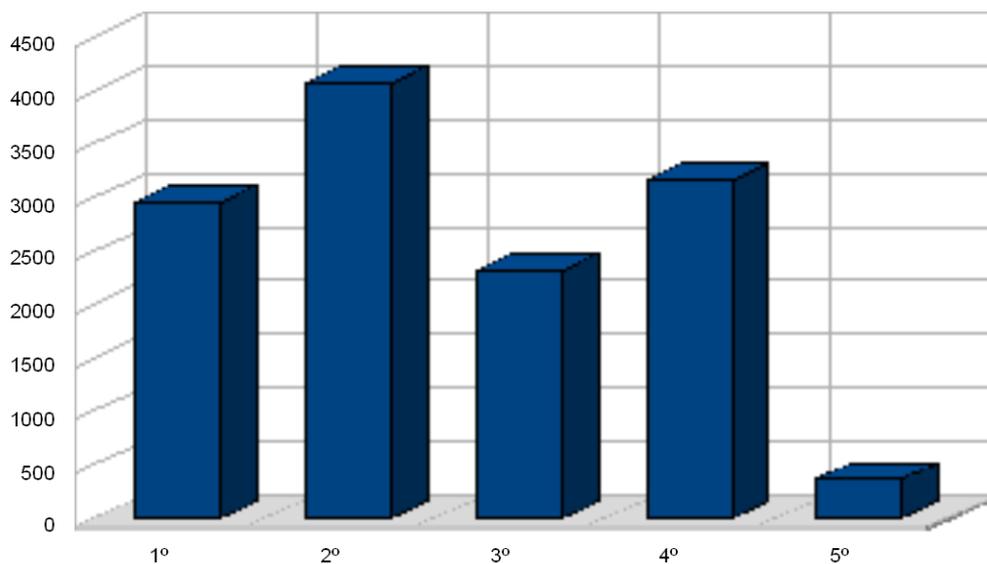
## População estimada de idosos em Angra dos Reis

fonte:IBGE



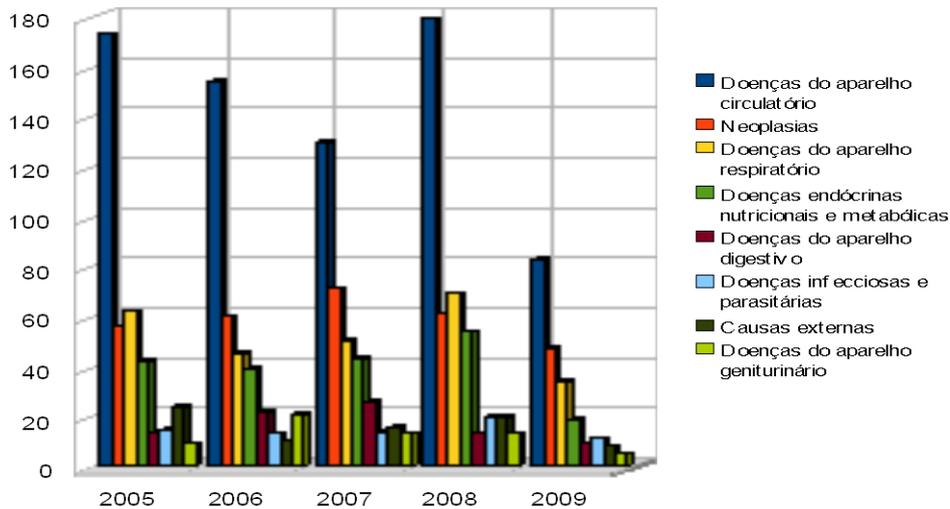
## População estimada de idosos em Angra dos Reis por Distrito Sanitário

fonte:IBGE



## Causa de óbitos em idosos residentes em Angra dos Reis

fonte : SIMNET 2005 à 2009\*



Considerando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Port.2528/2006), as Diretrizes do Pacto Pela Saúde, nosso município vem se organizando na direção de oferecer serviços mais adequados e de maior resolutividade à população de idosos e principalmente na produção do cuidado em defesa da vida.

Entendemos que avançamos com a criação da Área técnica da Saúde do Idoso, implantação do ambulatório de Geriatria, implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre outros, mas os próximos 4 anos serão de desafios para consolidação das ações estratégicas: promoção do envelhecimento ativo e saudável, prevenção de agravos, atenção domiciliar, reorganização do processo de acolhimento nas unidades de saúde, educação permanente na área do envelhecimento e informações em saúde.

O Pacto considera as seguintes diretrizes no desenvolvimento das ações junto a população com 60 anos ou mais:

- ✓ Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- ✓ Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- ✓ A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- ✓ O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;



- ✓ Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Fortalecimento da participação social;
- ✓ Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- ✓ Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- ✓ Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.



**ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO IDOSO**

Ação	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsáveis	Fonte de recursos	10	11	12	13
<b>Ação estratégica: Promoção de saúde e prevenção de agravos</b>										
<b>Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no município</b>	12 Unidades da Estratégia Saúde da Família implantaram a caderneta.	Número de cadernetas insuficiente e rotatividade dos profissionais da Atenção Básica	Número de cadernetas distribuídas	Relativo às cadernetas recebidas do Ministério da Saúde 2010 – 20% 2011 – 20% 2012 – 30% 2013 - 30%	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Coordenação da Atenção Básica Equipe da Estratégia Saúde da Família	Cadernetas fornecidas pelo Ministério da Saúde	x	x	x	X
<b>Promover ações de promoção de Saúde para idosos de comunidade Indígena e Quilombola em acordo com a sua cultura e hábitos de vida.</b>	Caderneta de Saúde do Idoso implantada em 2009.	Necessidade de atividades permanentes pelo envelhecimento ativo	Idosos acompanhados pela caderneta e atividades de promoção a saúde	Acompanhamento de: 100% dos idosos indígenas e 10% dos idosos quilombolas .	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Equipe de saúde do Pólo Indígena	Municipal	x	x	x	x
<b>Produzir material educativo para envelhecimento ativo e prevenção de quedas</b>	No ano de 2009 houve aumento do número de idosos internados por fratura de fêmur	Necessidade de atividades permanentes pelo envelhecimento ativo	Número de material distribuído	Distribuição de 10.000 folders/ano.	Coordenação do Programa e Saúde do Idoso Coordenação de Atenção Básica	Municipal	x	x	x	X
<b>Incrementar incentivo à imunização para idosos</b>	Nos dois últimos anos houve queda na cobertura vacinal	Necessidade de oferecer mais esclarecimentos à população e capacitação/sensibilização dos profissionais	Cobertura vacinal e inquérito com idoso em atendimento domiciliar	Acompanha mento d o % de cobertura vacinal em idosos; Confecção de material educativo	Coordenação de Imunização Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Coordenação de Atenção Básica	Ministério da Saúde SES FUSAR	x	x	x	x
<b>Incrementar ações intersetoriais</b>	As ações são pontuais	Há pouca comunicação dos setores que	Ações intersetoriais realizadas	>= 1 reunião semestral	Coordenação do	PMAR/FuSAR Conselho Municipal	x	x	x	



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ação	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsáveis	Fonte de recursos	10	11	12	13
		trabalham com idosos			Programa de Saúde do Idoso Conselho Municipal do Idoso	do Idoso				x
<b>Implantar para todos os Distritos Sanitários da Prática Integrativa Lian Gong</b>	Foi implantado apenas 1 núcleo de atendimento do Lian Gong no 1º Distrito Sanitário	O município oferece ainda poucos serviços de práticas integrativas na saúde. Profissionais não estão capacitados	Número de núcleos implantados	Quatro núcleos de atendimento do Lian Gong contemplando os distritos sanitários	Coordenação da Atenção Básica Coordenação do Programa de Saúde do idoso	PMAR/FUSAR	x	x	x	X
<b>Ação estratégica: Atenção domiciliar</b>										
<b>Implantar Cartilha para Cuidadores de Idosos</b>	Ausência de material educativo voltado aos cuidadores/familiares	Não há material disponível	Número de cartilhas distribuídas	Distribuição de 1000 cartilhas	Coordenação do Programa de Saúde do idoso Coordenação da Atenção Básica Coordenação de Imunização	Fundo Municipal de Saúde			x	x
<b>Incrementar o Serviço de Atenção Domiciliar</b>	Nas unidades ESF já é oferecido o SAD, há dificuldade no atendimento das áreas das UBS	Muitas áreas de difícil acesso (característica geográfica do município)	Número de atendimentos realizados	Acompanhamento da assistência prestada e acesso dos idosos à rede de serviços	Coordenação da Atenção Básica Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Coordenação da Atenção Secundária	PMAR/FUSAR		x	x	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ação	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsáveis	Fonte de recursos	10	11	12	13
<b>Ação estratégica: Reorganização do processo de acolhimento nas unidades de saúde</b>										
<b>Implantar projeto de Incentivo à Unidade Amiga do Idoso</b>	Não existem ações específicas para acolhimento, humanização e valorização do idoso	Ainda existe muito desconhecimento por parte dos profissionais em relação ao tema envelhecimento	Nº de unidades com adesão ao projeto	Implantar o projeto de incentivo à Unidade Amiga do Idoso	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Coordenação da Atenção Básica Equipes da Estratégia Saúde da Família	PMAR/FUSAR		x	x	X
<b>Ação estratégica: Educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso</b>										
<b>Realizar eventos cursos, seminários, sessão clínica</b>	Nos últimos 4 anos foram realizadas oficinas sobre envelhecimento e saúde do idoso para profissionais da ESF	Profissionais com baixa formação de na área de saúde da pessoa idosa	Nº de eventos realizados	1 Seminários de Geriatria e Gerontologia a cada 2 anos	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Coordenação da Atenção Básica Escola Técnica Coordenação de Atenção às Pessoas com Deficiências	SES FUSAR		x		X
				1 sessão clínica/ano		FUSAR	x	x	x	X
				Realização do 1º curso de atualização na área do envelhecimento no ano de 2012		FUSAR			x	
				1 Encontros de ACS sobre Saúde do Idoso a cada 2 anos		FUSAR	x		x	
<b>Realizar oficina permanente sobre Promoção de Saúde e Envelhecimento</b>	Realizou-se 1 oficina com profissionais em 2009	Necessidade de mobilizar profissionais para ações de promoção de saúde do idoso	Nº de oficinas realizadas	Mínimo de 3 encontros/ano	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Atenção Básica	FUSAR	x	x	x	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Ação	Situação Atual	Nó Crítico	Indicador	Meta	Responsáveis	Fonte de recursos	10	11	12	13
<b>Investir na especialização de profissionais do município na área do envelhecimento</b>	Poucos profissionais no município especializados em geriatria e gerontologia	No município não há curso de especialização	Nº de profissionais especialistas	Capacitar 1 profissionais a cada 2 anos	FUSAR	FUSAR Parcerias com instituições públicas	x		x	
<b>Ação estratégica: Gerar informações em saúde</b>										
<b>Elaborar perfil epidemiológico do idoso do município</b>	Não temos o perfil epidemiológico do idoso no município	Há pouca prática de avaliação das ações e nem sempre os registros realizados pelas unidades são trabalhados	Dados epidemiológicos consolidados	>= 1 relatório	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Setor de Dados Vitais(SVS)	FUSAR	x	x	x	X
<b>Implantar ficha de acompanhamento de idosos pela ESF</b>	Não existe registro para acompanhamento de idosos		Dados consolidados da ficha de acompanhamento	Acompanhamento de 20% das fichas implantadas	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Atenção Básica		x	x	x	X
<b>Dar Continuidade do inquérito com idosos em atendimento domiciliar</b>	Foram realizados em 2007 e 2008 o inquérito com idosos acamados		Dados consolidados do inquérito	Aplicar anualmente o inquérito com idosos em atenção domiciliar	Coordenação do Programa de Saúde do Idoso Coordenação de Imunização Atenção Básica Coordenação de Atenção à pessoas com deficiências		x	x	x	X



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A **educação na Saúde** é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social.

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como **prática transversal** proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários.

Nesse sentido tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a **afirmação do SUS como a política pública** que tem proporcionado **maior inclusão social**, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania.

É preciso também repensar a **Educação na Saúde** na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, deve estar presente **nos processos de educação permanente** para o controle social, de mobilização **em defesa do SUS** e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna.

A Educação na saúde é o 6º eixo do termo de compromisso no Pacto de Gestão.

### *Ações em Educação na Saúde*

A **atenção universal, equânime e integral à saúde** traz implícita, em sua concepção básica, um significado muito mais profundo que a simples reorganização e manutenção da rede de serviços de saúde. A **melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização de recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada e a participação da população na**



**definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias** a serem implementadas são idéias norteadoras da **nova filosofia sanitária brasileira**.

É neste universo que se inserem as ações de educação em saúde, que se pretende sejam fruto do conhecimento aqui relatado e do aprendizado das experiências, de forma a **serem evitados os erros, nossos e dos outros, já cometidos** (Inteligência é quando aprendemos com os próprios erros. Sabedoria é quando aprendemos, também, com os erros dos outros).

Até o momento foram identificadas dez áreas de trabalho no campo da educação em saúde, **ficando o terreno em aberto** para receber novas sementes e germinar novas atividades.

- Saúde na Escola
- Educação em Saúde para o Trabalhador
- Canal Futura - TV do Conhecimento
- Movimentos Comunitários
- Humanização do Atendimento
- DST/AIDS
- PACS e PSF
- Telemedicina
- Comunicação Social, para atividade de suporte aos programas e atividades dos órgãos técnicos do Ministério da Saúde e da política de saúde.
- IEC – Informação Educação e Comunicação.



**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADORES	METAS	RESPONSÁVEL	Fonte de Recurso	Cronograma			
							1º	2º	3º	4º
Criação de um núcleo de Educação na Saúde.	Inexistência de um núcleo.	Inexistência de um núcleo Educação em Saúde.	A necessidade da criação de um núcleo para implementar Política de Educação Permanente em nosso Município.	Criar um núcleo do nível central em Fevereiro de 2010, e núcleos descentralizados no 2º,3º,4º e 5º distrito sanitário de saúde.	CAP - Superintendências.	Municipal	X	X	X	X
Desenvolver parceria com a coordenação de DST/AIDS com vistas a prevenir e reduzir o número de pessoas infectadas.	Atividades desarticuladas	Não valorização da Educação Permanente.  A coordenação de DSTs, não estar trabalhando em parceria com o CAP.(espaço físico)	Numero de encontros ou reuniões para discutir política de Educação Permanente ou capacitação em Prevenção de DST/AIDS.  Índices de doenças sexualmente transmissíveis.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema,atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola Técnica; Coordenação da DST ;Coordenação de Educação em Saúde.	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Desenvolver parceria com a coordenação da Saúde Mental com vistas a prevenção do uso de álcool e outras drogas.	Atividades desarticuladas.  Equipes de saúde não esta preparada para este tipo de atendimento.	Não existência de uma Política de Educação Permanente.  Dificuldade de Implementar uma Política de Saúde Mental no Município.	Numero de encontros ou reuniões para discutir Política de Educação Permanente ou capacitação em Saúde Mental.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva  de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema,atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola técnica; Coordenação da Saúde Mental ;Coordenação das DANTs, Coordenação de Educação e Saúde.	Municipal	X	X	X	X
Realizar oficinas de sensibilização em Educação Permanente com foco nos seguintes temas: gravidez na adolescência, sexualidade, cuidados com o corpo	Iniciativas isoladas de desenvolvimento de trabalhos com os referidos temas .	Não existência de uma Política de Educação Permanente  A coordenação de DST; coordenação da Saúde da Mulher ,não estarem trabalhando em parceria com o CAP.(espaço físico)	Índices de pessoas com DST/AIDS.(Dados Epidemiológicos)  Número de capacitações	Capacitar 100% dos profissionais da Rede	Escola Técnica ,Coordenação da DST,Coordenação Saúde Mulher;Coordenação Saúde da Criança Coordenação de Educação em Saúde.	Municipal	X	X	X	X
Desenvolver parceria com a coordenação da Saúde da Mulher com vistas a prevenir e reduzir o numero gravidez não desejada.	Já existe o desenvolvimento de atividades pelo CAP,coordenação da Saúde da Mulher ,Coordenação de Educação e Saúde	Não valorização da Educação Permanente.	Numero de encontros ou reuniões para discutir política de educação permanente ou capacitação em Planejamento Familiar.  Índices de gravidez na adolescência.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva  de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema,atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola técnica; Coordenação da Saúde da Mulher ;Coordenação de Educação e Saúde.	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Desenvolver parceria com a coordenação da Saúde da Criança, com vistas a redução da mortalidade infantil.	Já existe o desenvolvimento de atividades pelo CAP, coordenação da Saúde da Criança, Coordenação de Educação e Saúde	Não valorização da Educação Permanente.	Número de encontros ou reuniões para discutir política de educação permanente ou capacitação em Saúde da Criança.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema, atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola Técnica, Coordenação da Saúde da Criança, Coordenação ATAN/SISVAN, Coordenação de Educação em Saúde.	Municipal	X	X	X	X
Desenvolver parceria com a coordenação da Saúde do idoso com vistas a promoção do envelhecimento saudável.	Atividades desarticuladas	Não valorização da Educação Permanente.	Número de encontros ou reuniões para discutir política de educação permanente ou capacitação em Saúde do Idoso.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema, atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola Técnica, Coordenação da Saúde do Idoso, Coordenação de Educação em Saúde.	Municipal	X	X	X	X
Desenvolver parceria com a coordenação da saúde do idoso e da pessoa com deficiência, para planejamento e execução de curso para cuidadores de idosos, acamados e portadores de necessidades especiais.	Já existe o desenvolvimento de atividades pelo CAP, coordenação da Saúde do Idoso, e da pessoa com deficiência e Coordenação de Educação e Saúde	Não valorização da Educação Permanente.	Número de profissionais sensibilizados e capacitados. Número de encontros ou reuniões para discutir política de educação permanente ou capacitação em Saúde do Idoso.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema, atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola Técnica, Coordenação da Saúde do Idoso, Coordenação da pessoa com deficiência, e portadores de necessidades especiais; Coordenação de Educação em Saúde.	Municipal	X	X	X	X



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



Capacitação em "Humanização e Acolhimento da porta de entrada da rede de saúde", para profissionais das equipes de Atenção Básica e Atenção Secundária.	Cenário de Atenção Na Assistência pouco Acolhedor e pouco Humanizado.	.Equipes de saúde das unidades pouco sensíveis para a importância da Humanização na Assistência.	Número de capacitações ou numero de profissionais sensibilizados.	Capacitar 100% dos profissionais da Rede	Escola Técnica, Coordenador Técnicos da CAP . Supervisores ou responsáveis das Superintendências	Municipal	X			X
Desenvolver parceria com a coordenação da Saúde Mental, do Adolescente e da criança, com vistas ao planejamento e execução de capacitação em <b>Saúde Mental</b> na infância e <b>adolescência</b> .	Atividades desarticuladas	Não existência de uma Política de Educação Permanente.	Numero de encontros ou reuniões para discutir Política de Educação Permanente ou capacitação em Saúde Mental; Saúde do Adolescente; Saúde da Criança.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema, atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola Técnica; Coordenação da Saúde da Criança; Coordenação da Saúde Mental; Coordenação da Saúde do Adolescente; Coordenador das DANTS.	Municipal	X		X	
Desenvolver parceria com a coordenação da Saúde Oral, com vistas ao planejamento e execução de capacitação em <b>Saúde Oral</b> .	Atividades desarticuladas	Não existência de uma Política de Educação Permanente.	Índice de escolares com carie dentária. Numero de encontros ou reuniões para discutir Política de Educação Permanente ou capacitação em Saúde Oral.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema, atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola Técnica; Coordenação da Saúde da Criança; Coordenação da Saúde do Adolescente; Coordenador das DANTS.	Municipal	X	X	X	X



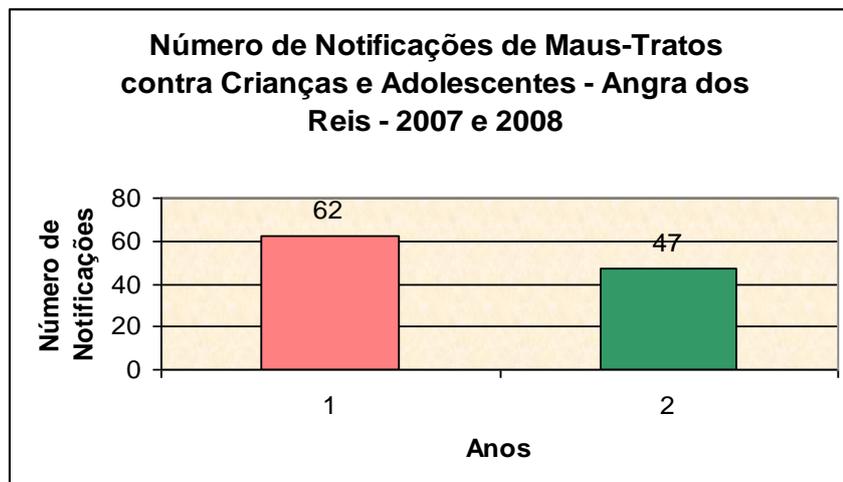
# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



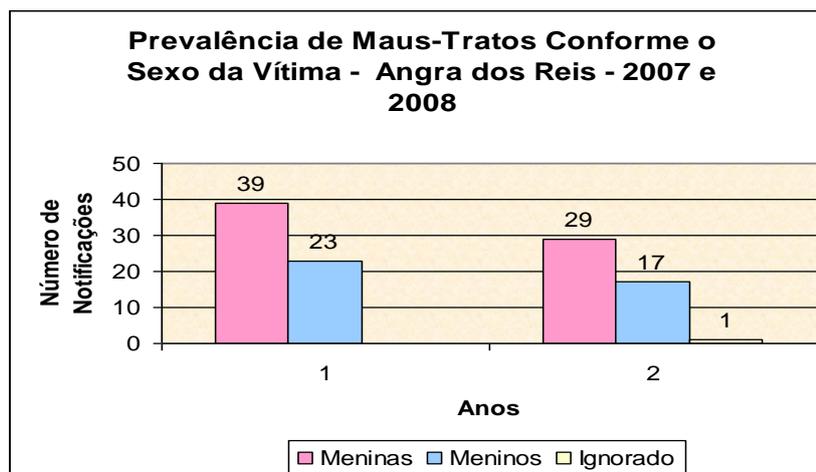
Desenvolver parceria com a coordenação da Saúde do Trabalhador, com vistas ao planejamento e execução de capacitação em Saúde do Trabalhador.	Iniciativas isoladas de desenvolvimento de trabalhos com os referidos temas .  Atividades desarticuladas	Não existência de uma Política de Educação Permanente.  A coordenação de Saúde do Trabalhador não estar trabalhando em parceria com o CAP.(espaço físico)	Numero de encontros ou reuniões para discutir política de educação permanente ou capacitação em Saúde do Trabalhador.	Criar uma agenda de trabalho para construção coletiva  de um Plano de Ações ou atividades que contemple este tema,atendendo as necessidades demandadas da nossa rede de Saúde.	Escola Técnica ,Coordenação da Saúde da Saúde Trabalhador,Coordenador de DANTS;Coordenação Educação em Saúde.	Municipal	X	X	X	X
Estabelecer parceria com secretarias de Ação social/cultura esporte	Atividades desarticuladas	Dificuldade de estabelecer uma parceria para desenvolvimento de trabalhos e atividades conjuntas.	Trabalhos isolados .	Estabelecer uma agenda para desenvolvimento de atividades conjuntas.	Coordenação de Educação n Saúde.	Municipal	X	X	X	X
Organizar e dar apoio as unidades para realização de eventos nas datas comemorativas.	Falta de estrutura para desenvolvimento das atividades proposta.	Dificuldade de cumprimento da agenda de trabalho.	Numero de unidades que conseguem realizar os eventos	Realizar os eventos em todas as unidades de saúde.	Coordenação de Educação n Saúde.	Municipal	X	X	X	X
Realização de Seminário de Educação em Saúde	Programado a data para realização do seminário.		Necessidade de realizar o seminário para dar visibilidade das atividades desenvolvidas pela rede de saúde.	Realização de um Seminário anualmente.	Coordenação de Educação n Saúde.	Municipal	X	X	X	X

## PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

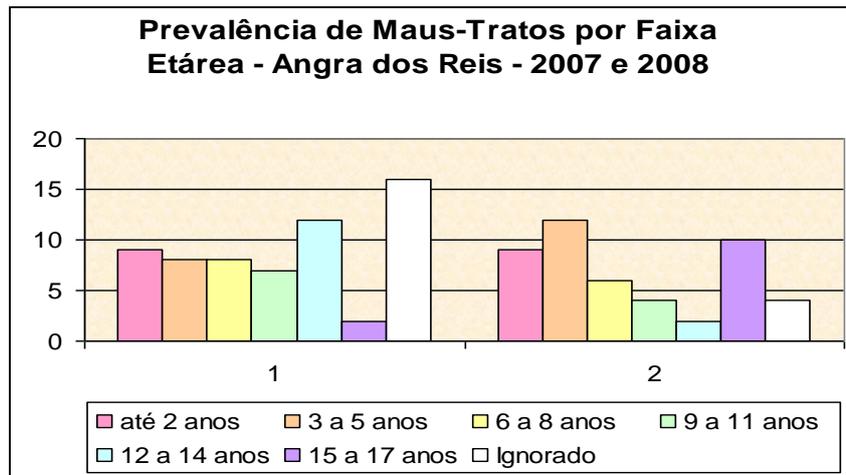
A FuSAR faz o monitoramento dos casos de violência contra crianças e adolescentes através da rotina de notificação compulsória de maus-tratos e violência contra crianças e adolescentes, implantada pela Coordenação de Saúde da Criança e do registro, por parte do setor de Dados Vitais, da Vigilância Epidemiológica, dos dados gerados por estas notificações, possibilitando o conhecimento dos dados a seguir:



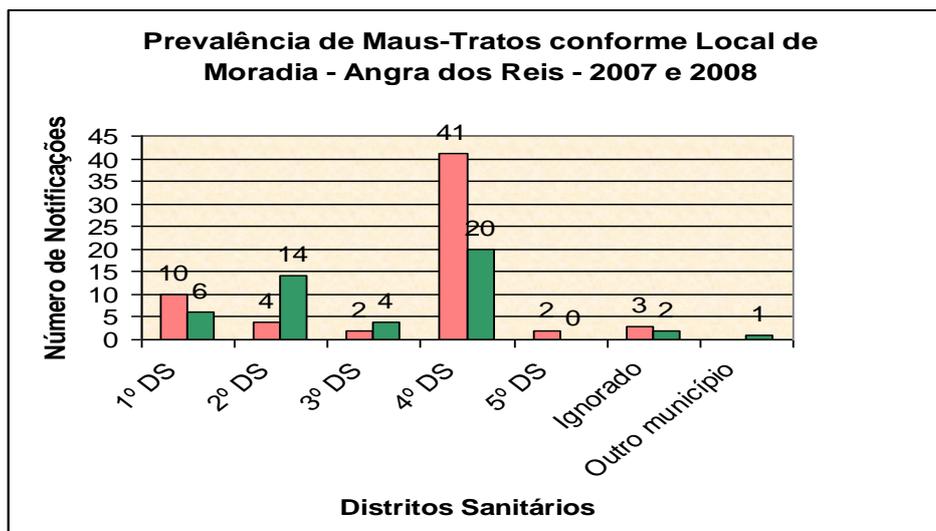
FONTE: Serviço de Dados Vitais/Vigilância Epidemiológica/SVS/FUSAR/Programa de Saúde da Criança/ CAP/SPCAR/FUSAR



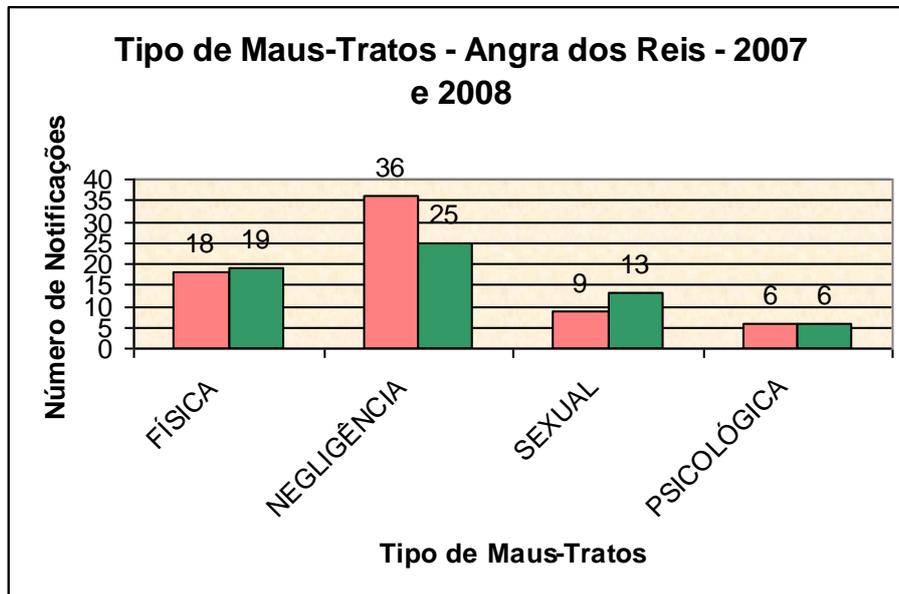
FONTE/Serviço de Dados Vitais/Vigilância Epidemiológica/SVS/FUSAR/Programa de Saúde da Criança/ CAP/SPCAR/FUSAR



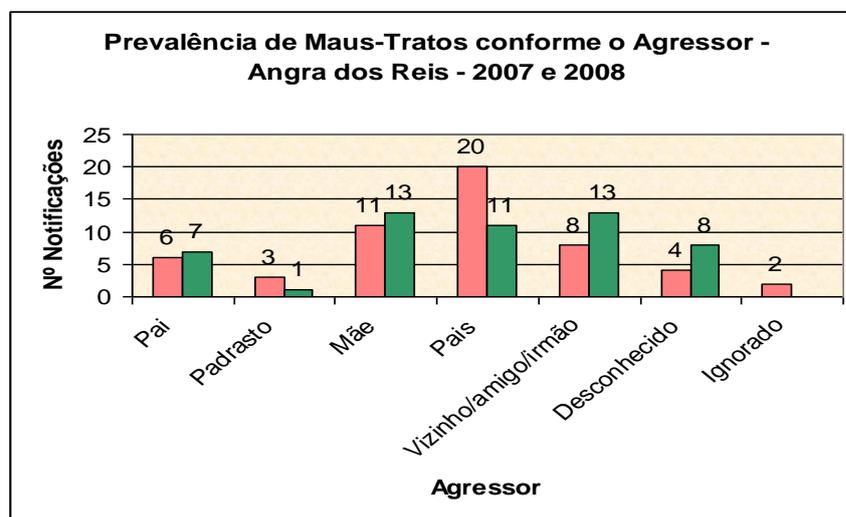
FONTE: Serviço de Dados Vitais/Vigilância Epidemiológica/SVS/FUSAR/Programa de Saúde da Criança/CAP/SPCAR/FUSAR



FONTE: Serviço de Dados Vitais/Vigilância Epidemiológica/SVS/FUSAR/Programa de Saúde da Criança/CAP/SPCAR/FUSAR



FONTE: Serviço de Dados Vitais/Vigilância Epidemiológica/SVS/FUSAR/Programa de Saúde da Criança/  
CAP/SPCAR/FUSAR



FONTE: Serviço de Dados Vitais/Vigilância Epidemiológica/SVS/FUSAR/Programa de Saúde da Criança/  
CAP/SPCAR/FUSAR



Os dados observados a partir das Notificações de Violência contra Crianças e Adolescentes demonstram que em Angra, assim como no estado, no país e na literatura existente a maior prevalência de violência se dá contra crianças na faixa etária de 3 a 5 anos, que as meninas são 2 vezes mais agredidas do que os meninos e que o agressor geralmente é alguém da confiança da criança, na maioria dos casos, o pai, a mãe ou ambos, seguidos de conhecidos que têm convívio próximo, o que agrava mais ainda o sofrimento da criança ou adolescente, ocasionando além das feridas físicas, feridas na alma, no psicológico, influenciando negativamente seu amadurecimento, a construção de valores, e tendo implicações negativas em toda sua vida adulta.

Os dados apontam para a premência de implantação de ações voltadas para a prevenção da violência doméstica. Entendemos que as ações propostas pela Coordenação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança são complexas e necessariamente serão fruto de construção coletiva entre as diversas gerências da FuSAR e algumas, inclusive, com demanda de parcerias externas. Este é o nosso principal desafio: O trabalho em equipe, a intersetorialidade e a dialogicidade, com todas as interfaces que permeiam as relações entre as pessoas.

Para qualificar as ações de prevenção e atenção integral à pessoas em situação de violência doméstica e de acordo com as diretrizes da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência do Ministério da Saúde, a equipe da CAP elaborou projeto de criação e implantação do **Núcleo de Prevenção da Violência**.



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Implantação de projeto de Educação Permanente de equipes de saúde, educação e ação social para a prevenção da violência e cuidado das pessoas em situação de violência	Realizada parceria para assessoria técnica com a equipe do NESA/UERJ para a realização do projeto de EP.  Planejadas 4 turmas para 2010	Dificuldades de financiamento para atividade de aperfeiçoamento profissional, e para a adesão de entidades de educação ao projeto.	Nº de turmas realizadas	4 turmas em 2010  4 turmas em 2011  4 turmas em 2012  4 turmas em 2013	<b>C. Criança</b>  <b>C. Adolescente</b>  <b>Ed. Saúde</b>  <b>C. Mulher</b>  <b>C. Idoso</b>  Atenção Secundária  Atenção Básica	Municipal	X	X	X	X
Criação do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde	Projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde, inclusive recebemos a verba de incentivo para a aquisição de material permanente, porém a contratação de 2 concursados foi indeferida pela Controladoria do Município				<b>SPCAR</b>  C. Criança	Municipal  Vigilância em Saúde	X			



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



AÇÕES	SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL (negrito) PARCEIROS (sem negrito)	CUSTO E FONTE DE RECURSO	2010	2011	2012	2013
Criação do Comitê de Vigilância aos Casos de Maus-Tratos, Violência e Trabalho Infantil	Iniciada a articulação e encontros para a criação do Comitê, falta a formalização		Atas dos encontros do Comitê	Implantar o Comitê em 2011	<b>C. Criança</b> <b>C. Adolescente</b> <b>Ed. Saúde</b> <b>C. Mulher</b> <b>C. Idoso</b> Atenção Secundária Atenção Básica	Municipal		X		



## DIRETORIA DE AVALIAÇÃO E AUDITORIA

**O Controle:** O Controle e Avaliação compreendem a identificação e conhecimento global dos estabelecimentos de saúde existentes no município, cadastramento desses serviços, condução de processos de compra e contratação de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais para acompanhamento de faturamento, quantidade e qualidade da prestação da assistência.

**A Avaliação:** permite identificar os pontos fortes e os aspectos gerenciais menos desenvolvidos em relação ao modelo adotado. Trata-se da análise da estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros da eficácia (grau atingido pelas metas), eficiência (recursos envolvidos), e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

É fundamental a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como adoção de instrumentos de avaliação da satisfação do usuário do SUS que considerem acessibilidade, integralidade da atenção, resolubilidade, e a qualidade dos serviços prestados.

As avaliações dos resultados da atenção e do seu conseqüente impacto devem obedecer a objetivos bem traçados com indicadores, metas do Plano Municipal de Saúde (PMS) e incorporar o desenho da regionalização definido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), procurando atender as necessidades do usuário o mais próximo do seu domicílio.

**A Auditoria:** As atividades da auditoria concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo definido.



Situação atual	Nó crítico	Ações	Metas	Responsável/parcerias	Fonte de recursos	Cronograma			
						2010	2011	2012	2013
▶ Esforço comum da equipe para realização das tarefas em tempo hábil.	▶ Equipe reduzida	Convocação através de concurso publico	Convocar conforme quadro de vagas	RH	Municipal	Convocação de dois médicos, 1 enfermeiro e 1 dentistas - Avaliação da necessidade de RH	Convocação de dois médicos e 2 enfermeiros. - Avaliação da necessidade de RH	Avaliação da necessidade de RH	- Avaliação da necessidade de RH
	▶ Falta de regularidade das ações de controle e fiscalização	Elaboração de roteiro de atividades da auditoria em cada categoria	▶ Elaboração de 1 relatório mensal	Diretoria + Coordenação de Auditoria		- 1 relatório implantado; - Revisão do relatório proposto	- 1 relatório implantado; - Revisão do relatório proposto	- 1 relatório implantado; - Revisão do relatório proposto	- 1 relatório implantado; - Revisão do relatório proposto
	▶ Falta de veículo próprio da auditoria	▶ Aquisição de um veículo	>= 1 veículo	SPCAR+SAF	Municipal	Agenda de transporte garantida	Agenda de transporte garantida	Agenda de transporte garantida	Agenda de transporte garantida
	Falta de capacitação na área	Promover treinamento dos técnicos de supervisão ambulatorial/hospitalar,	>= 1 curso	SPCAR + escola técnica	PlanejaSUS		x	x	x
	▶ Falta de equipamentos (Computador, FAX, telefone, impressora)	Aquisição de equipamentos	Aquisição de 1 equipamento de informática p/ cada dois auditores	SPCAR+SAF	Municipal	Elaboração de diagnostico situacional	Aquisição de equipamentos e mobiliário		
Falta de sistema integrado de informações em saúde	Sistema nacional dicotomizado	Implantar um sistema integrador	>= 1 sistema implantado	SPCAR + CID + MS	Municipal	x	x	x	x
	Confiabilidade na liberação da série numérica para os				Municipal	x	x	x	x



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



	LAIH								
Inadequação dos instrumentos de registro das atividades de auditoria	Falta adequação dos modelos propostos	Elaboração de instrumento com críticas e apontado correções.	>= 1 instrumento implantado		Municipal	x	x	x	x
Falta a Comissão de acompanhamento da contratualização	Deficiência na elaboração dos POAs dos prestadores	Criação da(s) CAC(s); criação dos POA com os indicadores de qualidade assistencial	>= 1 CAC implantada; 1 POA publicado	SPCAR + Jurídico	Municipal	x	x	x	x
Inexistência de atividades de auditoria ambulatorial	Ausência de equipe	Convocação de concurso	Convocar conforme quadro de vagas	RH	Municipal	x	x	x	x
	Falta de supervisão técnica nos Centros de Especialidades	Implantação de protocolos com revisão sistemática; criação de uma câmara técnica para discussão	>= 1 protocolo implantado e revisado; 1 câmara técnica implantada	SPCAR = Superintendências	Municipal	x	x	x	x



## **CID – COORDENAÇÃO DE INFORMAÇÃO E DADOS**

A Coordenação de informação de dados/CID é responsável por acompanhar e processar a produção ambulatorial e hospitalar do município; atualizar o cadastro das unidades, em relação a recursos humanos, serviços prestados e áreas físicas; adequação do físico-orçamentário; processar os dados da atenção básica, SISPRENATAL, SISCOLO, ATAN/SISVAN.

O sistema de informação ambulatorial privilegia a coleta de dados referentes aos procedimentos realizados, gerando indicadores capazes de informar mais sobre a eficiência das ações produzidas e menos sobre a eficácia alcançada com estas ações.

No sistema de informação hospitalar abrange as informações dos serviços prestados pelos hospitais credenciados ao SUS em regime de internação hospitalar. O registro contínuo transforma em ferramenta valiosa para o monitoramento e estudos epidemiológicos.

O sistema de informação da atenção básica (SIAB) descreve a realidade sócio econômica, sinalizando a situação de adoecimento e morte da população, avaliando a adequação dos serviços e ações de saúde, além de contribuir para o monitoramento da situação em áreas geográficas definidas.

A revisão e crítica aos dados é necessária para garantir maior confiabilidade e consistência ao banco de dados.



COORDENAÇÃO DE INFORMAÇÃO E DADOS						Cronograma			
SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	METAS	Responsável/Parcerias	Fonte de recursos	2010	2011	2012	2013
Local inadequado	Dificuldade na execução das tarefas	Adequação do espaço	Definição de local		Municipal	Adequação do espaço físico		Manutenção do espaço	
Inexistência de Central de informações	Informações descentralizadas	Centralizar um ambiente para as informações e dados municipais	Implantação de Central de Informação e dados	SPCAR+SVS	Municipal	Implantação da Central	Manutenção da Central		
Inexistência de crítica no processo de informação	Falta profissional técnico de saúde para acompanhamento e análise das informações	Implantar o processo de avaliação das informações com geração de relatórios	Implantar processo avaliativo	SPCAR+SVS	Municipal	1 processo implantado			
Sistemas de informação desintegrados	Os sistemas não se integram sendo necessário informar os mesmos dados; alguns não "falam com outros"	Implantar o sistema integrador	1 sistema integrador implantado	SPCAR, CID+MS	Municipal	1 sistema integrador implantado	Manutenção do sistema integrador		
Equipe desnivelada	Duplicidade de ações; sobrecarga de serviço	Capacitação da equipe	1 capacitação	SPCAR+SESDEC+MS	Municipal	1 capacitação no nível Central realizada			

## REGULAÇÃO

As ações de regulação devem ser introduzidas em um sistema de saúde para ter um diagnóstico apurado de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência, às ações de controle e de avaliação.

As bases cadastrais qualificadas e fidedignas (CADSUS e CNES), junto ao levantamento dos fluxos e ao diagnóstico epidemiológico consistem num importante instrumento de regulação, pois, não só subsidiam adequadamente o processo de planejamento das ações e o controle mais eficaz do processo assistencial, como também viabilizam os fluxos referenciados para a média e alta complexidade, permitindo a alocação adequada dos recursos assistenciais, com foco nas prioridades e na garantia da integralidade e das linhas de cuidado. Os cadastros, fluxos e o perfil epidemiológico, associados às ações de regulação do acesso, são ferramentas necessárias também para a garantia dos pactos de programação assistencial entre municípios, ou Programação Pactuada e Integrada – PPI.

O mapeamento dos fluxos e da abrangência das ações básicas é necessário para a construção de protocolos de acesso à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, além de incidir sobre uma importante porta de acesso ao sistema de saúde, por onde é desencadeada uma parte significativa das ações e serviços de saúde.

A resolutividade do sistema é garantida com o fortalecimento, adequação e implantação dos protocolos que induzam a redução do impacto negativo da insuficiência apresentada hoje no país quanto ao acesso e ao financiamento, especialmente das ações de média complexidade ambulatorial.

Instrumento que viabilizem a contra-referência do paciente para a atenção básica, e o seu acompanhamento, favorece o diagnóstico e mapeamento da situação de saúde da população, minimizando os fluxos dessa natureza nos ambulatórios de especialidades e nos prontos-socorros.



As agendas de saúde reguladas permite ao gestor público qualificar a informação da produção em saúde e otimizar significativamente as ações de controle, garantindo a equidade no acesso norteado pelo critério da necessidade e não da influência pessoal ou da capacidade de deslocamento do próprio paciente.

Em relação às internações hospitalares, se faz necessária a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, associada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade. A viabilidade da regulação nesse nível depende muito da capacidade das unidades de internação em gerar informação em tempo real. E nesse contexto interagem fortemente a relação de recursos humanos e adesão ao processo.

A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, especialmente na atenção às urgências, e sua demanda vem, na maioria dos casos, dos pronto-atendimentos, pronto-socorros e do atendimento pré-hospitalar, efetivado pelo Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que possui uma central de regulação própria. Essa ação depende de uma boa grade de referência e da ação reguladora integrada entre a urgência e a internação hospitalar. Os ambulatórios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares, e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação reguladora, seja nos casos de urgência ou eletivos.

Regulação é a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde. Esta ordenação atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população.



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	METAS	RESPONSÁVEL/PARCEIRIAS	FONTE DE RECURSOS	CRONOGRAMA			
						2010	2011	2012	2013
Sistema regulador incipiente	Dificuldade na localização de referencias;	Adequação de sistema informatizado	Implantação de sistema regulador municipal	MS e Informática	MS, SESDEC e Municipal	1 Capacitação de técnicos no SISREG	1 Sistema regulador implantado	Manutenção do Sistema Regulador	Manutenção do Sistema Regulador
	Referencias com os dados incompletos;	Readequação da rede aos protocolos	Implantação de protocolo de fluxos	Regulação + Auditoria	Municipal	1 Protocolo implantado	1 Acompanhamento	1 Acompanhamento	1 Acompanhamento
	Ausência de medico regulador	Nomear médico regulador	>= 1 médico regulador nomeado	Gestor +SPCAR	Municipal	Adequação da equipe	Manutenção da equipe		
	Ausência de serviços médicos	Garantir PPI	PPI instituída	SPCAR+SESDEC	SESDEC e Municipal	Levantamento de demandas	Definição de fluxos		
Atividades de TFD sem formalização	Falta divulgação nos formulários de TFD	Reimplantação de formulários municipais referentes ao TFD	>= 1 formulário implantado	Regulação+ AB/AE/AH	Municipal	1 formulário divulgado;	Adequação do formulário		
	Inexistência de manual de atividades e rotinas	Definição de atividades e tarefas	Manual de rotinas do TFD implantado	SPCAR +Regulação	Municipal	Diagnóstico situacional	1 manual implantado	Manual adequado	
		Uniformizar as atividades referentes ao Tratamento Fora Domicilio (TFD).	1 manual de TFD divulgado	Regulação	Municipal	Diagnóstico situacional	1 manual implantado	Manual adequado	
Equipe desatualizada	Dificuldade na execução das tarefas da regulação	Capacitação da equipe	>= 1 capacitação realizada	SPCAR+ Escola Técnica	Municipal	Diagnóstico situacional	1 capacitação		



## **COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA**

Considerando a aprovação do Plano Estadual de Atenção às Urgências e do Projeto SAMU 192, pelo Ministério da Saúde, envolvendo os municípios referências de macrorregiões, como também a necessidade de implantação de SAMU com área de abrangência regional e considerando os Planos Municipais de Saúde aprovados pelos Conselhos Municipais, a Região da Baía de Ilha inicia a integração e o planejamento regional das ações da rede de urgência e emergência dessa microrregião de saúde formada pelos municípios de Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty, com a implantação da UPA e do SAMU BIG/102.

Cabe a Coordenação do SAMU BIG o gerenciamento e monitoramento das ações de urgência e emergência realizadas pelo SAMU; a implantação:

- Protocolo de encaminhamento das urgências e emergências para as diferentes complexidades da atenção (Primária, Média e Alta Complexidade) à saúde e para diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas;
- Protocolos de condutas diagnósticas e de condutas médicas (orientação terapêutica) nas urgências e emergências;
- Estabelecimento dos fluxos de atendimento entre as unidades de saúde municipais e intermunicipais e estaduais através das centrais de regulação SAMU -192 (municipal, estadual e intermunicipal) e com as Centrais do GSE do Corpo de Bombeiros e das Centrais de Regulação das concessionárias das rodovias, na garantia de vaga zero;
- Garantia de interlocução com todas as entidades envolvidas com o atendimento efetuado pelo SAMU de Mangaratiba, com objetivo fundamental que é o salvamento à vida dos pacientes e a vaga zero nas unidades de saúde compromissadas.



## Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	METAS	Cronograma			
				2010	2011	2012	2013
Projeto aprovado na CIB	Falta definição dos modelos da Bases	Articular com os município da BIG e MS	3 Bases implantadas	x			
SAMU sem recurso federal	Pendências no processo de habilitação do SAMU	Resolver as pendências existentes	Verba federal repassada ao município		x		
Reunião do Comitê esvaziada	Falta definição dos representantes	Garantir a 3 reuniões anuais do Comitê	1 representante de cada município		x	x	x
Inexistência de protocolo de urgência/emergência	Baixa articulação nos diversos níveis de atenção	Promover encontros e visitas a Central do SAMU	1 protocolo implantado		x	x	x
Necessidade de ampliação das bases descentralizadas	Tempo resposta elevado em alguns bairros do município	Descentralização de Base	1 Base descentralizada		x		



## COORDENAÇÃO DE OUVIDORIA

O Ministério da Saúde tem como meta estabelecida no Pacto de Gestão e no Programa Mais Saúde a descentralização das Ouvidorias do SUS, visando o fortalecimento do processo de participação social e a otimização de fluxos nas secretarias estaduais e municipais de saúde para o atendimento das demandas do SUS.

Foi dada a atenção especial às Ouvidorias na área da saúde propostas pelo Ministério da Saúde com base em legislações específicas. O Pacto pela Saúde de 2006 reforça a participação popular e o controle social assegurado na Constituição e nas leis orgânicas de saúde (Lei 8.080/90, 8.142/90 e Decreto 5.974/06) as ações de apoio à implantação e implementação de Ouvidorias em saúde nos estados e municípios, para o fortalecimento da gestão participativa do SUS. Citam-se, também, Programas e Políticas de Saúde específicos como: Políticas Nacional de Humanização (PNH), Participa SUS, Humaniza SUS e Programa de Qualidade e Cidadania do Estado entre outros. Investindo nesta lógica, a Fundação de Saúde vem implementar as ações de ouvidoria do Sistema Único de Saúde com a adesão ao nível 1 do sistema Ouvidor SUS em 2010, ampliando desta forma o canal de comunicação da população com o gestor de saúde municipal.



# Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013



SITUAÇÃO ATUAL	NÓ CRÍTICO	AÇÕES	METAS	RESPONSÁVEL/PARCEIRIAS	FONTE DE RECURSOS	Cronograma			
						2010	2011	2012	2013
Espaço inadequado	Não existe recurso financeiro específico	Aluguel de imóvel e adequação do espaço físico	1 sala de ouvidoria	SPCAR	Municipal		x	x	x
Falta de RH	Profissionais convocados do concurso não se apresentam	Chamar do concurso	>= 2 profissionais contratados	FuSAR e RH da Prefeitura	Municipal	x	x	x	x
Capacitação de profissionais da FuSAR	Profissionais sem capacitação	Capacitação junto aos órgãos ministeriais e SESDEC	>= 1 capacitação	FuSAR, SESDEC e MS	Municipal e Federal	x	x	x	x
Formação das sub-redes	Inexistência de sub-redes	Divulgação das ações da Ouvidora	>= 1 sub-rede implantada	Superintendências			x	x	x



## SUPRINTENDENCIA ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Como resultado da luta pela reforma sanitária desenvolvida no Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases para a edificação de um novo modelo de gestão da saúde ao determinar a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, como meio de assegurar ao povo brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Determinou-se, então, que esse sistema deveria ser organizado de forma descentralizada, transferindo-se o poder de decisão e recursos financeiros da União e dos estados para os municípios, e administrado em todos os níveis, com a participação da comunidade. A responsabilidade pelo financiamento desse sistema é atribuída solidariamente às três esferas de governo ( União, estados e municípios ) e a própria sociedade, no entanto, não se definiu, no momento de elaboração da C.F de 1988, a participação de cada parte nesse financiamento. Essa questão tem se constituído um dos principais problemas e desafios para a viabilização plena do que se propõe o SUS, solução esta recentemente sanada com a aprovação no Congresso Nacional da Emenda Constitucional nº 29, que obriga aos estados, municípios, Distrito Federal e União a aplicarem percentuais sobre os recursos orçamentários próprios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A gestão dos recursos públicos, através do Fundo de Saúde, deverá obedecer às normas e procedimentos legais comuns à administração pública sem qualquer privilégio, senão os previstos legalmente. Este manual se propõe a oferecer aos gestores dos Fundos Municipais de Saúde – FMS, subsídios para elaboração e aplicação dos instrumentos e procedimentos inerentes ao planejamento, programação, aplicação e prestação de contas dos recursos financeiros da saúde, na esfera municipal.



AÇÕES	METAS	Responsável/Parcerias	Fonte de recursos	Cronograma			
				2010	2011	2012	2013
Adequação do espaço físico	1 sala exclusiva para a Superintendência		municipal		X		
Adequar o quantitativo de equipamentos por equipe	1 equipamento por profissional		municipal	X	X	X	X
Aquisição de sistema que acompanhe o processo desde a entrada até a dispensação, informando o usuário, unidade e o custo.	Implantação da Central de custos		municipal		X	X	X
Abrir vagas para: pintor, pedreiro, bombeiro hidráulico	1 equipe de manutenção por DS		municipal	X	X	X	X
Promover concurso público para as categorias da área de saúde sempre que necessário visando à sustentação e qualidade dos programas de saúde implantados.	Concurso público executado		municipal		X		
Convocar de concurso público	>= 20 motoristas	Prefeitura	municipal	X	X		
Capacitação em direção defensiva e primeiros socorros	>= 1 curso	SAF+ Escola Técnica	municipal		X	X	X
Instituir rotina de trabalho	1 rotina implantada	SAF+ Transporte	municipal	X	X	X	X
Histórico da rota do veículo, discriminando: Km, destino, passageiros, horário de saída e chegada, consumo de combustível, manutenções	1 sistema implantado	SAF+ Transporte+CID	municipal		X	X	X
Investir na capacitação, aprimoramento e avaliação dos profissionais da saúde.	>= 1 curso	Escola Técnica+CAP	municipal		X	X	X



## Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013



Desenvolver projetos educativos e preventivos, visando a melhoria contínua da qualidade de vida dos servidores			municipal		X	X	X
Investir na melhoria das relações de trabalho, mantendo um estreito relacionamento entre o governo municipal e entidades representativas dos servidores da saúde.	>= 1 Fórum	Parceria: RH Prefeitura + Sindicato	municipal		X	X	X
Propiciar condições para o desenvolvimento e implantação de uma política de saúde do trabalhador baseada em levantamento de doenças e acompanhamentos das medidas de prevenção	Realização de exame periódico anual		municipal		X	X	X
Implementar programa de orientação aos trabalhadores que estão em vias de aposentadoria.	>= 1 Fórum	Parceria: CAP+Angra Prev	municipal			X	X
Adequação do organograma			municipal		X		
Adequação do recursos humanos do RH	>= 1 curso de capacitação		municipal	X	X	X	X
Adequação de equipamentos de informática e escritório	1 equipamento por profissional		municipal	X	X		
Elaboração do PCCS da FuSAR	1 Plano aprovado	Parceria Prefeitura	municipal	X			



## CONTROLE SOCIAL

A preocupação da sociedade em estabelecer mecanismos de controle sobre os recursos públicos está presente no processo de evolução da administração pública, principalmente nas nações desenvolvidas. Visando conter o poder do estado, diversos mecanismos legais foram criados e aperfeiçoados com objetivo de retirar do Poder Executivo e delegar aos cidadãos a competência para criar impostos e autorizar limites de gastos públicos. Esse processo teve início na Inglaterra, em 1.217, quando inseriu-se na Carta Magna do país um artigo definindo os casos em que se poderia criar tributos e, em 1822 instituiu-se a obrigatoriedade de aprovação parlamentar das receitas e despesas públicas, instituindo-se o orçamento público como um instrumento de controle social indireto. Na França, o consentimento popular para criação de tributos foi estabelecido com a revolução de 1789 e, a partir de 1831 iniciou-se o controle parlamentar sobre o orçamento. Nos E.U.A, a busca da legitimação popular dos tributos fez parte da revolução pela independência. Da experiência americana, surge o modelo orçamentário chamado PPBS (Sistema de Planejamento, Programação e Orçamento) segundo o qual, o poder executivo apresenta ao legislativo o orçamento anual contendo as funções, programas, atividades e projetos do governo para discussão, modificação e aprovação. Dessa experiência deriva o modelo de orçamento vigente no Brasil, adaptado e implantado em nosso país por intermédio da CEPAL – Comissão de Estudos Econômicos para América Latina e Caribe, no início da década de 1960.

A Constituição Federal de 1988 traz como uma das diretrizes para gestão dos recursos públicos, a participação direta da comunidade e do cidadão na definição, fiscalização, controle e avaliação das políticas e dos recursos públicos, como meio de coibir desvios, irregularidades e garantir sua eficiência e eficácia no atendimento às necessidades sociais.

Na área da saúde, regulamentando essa determinação constitucional, a Lei 8.142/90 que dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros, torna obrigatória a criação de um Conselho Municipal de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por 50% de representação de usuários e 50% de representantes do governo municipal, prestadores.



Compete, portanto, ao CMS no campo econômico/financeiro, apreciar, modificar e aprovar previamente no que diz respeito à saúde: o orçamento anual, as programações trimestrais de aplicação de recursos, fiscalizar a aplicação de recursos e aprovar as prestações de contas, antes de serem consolidadas as gerais da prefeitura. Todas essas decisões do CMS serão tomadas em assembléia geral e registradas em atas e ou resoluções.

O Conselho Municipal de Saúde é criado por lei municipal e deve possuir autonomia além de uma estrutura administrativa mínima para desempenhar seu papel.

O gestor municipal deverá garantir, na elaboração do orçamento, os recursos necessários para o funcionamento regular do CMS, disponibilizando instalações físicas, materiais, equipamentos e, principalmente, investimentos em capacitação para seus membros.

O conselho deve ser visto pelo prefeito e pelo gestor da saúde como um parceiro na construção do SUS no município. Suas deliberações deverão ser sempre pautadas na defesa do interesse coletivo. Por fim, ele representa a possibilidade de superação das deficiências do sistema tradicional de controle indireto, exercido pelos tribunais de contas e câmaras de vereadores.

No município de Angra dos Reis, o CMS foi instituído através da Lei nº 176 de 24/01/1992, e tem a seguinte composição:

<b>CONTROLE SOCIAL</b>	
Presidente do CMS	Luis Alberto Moreira do Carmo
Representantes do Poder Político	Titular: Dr Adilson Bernardo
	Suplente: Ana Claudia Marinho Cardoso
	Titular: Fernando Argolo Pimenta
	Suplente: Roberto Espíndola e Souza



Representantes dos Profissionais de Saúde	Nome Titular: Carlos Luiz de Jesus Bastos
	Nome Suplente: Siderley Marques dos Santos
	Nome Titular: Virginia Conceição M. Vicente
	Nome Suplente: Osmar Ramos Sacramento Jr.
Representantes dos Prestadores de Serviço	Nome Titular: Luis Alberto Moreira do Carmo
	Nome Suplente: Solange Maria de Castro Vas
	Nome Titular: Leandro Sérgio Nóbrega
	Nome Suplente: Margareth de Souza Machado
<b>Outros representantes - Representantes dos Conselhos de Classe</b>	
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região	Luciano Pereira de Oliveira
Conselho Regional de Nutricionistas – 4ª Região – RJ – ES	Mara Christina Freire
Conselho Regional de Psicologia - RJ	André Luiz Bastos Dehol
Conselho Regional de Fonoaudiologia – 1ª Região	Lijamar de Souza Bastos
Conselho Regional de Serviço Social	Vânia Fernandes Veloso
Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro	Celso Kreimer
Conselho Regional de Odontologia	Omar Torres de Castro Filho
Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro	Adriane Guides de Carvalho



Conselho Regional de Enfermagem	Eric Coelho Pedrosa de Freitas
Conselho Regional de Medicina Veterinária	Mauro Sérgio Fernandes Tristão
<b>Representantes dos Usuários – Conselhos Distritais</b>	
1º Distrito Sanitário	Titular: Valcir de Almeida Carneiro
	Suplente: José Carlos da Cunha Oliveira
2º Distrito Sanitário	Titular: Jorge Gomes da Rosa
	Suplente: Maria da Conceição
3º Distrito Sanitário	Titular: Leide Fátima Caetano Delgado
	Suplente: Marcos Paiva Ferreira
4º Distrito Sanitário	Titular: Moizes da Cunha Souza
	Suplente: Onilton Ferreira da Silva
Entidades Religiosas	Titular: Alex de Amorim Bastos
	Suplente: Severino Luiz Bispo
Associação dos Aposentados e Pensionistas de Angra dos Reis	Titular: Walchyr Vicarone dos Reis
	Suplente: Domício Roque da Silva
Conselho Municipal das Associações de Moradores de Angra dos Reis	Titular: José Carlos de Almeida
	Suplente:
Associação Indígena Sapukai de Angra dos Reis	Titular: Aldo Fernandes Ribeiro



	Suplente: Adílio da Silva Benite
Associação de Familiares Amigos e Usuários do Cais - AFAUC	Titular: João Batista Pereira de Souza
	Suplente: Jorge Luis de Souza dos Remédios
Casa de Convivência Edílson da Mata	Titular: Sandra Regina de Souza
	Suplente: Heitor Sarmento Ferreira
<b>Ato de Publicação Nomeação dos Conselheiros - Decreto nº 6.821 – 02/12/2008</b>	



## BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS - Uma Construção Coletiva – Instrumentos Básicos – Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica. Painel de Indicadores do SUS. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, v. 4, 63 p., 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde /Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas, Área técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 63p.il. (cadernos de atenção básica. Programa de saúde da família;5).

BRASIL. Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Parâmetros da Cobertura Assistencial no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – Portaria MS/GM 1101 de 12 de Junho de 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/09.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 2ª ed, 208 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Série F. Comunicação e Educação



em Saúde, 384p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual para organizações comunitárias: planejar, acompanhar e avaliar/Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação DST e AIDS, UNB, CEAM, NESP. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção Básica. Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família. Série B. textos Básicos, 6 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (L-RPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria nº. 600 de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

BUENO, H. Utilização da Sala de Situação de Saúde no Distrito Federal. In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE-RIBEIRÃO PRETO, 2004 Documento digital em formato PPT disponível em < [www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/1031.ppt](http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/1031.ppt) >. Acesso em: 31 ago. 2009.

Caderno de informações em saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009, Maio.

CECÍLIO, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). (2001). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à



saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, p. 113 – 126.

DAMAIA, M. A. B; VOLTOLINI, R; OLIVEIRA, S.E. P. IN: Curso de Aperfeiçoamento em gestão e epidemiologia. Prefeitura de Santo André. São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação e Editora. 2008.

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie_tecnica_11_port.pdf) (acessado em 15/Dezembro/2009).

ECO, U. Quando o outro entra em cena, nasce a ética. *Reflexão*: diálogo sobre a ética. São Paulo: Instituto Ethos, ano 3, n. 6, p. 8-13, fev. 2002. Disponível em: <[http://www.ethos.org.br/docs/conceitos\\_praticas/publicacoes/reflexao/index.shtml](http://www.ethos.org.br/docs/conceitos_praticas/publicacoes/reflexao/index.shtml)>. Acesso em: 14 ago. 2009.

FERLA, A. A.; SOUZA, D. Y.; FREITAS, M. E. M.; PELEGRINI, M. L. M.; ANTUNES, V. H. (2001). A regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. Concurso Nacional de Experiências Inovadoras no SUS.

INDICADORES DE GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – PROGESUS - Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação para Saúde / Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, 2007.

KISIL, M. e colaboradores. Gestão da Mudança Organizacional, volume 4 / São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania).

MATOS DL, LIMA-COSTA MFF, GUERRA HL, MARCENES W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular dos serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:661-8.



MATOS DL, LIMA-COSTA MF, GUERRA HL, MARCENES W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. Rev Saúde Pública 2002; 36: 237-43.

MASLOW, A. H. *Maslow no gerenciamento*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

MEDINA, M. G. e HARTZ, Z. M. A. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 1153-1167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>>. Acesso em: 14 agosto de 2009.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis – RJ.

PES - PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2008 / 2011 – SESDEC – Secretaria de Estado Saúde e Defesa Civil RJ

PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA 2006 - Parâmetros de Programação para Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde / Superintendência de Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2009 – Fundação de Saúde de Angra dos Reis.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE - INDICADORES BÁSICOS PARA SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES – RIPSA, 2º edição – Brasília: OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, 2008

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado e Defesa Civil. Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 17 jul 2009. Disponível em: <[http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/Saude\\_area.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/Saude_area.shtml)>. Acesso em: 14 agosto 2009.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde, volume 2 / São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998



(*Série Saúde & Cidadania*).

TEIXEIRA, C. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador, BA: ISC, 2001.

VERGARA, S. C.; BRANCO, P. D. Empresa humanizada: a organização necessária e possível. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo: FGV, v. 41, n. 2, p. 20-30, abr.-jun. 2001.



**ANEXO I - ENDEREÇO DAS UNIDADES PRÓPRIAS, CONTRATADAS E  
CONVENIADAS.**

Unidades de Saúde Básica e		Endereço	
<b>Saúde da Família</b>			
PSF	Sapinhatuba	III Rua da Esperança s/nº - Sapinhatuba III Tel.: (24) 3367-3193	
PSF	Sapinhatuba	II Rua 15,s/nº final da rua - Sapinhatuba II Tel.: (24) 3377-5915	
PSF	Marinas	Estrada do Marinas nº 226 - Marinas Tel.: (24) 3377-8799	
PSF	Morro da Glória I	Rua A s/nº - Morro da Glória Tel.: (24) 3377-7337	
PSF	Morro do Peres	Rua A s/nº - Morro da Glória I Tel.: (24) 3368-7337	
PSF	Morro da Cruz	Estrada Angra Getulândia s/nº anexo à escola Tel.: (24) 3368-7080	
	Morro do Santo Antonio	End: Morro do Santo Antônio nº 806 Tel.: (24) 3365-5589	
UBS	Balneário	Rua Comandante Silva Filho s/nº - Balneário Tel.: (24) 365-6357	
UBS	Areal	Rua Lavrador João Alves Filho s/nº - Morada do Areal Tel.: (24) 3377-6206	
UBS	Belém	Avenida São Joaquim nº 345 - Belém Tel.: (24) 3377-7760	
PSF	Banqueta	Estrada da Banqueta nº 81 - Banqueta Tel.: (24) 3368-5458	
PSF	Serra D'água	Estrada Getulândia s/nº - Serra D'água Tel.: (24) 3367-7316	
PSF	Campo Belo	Rua S, s/nº Campo Belo	
PSF	Cantagalo	Rua Projetada s/nº - Cantagalo Tel.: (24) 3368-2341	
UBS	Portogalo	Gleba G s/nº - Portogalo Tel.: (24) 3377-8792	
UBS	Monsuaba	Rua Santinho Marques s/nº - Monsuaba Tel.: (24) 3366-1015	



UBS Petrobrás	Rua EAP s/nº - Petrobrás Tel.: (24) 3361-3336
PSF Caputera	Estrada da Caputera s/nº - Caputera Tel.: (24) 3377-8227
PSF Camorim Mod.I	Rua Irmã Irene s/nº - Camorim Tel.: (24) 3377-9298
PSF Camorim Mod. II	Rua Irmã Irene s/nº - Camorim Tel.: (24) 3377-9298
UBS Bracuhy	Rodovia Rio Santos s/nº - Bracuhy Tel.: (24) 3363-1841
PSI - Aldeia Indígena (vinculado a UBS Bracuhy)	Rodovia Rio Santos s/nº - Bracuhy Tel.: (24) 3362-1777
UBS Frade	Rodovia Rio Santos s/nº - Frade Tel.: (24) 3369-3394
PSF Módulo I - FRADE	Constância Dias de Souza Rua Projetada nº 151 - Morro da Constância
PSF Módulo II - FRADE	José Macedo do Nascimento Trav. Rio Grande nº 37- Frade
PSF Módulo III - CONSTÂNCIA	Rua projetada, nº 151, Morro da Constância, Frade
PSF Vila Histórica	Rua das Flores nº 420-A - Vila Histórica Tel.: (24) 3362-2312
PSF Módulo I	Rua 15 de Maio nº 185 - Perequê Tel.: (24) 3362-5891
PSF Módulo II	Rua 12 nº 742 - Perequê Tel.: (24) 3362-6627
PSF Módulo III	Rua Dollor Barreto nº 21 - Perequê Tel.: (24) 3362-5864
PSF Módulo IV	Rua da Limeira nº 130 - Perequê Tel.: (24) 3362-6406
PSF Módulo V	Rua Francisco Guedes da Silva nº 1238 - Perequê Tel.: (24) 3362-4554
PSF Módulo VI	Rua 38 (antiga Júlio Maria) nº 82 - Perequê Tel.: (24) 3362-6330
PSF Provetá	Praia de Provetá – Proveta
PSF Pequenas Praias	Praia de Araçatiba e Enseada das Estrelas - Ilha Grande
PSF Marítima	



<b>Unidades de Saúde Pré- Hospitalares 24 horas</b>	<b>Endereço</b>
Pronto Socorro Municipal (SPA)	Rua Doutor Coutinho nº 84 - Centro Tel.: (24) 3365-7226
SPA Centro (Adulto e Infantil)	Rua do Comércio, nº 7, Centro Tel.: (24) 3369-6138
SPA da Japuíba	Estrada Angra Getulândia s/nº - Japuíba Tel.: (24) 3377-8850 ou 3377-8887
SPA de Jacuacanga	Rua Doce Mar s/nº - Jacuacanga Tel.: (24) 3361-1195 ou 3361-1197
SPA Perequê	Avenida Francisco Magalhães de Castro s/nº - Perequê Tel.: (24) 3362-3513
SPA ABRAÃO	Rua Getúlio Vargas s/nº - Vila do Abraão Tel.: (24) 3361-5523 ou 3361-5519

<b>Unidades de Saúde Hospitalares</b>	<b>Endereço</b>
Hospital Maternidade Codrato de Vilhena- Irmandade da Santa Misericórdia de Angra dos Reis	Rua Doutor Coutinho nº 84 - Centro
Hospital de Praia Brava – Fundação Eletronuclear de Assistência Médica	Rua Oito S/N- Praia Brava



**ANEXO II - ATA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE**

Ata da reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis, apresentação com vistas e aprovação do Plano Municipal de Saúde 2010/2013, em dez de maio de dois mil e onze no auditório da Fundação de Saúde de Angra dos Reis. O conselheiro Alex abre a presente reunião às dezoito horas e trinta minutos justificando a ausência do Srº Presidente passando a palavra para a Sr.ª Cláudia Grego Superintendente de Vigilância em Saúde fazer a apresentação Plano da Vigilância em Saúde. Em seguida o Sr.º Eurípedes Vargas de Oliveira Diretor de Vigilância Epidemiológica faz a apresentação do Plano da Vigilância Epidemiológica, explica da necessidade de enfermeiros para suprir as Unidades de Saúde informa que a Varíola não existe mais no país. Em seguida a Sr.ª Eliane Satie Coordenadora do Programa de Tuberculose e Hanseníase faz a apresentação do Programa de Controle da Hanseníase, explica que existe mais casos no quarto e segundo distrito, fala que o programa funciona bem e atingi as metas. Em seguida faz a apresentação do Plano de Tuberculose, informa que usa a meta Baciloscopia de diagnostico. E sugere que o laboratório coloque um profissional para atender o paciente durante os fijs de semana, informa que os pacientes do quarto distrito faz o RX em Praia Brava. E a cultura no CDB em media o resultado sai em quarente dias e que o município tem um profissional Tisiologista. Informa que dia quinze de junho aconteceu uma campanha no Posto de Saúde do Frade durante todo dia. Nesse momento o Srº Presidente Luis Alberto passa a presidir a reunião passando a palavra para a Srª Vanderleia Rodrigues Coordenadora DANTs faz a apresentação do programa Dant's doenças não transmissíveis informa que os pacientes hipertensos e diabéticos tem que ter consulta com oftalmo uma vez por ano. O conselheiro João Batista fala que tem exames pronto há um ano e não consegue atendimento pro oftalmo. O Sr.º Presidente fala que na pratica não é bem assim que nem sempre funciona o atendimento e pergunta como é passada a informação para o paciente sobre essa prioridade. A conselheira Lijamar fala sobre o CEMANE na Japuiba e pergunta se os consultórios particulares tem visita da Vigilância Sanitária. O

  
Luis Alberto M. do Carmo  
Presidente do Conselho Munic  
de Saude de Angra dos Reis



Sr.º Presidente parabeniza o trabalho e apresentação do Plano Municipal de Saúde e pergunta sobre os carros abandonados em frente a Delegacia pois o Conselho vem recebendo reclamação pois esses veículos abandonados também ajuda na epidemia de Dengue e pergunta como é feito o recolhimento desses veículos e fala também que a questão do lixo esta preocupante no município. O Sr.º Presidente fala sobre os Conselhos Gestores que devemos propor uma parceria para a mobilização. A Srª Michele Maximo Coordenadora de Fatores Biologicos propõe que se faça uma reunião especifica para falar sobre a dengue e fala também sobre a infestação dos caramujos. O Sr.º Damião pergunta sobre como é feita a analise da água pois tem uma fonte em sua residência. O conselheiro Alex pergunta sobre as fontes de água na cidade. Após as apresentações O Sr.º Presidente coloca em votação o **Plano Municipal de Saúde 2010/2013 aprovado por unanimidade** com ressalva do conselheiro João para que seja entregue um relatório das apresentações para os conselheiros. O Srº Presidente abre a palavra aos demais não havendo nada mais a ser dito encerra a presente reunião as vinte e uma horas.

  
Luis Alberto M. do Carmo  
Presidente do Conselho Munic  
de Saúde de Angra dos Reis