

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BUERAREMA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE** **2018-2021**

Vinicius Ibrann Dantas Andrade Oliveira  
**PREFEITO**

Gerivaldo Souza Freitas  
**VICE-PREFEITO**

Ivna Oliveira Mororó  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**GRUPO TÉCNICO DE ELABORAÇÃO**

Diana Maria Ambrósio  
**COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

Luciana Cerqueira Torres  
**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA**

Renata Lordelo Silva  
**COORDENAÇÃO PACS/PSF**

Hercília Bonfim da Silva  
**COORDENADORA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Enock Martins da Cruz  
**COORDENADOR DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Danilo Silva Guimarães  
**COORDENADOR DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**

Adriana Peixoto Silva  
**COORDENADORA DE AUDITORIA**

Erivaldo Martins Lavinsky  
**GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Johnatan Yure Almeida Cardoso  
**DIGITADOR SIS**

Flávia Macedo  
**COORDENADORA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Ceilma Pereira Leão  
**PRESIDENTE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BUERAREMA – CMS**

**Lei n.º 418 de 03 de setembro de 1993.**

### **DOS PRESTADORES DE SAÚDE (25%)**

#### **1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

TITULAR: Ivna Oliveira Mororó

SUPLENTE: Renata Lordêlo Silva

#### **2. EMBASA**

TITULAR: Rafaella Poncino do Nascimento

SUPLENTE: Valdir Santos Mendes

#### **3. NÚCLEO REGIONAL SUL - NRSUL**

TITULAR: Antônio Pereira Firme

SUPLENTE: Irineu Nascimento

### **DOS TRABALHADORES EM SAÚDE ( 25%)**

#### **4. SINTESE**

TITULAR: Josefa Iracy Barreto dos Anjos Muniz

SUPLENTE: Edilene dos Santos Rosa

#### **5. ABACS**

TITULAR: Ceilma Oliveira Pereira Leão

SUPLENTE: Suzane Carilo Nunes

#### **6.SIND-SEF**

TITULAR: José Carlos de Oliveira Nobre

SUPLENTE: Joseildes Silva Henrique

### **DOS USUÁRIOS DE SAÚDE (50%)**

#### **7.ASSOCIAÇÃO MORADORES DO MEIO URBANO**

TITULAR: Rosenira Lima de Oliveira

SUPLENTE: Maria Conceição dos Santos ( AMBSA)

## **8. ASSOCIAÇÃO DE MORADORES SEMI-URBANO**

TITULAR: Rosimeire Barreto dos Santos (Km 02 e Km 03)

SUPLENTE: Leandro Santos Moreira (Vila Operária)

## **9. CLUBES SOCIAIS**

TITULAR: Orlando Alves Nascimento (CDL)

SUPLENTE: Evilázia Brito (ROTARY)

## **10. PASTOTAL DA CRIANÇA**

TITULAR: Cláudia dos Santos Guirra

SUPLENTE: Jaciara Cristina Santana

## **11. REPRESENTANTE DOS TRABALHADORES RURAIS**

TITULAR: Waldemir Ferreira as Silva (ASTIU)

SUPLENTE: José da Silva Cabral Filho

## **12. ASSENTAMENTOS DOS TRABALHADORES RURAIS**

TITULAR: Maurício de Jesus Silva

SUPLENTE: Marilene dos Santos

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS Agentes Comunitários de Saúde  
AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês)  
ATENF Auxiliares e Técnicos de Enfermagem  
ATT Acidentes de Transporte Terrestre  
ACS Agentes Comunitários de Saúde  
ACE Agente de Combate à endemias  
CAPS Centro de Atenção Psicossocial  
CDS Coleta de Dados Simplificada  
CID Classificação Internacional de Doenças  
CIEVS Centro de Informações Estratégias e Respostas em Vigilância em Saúde  
CIR Comissão Intergestores Regional  
CIT Comissão Intergestores Tripartite  
COSEMS Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
CR Centro de Referência Municipal  
CMS Conselho Municipal de Saúde  
DENASUS Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
DHEG Doença Hipertensiva Específica da Gravidez  
DCNT Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas  
EAB equipe de Atenção Básica  
EACS Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde  
ESF Estratégia de Saúde da Família  
eCR Equipes de Consultório na Rua  
eSF equipe de Saúde da Família  
EMBASA Empresa Baiana de Águas e Saneamento S.A  
FNS Fundo Nacional de Saúde  
GM Gabinete do Ministro  
HIV Vírus da Imunodeficiência Adquirida  
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS Imposto sobre Circulação de Mercadorias  
ICSAP Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária  
IDEB Índice de Desenvolvimento da Educação Básica  
IDH Índice de Desenvolvimento Humano  
IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
ILPI Instituições de Longa Permanência para Idosos  
ISS Imposto sobre serviços  
IST Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LACEN Laboratório Central da Bahia  
MAC Média e Alta Complexidade  
MIF Mulheres em Idade Fértil  
MS Ministério da Saúde  
NASF Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica  
NEP Núcleo de Educação Permanente  
OMS Organização Mundial de Saúde  
ONU Organização das Nações Unidas  
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde  
PCCV Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos  
PDR Plano Diretor de Regionalização  
PEA População Economicamente Ativa  
PEC Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PIB Produto Interno Bruto  
PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PMB Prefeitura Municipal de Saúde Buerarema  
PMS Plano Municipal de Saúde  
PNAB Política Nacional de Atenção Básica  
PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PNI Programa Nacional de Imunização

PPA Plano Plurianual  
PPI Programação Pactuada Integrada  
PSE Programa de Saúde Escolar  
RAPS Rede de Atenção Psicossocial  
REMUME Relação Municipal de Medicamentos Essenciais  
RENAME Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
SADT Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico  
SAE Serviços de Assistência Especializada  
SARGSUS Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão  
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SCNES Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SCNS Sistema Cartão Nacional de Saúde  
SMS Secretaria Municipal de Saúde  
SESAB Secretaria Estadual da Saúde da Bahia  
SIA Sistema de Informações Ambulatoriais  
SIH Sistema de Informação Hospitalar  
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SISAB Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  
SIS Sistema de Informação em Saúde  
SISREG Sistema Nacional de Regulação  
SUS Sistema Único de Saúde  
TFD Tratamento Fora do Domicílio  
TSE Transporte Sanitário Eletivo  
TARV Terapia Antirretroviral  
TDO Tratamento Diretamente Observado  
VISA Vigilância Sanitária  
VIEP Vigilância Epidemiológica  
UBS Unidade Básica de Saúde  
USF Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 01-</b> Localização geográfica município de Buerarema, Bahia .....	23
<b>FIGURA 02-</b> Distribuição espacial das 28 regiões de Saúde da Bahia .....	24
<b>FIGURA 03-</b> Distribuição da população residente de Buerarema, por sexo e faixa etária do ano de 2010, IBGE .....	29
<b>FIGURA 04 -</b> Mapa do IDHM do Brasil, PNUD/Brasil, 2010 .....	32
<b>FIGURA 05 -</b> Taxas de incidência por localizações primárias de câncer, exceto pele não melanoma, por sexo, estimadas para 2018, no Brasil .....	93



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01</b> - População Censo 2010 e Estimativas 2011 a 2018 - (IBGE) .....	25
<b>Gráfico 02</b> - População urbana e população rural, censos 2000/ 2010 – IBGE .....	25
<b>Gráfico 03</b> - População por raça ou cor- IBGE, 2010 .....	26
<b>Gráfico 04</b> - Série histórica do IDHM, IDHM Logenvidade, IDHM Renda e IDHM Educação, Buerarema, Bahia, 1991-2010 .....	30
<b>Gráfico 05</b> – Taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais de idade, Buerarema, Bahia .....	35
<b>Gráfico 06</b> – Distribuição percentual de famílias com abastecimento de água na rede pública de Buerarema, (IBGE, 2010) .....	36
<b>Gráfico 07</b> – Distribuição percentual de pessoas em domicílios urbanos com coleta de lixo em Buerarema (2000 – 2010) .....	36
<b>Gráfico 08</b> – Porcentagem de pessoas em domicílios com energia elétrica, Buerarema, Bahia .....	37
<b>Gráfico 09</b> – Posição ocupada pelos municípios 10 município da macrorregião de Itabuna com população entre 8.000 a 23.000 habitantes, com maior Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes 2017 .....	39
<b>Gráfico 10</b> - Renda per capita, Buerarema-BA, 1991 a 2010 .....	40
<b>Gráfico 11</b> – Proporção de nascidos vivos por faixa etária das mães, Buerarema, Bahia, 2016 .....	43
<b>Gráfico 12</b> – Número de Nascidos Vivos de mães com 8 ou mais anos de estudo, nos anos de 2010 a 2016, Buerarema, Bahia .....	43
<b>Gráfico 13</b> - Percentual de nascidos vivos com de 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas no município de Buerarema, Bahia, 2010-2016 .....	44
<b>Gráfico 14</b> – Número de partos vaginais (Normal) e cesários no período de 2010-2016, Buerarema, Bahia .....	45
<b>Gráfico 15</b> – Número de nascidos vivos (NV) comparados ao número de nascidos vivos com baixo peso (< 2500 g), 2010-2016, Buerarema, Bahia .....	46
<b>Gráfico 16</b> – Taxa de Natalidade por 1000 hab., Buerarema, BA, 2013-2016 .....	47
<b>Gráfico 17</b> – Taxa de fecundidade, Buerarema, Bahia, 2000-2010 .....	48
<b>Gráfico 18</b> – Proporção de registros de óbitos por causa definida, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	50

<b>Gráfico 19</b> – Números de óbitos e principais causas de mortalidade, Buerarema, Bahia, 2017 .....	50
<b>Gráfico 20</b> - Taxa de mortalidade por causas externas, 2013-2017, Buerarema, Bahia .....	51
<b>Gráfico 21</b> - Número óbitos por doenças do aparelho circulatório, Buerarema, 2013 – 2017 .....	53
<b>Gráfico 22</b> – Número absoluto de óbitos prematuros por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	53
<b>Gráfico 23</b> – Taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	54
<b>Gráfico 24</b> – Número óbitos por neoplasias, Buerarema, 2013 – 2017 .....	56
<b>Gráfico 25</b> – Número de casos de câncer segundo faixa etária dos pacientes atendidos no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) - Bahia. 2008-2017 .....	56
<b>Gráfico 26</b> – Número de casos de câncer das dez neoplasias mais frequentes dos pacientes atendidos nos RHC - Bahia. 2008-2017 .....	56
<b>Gráfico 27</b> – Taxa de Mortalidade Neonatal (%), por microrregião de saúde. Bahia, Macrorregião Sul. 2008-2017 .....	58
<b>Gráfico 28</b> – Taxa de mortalidade infantil período de 2013-2017, Buerarema, Bahia .....	59
<b>Gráfico 29</b> - Número de óbitos maternos , por região de saúde. Macrorregião Sul. 2009-2017 .....	60
<b>Gráfico 30</b> – Percentual de óbitos em mulheres com idade fértil (10 a 49 anos) segundo principais causas do CID 10, Buerarema-BA, 2013 a 2017 .....	61
<b>Gráfico 31</b> - Número de internações por capítulo CID 10, Buerarema, Bahia, 2012-2017 .....	66
<b>Gráfico 32</b> – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, macrorregião Sul, região de saúde de Itabuna, município de Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	68
<b>Gráfico 33</b> – Número absoluto de casos confirmados de TB, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	69
<b>Gráfico 34</b> – Proporção de encerramento de casos de TB, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	70

<b>Gráfico 35</b> – Número absoluto de casos confirmados de tuberculose, Buerarema, Bahia, 2013 – 2017 .....	71
<b>Gráfico 36</b> – Coeficiente de novos casos de hanseníase, macrorregião, região de saúde de Itabuna, Bahia, 2010-2017 .....	73
<b>Gráfico 37</b> – Número de casos no município de Buerarema, Bahia, por ano da notificação e classificação operacional, 2010-2017 .....	74
<b>Gráfico 38</b> - Coeficiente de novos casos por hanseníase em Buerarema, Bahia 2010-2017 .....	74
<b>Gráfico 39</b> - Número de casos de hanseníase por avaliação incapacidade física, Buerarema, Bahia, 2010-2017 .....	75
<b>Gráfico 40</b> - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase, Estado da Bahia, macrorregião Sul, região de saúde de Itabuna, Buerarema, 2010 – 2017 .....	77
<b>Gráfico 41</b> – Taxa de detecção geral (por 100.000 hab.) .....	79
<b>Gráfico 42</b> – Número de casos de por faixa etária, sexo, Buerarema, Bahia, 2010-2017 .....	79
<b>Gráfico 43</b> – Número de casos de hepatites virais, por faixa etária, Buerarema, 2010-2017 .....	82
<b>Gráfico 44</b> – Número de casos de hepatites vírais por agente etiológico, Buerarema, Bahia, 2010-2017 .....	83
<b>Gráfico 45</b> – Número de casos notificados de sífilis em gestantes, Bahia, macrorregião sul, região de saúde de Itabuna, Buerarema, 2010-2017 .....	86
<b>Gráfico 46</b> – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, Bahia, macrorregião sul, região de saúde de Itabuna, Buerarema, 2010-2017 .....	86
<b>Gráfico 47</b> – Número de casos de violência interpessoal/autoprovocada, Buerarema, Bahia, 2010-2017 .....	88
<b>Gráfico 48</b> – Taxa de mortalidade por câncer de próstata, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	91
<b>Gráfico 49</b> – Número de internações por Lista Morbidades - CID-10 e Sexo, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	92
<b>Gráfico 50</b> - Taxa de mortalidade por neoplasia de mama, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	94

<b>Gráfico 51</b> – Número casos por diagnóstico detalhado segundo faixa etária, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	94
<b>Gráfico 52</b> – Número de casos notificados dengue, zika e chikungunya, Buerarema, Bahia, 2015- 2017 .....	99
<b>Gráfico 53</b> – Número casos confirmados por ano diagnóstico e forma clínica, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	101
<b>Gráfico 54</b> – Número de casos confirmados por ano diagnóstico e zona residência, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	102
<b>Gráfico 55</b> – Número casos confirmados por ano diagnóstico e critério de confirmação, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	102
<b>Gráfico 56</b> – Coeficiente de incidência de esquistossomose mansoni, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	103
<b>Gráfico 57</b> – Porcentagem de servidores da SMS conforme vínculo empregatício, Buerarema, Bahia, 2017 .....	111
<b>Gráfico 58</b> – Percentual de cobertura populacional pela ESB, Buerarema, Bahia, 2007-2017 .....	120
<b>Gráfico 59</b> - Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Buerarema, Bahia, 2015-2017 .....	122
<b>Gráfico 60</b> – Número de procedimentos de primeira consulta odontológica programática, exodontia de dentes permanentes e escovação dental supervisionada, Buerarema, Bahia, 2015-2017 .....	123
<b>Gráfico 61</b> – Número de consultas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (Puericultura), Buerarema, 2015-2017 .....	125
<b>Gráfico 62</b> – Proporção de cobertura vacinal Pentavalente; Poliomielite, Pneumocócica conjugada-10 e Tríplice viral, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	126
<b>Gráfico 63</b> – Taxa de Internação por Doença Diarreica Aguda (DDA) e por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de 5 anos, Buerarema, 2015-2017 .....	127
<b>Gráfico 64</b> – Série história de recursos financeiros transferidos Fundo a Fundo, Buerarema, Bahia, 2014-2017 .....	153

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> - Taxas de ocupação, nível educacional e rendimento da população com 18 anos ou mais, economicamente ativa, entre os anos 2000 a 2010. Buerarema, Bahia .....	28
<b>Tabela 02</b> – Distribuição da população por sexo e faixa etária, IBGE – 2010 .....	29
<b>Tabela 03</b> – Longevidade, Mortalidade e Fecundidade em Buerarema nos anos 1991, 2000 e 2010 .....	31
<b>Tabela 04</b> – Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes - Buerarema, 1991, 2000 e 2010, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013 .....	32
<b>Tabela 05</b> – Percentual dos indicadores municipais de educação em Buerarema nos anos 1991, 2000 e 2010 .....	34
<b>Tabela 06</b> – Resultado do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), Buerarema, Bahia, 2011 – 2017 .....	34
<b>Tabela 07</b> – Taxa de analfabetismo no município, Buerarema, 2000 – 2010 .....	35
<b>Tabela 08</b> – Painel descritivo do PIB e principais setores da economia municipal, Buerarema, Bahia, 2013-2016 .....	38
<b>Tabela 09</b> – Renda, Pobreza e Desigualdade, Buerarema, Bahia, 1991-2010 .....	41
<b>Tabela 10</b> - Taxa de mortalidade bruta no Brasil e em Buerarema-BA, 2013-2017 ....	49
<b>Tabela 11</b> - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária, Buerarema, Bahia .....	52
<b>Tabela 12</b> – Notificação de agravos, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	64
<b>Tabela 13</b> – Número de Internações por ano atendimento segundo Capítulo CID-10, Buerarema, Bahia, 2013-2017 .....	65
<b>Tabela 14</b> – Lista Brasileira Resumida de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária .....	67
<b>Tabela 15</b> – Classificação de grau de incapacidade da OMS na hanseníase .....	75
<b>Tabela 16</b> – Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico, Buerarema, Bahia, 1998-2017 .....	86
<b>Tabela 17</b> – Número de óbitos por causas externas, Grupo CID-10, Buerarema, Bahia, 2010-2017 .....	88
<b>Tabela 18</b> – Morbidade hospitalar SUS, Internações por Lista CID-10, Buerarema, Bahia, 2012-2017 .....	90

<b>Tabela 19</b> – Internações por Capítulo CID-10 e faixa etária, Buerarema, Bahia,2013-2017 .....	96
<b>Tabela 20</b> - Morbidade hospitalar por grupo de causas e faixa etária, Buerarema, Bahia, janeiro a dezembro 2017 .....	97
<b>Tabela 21</b> – Número de profissionais da SMS por função e vínculo empregatício, Buerarema, Bahia, 2017 .....	110
<b>Tabela 22</b> – Número de profissionais da SMS por função e vínculo empregatício, Buerarema, Bahia, 2017 .....	112
<b>Tabela 23</b> – Distribuição das unidades de saúde conforma localização, número de ESF e ESB, Buerarema, Bahia, 2017 .....	116
<b>Tabela 24</b> – Distribuição dos Equipamentos Hospitalares/Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal. Buerarema, Bahia, 2017 .....	129
<b>Tabela 25</b> – Taxa de infestação predial, Buerarema, Bahia, 2017 .....	139
<b>Tabela 26</b> – Estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados segundo o grau de complexidade das ações para gerenciamento do risco sanitário .....	140
<b>Tabela 27</b> – Seis grupos mínimos de ações/procedimentos de VISA necessários para alimentação no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) .....	141
<b>Tabela 28</b> – PPI MAC-AIH : Programação Pactuada Integrada - média e alta complexidade recurso financeiro, Buerarerma, Bahia, 2017 .....	149
<b>Tabela 29</b> – Percentual dos 15%, em despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012,Buerarema, Bahia, 2014-2017 .....	151

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

APRESENTAÇÃO .....	17
1. INTRODUÇÃO .....	19
2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO .....	22
A. BREVE HISTÓRICO .....	22
B. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS .....	22
C. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS E EDUCACIONAIS .....	30
2.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO .....	41
2.4.1 – NASCIDOS VIVOS .....	42
2.4.2 – MORTALIDADE GERAL .....	48
2.4.3 – MORTALIDADE INFANTIL .....	57
2.4.4 – MORTALIDADE MATERNA .....	59
2.4.5 – MORBIDADE .....	62
2.4.5.1 – MORBIDADE HOSPITALAR .....	64
2.4.5.2 – INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA .....	67
2.4.5.2 – DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (DT) .....	69
2.4.5.3 - DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS .....	87
2.4.5.3.1 – CAUSAS EXTERNAS .....	87
2.4.5.3.2 – NEOPLASIAS .....	89
2.4.5.3.3 – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS .....	95
2.4.5.4 – DOENÇAS ASSOCIADAS A VETORES .....	98
2.4.5.4.1 – ARBOVIROSES .....	98
2.4.5.4.2 – LEISHMANIOSE .....	100
2.4.5.4 – DOENÇA PARASITÁRIA .....	103
2.4.5.4.1 – ESQUITOSSOMOSE .....	103
2.4.5.5 – DOENÇAS IMUNOPRIVINÍVEIS .....	104

<b>3. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>105</b>
<b>3.1 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>107</b>
<b>3.2 – RECURSOS HUMANOS A FORÇA DO TRABALHO</b>	<b>109</b>
<b>3.3 – ESTABELECIMENTOS DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>112</b>
<b>4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>112</b>
<b>4.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>114</b>
<b>4.1.1 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA – SISAB</b>	<b>118</b>
<b>4.1.2 – ÁREAS TÉCNICAS E PROGRAMAS DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>119</b>
<b>4.1.2.1 – SAÚDE BUCAL</b>	<b>119</b>
<b>4.1.2.2 – SAÚDE DA CRIANÇA DO ADOLESCENTE</b>	<b>123</b>
<b>4.1.2.3 – SAÚDE DA MULHER</b>	<b>128</b>
<b>4.1.2.4 – SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO</b>	<b>131</b>
<b>4.1.2.3 . SAÚDE MENTAL</b>	<b>132</b>
<b>4.1.2.4 - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)</b>	<b>133</b>
<b>5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS MUNICIPAL</b>	<b>134</b>
<b>5.1 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>135</b>
<b>5.1.1 - PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO AEDES</b>	<b>137</b>
<b>5.2 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>	<b>139</b>
<b>5.3 – VIGILÂNCIA AMBIENTAL</b>	<b>142</b>
<b>6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	<b>143</b>
<b>7. REGULAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL</b>	<b>147</b>
<b>8. GESTÃO DO SUS MUNICIPAL</b>	<b>149</b>
<b>8.1 – GESTÃO FINANCEIRA</b>	<b>149</b>
<b>8.2 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b>	<b>153</b>
<b>8.3 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>154</b>
<b>9. INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE</b>	<b>156</b>
<b>10. EIXOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>157</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>170</b>



## APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) expressa as intenções da gestão municipal sobre a construção de políticas e ações de saúde, a partir de um diagnóstico das condições e necessidades da população, objetivando a oferta de serviços de qualidade e a redução da inequidade do sistema.

O PMS apresenta as diretrizes, ações e metas para a gestão da saúde no período de 2018 a 2021, tendo como base o Plano de Governo 2017- 2020, as propostas aprovadas pela V Conferência Municipal de Saúde de 2017, as diretrizes do Ministério da Saúde, as diretrizes estaduais e os indicadores do Pacto Interfederativo pela Saúde.

Este documento tem como instrumentos norteadores a Portaria Ministerial nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos princípios do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde, tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 foi traçado em amplo debate com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, trabalhadores e usuários, componentes fundamentais do controle social, e que vivem cotidianamente o sistema único de saúde municipal. Está estruturado de forma a inicialmente, apresentar a identificação do município de Buerarema e uma análise situacional que cumpre o papel de fornecer um detalhado diagnóstico da saúde do município, seu perfil sociodemográfico e epidemiológico, sua estrutura de rede administrativa, de vigilância e de atenção à saúde, inclusive com a capacidade instalada de assistência e de gestão para a prestação de serviços à população.

As ações a serem desenvolvidas e descritas no PMS visam o fortalecimento do SUS Municipal, com ampliação do acesso aos serviços de saúde, melhoria na qualidade da assistência e resolutividade na atenção à saúde, objetivando a melhoria nas condições de saúde da população, a ser verificada por meio do alcance das metas nos indicadores de acompanhamento.

## 1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde municipal tem como objetivo promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, ênfase em programas de ação preventiva, humanização do atendimento e gestão participativa do Sistema Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde trata-se de um instrumento para o planejamento em Saúde previsto no Decreto nº 7.508/2011, na Lei Complementar nº 141/2012 e, em especial, na Portaria nº 2.135/2013, contemplando diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados para o quadriênio seguinte ao de sua elaboração, 2018-2021, estando em sintonia com o Plano Plurianual. Sua elaboração deve acontecer de modo a acolher as propostas das áreas técnicas da gestão, aliado às da população.

O planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988. A lei 8080/90 estabelece como atribuição comum a união, estados e municípios a elaboração e atualização periódica do plano municipal de saúde, indicando ainda que a proposta orçamentária da saúde deve ser feita em conformidade com o Plano.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, destaca a importância dos Planos de Saúde ao reforçar que serão resultados do planejamento integrado dos entes federativos, com as metas de saúde.

Já a Lei Complementar nº 141, dispõe sobre a regulamentação do § 3º do art. 198 da Constituição Federal sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências

para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

A portaria 3.332/GM/2006 define que o Plano Municipal de Saúde (PMS), é o instrumento central do planejamento a ser elaborado a partir de uma análise situacional que reflita as necessidades de saúde da população e apresente as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas.

Desta forma, o PMS 2018-2021 foi organizado de forma a permitir uma orientação clara para a gestão, para os trabalhadores da saúde e para os cidadãos de Buerarema acerca do caminho que o setor saúde percorrerá neste período. Sendo assim, este instrumento sintetiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS, num trabalho conjunto de profissionais da saúde sob o olhar atento e comprometido do controle social.

Foi realizado com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário e em instrumentos de gestão, tais como: Plano de Governo Municipal, Plano Plurianual (PPA), Planejamento Estratégico da SMS, Indicadores de Saúde estabelecidos no SISPACTO e nas propostas aprovadas na V Conferência Municipal de Saúde de Buerarema realizada em 2017.

Assim, o planejamento efetivo permite qualificar o desempenho das ações em saúde e, conseqüentemente, ampliar o acesso aos serviços e melhorar o perfil de saúde da população. Dessa forma, o monitoramento e a avaliação da execução do plano, com estímulo ao uso da informação, tendo por base os resultados alcançados pelos indicadores pactuados são, também, estratégias utilizadas para o aprimoramento das atividades do planejamento.

Com base na análise da realidade municipal, o plano estrutura as ações estratégicas para avançar em direção à missão da melhoria da qualidade do setor saúde em 4 eixos: Gestão, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Administrativo Financeiro. Em cada Eixo, as ações são classificadas em Macro Diretrizes:

1- Fortalecer ações da atenção básica garantindo acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde;

2- Aprimorar as ações de promoção da saúde nas redes de atenção;

3- Fortalecer o modelo de vigilância à saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, nutricional e saúde do trabalhador) do município de Buerarema, de maneira integrada, com foco nas ações de vigilância, na promoção da saúde e na redução de riscos e agravos à saúde da população; e

4- Gestão, controle e participação social em defesa do SUS e da qualidade de vida.

Cada uma das ações elencadas e categorizadas em diretrizes, construídas de forma participativa, com base na análise situacional, nas experiências e leituras dos atores que constroem o SUS, possuem indicadores para a avaliação de sua evolução e uma meta a ser cumprida dentro do prazo do plano. Acompanhar a tendência dos indicadores em direção à meta é uma das formas de acompanhar a evolução do modelo de assistência à saúde no município, e verificar se estamos avançando.

Dessa forma, o PMS visou permitir uma orientação clara a respeito dos rumos e tendências do setor saúde de 2018 a 2021, tendo como objeto o equilíbrio entre o necessário, demonstrado pelos diversos indicadores analisados, com o plausível, disponibilizado pelo recurso orçamentário possível destinado ao setor.

O documento final que se segue contempla um trabalho de planejamento situacional com metas e intenções, que poderão sofrer modificações e emendas no decorrer desses quatro anos, uma vez que é uma orientação para um futuro cujo dinamismo e imprevisibilidade podem exigir mudanças nas estratégias e nas ações.

Espera-se que o êxito deste Plano Municipal de Saúde seja resultado do trabalho integrado, pactuado e transparente, entre os quais os gestores, profissionais de saúde, conselheiros de saúde e a população tornem-se corresponsáveis pela própria saúde e protagonistas do nosso sistema de saúde,

com o olhar voltado para o coletivo, em um SUS equânime, resolutivo e com qualidade.

## **2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO**

### **2.1 BREVE HISTÓRICO**

O município de Buerarema teve seu desbravamento iniciado em 1910, onde possuía nome inicial de Macuco, fato este que se deve a uma ave muito abundante na região e nas margens do ribeirão do mesmo nome, que banha a parte sul da cidade.

Devido a fatores climáticos favoráveis, aliados a extensas áreas devolutas e de grande fertilidade, que se constituíram num grande atrativo, começaram a formação de núcleos agrícolas para expansão do distrito, mesmo advindo da indisponibilidade de estradas e escassez de recursos humanos a época.

A emancipação político-administrativa começou a ser pavimentada em 1959, onde o distrito foi desmembrado do município de Itabuna e elevado à categoria de cidade em 17 de setembro de 1959, através da lei n.º 1.170. Apenas em 1962 o município de Buerarema teve o primeiro prefeito eleito pelo povo, Paulo Portela, empossado apenas em 7 de abril de 1963.

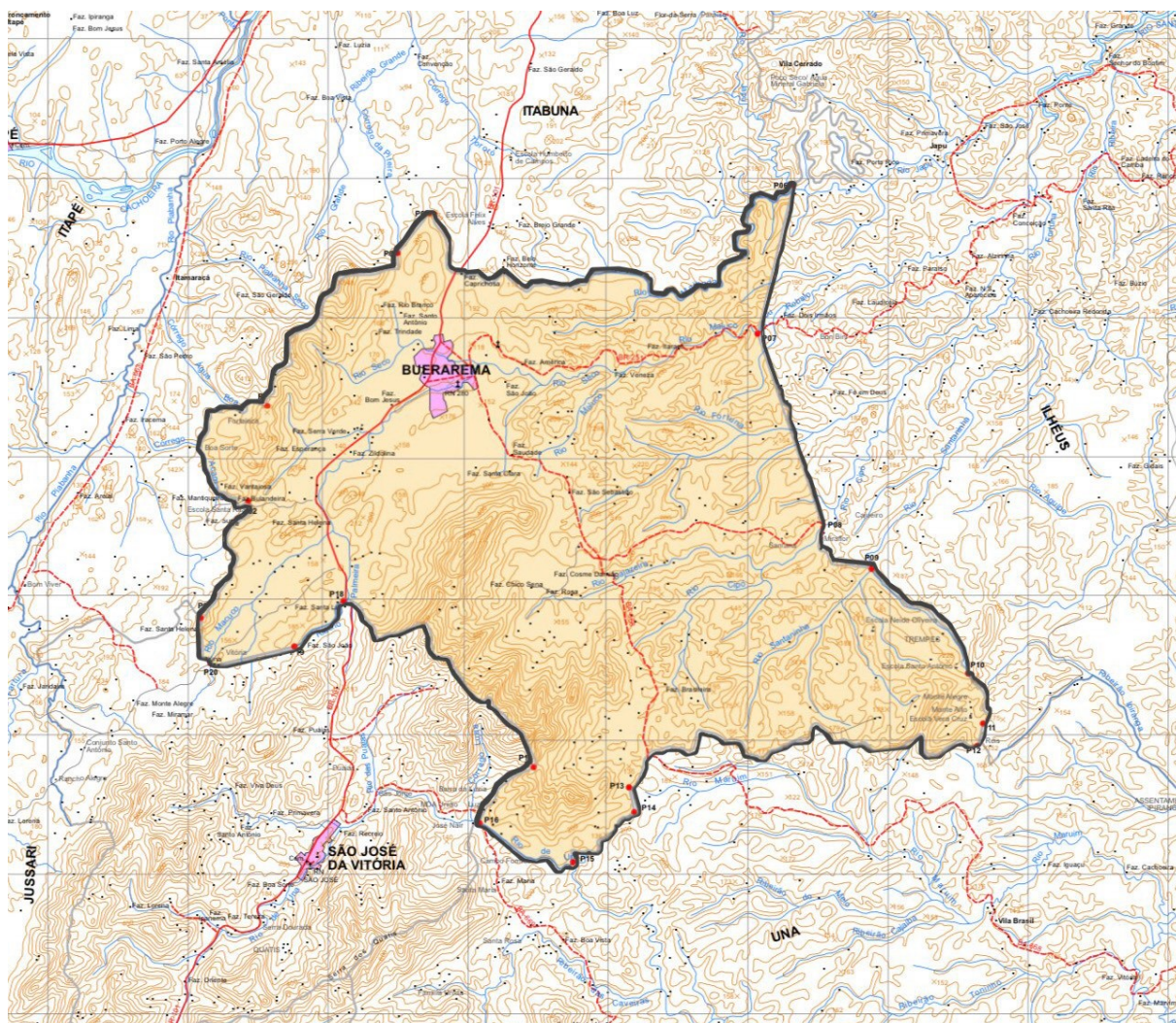
### **2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

O município de Buerarema localiza-se na microrregião Cacaueira, território de identidade litoral Sul do Estado da Bahia, as margens da BR 101, está a cerca de 450 Km da capital, Salvador, possui extensão territorial de 230.460 Km<sup>2</sup> e uma densidade demográfica de 80,73 hab./Km<sup>2</sup> (IBGE,2010). A cidade faz limite geográfico com os municípios de Itabuna ao norte; ao Sul, com São José da Vitória; a Leste, com Ilhéus e Una e a Oeste, com Jussari e Arataca. (Figura 01).



Do ponto de vista regional, e de acordo com o Decreto Federal 7.508 que define o território de saúde a partir de regiões, as quais devem conter, minimamente ações e serviços: “I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde” (BRASIL, 2011b), o município Buerarema conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) - 2017, integra a mesorregião Sul da Bahia, compondo assim a Macrorregião de Saúde de Itabuna, sendo este último, município polo, onde detém os serviços de média, alta complexidade e internação hospitalar estabelecidos na Programação Pactuada Integrada com o município de Buerarema.

**Figura 01 – Localização geográfica município de Buerarema, Bahia.**



Fonte: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia/SEI.

**Figura 02 – Distribuição espacial das 28 regiões de Saúde da Bahia.**



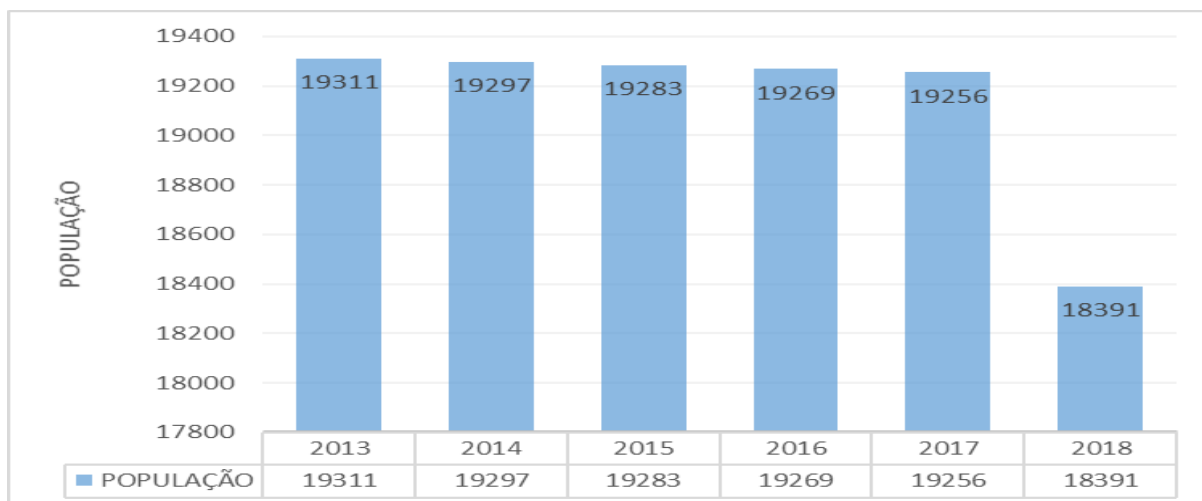
**Fonte: Observatório Baiano/SESAB.**

De acordo com último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, o município tinha uma população de 18.605 habitantes, destas 82,11% residiam na zona urbana e 17,89% na zona rural, onde se encontram distribuídas em 11 bairros e dois distritos, e tinha um Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de 0.61, com estimativa populacional para 2018 de 18.391.

Conforme estimativa do IBGE, no ano 2010, Buerarema apresenta 18.605 habitantes, sendo 50,02% do sexo masculino e 49,98% do sexo feminino. No período 2010 a 2018, a população de Buerarema teve um decréscimo de 1,15 %, passando de 18.605 hab. Em 2010 para 18.391 hab. em 2018.



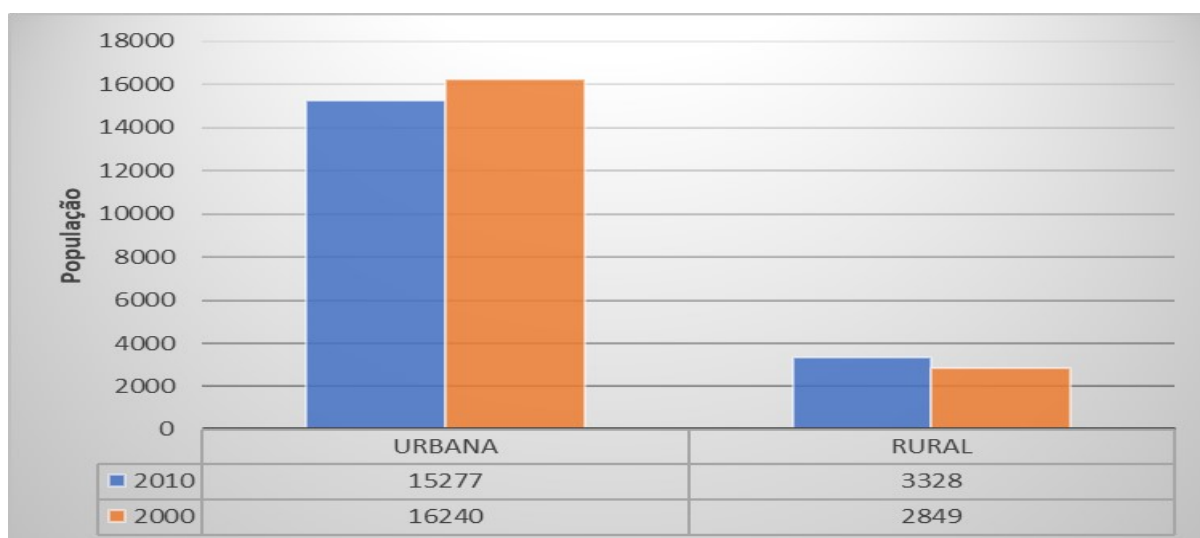
**Gráfico 01- População Censo 2010 e Estimativas 2011 a 2018 - (IBGE)**



Fonte: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI)/IBGE,2010.

No que tange ao processo de urbanização do município, ao compararmos os dados do IBGE dos anos de 2000 e 2010, vemos um crescimento da população rural de 15% para 17,88%, destacando-se também redução no número de habitantes da zona urbana em 5,98% (IBGE, 2010). (Gráfico 02).

**Gráfico 02 – População urbana e população rural, censos 2000 e 2010 – IBGE.**

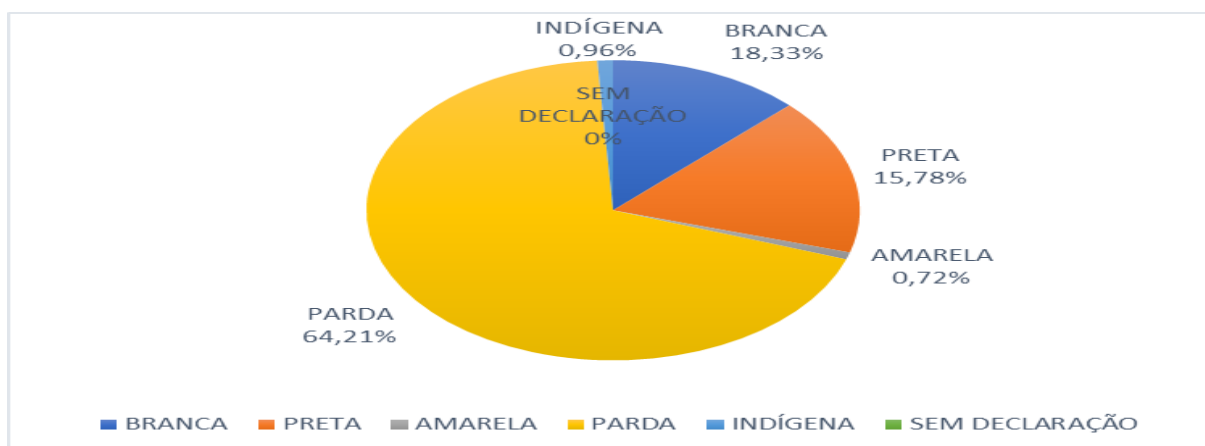


Fonte: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI)/IBGE,2010

A estrutura etária da população é uma importante variável para o planejamento em saúde, uma vez que sinaliza as mudanças e necessidades que a população demandará aos serviços de saúde. Os Censos de 2000 e 2010 evidenciaram uma redução da população Bueraremense, que passou de 19.118 hab. para 18.605 hab., respectivamente. Os dados do IBGE mostram que em 2010 a população era de 18.605, sendo estimada para o ano de 2017 a quantidade de 19.256 habitantes, o que indica um aumento de 651 munícipes correspondendo a 3,5 % no período de 7(sete) anos.

Segundo último censo do IBGE, 2010, a população municipal era constituída de pardos 64,21%, seguidos de brancos 18,33%, pretos 15,78%, indígenas 0,96%, amarelos 0,72%, sendo predominantes pardos e brancos. (Gráfico 03).

**Gráfico 03- População por raça ou cor- IBGE, 2010.**



Fonte: IBGE, 2010.

Considerando a pirâmide populacional do município de Buerarema, observa-se que o contingente populacional significativo está concentrado nas faixas etárias avaliadas como economicamente ativas, 20 a 49 anos, correspondendo a 35,30% dos habitantes, seguido de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, equivalente a 25,27%, e menor na faixa etária de 60 ou mais, representando 13,41%. (Tabela 01 e Figura 03).

Conforme distribuição da população do último censo realizado, por faixa etária e sexo no município, mostra um predomínio do sexo masculino desde o nascimento até a adolescência (14 anos), contudo após essa idade (15+) a situação se inverte e predomina o sexo feminino. Destaca-se na população feminina uma classificação significativa na faixa etária de 15 a 49 anos (idade fértil), 25 a 69 (público alvo para realização de citopatológico) e 50 a 69 anos (público alvo para mamografia de rastreamento), onde cerca de 54,94 % concentra-se em zona urbana e 10,77% na zona rural, sendo necessária a adoção, do ponto de vista técnico operacional de identificação das necessidades mais relevantes para planejamento estratégicos de ações com resultados positivos a essa clientela.

Sobressai a análise da população masculina, superior a feminina na faixa etária de 50 a 79 anos, onde observa-se notadamente a relevância de acompanhamento e implementação de políticas públicas voltadas a clientela masculina, uma vez que de acordo com vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, onde os homens procuram menos os serviços de saúde da atenção primária por várias variáveis que vão desde aspectos socioculturais a barreiras institucionais, negando dessa forma suas necessidades, e promovendo o aumento significativo da taxa de morbimortalidade.

O envelhecimento populacional, 13,41% da população acima 60 anos, aliado ao aumento da expectativa de vida, evidenciado pelas políticas previdenciárias e de assistência social, que em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia de saúde da família vem contribuindo para horizontes cada vez mais positivos na vida de brasileiros e brasileiras. Torna-se necessário dessa forma, o planejamento em saúde para fortalecimento das estratégias fundamentais da atenção primária como prevenção e promoção da saúde desta faixa etária.

Os dados indicam que há no município uma predominância da faixa etária entre 15 a 34 anos, de ambos os sexos. Esse cenário traz elementos que favorecem o crescimento econômico, uma vez que da população feminina 33,97% encontram-se em idade produtiva (15 a 64 anos), enquanto dentre os homens o percentual é de 33,48%.

Ao analisarmos a população com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, evidencia-se que mais de 50% desse grupo populacional exercem alguma atividade laboral, conforme descrito a seguir na Tabela 01:

**Tabela 01: Taxas de ocupação, nível educacional e rendimento da população com 18 anos ou mais, economicamente ativa, entre os anos 2000 a 2010. Buerarema, Bahia.**

<b>Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município – Buerarema/BA</b>		
	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	57,99	43,16
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	23,54	11,72
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	41,68	30,01
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	21,9	45,43
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	16,17	32,44
<b>Rendimento médio</b>		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	77,43	41,83
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	94,98	87,32
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	98,95	96,85

Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013.

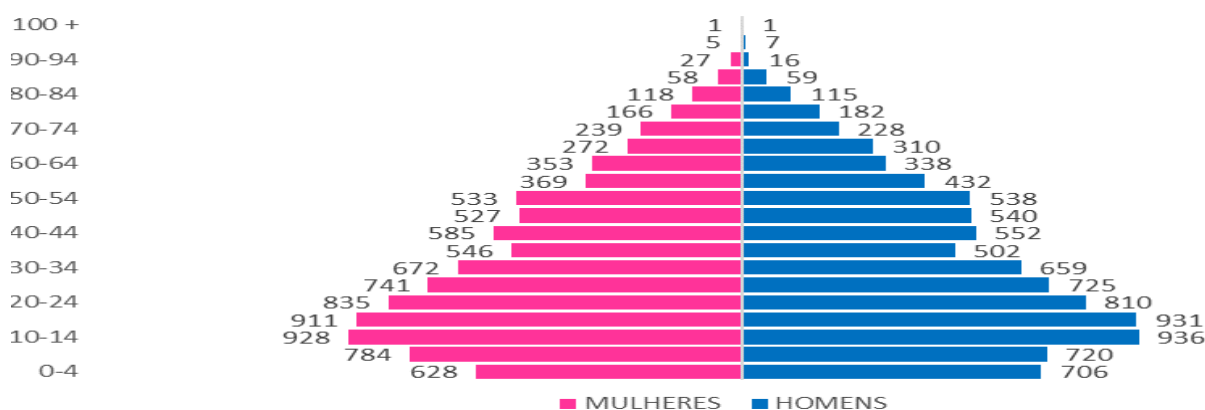
Considerando o recorte temporal (2000 - 2010), o percentual da população de 18 anos ou mais economicamente ativa apresentou um decréscimo, passando de 57,99% em 2000 para 43,16% em 2010. Ao tempo que o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada foi reduzido de 23,54 % em 2000 para 11,72 % em 2010.

**Tabela 02 – Distribuição da população por sexo e faixa etária, IBGE – 2010.**

FAIXA ETÁRIA	HOMENS	MULHERES	TOTAL
0-4	706	628	1.334
5-9	720	784	1.504
10-14	936	928	1.864
15-19	931	911	1.842
20-24	810	835	1.645
25-29	725	741	1.466
30-34	659	672	1.331
35-39	502	546	1.048
40-44	552	585	1.137
45-49	540	527	1.067
50-54	538	533	1.071
55-59	432	369	801
60-64	338	353	691
65-69	310	272	582
70-74	228	239	467
75-79	182	166	348
80-84	115	118	233
85-89	59	58	117
90+	24	33	57
<b>TOTAL</b>	<b>9307</b>	<b>9298</b>	<b>18.605</b>

Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO,2013.

**Figura 03- Distribuição da população residente de Buerarema, por sexo e faixa etária do ano de 2010, IBGE.**



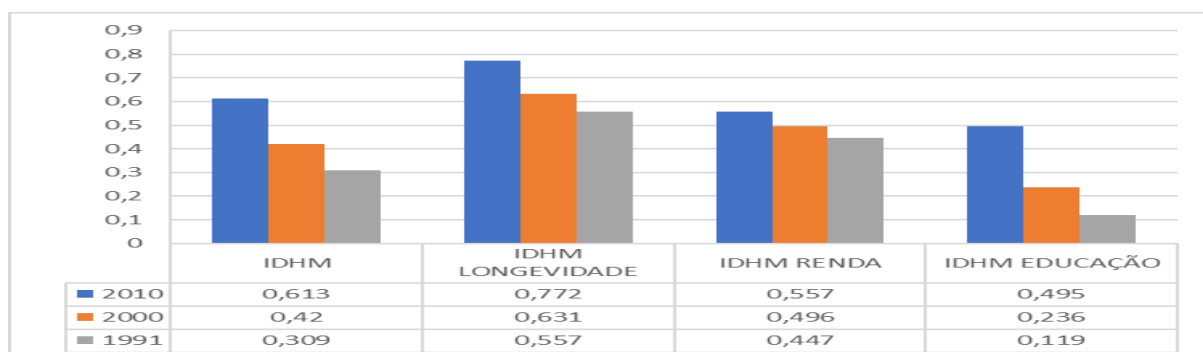
## 2.3 – ASPECTOS SOCIOECONOMICOS E EDUCACIONAIS

Com 18.605 habitantes, população predominantemente adulta, economicamente ativa e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) considerado médio (0,61), os habitantes de Buerarema estão, em sua grande maioria, concentrada na área urbana. Indicadores fazem o retrato detalhado de Buerarema com dados de 2010 do IDHM, conforme indicadores de longevidade (saúde), renda e educação fornecendo subsídios para a definição de prioridades e para a formulação de políticas públicas. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. (Gráfico 04).

Os indicadores dispostos, que se caracterizam pela longevidade, renda e educação, são formulados por cálculos baseados em fatores que incidem na expectativa de vida do indivíduo desde o nascimento, o padrão de vida onde a medida é realizada pela avaliação da renda municipal per capita, e educação, que avalia o conjunto de atividades educacionais disponíveis ao indivíduo para aprendizagem e o desenvolvimento humano ao longo da vida.

Segundo o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), Buerarema está classificada como município de médio desenvolvimento humano, com IDHM 0,613, ocupando a 3847ª posição no Brasil.

**Gráfico 04 – Série histórica do IDHM, IDHM Logenvidade, IDHM Renda e IDHM Educação, Buerarema, Bahia, 1991-2010.**



Fonte: PNUD/ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO,2013.

O indicador que mais contribuiu para a pontuação do IDHM de Buerarema foi o de longevidade, com 0,772 classificação alta na faixa de desenvolvimento humano, no entanto, a renda alcançou um índice baixo, 0,557, seguido pela educação com 0,495 classificado como muito baixo. (Tabela 04).

A análise evidencia que o desenvolvimento humano deve ser centrado nas pessoas e na ampliação do seu bem-estar, impulsionando o crescimento saudável das crianças, aumentando assim a expectativa de vida (longevidade), uma educação universal e de qualidade, valorizando a importância de fornecer às pessoas os conhecimentos e as habilidades que aumentam sua produtividade diminuindo dos ricos as vulnerabilidades, e por fim o equilíbrio da renda e das oportunidades entre toda a população para tão somente expandir o IDHM. Pode-se destacar que no período de referência de 1991 a 2010, constatamos que a esperança de vida cresceu 12,9 anos, passando de 58,4 anos, em 1991, para 71,3 anos, em 2010.

Outro índice significativo foi o declínio relevante apresentado na Taxa de Fecundidade, que caiu de 4,03 para 2,19 filhos por mulher, entre o período de 1991 a 2010. A queda da taxa de fecundidade pode decorrer de vários fatores, como ações de educação sexual, planejamento familiar, utilização de métodos contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho, expansão da urbanização, entre outros.

Importante ratificar que, para que a reposição populacional seja assegurada, a taxa de fecundidade não pode ser inferior a 2,1 filhos por mulher, pois as duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva.

**Tabela 03 - Longevidade, Mortalidade e Fecundidade em Buerarema nos anos 1991, 2000 e 2010.**

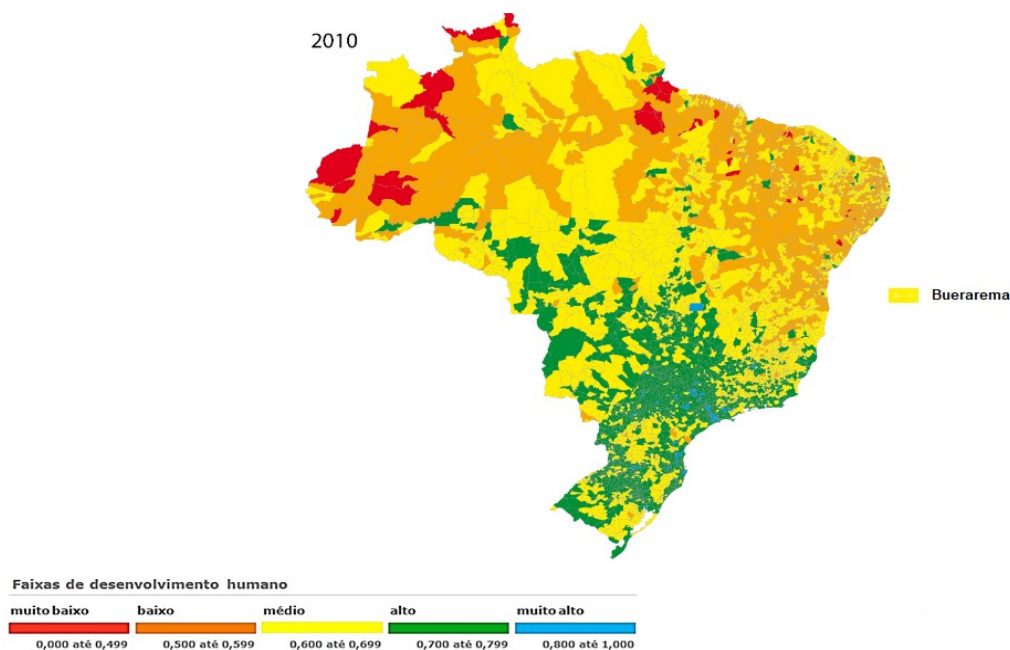
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	58,42	62,83	71,33
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	76,64	50,13	23,50
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	98	64,10	25,36
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	4,03	2,67	2,19

**Tabela 04 - Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes - Buerarema, 1991, 2000 e 2010, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013.**

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,119	0,236	0,495
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	11,24	17,20	35,46
% 5 a 6 anos na escola	28,04	66,12	92,62
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental – Regular Seriado – ou fundamental completo	12,25	26,08	65,12
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	4,49	9,87	51,38
% de 18 a 20 anos com médio completo	4,56	8,68	24,94
IDHM Longevidade	0,557	0,631	0,772
Esperança de vida ao nascer	58,42	62,83	71,33
IDHM Renda	0,557	0,496	0,447
Renda per capita (R\$)	129,31	175,14	343,23

Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO,2013.

**Figura 04 – Mapa do IDHM do Brasil, PNUD/Brasil, 2010.**



Fonte: PNUD/ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO,2013.



No que tange a Educação, evidenciamos a importância da avaliação dos indicadores do IDHM do setor para acompanhamento do fator transformador da população. Entendemos que uma população empoderada de saberes, está capacitada para atuar de forma plena na sociedade e a contribuir com o aprimoramento dos meios de sobrevivência, aprimorando sua qualidade de vida e prevenção a riscos significativos.

A educação impulsiona no indivíduo sua capacidade de desenvolvimento sustentável, possibilitando assim maior participação no mercado de trabalho, melhoria da saúde de sua família, além de reduzir a pobreza e expandir as oportunidades na vida. Estabelecendo dessa forma, a finalidade da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que trata do pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Nesse sentido, importante exemplo encontra-se no Atlas Brasil, 2013, que dispõe:

Se uma jovem brasileira tem pouco acesso ao sistema educacional, ela deixa de aprender a ler e escrever, participa menos dos processos decisórios à sua volta, conhece menos sua realidade, encontra poucas oportunidades de trabalho, reivindica menos os seus direitos. Seu rol de escolhas fica limitado e, conseqüentemente, suas capacidades não podem ser exercidas na plenitude.

Assim, embora saibamos que a educação é um direito fundamental e social e que deve ser garantida pelo Estado, existe uma preocupação da sociedade sobre a qualidade do ensino. E dessa forma, apontamos os indicadores municipais de educação que são medidos pela escolaridade da população adulta, caracterizado pelo percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo, e fluxo escolar da população jovem, evidenciado pelo percentual de crianças de 5 a 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental, do percentual de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo.

**Tabela 05 – Percentual dos indicadores municipais de educação em Buerarema nos anos 1991, 2000 e 2010.**

	1991	2000	2010
% de pessoas de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo	11,24	17,20	35,46
Taxa de analfabetismo de 18 anos ou mais	42,63	33,01	25,03
% de 11 a 13 anos de idade nos anos finais do ensino fundamental ou com ensino fundamental completo	12,25	26,08	65,12
% de 15 a 17 anos de idade com ensino fundamental completo	4,49	9,87	51,38
% de 18 a 20 anos de idade com ensino médio completo	4,56	8,68	24,94

**Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013.**

Observa-se na tabela supra, que houve um crescimento significativo das pessoas de 18 ou mais idade com ensino médio completo, passaram de 4,56% em 1991, para 24,94 % em 2010, revelando assim avanços importantes na educação.

Em Buerarema, no ano de 2017, os alunos dos anos iniciais da rede pública tiveram nota média de 4.0 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 2.7. Isso indica que os alunos que estão iniciando a rede básica de ensino alcançaram uma média melhor do que os que estão saindo do ensino fundamental, podendo a contribuição do ensino nessa etapa está muito deficitária. (Tabela 06).

**Tabela 06 – Resultado do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), Buerarema, Bahia, 2011 – 2017.**

Notas da prova do IDEB					
Nível escolar	Dependência administrativa	2011	2013	2015	2017
Ensino fundamental	Séries iniciais	3,7	3,9	3,8	4,0
Ensino fundamental	Séries finais	2,7	2,9	3,3	2,7

**Fonte: Anuário Estatístico da Bahia (2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018).**

Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava a cidade na posição 342 de 417. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 367 de 417.

Nota-se redução importante no município da Taxa de analfabetismo, indivíduo que não sabe ler nem escrever e quem não possui instrução formal ou desconhece o alfabeto, nos últimos censos de 42,63 (1991) para 25,03 (2010) equivalentes a 41 %, aproximadamente. (Tabela 07)

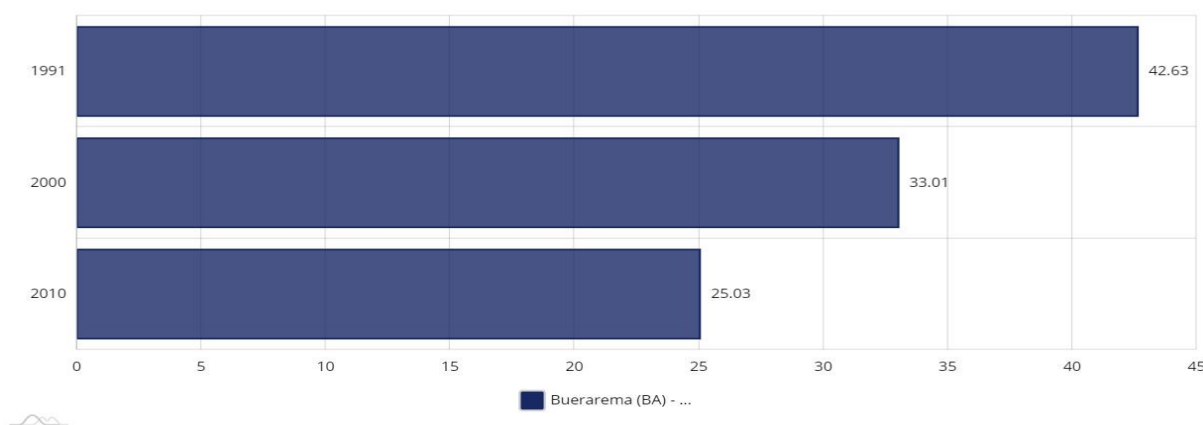
**Tabela 07 – Taxa de analfabetismo no município, Buerarema, 2000 – 2010.**

Taxa de analfabetismo		
Ano	2000	2010
Bahia	22,1%	16,3%
Buerarema	28,3%	21,3%

Fonte: Anuário Estatístico da Bahia (2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018).

Vale ressaltar, a necessidade de impulsionar as ações decorrentes da qualidade do ensino e da manutenção do fluxo escolar desde a educação infantil até o fundamental, garantindo ao indivíduo habilidades de identificação (escrita), entendimento e interpretação (leitura), criação e comunicação aprimorando os princípios fundamentais da alfabetização para todos.

**Gráfico 05 – Taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais de idade, Buerarema, Bahia.**



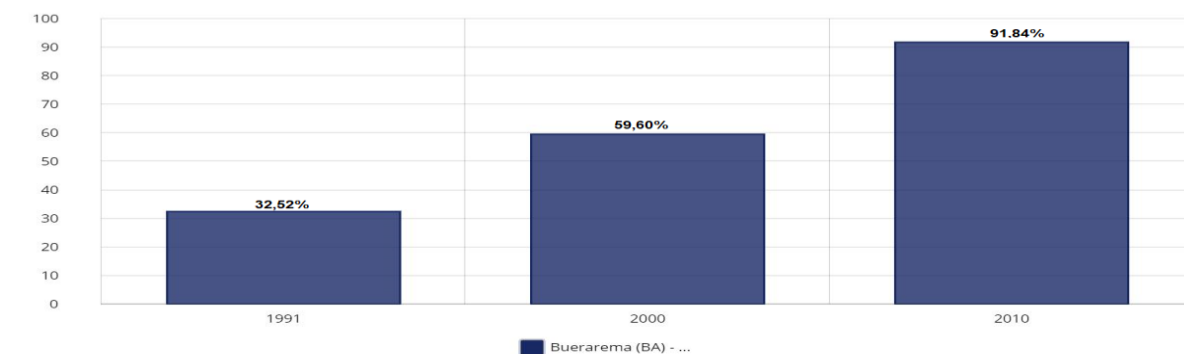
Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013

No que concerne a infraestrutura, dados do IBGE (2010) mostram que 91,8% dos domicílios dispõem de abastecimento de água. Observa-se em uma

década um aumento de 32,52% para 91,84% do número de famílias que dispõem do serviço de abastecimento de água na rede pública do município. Isso representa uma ampliação do acesso à água potável, ou seja, sem substâncias tóxicas, o que favorece a redução de riscos de adoecimento por contaminação.(Gráfico 06).

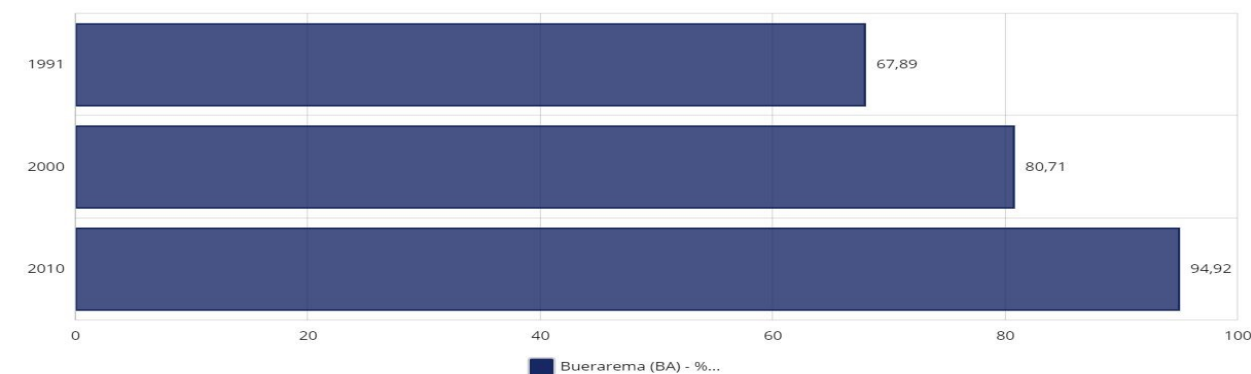
Seguindo os dados no último Censo, IBGE 2010, a porcentagem de pessoas em domicílios urbanos com coleta de lixo revela que 94,92 % do município apresentando cobertura desse serviço, sendo estimada para o próximo censo de 2020 de 100% de abrangência.(Gráfico 07).

**Gráfico 06 - Distribuição percentual de famílias com abastecimento de água na rede pública de Buerarema, IBGE, 2010).**



Fonte: IBGE, 2010.

**Gráfico 07 - Distribuição percentual de pessoas em domicílios urbanos com coleta de lixo em Buerarema (2000 – 2010).**

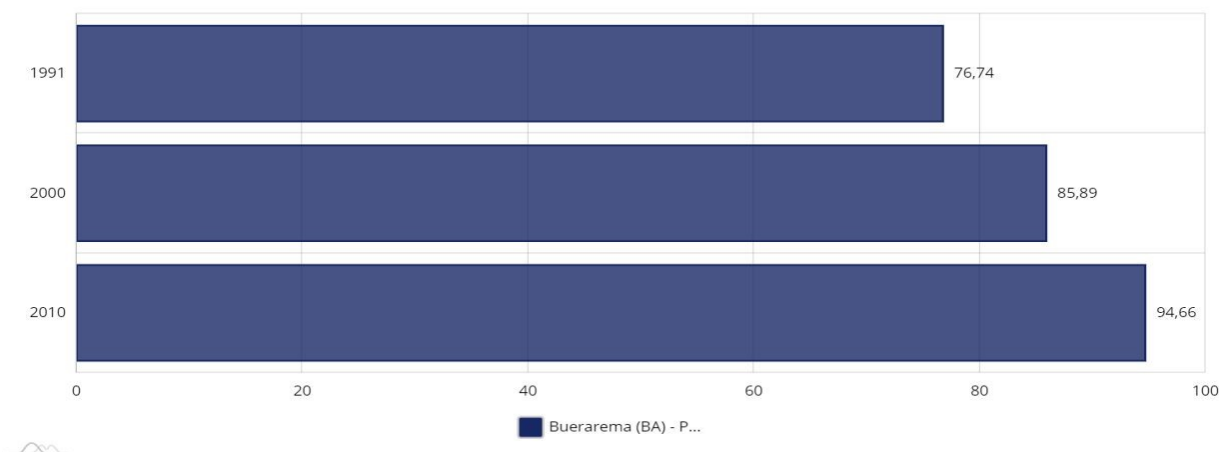


Fonte: IBGE, 2010.

A Empresa Baiana de Águas e Saneamento S.A (Embasa) é uma sociedade de economia mista, tendo como acionista majoritário o Governo do Estado da Bahia, sendo a empresa responsável, pela prestação dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, compreendendo a captação, tratamento e distribuição de água, bem como a coleta, transporte, tratamento e destinação adequada dos esgotos domésticos.

Quanto à utilização de energia elétrica, no ano de 2010, os indicadores revelam que 94,66 % dos domicílios particulares permanentes dispõem de energia elétrica.

#### **Gráfico 08 – Porcentagem de pessoas em domicílios com energia elétrica, Buerarema, Bahia.**



Fonte: IBGE, 2010

Observa-se, portanto, que o fornecimento de energia elétrica no município de Buerarema atinge quase 100% dos domicílios, o que pode contribuir na melhor conservação de alimentos, no trabalho doméstico e na qualidade de vida das pessoas.

Assim, desde 2000, Buerarema vem ampliando o percentual de domicílios com água encanada, energia elétrica, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Esse aumento pode indicar uma melhoria no nível de conforto domiciliar dos moradores bueraremenses. Segundo dados do último censo do IBGE e relatórios do PNUD e IPEA, conclui-se que em 2010, 91,84% dos domicílios possuíam água encanada,

94,92% da população contava com coleta de lixo e domicílios com energia elétrica 94,66%. Destacamos que estes percentuais se referem às populações urbanas.

O PIB per capita de Buerarema em 2016 foi de R\$ 9.207,75. Esse valor indica a riqueza produzida no município dividida pela população, ou seja, mostra até que ponto a produção total do município pode ser compartilhada por sua população. Já a renda per capita é a razão entre o somatório de renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos.

O índice de PIB Per Capita é mensurado com base em estatísticas de desenvolvimento humano, como os cidadãos que se beneficiaram do desenvolvimento e crescimento do país, e tiveram um incremento em suas rendas (ADAMI, s/d).

Observando a série histórica de PIB per capita, 2013 a 2016 o município passou de R\$ 11.601,85 (2013), R\$12.158,16 (2014), R\$11.206,68 (2015) a R\$ 9.203,10 (2016), possuindo como principais setores na atividade econômica em 2016 a Agropecuária correspondendo a 9,4%, Indústria 4,8% e com maior percentual de atividade econômica Comércio e Serviços com 85,8%. (Tabela 08).

**Tabela 08 – Painel descritivo do PIB e principais setores da economia municipal, Buerarema, Bahia, 2013-2016.**

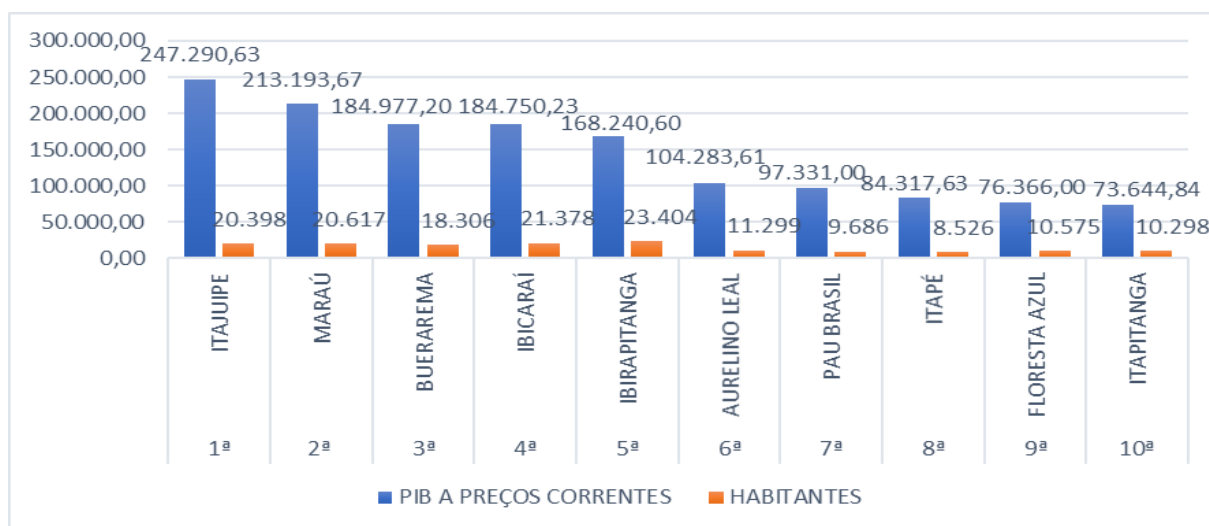
ECONOMIA				
Produto Interno Bruto (PIB)				
PIB	Ano			
	2013	2014	2015	2016
PIB (R\$ milhões)	224,0	234,6	216,1	177,3
PIB per capita	R\$11.601,85	R\$12.158,16	R\$11.206,68	R\$9.203,10
Ranking no PIB Bahia	107 <sup>º</sup>	113 <sup>º</sup>	137 <sup>º</sup>	181 <sup>º</sup>
Participação dos setores na atividade econômica - 2016	Agropecuária	Indústria	Comércio e Serviços	Total
	9,4%	4,8%	85,8%	100%

Fonte: IBGE (2018); SEI (2018).

Dessa forma, passamos a analisar o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, em 2017, alcançou R\$ 9.606,21 (Nove mil seiscentos e seis reais e vinte e um centavos) e esse indicador tem colocado Buerarema na 138ª classificação entre os 417 municípios da Bahia. Em 2017, o salário médio mensal foi de 2 salários mínimos (SM), R\$ 937,00 (Novecentos e trinta e sete reais), e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7,2% que perfaz um total de 1.321 habitantes.

Buerarema ocupa a 3ª posição na economia dos municípios de 8 a 23.000 habitantes que compõem a macrorregião de Itabuna, segundo estudo sobre o Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes (IBGE, 2017). (Gráfico 09).

**Gráfico 09 – Posição ocupada pelos municípios 10 município da macrorregião de Itabuna com população entre 8.000 a 23.000 habitantes, com maior Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes 2017.**

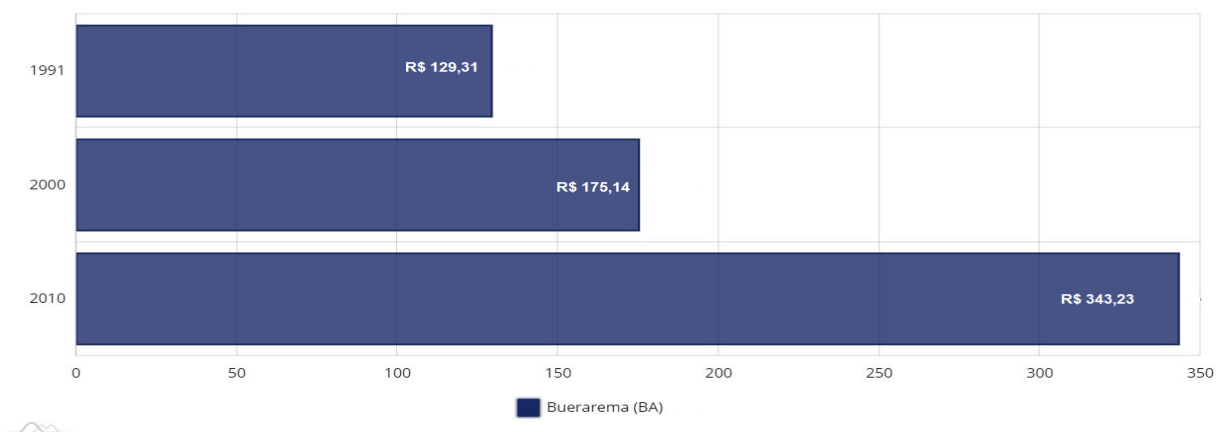


Fonte: IBGE, 2010

A Renda média domiciliar per capita é a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Avalia-se como renda domiciliar per capita a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores, esta mede a capacidade de aquisição de bens e serviços dos moradores do domicílio (RIPSA, 2012).

O valor da renda média per capita no município foi de R\$ 343,23 (Trezentos e quarenta e três reais e vinte três centavos), e o percentual da população com renda nominal mensal per capita de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo foi de 48,4% e o salário médio dos trabalhadores formais foi de dois salários mínimos (IBGE, 2010).(Gráfico 09).

**Gráfico 10 – Renda per capita, Buerarema-BA, 1991 a 2010.**



Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO,2013.

O indicador, contudo, não é suficiente para mostrar o grau de bem estar dos habitantes, especialmente em situações de alta desigualdade na distribuição da renda, como ocorre em Buerarema. Deve, portanto, ser analisado em conjunto com outros indicadores. Na composição do PIB, o setor de Serviços foi o que mais contribuiu, com 85,8% do PIB total, seguido pela e do setor da agropecuário com aproximadamente 9,4% cada (Gráfico 6).

Observa-se que no município a desigualdade tem reduzido quando comparamos os dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alcançou 2000 (0,420) e em 2010 o valor foi de 0,613 (Atlas Brasil,2013). A evolução da desigualdade de renda nesse período pode ser descrita através do Índice de GINI, que é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda.

O índice de GINI aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a



situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar. A tabela abaixo demonstram dados da renda, pobreza e desigualdade no período de 1991 a 2010 no município.

**Tabela 09 - Renda, Pobreza e Desigualdade, Buerarema, Bahia, 1991-2010**

CONDIÇÃO	1991	2000	2010
Renda per capita	129,30	175,14	343,23
% pessoas extremamente pobres	54,35	28,69	13,31
% pessoas pobres	81,56	61,36	34,68
Índice GINI	0,60	0,52	0,53

FONTE: PNUD, IPEA E JP /2010

A razão de renda que é calculada dividindo a renda média dos 10% mais ricos sobre a renda média dos 40 % mais pobre. Observa se que no município ocorreu redução da razão de renda que em 2010 alcançou 15,98% em comparação dos 2000 que foi de 14,10%. A taxa de desemprego diminuiu passando de 23,54% em 2000 para 11,72% em 2010.

Diante do diagnóstico apresentado, percebemos avanços municipais significativos. No entanto, há que se considerar alguns dados que inspiram maior atenção na definição de políticas públicas. Dentre eles exemplificam-se: pactuações municipais, estaduais e interfederativas que orientam a gestão da saúde no município; indicadores de mortalidade materna e de mortalidade infantil, e outros que estão descritos nas próximas páginas desse plano.

## **2.4 – PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO**

Segundo Rouquayrol, a epidemiologia define-se por uma ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividade humana, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danis à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle e erradicação

de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e a avaliação ações de saúde.

O perfil epidemiológico reflete a qualidade de vida da população, a assistência à saúde prestada em todos os ciclos da vida e o comportamento das doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. A análise da situação de saúde depende do conhecimento dos principais indicadores de saúde municipal, que permitem identificar as necessidades de saúde prioritárias, de modo a orientar o planejamento de ações que sejam direcionadas à realidade sanitária.

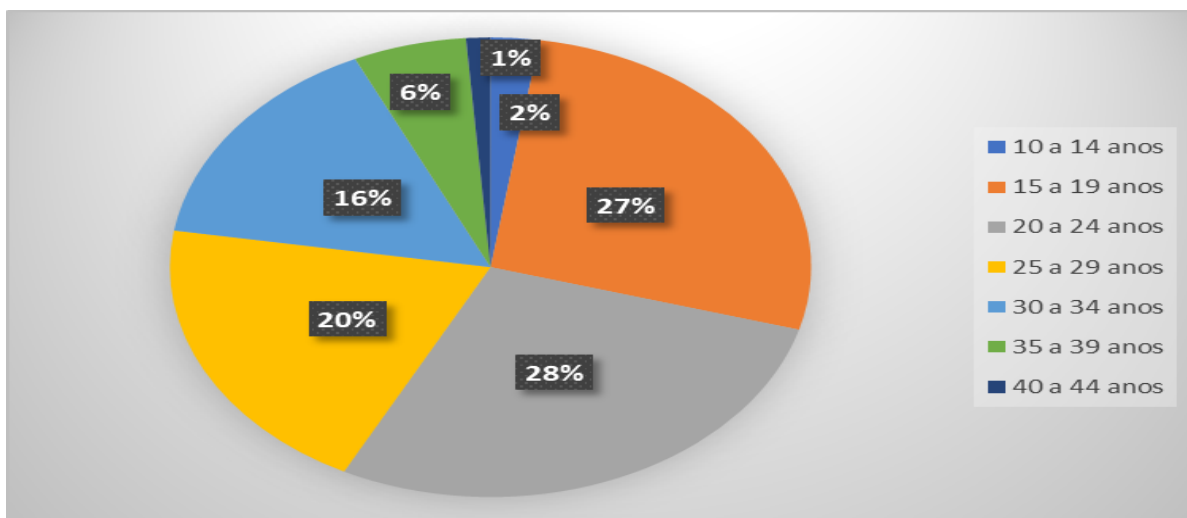
#### **2.4.1 – NASCIDOS VIVOS**

As informações apresentadas pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), implantado em 1990 pelo Ministério da Saúde, proporciona a análise fidedigna de dados epidemiológicos referentes aos nascimentos realizados em todo território nacional. Essas informações, são importantes fontes de tabulações necessárias para subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido.

No ano de 2016, ocorreram 245 nascimentos de mães residentes no município de Buerarema, segundo a faixa etária observa-se os maiores percentuais entre 20 a 24 anos com 28,16%, seguido pela faixa de 15 a 19 anos 26,94 %, com 20% mães entre 25 a 29 anos, apresentando 15,51% as idades de 30 a 34 anos, nas faixas etárias 35 a 39, 10 a 14 e 40 a 44 correspondem respectivamente a 5,15 %, 2,15% e 1,22%. (Gráfico 10).

Vale ressaltar, que a gravidez na adolescência envolve riscos sociais, físicos e emocionais e representa preocupação permanente no âmbito da saúde pública. Em Buerarema, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (menores de 20 anos) registrada em 2016, foi de 29,39%, valor superior ao do Estado da Bahia (19,95%) e do Brasil (18%), no mesmo ano.

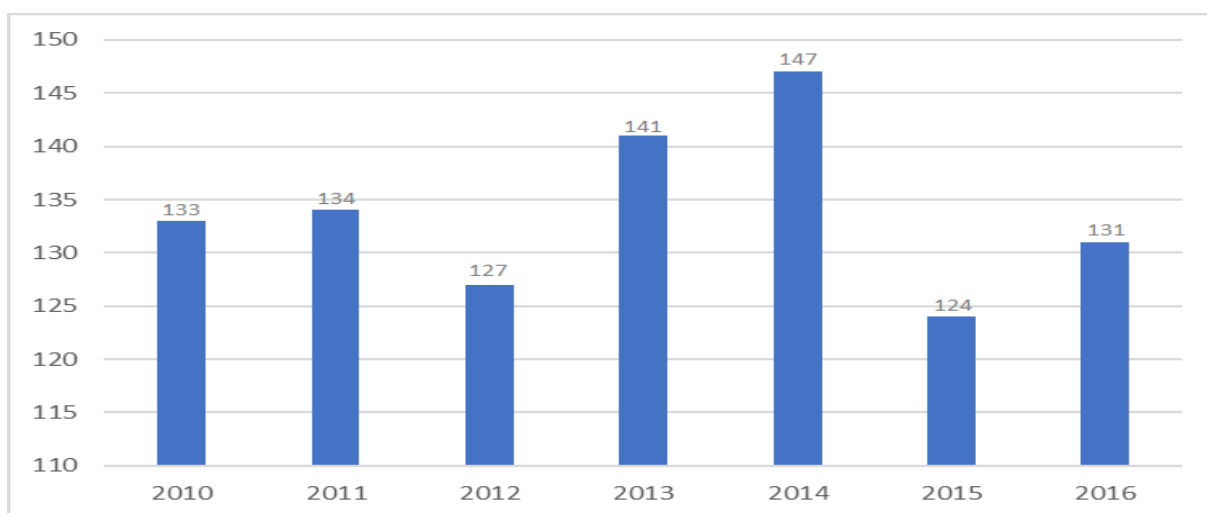
**Gráfico 11 – Proporção de nascidos vivos por faixa etária das mães, Buerarema, Bahia, 2016.**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

O nível educacional das mães reduziu nos últimos anos, sendo que a proporção de mães residentes com 8 ou mais anos de estudo em 1,5 pontos percentuais, entre 2010 e 2016 (Gráfico 12). Este é um indicador que influencia diretamente a mortalidade infantil, na medida em que, historicamente, ocorre um menor número de óbitos infantis quanto maior o grau de escolaridade materna.

**Gráfico 12- Número de Nascidos Vivos de mães com 8 ou mais anos de estudo, nos anos de 2010 a 2016, Buerarema, Bahia.**

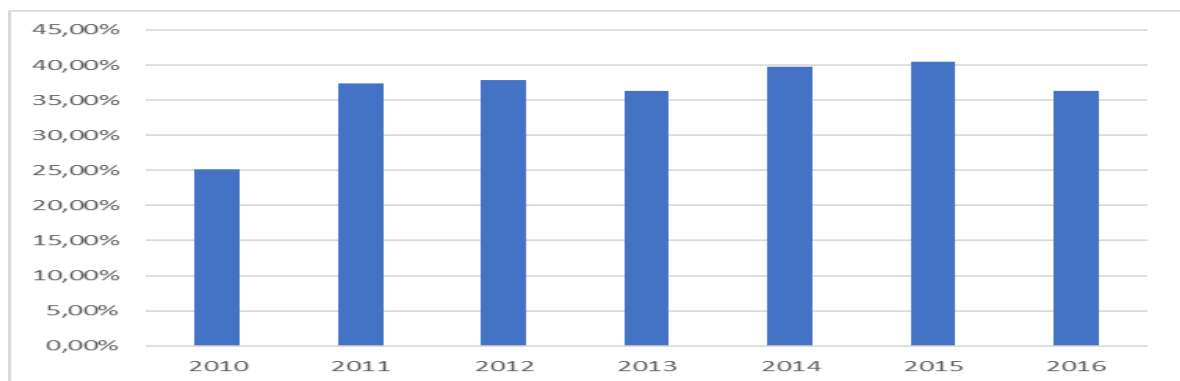


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

A cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal é outro importante indicador de adequação do pré-natal. No município, esta proporção vem se mantendo acima de 30%, desde 2011, sendo que, também para este indicador, existe pactuação interfederativa de meta para alcance de 70% das 7 ou mais consultas de pré-natal. Observa-se uma redução significativa neste indicador no ano de 2016 conforme gráfico 13.

No entanto, comparada a rede privada, onde conforme Censo 2010, 3,1% da população encontra-se coberta por plano de saúde suplementar, destaca-se que a rede SUS vem registrando sucessivos aumentos, refletindo a ampliação do acesso ao pré-natal verificada no município, como resultado dos investimentos na rede de atenção primária e no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família.

**Gráfico 13 – Percentual de nascidos vivos com de 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas no município de Buerarema, Bahia, 2010-2016.**



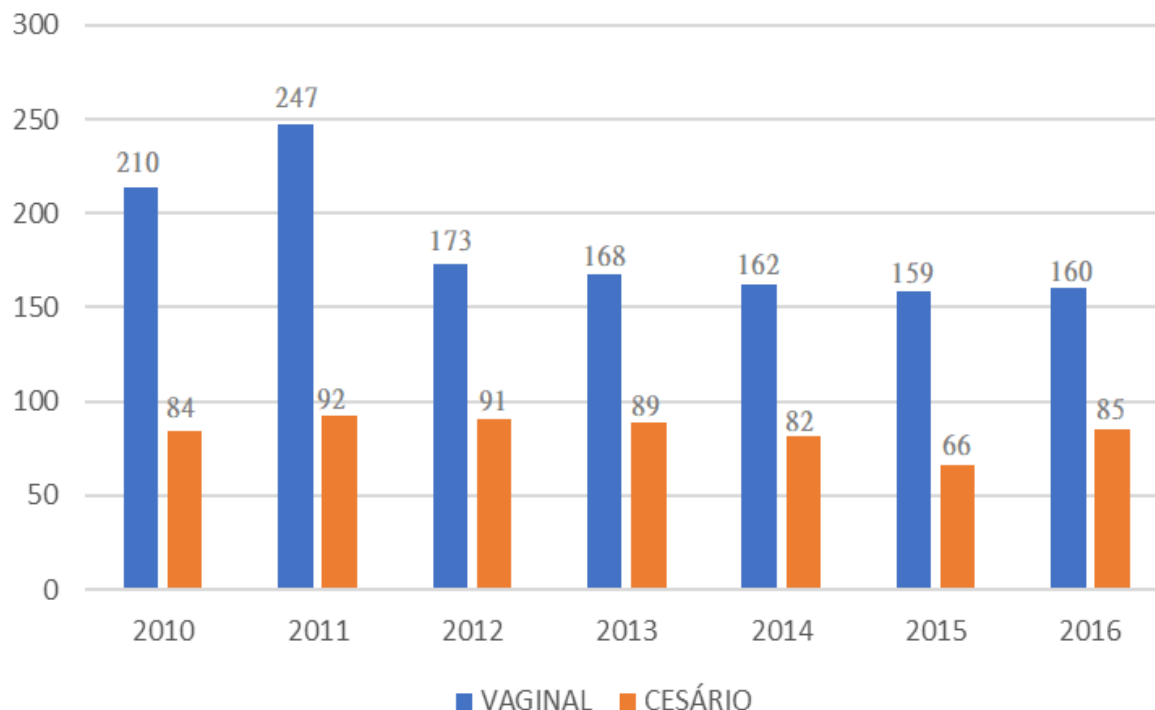
**Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.**

O desafio de aumentar a proporção de partos normais tornou-se um desafio pactuado interfederativamente, tendo em vista as crescentes taxas de partos cesáreos registrados no país na atualidade. “Atualmente, o Brasil vive uma epidemia de cesáreas - que se tornaram, ao longo dos últimos anos, a principal via de nascimento do país, chegando a 55% dos partos realizados no Brasil e em alarmantes 84,6% nos serviços privados de saúde. No sistema público, a taxa é de 40%, consideravelmente menor, mas ainda elevada” (MS, 2016).

Em Buerarema, esta proporção sofreu queda importante em 2015 e 2016, observando assim, a necessidade imediata de adoção de políticas de incentivo ao parto normal, com investimentos na qualificação da assistência pré-natal com ampliação de ações concientizadoras das vantagens do parto normal e características do parto humanizado.

A taxa de cesárea no município tem registrado valores muito acima do recomendado pela OMS (15%). Em 2016, a rede pública do município registrou um percentual de partos normais em torno de 65,30% (correspondendo a 34,70% de cesáreas) ao passo que a rede privada permanece com valores muito inferiores (16,6% de partos normais e 83,4% de partos cesárea) em relação aos partos. Este fenômeno resulta de múltiplos fatores que envolvem tanto os profissionais e serviços de saúde, como questões culturais relacionadas às gestantes.

**Gráfico 14 – Número de partos vaginais (Normal) e cesários no período de 2010-2016, Buerarema, Bahia.**

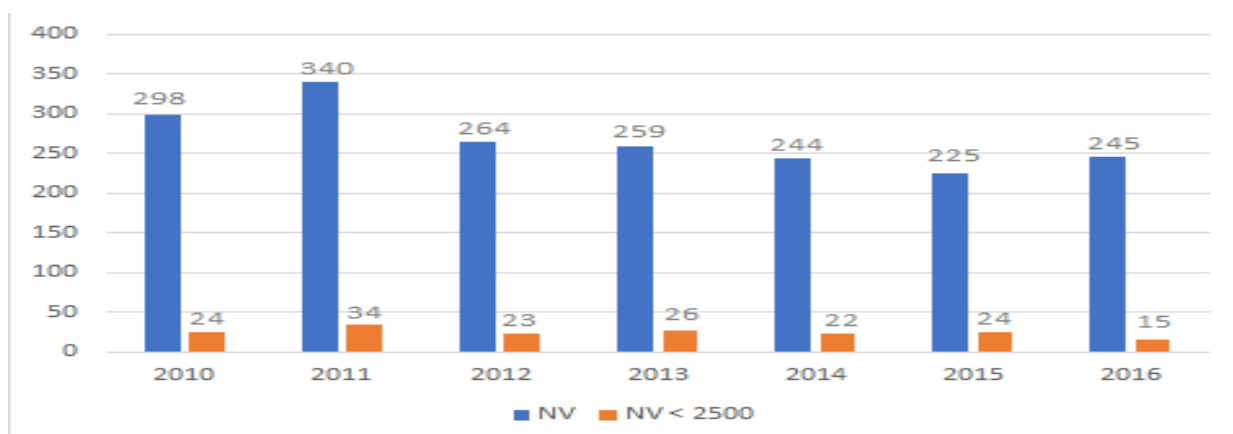


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

Os nascidos vivos com baixo peso ao nascer, < 2500 gramas, reflete outro indicador necessário para avaliação materno-infantil. A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade, e representa importante fator de risco para a morbi-mortalidade neonatal e infantil. Os elevados índices de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

Em países desenvolvidos, observa-se a proporção de nascidos vivos de baixo peso, em torno de 5,0 a 6,0%. De acordo com o padrão internacional, valores acima de 10% são considerados inaceitáveis (ONU, 1990). Dessa forma, observando a série histórica do período de 2010 a 2016, a porcentagem reflete uma incidência de 8% a 10% dos nascidos vivos com peso inferior a 2.500, apenas o ano de 2016, apresentou um declínio significativo, representado por 6,12% do total de nascidos vivos.

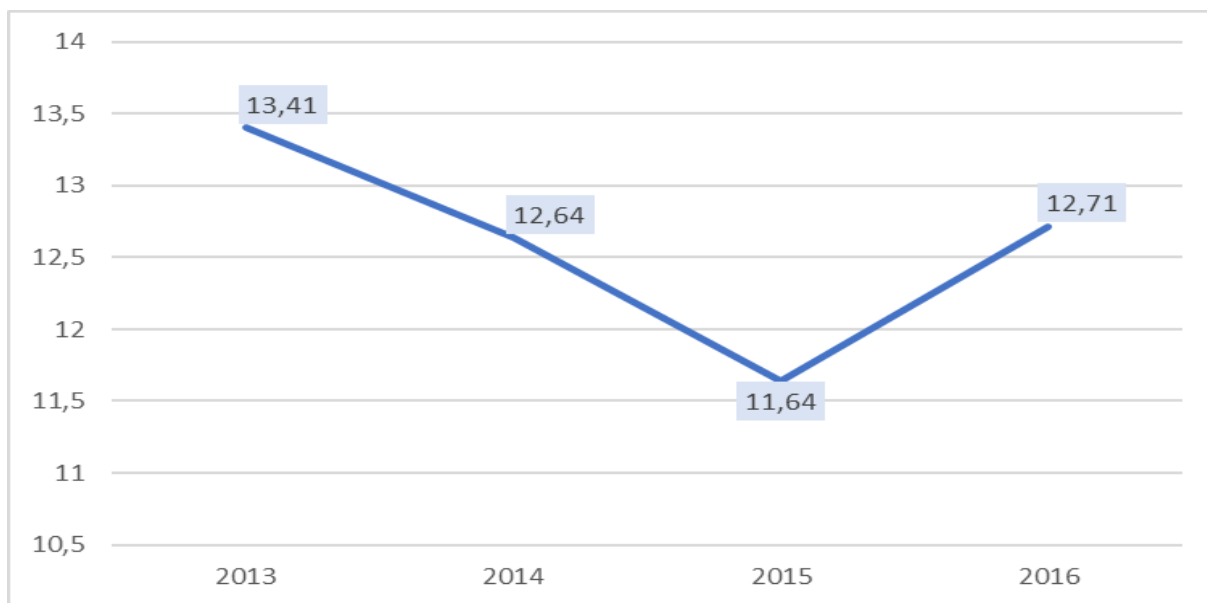
**Gráfico 15 – Número de nascidos vivos (NV) comparados ao número de nascidos vivos com baixo peso (< 2500 g), 2010-2016, Buerarema, Bahia.**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

O coeficiente de natalidade representa o número de crianças que nascem por ano, para cada mil habitantes. A taxa de fecundidade, por sua vez, é o número médio de filhos das mulheres durante o seu período reprodutivo ou, em outras palavras, o número médio de filhos por mulher com idade de 10 a 49 anos.

**Gráfico 16 - Taxa de Natalidade por 1000 habitantes, Buerarema, Bahia, 2013-2016.**



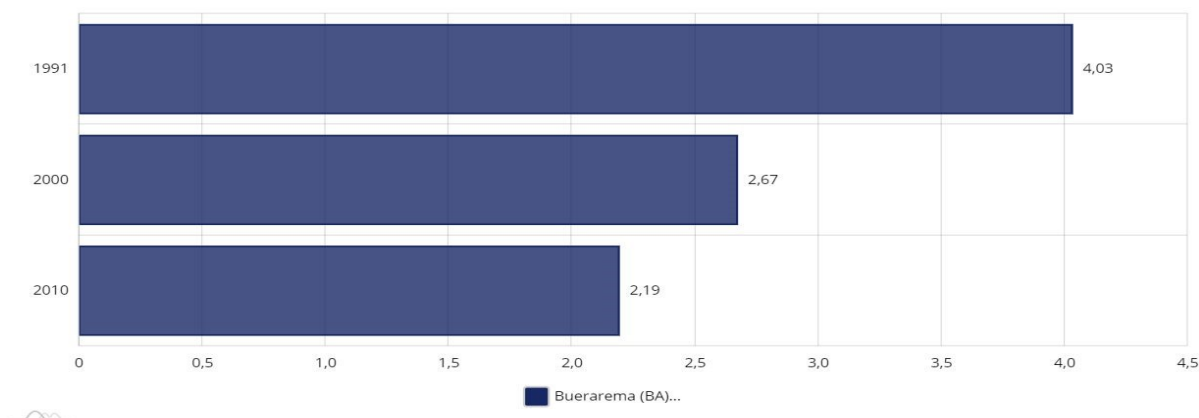
**Fonte: ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.**

A taxa de fecundidade é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetada pela estrutura etária da população. Percebe-se que, em Buerarema, ambas as taxas natalidade e fecundidade mostram divergências, onde respectivamente, há um aumento e em outra uma tendência de declínio (Gráfico 16 e 17), observado também em todas as regiões do país.

O decréscimo da taxa de fecundidade pode estar associado a vários fatores, como: urbanização crescente; redução da mortalidade infantil; melhoria do nível educacional; ampliação do uso de métodos contraceptivos, entre os quais, a esterilização feminina; maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

O valor de 2,1 filhos por mulher é a taxa considerada de reposição populacional – duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva. Em Buerarema, a fecundidade chegou ao limite da taxa de reposição desde o ano 2010, tendo atingindo 2,19 (Gráfico 17).

**Gráfico 17 – Taxa de fecundidade, Buerarema, Bahia, 2000-2010.**



Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013.

## 2.4.2 – MORTALIDADE GERAL

As informações sobre mortalidade são obtidas por meio de coleta sistemática de dados informados nas declarações de óbito (DO) e lançados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. O SIM foi criado em 1975 e padronizado no território nacional em 1979 com o objetivo de permitir a elaboração de indicadores de melhor qualidade, capazes de subsidiar os técnicos e gestores de saúde nos seus planejamentos e decisões. Em 1992, com a descentralização desse sistema para os municípios, as informações relativas à mortalidade tornaram-se mais ágeis e qualitativamente melhores, fornecendo dados mais fidedignos para aprimorar o monitoramento do quadro de saúde da população.

A Taxa ou Coeficiente de Mortalidade Geral representa importante indicador que expressa a intensidade da ocorrência anual de mortes em determinada população. Considera o número de mortes registradas, em média por mil habitantes, em uma determinada região, em um período de tempo. De 2013 a 2017, a taxa de mortalidade bruta em Buerarema apresenta uma tendência ascendente, com aumento de 2,46%; enquanto o Brasil apresenta uma estabilidade com a taxa em torno de 6. (Tabela 10).



**Tabela 10: Taxa de mortalidade bruta no Brasil e em Buerarema-BA, 2013-2017.**

Territorialidades	Taxa bruta de mortalidade DATASUS	Taxa bruta de mortalidade DATASUS	Taxa bruta de mortalidade DATASUS	Taxa bruta de mortalidade DATASUS	Taxa bruta de mortalidade DATASUS
	2013	2014	2015	2016	2017
Brasil	6,00	6,03	6,16	6,34	6,30
Buerarema (BA)	6,42	7,26	8,45	9,24	8,88

**Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013.**

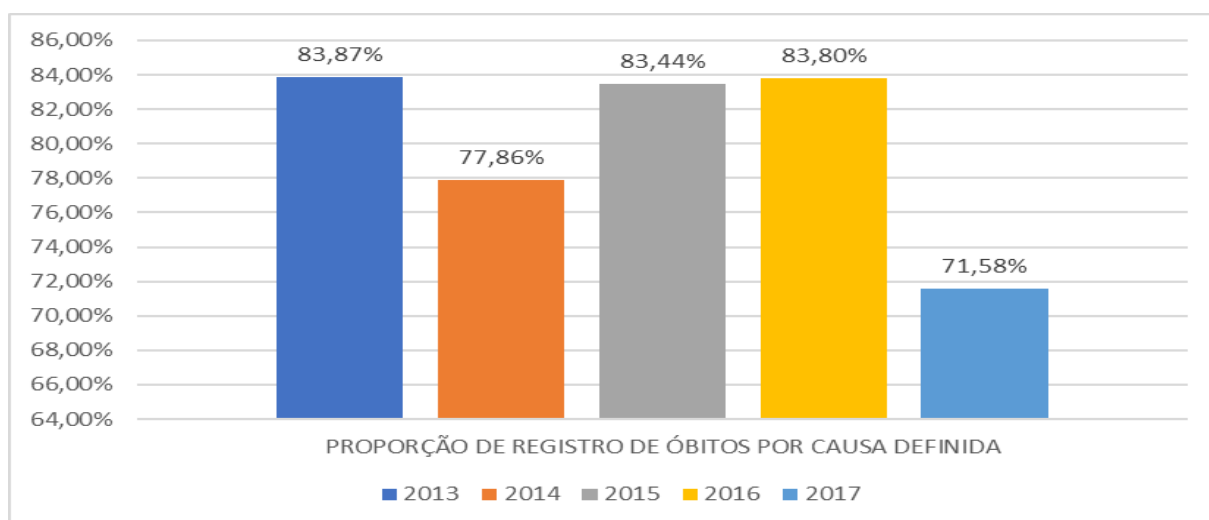
Evidencia-se no período de 2016, que a primeira causa de mortalidade conforme Classificação Internacional de Doenças, 2010 – (CID 10) encontra-se nas doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 18,53 % dos óbitos no município na faixa etária de 70 a 80 anos.(Gráfico 17).

Vale destacar, a importância do indicador de registro de óbitos por causa definida, onde valores elevados do percentual de óbitos com causa definida indicam um registro mais adequado das causas de óbito por parte dos profissionais responsáveis pela assistência médica aos pacientes, maior acesso aos serviços de saúde e aos meios de diagnóstico, além de refletir os resultados da atividade de investigação de óbitos por causas mal definidas.

Neste sentido, o município de Buerarema apresentou no período de 2013 a 2017, uma discreta diminuição, destacando a proporção anualmente 83,87% em 2013, em 2014 com 77,86%, 83,44% em 2015, no ano de 2016 83,80% e em 2017, 73,68%. (Gráfico 18).

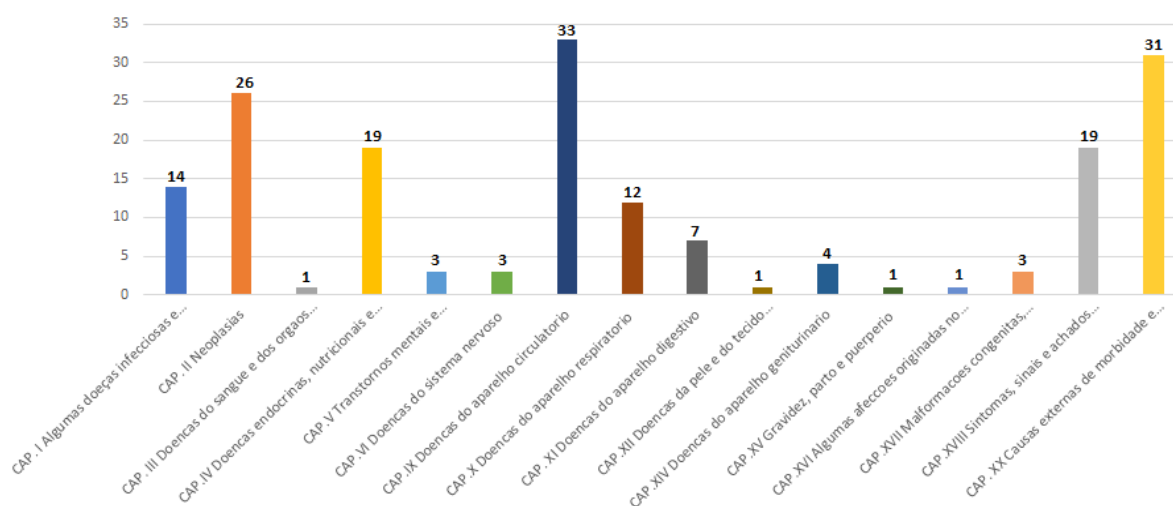
Os dados revelam a necessidade de ações estratégicas para a vigilância dos óbitos por causa mal definida, capacitação das equipes para realização da investigação de óbitos, promover a educação permanente voltada a educação em saúde e gerência dos sistemas de informações voltados a Vigilância em Saúde. O ministério da Saúde recomenda que este indicador deve corresponder a um valor mínimo de 90%, a fim de garantir a qualidade da distribuição da mortalidade por causas.

**Gráfico 18 – Proporção de registros de óbitos por causa definida, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: SMS/MS/SIM/DATASUS/ATLAS BRASIL.

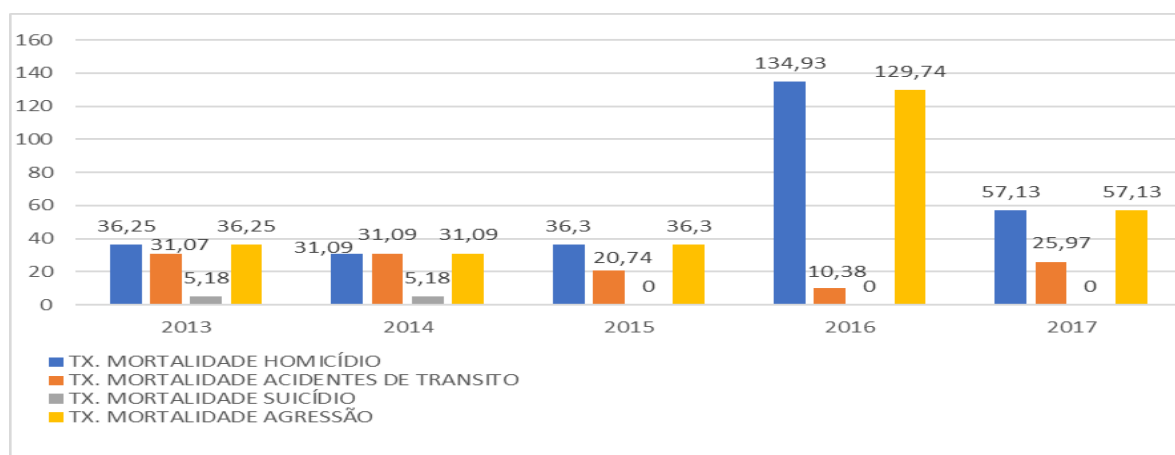
**Gráfico 19 – Números de óbitos e principais causas de mortalidade, Buerarema, Bahia, 2017.**



Fonte: SARGSUS/RAG 2017.

As mortes por causas externas correspondem a uma grande parcela de óbitos em grande parte dos países em todo o mundo. O que varia, contudo, é a distribuição quanto ao tipo de causa dentre as que compõem o grupo e também a faixa etária mais acometida. Em Buerarema, a taxa de mortalidade por causas externas vinha apresentando aumento progressivo até 2016, começou a declinar em 2017, colocando-se como a segunda causa geral de mortes na cidade. (Gráfico 20)

**Gráfico 20 – Taxa de mortalidade por causas externas, 2013-2017, Buerarema, Bahia.**



Fonte: SMS/MS/SIM/DATASUS/ATLAS BRASIL.

É importante esclarecer que a taxa de mortalidade por causas externas é subdividida entre os principais tipos de acidentes e violências. Inclui, portanto, além da taxa por acidentes de trânsito, as agressões e intervenções legais (homicídios), as lesões autoinfligidas (suicídios), e todas as demais causas externas e, finalmente, as lesões em que se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas, definidas como os casos em que, apesar das investigações, não foi possível determinar a razão da morte.

A segunda causa de mortalidade destaca-se as causas externas, onde encontramos os homicídios, que ultrapassam as agressões, sendo a faixa etária produtiva de 20 a 49 anos mais atingida, correspondendo a 70,96% da mortalidade por causas externas entre todas as faixas etária.

Entre as causas de mortalidades significativas encontramos as neoplasias com 14,60% entre a faixa etária de 30 a 79 anos. Em quarto lugar a mortalidade por sinais e achados anormais nos exames clínicos e laboratoriais com 10,67%, bem como as doenças endócrinas (10,67%), segue em 6º lugar as doenças infecciosas e parasitárias com 7,86% com a faixa etária mais acometida acima de 60 anos, na 7ª posição as doenças do aparelho respiratório com 6,74% sendo a população de 70 a 79 anos com maior incidência. (Tabela 11)

**Tabela 11 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária, Buerarema, Bahia.**

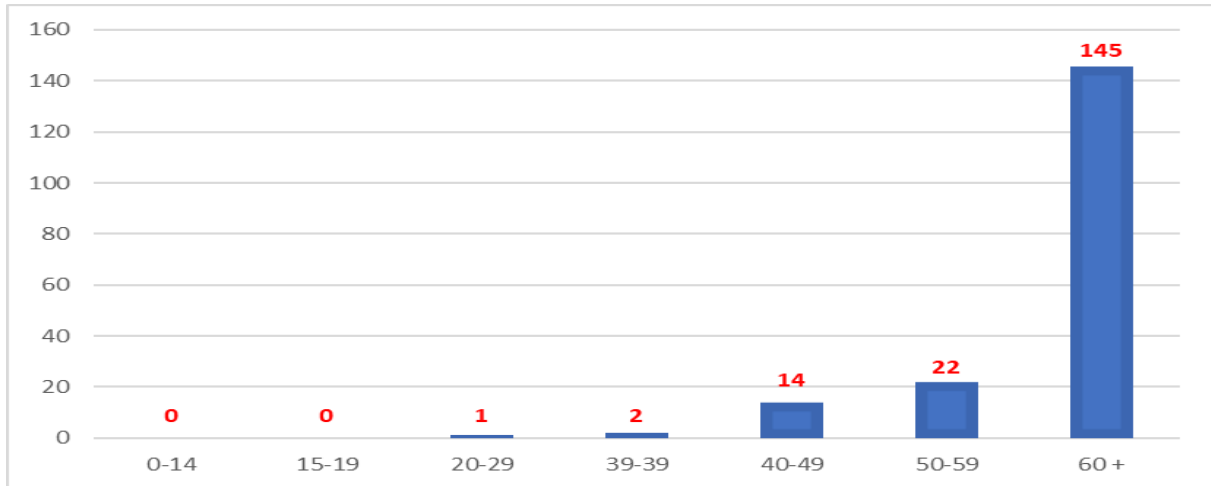
INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID 10	Menor 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	TOTAL
CAP. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	0	0	0	2	0	0	3	1	3	4	14
CAP. II Neoplasias	0	0	0	0	1	0	2	4	2	8	6	3	26
CAP. III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
CAP. IV Doenças endócrinas, nutricionais e Metabólicas	0	0	0	0	0	2	2	1	3	3	4	4	19
CAP. V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
CAP. VI Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
CAP. IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	12	14	33
CAP. X Doenças do aparelho respiratório	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	3	4	12
CAP. XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	2	7
CAP. XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CAP. XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	4
CAP. XV Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
CAP. XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CAP. XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
CAP. XVIII Sintomas, sinais e achados Anormais de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	4	7	19
CAP. XX Causas externas de morbidade e mortalidade.	0	0	0	1	3	8	7	7	3	1	0	1	31
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>178</b>

**Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2016**

Verifica-se nessa análise que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias vem exigindo maior atenção dos serviços de saúde, bem como políticas voltadas para o enfrentamento de insuficiência de recursos financeiros e legislações mais ostensivas para o cumprimento das obrigações já regulamentadas.

Na série história de 2013 a 2017, as doenças do aparelho circulatório lideram o número de óbitos nas respectivas faixas etárias, 60 ou mais com 18,68 %, 50 a 59 anos com 2,83% e 40 a 49 anos com 1,80%. (Gráfico 19). No que tange os óbitos por neoplasia no mesmo período, evidenciamos que dos 776 números de óbitos no período, 9,66% correspondem a faixa etária de 60 ou mais acometida por câncer, 1,2 % idades entre 50 a 59 anos e a terceira com maior número de óbitos segue a faixa de 40 a 49 anos com 1,59 %.

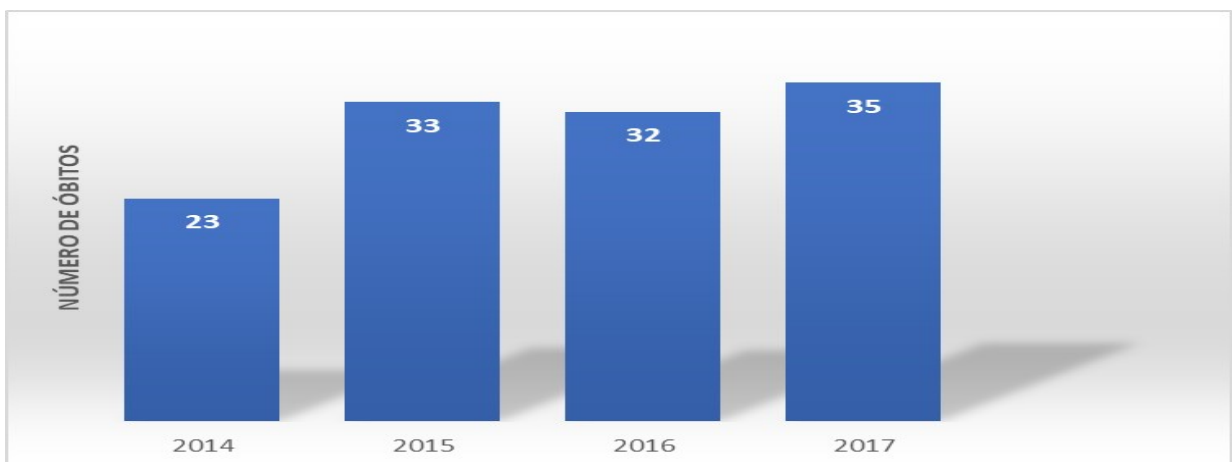
**Gráfico 21 – Número óbitos por doenças do aparelho circulatório, Buerarema, 2013 – 2017.**



Fonte: SMS/MS/SIM/DATASUS.

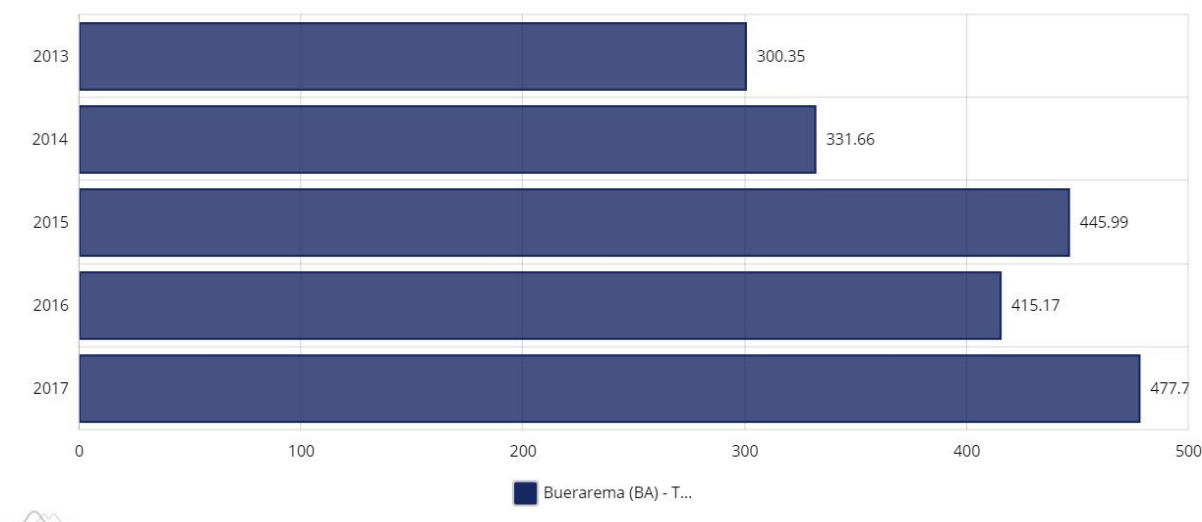
Em 2017, observa-se que a mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), incluindo os principais grupos de doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, que tem no seu denominador a população de 30 a 69 anos de idade representaram cerca de 45,36 % dos óbitos dentro dessa faixa etária. (Gráfico 22)

**Gráfico 22 – Número absoluto de óbitos prematuros por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: SESAB/SUVISA/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

**Gráfico 23 - Taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013.

Considerando a terceira causa mais prevalente, as neoplasias, e seu crescimento significativo nos anos de 2013 a 2016, com aumento do número de 16 óbitos em 2013 para 26 em 2016 no município de Buerarema, reflete uma tendência estadual, nacional e mundial. (Gráfico 24).

Conforme dados epidemiológicos da Vigilância do Câncer, por meio do registro hospitalar de câncer, da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), a neoplasia maligna que mais acomete os baianos é a de próstata, com 19,42%, seguida respectivamente pela de mama (15,75%) e de útero (9,93%), com prevalência na faixa etária de 45 a 79 anos. (Gráfico 25 e 26).

Salientamos, conforme dados emitidos pela SESAB, durante o período de 2008 a 2016, o número de casos de pacientes com câncer por ano de primeira consulta atendidos na região de saúde sul, região esta responsável pela prestação de serviços em oncologia ao município de Buerarema, por unidade hospitalar, corresponde respectivamente Hospital Manoel Novaes/Calixto Midlej Itabuna e Santa casa de Misericórdia de Ilhéus, 11.864 e 1.385.

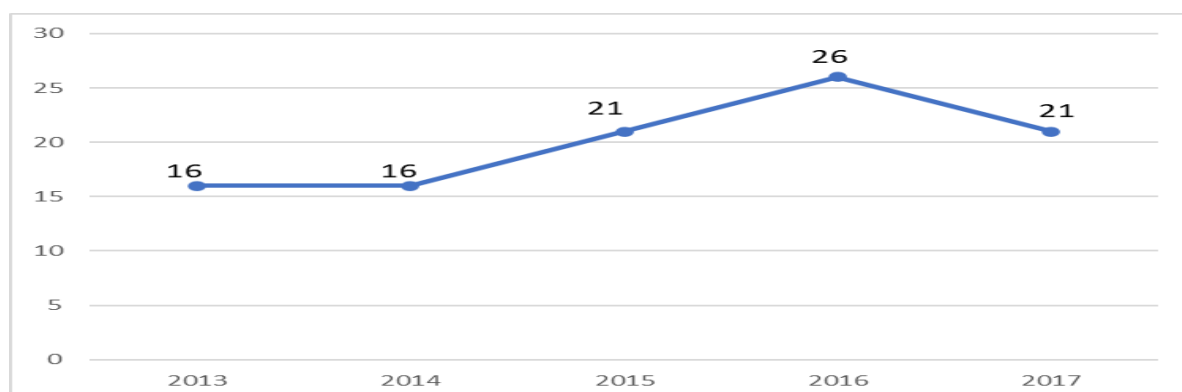
Percebe-se que o câncer de mama, embora seja o mais encontrado em mulheres, vem apresentando declínio lento, mas progressivo de sua incidência, fato este apontado como 2ª neoplasia mais frequente. Contrário, porém, é o comportamento dos carcinomas “in situ” do colo do útero, cuja incidência aumentou significativamente nos últimos anos, provavelmente como reflexo das ações ofertadas no âmbito da atenção à saúde da mulher, especialmente a ampla realização do exame preventivo de citologia oncológica do colo do útero para identificação e o diagnóstico precoce de lesões dessa natureza.

No que se refere aos homens, entretanto, nota-se que o câncer de próstata se mantém entre a primeira mais frequente de neoplasia maligna no estado. A estimativa mundial, realizada em 2012, pelo projeto Globocan/IARC apontou que, dos 14 milhões de casos novos estimados, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento.

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, sendo 420 mil casos novos, retirando-se os casos de pele não melanoma. Nos homens os tipos de cânceres mais frequentes serão: próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo de útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) estarão entre os principais.

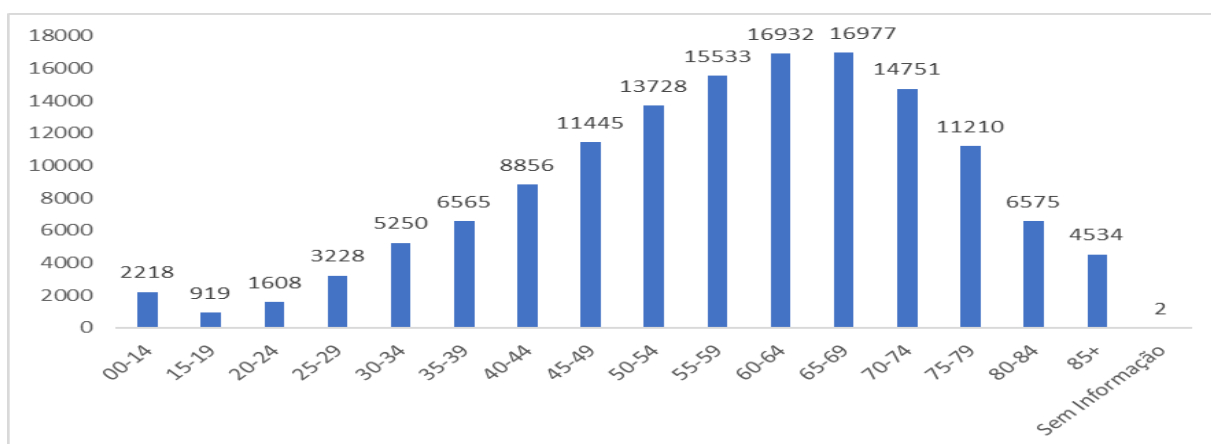
Continuando a análise desse cenário, torna-se necessário a realização de estratégias de melhoria da atenção, promoção da saúde, prevenção com diagnóstico precoce sobre todas as patologias supracitadas na atenção primária. Destacando o alcance dos indicadores na razão de 0,30 na realização de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos, e a razão de 0,42 na execução de exames de mamografia de rastreamento da faixa etária de 50 a 69, bem como o fortalecimento nas políticas institucionais de atenção integral à saúde do homem, garantindo-lhe acolhimento necessário junto as equipes de saúde da família e exames de apoio diagnóstico, com tratamento em tempo oportuno.

**Gráfico 24 – Número óbitos por neoplasias, Buerarema, 2013 – 2017.**



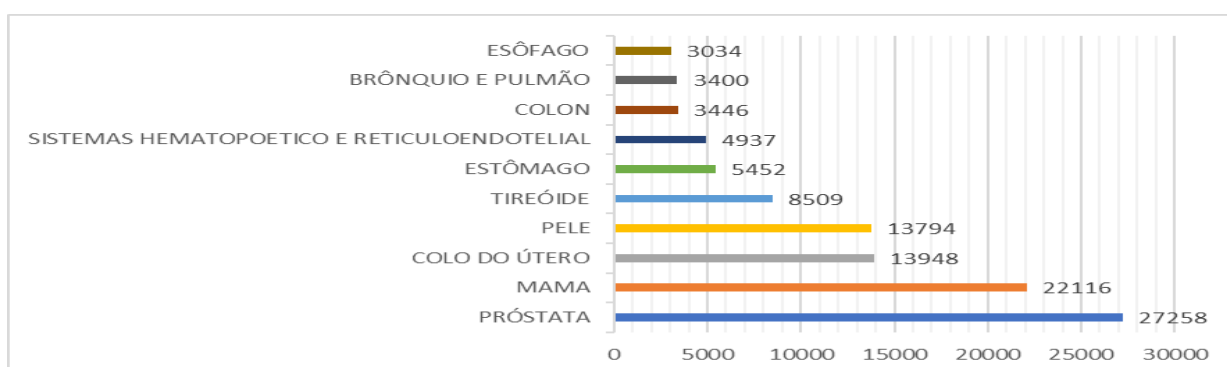
Fonte: SARGSUS/RAG 2017.

**Gráfico 25 - Número de casos de câncer segundo faixa etária dos pacientes atendidos no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) - Bahia. 2008-2017.**



Fonte: SIM/DIVEP/SUVISA/SESAB

**Gráfico 26 - Número de casos de câncer das dez neoplasias mais frequentes dos pacientes atendidos nos RHC - Bahia. 2008-2017.**



Fonte: SIM/DIVEP/SUVISA/SESAB



### 2.4.3 – MORTALIDADE INFANTIL

A Mortalidade infantil refere-se ao óbito de crianças com menos de um ano de idade, a cada mil nascidas vivas, em determinado período. Nesse sentido, segundo Cerqueira, (2015) em sua obra diz que:

A mortalidade infantil é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio deste indicador, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, dentre outros.

Sendo assim, os óbitos infantis são fortemente influenciados pelas condições sociais da população (moradia, trabalho, renda, nível de informação e proteção social) e pela disponibilidade de saneamento básico e de serviços de saúde adequados. A sobrevivência dos recém-nascidos está diretamente relacionada à assistência ofertada no pré-natal, parto e nascimento, devendo a rede de atenção materno-infantil contar com estrutura de atendimento imediato ao neonato, expressando a qualidade dos serviços de saúde.

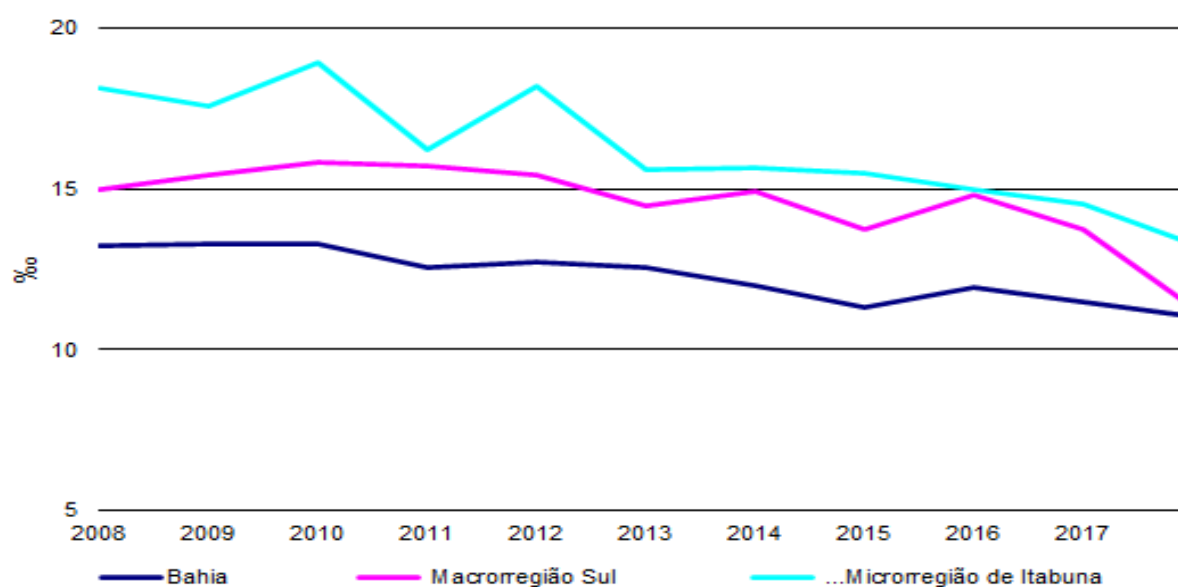
Os dois principais componentes da mortalidade infantil são a mortalidade neonatal e a mortalidade pós-neonatal. A mortalidade neonatal inclui os óbitos infantis com menos de 28 dias de vida, enquanto a mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia compreende os óbitos de crianças de 28 dias a 364 dias de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que o Brasil foi um dos países que conseguiu alcançar a redução da mortalidade infantil, meta estabelecida a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), (BRASIL, 2014). De 1990 a 2015, o Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil, superando a meta estipulada, que era de redução de dois terços no índice (BRASIL, 2017a).

No Brasil, em 2015, registrou-se 37.501 óbitos em menor de 01 (um) ano, 5.595 óbitos de 01 a 4 anos. Na região nordeste os óbitos em menor de 01 ano foi

de 11.825 e de 01 a 4 anos totalizaram 1.723. No estado da Bahia os óbitos em menores de 01 ano totalizaram 3.165 e na faixa etária de 01 a 4 anos foram 417 óbitos, sendo a taxa de mortalidade infantil neonatal em 2015 de 11,34% no estado e na macrorregião sul 13,72%.(Gráfico 27)

**Gráfico 27-Taxa de Mortalidade Neonatal (%), por microrregião de saúde. Bahia, Macrorregião Sul. 2008-2017\*.**

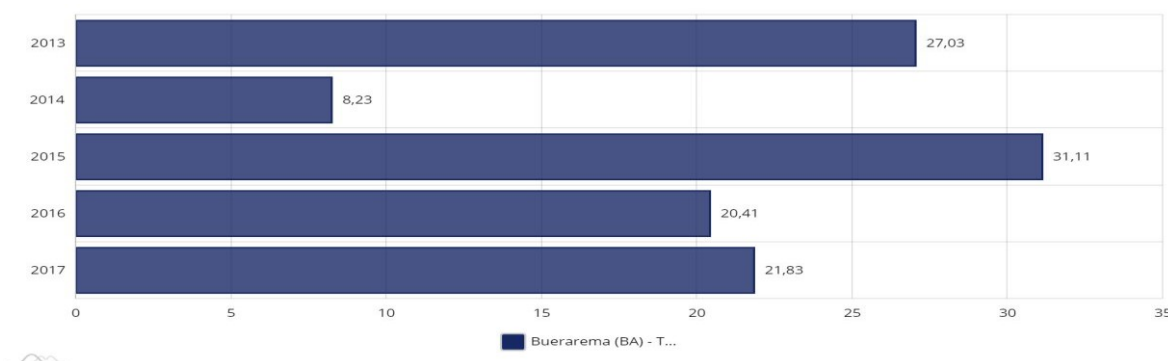


**Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/COASS-SIM**

No município de Buerarema, no período de 2013 a 2017, o número de óbitos em menor de 01 ano totalizou 26, onde 16 óbitos são neonatais (0 a 27 dias), enquanto de 01 a 4 anos foram 3 óbitos. Observa-se que a mortalidade ocorreu com maior frequência em neonatos, o que demonstra necessidade de assistência especializada no pré-natal e parto, visto que muitas ocorrências são devido a prematuridade e problemas genéticos (DATASUS, 2017).

A taxa de mortalidade infantil conforme série histórica foi de 27,03% em 2013 a 21,83% em 2017, apresentando uma redução de 5,2%.(Gráfico 28), abaixo colacionado.

**Gráfico 28 - Taxa de mortalidade infantil período de 2013-2017, Buerarema, Bahia.**



Fonte: ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade premente de impulsionar de forma articulada e regionalizada a Rede Cegonha na macrorregional de Itabuna, fortalecendo os quatro componentes primordiais: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, garantindo o acesso, acolhimento e resolutividade junto as unidades de referência.

Torna-se imperativo a ampliação das ações e responsabilidades da rede municipal de saúde, voltadas na qualificação e número de consultas de pré-natal, com devido acompanhamento do puerpério por meio das equipes de saúde da família, garantindo os princípios fundamentais de atenção integral a saúde da mulher e saúde da criança, bem como sistema logístico para o transporte sanitário e regulação em tempo oportuno.

#### **2.4.4 – MORTALIDADE MATERNA**

O perfil da mortalidade feminina, em especial, Mortalidade Materna (MM) e de Mulher em Idade Fértil (MIF), contribui de forma significativa para compreensão das condições de vida da população como um todo e, em particular, para melhorar a qualidade de vida das mulheres especialmente no ciclo gravídico puerperal. Nota-se que os fatores de risco correlacionados a mortalidade materna são amplos e, como apontam alguns estudos, referem-se a idade mais elevada, o menor nível de escolaridade, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas de pré-natal, a

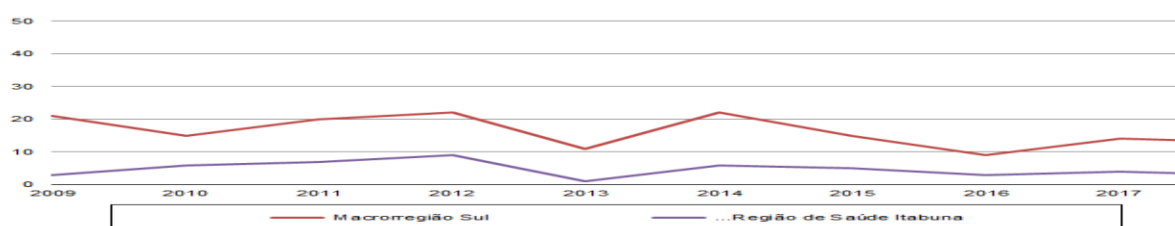
ausência de companheiro e as condições prévias de saúde. A OMS reconhece a seguinte conceituação de Mortalidade Materna:

“Morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais” (OMS,1997).

No período de 2013 a 2017 foi registrado apenas 1 óbito materno no sistema de informação de mortalidade, sendo este no ano de 2016, devendo esse indicador não apresentar nenhum óbito materno para que sua meta seja atingida. Salientamos, no entanto, que a macrorregião Sul, região de Itabuna, da qual o município de Buerarema compõe a de regionalizada, apresenta respectivamente, um declínio, no período de 2009 a 2017, no número de óbitos passando de 21 para 14, já a região de saúde de Itabuna apresentou discreto aumento nesse mesmo período de 3 para 4 números de óbitos maternos. (Gráfico 29)

No entanto, vale destacar que a gestão municipal tem adotado iniciativas com foco na saúde materno-infantil para a melhoria deste indicador, por meio de participação efetiva nas estratégias de organização e fortalecimento, na macrorregião de saúde Sul, da denominada Rede Cegonha, uma iniciativa do Ministério da Saúde, que visa implementar um conjunto de cuidados voltados às mulheres, na expectativa de assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção à saúde materna infantil de qualidade.

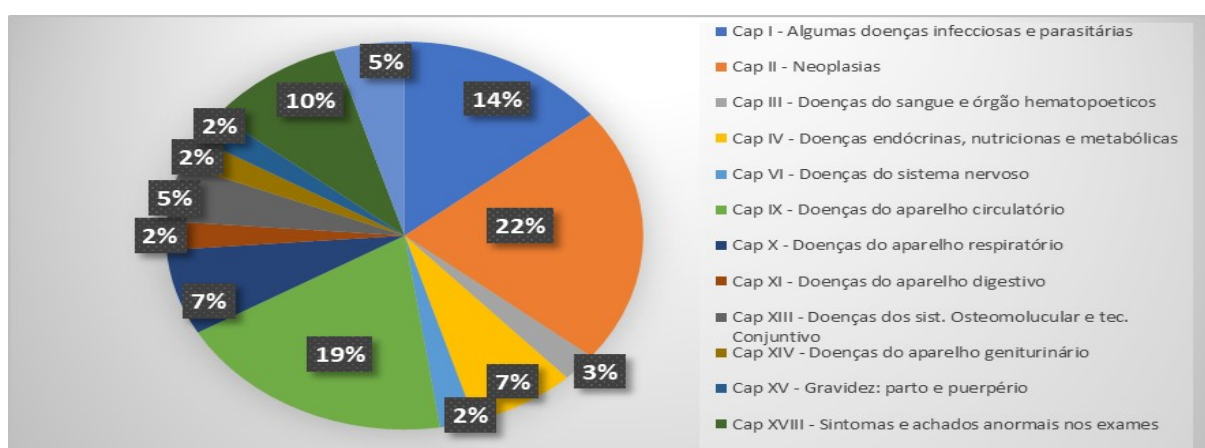
**Gráfico 29- Número de óbitos maternos , por região de saúde. Macrorregião Sul. 2009-2017.**



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/COASS-SIM.

Em Buerarema, as principais causas de óbito em mulheres em idade fértil são as neoplasias com 22% dos óbitos da faixa etária de 10 a 49 anos, seguido das doenças do aparelho circulatório com 19%, com causa morte pelas doenças infecciosas e parasitárias 14% e com 10% sintomas e achados anormais em exames.

**Gráfico 30 - Percentual de óbitos em mulheres com idade fértil (10 a 49 anos) segundo principais causas do CID 10, Buerarema-BA, 2013 a 2017.**



Fonte: SMS/MS/SIM/DATASUS.

Diante da análise dos dados epidemiológicos iremos destacar pelo menos três aspectos relevantes. Em relação ao principal tipo de neoplasia que atinge o público feminino no município, sobressaem aquelas relacionadas à esfera reprodutiva: em primeiro lugar o câncer de mama, seguido do câncer de colo de útero. A maior parte destes óbitos preponderam nas faixas etárias de 30-39 anos e de 40-49 anos, sendo esta última onde aparece o maior número de casos.

A secretaria de saúde promovendo estratégias para prevenção do câncer cérvico uterino e de mama, através do aumento do número de consultas ginecológicas, intensificação da coleta de preventivos nas unidades, bem como mamografias de rastreamento em tempo oportuno; e ampliação de ações na atenção a saúde da mulher pelas equipes equipes de saúde da família (ESF).

Destaca-se também, na prevenção do câncer de útero, a vacinação, que possibilitará nas próximas décadas, prevenir essa doença, que representa uma das principais causas de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil. A população alvo da vacina HPV é composta por adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 9 a 11 anos (2015).

No ano de 2015, ocorreu a Implantação do Sistema de Informação ao Câncer (SISCAN), dos laboratórios de análise clínica e anatomopatológica, para acompanhamento e alimentação no seguimento dos citopatológicos e mamografias alteradas na tentativa de alcançar a razão estabelecida de 0,3 de exame de Papanicolau e de 0,42 de mamografia pelos serviços de saúde.

Já em 2018, foi implantado, por meio da Portaria nº 779/SAS, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) objetivando o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama.

Em relação ao perfil das mortes de mulheres jovens em Buerarema, cabe ainda destacar que as doenças do aparelho circulatório apresentam tendência crescente, o que coloca em evidencia problemas como sobrepeso, obesidade e sedentarismo enquanto fatores de risco importantes a serem considerado pelo serviço público de saúde, com ações mais ostensivas afim de reduzir os referidos números.

#### **2.4.5 – MORBIDADE**

Em epidemiologia, a morbidade caracteriza pela taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento (BRASIL, 2015). A quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade e morbimortalidade são tarefas essenciais para vigilância epidemiológica, fortalecendo o controle das doenças para fins de organização dos serviços de saúde e intervenção nos níveis de saúde pública.

A análise da morbidade no município inicia-se pela Doenças Transmissíveis (DT) e Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT's. As doenças de notificação compulsória são aquelas de interesse sanitário cuja gravidade, transcendência, magnitude e capacidade de disseminação exigem medidas eficazes para sua prevenção e controle. A comunicação e o registro desses agravos constituem importante ferramenta para o planejamento e o monitoramento de ações de controle, prevenção e promoção da saúde.

Vale destacar, a relevância do indicador referente as Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), onde os casos devem ser encerrados em até 60 dias após notificação, representando assim a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualidade da informação, pois envolve todos as doenças e agravos cujas medidas de prevenção e controle precisam ser realizadas em tempo hábil.

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, considerou considerou 14 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata, sendo: botulismo, cólera, coqueluche, dengue ("Dengue Grave e sinais de alarme"\*), difteria, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leptospirose, meningite, paralisia flácida aguda, raiva, rubéola e sarampo, em consonância PPA/PES 2016-2019.

No que tange ao município de Buerarema, no período compreendido entre 2013 – 2017 o maior alcance desse foram nos anos de 2015 e 2016, correspondendo respectivamente a proporção de 100%, já no ano de 2017 essa proporção sofreu um decréscimo de 50%. Após análise desses dados observa-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde da rede de atenção primária a notificar oportunamente os casos suspeitos e/ou confirmados dos agravos de notificação compulsória imediata e qualificar os técnicos da vigilância epidemiológica municipal, quanto a sensibilidade e oportunidade no encerramento das investigações dos casos notificados no Sinan, dentro dos prazos estabelecidos.

**Tabela 12 – Notificação de agravos, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**

AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	2013	2014	2015	2016	2017	Total
ACIDENTES ANIMAIS PEÇONHENTOS	1	0	0	1	0	2
DENGUE	140	29	525	997	31	1722
ESQUISTOSSOMOSE	3	4	3	0	2	12
HEPATITES VIRAIS	11	11	4	6	6	38
LEISHIMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - LTA	24	23	20	22	19	108
MENINGITE	0	0	1	0	1	2
SÍFILIS EM GESTANTE	1	1	1	7	1	11
SÍFILIS CONGÊNITA	0	0	0	2	1	3
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS	4	3	6	8	9	30
FEBRE DA CHIKUNGUNYA	0	0	1	964	8	973
ZIKA VÍRUS	0	0	28	356	4	388

Fonte: SINAN/DIVEP/SUVISA/SESAB

#### **2.4.5.1 – MORBIDADE HOSPITALAR**

As estatísticas de morbidade contribuem à avaliação do nível de saúde e definição de ações que tenham por objetivo o enfrentamento dos problemas, controle de agravos e tomadas de decisão. Além de servirem ao monitoramento das doenças, são essenciais a estudos de causa e efeito.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH – é o responsável pelo registro das internações ocorridas na rede do SUS. Embora sua função principal seja a operacionalização do pagamento dos prestadores de serviços, esse sistema disponibiliza, além de outras variáveis, as causas que motivaram cada uma das internações realizadas no SUS.

Então, ao compararmos as informações disponibilizadas pelo SIH – SUS sobre morbidade e, pelo SIM sobre mortalidade, encontramos importantes similaridades, principalmente com relação às doenças e agravos crônicos não transmissíveis - DANT's do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças crônicas do aparelho respiratório; bem como as consequências de causas externas,



mas algumas causas que não estão em destaque nas causas de mortalidade são listadas também como algumas das principais causas de internação hospitalar, tais como: doenças do aparelho digestivo, sistema nervoso, algumas doenças infecciosas e parasitárias e as doenças endócrinas e metabólicas.

As internações registradas no Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, no período de 2013-2017, de indivíduos com residência em Buerarema, 28% ocorreram por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério. A análise aponta que extraindo as internações ligadas à gravidez, parto e puerpério, e totalizado 3.223, as doenças do aparelho respiratório formam os principais motivos de internação com 11%, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo e causas externas, ambas com 9%, as neoplasias e doenças infecciosas e parasitárias seguem com 8%, as doenças do aparelho respiratório com 7%. (Tabela 13)

Seguindo uma tendência nacional, no ano de 2017, as doenças do aparelho circulatório dominaram a primeira posição na estatística. Evidencia-se, conforme análise do sistema de informação que os capítulos CID 10 com maior número de internações têm patologias vinculadas que são de maior frequência dentre as demais, como: nas doenças respiratórias, as pneumonias; nas doenças digestivas, as ligadas à inflamação intestinal e hérnias, também as doenças da vesícula biliar; nas causas externas destacam-se, as agressões e intervenções legais (homicídios), as lesões autoinfligidas (suicídios) e acidentes de trânsito; nas doenças circulatórias, as doenças isquêmicas e infarto agudo do miocárdio.

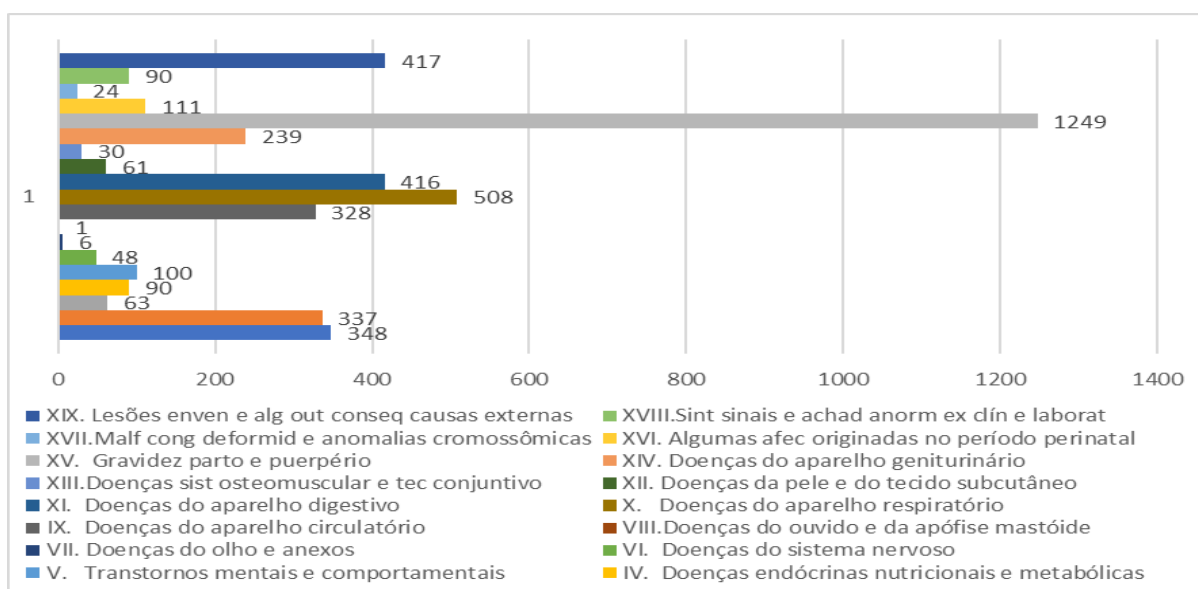
**Tabela 13 – Número de Internações por ano atendimento segundo Capítulo CID-10, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**

Capítulo CID-10	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	84	83	59	63	54	343
II. Neoplasias (tumores)	73	68	67	55	64	327
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunit.	4	10	18	20	11	63
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18	18	20	16	16	88
V. Transtornos mentais e comportamentais	49	31	7	7	1	95
VI. Doenças do sistema nervoso	7	4	11	19	5	46
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	5	1	6

VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	-	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	59	56	58	65	87	325
X. Doenças do aparelho respiratório	117	129	105	75	79	505
XI. Doenças do aparelho digestivo	77	97	98	94	48	414
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	17	14	17	7	4	59
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	9	8	5	5	3	30
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	37	59	63	52	28	239
XV. Gravidez parto e puerpério	261	248	242	244	241	1236
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	30	26	26	15	12	109
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	5	5	6	5	24
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clínica e laborat.	8	11	21	23	25	88
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	83	68	102	93	62	408
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	3	40	5	3	53
Total	938	938	965	869	749	4590

No registro das causas externas chama a atenção o fato de não serem registradas as circunstâncias, o que é muito importante em termos de discussão de políticas de saúde, mas sim as lesões ocasionadas. Quanto ao capítulo das doenças infecciosas, 48,85% das internações foram causadas por infecções bacterianas que não de notificação compulsória. Observa-se que 2,29% das internações por doenças infecciosas foram por Vírus da Imunodeficiência Humana com tendência de declínio.

**Gráfico 31 – Número de internações por capítulo CID 10, Buerarema, Bahia, 2012-2017.**



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

## 2.4.5.2 – INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA

As condições sensíveis à atenção primária, são problemas de saúde do indivíduo que devem ser identificados e assistidos precocemente pela atenção primária, garantindo resolutividade no agravo à saúde por meio das ações e serviços disponíveis, reduzindo dessa forma o risco de internações hospitalares. Essas ações e serviços estão dispostas como prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças agudas, o controle e acompanhamento de doenças crônicas, objetivando o restabelecimento do paciente conseqüentemente a redução das internações hospitalares por esses problemas. Nesse universo, as taxas e causas de hospitalização são importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e da resolubilidade ambulatorial (CAETANO, 2002).

A elaboração da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde foi o ponto de partida para as análises das tendências das Internações por Condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Brasil. (Tabela 14)

**Tabela 14 – Lista Brasileira Resumida de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.**

GRUPO	DIAGNÓSTICOS	CID 10
1	Doenças Imunizáveis	A33-A37, A95, B05-B06, B16, B26, G00.0*, A17.0*, A19
2	Condições evitáveis	A15-A16, A18, A17.1-A17.9*, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
3	Gastroenterites Infeciosas e complicações	E86, A00-A09
4	Anemia	D50
5	Deficiências Nutricionais	E40-E46, E50-E64
6	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00- J03, J06, J31
7	Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4*, J15.8-J15.9*, J18.1*
8	Asma	J45-J46
9	Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47
10	Hipertensão	I10-I11
11	Angina pectoris	I20
12	Insuficiência Cardíaca	I50, I81
13	Doenças Cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
14	Diabetes melitus	E10-E14
15	Epilepsias	G40-G41
16	Infecção no Rim e Trato Urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0*
17	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
18	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
19	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0*, K92.1*, K92.2*
20	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	O23, A50, P35.0*

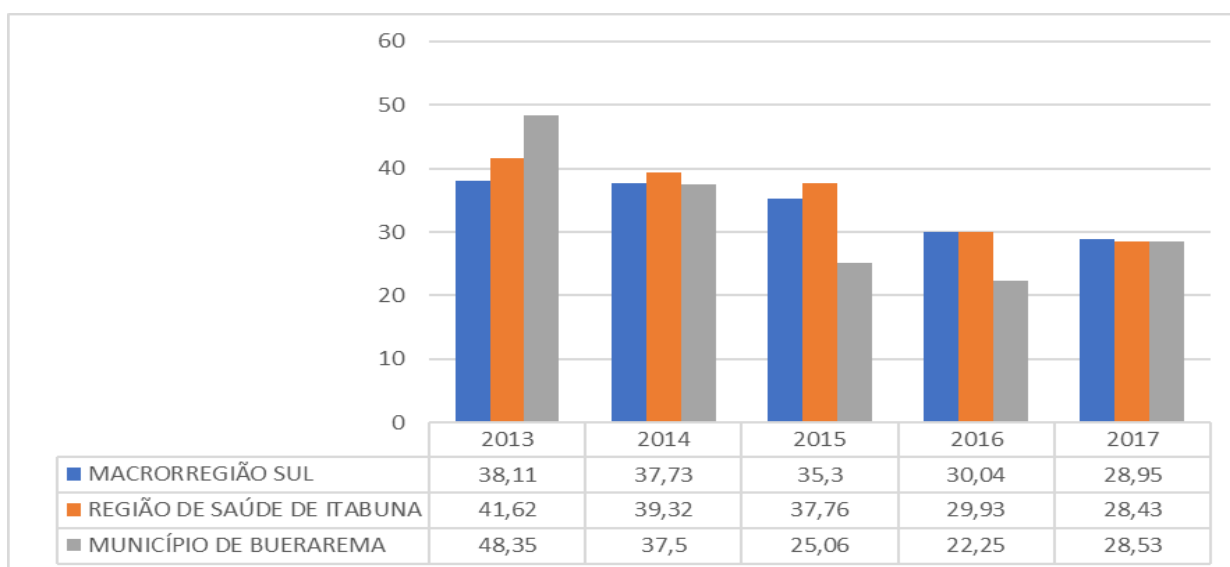
Fonte: Portaria SAS/MS n.º 221 de 17/04/2008.

O indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde tornou-se essencial para o monitoramento do primeiro nível de atenção, evidenciando as deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade deste nível de atenção para determinados problemas de saúde, que podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho.

As altas taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência.

Seguindo então a análise do município de Buerarema, por meio das informações disponíveis pela SESAB e MS/SIH/SUS, tem havido redução na proporção das internações por causas sensíveis à atenção básica, o que pode estar refletindo maior organização e efetividade desse nível de atenção no município, o que é explicitado na análise do ICSAB - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, como mostrado no gráfico a seguir.

**Gráfico 32 – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, macrorregião Sul, região de saúde de Itabuna, município de Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/COASS - SIH/SUS

## 2.4.5.2 – DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (DT)

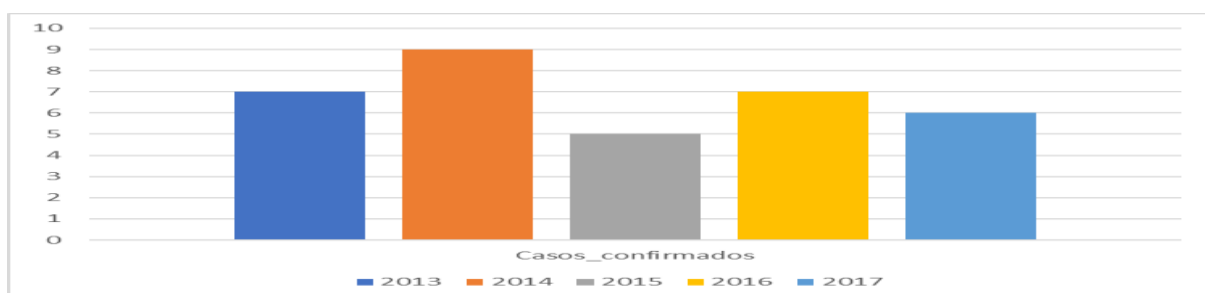
### TUBERCULOSE

Tuberculose (TB) é a principal causa infecciosa de morbidade e mortalidade mundial em adultos, matando aproximadamente 1,7 milhão de pessoas em 2016, a maioria nos países com renda média e baixa. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil está entre os 30 países prioritários para o controle da tuberculose para os anos de 2016 a 2020 e está classificado nos grupos com maior carga de tuberculose (20ª posição) e de coinfecção tuberculose/HIV (19ª posição).

Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial da Saúde, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035.

No município de Buerarema, durante o período de 2013 a 2017, apresentou número de 34 de casos confirmados no sistema de informação de agravos de notificação, evidenciando uma discreta diminuição de 6 para 7, respectivamente entre os anos de 2013 e 2017, ocorrendo também nesse mesmo período a forma extrapulmonar, correspondendo a 5,88%, enquanto 94,12% apresentaram a forma pulmonar.

**Gráfico 33 – Número absoluto de casos confirmados de TB, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**

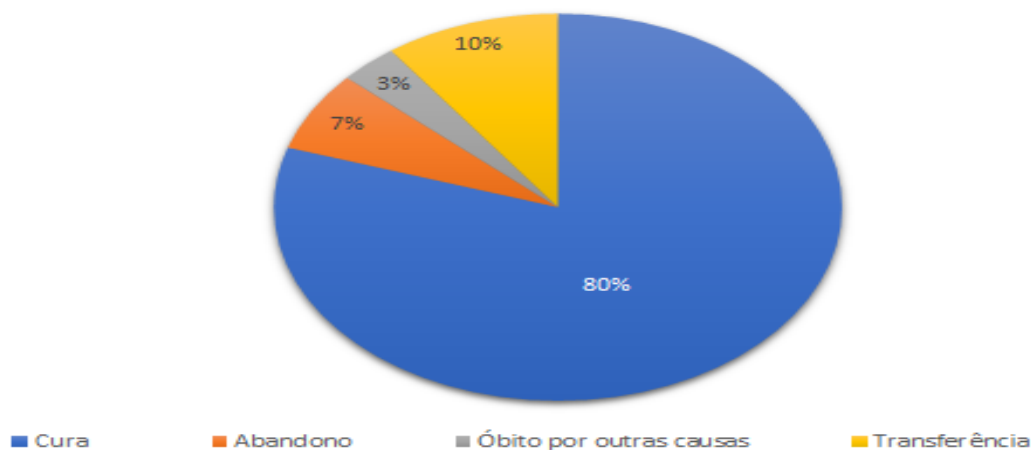


Fonte: MS/SVS/SINAN NET

No que concerne ao encerramento dos casos no período de 2013 a 2017, 29 foram por cura, 2 por abandono, 2 representam óbito por outras causas, 4 por transferência e 3 mudança de diagnóstico. O Programa Nacional de Combate a Tuberculose, estabelece como meta para o agravo a realização de tratamento correto em 100% dos casos de tuberculose diagnosticados com cura de pelo menos 85% dos mesmos, bem como manter o abandono de tratamento em percentuais considerados aceitáveis (5%).

No entanto, destacamos que o município apresenta uma média aproximadamente 85,29% de cura e 5,88% de abandono estando ainda abaixo da meta nacional. Evidenciando a necessidade de implementação do Tratamento Diretamente Observado – TODO pelos técnicos da Vigilância Epidemiológica e ESF.

**Gráfico 34 – Proporção de encerramento de casos de TB, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**

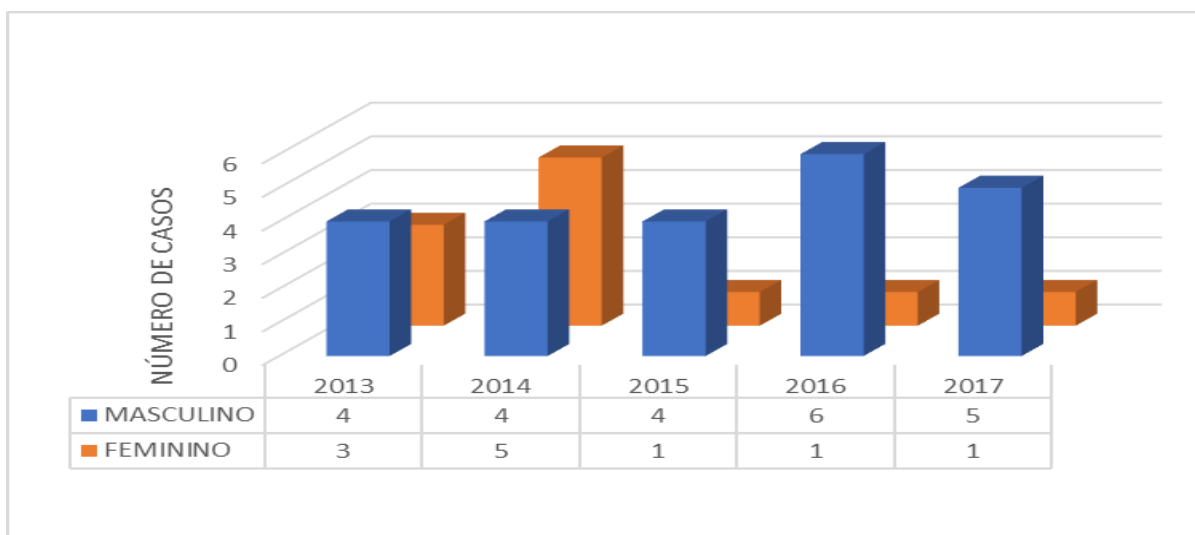


Fonte: MS/SVS/SINAN NET

A respeito do acometimento da tuberculose segundo sexo, no período de 2013 a 2017, verifica-se que dos 34 casos notificados, 23 (67,64%) ocorreram em indivíduos do sexo masculino, e 11 do sexo feminino (32,36%), indicando que os homens estão mais expostos ao risco de adoecer de tuberculose. (Gráfico 35)

Seguindo o período descrito acima, evidenciou-se que a faixa etária mais acometida pela tuberculose foi de 40-49 anos, com 41,17% dos casos, seguida da idade entre 20-39 com 23,52%, a faixa etária de 15 -19 anos encontra-se na 3ª posição com 14,70%, idosos com 70 -79 anos correspondem a 11,76%, por fim com as mesmas proporções as faixas etárias de 10-14, 60-64 e 65-69 com ambas 2,94%.

**Gráfico 35 – Número absoluto de casos confirmados de tuberculose, Buerarema, Bahia, 2013 – 2017.**



Fonte: MS/SVS/SINAN NET

A principal maneira de prevenir a tuberculose em crianças é com a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin), ofertada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS). A vacina BCG protege das formas mais graves da doença, como a tuberculose miliar e a meníngea, e está disponível nas salas de vacinação das unidades básicas de saúde e maternidades.

Outro fator a se destacar, é que a tuberculose é um agravo que pode também apresentar aumento da morbidade quando aparece associada à infecção pelo HIV. Em relação aos pacientes com AIDS, a doença figura como a principal causa de óbito, por isso recomenda-se a testagem para HIV de todo paciente com diagnóstico positivo para tuberculose.

Dessa forma, diante do perfil apresentado, demonstra-se a necessidade de qualificação dos serviços de saúde, impulsionando a capacitação dos recursos humanos para as atividades de vigilância, avaliação e controle, de modo a ampliar a disposição de diagnóstico por meio da baciloscopia, promover a cura, intensificar a busca do sintomático respiratório e dos contatos dos pacientes

Torna-se necessário também a garantia dos serviços de saúde na realização do diagnóstico em tempo oportuno pela baciloscopia, pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR), que permite identificar a Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o que possibilita prevenir o desenvolvimento de tuberculose ativa e sua cadeia de transmissão.

## **HANSENÍASE**

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que possui como agente etiológico *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, sua principal ação promove lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés, podendo provocar incapacidades físicas e evoluir para deformidades.

O agravo é um importante problema de saúde pública, de modo que a Organização Mundial da Saúde elaborou para os anos de 2016 a 2020 um plano de Estratégia Global, visando um mundo sem hanseníase a partir de três pilares: (1) fortalecer o controle; (2) combater a doença e suas complicações; (3) promover a inclusão.

O comprometimento da saúde por esse agravo, acarreta na vida do indivíduo, problemas como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e psicológicos, por isso quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rapidamente promove a recuperação do paciente. A doença possui um passado que desencadeava estigma, discriminação e preconceito, mas atualmente por se tratar de um agravo que possui cura não mais sofre essa concepção.

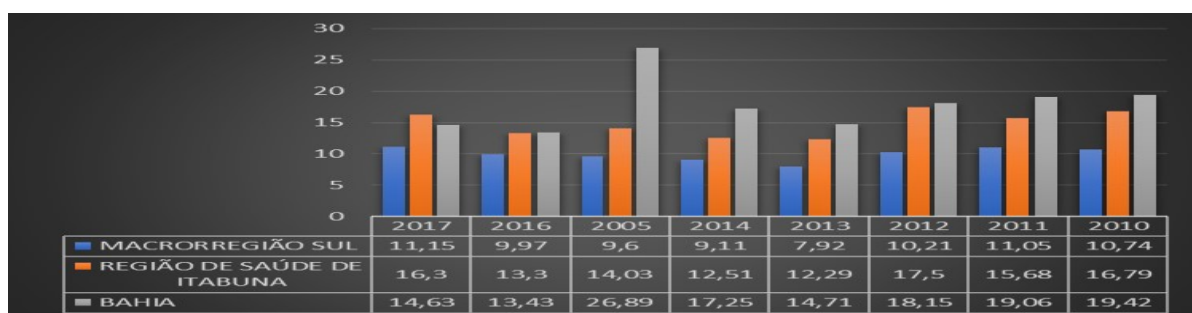


No entanto, vale ressaltar que a hanseníase mesmo sendo uma doença curável e de tratamento preconizado, o Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos da doença. O tratamento da hanseníase é realizado por toda a rede de atenção primária e os medicamentos são fornecidos gratuitamente aos pacientes, que são acompanhados durante todo o tratamento. A duração do tratamento varia de acordo com a forma da doença: 9 meses para as formas mais brandas e 12 meses para as formas mais graves.

No município de Buerarema, no período de 2010 a 2017, foram 16 casos notificados, dentre os quais a faixa etária mais acometida foi de 47 a 69 anos, correspondendo a 50% dos casos, apenas 1 caso menor de 15 anos no ano de 2012. Os casos de hanseníase em menores de 15 anos são importantes porque apontam que ainda existem circuitos de transmissão ativos.

Em relação aos menores de 05 anos, observamos que de 2010 a 2017 não houve casos notificados nesta faixa etária. No entanto, destaca-se que existem dificuldades de reconhecimento precoce dos casos devido ao longo período de incubação (pode variar de 5 a 7 anos) além da ausência de testes diagnósticos nesse período de incubação. O coeficiente de novos casos de hanseníase em Buerarema segue uma tendência da macrorregião sul, região de saúde de Itabuna e do estado da Bahia, onde o município apresenta uma aumento do coeficiente entre o período compreendido de 2010 a 2017, elevando seu coeficiente de 5,37 em 2010 para 20,76 em 2017.

**Gráfico 36 - Coeficiente de novos casos de hanseníase, macrorregião, região de saúde de Itabuna, Bahia, 2010-2017.**

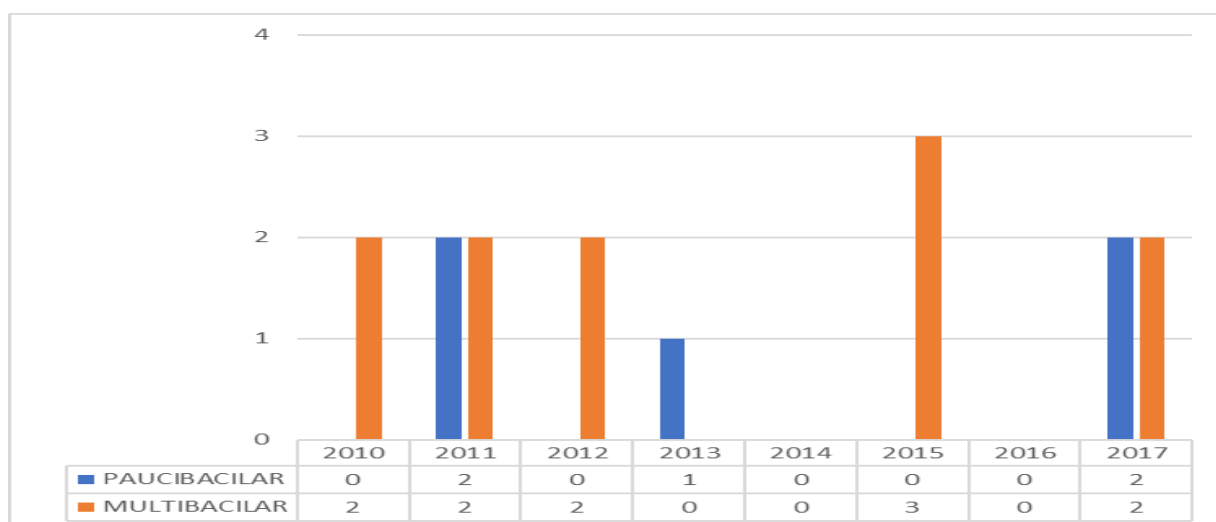


Fonte: SINAN/DIVEP/SUVISA/SESAB

Este fato, demonstra a necessidade de ações mais ostensivas com rigor na execução do protocolo de controle da hanseníase, tanto nas equipes de saúde da família quanto aos profissionais da Vigilância Epidemiológica, seguindo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase para redução imediata do coeficiente. (Gráficos 36 e 38).

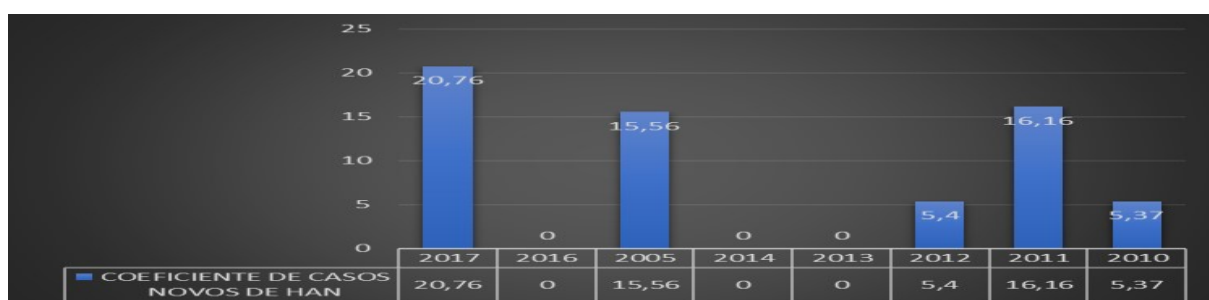
No município também observa-se, que no período avaliado, 68,75% dos casos novos detectados na população geral classificaram-se como hanseníase Multibacilar (MB), e apenas 31,25% Paucibacilar (PB), quanto a forma o maior percentual de Dimorfa (25%), ou seja, numa forma clínica que não é inicial da doença.

**Gráfico 37 – Número de casos no município de Buerarema, Bahia, por ano da notificação e classificação operacional, 2010-2017.**



Fonte: SINAN/DIVEP/SUVISA/SESAB

**Gráfico 38 – Coeficiente de novos casos por hanseníase em Buerarema, Bahia 2010-2017.**



Fonte: SINAN/DIVEP/SUVISA/SESAB

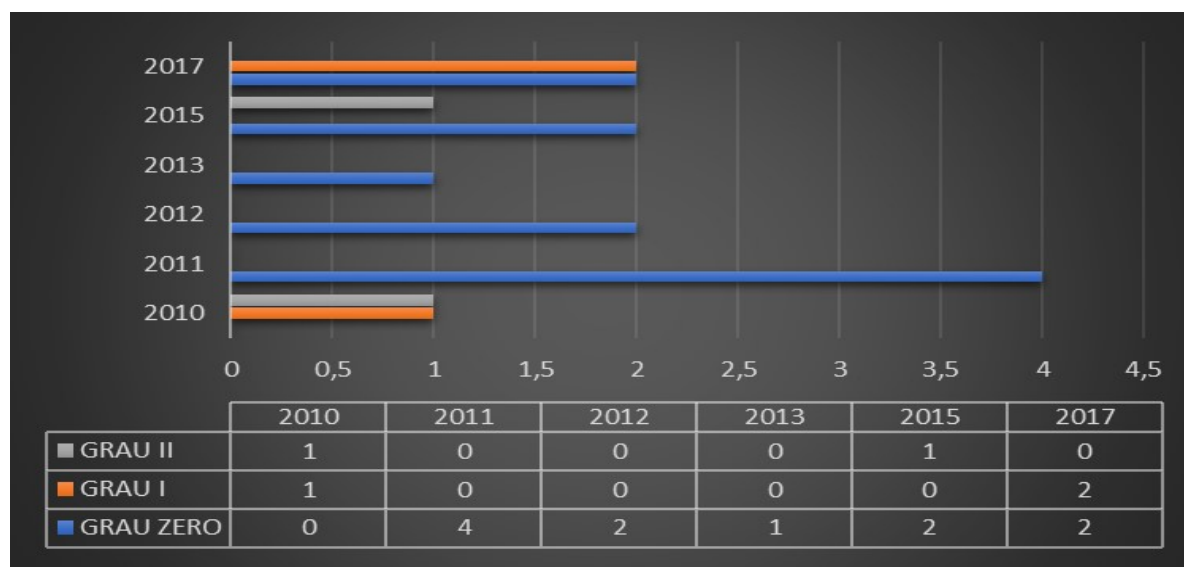
Por tratar-se de uma doença com possibilidade de provocar incapacidades físicas e evoluir para deformidades, o agravo é classificado, conforme Organização Mundial de Saúde (OMS), por grau, descrito em tabela abaixo. Em Buerarema, no período de 2010 a 2017, em 16 casos de hanseníase confirmados, 68,75% apresentaram grau de incapacidade 0, 18,75% grau I e 12,5% grau II. (Gráfico 38)

**Tabela 15 – Classificação de grau de incapacidade da OMS na hanseníase.**

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m.
	Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: Guia para o controle da hanseníase Ministério da Saúde; Brasília (DF) 2002.<sup>8</sup>

**Gráfico 39 – Número de casos de hanseníase por avaliação incapacidade física, Buerarema, Bahia, 2010-2017.**



Fonte: SINAN/DIVEP/SUVISA/SESAB

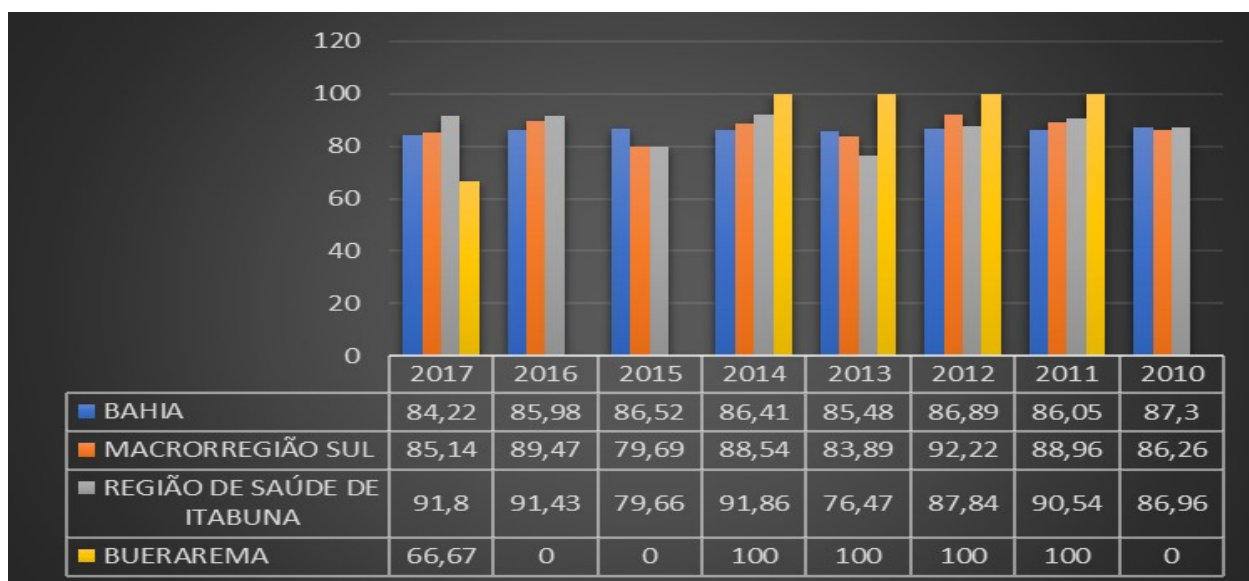
No que tange ao modo de detecção da hanseníase no município, no mesmo período, verifica-se que na população em geral sobressai a detecção passiva (Encaminhamento – 65,5% e Demanda espontânea – 18,75%), em contracenso a detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade) que não possuem registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apenas informado como modo de detecção ignorada correspondendo a 18,75%. Esses dados revelam a necessidade de identificar e notificar adequadamente as situações atípicas e casos suspeitos de doença, capacitando os profissionais de saúde e vigilância epidemiológica, para reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, isto é, para diagnosticar e tratar os casos de hanseníase em tempo oportuno e com qualidade nas notificações.

As ações de vigilância ao agravo, além de diagnóstico e tratamento em tempo oportuno de pacientes e comunicantes, depara-se com uma função essencial, a de garantir efetividade dos serviços objetivando a adesão ao tratamento até a alta, sendo esse desempenho avaliado pelo acompanhamento do percentual de cura nas coortes (paucibacilar e multibacilar). É importante observar, que a forma multibacilar é a mais grave da doença, por isso a vigilância de contatos precisa ser intensificada a fim de identificar e tratar novos casos e descontinuar a cadeia de transmissão.

Observou-se após análise entre os casos novos de hanseníase, no período de 2010 a 2017, excetuando-se os anos de 2014 e 2016 que não houve registro, que o município apresentou percentual bom de cura, destacando os anos de 2001 a 2013 onde o alcance foi de 100%. (Gráfico 40)

No entanto, no período de 2017, o município correspondeu ao parâmetro precário com percentual de 66,67%, visto que conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) os parâmetros são classificados em: Bom  $\geq 90\%$ ; Regular 89,9 a 75%; Precário  $< 75\%$ . Vale ressaltar, que de acordo com a pactuação interfederativa 2017-2021, o parâmetro de referência nacional segundo Ministério da Saúde é de 83,5%. Vale ressaltar, que o município não é considerado prioritário para o agravo.

**Gráfico 40 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase, Estado da Bahia, macrorregião Sul, região de saúde de Itabuna, Buerarema, 2010 – 2017.**



Fonte: SINAN/DIVEP/SUVISA/SESAB

O desafio, no entanto, é alcançar as metas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase, implementando ações efetivas e eficazes, principalmente no que tange a capacitação de todos os profissionais das equipes de Atenção Básica, de acordo com as suas competências específicas, para as ações de controle da hanseníase: prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades.

## HIV/AIDS

Disseminado no final da década de 1970, o vírus da imunodeficiência, HIV (em inglês: human immunodeficiency virus), tornou-se o patógeno responsável pela epidemia iniciada em 1981, a Síndrome da imunodeficiência adquirida (em inglês: acquired immunodeficiency syndrome) AIDS. O vírus da imunodeficiência humana invade o sistema imunológico, destruindo as células de defesa do organismo, tornando-o mais fraco e vulnerável a infecções comuns.

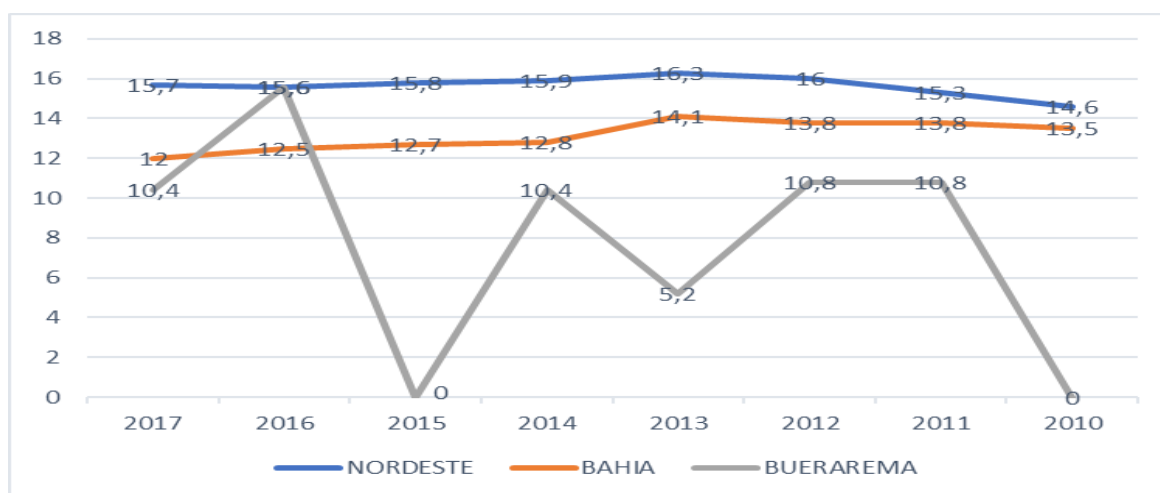
As doenças oportunistas podem se tornar letais em pacientes com a síndrome da imunodeficiência, pacientes esses que desconheciam seu quadro infeccioso pelo HIV ou por não aderirem ao tratamento indicado pelos serviços públicos de saúde após confirmação diagnóstica. Entre as patologias oportunistas mais frequentes na AIDS as hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer. A testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais está descentralizada nas unidades de saúde do município e está disponível para qualquer pessoa.

Por meio da Portaria GM/MS nº 542, de 22 de dezembro de 1986, a AIDS tornou-se uma doença de notificação compulsória, já em 2000 foi publicada a Portaria GM/MS nº 993, aplicando a obrigatoriedade de notificação compulsória a Infecção pelo HIV em Gestantes, Parturientes ou Puérperas e Crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV, no entanto, apenas em 2014 o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.271, de 6 de junho, incluíram a infecção pelo HIV na Lista de Notificação Compulsória (LNC).

A taxa de detecção de AIDS no Brasil tem apresentado estabilização nacional nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. Além disso, chama a atenção o aumento de casos na população jovem entre 15 e 24 anos de idade, na qual a taxa de detecção subiu de 9,6 por 100 mil habitantes em 2004 para 12,7 em 2013. No mesmo período, houve uma queda de 35,7% na detecção de casos de Aids em menores de cinco anos, o que demonstra uma redução expressiva da transmissão vertical do HIV no país (PNS – 2016-2019).

A taxa de detecção de AIDS no nordeste assumiu uma tendência crescente, evidenciado no período de 2010-2017, evoluindo de 14.6 para 15.7 respectivamente, no entanto, no estado da Bahia houve uma discreta diminuição nos últimos 5 anos de estudo, passando de 13.5 para 12. No município de Buerarema, esse estudo encontra-se com taxas de detecção que variam de 0 a 10.4 em 2017. (Gráfico 41)

**Gráfico 41 – Taxa de detecção geral (por 100.000 hab.)**

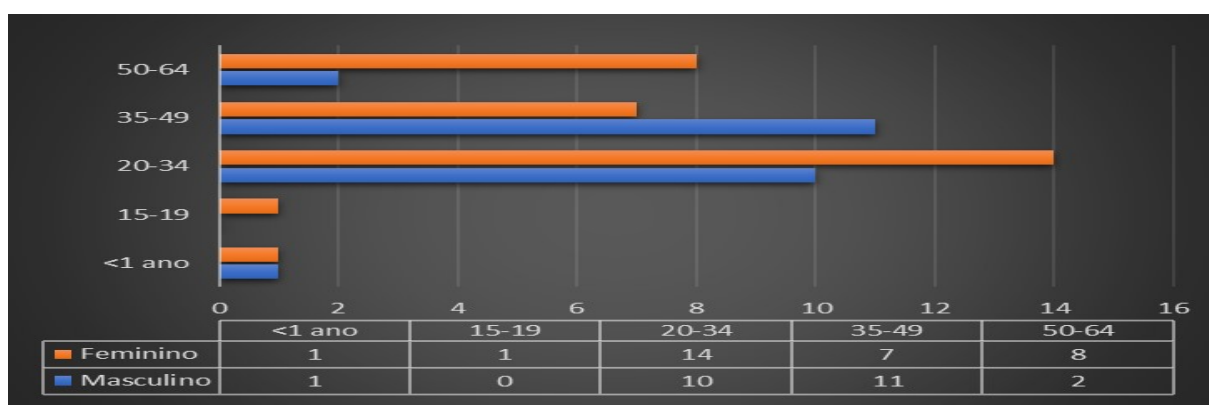


Fonte: SINAN/DIVEP/SUVISA/SESAB

No período de 2010 a 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 39 casos de AIDS e 10 infecções pelo HIV. Fato que chama atenção é que a epidemia tem crescido ainda mais entre os jovens brasileiros. Entre os meninos de 15 a 19 anos, o número de casos aumentou em mais de 50% na última década.

No município a faixa etária mais acometida pelo agravo está entre 20-34 anos, com 23 casos correspondendo a 58,97% dos casos, seguida da idade entre 35-49 anos com 15 casos e 38,46%. (Gráfico 42)

**Gráfico 42 – Número de casos de por faixa etária, sexo, Buerarema, Bahia, 2010-2017.**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Quando se avalia a distribuição por sexo dos 55 casos registrados de AIDS, 31 são homens e 24 são mulheres. No total de casos notificados, 56,36% são homens e 43,64% são mulheres. Percebe-se, então, que ainda há mais casos de AIDS entre homens do que entre mulheres.

O grande desafio ainda encontrava-se na vinculação ao serviço de saúde após o diagnóstico. O município de Buerarema, por pactuação regional, encaminha seus pacientes para o Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento (CERPAT), centro especializado no atendimento aos portadores de HIV/Aids, ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e Hepatites Virais localizado no município de Itabuna, a fim de proporcionar o acesso a serviços adicionais que promovam a saúde e garantam a retenção do paciente ao longo do tratamento e consigam a supressão duradoura da carga viral.

No entanto, vale ressaltar, que os pacientes encaminhados para o CERPAT em Itabuna, são acompanhados concomitantemente pelas USF de Buerarema e Vigilância Epidemiológica Municipal. Aqueles que ainda não foram vinculados a serviços de testagem e tratamento do HIV são os mais difíceis de alcançar, o que indica que são necessárias novas e inovadoras abordagens para apoiar e acelerar as tendências recentes. Todo o processo de cuidado e tratamento do HIV deve começar no dia em que uma pessoa recebe o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Dessa forma, faz-se necessário a implementação de uma rede articulada de assistência e no matriciamento do atendimento, como uma nova estratégia de cuidado aos pacientes vivendo com HIV/AIDS sob um sistema matriciado, ou seja, o paciente iniciou a assistência pela Atenção Primária a Saúde (APS) com continuidade para atenção especializada pela contrareferência do CERPAT.



## HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são doenças infecciosas de transmissibilidade humana que possuem como órgão alvo o fígado, de evolução aguda ou crônica, com alterações leves, moderadas ou graves, onde por sua alta morbidade universal constituem importante problema de saúde pública.

Considerando a forma de transmissibilidade, as hepatites virais são comumente classificadas em dois grandes grupos: o primeiro corresponde àquelas cuja transmissão se faz pelas vias fecal e oral, englobando as hepatites A e E; no segundo, situam-se as que se transmitem através de outros mecanismos predominando a via parenteral, representadas pelas hepatites B, C, D, G e TT, que têm em comum o comprometimento do fígado.

Além dos índices de incidência e prevalência, que evidenciam uma grande quantidade de indivíduos infectados, este agravo transmissível possui uma complexidade relevante no que tange a forma de apresentação clínica ao paciente, destacando-o desde assintomático, uma hepatite aguda ou crônica, até cirrose e carcinoma hepatocelular. Dessa forma, considerando que as conseqüências das infecções são diversas, na dependência do tipo de vírus, o diagnóstico de hepatite, torna-se importante pela identificação do agente etiológico.

Os vírus tipo A e E, causam hepatites agudas, apresentando-se de forma curta e autolimitadas; os vírus do tipo B, C e D, podem se apresentar de forma aguda ou crônica, as hepatites B e D têm tratamento e podem ser controladas, evitando a evolução para cirrose e câncer, a hepatite C tem cura em mais de 90% dos casos se o tratamento for seguido conforme recomendado.

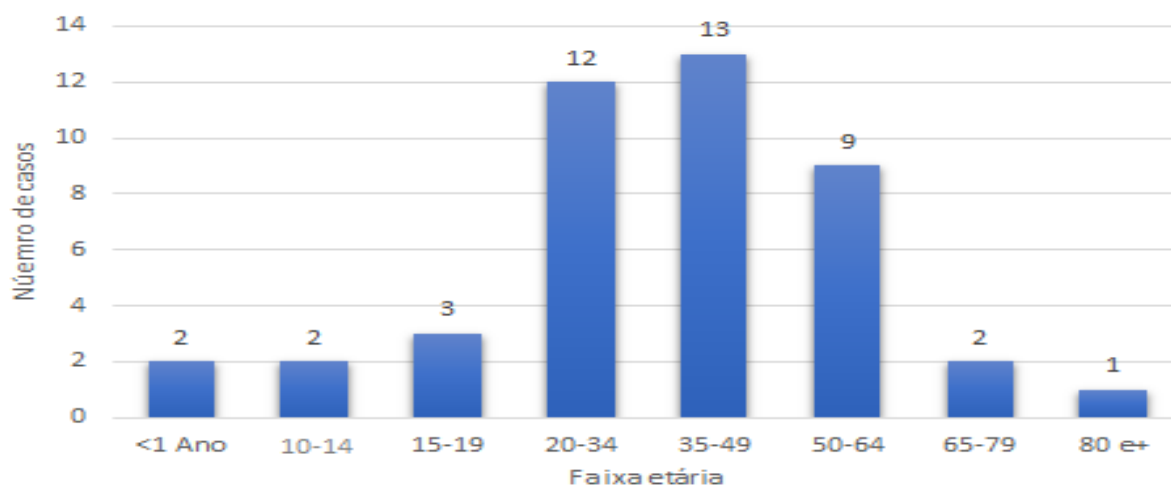
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em maio de 2016, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Estratégia do Setor Global de Saúde sobre a hepatite viral, que propõe eliminá-la como uma ameaça à saúde pública até 2030 (definida como uma redução de 90% incidência e 65% da mortalidade em relação às hepatites B e C).

A mortalidade anual global por hepatite viral é comparável à do HIV, tuberculose ou malária e provavelmente excederá o número de vítimas dessas três doenças combinadas até 2040, sob o atual status quo. As hepatites são doenças causadas por vírus, responsáveis por elevados níveis de morbidades e mortalidade a nível mundial. Estima-se que 57% dos casos de cirrose hepática e 78% dos casos de câncer primário de fígado sejam causados pelos vírus das hepatites B e C.(OPAS, 2017).

O município de Buerarema, apresentou no período de 2010 a 2017, 44 casos de hepatites virais, distinguindo-se pelo agente etiológico, apresentando 10 casos de hepatite B e 3 casos de hepatite C, e 31 sem classificação etiológica. Importante destacar que no período de 2010 a 2017, não houveram casos notificados de hepatite A, que se justifica pela melhoria das condições de saneamento básico no município.

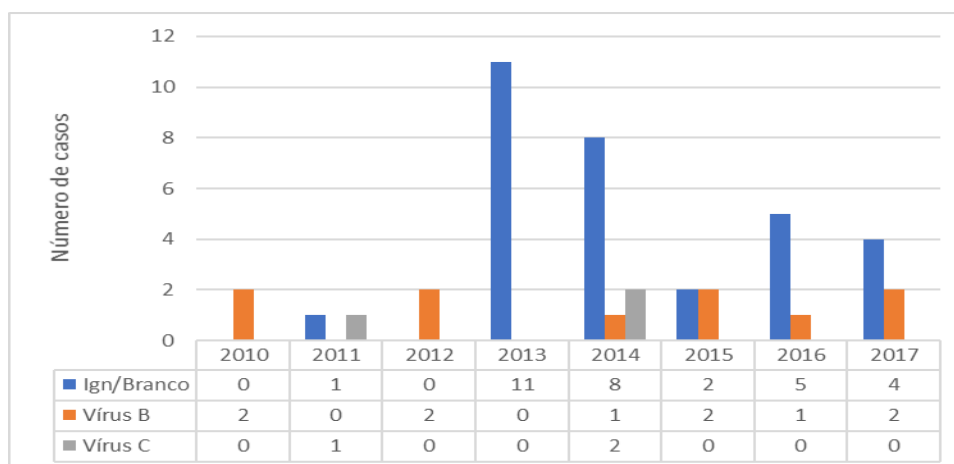
A faixa etária com maior incidência do agravo, de 2010 a 2017, está apresentada em 35-49 anos correspondendo a 29,54%, seguida pela faixa etária de 20-34 anos com 27,27% do total de casos.

**Gráfico 43 – Número de casos de hepatites virais, por faixa etária, Buerarema, 2010-2017.**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**Gráfico 44 – Número de casos de hepatites vírais por agente etiológico, Buerarema, Bahia, 2010-2017.**



**Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

Conforme os dados apresentados, evidencia-se a necessidade de implementar ações articuladas entre as equipes de saúde da família e Vigilância Epidemiológica, a fim de acolher, rastrear, investigar, e atuar ostensivamente desde a adesão até o término do tratamento. Vale ressaltar, que conforme estudos realizados pela OMS, grande parte das pessoas desconhece sua condição sorológica, agravando ainda mais a cadeia de transmissão da infecção.

Atuando na prevenção, o programa municipal de imunização disponibiliza para os munícipes as vacinas contra a hepatite A e a hepatite B, com coberturas adequadas dentro dos parâmetros preconizados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Contudo, a subnotificação das hepatites e o atendimento assistencial das hepatites requerem especial atenção do sistema de saúde municipal.

Torna-se, portanto, de fundamental importância diante deste cenário, a garantia pela rede pública de saúde da ampliação da testagem sorológica para as hepatites virais com o objetivo fundamental de equacionar esta situação, além de propiciar a detecção precoce de portadores, permitindo o acesso às medidas para a manutenção da saúde dos possíveis casos.

## SÍFILIS CONGENITA

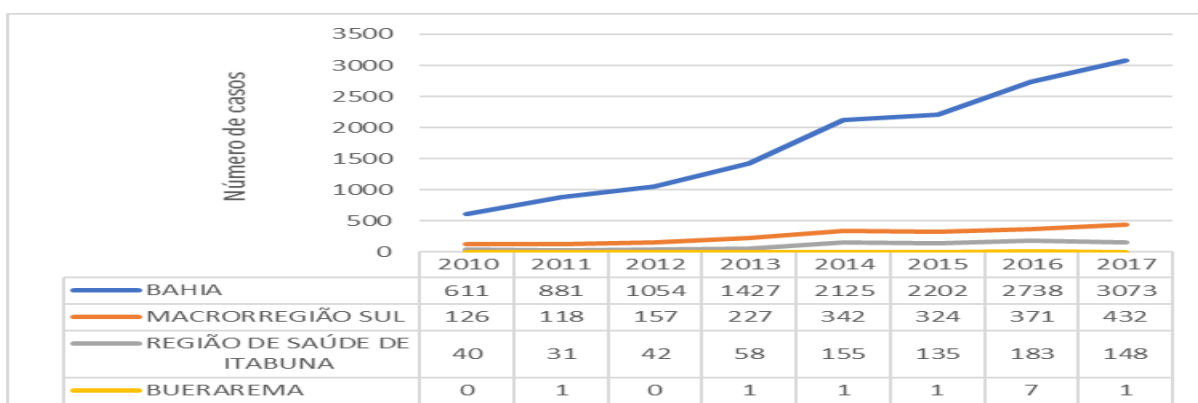
A sífilis congênita é causa frequente de morbimortalidade perinatal. Trata-se de uma doença passível de prevenção, de agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, cuja eliminação é possível desde que a mulher/parceiro infectados pela bactéria denominada *Treponema pallidum* sejam identificados e tratados antes e durante a gestação, porém o controle da infecção permanece como um grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica.

O agravo é transmitido ao feto ainda intra-útero, por meio da chamada transmissão vertical, onde ocorre a infecção em 80% dos fetos, a transmissão pelo canal do parto também pode ocorrer mas é menos frequente. A gestante não tratada, ou tratada de forma inadequada, pode apresentar consequências severas, como abortamento, parto prematuro, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.

O crescimento no número de casos em gestantes e em recém-nascidos tem mostrado uma tendência permanente nos últimos anos, mobilizando a gestão a manter a vigilância ativa e em discussão permanente sobre o assunto com os profissionais de saúde. Vale ressaltar, que todo caso de recém-nascido de gestante com sífilis que não realizou tratamento adequado durante a gestação deve ser notificado como sífilis congênita.

No que corresponde ao número de casos notificados de sífilis em gestantes, o estado da Bahia segue a tendência nacional, apresentando um aumento de 2.462 casos nos últimos sete anos (2010-2017), seguindo essa disposição a macrorregião Sul com 306 novos casos e a região de saúde de Itabuna correspondendo um aumento de 140 casos no mesmo período. O município de Buerarema, no entanto, apresentou um declínio significativo do ano de 2016, com 7 casos para 1 caso no ano de 2017, contrapondo a tendência estadual. (Gráfico 45)

**Gráfico 45 – Número de casos notificados de sífilis em gestantes, Bahia, macrorregião sul, região de saúde de Itabuna, Buerarema, 2010-2017.**



**Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

A sífilis congênita deve ser analisada como um indicador de avaliação de intervenções necessárias na qualidade da assistência obstétrica passível de prevenção durante o pré-natal da gestante, bem como a inclusão do parceiro, quando identificado, nas consultas com o intuito de aderi-lo ao tratamento.

**Gráfico 46 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, Bahia, macrorregião sul, região de saúde de Itabuna, Buerarema, 2010-2017.**



**Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

Se avalia que muito das notificações tem sofrido acréscimo em virtude do diagnóstico precoce, que acontece no momento do teste positivo de gravidez, e da notificação imediata. Em relação ao tratamento, ainda existe muita dificuldade em tratar o parceiro, o acesso é incipiente, fazendo com que não se conclua

positivamente o caso, bem como há o diagnóstico da sífilis congênita no momento do parto, não sendo possível prevenir a transmissão vertical.

A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna. O município apresentou a maior taxa de incidência de sífilis em menores de 1 ano no ano de 2016 com 8,4, reduzindo sua taxa em 2017 para 4,4. (Tabela..).

**Tabela 16 - Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico, Buerarema, Bahia, 1998-2017.**

Sífilis congênita em menores de um ano	Total	1998-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	3	0	.	.	.	.	.	.	2	1
Taxa de detecção	.	.	.	.	.	.	.	.	8,2	4,4

**FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.**

Os dados apontados evidenciam a necessidade de implementação de ações voltadas a assistência pré-natal eficaz e eficiente, aperfeiçoando a rotina de consultas, retornos e exames no pré-natal, estimulando início no 1º trimestre, intensificando busca ativa de faltosas, monitorando as ações de qualificação da assistência ao parto e nascimento, com triagem sorológica e acompanhamento do RN no serviço de referência.

### **2.4.5.3 - DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

#### **2.4.5.3.1 – CAUSAS EXTERNAS**

Os agravos constituintes das causas externas tornaram-se vem transformando o perfil epidemiológico de morbidade e mortalidade mundial, apresentando-se como uma das principais causas de mortalidade, e nacional representa a terceira causa mais frequente, possuindo crescimento significativos em todos os períodos. Estudos revelam, que as internações por causas externas possuem uma alta taxa de ocupação de leitos hospitalares, embora apresente tempo de permanência menor que as causas naturais, o custo decorrente de gasto médico e diária torna-se maior, demonstrando um grande problema de saúde pública.

Essa ocupação se deve, sobretudo, aos acidentes de trânsito, evidenciados pelos causados por acidentes com motos e os consequentes tratamentos de reabilitação. Conforme análise epidemilógica, considerando a faixa etária da população economicamente ativa, observa-se o impacto socioeconômico devido a perda de vidas de adultos jovens em idade produtiva, faixa em que as estatísticas apontam maiores coeficientes de mortes por acidentes e violências.

As causas externas compreendem os eventos relacionados aos acidentes e violências. Entende-se por acidentes aqueles eventos não intencionais como quedas, envenenamentos, intoxicações, afogamentos, acidentes relacionados ao trânsito, entre outros, enquanto as violências são eventos de natureza intencional (violência física, psicológica, sexual, institucional por homofobia, suicídios), incluindo aquelas decorrentes de intervenções legais.

Somando-se esses conhecimentos e os dados compilados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), observa-se que no município de Buerarema, durante o período de 2010 a 2017, dos 142 óbitos por causas externas lançados no SIM, as principais revelam-se pelas as agressões ocupando a 1ª posição, com 60,56%, seguida pelos acidentes relacionados ao trânsito, com

19,71%, posteriormente os eventos cuja intenção é indeterminada revelando 4,22% e com 2,81 as lesões autoprovocadas intencionalmente.

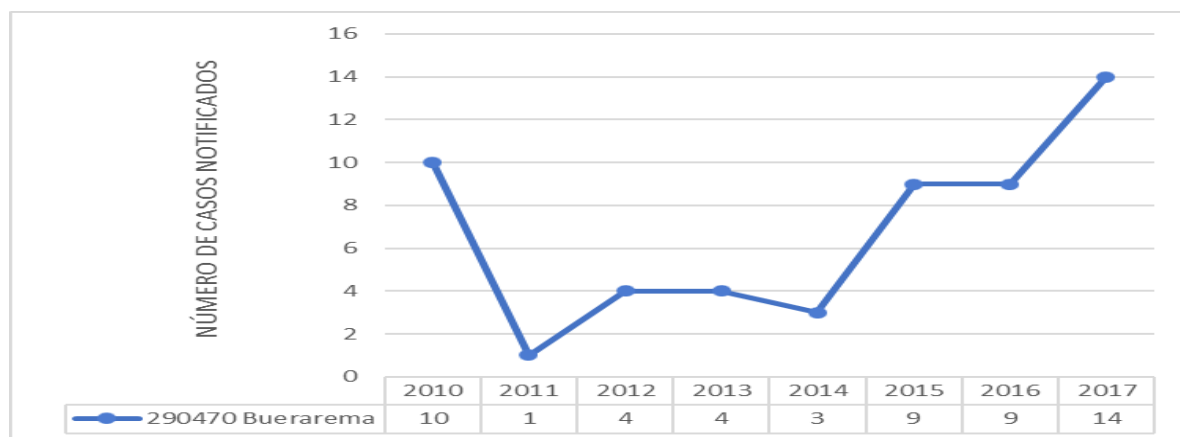
**Tabela 17 – Número de óbitos por causas externas, Grupo CID-10, Buerarema, Bahia, 2010-2017.**

Ano do Óbito	Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	Ocupante de veículo automotivo traumatizado em um acidente de transporte	Outros acidentes de transporte terrestre	Outros acidentes de transporte e os não especificados	Quedas	Exposição a forças mecânicas inanimadas	Afogamento e submersão	Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	Lesões autoprovocadas intencionalmente	Agressões	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	Efeitos adversos de drogas, medicamentos, substâncias biológicas e finalidades terapêuticas	Reações anormais tardias a procedimentos cirúrgicos, médicos e terapêuticos	Total
2010	1	-	1	1	-	1	-	1	-	-	1	14	-	-	21
2011	-	-	2	1	-	-	-	2	-	-	1	4	2	-	12
2012	2	-	-	3	-	-	-	-	1	-	-	12	1	-	19
2013	2	-	-	4	-	1	-	-	-	-	1	7	-	-	15
2014	2	-	1	2	1	-	-	-	-	-	1	6	-	-	13
2015	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	7	1	-	12
2016	-	-	-	1	-	1	1	1	-	-	-	25	1	1	31
2017	1	-	-	4	-	-	-	-	2	-	-	11	1	-	19
Total	11	-	1	17	4	1	3	1	5	1	4	86	6	1	142

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

No que tange as notificações de casos de violência interpessoal/autoprovocada, no mesmo período, evidencia-se um crescimento de 40% no número de casos notificados, saindo de 10 casos em 2010, para 14 em 2017. (Gráfico 47)

**Gráfico 47 – Número de casos de violência interpessoal/autoprovocada, Buerarema, Bahia, 2010-2017.**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação



A morbidade por causas externas é um indicador que precisa ser mais explorado na saúde pública, principalmente a nível ambulatorial, sendo necessário conhecer os seus determinantes, as circunstâncias que os envolvem, as formas de atenção aos problemas de saúde gerados e as características dos pacientes que procuram os serviços.

As informações levantadas por estudos desta natureza são importantes para que autoridades e gestores de saúde desenvolvam políticas e ações para o controle e a prevenção de acidentes e de violências.

#### **2.4.5.3.2 – NEOPLASIAS**

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de próstata, mama e colo uterino no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.

Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação das Políticas Públicas na Atenção Primária, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher e saúde do homem, que garantam ações relacionadas ao controle das neoplasias mais prevalentes entre os sexos feminino e masculino, priorizando o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades de saúde para prevenção e tratamento oportuno.

De acordo com os dados apontados pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer de próstata é o mais frequente entre os homens no Brasil, depois do câncer de pele. No entanto, por receio ou desconhecimento, o sistema de saúde evidencia pouca adesão pelos homens na busca por serviços. De acordo com o Inca, o câncer de próstata, na maioria dos casos, se desenvolve de maneira lenta e não apresenta sinais durante a vida e nem

grandes ameaças à saúde do homem. Contudo, em alguns casos ele pode evoluir de forma rápida e severa, comprometendo outros órgãos, tornando-se letal.

Ainda de acordo com o Inca, alguns fatores podem ser associados a um maior risco de câncer de próstata, entre eles a idade. Tanto a incidência (os casos novos mais os casos antigos) quanto a mortalidade por câncer de próstata aumenta após os 50 anos. E no Brasil, a cada dez homens diagnosticados com a doença, nove tem mais de 55 anos. Outros fatores que podem ser associados a um risco maior são histórico na família, sobrepeso, obesidade, consumo de bebidas alcoólicas e determinados padrões dietéticos.

Em Buerarema o câncer de próstata encontra-se, entre as neoplasias, com maior incidência por morbidade hospitalar, onde o número de interações, no período de 2012 a 2017, no total de 277 hospitalizações, 32 são de neoplasia maligna de próstata, correspondendo a 11,55%. No que se refere a faixa etária, a mais prevalente foi de 60 a 69 anos, com 11 internações pela neoplasia. (Tabela 18)

**Tabela 18 – Morbidade hospitalar SUS, Internações por Lista CID-10, Buerarema, Bahia, 2012-2017.**

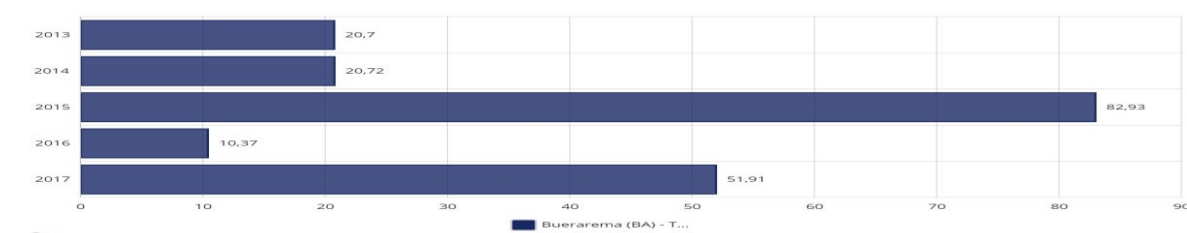
Lista Morb CID-10	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
02 Neoplasias (tumores)	5	40	32	49	48	53	227
.. Neoplasia maligna do lábio cavid oral e faringe	1	5	2	9	4	4	25
.. Neoplasia maligna do esôfago	-	3	-	2	1	-	6
.. Neoplasia maligna do estômago	-	-	1	2	3	3	9
.. Neoplasia maligna do cólon	-	-	1	-	3	4	8
.. Neopl malig junção retoss reto ânus canal anal	-	4	-	1	3	5	13
.. Neopl malig fígado e vias biliares intra-hepát	-	-	1	-	2	1	4
.. Neoplasia maligna do pâncreas	-	1	1	-	-	-	2
.. Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos	-	-	1	2	-	1	4
.. Neoplasias malignas de laringe	-	1	2	2	-	1	6
.. Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulm	-	-	-	1	2	1	4
.. Outras neopl malig órg respirat e intratorác	1	1	1	1	2	1	7
.. Neoplasia maligna do osso e cartilagem articul	-	-	1	-	-	1	2
.. Neoplasia maligna da pele	-	1	-	2	1	-	4

.. Outras neoplasias malignas da pele	-	1	-	-	-	1	2
.. Neopl malig do tecido mesotelial e tec moles	-	2	3	3	-	4	12
.. Neoplasia maligna da mama	-	3	2	5	5	5	20
.. Neoplasia maligna do colo do útero	-	3	3	1	3	3	13
.. Neopl malig outr porções e porç não espec útero	-	1	-	-	-	-	1
.. Outras neopl malignas órgãos genitais femininos	-	1	-	-	4	2	7
.. Neoplasia maligna da próstata	-	5	3	11	5	8	32
.. Outras neopl malignas órgãos genit masculinos	-	-	-	-	-	1	1
.. Neoplasia maligna da bexiga	-	3	2	1	2	1	9
.. Outras neoplasias malignas do trato urinário	-	-	-	1	1	-	2
.. Neoplasia maligna dos olhos e anexos	-	-	1	2	1	-	4
.. Neoplasia maligna do encéfalo	-	1	1	-	3	2	7
.. Neopl malig outras partes sistema nerv central	-	1	-	-	-	-	1
.. Neopl malig outr local mal def secun e não esp	3	2	3	2	2	2	14
.. Outras neopl malig tecidos linfóid hemat e rel	-	-	-	1	-	-	1
.. Neoplasia benigna da pele	-	1	3	-	-	2	6
.. Neopl benign encéfalo e outr part sist nerv cent	-	-	-	-	1	-	1
Total	5	40	32	49	48	53	227

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

No Brasil, o câncer de próstata ocorre principalmente em homens idosos. Seis em cada 10 casos são diagnosticados em homens com mais de 65 anos, sendo raro antes dos 40 anos. A média de idade no momento do diagnóstico é de 66 anos. A taxa de mortalidade por neoplasia de próstata, entre os anos de 2013 a 2017, apresentou aumento significativo de 20,7% em 2013 a 51,91% em 2017, demonstrando assim a necessidade de implementação estratégias eficientes de prevenção, diagnóstico na atenção integral à saúde do homem. (Gráfico 48)

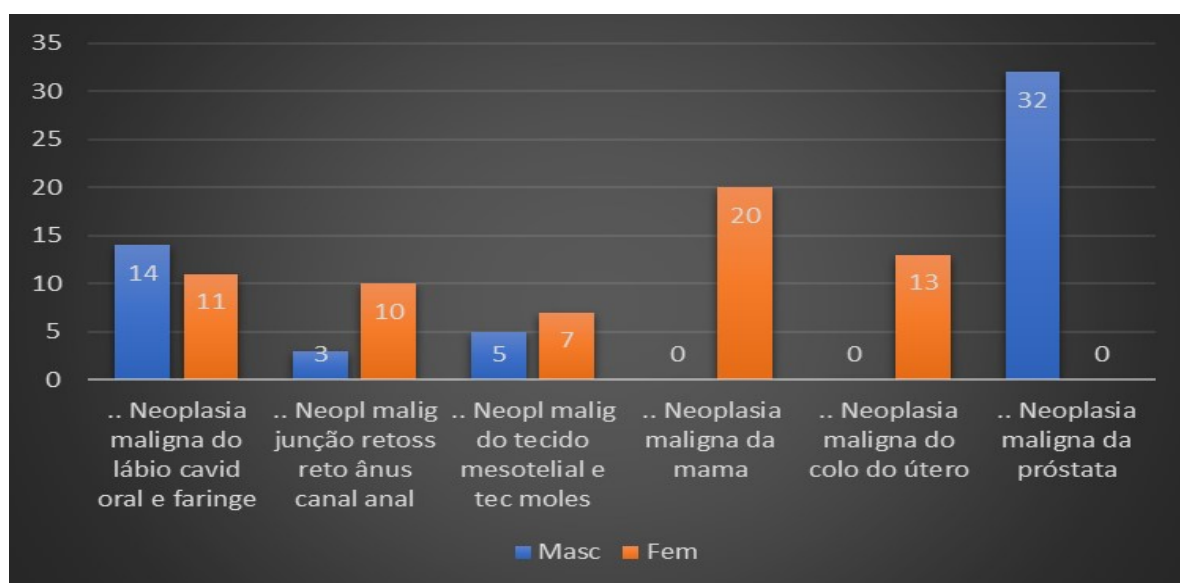
**Gráfico 48 – Taxa de mortalidade por câncer de próstata, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2020.

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade, dos 776 óbitos no município, no período supra, 12,88% representam a terceira maior causa de morte, as neoplasias, onde os 100 óbitos registrados por essa causa morte, 18% representam o sexo masculino sob neoplasia de próstata, 6% de câncer na cavidade oral e 5% corresponde ao de pulmão. Vale salientar, que o câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença no Brasil, no entanto, é mais letal segundo estudos.

**Gráfico 49 – Número de internações por Lista Morbidades - CID-10 e Sexo, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



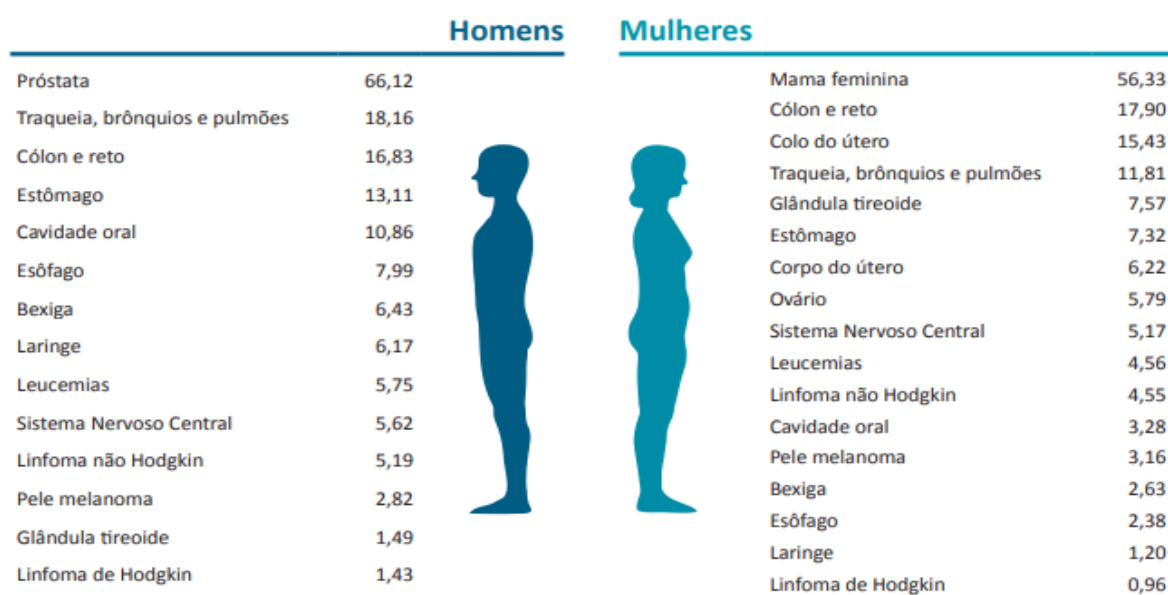
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Entre as mulheres, observa-se que o Câncer de Mama é o tipo de câncer mais comum tanto no mundo como no Brasil, não sendo diferente no município de Buerarema, onde a maior causa de morbidade hospitalar por neoplasia está representada em 21,05% pelo câncer de mama, seguido pelo câncer de útero e cólon/reto com 13,68% e cavidade oral/lábio/faringe com 11,57%.

A faixa etária mais acometida, pelo câncer de mama, encontra-se entre 50 a 59 anos. No que corresponde a morbidade hospitalar, pelas internações por neoplasia de colo uterino, no período, a faixa etária mais presente foi a de 40 a 49 anos.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama permanecem em aumento, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Alguns evoluem de forma rápida, outros, não. A maioria dos casos tem bom prognóstico. A Estimativa de casos novos no Brasil para 2016 é de 57.960 (INCA), e o número de mortes foi de 14.622 mulheres (2014 – MS/SIM/INCA).

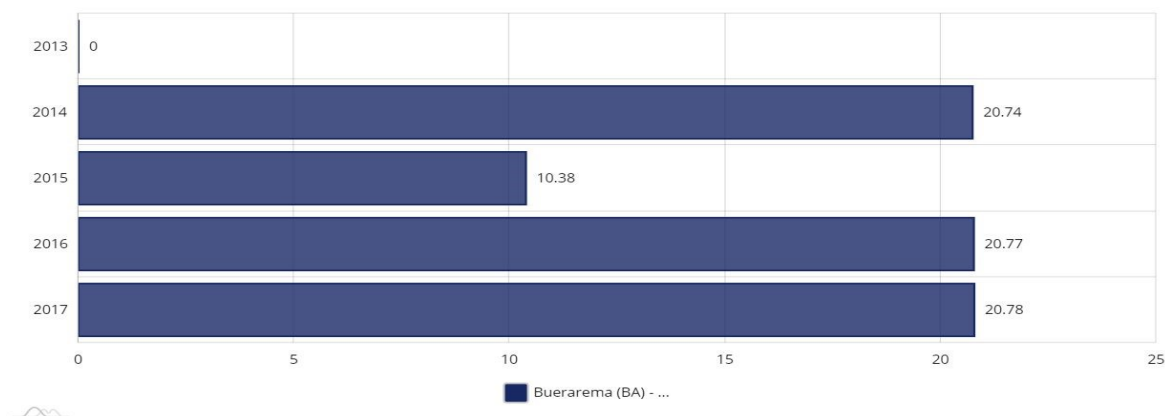
**Figura 05 - Taxas de incidência por localizações primárias de câncer, exceto pele não melanoma, por sexo, estimadas para 2018, no Brasil (\*Taxas brutas).**



Fonte: INCA, 2017.

No município, a taxa de mortalidade por neoplasia de mama apresentou discreto aumento no período de 2014-2017, passando de 20,74 em 2014, 10,38 em 2015, 20,77 em 2016 e 20,78 em 2017. No que corresponde ao número de óbitos por neoplasias entre mulheres, no período de 2013-2017, o câncer de mama encontra-se na primeira posição, com 17,5%, seguido pelo de colo uterino com 7,5%.

**Gráfico 50 – Taxa de mortalidade por neoplasia de mama, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**

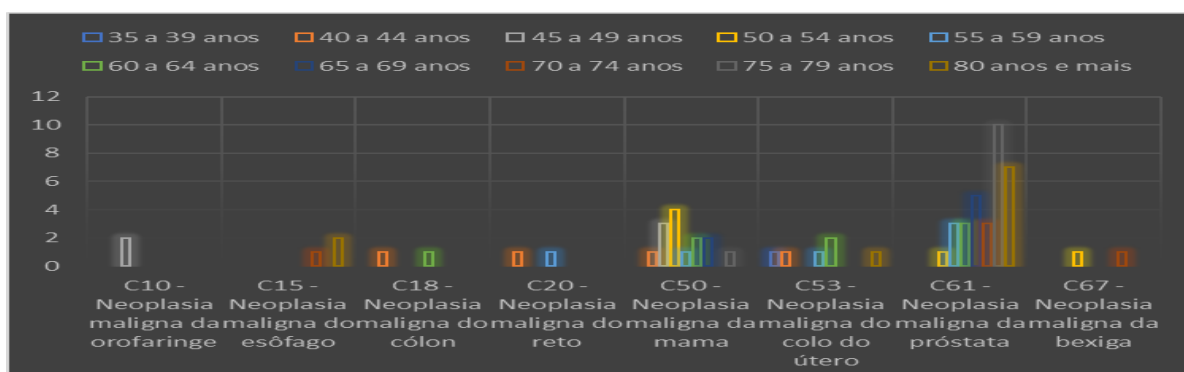


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2020.

Atualmente, registra-se o aumento da incidência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata e cólon e reto – ao mesmo tempo em que se observam taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados a condições sociais menos favorecidas – colo do útero, estômago, cabeça e pescoço (INCA).

Segundo o Painel Oncologia Brasil, o município apresentou 75 pacientes com diagnóstico de neoplasia, dentre eles destaca-se o câncer de próstata, com 42,66% (75 a 80+ anos), seguido do de mama com 18,66% (45 a 54 anos) e colo uterino correspondendo a 8% (60 a 64 anos).

**Gráfico 51 – Número casos por diagnóstico detalhado segundo faixa etária, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fontes: Painel Oncologia Brasil/MS.

Diante dos dados apontados, nota-se que o perfil do adoecimento está se modificando, evidenciado pela grande relevância da incidência e prevalência das neoplasias percebidas conjuntamente com as transformações demográficas, sociais e econômicas do país, o que sugere aos serviços de saúde a implementação de serviços e ações mais eficientes e eficazes na prevenção, promoção e tratamento em tempo hábil.

#### **2.4.5.3.3 – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas doenças multifatoriais que surgem no decorrer da vida e são de longa duração. Na atualidade constituem-se como um problema de saúde pública grave, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde.

No Brasil as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (dados de 2012). Isso leva a uma alteração nas cargas de doenças, tornando-se novo desafio para os gestores de saúde, e como agravante traz intenso impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, maior chance de morte prematura e os problemas econômicos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

As internações hospitalares, de DCNT, de maior frequência realizadas em residentes no município entre 2013 a 2017, foram os atendimentos de urgência em geral e os tratamentos clínicos das doenças do aparelho respiratório - pneumonia ou gripe e das doenças das vias aéreas inferiores apresentando 11,23%, cardiovasculares e cerebrovasculares, como insuficiência cardíaca, IAM, crise hipertensiva e AVC correspondendo a 8,31 % das internações. (Tabela 19)

**Tabela 19 – Internações por Capítulo CID-10 e faixa etária, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 +	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	60	119	59	17	5	3	13	9	17	14	20	12	348
II. Neoplasias (tumores)	1	7	14	16	5	1	32	85	50	51	54	21	337
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	2	2	6	-	2	4	14	7	7	8	11	63
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1	-	10	3	1	7	2	5	15	23	21	90
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1	-	21	35	29	13	1	-	-	100
VI. Doenças do sistema nervoso	12	6	-	2	4	3	3	2	2	2	9	3	48
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	-	1	6
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	3	3	4	8	4	17	27	51	63	85	62	328
X. Doenças do aparelho respiratório	93	187	37	41	2	6	12	8	10	24	41	47	508
XI. Doenças do aparelho digestivo	8	7	13	11	23	61	66	65	58	53	29	22	416
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	6	5	7	5	8	10	2	6	3	3	5	61
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	2	1	1	2	4	4	4	8	3	-	1	30
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	5	6	3	6	19	67	32	33	29	27	11	239
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	39	342	587	251	30	-	-	-	-	1249
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	103	-	-	-	-	2	1	-	1	-	2	2	111
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	5	4	-	2	4	3	-	3	-	-	-	24
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	2	5	1	3	5	9	4	12	17	22	9	90
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	14	28	26	28	75	63	65	47	36	20	14	417
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	1	-	1	20	17	7	5	3	-	-	54
Total	287	366	178	185	439	827	614	385	330	324	343	242	4520

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

No município, durante período de janeiro a dezembro de 2017, dentre as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças do aparelho circulatório representam 11,38%, respiratórios correspondendo a 10,21%, e as neoplasias com 8,40%, ocupando respectivamente as primeiras posições nas causas de morbidade hospitalar, refletindo concomitantemente no perfil epidemiológico mundial e nacional. (Tabela 20)



**Tabela 20 – Morbidade hospitalar por grupo de causas e faixa etária, Buerarema, Bahia, janeiro a dezembro 2017.**

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 +	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	11	3	-	1	1	1	3	7	5	7	5	56
II. Neoplasias (tumores)	-	2	2	8	-	-	3	18	12	10	7	3	65
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	2	-	-	1	2	1	-	1	5	12
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	1	-	2	-	2	2	5	4	16
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	2	2	1	-	1	-	6
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	1	1	1	-	1	1	1	15	23	22	22	88
X. Doenças do aparelho respiratório	9	29	6	2	1	1	3	2	1	3	14	8	79
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	1	2	1	7	1	11	7	7	6	5	2	51
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	4
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	3
XIV. Doenças do aparelho	-	-	-	1	2	1	11	3	1	3	5	2	29
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	12	69	116	45	6	-	-	-	-	248
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	1	-	1	1	4	1	3	5	5	4	26
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	1	3	4	7	17	6	7	8	6	2	6	67
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	3
Total	36	49	20	33	88	143	92	52	59	64	74	63	773

Fonte: DATASUS Tabnet/SIH.

Situações relacionadas à adoção de hábitos de vida não-saudáveis como: alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, além de aspectos genéticos, sociais, ambientais e culturais, constituem o grupo de causas determinantes das principais doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus, necessitando intervenções bem estabelecidas no sistema de saúde, com a estruturação de linhas de cuidado que contemplem todos os níveis de atenção à população.

Em 2017, implementou-se a assistência imperativa voltada ao indivíduo portador de Hipertensão e Diabetes, que se destacou por meio do rastreamento precoce, consulta médica e de enfermagem, realização de exames, acompanhamento nutricional, psicológico, práticas integrativas complementares e atividade física. A prevenção e promoção à saúde visando redução dos fatores de risco têm ocorrido através de atividades em grupo (caminhada, alongamento, nutrição, obesidade, etc.) nas unidades e área de abrangência.

Neste sentido, a Atenção Básica exerce papel de destaque por ser a porta de entrada do sistema de saúde, promovendo a detecção precoce e o tratamento oportuno e eficaz dos indivíduos acometidos pelos agravos. Campanhas de conscientização, estímulo ao automonitoramento glicêmico, ampliação do acesso a

medicamentos e a tratamento em níveis especializados do sistema, podem igualmente contribuir para melhoria da situação destes indicadores.

#### **2.4.5.4 – DOENÇAS ASSOCIADAS A VETORES**

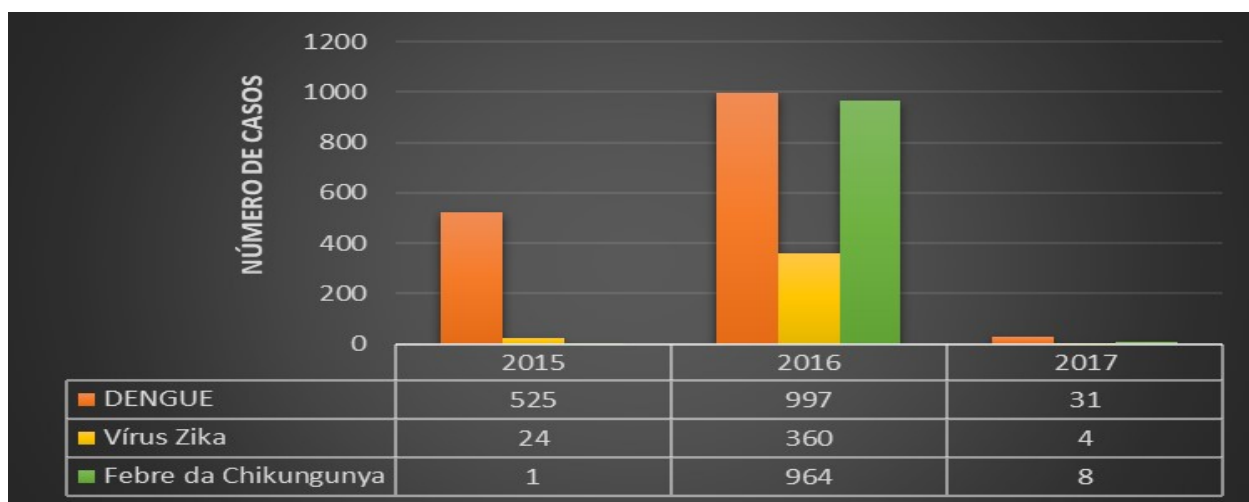
##### **2.4.5.4.1 - ARBOVIROSES**

As doenças conhecidas como arboviroses são aquelas causadas pelos chamados arbovírus, que abrangem o vírus da dengue, zika vírus, febre chikungunya e febre amarela. Logo, as arboviroses não são doenças contagiosas, transmitidas de pessoa a pessoa, mas propagadas por vetores, que são definidos pela Sociedade Brasileira de Parasitologia como artrópodes (como mosquitos, aranhas e carrapatos) ou veículos que transmitem um parasito entre dois hospedeiros (SANTOS et al, 2016).

No Brasil há diversas doenças transmitidas por vetores, como a malária, a febre amarela e a leishmaniose. Porém, desde 2015 tem se destacado a incidência de casos de dengue, zika vírus e febre chikungunya, transmitidas pelo mesmo vetor: *Aedes Aegypti*. Além do crescimento do número de casos, esta chamada “tríplice epidemia” trouxe preocupações pela associação entre o zika vírus e alguns casos de microcefalias e da Síndrome de Guillain Barré, conforme identificado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Este cenário mobilizou governos, instituições de saúde, instituições de pesquisa e sociedade civil para o enfrentamento do problema (SANTOS et al, 2016). No município de Buerarema, no triênio de 2015 a 2017, foram identificados 2.914 casos de dengue, zika e chikungunya notificados no SINAN, evidenciando uma crescimento alarmante no anos de 2016 em todas as arboviroses.

**Gráfico 52 - Número de casos notificados dengue, zika e chikungunya, Buerarema, Bahia, 2015- 2017.**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN ONLINE - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

É possível verificar o cenário municipal no ano de 2016 quanto às arboviroses, uma alta incidência de casos de dengue, zika e chikungunya, o que requereu ações de combate ao mosquito, de orientação à população e formação de profissionais quanto ao diagnóstico e tratamento destas doenças.

Dados do SINAN (2017) revelam grande variação no número de casos de dengue nos últimos dez anos, em Buerarema. Em 2007 foram 66 casos, contrastando com o ano de 2010, quando houve 9 registros. Nos anos de 2015 e 2016, período de manifestação da tríplice epidemia, o município identificou 695 casos e 1.000 ocorrências.

Outro indicador importante a ser apontado é resultado do Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRA) realizado em junho de 2017 foi de 4,2%. O Programa Nacional de Controle da Dengue define que os municípios que apresentam índices de infestação predial superiores a 1% estão em condições insatisfatórias, com risco alto de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito.

Considerando que são três doenças de variação estacional, as estratégias de enfrentamento devem considerar fatores de difícil controle (como condições climáticas) e não podem ser estanques. Necessitam da corresponsabilidade entre a sociedade civil e o poder público, com ações sistemáticas de controle de vetores, notificações de casos, orientações quanto à prevenção das doenças e a capacitação de profissionais para atuar nessas situações.

A transmissão vertical da Zika e a cronicidade da Chikungunya (incapacidade física) provocou a organização da rede de assistência à criança com microcefalia, a reorganização do atendimento especializado e necessidade de medicamentos específicos. Ressalta-se que no ano de 2017 ocorreram dois óbitos por arbovirose, um por dengue e um por chikungunya e apenas um (1) caso de bebê com microcefalia por Zika no município.

Vale ressaltar, que durante do período de 2016 e 2017, o município não alcançou a realização de 06 ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue, chegando a apenas 02 ciclos em 2016 e nenhum ciclo com 80% em 2017 executado. Esse indicador evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo, reduzindo e prevenindo riscos e agravos à saúde da população.

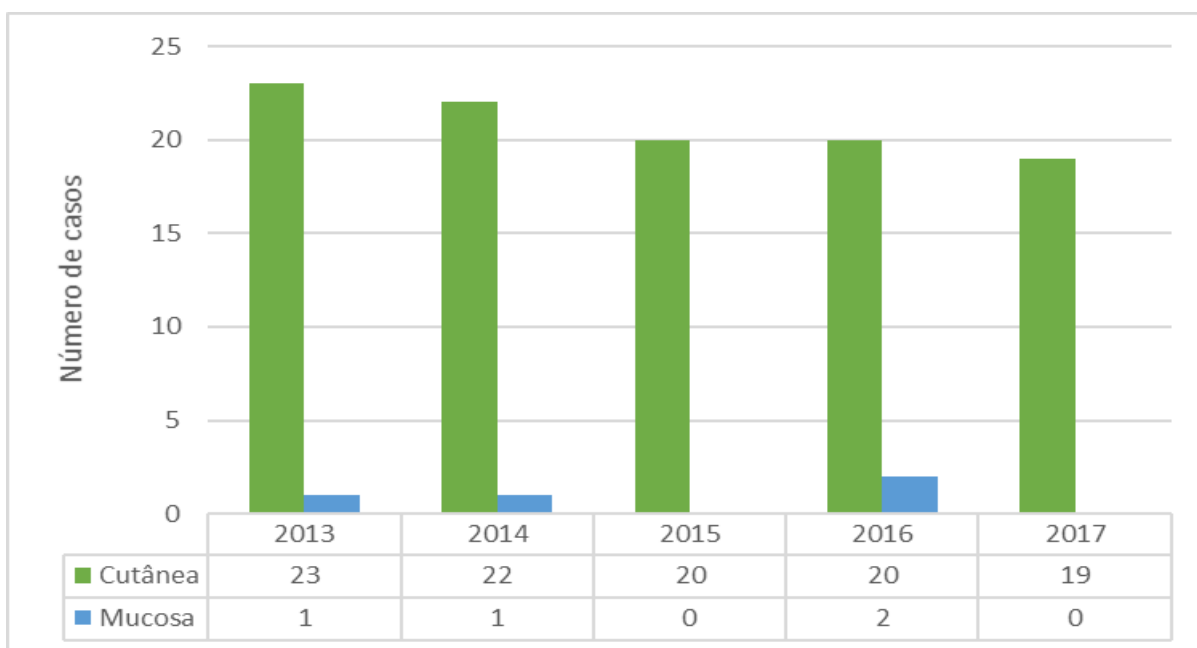
#### **2.4.5.4.2 – LEISHMANIOSE**

Doença infecciosa, porém, não contagiosa, causada por parasitas do gênero *Leishmania*. Há dois tipos de leishmaniose: leishmaniose tegumentar ou cutânea e a leishmaniose visceral ou calazar, respectivamente a primeira que ataca a pele e as mucosas, e segunda acomete vários órgãos internos, principalmente o fígado, o baço e a medula óssea. que ataca órgãos internos. É uma doença de evolução longa, podendo durar alguns meses ou até ultrapassar o período de um ano.

A leishmaniasis é transmitida ao homem (e também a outras espécies de mamíferos) por insetos vetores ou transmissores, conhecidos como flebotomíneos. A transmissão acontece quando uma fêmea infectada de flebotomíneo passa o protozoário a uma vítima sem a infecção, enquanto se alimenta de seu sangue. Tais vítimas, além do homem, são vários mamíferos silvestres (como a preguiça, o gambá, roedores, canídeos) e domésticos (cão, cavalo etc.).

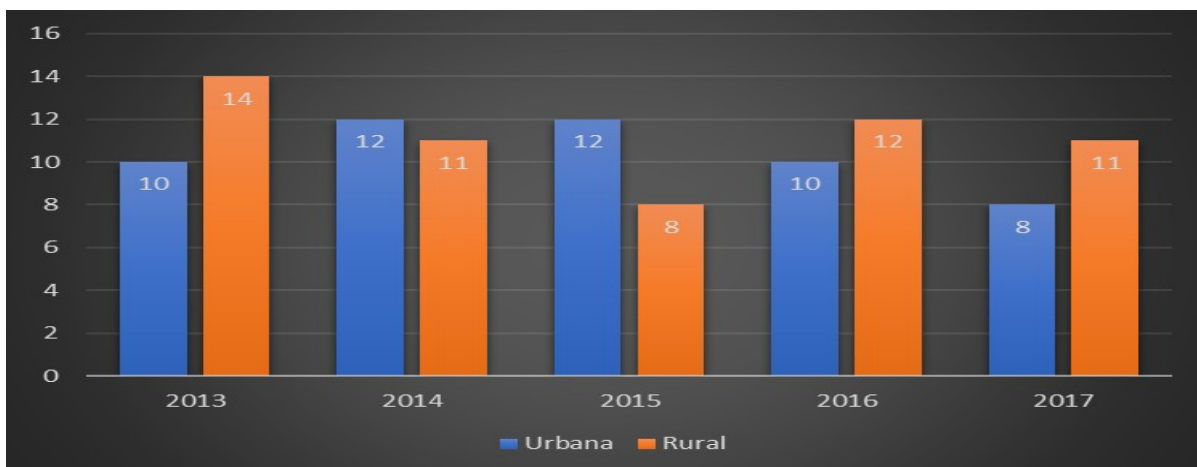
No período de 2013-2017, o número de casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) no município, por forma clínica, apresentou redução de 17% na forma cutânea e no ano de 2017 nenhum caso registrado de LTA mucosa. No que tange a zona de ocorrência, verifica-se uma proporção semelhante entre a zona urbana e rural, com uma discreta proporção maior para a zona rural, sendo 51,85 % dos casos diagnosticados na zona rural e 48,15% na urbana.

**Gráfico 53 – Número casos confirmados por ano diagnóstico e forma clínica, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

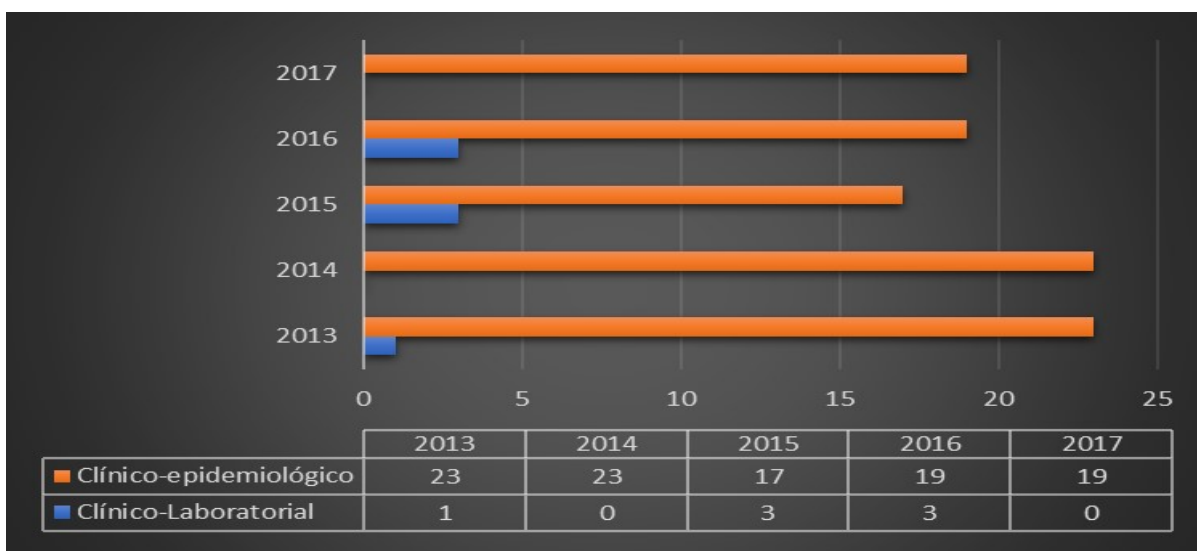
**Gráfico 54 – Número de casos confirmados por ano diagnóstico e zona residência, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Evidencia-se também no município, no mesmo período, a insuficiência de confirmação diagnóstica por exame laboratorial, detecção necessária uma vez que há um número considerável de diagnósticos diferenciais para a doença. Com isso, potencializa-se a importância do diagnóstico clínico e epidemiológico para a identificação e consequente tratamento eficaz da doença.

**Gráfico 55 – Número casos confirmados por ano diagnóstico e critério de confirmação, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/SINAN-Net

## 2.4.5.4 – DOENÇA PARASITÁRIA

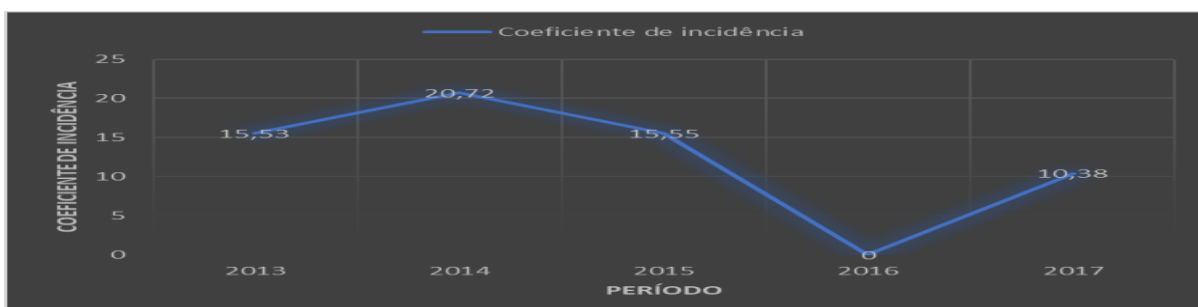
### 2.4.5.4.1 – ESQUITOSSOMOSE

A esquistossomose mansoni é uma doença parasitária desencadeada pelo helminto *Schistosoma mansoni*, que tem como hospedeiros intermediários caramujos de água doce do gênero *Bimphalaria*, provocando casos que evoluem desde formas assintomáticas até formas graves, por assemelhar-se a inúmeras outras doenças, dificulta o diagnóstico, retardando o tratamento e a notificação do agravo.

A importância do tratamento consiste em curar a doença, reduzir ou diminuir a carga parasitária do hospedeiro, impedir a evolução para as formas graves, e também minimizar a produção e a eliminação dos ovos do helminto como uma forma de prevenção primária da transmissão da doença.

A magnitude de sua prevalência, associada à severidade das formas clínicas e a sua evolução, conferem a esquistossomose uma grande relevância enquanto problema de saúde pública, estimulando ao poder público estadual e federal a estabelecer meta de controle da morbidade até 2020 e eliminação como problema de saúde pública até 2025. Entretanto, no período de 2013-2017, o município registrou 12 casos de esquistossomose, apresentando sua maior incidência no ano de 2014, destacando uma proporção de casos oriundos na zona urbana, correspondendo a 83,33% e na zona rural 16,67%. (Gráfico 56)

**Gráfico 56 - Coeficiente de incidência de esquistossomose mansoni, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/SINAN-Net

#### **2.4.5.5 – DOENÇAS IMUNOPRIVINÍVEIS**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda pelo menos 95% de cobertura vacinal para manutenção da erradicação, eliminação ou controle de doenças imunopreveníveis, além de indicadores como a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas e a proporção de crianças vivendo em municípios com coberturas vacinais preconizadas.

O indicador de pactuação interfederativa, que trata sobre a proporção de cobertura vacinal preconizada pelo calendário nacional de vacinação deixa expresso a necessidade premente de acompanhamento, por um sistema de vigilância do risco de transmissão de doenças imunopreveníveis com avaliação das características de situações que merecem intervenções oportunas.

Esse acompanhamento deve ser realizado por um sistema de vigilância, que deve garantir coberturas adequadas, evitando doenças e mortes desnecessárias, alertas para incentivar a adesão às vacinações agendadas e chamadas para atualização de vacinas atrasadas.

Em Buerarema, como em todo país, as doenças imunopreveníveis se encontram com tendência decrescente de incidência ou sem registro de casos, devido à transição epidemiológica e a manutenção de níveis adequados de coberturas vacinais na população. No entanto, o desafio em termos de coberturas vacinais homogêneas continua.

Os dados dos últimos cinco anos apresentam apenas dois casos de meningite, entre as doenças imunopreveníveis de maior impacto. O Programa de Imunização vem contribuindo para a erradicação de doenças como poliomielite, eliminação do sarampo e rubéola, das quais não houve registro no município.



### 3. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Alinhado ao Plano Plurianual 2018-2021 Municipal, a Secretaria de Saúde tem um papel fundamental, assumindo o compromisso de melhorar o atendimento na rede pública de atenção à saúde, ampliando a oferta, o acesso e a qualidade dos serviços. A gestão municipal de saúde, não obstante do compromisso assumido, ratifica e assegura o direito à saúde contemplando os princípios da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade com estabelecimento de responsabilidade partilhada com entes federados, destacando-se no papel relevante para construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os gestores do SUS a partir do Pacto pela Saúde (2006) buscam aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde, sob a forma de rede, como estratégia essencial para consolidar os princípios do SUS.

Assim se condensou o sistema de saúde de Buerarema, com uma rede de atenção à saúde, com base na integração dos serviços interfederativos; regionalizada, compondo a macrorregião Sul e região de saúde de Itabuna, sendo o município pólo Itabuna com maior capacidade de serviços com densidades tecnológicas, onde estão definidas de forma hierárquica as ações e serviços por nível de complexidade conforme dispõe a Programação Pactuada Integrada (PPI) junto ao ente federado.

Não obstante, é importante destacar que muitos são os desafios para a consolidação dos princípios fundamentais do SUS na garantia do direito à saúde, onde as metodologias que garantem a mensuração dos resultados, devem ser institucionalizadas como uma cultura de monitoramento e avaliação, desenhada com foco em medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios prioritários nas linhas de cuidados dos ciclos de vida preenchendo os vazios assistenciais existentes.

Assim, a organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado. No elenco de questões estratégicas envolvidas nessa organização, figura a conformação de áreas temáticas do cuidado, caracterizados por condições específicas e determinadas por diferentes causas, quer de natureza biológica, quer social, cultura e econômica. Essas áreas são particularmente representadas por crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos.

Ademais, advindo da habilitação voltada na gestão da atenção básica, a operacionalização do sistema municipal de saúde é executada por ações de saúde que se organizam por ciclos de vida na rede atenção municipal, na lógica da prevenção e do cuidado, composta por referências técnicas na Atenção Primária e Vigilância à Saúde, que baseiam os processos de trabalho nas seguintes áreas temáticas do cuidado: saúde da criança, do adolescente, do adulto (incluindo a saúde da mulher, do homem e áreas de atuação: hipertensão e diabetes (doenças crônicas não transmissíveis) tuberculose e hanseníase (doenças transmissíveis), além de saúde bucal, saúde da escola, saúde mental, pessoas com deficiência, e as áreas de atuação das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS), doenças imunopreveníveis, da alimentação e nutrição, da promoção da saúde e práticas integrativas e complementares.

Também dentro das atribuições das referências técnicas, encontram-se assessorar e acompanhar a implantação das políticas públicas prioritárias na área de atenção à saúde, acompanhar e avaliar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em cada ponto de cuidado em saúde, promover a integração entre os níveis de atenção, elaborar normas, rotinas e fluxos para organização do acesso a rede de serviços, além de propor reorganização de processos de trabalho.

A articulação entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, garantido a integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, riscos e danos à saúde no

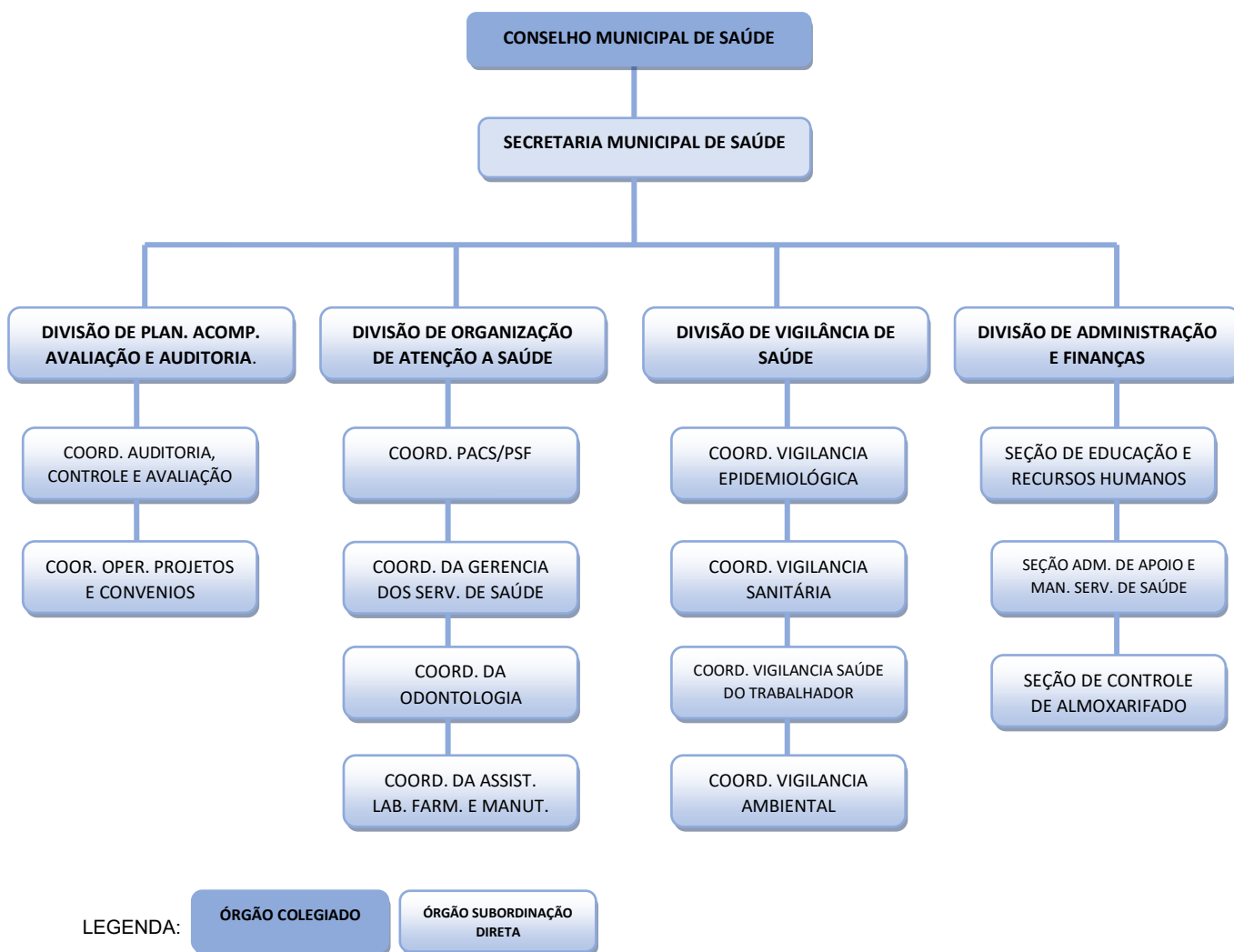
seu território como fatores para intervenções oportunas na melhoria da qualidade dos serviços.

### **3.1 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Secretaria Municipal de Saúde de Buerarema foi instituída pela Lei 536 de 11 de abril de 2001, que integra o sistema único de saúde no âmbito do município de Buerarema, é o órgão da administração pública centralizada, diretamente vinculada ao chefe do Executivo Municipal, atendendo, em seu funcionamento, aos princípios fundamentais da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e nas Leis Federais nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), com garantia da integralidade, universalidade e equidade, tendo como finalidade a formulação, coordenação, supervisão e execução das políticas públicas de saúde empreendidas pela administração municipal, mediante ações próprias ou em parceria, ou por meio de relações interfederativas, e com o setor privado, objetivando o acesso universal e igualitário da população aos serviços de saúde.

Integra como parte fundamental da Secretaria Municipal e Sistema Único de Saúde, no âmbito do município de Buerarema, como órgão co-participe, consultivo, deliberativo e fiscalizador, representando o controle social, no estabelecimento das políticas públicas empreendidas pela administração municipal, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), criado pela Lei n.º 418 de 03 de setembro de 1993, pondendo este órgão expedir normas regulamentadoras, e traçar diretrizes operacionais empreendidas pela Secretaria de Saúde, e homologadas pelo chefe do Executivo.

Ainda para melhor visualização da estrutura administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde encontra-se disposta conforme organograma abaixo:



FONTE: SMA/SMS/PMB.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído pela Lei n.º 418 de 03 de setembro de 1993, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, órgão colegiado do Sistema Único de Saúde, permanente, paritário e deliberativo que supervisiona, avalia, controla, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo o principal canal de participação popular no âmbito da gestão municipal.

Todos os departamentos da Secretaria Municipal de Saúde possuem suas especificidades, atribuições específicas, no entanto, a responsabilidade da gestão municipal baseia-se na execução da intersetorialidade das políticas públicas por meio de programas e ações conjuntas, entre divisões, coordenações e seções da SMS, que possam intervir de forma efetiva e integral na melhoria do acesso e condições de saúde da população, principalmente a mais vulnerável.

Nesse sentido, Paulo Freire entendia que os trabalhadores deveriam ser desafiados a contribuir ativamente com os usuários de suas ações e servi-los na luta pelo direito à saúde, usando o conhecimento técnico para a construção da autonomia dos sujeitos, de seu direito de apropriação do sistema de saúde e de satisfação com o mesmo (Brasil, 2009a).

### **3.2 – RECURSOS HUMANOS A FORÇA DO TRABALHO**

A força de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde compõe-se de servidores efetivos (municipais, estaduais e federais), cargos em comissão e funcionários contratados, totalizando 169. (Tabela 21) Toda prestação de serviços em saúde, existe a necessidade de recursos humanos específicos e qualificados para compor a gestão do trabalho da Secretaria Municipal da Saúde. O planejamento da gestão, aliado à necessidade de dimensionamento de pessoal e a alteração da estrutura da Secretaria se mostra como algo premente e que deve ser realizado.

Com vistas ao desenvolvimento de características dinâmicas e proativas às temáticas de recursos humanos, esta Secretaria vem buscando manter um quadro de profissionais capaz de garantir a continuidade dos serviços e a qualidade dos seus processos.

Este é o grande desafio para garantir o funcionamento do sistema de RH da Saúde: fixar e qualificar profissionais de saúde para a rede de serviços, no âmbito

do SUS. O vínculo empregatício prioritário da Secretaria da Saúde é o regime estatutário, excepcionalmente realizam-se contratações temporárias, através de PSS – Processo Seletivo Simplificado para suprir a necessidade do serviço durante um período específico ou através da terceirização para serviços complementares.

A Lei Municipal n.º 703 de 01 de junho de 2015, instituiu o Estatuto do Servidor e o Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) para servidores efetivos da administração direta do Município de Buerarema trazendo benefícios aos trabalhadores que apresentarem uma boa conduta e qualificação continuada através de promoção horizontal, vertical e o triênio. Atualmente o quadro de recursos humanos da secretaria municipal totaliza 169 profissionais dentre comissionados, estatutários, contratos temporários e cedidos, distribuídos conforme a tabela 21:

**Tabela 21 - Número de profissionais da SMS por função e vínculo empregatício, Buerarema, Bahia, 2017.**

FUNÇÃO	VINCULO			
	COMISSIONADO	ESTATUTÁRIO	CONTRATO	CEDIDO
ADMINISTRADOR	1	0	0	0
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAUDE	0	45	0	0
AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS	0	0	10	2
ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS	0	0	1	0
ASSISTENTE SOCIAL	0	1	1	0
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA	0	1	0	0
AUXILIAR EM SAUDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA	0	0	0	0
CIRURGIÃO DENTISTA CLINICO GERAL	1	1	0	0
CIRURGIÃO DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA	0	1	4	0
DIGITADOR	0	0	5	0
EDUCADOR FISICO	0	0	1	0
ENFERMEIRO	3	4	3	0
ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA	1	0	6	0
FARMACÊUTICO	0	1	0	0
FISCAL SANITARIO	0	0	1	1
FISIOTERAPEUTA GERAL	0	0	2	0
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	0	0	1	0
MÉDICO CLINICO	0	2	1	2
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA	0	0	7	0
MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	0	0	1	0
MÉDICO PEDIATRA	0	0	1	0
MÉDICO PSIQUIATRA	0	0	1	0
MÉDICO VETERINÁRIO	1	1	0	0
MOTORISTA	0	4	2	0
NUTRICIONISTA	0	1	1	0
PSICÓLOGO CLINICO	0	0	2	0
RECEPCIONISTA, EM GERAL	0	7	5	0
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	0	10	12	1
TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA	0	8	2	0
TOTAL	6	87	70	6

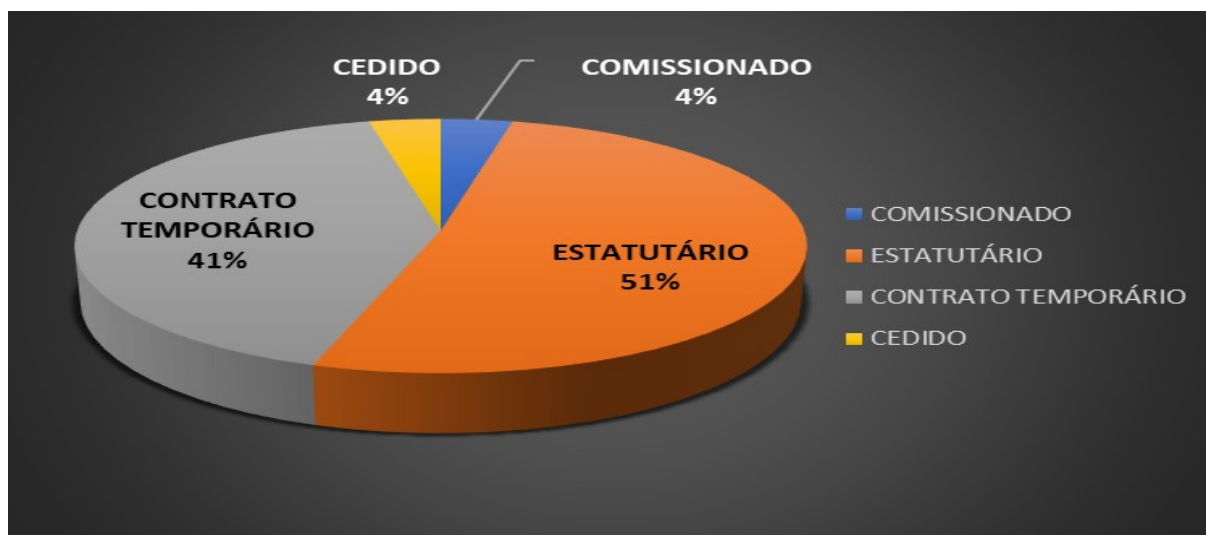
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),2017.

Evidencia-se que o setor de produção e prestação de serviços na saúde pública, após a instituição do SUS, gerou inúmeros postos de trabalho, de caráter essencial e de relevância pública, sendo o poder público seu maior empregador.

A composição dos recursos humanos do setor saúde deve ser garantido pela oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, com manutenção de direitos e deveres aos trabalhadores da área de saúde.

Observa-se no município, que 41% dos profissionais que atuam no sistema único de saúde municipal encontram-se por meio de contratações não convencionais, precárias, através de contrato de prestação de serviço, com prejuízos não só para os próprios trabalhadores como também para os usuários do sistema, onde a ausência de vinculação efetiva e grande rotatividade compromete a relação assistencial. Entretanto, nos dados apresentados, 51% dos trabalhadores são concursados, o que evidencia uma iniciativa do poder público municipal na despreciação dos serviços. (Gráfico 57)

**Gráfico 57 – Porcentagem de servidores da SMS conforme vínculo empregatício, Buerarema, Bahia, 2017.**



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),2017.

O dimensionamento, e posterior estimulação do poder público para adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS, que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador, são ações essenciais em

benefício de melhorias na qualidade do acesso e do atendimento dispensado aos usuários do SUS. Isso porque, as relações construída do ato do cuidar são as principais características do trabalho vivo com o usuário.

### 3.3 – ESTABELECIMENTOS DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dispõe sua rede de serviços assistenciais estruturada em 07 unidades de saúde da família; 01 unidade básica de saúde, que possui características funcionais de unidade de pronto atendimento; 01 centro administrativo onde estão localizados os departamentos de Atenção Básica, Regulação, Controle e Avaliação, Tratamento Fora do Domicílio, Transporte Sanitário Eletivo, Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e gabinete da SMS.(Tabela 22)

O Conselho Municipal de Saúde não possui estrutura física exclusiva para desenvolvimento de suas atividades, sendo as questões de ordem administrativas executadas na SMS, onde a instituição disponibiliza recurso humanos e materiais para auxílio, e as reuniões ordinárias e extraordinárias são realizadas em espaço cedido pela SMS.

**Tabela 22 – Estabelecimentos públicos de saúde, Buerarema, Bahia, 2017.**

CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO GESTÃO	LOGRADOURO	NUMERO	BAIRRO
7899971	UBS SESP	M	RUA OSVALDO CRUZ	133	CENTRO
2386593	PSF FLORA SANTA FE	M	AV MARIO RAMOS DE LIMA	S/N	CENTRO
2386658	PSF PROFESSOR ERNANDI LINS	M	RUA A	S/N	SANTA HELENA
2386623	PSF VILA OPERARIA	M	RUA JOAO LUIS ALVES	S/N	VILA OPERARIA
2386666	PSF DR HERALDO ROCHA	M	RUA FLORIANO PEIXOTO	S/N	CENTRO
2386615	PSF EURICO SUZART DE CARVALHO	M	RUA PASTOR FREITAS	S/N	CENTRO
2601826	PSF MANOEL E MESSIAS	M	RUA MIGUEL ALVES BARBOSA	S/N	DISTRITO
2386607	PSF BUERAREMA	M	RUA OSVALDO CRUZ	133	CENTRO
7521073	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BUERAREMA	D	AV GOES CALMON	774	CENTRO
7930070	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE BUERAREMA	M	AV GOES CALMON	774	CENTRO
2386631	VIGILANCIA SANITARIA SMS	M	AV GOES CALMON	774	CENTRO

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),2017.



#### 4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.(BRASIL, 2010). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel fundamental como elo de ligação entre os pontos de atenção na rede, nos seus diferentes níveis, uma vez que a APS caracteriza-se como ordenadora do cuidado e como porta de entrada no serviço público de saúde.

Vale destacar, que uma rede de atenção organizada, com gestão integrada, onde os recursos são alocados racionalmente e centralizados nas necessidades de saúde da população, consegue manter o itinerário de cuidados na garantia da atenção contínua e integral, com resultados sanitários e econômicos positivos.

A atenção primária tem o papel de protagonista nas RAS, é essencial para que o sistema possa assumir riscos dentro de limites financeiros pré-definidos e aceitar os desafios da qualidade. Ainda observa-se, que a proposta formulada de atenção em rede não foi amplamente entendido por grande parte dos profissionais de saúde, uma vez que como protagonista no cuidado integral do usuário, os profissionais da APS, deixam de se apropriar definitivamente dos seus pacientes quando os mesmos são encaminhados a outro nível de atenção, e portanto não havendo a necessidade de envolvimento com continuidade do cuidado.

Evidentemente, sempre que necessário, deve encaminhar o usuário a serviços de média e alta complexidade, de modo a responder às necessidades de certos processos de adoecimento. Para tanto, vale destacar que estes encaminhamentos devem ser feitos de modo a manter a responsabilidade e centralidade do processo de cuidado e, portanto, o profissional que atua na Atenção Primária e na Estratégia de Saúde da Família, deve acompanhar as ações desenvolvidas pelos outros serviços da rede e garantir o retorno do paciente ao local de origem e a continuidade do tratamento e/ou monitoramento do caso.

Dessa forma, vale destacar a importância de cada ponto de atenção na RAS, que vão desde os cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) até aos cuidados de urgência e emergência. A figura abaixo sintetiza os principais elementos da concepção da atenção em redes.

#### DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE RAS



Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

### 4.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a Política nacional de Atenção Básica, entende-se a atenção básica, também denominada primária, como sendo o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, porta de entrada preferencial à rede, coordenadora do cuidado e que deve ter visão integral da assistência à saúde da população adscrita.

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e, para tanto, o município organizou-se por meio da estratégia Saúde da Família como o eixo norteador para expansão da rede de atenção à saúde, sob práticas de saúde que envolvam à grande capilaridade que os serviços podem ter no território.

O fortalecimento da atenção básica é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 80% das necessidades de atenção à saúde da população, pois somente 17,46% da população têm planos de saúde (Nota Técnica DAB dezembro 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi recentemente atualizada pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), que estabeleceu a revisão de diretrizes no âmbito do SUS. A Estratégia de Saúde da Família é reafirmada como forma de organização prioritária para consolidação e qualificação da atenção básica. A nova PNAB reconhece que outras estratégias de atenção básica podem ser aplicadas, contudo, a conversão em Estratégia Saúde da Família deve ser estimulada.

A revisão da PNAB também trouxe mudanças relacionadas ao prazo de implantação das equipes, à cobertura do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Atenção Básica (NASF), o teto populacional e à incorporação do Registro Eletrônico em Saúde, além da criação do perfil de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) (DAB/MS, 2017).

Deste modo, a Secretaria Municipal de Saúde de Buerarema adota a Estratégia de Saúde da Família como reordenadora das práticas da Atenção Básica. O município possui sua estrutura com 07 Unidades de Saúde da Família, e 01 unidade básica de saúde; 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Tabela..). Apresenta cobertura de atenção básica e da Estratégia de Saúde da Família em 100%, destas apenas 04 possuem equipes de saúde bucal, alcançando uma cobertura de 71,62%.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, a população por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) encontra-se estimada de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. As unidades possuem seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12

meses do ano, exceto a Unidade Básica de Saúde/SESP, onde o serviço é ininterrupto.

A Secretaria Municipal de Saúde vem buscando a consolidação efetiva do modelo assistencial na Atenção Básica através de investimentos, dentre eles: reformas, reaparelhamento de novas unidades e ações previamente planejadas, organizadas e coordenadas que visam melhoria da qualidade das ações e serviços da rede SUS de forma a contemplar todos os municípios.

**Tabela 23 – Distribuição das unidades de saúde conforma localização, número de ESF e ESB, Buerarema, Bahia, 2017.**

CNES	UNIDADES DE SAÚDE	LOGRADOURO	NUMERO	BAIRRO	NÚMERO DE ESF	NÚMERO DE ESB
2386593	PSF FLORA SANTA FE	AV MARIO RAMOS DE LIMA	S/N	CENTRO	1	0
2386607	PSF BUERAREMA	RUA OSVALDO CRUZ	133	CENTRO	1	1
2386615	PSF EURICO SUZART DE CARVALHO	RUA PASTOR FREITAS	S/N	CENTRO	1	1
2386623	PSF BEATRIZ LIMA SANTANA	RUA JOAO LUIS ALVES	S/N	DISTRITO VILA OPERARIA	1	0
2386658	PSF PROFESSOR ERNANDI LINS	RUA A	S/N	SANTA HELENA	1	1
2386666	PSF DR HERALDO ROCHA	RUA FLORIANO PEIXOTO	S/N	CENTRO	1	1
2601826	PSF MANOEL E MESSIAS	RUA MIGUEL ALVES BARBOSA	S/N	DISTRITO KM 03	1	0
7899971	UBS SESP	RUA OSVALDO CRUZ	133	CENTRO	0	0

**Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),2017.**

As unidades de saúde da família são compostas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal (nas USF com ESB), bem como auxiliares administrativos e serviços gerais.

Nas UBS sem a Estratégia de Saúde da Família, a composição do quadro de profissionais está diretamente vinculada à capacidade instalada da unidade de saúde e de acordo com a sua tipologia, sendo constituída por equipe multiprofissional, médico clínico, ginecologista, pediatra, psiquiatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, agente comunitário de Saúde – ACS, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal.

As equipes devem garantir resposta aos usuários de acordo com suas necessidades e esgotar todas as estratégias tecnológicas do trabalho em saúde disponíveis no território local, articulando e implicando, inclusive, outros equipamentos sociais presentes no território (educacionais, culturais, lazer, entre outros), bem como a realização de parcerias com organizações sociais e da comunidade que possam contribuir no acompanhamento/manutenção dos processos de cuidado em saúde.

Como apoio à APS, existem outros dispositivos da rede de atenção, que articulados entre si contribuem para o aumento do acesso e a qualidade da atenção prestada à população Bueraremense. Dentre eles, está o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por equipe multiprofissionais, sob categorias de assistente social, nutricionista, médico, educador físico, psicólogo e fisioterapeuta, que desenvolvem ações de forma integrada com as ESF. Tais ações podem, ainda, ocorrer de forma intersetorial, tendo como prioridade a prevenção de doenças e a promoção da saúde em seus territórios de atuação. Atividades Desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família:

- ✓ Grupos de apoio em saúde mental;
- ✓ Grupos de Prática corporais e atividade física;
- ✓ Apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família nos grupos de hipertensão e diabetes;
- ✓ Matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Ações junto à comunidade nas datas comemorativas como: outubro rosa, na prevenção do câncer de colo, de mama e útero; agosto azul, na prevenção de câncer de próstata, prevenção de doenças crônicas aos homens e controle do tabagismo; mês do idoso, prevenção de quedas e envelhecimento saudável;
- ✓ Visitas Domiciliares;
- ✓ Discussões de casos e planejamento de ações de acordo com as demandas do território

#### **4.1.1 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA - SISAB**

O SISAB é uma das estratégias do MS para desenvolver e reestruturar as informações, unificando e integrando todos os sistemas de software na Atenção Básica, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado, por meio do Cartão Nacional de Saúde. Esta é a principal reestruturação, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário e a produção de todos os profissionais da AB, melhorando assim a qualidade da informação em saúde e otimizando o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos.

O SISAB foi instituído através da Portaria Ministerial nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Este novo sistema substitui o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, e conta com dois sistemas de softwares para captação de dados: Coleta de Dados Simplificados (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

A implantação do novo sistema no município, o SISAB, foi realizado em 2013, onde a captação dos dados é realizada pelo software para e-SUS Atenção Básica - CDS (Coleta de Dados Simplificada que permite o registro integrado e simplificado através de fichas de cadastro do domicílio e dos usuários, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar, informações estas que vão compor o SISAB.

Estima-se que até o final do ano de 2021 ocorra a implantação do PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão em toda rede de atenção primária. encontra-se ainda disponível pelo CDS, com estimativa de implantação do PEC até 2021. Desde a implantação do SISAB, houve um aumento do número de Equipes de Saúde da Família, mas a logística para digitação das fichas no sistema manteve-se a mesma, a digitação das fichas do e-SUS AB estão centralizadas na Secretaria Municipal, no setor do Sistema de Informação em Saúde (SIS). Ao longo do ano algumas ações foram implementadas para melhorar a qualida do registro junto ao SISAB no município.

Em análise dos dados produzidos e lançados no SISAB, identificou-se uma baixa produtividade no que tange ao cadastro pelos ACS da população estimada, o que sugere uma uma ineficiência no cadastro efetuado pelos Agentes Comunitários de Saúde e/ou baixa digitação dos dados produzidos.

#### **4.1.2 – ÁREAS TÉCNICAS E PROGRAMAS DA ATENÇÃO BÁSICA**

A Atenção Primária no município é composta por diversas áreas programáticas que atuam com abordagens transversais, por ciclo de vida com observação dos segmentos vulneráveis, onde pretende-se nos próximos quatro anos, manter a qualidade dos serviços ofertados nos programas, ampliando as ações de promoção e prevenção à saúde, assim como atender à demanda do município nos casos elegíveis a estes programas.

Vale salientar, que a prática do trabalho na Atenção Primária ainda é realizada com pouca troca de informações entre os serviços e entre as diversas unidades de outros níveis e setores integrantes da rede de atenção á saúde.

No entanto, a amplitude e intensidade dos serviços que compõem a Atenção Primária em Buerarema infere-se a capilaridade desta rede de modo a bem acolher e cuidar do cidadão bueraremense, ampliando a resolutividade neste nível de atenção com vistas ao encaminhamento para unidades de maior complexidade, somente nos casos em que a situação requerer de atenção especializada.

##### **4.1.2.1 – SAÚDE BUCAL**

A saúde bucal estabelece sua atuação conforme formulações do Programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde (MS), traduzindo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com o desafio de organizar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal de forma integrada com as equipes de saúde da família, permitindo uma maior cobertura em saúde bucal e qualificação do trabalho.

Todas as ações desta área técnica devem estar pautadas nas necessidades da população, tendo como objetivo proporcionar a melhoria das condições de Saúde Bucal, por meio de práticas coletivas de promoção à saúde, bem como ações individuais de atendimento das necessidades acumuladas de forma transversal às linhas de cuidado e ciclos de vida, com prioridade aos de agravos de saúde e vulnerabilidade social.

A Secretaria Municipal de Saúde atualmente dispõe de 4 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas entre as USF Buerarema, Heraldo Rocha, Eurico Suzart e Ernandi Lins, bem como dois odontólogos na Unidade Básica de Saúde/SESP. No período de 2007 a 2017, ocorreu uma expansão significativa na cobertura assistencial das Equipes de Saúde Bucal, passando de 38,66% para 71,62% em 2017, com estimativa de mais 3 ESB para o próximo quadriênio. (Gráfico 58)

**Gráfico 58 – Percentual de cobertura populacional pela ESB, Buerarema, Bahia, 2007-2017.**



Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de Pagamento da Saúde da Família por competência e unidade geográfica

O acesso é proporcionado de formas variadas em cada unidade: por livre demanda (agenda aberta), chamada por ordem de inscrição feita durante acolhimento ou por ciclo de agendamento, onde se estipula uma data para distribuição de senhas com número de vagas definidas pela capacidade instalada do serviço junto ao profissional. Os horários na agenda de cada profissional são



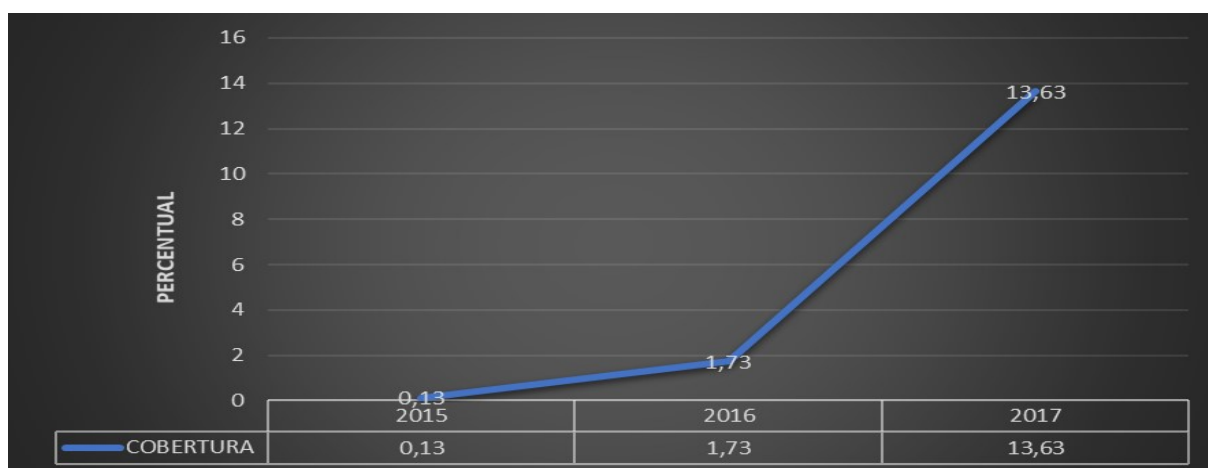
divididos em atendimento clínico (primeira consulta, retornos e demanda espontânea), visita domiciliar, prevenção de grupos e reunião de equipe.

As unidades disponibilizam a assistência em saúde bucal à população residente na área de abrangência, sendo porta de entrada para os demais serviços de diferentes complexidades da odontologia. A demanda para atendimento pode ser programática, espontânea ou de programas. As atividades preconizadas envolvem:

- Tratamento curativo e reabilitador - consultas de urgências, consultas clínicas e de diagnóstico, aplicação de flúor, profilaxia, periodontia básica, restaurações, extrações, procedimentos em odontopediatria e pequenas cirurgias.
- Atividades educativas e preventivas individual e coletivas – palestras em escolares, para grupos prioritários (gestantes, idosos, diabéticos, hipertensos) e orientação individual para o paciente em tratamento. Os temas abordados são sobre cárie dentária, doenças da gengiva, halitose, câncer bucal, traumatismo dentário dentro outros.
- Acolhimento – quando ocorrem as orientações relativas ao acesso no serviço, escuta da queixa principal com instruções pertinentes.
- Encaminhamento para as unidades de referência
- Acesso garantido para grupos prioritários.

A cobertura da demanda programática é um importante indicador na saúde bucal, uma vez que reflete o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, com o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico. Evidenciamos, no triênio de 2015 a 2017, um aumento dessa cobertura, onde o parâmetro esperado para o indicador é 15% atendimento de primeira consulta odontológica programática/ano. (Gráfico 59).

**Gráfico 59 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Buerarema, Bahia, 2015-2017.**

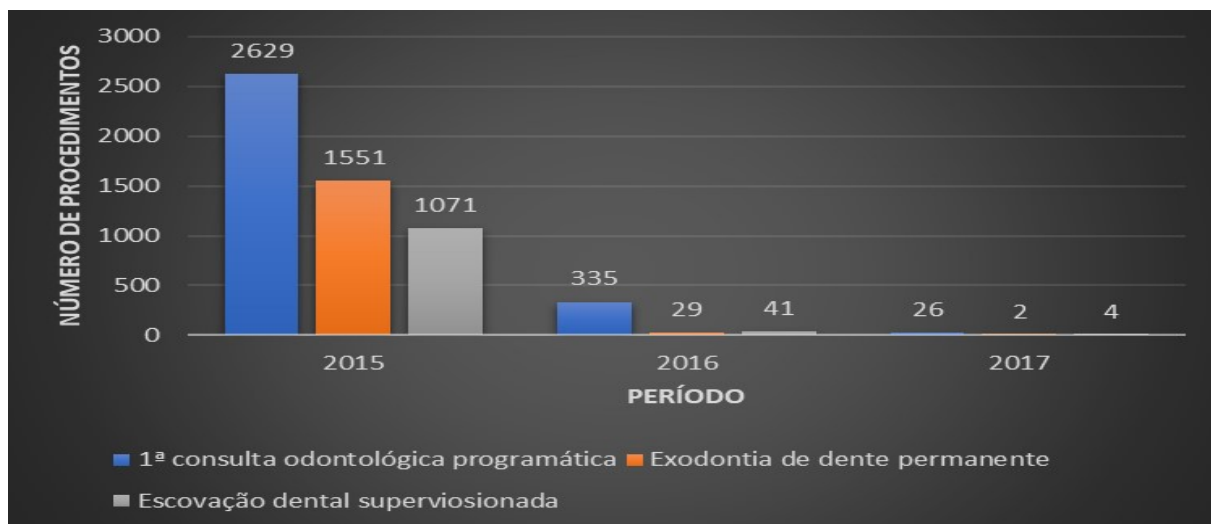


Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de produção.

Outro indicador que contribui com o monitoramento das ações de saúde bucal é a proporção de pessoas que teve acesso à escovação dental supervisionada pelo odontólogo, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Assim, seguindo a avaliação de desempenho da produção de saúde bucal da rede própria, durante o triênio de 2015 a 2017, optou-se por analisar procedimentos que indiquem o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal prestada pelo município.

A análise dos dados permite inferir que há uma tendência crescente de ações de promoção e prevenção em saúde bucal realizadas pelo município, destacando um aumento significativo no ano de 2017. Em relação a 1ª consulta odontológica programática, exodontia de dentes permanentes e escovação dental supervisionada observou-se uma discrepância na produção anos de 2015 e 2016, fato este justificado à época pela reorganização dos registros, com a implantação do e-SUS AB. Atualmente os registros são lançados o mais próximo possível do que realmente que é realizado nas unidades de saúde do município. (Gráfico 60).

**Gráfico 60 - Número de procedimentos de primeira consulta odontológica programática, exodontia de dentes permanentes e escovação dental supervisionada, Buerarema, Bahia, 2015-2017.**



Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de produção.

O município, durante o período de 2015 e 2016, apresentou baixa cobertura, o que não implicam na ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde. Mas, sendo a escovação dental supervisionada, uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas, os resultados permitem avaliar os rumos da atenção em saúde bucal, o que pode ser evidenciada pela produção em 2017.

#### 4.1.2.2 – SAÚDE DA CRIANÇA DO ADOLESCENTE

Estudos revelam, com evidências na redução das taxas de mortalidade infantil (< 1 ano) e de mortalidade na infância (< 5 anos) que a ampliação do acesso à vacinação, a cobertura da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), contribuíram significativamente na melhoria da assistência á saúde das crianças.

Também se observa um controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno.

O cuidado longitudinal à saúde da criança consiste no atendimento à criança no período compreendido entre zero e 10 anos de idade. Trata-se de uma função primordial da Atenção Básica em Saúde, que é compreendida como a porta de entrada do serviço de saúde, sendo coordenadora do cuidado e propiciando a fonte de cuidados contínuos e acessíveis nas quais uma equipe se responsabiliza por ofertar ações de promoção e prevenção à saúde, além da assistência e reabilitação, de forma integral.

A equipe de Atenção Básica, no âmbito da saúde da criança, pode organizar o processo de trabalho de forma a ofertar uma atenção equânime e integral às crianças, especialmente àquelas em situação de risco e vulnerabilidade, com enfoque na qualificação do cuidado e avaliação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor e do crescimento, para detecção de doenças mais prevalentes na infância e no levantamento dos fatores de risco, de forma a garantir uma assistência holística e de qualidade.

Os profissionais executam os seguintes serviços: visita domiciliar para a captação precoce, até o 5º dia de vida da criança, prestando orientações sobre cuidados com o recém-nascido bem como os benefícios da amamentação; acompanhamento dos marcos de desenvolvimento da criança realizado por médico, enfermeiro, odontólogo e nutricionista; imunização; triagem neonatal; e apoio a constituição do vínculo das crianças com os responsáveis observando a realidade psicossocial na qual a família encontra-se inserida.

Em relação aos dados assistenciais de crianças menores de dois anos, identificamos uma redução no número de consultas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) no período de 2015 a 2017, passando de 1001 em 2015 para 817 em 2017 (Gráfico 61). No entanto, observa-se que a introdução da estratégia do e-SUS pode ter interferido na qualidade do registro dos dados no sistema, o que compromete significativamente o acompanhamento e monitoramento das ações propostas.

Evidencia-se também, uma distorção da produção apresentada no período de 2015 com os dados demográficos da população na faixa etária de 0 a 2 anos pela SESAB/SUVISA/DIVEP/COASS/GT Demografia.

**Gráfico 61 – Número de consultas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (Puericultura), Buerarema, 2015-2017.**



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

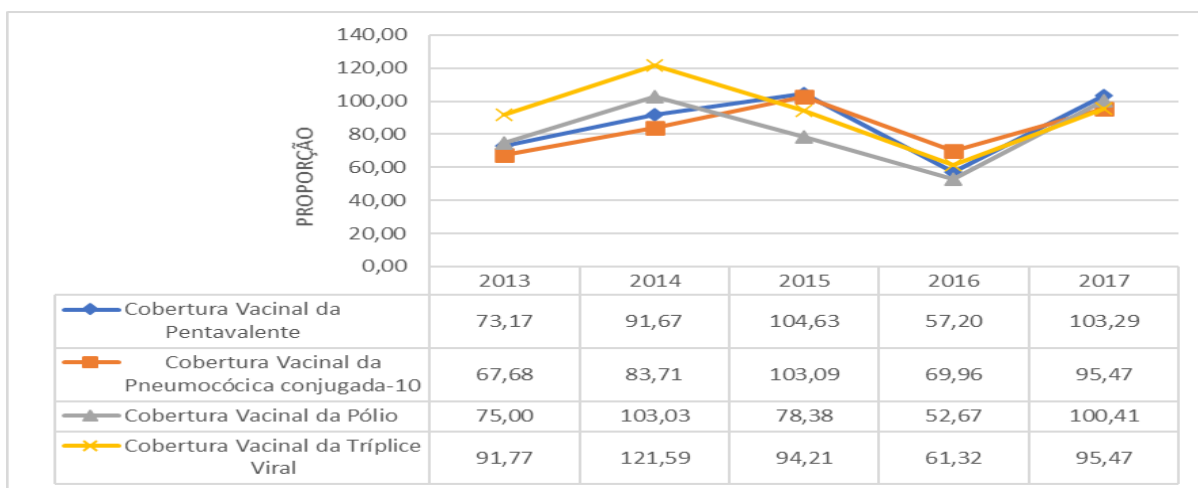
Outro indicador de análise fundamental para a prevenção de agravos imunopreveníveis na infância é a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos, classificadas como Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).

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

Desde o período de 2013 a 2017, o município não vem alcançando a meta preconizada maior ou igual a 75%, proporcionada pela manutenção das elevadas coberturas vacinais (CV) das quatro vacinas selecionadas (Pentavalente; Poliomielite, Pneumocócica conjugada-10 e Tríplice viral) do calendário básico de

vacinação para crianças em  $\geq 95\%$ , apresentando apenas nos anos de 2014, 2015 e 2017 meta de 50%. (Gráfico 62)

**Gráfico 62 - Proporção de cobertura vacinal Pentavalente; Poliomielite, Pneumocócica conjugada-10 e Tríplice viral, Buerarema, Bahia, 2013-2017.**

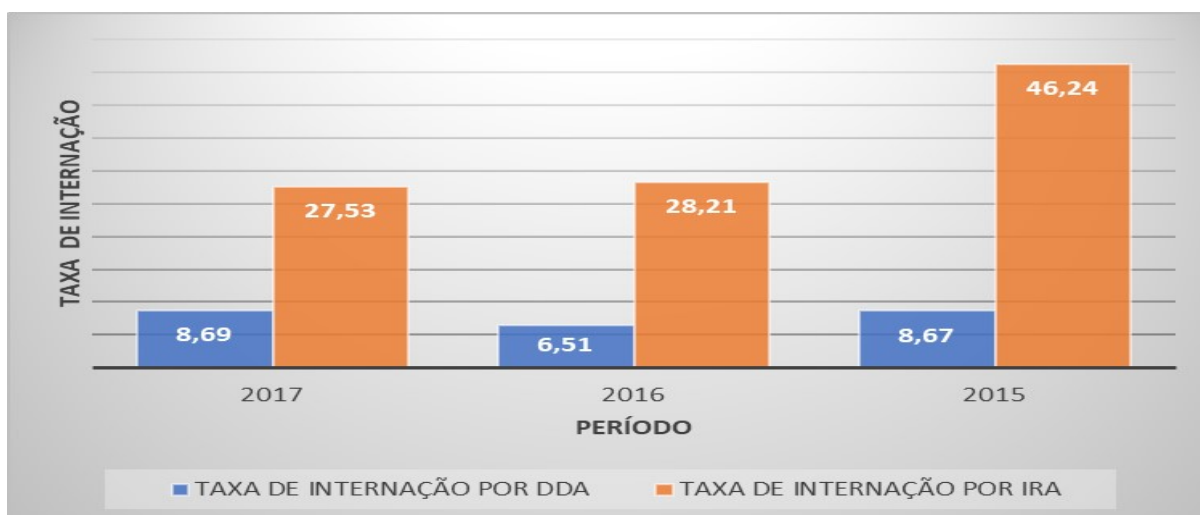


Fonte: Site SIPNI/DIVEP/SUVISA/SESAB.

Conforme análise dos dados apontados, o monitoramento mensal das coberturas vacinais torna-se necessário no município, permitindo a detectar oportunamente baixas coberturas, possibilitando a identificação, de possíveis fatores responsáveis por essa situação, com o objetivo de adotar medidas para revertela.

No que tange a agravos sensíveis na atenção primária, à taxa de internação por Doença Diarreica Aguda (DDA) em crianças menores de cinco anos, no município, evidencia uma discreta variação nos períodos de 2015 a 2017, passando de 8,67/1000 em 2015 para 8,69/1000 em 2017. Já na análise das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças menores de 5 anos, uma das causas mais frequentes de internação hospitalar nesta faixa etária, identificamos, para o período analisado, uma redução no ano de 2017, que apresentou 27,53/1000 internações e no ano de 2015, tendo 46,24/1000 internações.(Gráfico 63).

**Gráfico 63 – Taxa de Internação por Doença Diarreica Aguda (DDA) e por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de 5 anos, Buerarema, 2015-2017.**



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

Estudo apresentam que condições nutricionais como baixo peso ao nascer, baixos peso e estatura não condizentes com a idade, e interrupção da amamentação precoce, bem como estado de vulnerabilidade socioeconômica, exposição passiva ao fumo e condições ambientais inadequadas são, principais fatores de risco envolvidos na ocorrência das DRA na infância.

No que tange a atenção ao adolescente, o Ministério da Saúde segue como definição de adolescência a prescrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza o período de 10 e 19 anos e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos (BRASIL, 2010, p. 46).

A rede de atenção primária do município presta assistência a este ciclo etário por meio das Unidades de Saúde da Família e Unidade Básica, onde são desenvolvidas ações e serviços na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, com prevenção e detecção de agravos a essa faixa etária sejam eles físicos, psicossociais e emocionais, tratamento e reabilitação, atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva, baseando a linha de cuidado articulada aos sistemas que compõem a rede de atenção.

Nesse sentido, a atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens apresenta-se como um desafio, por tratar-se de um grupo social em fase de grandes e importantes transformações psicobiológicas articuladas a um envolvimento social e ao redimensionamento da sua identidade e dos novos papéis sociais que vão assumindo (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, 1996).

#### **4.1.2.3 – SAÚDE DA MULHER**

A saúde da mulher está instituída no município por meio de seus serviços e ações disponíveis na atenção primária, reconhecendo-a como porta de entrada preferencial, coordenação do cuidado e resolutividade, onde por meio articulado mantém a continuação da linha de cuidado junto as outras redes de atenção.

As atividades desempenhadas pelas Unidades de Saúde visam a promoção, proteção e recuperação da sua saúde da mulher. Dentre os serviços ofertados pelas Unidades de saúde encontram-se assistência ao pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, bem como a abordagem dos problemas/queixas e a prevenção das neoplasias que mais acometem a população feminina.

Torna-se importante descorrer sobre a Rede Cegonha, estratégia instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que surgiu com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, com a implementação de rede de cuidados que assegurasse às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada a gravidez, ao parto, puerpério e abortamento; e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A assistência pré-natal municipal encontra-se estruturada sob mapa de vinculação, estratégia para garantir assistência regionalizada, vinculando a gestante a uma maternidade de referência no momento da inscrição no pré-natal para ter seu



parto assegurado, obedecendo também umas das diretrizes da Rede Cegonha, estabelenco a classificação do pré-natal, risco habitual (baixo risco) e alto risco.

A região de saúde de Itabuna é composta por duas unidades hospitalares/maternidades que compoem a Rede Cegonha, e conforme pactuação e regionalização com o município de Buerarema, o encaminhamento das gestantes bueraremenses é referenciado para o parto por classificação de acordo com as unidades dispostas abaixo.(Tabela 24)

**Tabela 24 - Distribuição dos Equipamentos Hospitalares/Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal. Buerarema, Bahia, 2017.**

<b>RISCO HABITUAL (BAIXO RISCO)</b>	<b>ALTO RISCO</b>
Maternidade Ester Gomes (Fundação Fernando Gomes) – Itabuna/BA	Hospital Manoel Novaes (SCMI) – Itabuna/BA

**Fonte: OBSERVATÓRIO BAIANO/PPI MAC-AIH.**

No entanto, destaca-se que ambas as gestantes, independente da sua classificação realizam seu pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, sendo apenas encaminhadas as respectivas unidades de hospitalares caso haja alguma intercorrência durante o período gestacional ou para o parto, uma vez que o município não dispõe de Hospital/Maternidade.

Outro fator a ser observado é que apesar da elaboração do mapa de vinculação do componente parto e nascimento, não existe garantia de que a gestante vinculada àquela maternidade de referência consiga realizar o parto no serviço indicado, uma vez as vagas de leitos obstétricos em Itabuna também atendem às gestantes de outros municípios pactuados.

Em relação à realização dos exames de pré-natal e tratamento para a patologias diagnosticadas, verifica-se que todos os profissionais na rede estão devidamente capacitados para realização dos testes rápidos no momento da consulta do pré-natal; no entanto, existe uma dificuldade em tratar adequadamente a gestante com sífilis, devido a não adesão ao tratamento dos seus parceiros e resistência de alguns profissionais da AB para administrar a Penicilina na ausência do profissional médico, mesmo com normatização em portarias, decretos e notas técnicas em relação à administração da Penicilina na Atenção Básica por enfermeiros.

A saúde sexual e reprodutiva é assegurada as mulheres por meio de ações e serviços de informações sobre a sexualidade, prevenção de IST/AIDS, planejamento familiar onde fica resguardada a liberdade da mulher em querer ter filhos, quando e com que frequência irá tê-los, e a disponibilização dos métodos contraceptivos disponíveis da rede de atenção.

A abordagem da mulher no climatério, que ocorre por volta dos 40 até os 65 anos, período de vida da mulher que tem como características principais a redução/esgotamento da capacidade reprodutiva e a diminuição de produção hormonal pelos ovários, é realizada pelos profissionais de saúde do município de forma holista, humanizada e personalizada, considerando as particularidades do seu quadro clínico e a sua condição emocional.

No que tange a violência doméstica e sexual contra a mulher, os profissionais da atenção primária realizam o acolhimento, registro da história por meio da anamnese, exames clínicos e ginecológicos, profilaxias para HIV, DST's e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência (SINAN), exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial.

No acompanhamento a atenção integral à saúde da mulher são realizados os principais manejos clínicos para identificação precoce das neoplasias de mama e útero, sendo realizado pelo município desde o acolhimento com escuta

qualificada, exame físico das mamas, orientação e realização da mamografia de rastreamento em mulheres entre 50 e 69 anos de idade, exame citopatológico cervico-vaginal na faixa etária de 25 a 60 anos e vacinação contra o HPV, sendo este último responsável por persistentes infecções oncocongênicas.

Assim, diante do contexto apresentado, evidencia-se que o atendimento integral as mulheres encontra-se ainda no acolhimento de suas demandas e necessidades, não devendo esta atenção está apenas direcionada ao seu processo de adoecimento, mas também na promoção da saúde e prevenção primária. Dessa forma, torna-se importante a ampliação do rastreamento e a detecção precoce de doenças até a cura, com expectativa de reabilitação e os cuidados paliativos quando necessários.

#### **4.1.2.4 – SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO**

Tem por objetivo reduzir a morbimortalidade da população adulta e idosa originadas nas doenças crônico-degenerativas, assegurando a equidade nas condições de acesso por meio de abordagem interdisciplinar, impulsionando a mudança nos hábitos de vida dos usuários. Há necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde de forma humanizada, reduzindo agravos decorrentes de complicações por doenças crônico degenerativas tais como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus, doenças respiratórias, neoplasias, obesidade entre outras.

No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Em relação às neoplasias, os tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama – 15,2%, seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões – 9,7% e colo de útero – 6,4%. Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões – 15%, seguido pelo de próstata – 13,4% e o de estômago – 9,8%.

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

A rede de serviços de saúde municipal desenvolveu estratégias para enfrentamento das comorbidades que mais afetam a saúde do adulto, em seu ciclo de vida mais vulnerável, os idosos, que vão desde a identificação dos seus fatores de risco em comum modificáveis, dentre eles o tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade, até a definição de diretrizes e ações na vigilância, informação, avaliação e monitoramento, na promoção da saúde e no cuidado integral.

As principais ações estão dirigidas às linhas de cuidados, onde foram implementados protocolos e diretrizes clínicas no tratamento das doenças crônicas. O profissional da atenção primária, conta com o diferencial da visão holística no cuidado à saúde, onde mesmo que subjetivos os motivos da consulta, são valorizados os fatores condicionantes das enfermidades. É dessa forma, que o profissional torna o paciente protagonista da sua história, fazendo com que ele possa participar e aderir a este trabalho se comprometendo com o autocuidado.

#### **4.1.2.3 . SAÚDE MENTAL**

O município tem por princípio pautar sua participação na rede de atenção psicossocial (RAPS) conforme regulamentação da Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, regulamentando que os serviços de saúde sejam assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno.

A rede municipal de saúde mental no município propôs uma Política de Saúde Mental, descentralizada e melhor organizada com novos serviços, com vistas a direcionar o usuário para o seu território, possibilitando que este possa percorrer diferentes dispositivos da sua rede psicossocial e afetiva. Porém, o acompanhamento com os serviços de saúde mental dar-se-á sempre que necessário, seja no atendimento direto com o usuário, seja com o apoio a rede de atenção básica e pelo ambulatório de saúde mental.

O ambulatório municipal de saúde mental (AMSM) tem como objetivo atender os pacientes portadores de transtornos mentais leves, moderados, graves e severos na lógica do cuidado em saúde mental em regime aberto, ambulatorial e comunitário evitando à internação psiquiátrica. O serviço visa trabalhar a reabilitação psicossocial do usuário.

O AMSM possui equipe multiprofissional, psiquiatra, psicólogos e assistentes sociais que trabalham com pacientes com transtornos com a finalidade de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento, objetivando a ressocialização e vinculação do paciente na rede de atenção básica. No decorrer dos atendimentos trabalha-se com: avaliação psiquiátrica, avaliação neurológica, psicoterapia individual e coletiva.

#### **4.1.2.4 - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)**

É um programa intersetorial, que integra as políticas da saúde e da educação para o desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos, considerando a escola como lugar privilegiado para práticas de promoção, prevenção da saúde. Em Buerarema, as ações do PSE são desenvolvidas em 20 escolas públicas, 12 na zona urbana e 02 na zona rural, em parceria com as ESF, NASF e equipe multiprofissional em saúde mental, configurando uma média de seis ações realizadas mensalmente. Entre as principais ações do PSE destacam-se:

- Realizar de práticas corporais orientadas, convocando a comunidade escolar a prevenir e enfrentar as doenças crônicas;
- Reduzir as vulnerabilidades de jovens e adolescentes através de atividades, abordando as temáticas de saúde sexual, reprodutiva e da prevenção das IST's /AIDS, no cotidiano das escolas;
- Contribuir para o controle e/ou erradicação das doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis, mediante a imunização sistemática dos escolares;
- Incluir as temáticas das consequências do uso abusivo e dependência de álcool, tabaco e outras drogas a fim de reduzir riscos e danos ao adolescente;
- Minimizar os eventos de violência como: bullying, homofobia, discriminação, preconceito, automutilação entre outros; que podem interferir na saúde e na aprendizagem das crianças e adolescentes, com repercussão na convivência familiar, na escola e na comunidade e na violação dos direitos.

## **5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS MUNICIPAL**

As ações da Vigilância em Saúde são baseadas em um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. A partir destas, realiza-se o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, para a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças e para a promoção da saúde. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como: política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, riscos ambientais em saúde e processo e segurança dos trabalhadores.

O Setor de Vigilância em Saúde encontra-se composto pelas Vigilâncias Epidemiológica, do Trabalhador, Sanitária e Ambiental, no entanto, destaca-se há o agrupamento de duas delas por possuírem assuntos inerentes de competência compartilhadas.

A integração das Vigilâncias e da Atenção Primária foi consolidada pela Portaria nº 3.252 de 22/12/2009 do Ministério da Saúde, que ressaltou a necessidade de uma atuação conjunta entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, como condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance de melhores resultados. Para o desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias.

## **5.1 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

As ações de Vigilância Epidemiológica foram municipalizadas a partir de 1989, tendo sido impulsionadas pelo processo de Pactuação de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, com o estabelecimento de metas e incentivo financeiro às ações. Devido a execução de ações semelhantes de vigilância em saúde do trabalhador e epidemiológica, as mesmas foram incorporadas.

A equipe é composta de 02 profissionais de nível superior, sendo 01 médico infectologista e sanitarista, gerente da divisão, com carga horária de 35 horas; 02 enfermeiros, carga horária total de 70 hs; 01 enfermeiro-educador em saúde, 30 hs; 01 profissional de nível técnico, que ocupa o cargo de Chefia do Setor de Educação em Saúde e participa das ações de vigilância; 03 profissionais de nível médio, que executam funções administrativas e 01 motorista, todos profissionais concursados.

A Divisão está equipada com 08 computadores e 01 veículo tipo SUV. Conta com equipamentos para ações educativas, como televisão e datashow. Dá cobertura a 100% do município, recebe as notificações, realiza busca ativa de agravos, monitora os eventos vitais, desencadeia e executa ações de controle, supervisiona ações de vigilância realizadas nas unidades públicas e privadas da Rede de Assistência em Saúde. Tem vinculação com o Ambulatório de Infectologia, onde são assistidos os usuários inscritos nos Programas de Tuberculose, HIV/AIDS/IST, Hepatites Virais, algumas atividades do Programa de Hanseníase e outros agravos de notificação compulsória.

Os programas e ações desenvolvidos pela Divisão de Vigilância Epidemiológica juntamente às demais divisões do Departamento de Vigilância em Saúde e Rede da Atenção em Saúde são:

- ✓ Vigilância de Doenças de Notificação Compulsória;
- ✓ Programa de Imunizações com participação nas campanhas nacionais, estaduais e realização de campanhas municipais;
- ✓ Programa de Educação em Saúde;
- ✓ Plano de Prevenção e Controle de Arboviroses;
- ✓ Programa de Prevenção e Controle de Tuberculose;
- ✓ Programa de Prevenção e Controle de IST/AIDS;
- ✓ Programa de Prevenção e Controle de Hanseníase;
- ✓ Programa de Prevenção e Controle de Raiva Humana;
- ✓ Plano de prevenção e controle às emergências em saúde pública;
- ✓ Programa de Controle de Diarreia;
- ✓ Vigilância à Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e Morte Materna;
- ✓ Vigilância aos Recém-Nascidos de Risco e à Mortalidade Infantil;
- ✓ Vigilância à Saúde do Trabalhador;
- ✓ Vigilância às Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
- ✓ Vigilância às Causas Externas;
- ✓ Vigilância às doenças imunopreveníveis, sendo responsável pela imunização do município.

As ações de Promoção à Saúde, realizadas intersetorialmente, o monitoramento contínuo do processo de saúde e doença por meio de estudos e análises que identificam e explicam problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores e a investigação diagnóstica através das ações desenvolvidas pelos laboratórios públicos e privados, são fundamentais ao enfrentamento dos problemas e a um planejamento de saúde mais abrangente e efetivo da Vigilância em Saúde.



Estas ações de Promoção à Saúde, constituídas de intervenções individuais, coletivas e ambientais relacionadas aos determinantes sociais da saúde, buscam a adoção de hábitos saudáveis, a redução de comportamentos e fatores de risco e intervenções em questões bastante complexas como violência, políticas sociais, ambientais e econômicas.

Ainda como atividade de vigilância, a coordenação da VIEP mantém uma intersectoralidade junto com as Unidades de Saúde para a atenção à saúde do trabalhador, fomentando conjunto de ações e práticas sanitárias integradas que contemplam intervenções sobre os fatores determinantes e condicionantes dos riscos e agravos à saúde, em especial nos ambientes e processos de trabalho.

#### **5.1.1 - PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO Aedes**

O quadro epidemiológico atual da dengue no país caracteriza-se pela ampla distribuição do *Aedes aegypti* em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus, provocando a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos.

A equipe de combate à endemias é composta por 10 ACE's (Agentes de Combate à Endemias) e 2 funcionários cedidos pela FUNASA responsáveis pela supervisão dos agentes, todos sob a Coordenação da Vigilância Epidemiológica. As ações de prevenção e controle do Aedes em Buerarema, tem o intuito de manter a infestação do município menor que 1% e reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito, realiza as seguintes ações preconizadas nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (Ministério da Saúde – Brasília, 2009):

1. Dois Levantamentos Rápidos de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* – LIRAA ao ano, sendo o prazo de repasse dos dados ao Ministério da Saúde em 30/06 e 30/11.

2. Pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, quando indicado tecnicamente.
3. Pesquisa entomológica com larvitampas, em ciclos semanais, em locais estratégicos de possível entrada do vetor no Município.
4. Delimitação de focos, quando for detectada esporadicamente a presença do vetor em PE, armadilhas ou em função do resultado de pesquisa vetorial especial (PVE) com vistoria e remoção de criadouros em todos os imóveis do entorno respeitando um raio de 300 metros.
5. Bloqueio de Transmissão de casos positivos de dengue, zika ou chikungunya, com vistoria e remoção de criadouros em todos os imóveis do entorno respeitando um raio de 300 metros.
6. Tratamento focal e/ou residual em imóveis com foco positivo conforme indicação técnica.
7. Visitas com orientação e remoção de criadouros em todos os imóveis urbanos (residências, comércios, indústrias, órgãos públicos, terrenos baldios, entre outros) e infraestruturas públicas (praças, parques, jardins, bueiros, etc) do território, respeitando o disposto na Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016 e as Diretrizes da Sala Nacional de Coordenação e Controle dos vírus da dengue, zika e chikungunya; para o Enfrentamento à Microcefalia (Diretriz SNCC nº 1.3/ 2016).
8. Atividades de comunicação, mobilização e educativas realizadas em todo o município a fim de propiciar a adesão das pessoas e da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária, para o enfrentamento da proliferação do *Aedes aegypti* e conseqüentemente redução da ocorrência dos agravos transmitidos por este vetor (dengue, zika e chikungunya).

O resultado do Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRA) realizado nos dois períodos abril/junho e outubro/dezembro de 2017 encontram-se descrito na tabela abaixo, sendo ambos superior a mais de 1%.

**Tabela 25 - Taxa de infestação predial, Buerarema, Bahia, 2017.**

IIP (%) (LIRA ABR/JUN 2017)	IIP (%) (LIRA OUT/DEZ 2017)
4,2	5,3

Fonte: SISPNCD/DIVEP/SUVISA/SESAB

O Programa Nacional de Controle da Dengue define que os municípios que apresentam índices de infestação predial inferiores a 1% estão em condições satisfatória, sendo necessário pelos dados apontados de ações mais ostensivas na prevenção e controle das arboviroses.

## 5.2 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária (VISA), instituída pela Lei Orgânica da Saúde, Lei n 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e regulamentado na seção da saúde na Constituição Federal de 1988, constitui-se como um dos componentes estruturais da Vigilância em Saúde, sua atuação abrange a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, incluindo os de trabalho, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços que interessam à saúde. Por outro lado, a VISA, também, exerce um papel regulatório, fiscalizatório e normativo, que termina por intermediar interesses econômicos e sanitários, atuando em um campo complexo em prol da promoção, proteção e defesa da saúde.

A vigilância sanitária municipal é composta por 01 profissional de nível superior e 02 profissionais de nível médio, estes últimos atuam como fiscais sanitários. O município de Buerarema, encontra-se responsável pela execução das ações de gerenciamento de risco sanitário dos estabelecimentos que compoem o

Grupo 1 constantes da Resolução CIB 294/2014 e atualizados pela Resolução CIB 34/2016. (Tabela 26)

**Tabela 26 - Estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados segundo o grau de complexidade das ações para gerenciamento do risco sanitário.**

GRUPO 1
Academia de ginástica
Açougue
Albergue
Ambulância de suporte básico (serviço de remoção destinado ao transporte inter-hospitalar e pré-hospitalar)
Ambulância de transporte (serviço de remoção destinado ao transporte de pacientes)
Bar, Lanchonete e similares
Camping
Cantina Escolar e fornecimento de alimentação do escolar
Carro Pipa
Casa de Apoio/Casa de Passagem
Casa de Parto Natural
Casa de Produtos Naturais
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Centro de Convivência
Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade Básica de Saúde (UBS) Unidade de Saúde da Família (USF), Unidade mista
Cinema, Teatro, Casa de Espetáculos e similares
Clínica de Reabilitação e Fisioterapia
Clínica e Consultório Odontológico, Clínica de Implante Dentário e Cirurgia, Clínica e Policlínica de ensino Odontológico, Unidade Móvel Odontológica (com ou sem equipamento de Raios X), Policlínica Odontológica
Clínica Médica
Clínica e Consultório Veterinário
Clube recreativo e piscina de uso público
Comércio ambulante de alimentos
Comércio de frangos, peixes e mariscos
Comércio varejista de alimentos
Comércio varejista de cosméticos e produtos para a saúde
Comércio varejista de saneantes e domissanitários
Consultório Médico, de Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Acupuntura, Terapia Alternativa e outros
Depósito de produtos de interesse à saúde
Dispensário de Medicamentos / Posto de Medicamento / Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)
Drogaria
Empresa de limpeza de fossas
Empresa de representação de medicamentos, cosméticos, saneantes e produtos para a saúde
Empresa de representação de serviços de alimentação e nutrição (unidade sem finalidades ou atividades operacionais)
Escola, Creche, Orfanato
Estação Rodoviária, Ferroviária e Hidroviária
Estádio de Futebol, Arenas e Ginásio de Esporte
Estúdio ou gabinete de tatuagem, piercing
Feira livre e típica
Hotel, Motel e similares
Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Casa de Repouso
Laboratório e Oficina de prótese odontológica
Lavanderia Comercial
Mercado, Supermercado e Hipermercado
Necrotério, Cemitério, Crematório, Carro Mortuário, Tanatório e Sala de Vigília (Velório)
Ótica e Laboratório Ótico
Padaria, Confeitaria, Sorveteria, Congelados e Buffet
Policlínica sem serviço de imagem
Posto de coleta laboratorial (definido pela RDC 302/05)
Quitanda, Casa de Frutas
Residência Terapêutica
Restaurante e Refeitório
Sistema de abastecimento de água e Estação de tratamento de água
Serviços de Estética, Salão de Beleza, Barbearia, Casa de Banho, Sauna e congêneres sem responsabilidade técnica
Tabacaria, Charutaria e similares
Transportadora de produtos de interesse à saúde
Transportadora de Alimentos
Unidade móvel de assistência à saúde sem serviço de imagem
Unidade Prisional e Unidade de Atendimento Socioeducativa
Veículo transportador de refeição pronta

Fonte: SESAB/DIVISA/RESOLUÇÃO CIB 34/2016.

Considerando o percentual de realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, que correspondem as descrições dos procedimentos SIA/SUS abaixo, evidencia-se que no ano de 2017, o município alcançou apenas 28,5%, representando apenas 02 ações concluídas. Na análise preliminar dos dados apontados, nota-se a necessidade de estruturar o componente municipal da Vigilância Sanitária conforme legislação vigente, considerando o número de serviços localizados no território e a capacidade instalada da SMS, bem como viabilizar processos de capacitação dos profissionais de VISA para o desenvolvimento de ações educativas para a população e para setor regulado, como também alimentar regularmente os procedimentos da VISA no SIA/SUS.

**Tabela 27– Seis grupos mínimos de ações/procedimentos de VISA necessários para alimentação no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS):**

01.02.01.007-2	Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária;
01.02.01.017-0	Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária
01.02.01.022-6	Atividade Educativa para a População
01.02.01.005-6	Atividade Educativa para o Setor Regulado
01.02.01.023-4	Recebimento de Denúncias/Reclamações
01.02.01.024-2	Atendimento a Denúncias/Reclamações

Fonte: SESAB/DIVISA.

É importante ressaltar que o repasse do Piso Variável de Vigilância Sanitária de 2016 usou como critério a realização de pelo menos 5 ações desse indicador pelos municípios com menos de 20 mil habitantes, contemplando 102 municípios baianos.

Vale ressaltar, que o município não dispõe de Código Sanitário Municipal, salientando a ausência também de Código de Postura, regulamentando suas ações com base no Decreto Estadual nº 29.414 de 05 de janeiro de 1983 e a Lei n. 3.982, de 29 de dezembro de 1981.

### 5.3 – VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde Ambiental visa a necessidade de enfrentamento dos riscos à saúde relacionados à poluição ambiental e a um modelo de desenvolvimento não sustentável, criando mecanismos para a organização dos serviços de saúde que considerem o ambiente como elemento integrante na determinação social e promoção da saúde.

O objetivo é formular, regular e fomentar políticas de Vigilância em Saúde Ambiental de forma a eliminar e minimizar riscos, prevenir doenças e agravos, intervindo nos determinantes do processo saúde-doença, nos processos produtivos e de exposição ambiental. Tem como competência analisar a situação de saúde sobre vulnerabilidades socioambientais para o planejamento de ações e serviços de saúde.

As ações de Vigilância em Saúde Ambiental em Buerarema encontram-se vinculadas à Vigilância Sanitária, com a implementação do Programa VIGIAGUA, com suas ações de monitoramento da qualidade da água sendo desenvolvidas pelos técnicos da vigilância sanitária.

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA é um instrumento de implementação das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano e consiste num conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente.

Estas ações visam a promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água, onde são coletas amostras de água na estação de tratamento, avaliando os parâmetros de cor, turbidez, pH, cloro residual livre, coliformes totais e termo tolerantes e flúor.

## 6 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica é parte integrante do Plano de Assistência Farmacêutica Estadual, sempre em consonância com a Política Nacional de Medicamentos publicada na portaria do gabinete do Ministério da Saúde nº. 3916/98, a qual estabelece as estratégias de atuação e a política governamental para medicamentos no Sistema Único de Saúde .

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional. A atuação da Assistência Farmacêutica destina-se a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, envolvendo o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação e a educação permanente dos profissionais, do paciente e da comunidade.

A AF representa hoje, um setor de grande impacto financeiro na Secretaria de Saúde do Município, pela crescente demanda por medicamentos, sendo exigido um gerenciamento efetivo nesta esfera de gestão.

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem também aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada um modelo de prática farmacêutica que compreende atitudes e valores éticos, comportamentais, habilidades e compromissos na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde. É a interação direta do farmacêutico com o paciente e com a equipe multidisciplinar, visando atender as necessidades de saúde das pessoas, e não apenas se restringindo à entrega de medicamentos. A Política Municipal de Assistência Farmacêutica se baseia nas seguintes diretrizes para atingir os objetivos propostos:

- Gestão democrática e participativa, fomentando a participação dos colaboradores e dos usuários de saúde
- Promoção do uso racional de medicamentos
- Qualificação do acesso a medicamentos.

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), possui uma equipe formada por 01 (uma) farmacêutica e 02 (dois) auxiliares administrativos. O município conta hoje com 13 programas de assistência farmacêutica e tem como objetivo proporcionar atenção farmacêutica integral de qualidade, garantindo atendimento medicamentoso adequado à população conforme programação e normatização de funcionamento da farmácia municipal de Buerarema.

Pretende-se no ano de 2017 implementar o Programa HORUS que é um programa de gerenciamento dos medicamentos dando sim uma maior transparência na distribuição dos medicamentos, bem como a criação do REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais). Vale salientar, que o município possui 7 programas de responsabilidade da farmácia:

- 1- Programas de Ação Farmacêutica . Farmácia Básica
- 2- Programas de Ação Farmacêutica . Saúde Mental
- 3-Programas de Ação Farmacêutica . Insulina e Insumos
- 4- Programas de Ação Farmacêutica . Planejamento Familiar
- 5-Programas de Ação Farmacêutica . Hipertensão
- 6-Programas de Ação Farmacêutica . Componentes administrativos excetuando o RENAME;
- 7-Programas de Ação Farmacêutica . Imunoglobulinas

Os Programas de Atenção Farmacêutica ficam centralizados na CAF, somente os medicamentos do Programa da Farmácia Básica ficam disponíveis para atendimento à população nas farmácias de todas as Unidades de saúde.



A padronização corresponde a um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindível ao atendimento das necessidades de população local, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde. É uma das etapas mais importantes da Assistência Farmacêutica, principalmente por assegurar o acesso e uniformizar as condutas terapêuticas e racionalizar custos.

A Assistência Farmacêutica Municipal é responsável pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, cujo financiamento é tripartite para aquisição de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME vigente, no valor mínimo indicado pela legislação em vigor.

Compete ao Ministério da Saúde o financiamento e aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Estratégico e às Secretarias Estaduais de Saúde o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos Municípios. Este componente disponibiliza medicamentos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico como vacinas, tratamento de tuberculose, hanseníase, entre outros. Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde aos municípios da Bahia.

A organização dos serviços farmacêuticos no município tem definido o elenco de medicamentos essenciais na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ainda pela inexistência do REMUME que se encontra em fase de elaboração.

Com o objetivo de viabilizar suporte terapêutico, seguro e eficiente, aos usuários atendidos nos serviços de saúde da rede municipal, com foco no uso racional de medicamentos, a implementação da prática da Atenção Farmacêutica em seus macrocomponentes, conforme propõe o Consenso Brasileiro (OPAS, 2002), está estabelecida como meta no presente Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

As responsabilidades das instancias gestoras do SUS na área da Assistência Farmacêutica, em relação aos medicamentos, estão definidas em três componentes (Portaria GM/MS nº204/2007): Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), ambos financiados pelo Ministério da Saúde e Estado e executado pelo Estado.

A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) por meio da Resolução CIB n.º 049/2015 estabelece o mecanismo de operacionalização desta sistemática, respeitando a aplicação mínima dos seguintes valores monetários/habitante/ano constantes na na Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013:

- União: R\$ 5,10 para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;
- Estados: R\$ 2,36 para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.
- Municípios: R\$ 2,36 para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. De acordo com a referida Portaria, o município pode adquirir, com estes recursos, os medicamentos e insumos relacionados ao CBAF descritos nos Anexos I e IV da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) vigente no SUS.

O município também realiza compras de medicamentos e insumos por meio de licitações próprias, para suprir itens que não estão disponíveis na lista de medicamentos do RENAME.

## 7- REGULAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

Segundo a Portaria MS/GM nº 1.559/2008 (BRASIL, 2008), que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde é efetivada pela contratação de serviços de saúde, pelo controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, pela regulação do acesso à assistência e pela auditoria assistencial.

Os principais papéis regulatórios do SUS, são: a condução política e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico.

A portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo 3 dimensões:

### 1) Regulação de Sistemas de Saúde:

- Objeto: os sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional,
- Sujeitos: respectivos gestores públicos,
- Objetivo: definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

### 2) Regulação da Atenção à Saúde:

- Objeto: a adequada prestação de serviços à saúde,
- Sujeitos: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde,
- Objetivo: garantir, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/Indicadores, a prestação de ações e serviços de saúde.

### 3) Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial):

- Objeto: acesso aos serviços de saúde,
- Sujeitos: seus respectivos gestores públicos,
- Objetivo: Organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

Dentre os instrumentos de regulação do acesso assistencial preconizados estão os protocolos clínicos e os operacionais. Os protocolos clínicos, são entendidos como a padronização do uso de recursos terapêuticos e propedêuticos estratégicos, seja pelo alto custo, disponibilidade inferior à demanda ou pela importância para a qualidade da assistência. Os protocolos operacionais pretendem ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles, possibilitando a pactuação entre gestores.

A Regionalização da Saúde é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (SESAB, 2017).

O Departamento de Regulação municipal de Buerarema encontra-se subdividido em regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS, bem como sendo o setor responsável pelo Tratamento Fora do Domicílio. No que tange a PPI, o departamento de regulação torna-se o principal setor para atendimento e avaliação do cumprimento de ações e serviços pactuados com o município polo de Itabuna, na macrorregião Sul. Dentre as ações e serviços pactuados com o município de Itabuna, encontram-se todos os procedimentos de média e alta complexidade, possuindo então, Buerarema, seus recursos financeiros alocados conforme Programação Pactuada Integrada. (Tabela 28).

**Tabela 28 – PPI MAC-AIH : Programação Pactuada Integrada - média e alta complexidade recurso financeiro, Buerarerma, Bahia, 2017.**

RESUMO DE PROGRAMAÇÃO - IBGE: 290470 - MUNICÍPIO: BUEAREMA	
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	
MÉDIA COMPLEXIDADE REFERENCIADA	567.960,48
<b>SUBTOTAL</b>	<b>567.960,48</b>
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	
MÉDIA COMPLEXIDADE REFERENCIADA	561.557,14
<b>SUBTOTAL</b>	<b>561.557,14</b>
RECURSO DO MUNICÍPIO DE BUEAREMA	
<b>TOTAL</b>	<b>1.129.517,62</b>

**FONTE: OBSERVATÓRIO BAIANO/ ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)/SESAB.**

Vale salientar, que a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes (Brasil, 2006).

## **8 – GESTÃO DO SUS MUNICIPAL**

### **8.1 – GESTÃO FINANCEIRA**

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

As transferências (regulares ou eventuais) da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Foi instituído pela Lei n.º 378 de 14 de maio de 1991, o Fundo Municipal de Saúde do Município de Saúde de Buerarema, que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de atendimento da saúde da população, executadas pela Secretaria Municipal de Saúde, que compreendem:

- I - O atendimento à saúde universalizado, integral, regionalizado e hierarquizado;
- II - a vigilância sanitária;
- III - a vigilância epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondentes;
- IV - o controle e a fiscalização das agressões ao meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho, em comum acordo com as organizações competentes das esferas federal e estadual.

Vale salientar, a necessidade premente de reformulação da Lei de criação do Fundo Municipal de Saúde, uma vez que a mesma não autoriza a celebração de convênios pelo Fundo Municipal, o que inviabiliza a execução de alguns projetos e captação de recursos com outros entes federados.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de Buerarema vem cumprindo o disposto conforme tabela 29.

**Tabela 29 – Percentual dos 15%, em despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012, Buerarema, Bahia, 2014-2017.**

<b>ANO</b>	<b>PERCENTUAL APLICADO</b>
2014	17,5%
2015	17,89%
2016	17,67%
2017 (até 4º bimestre)	18,07%

Fonte: SIOPS- Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO \*até o 4º bimestre de 2017 – dado preliminar.

A tabela acima mostra o percentual que o município vem aplicando para cobrir as despesas da saúde com ações e serviços públicos, destacando que o percentual gasto é bem acima dos 15 % preconizados pela legislação para a esfera municipal, chegando a 18,07% no 4º bimestre de 2017.

Para acompanhamento da Gestão da Saúde foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o

percentual do investimento do município de acordo com a EC29 e os valores arcados anualmente.

Os recursos federais do SUS são transferidos aos níveis estadual e municipal mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, em 5 blocos de financiamento:

1. Atenção Básica;
2. Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Apenas como bloco de financiamento, não havendo recursos com transferência para o FMS de Buerarema, sendo estes transferidos, conforme PPI transferência efetuada para o FMS de Itabuna);
3. Vigilância em Saúde;
4. Assistência Farmacêutica;
5. Gestão do SUS.

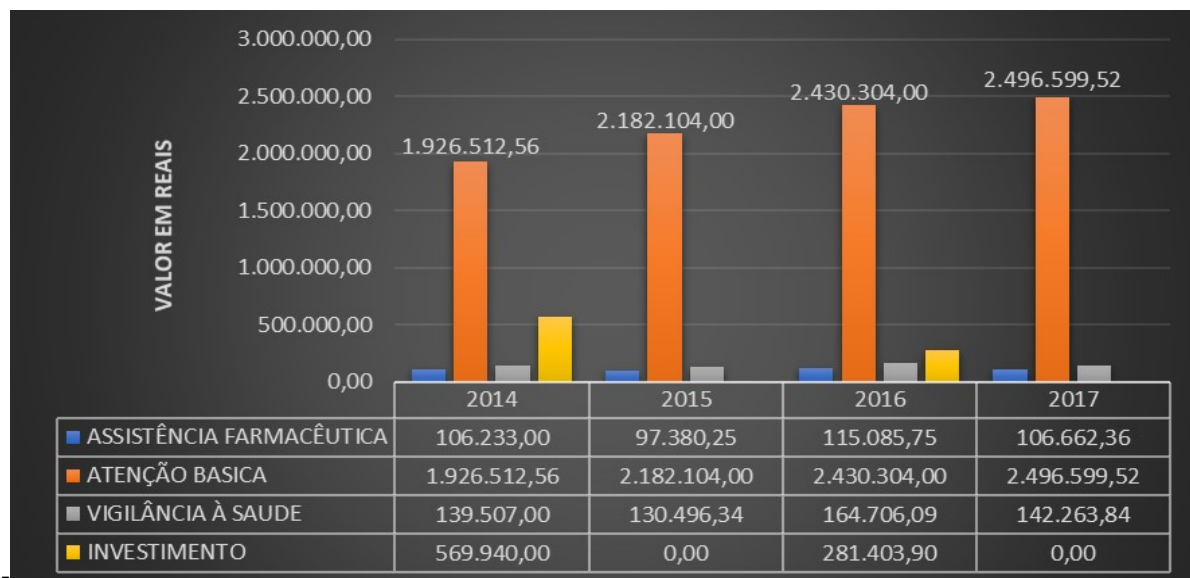
Abaixo, no gráfico 64, evidenciamos um aumento gradual, na série histórica de recursos transferidos fundo a fundo, passando de R\$ 1.926.512,56 (Um milhão novecentos e vinte seis mil quinhentos doze reais e cinquenta seis centavos) em 2014 para R\$ 2.496.599,52 (Dois milhões quatrocentos noventa e seis mil quinhentos noventa e nove reais e cinquenta e dois centavos), aumento este correspondente a maior despesa em ações e serviços do município de Buerarema, a atenção básica.

No período de 2014 a 2016, o Bloco da Atenção Básica constata-se uma tendência de crescimento, com incremento de 22,83%. Isso ocorreu em função da expansão da Estratégia de Saúde da Família, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, etc. No mesmo período, o que se refere ao Bloco de Vigilância à Saúde identifica-se aumento de 1,97%, enquanto se



observa quase uma constante na arrecadação relativa ao Bloco da Assistência farmacêutica para a aquisição de medicamentos básicos e insumos.

**Gráfico 64 – Série história de recursos financeiros transferidos Fundo a Fundo, Buerarema, Bahia, 2014-2017.**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS).

A realização de uma gestão orçamentário-financeira do SUS é necessária para a integração das funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, para tanto, existem instrumentos orçamentários como a Lei de orçamento anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual de Saúde.

## 8.2 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

As conferências e os conselhos de saúde são espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada, institucionalizados pelo SUS e regulamentados pela Lei nº 8.142/90, onde ambos contribuem com o controle da política pública de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Buerarema (CMS) foi criado a partir da Lei Municipal nº 418, de 03 de setembro de 1991, é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo.

O Conselho Municipal de Saúde de Buerarema possui 12 representantes dos segmentos públicos, privados e da sociedade civil organizada, sendo 12 titulares e 12 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde.

Segundo o regimento atual do CMS de Buerarema, qualquer representante poderá ser eleito presidente do Conselho em reunião Plenária. Cabe destacar que nas últimas três gestões, o presidente do conselho tem sido do seguimento do usuário, com mesa diretora composta por representação de todos os seguimentos.

Ordinariamente os conselhos têm reuniões mensais ou bimestrais, constituindo-se em espaço de discussão e encaminhamento dos problemas de saúde das comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde. A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2017, demonstrando a evolução da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS.

### **8.3 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Os trabalhadores da secretaria municipal de Saúde representam a garantia de que as propostas indicadas neste Plano Municipal da Saúde possam efetivamente se tornar realidade por meio da sua participação e da participação solidária da população local. Toda organização pública ou privada tem nos seus trabalhadores o princípio ativo, ou seja, a principal fonte de produção de riqueza. Esta entendida aqui não apenas como capital financeiro, mas também como capital social, político, cognitivo e afetivo, mobilizados a fim de produzir mais saúde para os buerareenses.

A gestão do trabalho é bastante complexa e cada vez mais vital para permitir o maior rendimento possível do conjunto de pessoas (trabalhadores) que se encontram na situação de colaboradores e apoiadores internos no âmbito da Secretaria. A organização e estruturação deste setor é parte necessária e imprescindível para o alcance das metas aqui propostas.

Esta área da gestão compreende os seguintes procedimentos: a organização dos processos e trabalho, o processo de socialização e integração destes trabalhadores no que tange à dinâmica e missão da Secretaria, a realização e aperfeiçoamento dos processos de seleção com vistas à entrada de novos trabalhadores por concursos e/ou seleções públicas, o cuidado com a garantia dos direitos trabalhistas, a introdução de políticas de benefícios por desempenho, a oferta de apoio social e psicológico quando necessária, o aprimoramento dos mecanismos de remuneração, o desenvolvimento de estratégias que cumpra as diretrizes, objetivos e metas indicadas no presente documento e políticas de avaliação de desempenho e de desligamentos quando justificados e necessários.

Espera-se que nos próximos quatro anos de vigência do PMS que a Secretaria da Saúde, possa produzir mudanças e ações concretas no sentido de aprimoramento e qualificação de suas políticas na área da gestão do trabalho. Isso é fundamental, uma vez que, quanto mais a gestão do trabalho estiver organizada e focada em promover o desenvolvimento dos seus parceiros internos, mais e melhores resultados tenderão a ser produzidos.

No que tange a educação em saúde, o município não conta com uma equipe específica para realizar as atividades de Educação Permanente em Saúde, porém existem profissionais capacitados que executam esta atividade, cujas ações são realizadas de forma pontual. Buerarema está em fase de estruturação dessa área para implantar o Núcleo de Educação Permanente municipal (NEP) para desenvolvimento protocolares nas atividades de educação permanente em saúde.

O NEP atuará na coordenação, planejamento, apoio, execução e avaliação das ações de Educação Permanente para os profissionais do sistema municipal de saúde de Buerarema, no sentido de promover a reflexão de suas práticas e a troca de saberes mediante a discussão dos problemas vivenciados no processo de trabalho, no intuito de aprimorar a qualidade da atenção à saúde. Atuará, também, no apoio pedagógico-institucional realizado pelos preceptores que cuidam dos processos de educação permanente, assim como captação dos programas de residências.

## **9. INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE**

Pactuação realizada entre os três entes federados, com interveniência da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia – SESAB/BA, considerando a Resolução nº 8 CIT/2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Ressalta-se que os indicadores e metas poderão ser revistos oportunamente nos respectivos anos para validação e homologação.

Os indicadores do pacto interfederativo, considerados pela gestão como indicadores síntese, ou seja, indicadores que aferem o desempenho de toda a rede de atenção, estão inseridos no Plano Plurianual 2018-2021, propiciando acompanhamento global das metas pactuadas.

No Plano de Saúde estão contemplados todos os indicadores pactuados, conforme Resolução nº 8 CIT/2016, que são os indicadores essenciais para o monitoramento da situação de saúde do município. Abaixo a descrição, metas previamente pactuadas para o quadriênio 2017- 2021 e unidades de medida dos indicadores, vejamos:

Pactuação Interfederativa 2017 a 2021				
Relação de Indicadores				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2017	Unidade
1	U	NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (de 30 a 69 anos) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATORIAS CRÔNICAS)	29	N.ABSOLUTO
2	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	N/A	%
3	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	86,48	%
4	U	PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CNV PARA CRIANÇAS < 2 ANOS - PENTAVALENTE (3ª DOSE), PNEUMOCOCCICA 10-VALENTE (2ª), POLIOMIELITE (3ª) E TRIPLICE VIRAL (1ª) - COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA	75,00	%
5	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APOS NOTIFICAÇÃO	100,00	%
6	U	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSEIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00	%
7	E	NÚMERO DE CASOS AUTOCTONES DE MALARIA	N/A	N.ABSOLUTO
8	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	3	N.ABSOLUTO
9	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AÍDS EM MENORES DE 5 ANOS	0	N.ABSOLUTO
10	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	100,00	%
11	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,30	RAZÃO
12	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,42	RAZÃO
13	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	70,00	%
14	U	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 19 ANOS	0,00	%
15	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	4	N.ABSOLUTO
16	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	1	N.ABSOLUTO
17	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	100,00	%
18	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	90,57	%
19	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	71,62	%
20	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS.	100,00	%
21	E	AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	N/A	%
22	U	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE	6	N.ABSOLUTO
23	U	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	100,00	%

Fonte: SISPACTO/MS.

## 10 – EIXOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde de Buerarema constitui-se importante ferramenta de gestão que, em diálogo com os dispositivos legais do SUS, orienta o caminho a ser seguido na definição de políticas, ações e serviços de saúde.

Este documento está baseado em uma análise situacional, e, partindo desta análise apresenta-se as intenções e resultados pretendidos pelo município no período de quatro anos. Com o intento de materializar tais propósitos, indicam-se as diretrizes, os objetivos e as metas que orientarão o processo de operacionalização.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 está pautado em quatro eixos temáticos, conforme definido na V Conferência Municipal de Saúde:

- Atenção Básica

- Qualificação da Gestão do SUS
- Gestão Participativa e Controle Social
- Proteção à Saúde e Vigilâncias

O plano dispõe de 11 diretrizes, que são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas, são delimitadas por objetivos, metas e indicadores a serem alcançados para estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde:

**DIRETRIZ Nº 1 - FORTALECER AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA GARANTINDO ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE.**

**OBJETIVO Nº 1.1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.1.1	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do bolsa família, de forma articulada com a SAS.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	90,49	2017	Percentual	90,54	Percentual	90,54	90,54	90,54	90,54
1.1.2	Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica para 08 ESF.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	7	2017	Número	8	Número	0	0	1	0
1.1.3	Ampliar a cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal em 100%.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	71,62	2017	Percentual	100,00	Percentual	71,62	89,58	93,80	100,00
1.1.4	Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços.	Cobertura 100% das Unidades Básicas de Saúde que adquiriu equipamentos permanentes e insumos.	0,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	25,00	25,00	25,00	25,00
1.1.5	Reestruturar a Rede de Atenção Básica, qualificando as estruturas físicas das Unidades de Saúde da rede de atenção primária para um acolhimento humanizado, eficaz e eficiente.	Número de unidades de saúde da rede de atenção primária reformadas para melhoria da qualidade do acesso e acolhimento.	0	2017	Número	9	Número	2	2	2	3
1.1.6	100% das Unidades de Saúde da atenção básica com processo de trabalho reorganizado/agenda implantada.	Percentual de Unidades de Saúde com processo de trabalho reorganizado-agenda implantada/ano.	20	2017	Número	100,00	Percentual	30,00	50,00	80,00	100,00
1.1.7	Estimular a implementação de práticas integrativas e complementares em toda a Rede Municipal de Saúde	Número de unidades de Saúde que realizam atividades de práticas integrativas e complementares/ano.	0	2017	Número	8	Número	8	8	8	8
1.1.8	Implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	NASF implantado	0	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
1.1.9	Mantiver equipes estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS).	08 Equipes de Saúde da Família mantidas na APS	7	2017	Número	8	Número	8	8	8	8
1.1.10	Mantiver e aprimorar as ações relacionadas à saúde bucal, mental, visual e auditiva no Programa de Saúde na Escola – PSE junto a 100% da Rede de ensino do município.	Percentual de equipamentos de educação inscritos no PSE com ações relacionadas à saúde bucal, mental, visual e auditiva junto a rede de ensino municipal.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.11	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Procedimento em exodontia reduzido em 10% em relação aos procedimentos restauradores.	10,00	2017	Percentual	10,00	Percentual	10,00	10,00	10,00	10,00
1.1.12	Implantação do LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária no município.	LRPD implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
1.1.13	Informatizar para implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC em todas unidades de saúde do município.	Número de unidades com o PEC instalado.	0	2017	Número	9	Número	2	2	3	2
1.1.14	Realizar semestralmente matriciamento, monitoramento e avaliação dos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) nas 08 unidades de saúde da família.	Número de matriciamentos realizados.	-	-	-	8	Número	2	2	2	2
1.1.15	Adquirir veículos para atender as necessidades das equipes de saúde da família, PMAQ e NASF, incluindo o transporte dos trabalhadores da saúde da zona rural.	Número de veículos adquiridos.	-	-	-	4	Número	0	2	2	0
1.1.16	Reduzir as internações por causas sensíveis da atenção primária em menor ou igual a 39,56%.	Proporção de internações por causas sensíveis da atenção primária.	28,53	2017	Percentual	30,00	Percentual	30,00	30,00	30,00	30,00
1.1.17	Mantiver a cobertura de 100% da assistência multiprofissional aos pacientes acompanhados pela estratégia de saúde da família.	Percentual de cobertura assistencial multiprofissional aos pacientes acompanhados pela estratégia de saúde da família.	-	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.18	Implantar a política municipal intersetorial para População em Situação de Rua, no âmbito da saúde.	Política municipal intersetorial para População em Situação de Rua, no âmbito da saúde implantada.	-	-	-	1	Número	0	0	0	1

**DIRETRIZ Nº 2 - APRIMORAR AS REDES DE ATENÇÃO E PROMOVER O CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS NOS VÁRIOS CICLOS DE VIDA (CRIANÇA, ADOLESCENTE, JOVEM, ADULTO E IDOSO), CONSIDERANDO AS QUESTÕES DE GÊNERO E DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL, NA ATENÇÃO BÁSICA, NAS REDES TEMÁTICAS E NAS REDES DE ATENÇÃO NAS REGIÕES DE SAÚDE.**

**OBJETIVO Nº 2.1 - Implementar as Redes de Atenção à Saúde entre as regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
2.1.1	Garantir a realização de exames voltados ao diagnóstico precoce de doenças, como a Triagem Neonatal – teste do pezinho.	Realizar teste do pezinho em 100 da população de recém nascidos.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.2	Garantir a realização de exames, ampliado a razão, de citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,30	2017	Razão	0,30	Razão	0,30	0,30	0,30	0,30
2.1.3	Ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,42	2017	Razão	0,50	Razão	0,50	0,50	0,30	0,30
2.1.4	Aumentar o percentual de parto normal ao ano.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	70,00	2017	Proporção	60,00	Proporção	60,00	60,00	60,00	60,00
2.1.5	Reduzir em 0,35%/ ano os casos de gravidez na adolescência (10 a 19 anos).	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	29,38	2017	Proporção	29,38	Proporção	31,20	27,60	25,95	25,85
2.1.6	Garantir o mínimo de 7 consultas de pré-natal a todas as gestantes cadastradas no SISPN/Rede Cegonha.	Cobertura de 100% das gestantes cadastradas com no mínimo 7 consultas de pré-natal realizada.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.7	Reduzir, anualmente, a taxa de mortalidade infantil no município.	Taxa de mortalidade infantil.	4,00	2017	Taxa	4,00	Taxa	4,00	3,00	4,00	4,00
2.1.8	Ofertar exames de pré-natal para 100% das gestantes acompanhadas pelas USF, conforme protocolo instituído pela SMS.	Percentual de gestantes com exames pré-natal ofertados.	70,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	70,00	80,00	90,00	100,00
2.1.9	Garantir a manutenção do município sem casos de sífilis congênita.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	2017	Número	0	Número	0	0	0	0
2.1.10	Reorganizar a atenção à saúde do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete Mellito e idosos cadastrados com estratificação de risco.	Proporção de pacientes com HAS, DM e idosos cadastrados conforme risco.	70,00	2017	Proporção	100,00	Proporção	70,00	80,00	90,00	100,00
2.1.11	Instituir novas tecnologias de cuidado apoiado às condições crônicas, tais como: apoio ao autocuidado, grupo operativo, grupo de pares, cuidado compartilhado, entre outras em todas as unidades de saúde.	Percentual de unidades de saúde que realizam ações de cuidado apoiado às condições crônicas/ano.	80,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.12	Diminuir internações por causas sensíveis à atenção básica.	Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica.	28,50	2017	Proporção	28,80	Proporção	28,80	28,80	28,80	28,80
2.1.13	Implantar as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em todas as unidades de saúde da rede de atenção primária.	Percentual de unidades de saúde com ações da PNAISH implantadas.	80,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.14	Qualificar a política de saúde do idoso no município.	Número de reuniões técnicas realizadas.	1	2017	Número	12	Número	3	3	3	3
2.1.15	Promover a construção de fluxos de atendimento de saúde para a mulher vítima de violência	Fluxo de atendimento implementado na rede de atenção primária.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
2.1.16	Implantar Grupo Gestor Municipal do Programa Saúde na Escola/Saúde Prevenção nas Escolas para desenvolvimentos de ações específicas mensais.	Grupo Gestor Municipal do PSE implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
2.1.17	Criar Protocolo Municipal para o atendimento de crianças vítimas de violência, a fim de garantir e qualificar o atendimento de saúde mental infanto-juvenil.	Protocolo Municipal implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0



**OBJETIVO Nº 2.2 - Implementar as Redes de Atenção à Saúde com ênfase no fortalecimento da Rede de Urgência e Emergência.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
2.2.1	Garantir o desenvolvimento das ações de Urgência e Emergência no âmbito da Atenção Básica, por meio de estruturação e aquisição de materiais, equipamentos e insumos.	Número de ESFs estruturadas para os atendimentos as Urgências e Emergências.	1	2017	Número	9	Número	8	9	9	9
2.2.2	Realizar educação permanente, para atendimentos de urgência e emergência, em toda a rede de atenção primária do município.	Percentual de unidades de saúde da rede de atenção primária capacitadas.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.2.3	Implantar protocolos de Acolhimento/classificação de risco em todas as Unidades de Saúde Municipais.	Número de unidades de saúde com protocolo implantado.	8,00	2017	Percentual	9	Número	8	9	9	9
2.2.4	Adquirir ambulância para apoio à assistência e transporte de pacientes com risco de vida (urgência/emergência).	Número de ambulâncias tipo A e B adquiridas.	0	2017	Número	4	Número	1	2	2	0
2.2.5	Implantar a Base Descentralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.	Base descentralizada do SAMU implantada no município.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0

**OBJETIVO Nº 2.3 - Aprimorar a rede de atenção à pessoa com deficiência no município.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
2.3.1	Implantar o Centro de Fisioterapia Municipal.	Centro Municipal de Fisioterapia implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	1	0	0
2.3.2	Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua em todos os serviços de saúde municipal.	Número de serviços de saúde atendendo ao portador de deficiência.	0	2017	Número	9	Número	8	9	9	9
2.3.3	Adequar da estrutura física das Unidades de Saúde para garantir acessibilidade às pessoas com deficiência.	Número de Unidades de Saúde com acessibilidade.	0	2017	Número	9	Número	8	9	9	9
2.3.4	Realizar mapeamento na identificação das pessoas com deficiência por microárea em todas as unidades de saúde da rede de atenção municipal.	Percentual de unidades de saúde com mapeamento realizado.	70	2017	Número	100,00	Percentual	70,00	80,00	90,00	100,00

**OBJETIVO Nº 2.4 - Reorganizar rede de serviços de Saúde Mental no Município, garantindo, resolutividade, qualidade e integralidade nas ações e serviços ofertados.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
2.4.1	Abastecer continuamente suprimentos e insumos necessários a continuidade das ações da rede saúde mental nas unidades de saúde.	Número de unidades de saúde abastecidas com suprimentos e insumos.	8	2017	Número	9	Número	8	9	9	9
2.4.2	Implantar equipe multiprofissional especializada em saúde mental.	Equipe multiprofissional especializada em saúde mental implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
2.4.3	Implantar o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I	Número de CAPS I implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
2.4.4	Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com transtorno mental em todos os serviços de saúde municipal.	Percentual de unidades de saúde com acesso a qualificação de atendimento as pacientes componentes da saúde mental.	0,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.4.5	Implantar protocolo clínico-assistencial na rede de atenção primária municipal para o paciente que vive com transtorno mental.	Protocolo implantado na rede de atenção primária.	1	2017	Número	1	Número	1	1	1	1
2.4.6	Realizar educação permanente, anualmente, voltada a saúde mental juntos a todos os profissionais de saúde.	Número de capacitações realizadas no âmbito da saúde mental.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
2.4.7	Elaborar estudo de redimensionamento anual de equipes de saúde mental na APS.	Número de estudos entregues.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
2.4.8	Instituir no organograma da Secretaria Municipal de Saúde a Coordenação Municipal de Saúde Mental	Coordenação Municipal de Saúde Mental instituída no organograma da SMS.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1



**DIRETRIZ Nº 3 - APRIMORAR O ACESSO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA E DA REGULAÇÃO AOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL.**

**OBJETIVO Nº 3.1 - Assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a Atenção Primária à Saúde e fornecer aos usuários do SUS uma resposta adequada e tempo oportuno de acordo com as suas necessidades.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.1.1	Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para realização de referência e contra-referência e transferência do cuidado, através da implantação de fluxo de comunicação entre a atenção primária e especializada.	Percentual dos diferentes pontos de atenção com ação articulada de referência e contra-referência.	70,00	2017	Percentual	80,00	Percentual	80,00	85,00	90,00	100,00
3.1.2	Implantar protocolos de encaminhamento para a atenção especializada no Sistema Único de Saúde - SUS no município de Buerarema.	Protocolo de encaminhamento para rede de atenção especializada implantado.	0	2017	Número	2	Número	0	0	1	1
3.1.3	Regular a oferta de procedimentos e o acesso aos serviços de média e alta complexidade conforme PPI.	Percentual dos procedimentos e acesso aos serviços de média e alta complexidade ofertados pela PPI regulados.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.4	Ampliar, controlar e avaliar o acesso aos serviços especializados da rede própria.	Percentual de ampliação aos serviços especializados da rede própria.	20,00	2017	Percentual	50,00	Percentual	20,00	30,00	40,00	50,00
3.1.5	Reduzir a demanda reprimida existente de consultas e exames de média e alta complexidade oriunda da rede de atenção primária.	Percentual de redução da demanda reprimida de consultas e exames de média e alta complexidade.	20,00	2017	Percentual	50,00	Percentual	20,00	30,00	40,00	50,00
3.1.6	Instituir a Comissão de Tratamento Fora do Domicílio - TFD.	Comissão de Tratamento Fora do Domicílio instituída.	1	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
3.1.7	Ampliar a frota de veículos para transporte sanitário eletivo pelo TFD.	Aquisição de veículo para transporte sanitário eletivo.	0	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
3.1.8	Implantar a policlínica municipal de saúde com para ampliação da oferta de atendimentos ambulatoriais em várias especialidades, incluindo as especialidades básicas.	Policlínica Municipal implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
3.1.9	Aderir a consórcios públicos de saúde a fim de ampliar a oferta de consultas de exames de média e alta complexidade.	Número de adesões a consórcios públicos de saúde.	0	2017	Número	1	Número	0	1	0	0
3.1.10	Implantar nos serviços novo modelo de atendimento multiprofissional para o cuidado do paciente em condição crônica referenciado pela Atenção Primária à Saúde após a estratificação de risco e com critérios de encaminhamento.	Número de serviços com novo modelo de atendimento implantado/ano.	0	2017	Número	2	Número	0	1	0	1
3.1.11	Realizar a instrução e o acompanhamento dos processos de habilitação de serviços no SUS.	Percentual de processos instruídos.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.12	Realizar em 100% o atendimento das solicitações de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, conforme critérios regulamentados no âmbito do SUS-BA.	Percentual de solicitações de Tratamento Fora do Domicílio atendidas.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 4 - ESTRUTURAR A REDE PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL DE FORMA ORGANIZADA, QUALIFICADA E HUMANIZADA.**

**OBJETIVO Nº 4.1 - Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
4.1.1	Instituir a Coordenação da Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.	Coordenação da Assistência Farmacêutica na composição do organograma da SMS.	1	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
4.1.2	Criar a Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal - CFT.	Comissão de Farmácia e Terapêutica instituída.	1	2017	Número	1	Número	1	-	0	0
4.1.3	Promover a criação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME.	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME existente.	1	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
4.1.4	Implantar sistema informatizado de gerenciamento da assistência farmacêutica em todas as unidades de saúde (Estrutura física, compra de equipamentos e conectividade).	Sistema informatizado de gerenciamento da assistência farmacêutica implantado.	25,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	25,00	25,00	25,00	25,00
4.1.5	Garantir o atendimento da demanda de medicamentos padronizados pela RENAME e pela REMUME junto as unidades de saúde da APS.	Percentual de farmácias que dispõem oportunamente medicamentos, insumos e materiais, conforme receituários e consonância com o RENAME e REMUME.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
4.1.6	Promover ações educativas quanto ao uso Racional de Medicamentos, ampliando o grau de autonomia, da independência para o autocuidado e do uso racional de medicamentos para pessoas idosas, hipertensos e diabéticos para minimizar problemas como a automedicação e os efeitos adversos.	Número de eventos realizados pela Assistência Farmacêutica Municipal.	2	2017	Número	8	Número	2	2	2	2
4.1.7	Adequar (Construir, ampliar ou reformar) a sede da Assistência Farmacêutica (AF) com uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) conforme normas estabelecidas pelo Manual de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.	Sede da Assistência Farmacêutica (AF) com Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) estruturada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
4.1.7	Adequar (Construir, ampliar ou reformar) a sede da Assistência Farmacêutica (AF) com uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) conforme normas estabelecidas pelo Manual de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.	Sede da Assistência Farmacêutica (AF) com Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) estruturada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
4.1.8	Estruturar a logística de abastecimento dos medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em tempo oportuno em toda a rede de atenção primária.	Percentual de unidades de saúde abastecidas de medicamentos e insumos farmacêuticos em tempo oportuno.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	10,00	100,00	100,00
4.1.9	Elaborar quadrimestralmente relatórios com avaliação dos indicadores da Assistência Farmacêutica.	Número de relatórios apresentados.	3	2017	Número	12	Número	3	3	3	3
4.1.10	Promover a capacitação de 100% dos dispensadores das farmácias das unidades de saúde da rede a cada ano.	Percentual de dispensadores capacitados.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 5 - FORTALECER O MODELO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE (EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA, AMBIENTAL, NUTRICIONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR) DO MUNICÍPIO DE BUERAREMA, DE MANEIRA INTEGRADA, COM FOCO NAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA REDUÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO.**

**OBJETIVO Nº 5.1 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
5.1.1	Ampliar a integração das ações da atenção básica e vigilância em saúde mensalmente.	Número de ações realizadas pela vigilância em saúde e atenção básica.	12	2017	Número	48	Número	12	12	12	12
5.1.2	Ampliar para 100% a informatização das salas de vacina com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).	Percentual de todas as unidades de saúde com SI-PNI implantado.	25,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	25,00	25,00	25,00	25,00
5.1.3	Realizar captação, cadastro, armazenamento e análise de informações para a incidência de câncer no município.	Elaborar relatório anual de incidência de base populacional.	-	-	-	4	Número	1	1	1	1
5.1.4	Reduzir a incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	2017	Número	0	Número	0	0	0	0
5.1.5	Reduzir o número de casos novos de Aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	2017	Número	0	Número	0	0	0	0
5.1.6	Ampliar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	73,68	2017	Percentual	94,50	Percentual	75,15	82,10	94,14	94,50
5.1.7	Implantar o Centro de Informações Estratégicas de Planejamento e Promoção em Saúde	Centro de Informações Estratégicas de Planejamento e Promoção em Saúde implantado.	1	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
5.1.8	Manter a proporção de cobertura das vacinas selecionadas do cvv para crianças	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75,00	2017	Percentual	75,00	Percentual	75,00	75,00	75,00	75,00
5.1.9	Reduzir o número de óbitos prematuros, população residente de 30 a 69 anos, por doenças crônicas não transmissíveis.	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	28	2017	Número	29	Número	27	20	34	29
5.1.10	Ampliar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	75,00	2017	Percentual	75,00	Percentual	75,00	75,00	75,00	75,00
5.1.11	Garantir a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.12	Ampliar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90,00	2017	Percentual	88,00	Percentual	88,00	88,00	88,00	88,00
5.1.13	Reduzir o número de óbitos maternos no município.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	2017	Número	0	Número	0	0	0	0
5.1.14	Adequar a estrutura Rede de Frio para melhor armazenamento, logística e abastecimento junto as Unidades de Saúde dos imunobiológicos.	Rede de Frio estruturada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
5.1.15	Ampliar a notificação dos casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho no município.	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.16	Estimular a participação dos profissionais de saúde para efetivação da Política de Saúde do Trabalhador.	Número de capacitações realizadas anualmente junto aos profissionais da rede.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
5.1.17	Monitorar e investigar os surtos de doenças transmissíveis e demais emergências em saúde pública.	Percentual de surtos de doenças transmissíveis e demais emergências em saúde pública investigados.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

5.1.18	Realizar análise de situação de saúde e divulgar boletins informativos quadrimestralmente aos gestores, profissionais e população em geral.	Número de boletins informativos divulgados.	1	2017	Número	12	Número	3	3	3	3
5.1.19	Implantar a Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho em todas as unidades de saúde.	Percentual de unidades de saúde com Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho implantados.	0,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.20	Elaborar e implantar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) nas unidades de saúde.	Percentual de unidades de saúde com PGRSS elaborado e implantado.	40,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	40,00	60,00	80,00	100,00
5.1.21	Realizar 6 ciclos de visitas com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	0	2017	Número	6	Número	6	6	6	6
5.1.22	Reformar a sede do Ponto de Apoio (P.A) dos agentes de combate as endemias.	Reforma do P.A. realizada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
5.1.23	Realizar capacitação junto aos profissionais da rede de ensino e saúde quanto a notificação compulsória de casos de violência contra crianças e adolescentes, como também das tentativas de suicídios e automutilação.	Número de capacitações realizadas.	1	2017	Número	2	Número	1	0	1	0
5.1.24	Implantar o Comitê Municipal de Mortalidade Materna, fetal, infantil e causas indeterminadas para investigação das mortes, segundo os critérios de investigação obrigatória.	Comitê Municipal de Mortalidade Materna, fetal, infantil implantado.	0	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
5.1.25	Ampliar, fortalecer e promover ações de alimentação e de nutrição referentes a segurança alimentar e a práticas alimentares adequadas e saudáveis.	Número de oficinas e eventos realizados anualmente.	2	2017	Número	8	Número	2	2	2	2
5.1.26	Implementar a vigilância nutricional com o monitoramento do estado nutricional dos adultos, gestantes, idosos e crianças com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e obesidade.	Percentual da indivíduos acompanhados pelos indicadores do estado nutricional relatórios - SISVAN/ESUS.	75,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	75,00	80,00	85,00	95,00
5.1.27	Capacitar profissionais de saúde sobre a temática da Violência e a notificação com a Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras violências.	Percentual profissionais de saúde capacitados e monitorados como unidades notificadoras.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.28	Fortalecer e qualificar a Educação Permanente em Vigilância em Saúde para todos os profissionais da rede de atenção primária.	Número de capacitações realizadas anualmente.	2	2017	Número	12	Número	3	3	3	3
5.1.29	Atender todas as solicitações recebidas relacionadas à vigilância de ambientes de trabalho, processos e atividades de trabalho para intervenção sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores.	Percentual de atendimento de todas as solicitações de vigilância de ambientes de trabalho, processos e atividades de trabalho	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.30	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.31	Desenvolvimento de projeto de intervenção para integração de práticas de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde.	Projeto de integração de práticas de saúde do trabalhador implantado no município.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
5.1.32	Mapear os riscos: reconhecimento das áreas que oferecem riscos à saúde da população de forma periódica e com interação com as demais equipes da atenção básica.	Mapeamento anual realizado.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
5.1.33	Garantir número mínimo de Recursos Humanos da Vigilância Sanitária, proporcionalmente as necessidades dos seis grupos de ações.	Número mínimo de recursos humanos componentes da VISA.	2	2017	Número	3	Número	2	1	0,00	0,00
5.1.34	Intituir o Código Sanitário Municipal	Código Sanitário Municipal instituído.	0	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
5.1.35	Realizar 100% dos seis grupos de ações considerados prioritários para a VISA municipal: Cadastramento de estabelecimentos sujeitos a VISA, inspeção de estabelecimentos sujeitos a VISA, atividade educativa para a população, atividade educativa para o setor regulado, recebimento de denúncias/reclamações, atendimento a denúncias/reclamações, instauração de processo administrativo sanitário.	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	28,50	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.36	Criar protocolo para normalizar as ações de vigilância sanitária no município de Buerarema.	Número de protocolo implantado.	0	-	Número	1	Número	0	0	1	0
5.1.37	Viabilizar os processos de capacitação dos profissionais da visa para o desenvolvimento das ações educativas para a população e setor regulado, bem como estabelecer as atribuições e competências para o exercício da função por meio de ato legal.	Números de capacitações realizadas anualmente.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1

5.1.38	Realização de concurso público/processo seletivo para ACE's afim de evitar a despreciação no vínculo empregatício e torna-los elegíveis.	Concurso público/processo seletivo realizado no município.	0	2017	Número	1	Número	0	1	0	0
5.1.39	Dispor de estrutura administrativa e operacional para o desenvolvimento das atividades de vigilância sanitária conforme orientações técnicas e normatizações.	Estrutura administrativa e operacional implantada.	1	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
5.1.40	Implementar e qualificar as ações de controle da raiva animal urbana no município.	Número de ações realizadas anualmente no controle da raiva animal urbana.	1	2017	Número	8	Número	2	2	2	2
5.1.41	Realizar diagnóstico epidemiológico de 75% do município.	Diagnóstico epidemiológico realizado em 75% do município.	45,00	2017	Percentual	75,00	Percentual	45,00	55,00	65,00	75,00
5.1.42	Realizar, anualmente, três Levantamentos do Índice Rápido de Infestação por <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA).	Número de Levantamentos do Índice Rápido de Infestação por <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA) realizados anualmente.	2	2017	Número	12	Número	3	3	3	3
5.1.43	Realizar ações de controle do vetor <i>Aedes aegypti</i> para manter a infestação menor que 1%.	Percentual de infestação do <i>Aedes aegypti</i> no município.	0,00	2017	Percentual	1,00	Percentual	1,00	1,00	1,00	1,00
5.1.44	Constituir Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) ligadas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS).	Número de comissão instituída.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0

**DIRETRIZ Nº 6 - APRIMORAR A GESTÃO DE PESSOAS E EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM A MISSÃO, VISÃO E VALORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COM A FORMAÇÃO, A EDUCAÇÃO PERMANENTE, A QUALIFICAÇÃO, A VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS, COMBATENDO A PRECARIIZAÇÃO E FAVORECENDO A DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO GARANTINDO A EFICÁCIA E EFICIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AOS USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

**OBJETIVO Nº 6.1 - Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
6.1.1	Implantar o Núcleo de Educação Permanente (NEP) com equipe mínima.	Número de NEP implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
6.1.2	Garantir a execução das ações programadas de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS.	Percentual das ações programadas de educação permanente executadas.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
6.1.3	Elaborar o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.	Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde elaborado e em execução.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
6.1.4	Manter a articulação com a Secretaria Municipal de Administração para a realização de concurso público mudança de vínculo na categoria de de Agentes de Combate à endemias a fim de eliminar a despreciação do serviço.	Concurso público realizado.	0	2017	Número	1	Número	0	1	0	0
6.1.5	Implantar a Política de gestão do trabalho e educação permanente no âmbito da SMS.	Política de gestão do trabalho e educação permanente implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
6.1.6	Realizar estudo da força de trabalho, garantindo a melhor distribuição dos profissionais nas unidades de saúde do município.	Percentual de unidades analisadas	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
6.1.7	Realizar estudo e criação de um Programa de Valorização do Servidor da Saúde com foco na qualidade de vida, saúde e segurança.	Estudo realizado e programa implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
6.1.8	Implantar a Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal como uma estratégia de fortalecimento da produção técnica, científica, de ensino e de educação em saúde.	Biblioteca virtual implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1



6.1.7	Realizar estudo da força de trabalho, garantindo a melhor distribuição dos profissionais nas unidades de saúde do município.	Percentual de unidades analisadas	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
6.1.8	Realizar estudo para a reclassificação das unidades de saúde, adequando a realidade atual a novos parâmetros sócioeconômicos e de risco.	Estudo realizado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
6.1.9	Realizar estudo e criação de um Programa de Valorização do Servidor da Saúde com foco na qualidade de vida, saúde e segurança.	Estudo realizado e programa implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
6.1.10	Implantar a Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal como uma estratégia de fortalecimento da produção técnica, científica, de ensino e de educação em saúde.	Biblioteca virtual implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1

**DIRETRIZ Nº 7 - FORTALECER AS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL E GARANTIR O CARÁTER DELIBERATIVO DOS CONSELHOS DE SAÚDE, AMPLIANDO OS CANAIS DE INTERAÇÃO COM O USUÁRIO, COM GARANTIA DE TRANSPARÊNCIA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ.**

**OBJETIVO Nº 7.1 - Promover a participação e controle social no SUS municipal, ampliando os canais de comunicação com a sociedade civil organizada.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
7.1.1	Implementar processo de Educação Permanente em Saúde para o Conselho Municipal de Saúde	Número de processos de educação permanente em saúde realizados anualmente.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
7.1.2	Organizar, divulgar e realizar a Conferência Municipal de Saúde.	Conferência Municipal de Saúde realizada.	0	2017	Número	1	Número	0	1	0	0
7.1.3	Implantar os conselhos locais de saúde.	Número de Conselhos locais de saúde implantados.	0	2017	Número	4	Número	2	2	2	2
7.1.4	Garantir espaço físico, sede própria, para o funcionamento do CMS.	Sede do CMS implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
7.1.5	Garantir previsão orçamentária para o custeio das atividades do CMS.	Percentual orçamentário para despesas com custeio do CMS.	0,38	2017	Percentual	0,41	Percentual	0,38	0,41	0,41	0,41
7.1.6	Realizar periodicamente reuniões ordinárias do CMS conforme cronograma anual.	Percentual de reuniões periódicas do CMS realizadas conforme cronograma anual.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
7.1.7	Implantar canais de comunicação do usuário para melhoria do acolhimento pelos profissionais e serviços de saúde (ex: caixas de reclamações, sugestões e elogios), com seus devidos registros.	Percentual de serviços de saúde com canais de comunicação implantados.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 8 - AMPLIAR A CAPACIDADE DE GESTÃO DO SUS MUNICIPAL EM CONDUZIR O GERENCIAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS MELHORANDO O PADRÃO DO GASTO E QUALIFICANDO O FINANCIAMENTO TRIPARTITE E OS PROCESSOS DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS.**

**OBJETIVO Nº 8.1 - Desenvolver práticas de planejamento, monitoramento e avaliação com vistas a sua institucionalização no SUS municipal e aperfeiçoamento da gestão dos recursos financeiros e materiais.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
8.1.1	Elaborar e monitorar de forma integrada proposta orçamentária e execução financeira no âmbito da SMS	Número de propostas orçamentárias realizadas.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
8.1.2	Construir e monitorar o Plano Municipal de Saúde 2018-2021.	Plano Municipal de Saúde construído e em monitoramento.	1	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
8.1.3	Avaliar todas as Programações Anuais de Saúde - PAS.	Número de PAS avaliadas.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
8.1.4	Construir e acompanhar o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).	Número de Relatórios Anuais de Gestão.	1	2017	Número	4	Número	1	1	1	1
8.1.5	Manter alimentado os Sistemas de Convênios do Governo Federal – SICONV – e o Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde – SIOPS de forma regular conforme legislação vigente.	Percentual de manutenção dos sistemas alimentados regularmente conforme legislação vigente.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
8.1.6	Implantar equipe mínima administrativa/financeira exclusiva para a SMS a fim de aprimorar de instrumentos de controle e acompanhamento financeiro e orçamentário do Fundo Municipal de Saúde.	Número de equipe administrativa/financeira implantada na SMS.	0	2017	Número	1	Número	1	0	0	0
8.1.7	Garantir a manutenção do custeio das ações e serviços de saúde da SMS.	Percentual dos recursos financeiros garantidos para a manutenção das ações e serviços da SMS.	-	-	-	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
8.1.8	Garantir a celebração de convênios/contratos para o desenvolvimento das atividades da SMS conforme legislação vigente.	Percentual de convênios/contratos celebrados para o para o desenvolvimento das atividades da SMS.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 9 - FORTALECER E AMPLIAR A RELAÇÃO FEDERATIVA NO SUS, ESTABELECCENDO A GESTÃO COMPARTILHADA NAS REGIÕES DE SAÚDE E COM A REVISÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO, CONSIDERANDO AS ESPECIFICIDADES REGIONAIS E RATIFICANDO AS RESPONSABILIDADES DE CADA ENTE FEDERADO, VISANDO OFERECER AO CIDADÃO O CUIDADO INTEGRAL.**

**OBJETIVO Nº 9.1 - Garantir a gestão compartilhada, estabelecendo a organização e o funcionamento do SUS por meio da articulação interfederativa entre as esferas de governo municipal, estadual e federal, objetivando a pactuação nas regiões de saúde constante desde a formulação de suas políticas, financiamento, responsabilidades, até aspectos operacionais, visando oferecer o cuidado integral a população.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
9.1.1	Participar das reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR), Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).	Percentual de participação nas reuniões da CIR, CIB e COSEMS.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
9.1.2	Participar dos Projetos prioritários das regiões de saúde, conforme planejamento regional.	Percentual de participação nos Projetos prioritários das regiões de saúde.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 10 - APRIMORAR A CAPACIDADE DE GESTÃO DO SUS MUNICIPAL POR MEIO DE INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS, INFORMAÇÃO E INFORMATIZAÇÃO, MELHORANDO OS CANAIS DE DIÁLOGO COM A SOCIEDADE, O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL, AS AÇÕES E SERVIÇOS DA SMS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO.**

**OBJETIVO Nº 10.1 - Implementar novo modelo de gestão do SUS municipal com instrumentos de planejamento, organização e funcionamento adequado, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável que estejam em consonância à realidade orçamentária e financeira, objetivando que as ações da SMS sejam eficientes, efetivas e oportunas.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
10.1.1	Instituir no organograma funcional da Secretaria Municipal de Saúde.	Novo organograma instituído no município.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
10.1.2	Elaborar do Regimento Interno da SMS, definindo normas, rotinas, compromissos e responsabilidades.	Regimento Interno elaborado e em execução.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
10.1.3	Construir todos os instrumentos de gestão (Plano Plurianual, Programação Anual de Saúde, Relatórios trimestrais e Relatório Anual de Gestão - RAG) em parceria com as áreas técnicas da SMS.	Percentual dos instrumentos de gestão elaborados e aprovados pelo CMS.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
10.1.4	Implantar a Ouvidoria Municipal da SMS, com base na legislação vigente, mediante instrumento normativo.	Ouvidoria Municipal implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
10.1.5	Implantar câmara técnica para acompanhamento e avaliação permanente do sistema de saúde.	Câmara técnica implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	0	1
10.1.6	Implantar sede permanente da SMS para melhor funcionamento e ambiência, a fim de se obter um melhores resultados na esfera administrativa e para a rede de serviços de saúde.	Sede da SMS implantada.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
10.1.7	Garantir o cumprimento das ordens judiciais, que envolvam insumos de saúde, entre outros atendimentos de competência da SMS.	Percentual de cumprimento das ordens judiciais.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
10.1.8	Monitoramento e publicização das ações e serviços de saúde do município.	Percentual de ações e serviços de saúde publicizados.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
10.1.9	Gerenciar dos recursos físicos, materiais e insumos para a manutenção das unidades de saúde em tempo oportuno.	Percentual de unidades de saúde com recursos físicos, materiais e insumos mantidos.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
10.1.10	Garantir o assessoramento jurídico aos Departamentos da SMS em consonância com as diretrizes da PGM.	Percentual de departamentos da SMS assessorados pela PGM - Procuradoria Geral do Município.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
10.1.11	Aprimorar e analisar trimestralmente os processos de gestão dos sistemas de informação em saúde quanto aos atributos de qualidade eleitos (Cobertura, Não duplicidade, Completude, Acessibilidade, Validade e produtividade).	Número de relatórios analíticos trimestrais realizados pelo SIS.	3	2017	Número	12	Número	3	3	3	3
10.1.12	Implantar sistema municipal de regulação para análise de demanda reprimida para melhoria do acesso.	Sistema Municipal de Regulação implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
10.1.13	Construir o Portal da Secretaria Municipal de Saúde - SMS melhorando o acesso as informações atualizadas e vigentes de fluxos e processos, de interesse do cidadão, conselheiro, prestador e servidores.	Portal da SMS implantado.	0	2017	Número	1	Número	1	0	0	0



**DIRETRIZ Nº 11 - APRIMORAR E INTENSIFICAR O USO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM TODA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO PARA FACILITAR O ACESSO À INFORMAÇÃO E QUALIFICAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS.**

**OBJETIVO Nº 11.1 - Estruturar e qualificar as Unidades de Saúde da Rede Própria e Unidades Administrativas do município com soluções tecnológicas na área da informação e comunicação.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
11.1.1	Qualificar 100% das unidades da SMS - administrativas e rede assistencial - com infraestrutura e recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação	Percentual de unidades da SMS estruturadas e qualificadas com recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação.	0,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	70,00	80,00	90,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 12 - ENFRENTAMENTO À SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA EM DECORRÊNCIA DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS.**

**OBJETIVO Nº 12.1 - Estabelecer respostas coordenadas no âmbito do município de Buerarema, mantendo consonância com as definições dos níveis de gestão estadual e federal, adotando medidas para reduzir a morbimortalidade decorrente da disseminação do novo coronavírus (COVID-19).**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
12.1.1	Elaborar Plano de Contingência para respostas as emergências em saúde pública no município contra a COVID-19 implantado e mantido.	Plano de Contingência para respostas as emergências em saúde pública no município contra a COVID-19 implantado e mantido.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
12.1.2	Elaborar Protocolo de responsabilidades sanitárias.	Protocolo de responsabilidades sanitárias implantado e mantido.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
12.1.3	Realizar aquisição de equipamentos, materiais de consumo, EPI e EPC para disposição de toda rede de atenção à saúde municipal.	100% da rede de atenção à saúde municipal com equipamentos, materiais de consumo, EPI e EPC disponíveis.	0,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	0,00	0,00	100,00	0,00
12.1.4	Realizar processo seletivo simplificado para contratações de recursos humanos para ações de enfrentamento ao COVID-19.	Processo seletivo realizado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
12.1.5	Criar Comitê de Emergência em Saúde Pública Municipal	Comitê criado e implantado.	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Vigilância à Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde - SAGE. Situação de Saúde. Morbidade. **Descrição de Indicadores.** Processado através de: [http://sage.saude.gov.br/pdf/morbidade/ler\\_pdf.php?file=hanseníase](http://sage.saude.gov.br/pdf/morbidade/ler_pdf.php?file=hanseníase), acesso em abril de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta Nº 125, de 26 de março de 2009. **Define ações de controle da hanseníase.** Processado através de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html), acesso em abril de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, DF; 2018 [cited 2019 Jul 12];49(53). Available from:[http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66196/boletim\\_hiv\\_aids\\_12\\_2018.pdf?file=1&type=node&id=66196&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66196/boletim_hiv_aids_12_2018.pdf?file=1&type=node&id=66196&force=1)

Ministério da Saúde - Programa Nacional de Hepatites Virais. Avaliação da Assistência às Hepatites Virais no Brasil. Brasília; 2002, 1-61 3.

Ministério da Saúde – Programa Nacional Para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Disponível no endereço: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/hepatite.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sumario\\_executivo\\_politicas\\_acoes\\_prevencao\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sumario_executivo_politicas_acoes_prevencao_cancer.pdf)

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa\\_cancer\\_24042014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf)

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde em contexto de mudanças. Revista de Administração Pública, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 136-146, 2000.

BRASIL. Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde. Política de Redes de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS n. 4279, DOU 30.12.2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos da Vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BRASIL. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS - Tecendo Redes para Garantir Direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf). Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.92 p. il. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad17.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad17.pdf). Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p.: il. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad21.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf). Acesso em 31/07/2016>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS ([http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/controle\\_cancer](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/controle_cancer)) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>), 2016.

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 142/2008. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as responsabilidades sanitárias, critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços de **Vigilância Sanitária** e Ambiental do Sistema de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia. DOE 04/09/2008

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

IBGE. **Censo Demográfico 2010. Cidades** Disponível em URL: < <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 15 de agosto 2017.

Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 28 de dezembro 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

Ministério da Saúde. **Lei Nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

Ministério da Saúde. **Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

Planalto. **Lei Complementar 141 03 de janeiro 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Ministério da Saúde. **Portaria 2135 de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2016.

BRASIL. Guia de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. 1ª.ed. atualização 2016. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: . Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.148, de 28 de agosto de 2017. Estabelece o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e encerra o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI). Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: . Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: . Acesso em: 30 de setembro de 2017.

BRASIL. PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e Nasf 3º ciclo. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: DF. 2017.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar PeNSE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais - Gerência de Estudos e Pesquisas Sociais. 2015.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Trimestral PNAD Contínua. Taxa de desocupação, 2º trimestre de 2017.

MENDES, E.V – As Redes de Atenção à Saúde. Brasília DF, 2ª Edição 2010.

MENDES GONÇALVES, R. B. A. Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde. Relatório de Seminário. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 1993.

OMS (Organização Pan-americana de Saúde). Plano Global para o Combate à Tuberculose: 2011 – 2015. Genebra: OMS. 2016.

PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. de A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Casa da Qualidade Editora, Salvador, 2000.

PAIM. JAIRNILSON S. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi. Guanabara Koogan, 6ª Edição. 2003, p. 567.



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE BUERAREMA- CMS**  
**RESOLUÇÃO Nº 01/2018**

Dispõe sobre o Plano Municipal de Saúde 2018- 2021. O Plenário do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do Município de Buerarema/BA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Federal 8.142, de 28/12/1990; Lei Federal 8.080, de 19/09/1990; Lei Municipal nº 418, de 03 de setembro de 1991; Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, e

**CONSIDERANDO**

- a necessidade de estabelecer diretrizes para atuação do município de Buerarema na área de saúde para o quadriênio 2018 a 2021,

**RESOLVE:**

Artigo 1º - APROVAR o Plano Municipal de Saúde proposto pela Secretária Municipal de Saúde, na reunião ordinária de 07/02/2018;

Artigo 2º - As diretrizes constantes no Plano Municipal de Saúde 2018- 2021 deverão ser consideradas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde na formulação de instrumentos de gestão e na avaliação e apreciação do Relatório Anual de Gestão, quando da sua aprovação;

Artigo 3º - A presente Resolução foi aprovada por unanimidade pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde em 07/02/2018.

HOMOLOGO a Resolução nº 01/2018, de 7 de fevereiro de 2018, nos termos da Legislação Vigente.

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Buerarema