PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - 2022-2025



CAMPO GRANDE – MS

CAMPO GRANDE
PREFEITURA
Para viver e ser feliz

SESAU
Secretaria Municipal de Saúde

CGEP

Conselho Municipal de Saúde
CAMPO GRANDE - MS

SUS Sistema Único de Saúde

DEZEMBRO/2021

PREFEITO MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

MARCOS MARCELLO TRAD

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

JOSÉ MAURO PINTO DE CASTRO FILHO

SECRETÁRIO ADJUNTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ROGÉRIO MARCIO ALVES SOUTO

COORDENADORIA-GERAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO PARTICIPATIVA

Paulo Sérgio Iglessias

COORDENADORIA-GERAL FINANCEIRA

Elias Reis de Souza

COORDENADORIA-GERAL JURÍDICA

Eliasze Luizo Guimarães Júnior

COORDENADORIA-GERAL DE SUPORTE TECNOLÓGICO E INFORMAÇÃO

Suzeli Bobadilha Lima da Silva

OUVIDORIA GERAL DA SAÚDE

Sonia Maria Correia dos Santos

COORDENAÇÃO-GERAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Ionise Catarina Piazzi

COORDENADORIA ESPECIAL DE MANUTENÇÃO DE OBRAS

Bruno Marques Rocha

SUPERINTENDÊNCIA DE ECONOMIA EM SAÚDE

Claudioney de Matos Ramos

SUPERINTENDÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

SUPERINTENDÊNCIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS DE SAÚDE

Eliana Amaral Dalla Nora Franco

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Eduardo Luis Mense Rodrigues

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Veruska Lahdo

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO CUIDADO

Marcos Rodrigues Marques

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS

Hena Dianna Moreira Lopes da Silva

Allana Gabrielle Ferreira da Silva

Bianca Reis Ôrue

Jéssica Priscilla Resende Magalhães

Juliane do Valle Medeiros

Thais Neves de Carvalho

SUMÁRIO

Introdução..... 6

1. Estrutura Plano Municipal 2018-2021..... 9

2. Análise Situacional..... 13

2.1 Localização Geográfica..... 13

2.2 Perfil Socioeconômico..... 17

2.3 Perfil demográfico..... 18

2.4 Estrutura do Sistema de Saúde..... 23

2.4.1 Atenção Básica..... 25

2.4.2 Saúde Bucal..... 33

2.4.3 Urgência e Emergência..... 39

2.4.4 Atenção Especializada..... 43

2.4.5 Atenção Psicossocial..... 45

2.4.6 Atendimento Móvel de Urgência..... 46

2.4.7 Assistência Farmacêutica..... 47

2.4.8 Vigilância em Saúde..... 49

2.4.9 Relação Institucionais de Saúde..... 54

2.5 Redes de Atenção à Saúde - RAS..... 69

2.6 Condições Sociossanitárias..... 87

2.6.1 Perfil nascidos vivos..... 88

2.6.2 Mortalidade..... 91

2.6.3 Indicadores de morbidade..... 96

2.7 Fluxos de Acesso..... 154

2.8 Recursos Financeiros..... 180

2.9 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde..... 196

2.10 Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde..... 210

2.11 Gestão..... 224

2.12 Controle Social..... 264

2.13 Auditoria..... 269

3. Plano Municipal de Saúde - PMS 2018-2021 (2020-2021)..... 271

3.1 Operacionalização..... 271

3.2 Diretrizes, objetivos, metas e Indicadores..... 275

3.3 Metas e Análise Situacional..... 287

3.4 Justificativas de Inviabilidade de Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019..... 460

3.5 Justificativas de Inviabilidade de Propostas da Audiência Pública -2021..... 486

4. Monitoramento e Avaliação..... 500

5. Indicadores do Previne Brasil..... 502

Anexos..... 506

Referências..... 609

INTRODUÇÃO

Os instrumentos básicos para planejamento e gestão do SUS são compostos pelo **Plano de Saúde - PS**, Programações Anuais de Saúde - *PAS e* Relatórios Anuais de Gestão - *RAG* - em estreita articulação e interdependência, são partes consecutivas e contínuas de um mesmo processo e pretende contribuir para funcionamento do sistema de saúde, o qual objetiva a melhoria da promoção, proteção e recuperação da saúde, o aperfeiçoamento da gestão, das ações e serviços prestados à população, como dispõe a Lei n. 8.080/90.

O processo de planejamento e orçamento do SUS é ascendente do nível local até o federal compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Sendo assim, o **Plano de Saúde** é o instrumento central de planejamento, que orienta as iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde – SUS para o período de quatro anos, expressando políticas e compromissos sanitários, buscando explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para atingir sua missão e devendo orientar-se pelos pactos assumidos, pelos Relatórios das Conferências em Saúde, pelas recomendações dos Relatórios de Gestão de anos anteriores, além de pautar-se na Análise Situacional, nas necessidades de saúde da população e nas peculiaridades da esfera municipal, a partir dos seguintes eixos mínimos orientadores:

- Estrutura do Sistema de Saúde;
- Redes de Atenção à Saúde;
- Condições Sociossanitárias;
- Fluxos de Acesso;
- Recursos Financeiros;
- Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde;
- Gestão;

E eixos complementares:

- Controle Social e
- Auditoria.

O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas.

A identificação dos problemas na análise situacional para a elaboração do Plano de Saúde deverá ser feita com base nas condições de saúde da população, nos determinantes e condicionantes de saúde e na gestão em saúde.

Desta forma, a Análise situacional configura-se como etapa que antecede a formulação das diretrizes, objetivos e metas do próprio Plano, consistindo no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade.

Subsequentemente à análise situacional devem ser definidas as diretrizes, objetivos e metas do Plano de Saúde que devem também estar consoantes aos critérios adotados na análise situacional.

Tabela 01. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2021.

DIRETRIZ	Formulação que indica as linhas de ação a serem seguidas. Expressa de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.
OBJETIVO	Expressa o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.
META	Expressão quantitativa de um objetivo. A meta concretiza o objetivo no tempo, esclarece e quantifica “o que”, “para quem”, “quando”.
INDICADOR	É um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.

Fonte: Série Cadernos de Planejamento, v. 2 do ano 2009 – “Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva”, Instrumentos básicos.

Como parte integrante do processo cíclico de planejamento do SUS, a Programação Anual operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, em ações concretas, a fim de garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde. Os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde são parte integrante do Relatório Anual de Gestão assim como orientam eventuais redirecionamentos para o Plano e para as programações anuais sucessivas.

O Plano de Saúde deverá nortear a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, além de todos os instrumentos do ciclo de planejamento do SUS (Plano e Programação) compatibilizando com os instrumentos de planejamento

governamental (Plano Plurianual Anual - PPA e Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA).

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS cabe planejar, executar e gerir os serviços de saúde em conformidade com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integridade na saúde e qualidade de vida dos cidadãos, portanto a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde, é subsidiada pelo Plano Municipal de Saúde e abrange todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade das ações norteando as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos 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 do controle social, via Conselho Municipal de Saúde.

Missão: Promover o acesso ao atendimento universal, humanizado e de qualidade à população em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio das redes de cuidado, ensino e pesquisa, e gestão em saúde de forma eficiente.

Visão: Tornar-se referência em humanização, qualidade no acesso à saúde, transparência e educação com garantia da universalidade, equidade e integralidade.

Valores: Equidade, Ética, Humanização, Participação Social e Transparência.

1. ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL 2022-2025

A Constituição federal de 1988 dispõe em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Em seguida, sua regulamentação é apresentada nas leis nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990, chamadas Leis Orgânicas do SUS.

O SUS constitui-se em uma forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Além dos seus princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. E, os princípios organizacionais, os quais se destacam a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

A Lei nº 8.080/90 foi melhor detalhada pelo Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa como forma de operacionalização, levando em consideração um modelo regionalizado e hierarquizado. Esse dispositivo legal definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde são instituídas por articulação entre os estados e os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O decreto estabelece também que poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados, em articulação com os Municípios. Quando situados em áreas fronteiriças com outros países, a conformação em regiões deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Para referendar o arcabouço legal do SUS, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabeleceu bases referenciais para o escopo das ações e serviços de saúde e para o compartilhamento do financiamento setorial. Em maio de 2021, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou nota explicativa sobre a Lei Complementar nº 181, de 06 de maio de 2021 (anexo) para viabilizar meios legais que possibilitem aos municípios a execução dos recursos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes nos Fundos Municipais de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde. De acordo com a lei n°181/2021, a qual permite aos Estados, ao

Distrito Federal e aos Municípios realizarem a transposição e a transferência destes valores disponíveis para que sejam utilizados em outras ações de saúde no Município.

No decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, o qual dispõe sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e da política nacional de saúde competências: coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS; a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios; as informações de saúde; os insumos críticos para a saúde; a ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos; a vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa científica e tecnológica na área de saúde.

Além de suas competências, vale ressaltar que MS é a gestão central do sistema, sendo preferencialmente de forma descentralizada, onde o componente municipal é o principal executor da atenção com direção única em cada esfera de governo, sendo facultativo a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde conforme disposto na lei.

Para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e dos programas do MS, o Plano Nacional de Saúde (PNS) como instrumento orientador se torna capaz de conduzir a atuação da esfera federal em sua coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo metas, indicadores, diretrizes e prioridades.

Enquanto o Plano Estadual de Saúde (PES) é um dos principais instrumentos de apoio em busca do aperfeiçoamento e a atuação da Secretária Estadual de Saúde (SES) que pretende destacar os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria e sustentabilidade do SUS, visando a equidade entre as regiões e a qualidade de vida e de saúde da população do estado de Mato Grosso do Sul.

Contudo, para o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) feito o diagnóstico situacional, identificado as necessidades da população, e a partir das conferências distritais e municipais com participação social, trabalhadores da saúde e gestores apoiados pela Secretaria Municipal de saúde (SESAU) suas etapas demandam alguns requisitos, como operacionalização e estruturação das informações.

Destaca-se que os problemas elencados como prioridade para o enfrentamento, no quadriênio, apresentam-se grifados e sublinhados no decorrer daquele documento. Sendo assim, O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 possui como estrutura:

- Introdução: contextualização do ciclo de planejamento e os itens básicos do Plano;

- Análise situacional: foram transcritos os itens do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, a saber: Estrutura do Sistema de Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Condições sociossanitárias; Fluxos de Acesso; Recursos Financeiros; Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde; Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde; Gestão, Auditoria e Conselho Social, respeitando-se os levantamentos realizados quando da sua elaboração em 2020/2021.

- Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: foi revisado, considerando a Portaria GM n° 750, de 29/04/19, que institui o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28/09/17 e considerando o modelo de Plano de Saúde disponibilizado pelo DIGISUS onde as metas do Plano devem obrigatoriamente apresentar indicadores para o seu monitoramento, e estar vinculadas à Objetivos e Diretrizes.

- Operacionalização: conta com o relato dos caminhos percorridos para a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)2022-2025.

- Monitoramento e Avaliação: o monitoramento se deu através do acompanhamento dos compromissos explicitados nos Instrumentos Básicos do Planejamento do SUS. Enquanto a avaliação do Plano tem importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão, da resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população e para a implementação e consolidação do Sistema de Planejamento do SUS.

- Indicadores do Programa Previne Brasil: instituído pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 como novo modelo de financiamento amplia o acesso aos serviços de saúde, proporciona a efetividade da cobertura da Atenção Primária de Saúde, qualifica a assistência e o resultado dos indicadores de saúde, sendo os indicadores por desempenho de acordo com a portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 (anexo).

O Plano Municipal de Saúde é submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde devendo ser disponibilizado para acesso ao público no DigiSUS.

O DigiSUS Gestor- módulo planejamento incorporou as funcionalidades do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS) e do Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (Sispacto) e foi regulamentado pela Portaria GM/MS n° 750, de 29 de abril de 2019, que altera os artigos 435 a 441 da Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. É uma plataforma digital, que tem por objetivo possibilitar, aos gestores de todas as esferas acesso ao registros de dados do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como a elaboração e o envio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação do conselho de saúde.

Os principais objetivos do DigiSUS baseiam-se no aperfeiçoamento da gestão em saúde, a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde, o aprimoramento do uso dos recursos públicos, apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em

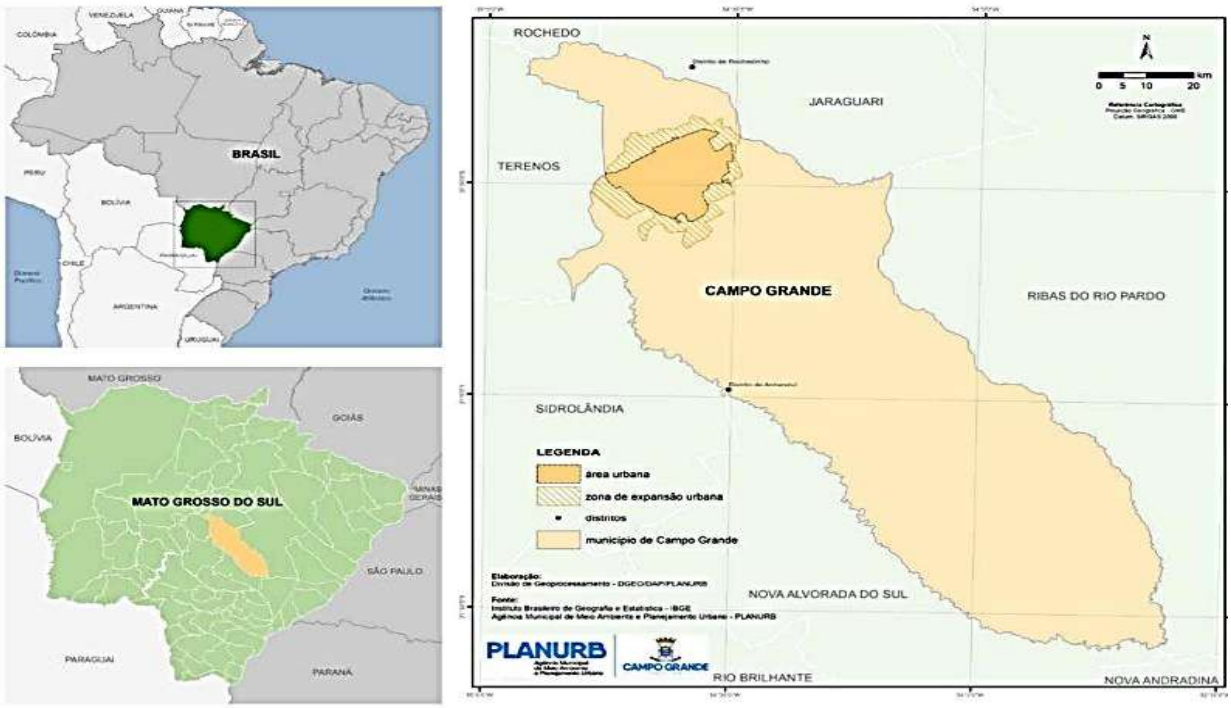
saúde e manter a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

De acordo com o Censo Demográfico 2020, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Campo Grande, com 8.082,978 km², está localizado geograficamente na porção central de Mato Grosso do Sul, ocupando 2,26% da área total do Estado e com população estimada em 906.092 pessoas.

Figura 02 - Município de Campo Grande – Localização



Fonte: http://www.campogrande.ms.gov.br/sisgran. Acesso em 13/05/2021.

No contexto nacional, Campo Grande é o 15º em volume populacional entre as capitais, conforme estimativas de população para 2019.

Tabela 02 - Área territorial oficial – Mato Grosso do Sul e Campo Grande

Unidade da Federação	Área (Km²)
Mato Grosso do Sul	357.145,534
Campo Grande	8.092,951

Fonte: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sisgran/#/>. Acesso em 13/05/2021.

Localizado nas imediações do divisor de águas das Bacias do Paraná e Paraguai, definida pelas coordenadas geográficas 20°28’13,40737” latitude Sul e 54°37’25,87099” longitude Oeste, e sua altitude varia entre as cotas 500 e 675 metros.

O marco zero do município fica no gramado em frente ao Monumento dos Imigrantes - Carro de Boi, no cruzamento da Av. Fernando Correa da Costa com a Av. Pres. Ernesto Geisel, próximo ao Parque Florestal Antônio de Albuquerque, conhecido como Horto Florestal.

Figura 03 – Marco Zero

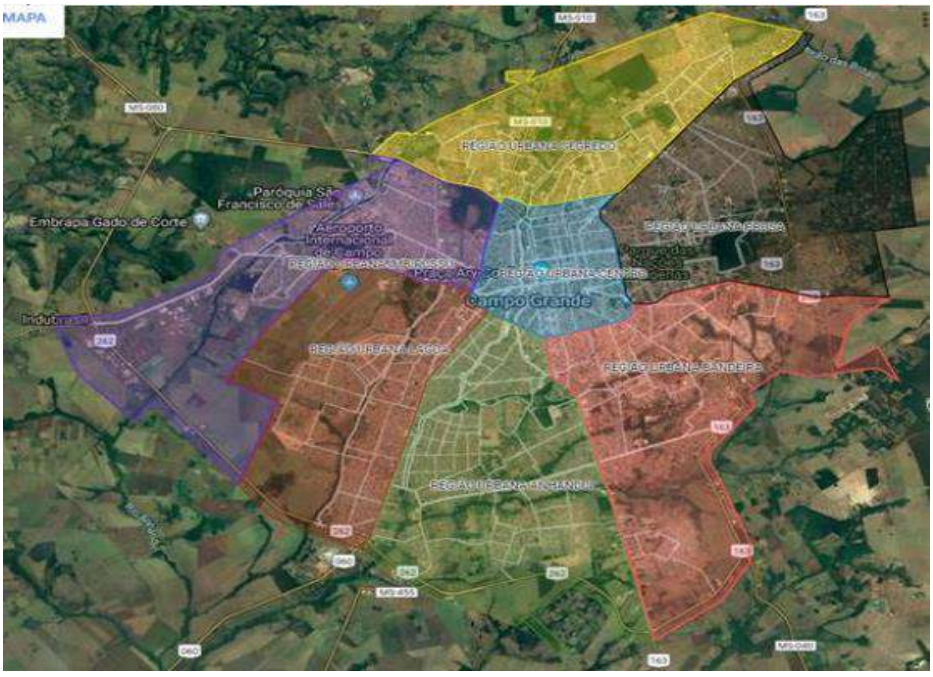


Fonte: BASE- Aerofotogrametria e Projetos. S.A/PMCG

Tem como municípios limítrofes: Jaraguari, Rochedo, Nova Alvorada do Sul, Ribas do Rio Pardo, Sidrolândia e Terenos.

Dois distritos fazem parte do município: Anhanduí e Rochedinho. Conforme a Lei Complementar n. 94, de 06 de outubro de 2006, que institui o Plano Diretor de Campo Grande, estes distritos são considerados como Regiões Urbanas para fins de planejamento.

Figura 04 – Distritos Sanitários do Município de Campo Grande – MS.



Fonte: SISGRAN/SEMADUR, 2019.

2.1.1 Rede de Esgoto e Água

Saneamento básico é o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais necessárias ao abastecimento de água potável; esgotamento sanitário; limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos; e drenagem e manejo de águas pluviais urbana, adotados objetivando propiciar uma condição saudável para os habitantes de uma comunidade e meio ambiente. Há uma série de estudos que comprovam a associação de doenças endêmicas com a falta de saneamento básico. Por sua essencialidade, é um direito assegurado pela Constituição Federal.

É obrigatório que todos os municípios elaborarem seus Planos Municipais de Saneamento Básico – PMSB. O PMSB é produto de um conjunto de estudos que possuem o objetivo de conhecer a situação atual do município e planejar as ações e alternativas para a melhoria das condições dos serviços públicos de saneamento, garantindo assim a universalização desses serviços.

De acordo com a 27ª edição revista, Perfil Socieconômico de Campo Grande 2020, Campo Grande possuía, em dezembro de 2019, 2.246 km de rede de esgoto. O sistema de esgotamento sanitário com coleta e tratamento está disponível para 80% da população. Atualmente existem duas Estações de Tratamento de Esgoto (ETEs) em operação.

1) ETE Imbirussu (2 módulos) – capacidade de 120 l/s;

2) ETE Los Angeles (10 módulos) – capacidade de 900 l/s.

2.1.2 Vegetação

Segundo a 27ª edição revista, Perfil Socieconômico de Campo Grande 2020, Campo Grande localiza-se na zona neotropical pertencente aos domínios da região fitogeográfica do Cerrado, constituindo-se em um conjunto de formas de vegetação que se apresenta segundo um gradiente de biomassa, diretamente relacionado à fertilidade do solo, sendo suas principais fisionomias: Campo Limpo, Campo Sujo, Cerrado, Cerradão, além da presença da Floresta Aluvial (mata ciliar) e áreas de Tensão Ecológica, representadas pelo contato Cerrado/Floresta Estacional Semidecidual e áreas das formações antrópicas utilizadas para agropecuária.

A cobertura vegetal remanescente identificada para o ano de 2007 somou 168.113 hectares dos 810.000 ha do território municipal, correspondendo a 20,7% de sua área. As pastagens introduzidas predominam na paisagem e ocupam grandes extensões das terras do município, porém, essa fisionomia vem mudando gradativamente em função da introdução do cultivo da soja e milho na porção Oeste e eucalipto na porção Leste.

A Lei n. 9.985, de 18 de julho de 2000, instituiu o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza (SNUC), estabelecendo critérios e normas para a criação, implantação e gestão das Unidades de Conservação. Para fins previstos nesta Lei, determinou-se que Unidades de Conservação são espaços territoriais e seus recursos ambientais, incluindo as águas jurisdicionais, com características naturais relevantes, legalmente instituídos pelo Poder Público,

com objetivos de conservação e limites definidos, sob regime especial de administração, ao qual se aplicam garantias adequadas de preservação da diversidade do patrimônio genético e dos processos ecológicos.

O Município de Campo Grande possui instituídas, atualmente, 6 (seis) Unidades de Conservação em seu território, sendo 3 (três) delas instituídas pelo Poder Público Municipal, à saber: Área de Proteção Ambiental dos Mananciais do Córrego Guariroba – APA Guariroba; Área de Proteção Ambiental da Bacia do Córrego Ceroula – APA do Ceroula e a Área de Proteção Ambiental do Manancial do Córrego Lajeado – APA Lajeado.

As Áreas de Proteção Ambiental (APAs) constituem o Grupo de Unidades de Uso Sustentável, e são áreas em geral extensas, com um certo grau de ocupação humana, dotadas de atributos abióticos, bióticos, estéticos ou culturais especialmente importantes para a qualidade de vida e o bem-estar das populações humanas. Sua criação tem por objetivo básico proteger a diversidade biológica, disciplinar o processo de ocupação e assegurar a sustentabilidade do uso dos recursos naturais.

2.1.3 Hidrografia

A 27ª edição revista, Perfil Socieconômico de Campo Grande 2020, traz que Campo Grande encontra-se localizado predominantemente na Bacia Hidrográfica do Rio Paraná, com exceção de uma pequena porção Noroeste de seu território que se situa na Bacia Hidrográfica do Rio Paraguai, na qual se encontram os córregos Mateira, Ceroula e Angico.

O município possui 33 (trinta e três) cursos d'água com nascentes urbanas, e conta com 11 (onze) Bacias Hidrográficas em seu território, sendo elas: Bacia Hidrográfica Anhanduí, Bandeira, Bálsamo, Coqueiro, Gameleira, Imbirussu, Lajeado, Lagoa, Prosa, Ribeirão Botas e Segredo.

O Rio Anhanduí é o principal curso d'água do município, tendo como seus afluentes a maioria dos corpos d'água, destacando-se o rio Anhanduizinho, Ribeirão da Lontra e os córregos Cachoeira, Três Barras, Anhanduí, Lajeado, Lajeadinho, Imbirussu, Pouso Alegre, Do Engano, Mangue, Lagoa, Lagoinha, Estiva, Limpo, Da Areia, Arame e Fortaleza, além dos córregos Guariroba, Água Turva, Estaca e Ribeirão das Botas, os quais são tributários da sub-bacia do rio Pardo, que por sua vez é afluente do rio Paraná. Os córregos Lajeado e Guariroba estão destinados ao fornecimento de água potável à população campo-grandense e contribuem com, aproximadamente, 50% de toda água consumida.

Com relação às águas subterrâneas, o município de Campo Grande apresenta basicamente três unidades fontes, associadas a três formações geológicas diferentes. A primeira, mais superficial, localizada na região oeste está relacionada aos arenitos do Grupo Bauru.

A segunda encontra-se associada às rochas da Formação Serra Geral, em zonas de fraturamentos, a qual encontra-se parcialmente sobreposta pela formação anterior. Por fim, em nível

mais profundo, encontram-se as rochas da Formação Botucatu, que devido às suas características petrográficas e abrangência em termos de área, contêm o maior aquífero subterrâneo da América do Sul, denominado Aquífero Guarani. Assim, devido a estas peculiaridades, Campo Grande pode ser considerado um município bem servido de águas subterrâneas para as mais diversas finalidades, desde o abastecimento doméstico até industriais.

2.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO

O perfil socioeconômico permite a área da saúde compilar dados de grande amplitude que podem ser usados no sentido da proposição de oferta de serviços ligadas ao princípio da equidade, pois permite um planejamento estratégico que beneficia a população de forma a atender prioridades. Isto se deve a utilização do próprio conceito ampliado de saúde, que é interpretado como resultante de condições de vida.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano para avaliar as condições de vida das pessoas nos países, bem como nos municípios (IDH-M) a partir de indicadores de educação (alfabetização e frequência na escola), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (renda per capita). Seus valores variam de 0 (muito baixo) a 1 (muito alto).

Em 1991, Campo Grande registrou um IDH de 0,563, passando a 0,673 em 2000 e 0,784 em 2010. O município está situado na faixa de desenvolvimento humano alto (IDH entre 0,700 e 0,799). Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,194), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos também foi Educação (com crescimento de 0,176), seguida por Longevidade e por Renda.

No ranking entre as capitais brasileiras, Campo Grande ocupou a 12ª posição em 2010.

Neste sentido, em relação à renda per capita, esta é obtida pela soma do rendimento nominal mensal das pessoas de 10 anos ou mais residentes em domicílios particulares e coletivos, dividida pelo total de pessoas residentes nesses domicílios. Baseados neste conceito, na lista dos municípios de Mato Grosso do Sul classificados por rendimento médio *per capita* em 2010 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Campo Grande apresentou renda per capita de R$ 1.246,75. Tais informações estão apontadas na 27ª edição revista do Perfil Socieconômico de Campo Grande 2020.

2.3 PERFIL DEMOGRÁFICO

A partir dos dados do Censo Demográfico, o gráfico e a tabela mostram que o IDHM do município - Campo Grande - era 0,673, em 2000, e passou para 0,784, em 2010. Em termos relativos, a evolução do índice foi de 16,49% no município.

Como evidenciado anteriormente, o IDHM do município apresentou aumento entre os anos de 2000 e 2010, enquanto o IDHM da UF - Mato Grosso do Sul - passou de 0,613 para 0,729. Neste período, a evolução do índice foi de 16,49% no município, e 18,92% na UF.

Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade apresentou alteração 11,49%, o IDHM Educação apresentou alteração 32,12% e IDHM Renda apresentou alteração 7,34%. Em 2010, Campo Grande - ocupava a 100ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros e a 1ª posição entre os municípios de seu estado (UF). De acordo com as estimativas de 2017, a população do município - Campo Grande - era de 874.210 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por mulheres e brancos.

Entre 2013 e 2017, a população do município - Campo Grande - registrou um aumento de 5,03%. No mesmo período, a UF - Mato Grosso do Sul - registrou um aumento de 4,87%. A tabela mostra a população total do município e a sua composição por sexo e cor nesses dois anos.

Tabela 03 – População Residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DSNT/CGIAE

População Residente - Estimativas para o TCU										
Período: 2010-2019										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Campo Grande	787.204	796.252	805.397	832.352	843.120	853622	863982	874210	885711	895982

Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptms.def acessado em 19/11/2021 as 09h29.

População Residente - Estimativas para Atlas		
Período: 2013 - 2017		
	2013	2017
Campo Grande	832.352	874.210

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/500270#sec-demografia acessado em 19/11/2021 as 10h15.

2.3.1 Estrutura Etária

Segundo as informações do Censo Demográfico, a razão de dependência total no município passou de 49,82%, em 2000, para 41,49% em 2010, e a proporção de idosos, de 4,80% para 6,70%.

Já na UF, a razão de dependência passou de 55,39% para 46,22%, e a proporção de idosos, de 5,02% para 6,62% no mesmo período. A relação entre a população do grupo de 0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade sobre o contingente entre 15 a 64 anos de idade permite calcular a razão de dependência, a qual expressa o peso dos jovens e dos idosos sobre o segmento que estaria exercendo alguma atividade produtiva. Assim, para o município de Campo Grande em 1991, chegou-se a uma relação de 60,01 jovens e idosos para cada grupo de 100 pessoas em idade potencialmente ativa. Em 2000, esta mesma relação era de 66,73. Já em 2010, a razão é de 70,67 jovens e idosos para cada grupo de 100 pessoas em idade ativa.

A partir destes resultados pode-se constatar o impacto do estreitamento na base da pirâmide etária, principal fator responsável pela diminuição da razão de dependência no município de Campo Grande.

De acordo com as estimativas de 2017, a população do município - Campo Grande - era de 874.210 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por mulheres e brancos.

Entre 2013 e 2017, a população do município - Campo Grande - registrou um aumento de 5,03%. No mesmo período, a UF - Mato Grosso do Sul - registrou um aumento de 4,87%. A tabela mostra a população total do município e a sua composição por sexo e cor nesses dois anos.

Variáveis	Total			Situação do domicílio					
				Urbana			Rural		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Campo Grande	786.797	381.333	405.464	776.242	375.248	400.994	10.555	6.085	4.470

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Elaboração: PLANURB.

Realizado a cada 10 anos, como prevê a Constituição Federal de 1988, o Censo demográfico deveria ter sido realizado em 2020, mas foi adiado para o ano de 2022 devido à pandemia. Diante disso, por razões estritamente técnicas, manteremos os dados da PLANURB, do Censo Demográfico do IBGE 2010 que consta a população Rural somava 10.555 pessoas, com taxa de urbanização 98,66% para uma população residente de 786.797, sendo desta 381.333 homens e 405.464 mulheres.

Entre 2000 e 2010 a taxa média geométrica de crescimento anual foi de 1,72%, a mais baixa desde o Censo de 1960. Mesmo assim o crescimento absoluto foi de 123.176 pessoas. O incremento médio anual foi de 12.318 pessoas no período de 2000 a 2010 contra 15.277 entre 1991 e 2000.

Com relação ao quesito raça/cor o mesmo Censo aponta:

Figura 06 – População, por situação do domicílio e cor ou raça, em Mato Grosso do Sul e Campo Grande - 2010

Mato Grosso do Sul/Campo Grande	Total	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Sem declaração
Mato Grosso do Sul	2.449.024	29.957	1.158.103	73.295	1.067.560	120.096	13
Campo Grande	786.797	13.924	397.975	5.898	326.644	42.347	9
Urbana	776.242	13.836	393.687	5.657	321.118	41.935	9
Rural	10.555	88	4.288	241	5.526	412	0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Elaboração: PLANURB.

Em relação à população geral do Município, 50,58% é branca. Os dados ainda trazem que, 50,71% da população da zona urbana é branca e na zona rural 53,35% é parda.

2.3.2 Educação

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores. Quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade. O quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta. A dimensão Educação, além de ser uma das três dimensões do IDHM, faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 – Educação de Qualidade.

O referido índice aponta, em seus últimos dados, que em 2010, no município de Campo Grande, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 95,14%. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era 91,37% e 65,13% de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo. Já para jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo a proporção era de 50,55%. Em 2000, 83,67% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade-série. Em 2010, esse percentual era de 88,45%.

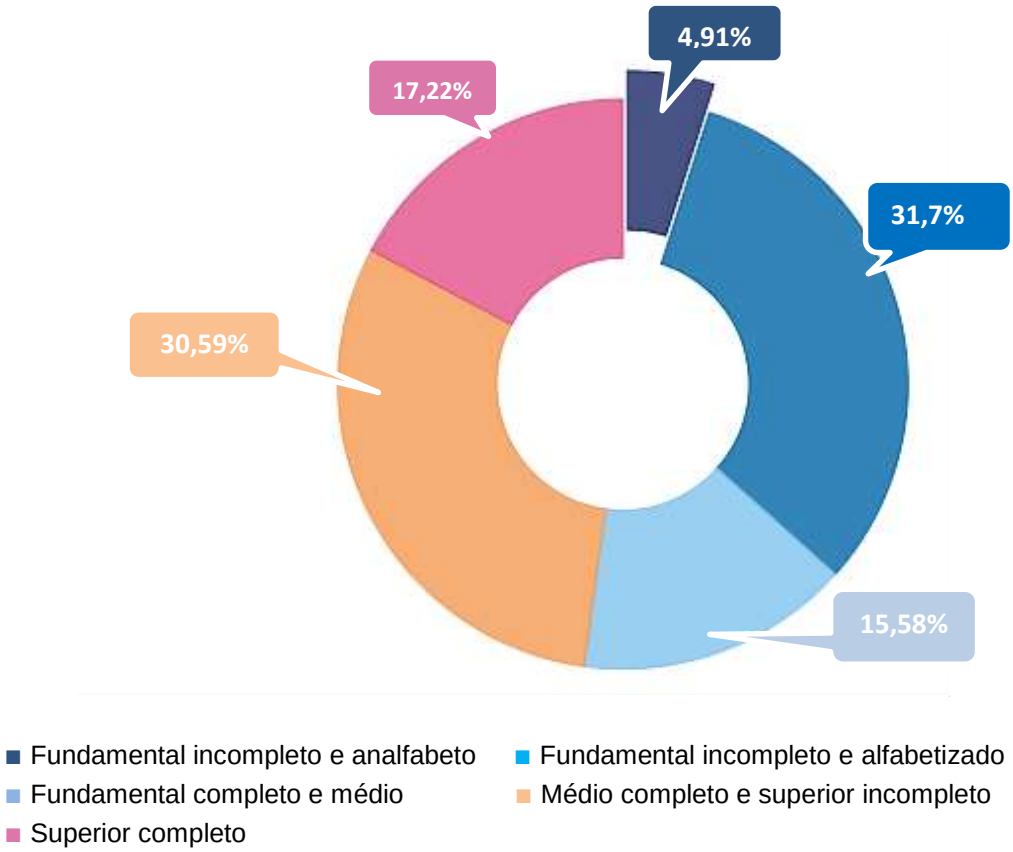
A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 30,90%, em 2016, e passou para 28,80%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 3,10%, em 2013, para 2,70%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 12,60%, em 2013, e, em 2014, de 12,40%.

O indicador Expectativa de anos de estudo sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, ele indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência terá completado ao atingir a idade de 18 anos. No município, esse indicador registrou 10,42 anos, em 2000, e 10,93 anos, em 2010, enquanto na UF registrou 9,52 anos e 10,08 anos, respectivamente.

Também compõe o IDHM Educação o indicador de escolaridade da população adulta, que se trata do percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 51,42% para 66,69%, no município, e de 37,31% para 53,60%, na UF.

Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 4,91% eram analfabetos, 63,39% tinham o ensino fundamental completo, 47,81% possuíam o ensino médio completo e 17,22%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 9,72%, 46,36%, 34,88% e 11,99%.

Figura 07. Escolaridade da população de 25 anos ou mais de idade no município – Campo Grande/MS -2010.



Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/500270 acessado em 17/11/202021.

2.3.3 Economia

A economia de Campo Grande é baseada no comércio de mercadorias e na prestação de serviços. Nos últimos anos, porém, a cidade vem se destacando como polo de turismo de eventos, com feiras, leilões, congressos e exposições.

A construção civil também desempenha papel importante na economia local. Na agricultura, os principais cultivos são de soja, milho, arroz e mandioca. A pecuária leiteira também é significativa: o município de Campo Grande possui o sexto maior rebanho bovino do estado. A cidade conta com indústrias de transformação nos ramos de mobiliário, frigorífico, sucos e extratos de frutas, material de limpeza e confecções, entre outros itens.

2.3.4 População Eleitoral

O eleitorado Campo-grandense no período 2009 a 2019, cresceu consideravelmente de 520.774 (2008) passando a ser 612.823 (2019) representando uma expansão de 123,38%, conforme demonstrado na Figura 07. Destaca-se a 53ª Zona Eleitoral com maior número de eleitores que abrange a Região Prosa e em seguida a 3ª na Região Central, conforme dados do TRE/MS – Cadastro Nacional de Eleitores 2017.

Figura 07 – Perfil Eleitoral em Campo Grande - 2009-2019.

Zona	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015(1)	2016(2)	2017(3)	2018(4)	2019(5)
8ª	86.014	90.155	90.312	94.922	96.272	99.356	100.508	104.320	109.857	112.930	116.761
35ª	87.196	91.630	92.701	96.499	97.710	101.201	102.250	104.497	108.627	107.787	110.875
36ª	97.573	100.824	100.788	103.058	103.274	106.127	106.317	107.489	108.000	97.788	100.832
44ª	79.765	82.343	82.333	85.074	85.543	87.333	87.795	88.778	89.515	85.605	88.589
53ª	103.394	107.659	108.193	111.685	113.431	116.549	118.121	120.184	124.651	125.300	129.929
54ª	66.832	68.371	67.955	69.736	69.609	83.026	82.396	83.519	82.394	76.506	65.837
Total	520.774	540.982	542.282	560.974	565.839	593.592	597.387	608.787	623.044	605.916	612.823

Fonte: http://www.tre-ms.jus.br/eleicoes/estatisticas-do-eleitorado/estatisticas-do-eleitorado. Acesso em 2/7/2020.

(1) Levantamento: 31/1/2016.
(2) Levantamento: 23/2/2017.
(3) Levantamento: 31/1/2018.
(4) Levantamento: 31/1/2019.
(5) Levantamento: maio/2020.

Figura 08 – Perfil Eleitoral em Campo Grande por sexo 2019*.

Sexo	Total	%
Masculino	281.229	45,89
Feminino	331.594	54,11
Total	612.823	100,00

Fonte: http://www.tre-ms.jus.br/eleicoes/estatisticas-do-eleitorado/estatisticas-do-eleitorado. Acesso em 2/7/2020
*Levantamento: maio/2020.

Figura 08 – Perfil Eleitoral em Campo Grande por escolaridade 2019*.

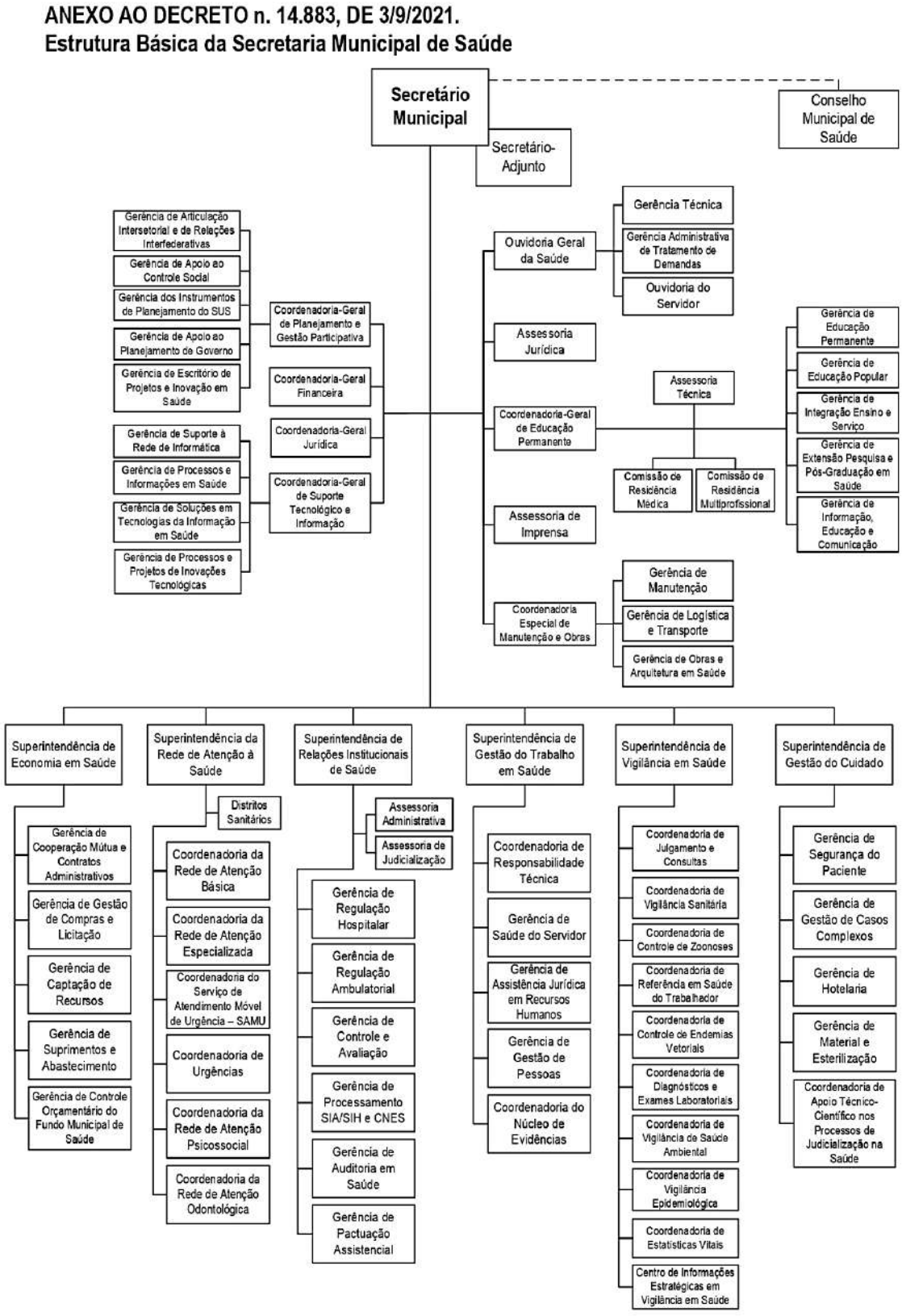
Escolaridade	Total	%
Analfabeto	7.702	1,26
Lê e escreve	16.202	2,64
Fundamental incompleto	112.231	18,31
Fundamental completo	40.698	6,64
Médio incompleto	73.756	12,04
Médio completo	167.051	27,26
Superior incompleto	65.032	10,61
Superior completo	130.151	21,24
Total	612.823	100,00

Fonte: http://www.tre-ms.jus.br/eleicoes/estatisticas-do-eleitorado/estatisticas-do-eleitorado. Acesso em 2/7/2020>
*Levantamento: maio/2020.

Perfil Socioeconômico de Campo Grande edição 2020 Capítulo 7

2.4 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

Figura 01 – Estrutura Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande- MS, 2021.



Fonte: DIOGRANDE n. 6.406, página 2 de 03/09/2021 – anexo ao Decreto n. 14.833.

A Secretaria Municipal de Saúde - SESAU tem sua competência e estrutura básica instituída no anexo ao Decreto nº 14.883 de 3 de setembro de 2021, publicado no DIOGRANDE nº 6.406 de 03 de setembro de 2021.

À Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), nos termos do disposto no art. 21 da Lei n. 5.793, de 3 de janeiro de 2017 compete:

I - a formulação da política de saúde do Município, tendo como base os indicadores socioeconômicos e culturais da população, e a sua implementação, através da integração, disseminação e hierarquização dos serviços da saúde, em conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde;

II - a coordenação, a supervisão e a execução de programas, projetos, atividades e ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde, em articulação com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e com o Ministério da Saúde;

III - a coordenação e a execução das ações de controle sanitário do meio ambiente e de saneamento básico, em articulação com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Gestão Urbana, em especial para emissão de alvará sanitário;

IV - a coordenação, a fiscalização e a execução das ações de vigilância sanitária e a aplicação do ordenamento normativo de defesa sanitária vegetal e animal no território do Município;

V - a promoção de medidas preventivas de proteção à saúde, em especial, as de caráter imunológico e educativo, concernentes ao perfil epidemiológico do Município e as ações de prevenção da saúde bucal;

VI - a promoção da integração das atividades públicas e privadas, coordenando a prestação dos serviços de saúde e estabelecendo normas, parâmetros e critérios necessários ao padrão de qualidade exigido, no nível de competência do Município;

VII - a gestão, a manutenção, a coordenação, o controle e a execução dos serviços de saúde prestados pela rede pública em ambulatórios, unidades básicas, unidades de pronto atendimento e laboratórios na execução de ações e procedimento de proteção e prevenção da saúde da população;

VIII - a distribuição de medicamentos, assegurando a assistência farmacêutica, em consonância com a política e diretrizes do Sistema Único de Saúde;

IX - a execução dos serviços de saúde vinculados às atividades de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador, bem como a colaboração na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana;

X - a promoção e a coordenação da integração das atividades de prestação de serviços de saúde no Município e o estabelecimento de normas, parâmetros e critérios necessários para assegurar graus de eficiência e produtividade nesse setor;

XI - a gestão dos recursos destinados à saúde, para assegurar o cumprimento das obrigações constitucionais e a aplicação no atendimento integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

XII - a promoção e o incentivo à qualificação e à capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde do Município, inclusive que atuam na rede particular conveniada ou credenciada.

2.4.1 Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como proposta a implantação dos sistemas de saúde municipais articulados regionalmente, com base municipal, num processo de negociação permanente e dinâmica entre os níveis de governo Municipal, Estadual e Federal, visando assegurar melhor atenção à saúde da população.

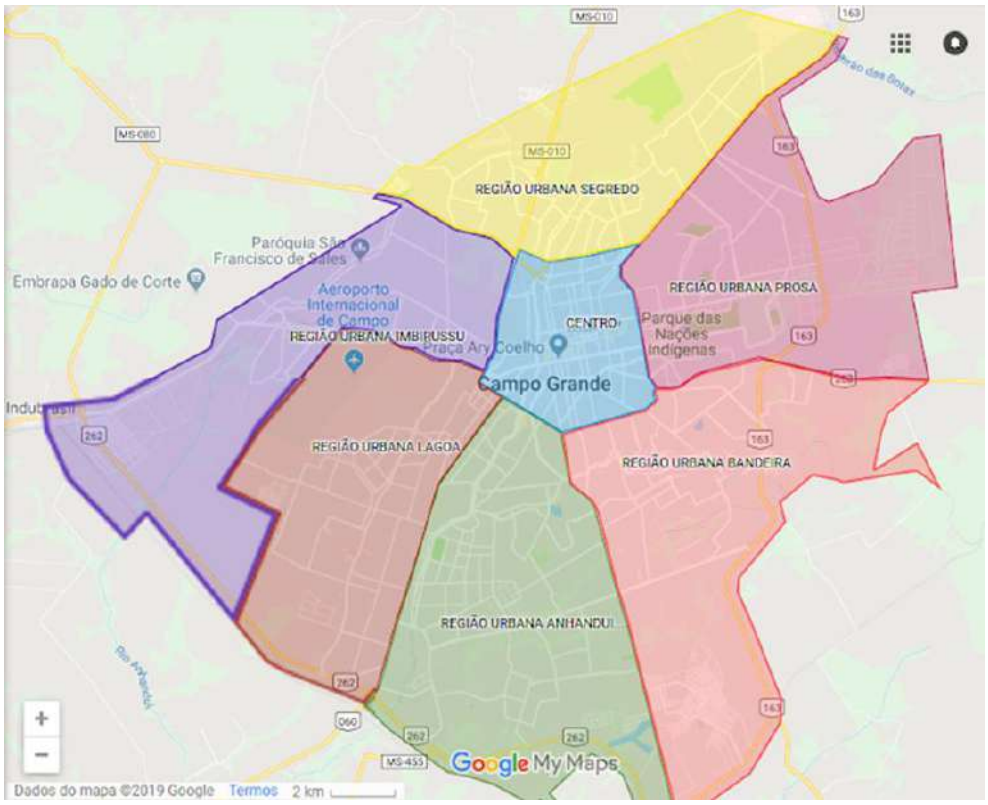
A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) tem por objetivo assegurar à população Políticas Públicas de Saúde, contemplando os princípios do SUS, através do cuidado oportuno, eficiente com equidade promovendo a integração a gestão participativa e o controle social, visando à melhoria da qualidade de vida de seus munícipes.

A Coordenadoria de Rede de Atenção Básica, diretamente subordinada à Superintendência da Rede de Assistência à Saúde, tem como competências: Coordenar a Rede de Atenção Primária em Saúde no âmbito municipal em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, coordenar a Estratégia de Saúde da Família como acesso preferencial dos usuários aos serviços de saúde, articulando-se as coordenadorias municipais e unidades gestoras; ampliar o escopo da Atenção Básica (AB) sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; coordenar a implantação, expansão e a operacionalização das equipes de atenção Primária e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) no âmbito do sistema local, em conjunto com os demais setores competentes; monitoramento e avaliação dos indicadores locais e de Pactuação Interfederativa; elaborar, implantar, coordenar, monitorar e avaliar as políticas transversais de atenção à saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, desenvolvendo programas e ações, considerando a diversidade dos usuários, possibilitando a resolução de grande parte de suas necessidades, é uma estratégia de organização voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso à Atenção Primária à Saúde, por meio de equipes multiprofissionais.

Importante destacar a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas pelo ministério da saúde.

Figura 2. Distritos Sanitários do município de Campo Grande - MS, 2021.



Fonte: 10.8.3.231:8000/mapa, 2021.

De acordo com a orgânica da saúde, Lei nº 8.080/90, parágrafo 2 do artigo 10, “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”.

Visando promover a integração regional das redes de atenção, por meio da reorganização territorial dos Distritos Sanitários com vistas ao reordenamento e reconhecimento das especificidades das diferentes bases regionais, foi proposto um novo dimensionamento, levando em consideração os elementos como: a divisão territorial, os problemas ou práticas sanitárias e o processo de trabalho das unidades adscritas.

Conforme o novo dimensionamento o município é composto por 07 Distritos, e sua a nomenclatura segue as regiões urbanas:

1. Distrito Sanitário da Região Prosa;
2. Distrito Sanitário da Região Segredo;
3. Distrito Sanitário da Região do Anhanduizinho;
4. Distrito Sanitário da Região Imbirussu;

5. Distrito Sanitário Região do Bandeira;
6. Distrito Sanitário da Região da Lagoa;
7. Distrito Sanitário da Região Centro;

A Atenção Primária à Saúde de Campo Grande é composta por 72 Unidades de Atenção Primária à Saúde (58 Unidades de Saúde da Família – USF e 14 Unidades Básicas de Saúde - UBS), 177 equipes de Saúde da Família (ESF), 154 equipes de Saúde Bucal (ESB) e 47 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde (EACS); 16 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP), 01 equipe de Consultório na Rua (eCR), 06 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

Embora ambos os modelos sejam formas de prover assistência primária em saúde à população, existem diferenças importantes de recursos humanos, financiamento e processo de trabalho que resultam em impacto diferenciado na forma de assistência à população.

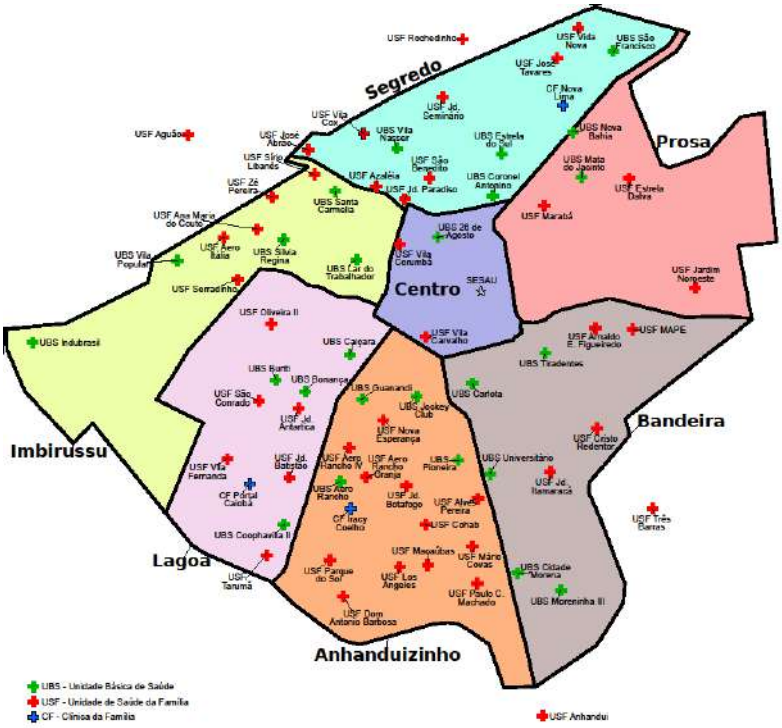
Abaixo segue a distribuição das unidades por distrito:

- Distrito Sanitário da Região Prosa: 05 Unidades (05 USF)
  - 01 unidade com 02 equipes
  - 02 unidades com 03 equipes
  - 02 unidades com 04 equipes
- Distrito Sanitário da Região Segredo: 14 Unidades (12 USF / 02 UBS)
  - 01 unidade rural com 01 equipe
  - 03 unidades com 01 equipe
  - 01 unidade com 02 equipes
  - 04 unidades com 03 equipes
  - 05 unidades com 04 equipes
- Distrito Sanitário da Região do Anhanduizinho: 18 Unidades (14 USF / 04 UBS)
  - 01 unidade rural com 02 equipes
  - 04 unidades com 02 equipes
  - 06 unidades com 03 equipes
  - 07 unidades com 04 equipes
- Distrito Sanitário da Região Imbirussu: 11 Unidades (08 USF / 03 UBS)
  - 01 unidade rural com 01 equipe
  - 03 unidades com 02 equipes
  - 05 unidades com 03 equipes
  - 01 unidade com 04 equipes
  - 01 unidade com 05 equipes
- Distrito Sanitário Região do Bandeira: 10 Unidades (08 USF / 02 UBS)
  - 01 unidade rural com 01 equipe

- 02 unidades com 02 equipes
- 02 unidades com 03 equipes
- 03 unidades com 04 equipes
- 01 unidade com 06 equipes
- 01 unidade com 08 equipes

- Distrito Sanitário da Região da Lagoa: 11 Unidades (09 USF / 02 UBS)
  - 01 unidade com 02 equipes
  - 03 unidades com 03 equipes
  - 06 unidades com 04 equipes
  - 01 unidade com 06 equipes
- Distrito Sanitário da Região Centro: 03 Unidades (02 USF / 01 UBS)
  - 02 unidades com 01 equipe
  - 01 unidade com 03 equipes

Figura 3. Localização das Unidades de Atenção Primária do município de Campo Grande - MS, 2021.



Fonte: 10.8.3.231:8000/mapa, 2021.

Considerando que os territórios são dinâmicos devido ao crescimento populacional, foi realizado redimensionamento do território para cobertura das microáreas descobertas, distribuição e adequação do número de pessoas por agente comunitário de saúde (ACS) para melhor

planejamento das ações de saúde pelas equipes vinculadas às unidades e atender ao preconizado na Política Nacional de Atenção Básica.

Atualmente o município de Campo Grande possui 1.581 ACS, ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) competência junho de 2021, por meio do decreto nº 14.294 foi criado o cargo de Supervisor Distrital dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com lotação de 01 ACS supervisor em cada sede de distrito e 01 Supervisor Geral dos ACS com lotação nesta coordenadoria. A criação deste cargo viabilizou o aumento do número de cadastro da população, permitindo o desenvolvimento de ações que fortalecem a integração entre ACS e Agente de Combate às Endemias (ACE), qualificação e agilidade no repasse das informações e atualizações referentes ao processo de trabalho dos ACS, apoio na construção e atualização dos manuais e protocolos de trabalho do ACS, participação nos processos de mapeando e territorialização das áreas adscritas de equipes de atenção primária. Fomento as atividades de promoção a saúde, prevenção de doenças e agravos, em especial os mais prevalentes no território.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF/AP) é um dispositivo estratégico para fortalecimento da APS, através de retaguarda especializada de uma equipe multiprofissional, para aumento da melhoria do acesso e resolubilidade por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado, da qualificação de encaminhamentos e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo.

O município conta com 16 equipes NASF/AP e cobertura de 83,05% das equipes da Estratégia de Saúde da Família e 23,4% em Unidades Básicas de Saúde. O processo de trabalho do Nasf/AP é orientado pelo referencial teórico metodológico do apoio matricial, com oferta de suporte técnico-pedagógico e assistencial às equipes vinculadas, conforme deliberação n. 735/2020/CMS de 09/09/2020 que aprova o projeto com as diretrizes para organização e funcionamento das equipes NASF/AP no município.

As equipes são compostas por categorias como: Psicólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Fonoaudiólogos, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Ginecologista e Pediatra. Vale ressaltar que a composição da equipe pode variar conforme perfil do território e disponibilidade de profissional.

O Consultório na rua (CR) é o equipamento componente da Atenção Básica na Rede da Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um consultório itinerante com profissionais que realizam intervenções de saúde à população em situação de rua (PSR), trata-se de equipe multiprofissional na modalidade II composta por 01 Assistente Social, 01 Enfermeira, 01 Motorista, 01 Supervisora, 02 Técnicas de Enfermagem, 01 Psicóloga e 01 Técnica de Saúde Bucal, sendo vinculada ao Distrito Sanitário Centro por questões de logística e territorialização.

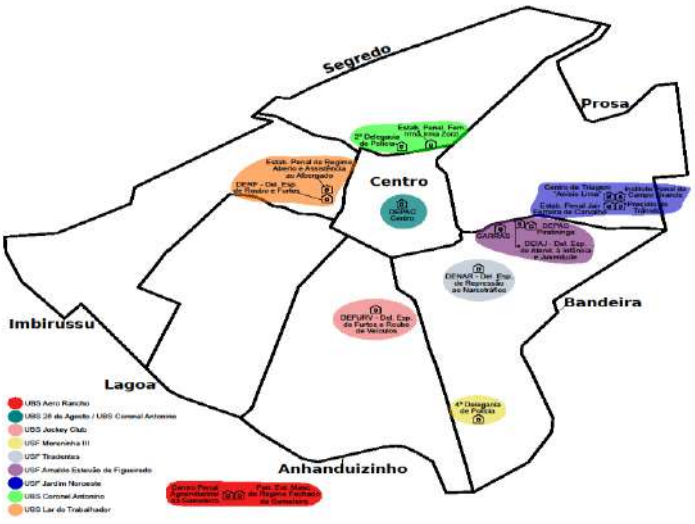
Desde o início do funcionamento da equipe do Consultório na Rua foram cadastradas 2.385 pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social devido a uso de álcool e outras drogas dentre outros.

Os atendimentos são realizados de segunda a sexta feira nos períodos matutino e vespertino e no período noturno, por meio de plantão, três vezes por semana. Dentro os procedimentos realizados incluem-se a escuta qualificada, aferição de pressão arterial, curativo de menor complexidade, retirada de pontos, testes rápidos, atividade educativa, medicação injetável, medicação supervisionada e acompanhamento compartilhado com todos os pontos da rede intersetorial.

No Brasil, desde 1984, a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 assegura atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984) às pessoas reclusas. O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentando pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, prevê, em suas diretrizes, a universalidade, a igualdade e a equidade do acesso à saúde como um direito de cidadania e um dever das três esferas de governo.

O Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto da Rede de Atenção à Saúde.

Figura 4. Localização das Unidades Prisionais do município de Campo Grande-MS, 2021.



Fonte: 10.8.3.231:8000/mapa, 2021.

O município de Campo Grande - MS possui seis equipes de atenção primária prisional (eAPP):

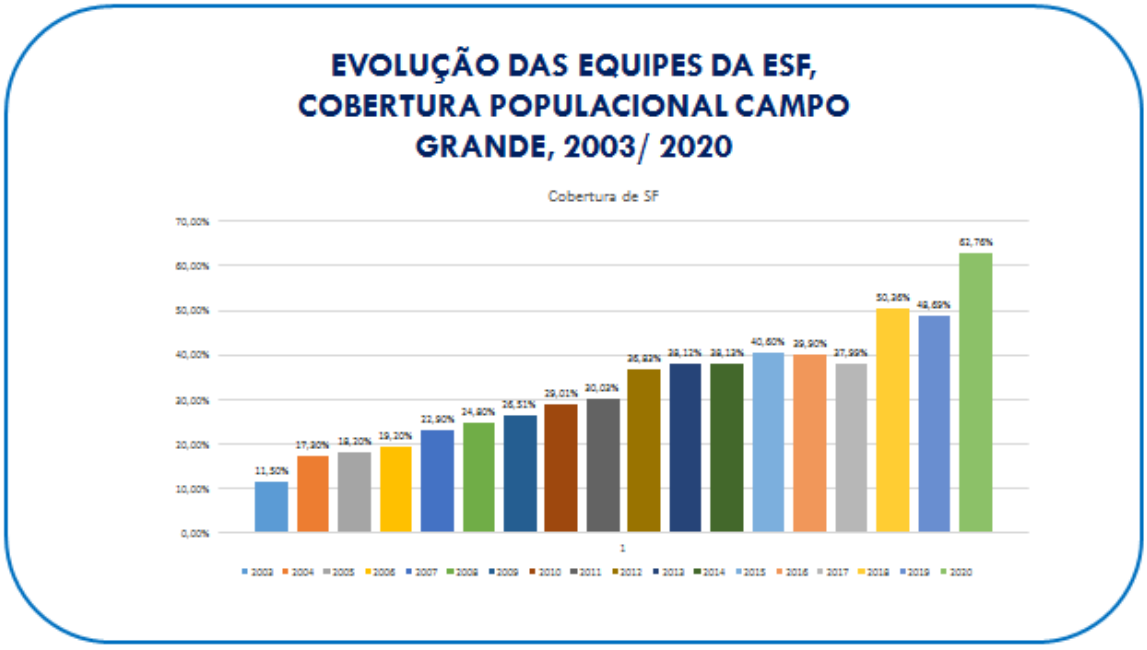
- 01 equipe no Estabelecimento Penal Feminino Irmã Irma Zorzi – EPFIIZ – tipo 2.
- 01 equipe no Complexo Penitenciário do Jardim Noroeste – Módulo de Saúde - tipo 3.
- 01 equipe no Estabelecimento Penal Jair Ferreira de Carvalho – Máxima – tipo 3.
- 01 equipe no Centro Penal agroindustrial da Gameleira – CPAIG – tipo 2.
- 01 equipe na Penitenciária Federal de Campo Grande – PFCG – tipo 2.
- 01 equipe na Penitenciária Estadual Masculina de Regime Fechado da Gameleira – PEMRFG – tipo 3.

Cada estabelecimento conta com uma eAPP multiprofissional que oferta ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, garantindo o direito à saúde para todas as pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional, garantia do acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os preceitos dos direitos humanos e de cidadania.

A Coordenação da Rede de Atenção Básica tem reforçado ações e estratégias que visam o fortalecimento da APS, como por exemplo, a Clínica da Família que é uma iniciativa municipal de certificação de qualidade de USF, que busca reforçar a APS como estratégia prioritária de saúde do município, através da ampliação do acesso, acolhimento, gestão de agenda, extensão de horário, ampliação do escopo de práticas, entre outras ações validadas por diretrizes ministeriais. As unidades de saúde certificadas como Clínica da Família são Iracy Coelho, Portal Caiobá e Nova Lima.

Segundo dados extraídos e-Gestor em 21/06/2021 às 11h44min, (referência dezembro de 2020), a cobertura da Atenção Primária é de 66,97% e a cobertura de Estratégia de Saúde da Família é de 62,76%.

Figura 5. Evolução das equipes da ESF, cobertura populacional de Campo Grande - MS 2003-2020.



Fonte: e-gestor 22/06/2021.

O Ministério da Saúde instituiu, em 15 de maio de 2019, a Portaria nº 930 que trata do Programa “Saúde na Hora”. O programa tem por objetivo facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde na Atenção Primária através do horário estendido com ampliação de 40h para 60 horas e 75 horas semanais de atendimento com oferta de ampla carta de serviços no funcionamento da unidade.

A extensão de horário de unidades da Atenção Primária em Saúde (APS), bem com outros requisitos presentes nas normativas do Programa Saúde na Hora já eram uma das ações desenvolvidas por esta Coordenação e o Programa veio fortalecer e consolidar estas ações. O Programa Saúde na Hora ainda prevê incremento no recurso financeiro oriundo do Ministério da Saúde, em Campo Grande foram homologadas 30 unidades com adesão ao Programa Saúde na Hora, sendo elas USF Los Angeles, USF Paulo Coelho Machado, USF Mário Covas, USF Macaúbas, USF Aero Rancho IV, USF Jardim Botafogo, USF Parque do Sol, CF Iracy Coelho, USF MAPE, USF Jardim Itamaracá, USF Serradinho, USF Albino Coimbra, USF Vila Fernanda, USF São Conrado, USF Jardim Antártica, USF Jardim Batistão, USF Tarumã, USF Oliveira II, CF Portal Caiobá, USF Jardim Noroeste, USF Estrela Dalva, USF Mata do Jacinto, USF Nova Bahia, USF São Francisco, USF Jardim Azaleia, USF Vila Nasser, USF Vida Nova, CF Nova Lima, USF Coophavila e USF Moreninha III. Em 2020 a portaria n. 930 foi revogada pela portaria n. 397, de 16 de março de 2020, alterando normativas do programa “Saúde na Hora”.

Como ação indutiva ao do fortalecimento da APS, a Secretaria de Saúde (SESAU) mantém a parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) através do projeto Laboratório de

Inovação da Atenção Primária em Saúde (LIAPS). O projeto é pautado em quatro eixos principais: ensino, pesquisa, vigilância e telemedicina. O eixo ensino engloba a Residência Multiprofissional de Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Oficinas de Atenção Farmacêutica na APS e em outras áreas. A pesquisa trata de: Observatório da APS de Campo Grande - MS para apoiar as Equipes de Saúde da Família junto à territorialização das áreas descobertas, pesquisas de opinião com os trabalhadores do SUS e *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). O eixo vigilância que trata de apoiar ações estratégicas de vigilância em saúde e o de Telemedicina que objetiva implantar serviço de Telemedicina e apoio diagnóstico.

Em meados de dezembro de 2019, o Ministério da Saúde lança Portaria nº 2979/2019, que trata do novo modelo de financiamento da APS – o Programa "Previne Brasil" e ressignifica a forma de recebimento de recursos financeiros. O novo modelo está pautado em quatro itens: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a programas específicos/estratégicos.

As mudanças, sejam de origem municipal ou a nível federal, acabaram por interferir em algumas ações pactuadas, seja no fortalecimento destas ou na necessidade de se reavaliar e readequar as ações, se tornando um grande desafio para esta Coordenação.

No Brasil, todas as pessoas diagnosticadas com HIV recebem tratamento gratuito pelo SUS com o objetivo de diminuir as complicações relacionadas às infecções pelo HIV, reduzir a transmissão do vírus, melhorar a qualidade de vida da pessoa e diminuir a mortalidade. Em Campo -MS existem 22 Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDMs).

2.4.2 Saúde Bucal – Rede de Atenção Odontológica

Conforme dados da Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica - CRAO, (junho de 2021), o município possui 154 equipes de Saúde Bucal, em 55 Unidades de Saúde da Família (USF) e 03 Clínicas da Família (CF). Além disso, oferece serviços de assistência odontológica em 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 03 Centros Regionais de Saúde (CRS); 03 Policlínicas Odontológicas; 02 Unidades Móveis Odontológicas; e em 01 Unidade Móvel de Prevenção.

Com base no SCNES, na última competência com atualização em 12/06/2021, em relação à atenção especializada existem 05 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO (CEO III – Distrito Sanitário da Região Centro, CEO II Cidade Morena - Distrito Sanitário da Região Bandeira, CEO II Guanandy - Distrito Sanitário da Região Anhanduizinho, CEO II Sílvia Regina - Distrito Sanitário da Região Imbirussu e CEO II Nova Bahia - Distrito Sanitário da Região Prosa) e há 01 Laboratório de Prótese Dentária.

A porta de acesso para o tratamento odontológico na Rede são as Unidades de Atenção Primária em Saúde (UBS, USF, CF e Policlínicas Odontológicas).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e Clínicas da Família (CF) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população, pois representam o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que a atenção se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nas Unidades de Atenção Primária, o atendimento odontológico tem como objetivo oferecer à população usuária do SUS assistência odontológica básica, envolvendo ações de prevenção, promoção, proteção de saúde e reabilitação da saúde em diferentes áreas da Odontologia. Além disso, responde pelo cuidado em todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos; bem como em condições especiais: por exemplo, gestantes e pessoas com necessidades especiais/pessoas com deficiência.

A agenda das equipes baseia-se no atendimento pela demanda espontânea, programada, e assegura as urgências no âmbito da atenção primária, sendo definida pela equipe seguindo critérios de risco e vulnerabilidade, bem como os possíveis encaminhamentos para a atenção especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Outras atividades também estão previstas, como a realização de visitas domiciliares, procedimentos coletivos como escovação supervisionada, atividades educativas com a equipe, levantamento epidemiológico e reuniões de equipe.

O usuário que necessita dos serviços de Saúde Bucal nas UBS e USF deve dirigir-se à unidade mais próxima de sua residência para agendamento da primeira consulta. Após avaliação e atendimento o usuário poderá dar continuidade ao tratamento na própria unidade de saúde ou, caso seja necessário, ser encaminhado para os CEO via Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG).

As Policlínicas Odontológicas, Odontomóvel e a Unidade Móvel de Prevenção, atuam de maneira significativa para fortalecimento e suporte da Atenção Primária, priorizando a prevenção e o atendimento precoce de crianças até o fim da idade escolar.

Além desses pontos de atenção, o município oferece atendimento de urgência e emergência odontológica em 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA Coronel Antonino, UPA Vila Almeida, UPA Universitário, UPA Moreninha e UPA Leblon) e 03 Centros Regionais de Saúde (CRS Nova Bahia, CRS Aero Rancho e CRS Coophavila) (situação em junho/2021).

Tabela 01. Série histórica da Cobertura da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Campo Grande- MS, 2021**.**

Nível de Atenção	Indicador	Dez/2017	Dez/2018	Dez/2019	Nov/2020*
AB - Atenção Básica	Cobertura da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	36,80%	46,41%	48,69%	53,52%

Fonte: e-GESTOR (Ministério da Saúde). *Última competência disponível no site e-Gestor em 14/06/21.

Tabela 02. Indicadores de Atenção Básica do município de Campo Grande - MS comparados aos parâmetros apresentados pelo Manual de Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (2015).

Nível de Atenção	Indicador	2017		2018		2019		2020*		Parâmetro Proposto
		Total	Comparativo /Parâmetro	Total	Comparativo /Parâmetro	Total	Comparativo /Parâmetro	Total	Comparativo /Parâmetro	
AB - Atenção Básica	Cobertura de 1ª Consulta Odont.	-	11,12%	-	9,43%	-	8,48%	-	1,49%	30% da população geral
	Ações coletivas preventivo-educativas	363.396	1,14	262.070	0,64	205.051	0,47	20.310	0,04	4 procedimentos/pop coberta /ano
	1ª Consulta odont. Progr. Na pop. Geral do Município	96.123	0,3	82.483	0,2	75.087	0,17	13.321	0,03	1 procedimento/pop coberta /ano
	Procedimentos Individuais na pop. Geral do município	1.424.530	1,65	1.234.848	1,41	1.186.175	1,47	316.220	0,35	1,5 procedimento/hab /ano
	1ª Consulta odont. Prog. na pop. < 10 anos	22.577	-	18.570	-	19.012	-	2.610	-	*
	1ª Consulta odont. Prog. na pop. de 10 a 19 anos	17.364	-	13.812	-	11.253	-	1.993	-	*
	1ª Consulta odont. Prog. na pop. de 20 a 59 anos	49.165	-	42.775	-	37.897	-	7.296	-	*
	1ª Consulta odont. Prog. na pop. > 60 anos	7.501	-	7.540	-	6.824	-	1.422	-	*

Fonte: SCAM, 2021. OBS: Faixa etária não compatível para cálculo de parâmetro proposto segundo Manual de Critérios e Parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (2015). *Atendimentos odontológicos eletivos suspensos desde março de 2020 devido à pandemia do COVID-19.

Tabela 03. Série histórica de Indicadores de acesso aos serviços de Saúde Bucal dos grupos populacionais de maior vulnerabilidade no município de Campo Grande- MS, 2021.

Nível de Atenção	Indicador	2017	2018	2019	2020*
AB - Atenção Básica	1ª Consulta odont. progr. Diabéticos cadastrados	631	558	473	63
	1ª Consulta odont. prog. Hipertensos cadastrados	3.655	3.079	2.289	225
	1ª Consulta odont. prog. Hipertensos e Diabéticos cadastrados	1.280	1.301	1.017	101
	1ª Consulta odont. prog. em gestantes cadastrados	2.744	2.882	3.411	1.157

Fonte: SCAM, 2021. *Atendimentos odontológicos eletivos suspensos desde março de 2020 devido à pandemia do COVID-19.

Também em conformidade à Política Nacional de Saúde Bucal, o município tem investido na ampliação e qualificação da Atenção Especializada, dispondo atualmente de 05 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e 01 Laboratório Regional de Prótese Dentária (junho/2021). Além dos atendimentos de média complexidade nas áreas consideradas obrigatórias para credenciamento e habilitação dos CEOs, determinados pelo Ministério da Saúde, (Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Estomatologia, Pacientes Especiais/Pessoas com Deficiência), o município conta com especialistas nas áreas de Radiologia, Odontopediatria e Prótese Dentária.

O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Primária e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal.

Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos, através do Sistema de Regulação (SISREG) do município.

Tabela 04. Indicadores de Atenção Especializada do município de Campo Grande- MS comparados aos parâmetros apresentados pelo Manual de Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (2015).

Indicador	Fórmula	2017		2018		2019		2020*		Parâmetro Proposto
		Total	Comparativo /Parâmetro	Total	Comparativo /Parâmetro	Total	Comparativo /Parâmetro	Total	Comparativo /Parâmetro	
Ações Especializadas em Odontologia	Nº de procedimentos especializados / hab/ano	26.729	0,03	30.616	0,03	31.584	0,03	6.501	0,01	0,05 a 0,08 proced/hab /ano
Procedimentos de endodontia	Procedimentos de endodontia no ano	5.680	-	8.693	-	8.256	-	1.950	-	*
Procedimentos de periodontia	Procedimentos de periodontia no ano	15.003	-	14.834	-	15.905	-	2.970	-	*
Procedimentos de cirurgia	Procedimentos de cirurgia oral no ano	6.046	-	7.089	-	7.323	-	1.581	-	*
Atendimentos de PNE/Pessoa com Deficiência	Total de atendimentos odontológicos na especialidade de Paciente com Necessidades Especiais/Pessoa com Deficiência	3.167	-	3.416	-	3.090	-	345	-	*
Confecção de prótese dentária para pop. usuária do SUS	Total do número de próteses confeccionadas	1.471	-	1.213	-	1.230	-	411	-	*

Fonte: SCAM, 2021. OBS: Ausência de parâmetro proposto para este indicador. *Atendimentos odontológicos eletivos suspensos desde março de 2020 devido à pandemia do COVID-19 e retorno de forma gradual e reduzida em setembro de 2020.

Uma das principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal é a reorganização da Atenção Primária em Saúde Bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal – ESB na Estratégia Saúde da Família.

A Portaria GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015, define como parâmetro, 30% de cobertura de primeira consulta odontológica da população geral, no entanto, a capacidade instalada atual (junho/2021); situação de pandemia do COVID-19 e suas consequências; e mudança no processo de trabalho (voltado também para demanda espontânea e urgências), pode atingir inicialmente, 10% da população geral do município.

Considerando a pandemia do COVID-19, (Resolução SESAU n. 523, de 18 de março de 2020), houve em 2020, a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos na Atenção Primária, impactando negativamente e de maneira expressiva nos números de atendimentos e ações em saúde bucal.

Com a expansão da Atenção Primária, e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem a continuidade dos tratamentos, garantindo o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção, em especial, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a Assistência Hospitalar.

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade.

Estes estabelecimentos estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer da boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento à pessoa com deficiência.

Todas as especialidades odontológicas estão sendo reguladas pelo Sistema de Regulação (SISREG), buscando viabilizar qualificação dos critérios de distribuição de vagas disponíveis nos CEO, visto que a capacidade instalada ainda não possibilita o atendimento da totalidade dos usuários encaminhados aos CEO, configurando a necessidade de ampliar o **acesso** ao atendimento odontológico na atenção especializada**.**

Há mais 01 (um) CEO, localizado no Distrito Sanitário da Região Prosa (quinto do município), com intuito de reduzir a demanda reprimida na atenção especializada e garantir o acesso nessa região.

Em relação ao atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.032/GM, de 05/05/2010, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados às pessoas com deficiência que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar.

A Portaria GM/MS nº 793, de 24/04/2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS contemplando ações de saúde bucal nos estados e municípios.

Com o objetivo de garantir acesso e atendimento odontológico irrestrito às Pessoas com Deficiência, o artigo 22º, seção III, versa: “ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim”.

As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras.

É importante destacar que pacientes com necessidades especiais/pessoas com deficiência têm conceito e classificação amplos, que abrangem situações que requerem atenção

odontológica diferenciada. A publicação dessas Portarias orienta a implantação do serviço de atendimento odontológico a pessoa com deficiência no município e a definição de protocolos de referência e contra referência para esse público, com o intuito de minimizar as dificuldades de acesso a esses serviços. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para a SUS passam a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar para Pessoa com Deficiência.

Pacientes com necessidade de cuidados em nível hospitalar e/ou atendimento com sedação podem ser encaminhados pelos profissionais dos CEO, via SISREG. Os Hospitais de referência para o cuidado destes pacientes são: Hospital São Julião e Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-EBSERH).

Em relação à produção de próteses dentárias, verificou-se que há uma demanda reprimida de 942 solicitações pendentes no Sistema de Regulação – SISREG (dados retirados em 31/05/21), ou seja, a oferta de prótese dentária em laboratório da Rede Própria, está sendo insuficiente para a demanda atual. Porém, a Gerência de Regulação Ambulatorial realizou a adequação e atualização da lista de pacientes no SISREG de acordo com a classificação de risco e vulnerabilidade publicada em Diário Oficial (Diogrande n. 5.196, de 06 de abril de 2018, Resolução SESAU n. 379, de 14 de março de 2018) e somado à capacidade instalada do município, foi reduzida a demanda reprimida da especialidade (eram 4.891 solicitações pendentes no Sistema de Regulação – SISREG em março/2017). Além disso, encontra-se em andamento o processo de contratação de mais um (01) serviço de laboratório de prótese dentária para ampliar a confecção de próteses dentárias no município.

Os recursos financeiros para auxiliar na implementação e no funcionamento, visando ao acesso integral às ações de saúde bucal estão previstos na Portaria n. 1.825, de 24 de agosto de 2012.

2.4.3 Urgência e Emergência

As unidades de saúde 24 horas estão distribuídas nos Distritos Sanitários da seguinte forma: Segredo - UPA Coronel Antonino; Prosa - CRS Nova Bahia; Anhanduizinho - CRS Aero Rancho; Bandeira - UPA Universitário, UPA Moreninha e CRS Tiradentes; Imbirussu - UPA Vila Almeida, UPA Santa Mônica e UPA Leblon; Lagoa - CRS Coophavila.

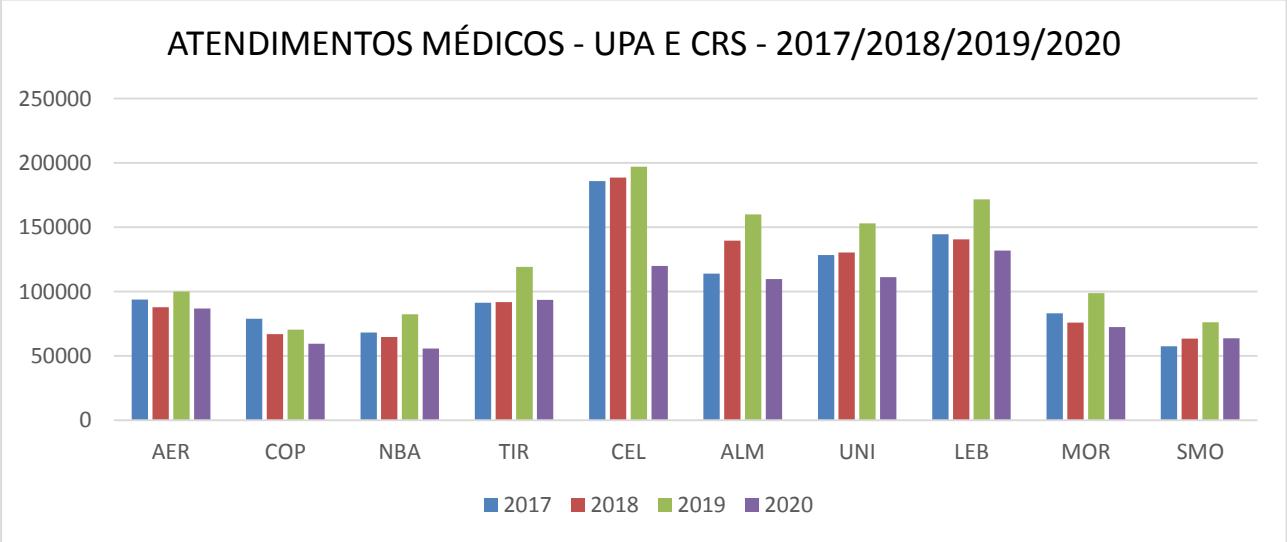
As unidades de urgência e emergência prestam atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, além de prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares. Com apoio de exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiográficos. Contam com equipe multiprofissional composta por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Odontólogos,

Nutricionista e Administrativos. No período pandêmico da COVID-19 contamos com Fisioterapeutas prestando assistência aos pacientes sintomáticos respiratórios.

A estrutura física dispõe de sala de emergência, sala de classificação de risco, sala de observação masculino, feminino e infantil, consultórios médicos, sala de inalação, sala de imunobiológicos, sala de administração de medicamentos/hidratação. Todas as unidades dispõem também de equipamentos médico hospitalares, conforme legislação.

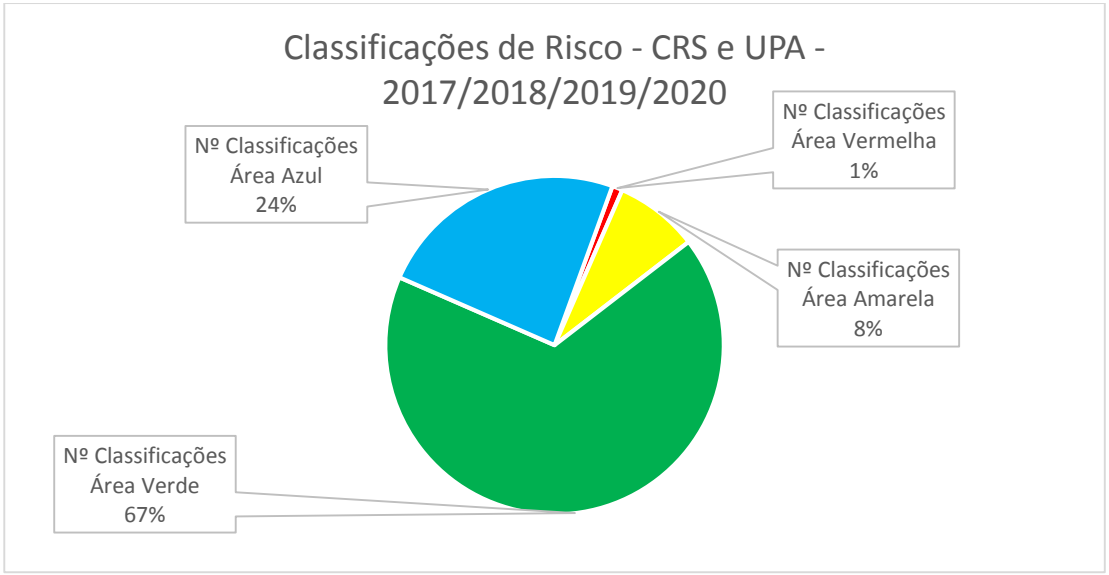
No período de 2017 a 2020, foram atendidos 4.231.636 pacientes. Segundo o Protocolo de Classificação de Risco, os pacientes foram classificados como: 1% prioridade emergente (vermelha); 8% urgente (amarela), 67% pouco urgente (verde) e 24% não urgente (azul), como demonstram os gráficos a seguir:

Gráfico 01 – Total de Atendimentos no Período de 2017 a 2020**.**



Fonte: Relatório Gerencial – Sistema HYGIA e Intranet, 2021.

Gráfico 02- Classificação de Risco 2017/2020.



Fonte: Relatório Gerencial – Sistema HYGIA e Intranet, 2021.

Os gráficos demonstram elevada proporção de atendimento ambulatorial nas unidades 24 horas.

A implantação Programa de Qualificação na Atenção à Saúde do SUS - QualiSUS iniciou em 2005. É um programa de qualificação na atenção à saúde do SUS, composto de um conjunto de estratégias que visam provocar mudanças na forma de acolhimento aos usuários para proporcionar um atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde. Em consequência, o QualiSUS contribui para salvar um maior número de vidas, com a redução dos danos à saúde.

As unidades funcionam em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, em especial a Portaria de Consolidação n. 03/2017.

Conforme Resolução SESAU nº 87, de 03 de agosto de 2009 foi implantado o protocolo de Classificação de Risco nos Centros Regionais. A Classificação de Risco é realizada pelo Enfermeiro, mediante treinamento específico com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os por ordem de prioridade de gravidade para o atendimento.

Protocolo de Classificação de Risco:

- ✓ Vermelho – Atendimento Imediato;
- ✓ Amarelo - Atendimento com prioridade sobre os pacientes classificados como verde e azul;
- ✓ Verde – Sem risco de morte imediata (será atendido após os pacientes classificados como vermelho e amarelo);
- ✓ Azul – quadro crônico, sem sofrimento agudo ou caso social (situação que possibilitam encaminhamento à Unidade Básica de Saúde – UBS). Poderá ser atendido após os pacientes classificados como vermelho, amarelo e verde.

Atualmente está sendo realizada revisão do Protocolo de Classificação de Risco no Colegiado de Urgência fixo, em parceria com o Núcleo de Evidências (NEV) prevista publicação para o segundo semestre de 2021.

Tabela 01 – Região de abrangência das UPA, 2020.

UNIDADE	PORTE	REGIÃO	DISTRITO	POP. ADSCRITA	N. DE BAIRROS	REGIÂO DE REF	POP. REGIÃO REF	TOTAL POP.
UPA Coronel Antonino	III	Segredo	Norte	159.783	15	05	40.764	200.547
UPA Universitário	II	Bandeira	Leste	100.562	11	-	-	100.562
UPA Vila Almeida	II	Imbirussu	Oeste	100.931	09	-	-	100.931
UPA Moreninha	III	Bandeira	Leste	163.839	25	01	39.085	202.924
UPA Leblon	III	Lagoa	Oeste	202.904	07	-	-	202.904
UPA Santa Mônica	II	Imbirussu	Oeste	69.537	07	03	36.156	105.693
TOTAL	-	-	-	797.556	74	09	116.005	913.561

Fonte: CUR/SRAS/Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande –MS - SESAU, 2020.

Tabela 02 – Encaminhamentos para serviços hospitalares após atendimentos Unidades 24 horas, 2020.

AÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	MEIO DE VERIFICAÇÃO	META	2018	2019	2020
Encaminhar os pacientes para os serviços hospitalares pós consulta nas unidades 24 horas	Paciente	Relatório	Demanda	49.182	52.855	48.644

Fonte: Relatório Gerencial - Sistema HYGIA e Intranet – 2020.

Quando comparados a média de atendimentos médicos 1.061.798 e o número de encaminhamentos 50.227 das unidades de saúde 24 horas para os hospitais, percebe-se que apenas 4,73% são encaminhados, o que demonstra uma boa resolutividade nestes atendimentos.

Desta forma, os hospitais recebem casos já avaliados que realmente exigem maior grau de complexidade, não sobrecarregando os prontos socorros.

Com base no Decreto n° 7508, de 28 de junho de 2011, a Região de Saúde, é conceituada “espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicos e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Assim, o desenho populacional empregado no município, estrutura a rede de serviços de urgência e emergência, que contemple o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências das Macrorregiões de Campo Grande e Corumbá Resolução nº 063/CIB/SES/MS, de 02 de julho de 2019, na lógica de fortalecer as regiões de saúde

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU- Campo Grande faz parte do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção a Urgência e Emergência da Região de Campo

Grande conforme Resolução n. 049/SES/MS publicada no D.O.E n.º 8.718 de 18/07/2014 – pág.05.

A Rede de Urgência e Emergência do Município – RUE abrange:

- ✓ Promoção, prevenção e vigilância à saúde;
- ✓ Atenção Básica em saúde;
- ✓ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192 e sua Central de Regulação das Urgências;
- ✓ Força Nacional de Saúde do SUS;
- ✓ Unidades de Pronto-Atendimento – UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24h: CRS e CAPS;
- ✓ Hospitalar: estes incluem Hospital Beneficente de Campo Grande – Santa Casa, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul Rosa Pedrossian, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e Maternidade Cândido Mariano:
- ✓ Atenção Domiciliar: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- ✓ Centro de Trauma;
- ✓ SOS Emergência.

As UPA e CRS são unidades de urgência e emergência para acolhimento de quadros agudos, com capacidade para ao atendimento de diversas situações clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas.

A capacidade instalada de cada unidade hospitalar é critério para definição das pactuações. O paciente é referenciado para a unidade que possui capacidade para dar a resolução do caso em nível terciário. Embora existam as pactuações para a garantia da continuidade da assistência à saúde, o acesso às unidades hospitalares é prejudicado pela sobrecarga das portas de entrada hospitalares de urgência, principalmente para os pacientes com doenças crônicas agudizadas e idosos.

2.4.4 Atenção Especializada

A Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada – CRAE integra de forma transversal a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no nível secundário de atenção, promovendo assistência especializada em caráter ambulatorial, distribuída em nove Unidades Especializadas composta por:

- ✓ 01 Centro Especializado Municipal - CEM - localizado no bairro São Francisco;
- ✓ 01 Centro de Atendimento à Mulher - CEAM - localizado no bairro São Francisco;
- ✓ 01 Centro Ortopédico - CENORT - localizado no bairro São Francisco;

- ✓ 01 Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal - localizado no bairro São Francisco;
- ✓ 01 Centro de Especialidades Infantil - CEI - localizado no bairro Guanandi;
- ✓ 01 Centro de Referência a Saúde do Homem - CRSH - localizado no bairro Coronel Antonino;
- ✓ 01 Centro de Doenças Infecto-Parasitárias – CEDIP/SAE/HD - localizado no bairro Nova Bahia;
- ✓ 01 Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico - UERD - localizado na Vila Almeida.
- ✓ 01 Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA – localizado no bairro Amambaí.

A CRAE é responsável pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD que tem por finalidade ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS). Coordena o Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que tem por finalidade a implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para a atenção à pessoa com deficiência e acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da RCPD.

Dentre as especialidades com maior demanda reprimida em consultas cita-se: Oftalmologia, Fisioterapia, Cardiologia Adulto, Ortopedia Adulto, Endocrinologia Adulto, Angiologia Geral, Neurologia Geral, Neurocirurgia Geral, Nefrologia Adulto, Pneumologia Adulto, e Reumatologia Adulto. (Fonte: GRA 31 de maio de 2021).

Os exames com maior demanda são: Endoscopia digestiva, Colonoscopia, Eletroneuromiografia e Teste de esforço ou teste ergométrico. No que tange às Ultrassonografia as incidências com maior demanda são: Transvaginal, Mama bilateral, Aparelho urinário, Tireoide, Punho, Doppler Colorido de Três Vasos, e Próstata via abdominal. (Fonte: GRA 31 de maio de 2021).

De acordo com os Critérios e Parâmetros do SUS (Portaria de Consolidação Nº 1 de 28 de setembro de 2017, Capítulo II, Art. 102, para cada 100.000 habitantes é necessário ofertar 13.800 consultas/ano em Oftalmologia, 6.000 consultas/ano em Cardiologia, 15.000 consultas/ano em Ortopedia, 2.500 consultas/ano em endocrinologia, 1.700 consultas/ano em Angiologia, 6.500 consultas/ano em Neurologia (neurologia/neurocirurgia), 1.600 consultas/ano em Nefrologia, 2.500 consultas/ano em Pneumologia, e 1.000 consultas/ano em Reumatologia.

Considerando a necessidade de complementação de oferta em consultas e/ou exames que não são ofertados na Rede Própria, é feito complemento através de contratualização de serviço pela Superintendência de Relações institucionais de Saúde.

2.4.5 Rede de Atenção Psicossocial

A rede de atenção psicossocial do município está estruturada com os seguintes serviços, conforme pactuação na PAR (Plano de Ação Regional) 2019:

- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Ad IV, atende todo o município, 20 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Unidade de Acolhimento Adulto, 15 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil II, atende todo o município, 08 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Margarida, atende as Regiões de Saúde Prosa e Bandeira, com 10 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida, atende as Regiões de Saúde Imbirussu e Lagoa, 08 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Aero Rancho, atende toda a Região de Saúde Anhanduizinho, com 10 leitos de acolhimento;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial II Afrodite Doris Contis, atende as Regiões de Saúde Centro e Segredo, com 10 leitos de acolhimento;
- ✓ 03 Residências Terapêuticas tipo II com 10 moradores em cada;
- ✓ 01 Urgência/emergência psiquiátrica , atende todo o município com 04 leitos;
- ✓ 01 Ambulatório de Saúde Mental/CEM com 02 equipes multiprofissional tipo III, atendimento ambulatorial agendado através do sisreg (psiquiatria e psicologia).
- ✓ 01 Residência Multiprofissional em Saúde Mental (psicologia, serviço social e enfermagem);
- ✓ 01 Residência Médica em Psiquiatria;
- ✓ 01 Equipe Reguladora de Fluxo da Psiquiatria;
- ✓ 01 Equipe de transporte em Saúde Mental.

No novo modelo de atenção em Saúde Mental Portaria nº 3.088/GM/2011, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são um ponto de atenção do componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

A portaria nº 336/GM/2002 valoriza a ênfase em atividades de âmbito multiprofissional associadas à perspectiva de reinserção de pessoas com sofrimento mental.

Em relação à consulta em psiquiatria ambulatório, a demanda reprimida total é de 3.434, sendo 3.202 acima de 18 anos e 232 abaixo de 18 anos, as solicitações são inseridas no SISREG com tempo de espera de aproximadamente 3 meses, sendo ofertados aproximadamente no mês 1.067 consultas.

De acordo com parâmetros SUS para a consulta de psiquiatria, são necessários o quantitativo de 5.8 médicos psiquiatras a cada 100.000 habitantes, totalizando a necessidade de uma média de 46 médicos.

Vale salientar, que essa oferta de vaga está sendo disponibilizada na rede através dos CAPS e em ambulatórios regulados pelo SISREG.

Há necessidade do fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica a fim de que casos leves e moderados possam ser conduzidos pelo médico generalista e pela equipe da atenção primária, melhorando e qualificando o encaminhamento ao especialista.

O desenvolvimento de estratégias de apoio matricial às equipes e descentralização das ações ambulatoriais no ambulatório de saúde mental são imprescindíveis.

Nesse sentido, tem-se realizado semanalmente as atividades de matriciamento junto a Atenção Primária.

A fim de reordenar essa demanda, há de se discutir e atualizar a Programação Pactuada e Integrada – PPI ambulatorial, discutir os protocolos de acesso e fluxos assistenciais, criando alternativas, como por exemplo, a organização de oferta especializada em Psiquiatria descentralizando-a na Atenção Básica, o que prevê a Política de Saúde Mental e da Educação Permanente, com a implantação de apoio matricial.

2.4.6 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O Serviço Móvel de Urgência (SAMU) Regional Campo Grande-MS agregou em 2018 mais municípios em seu escopo de regulações de urgência: Aquidauana/Anastácio, Coxim e Corumbá/Ladário. Com isso, além da região urbana e rural de Campo Grande, passou a regular ao todo 12 municípios.

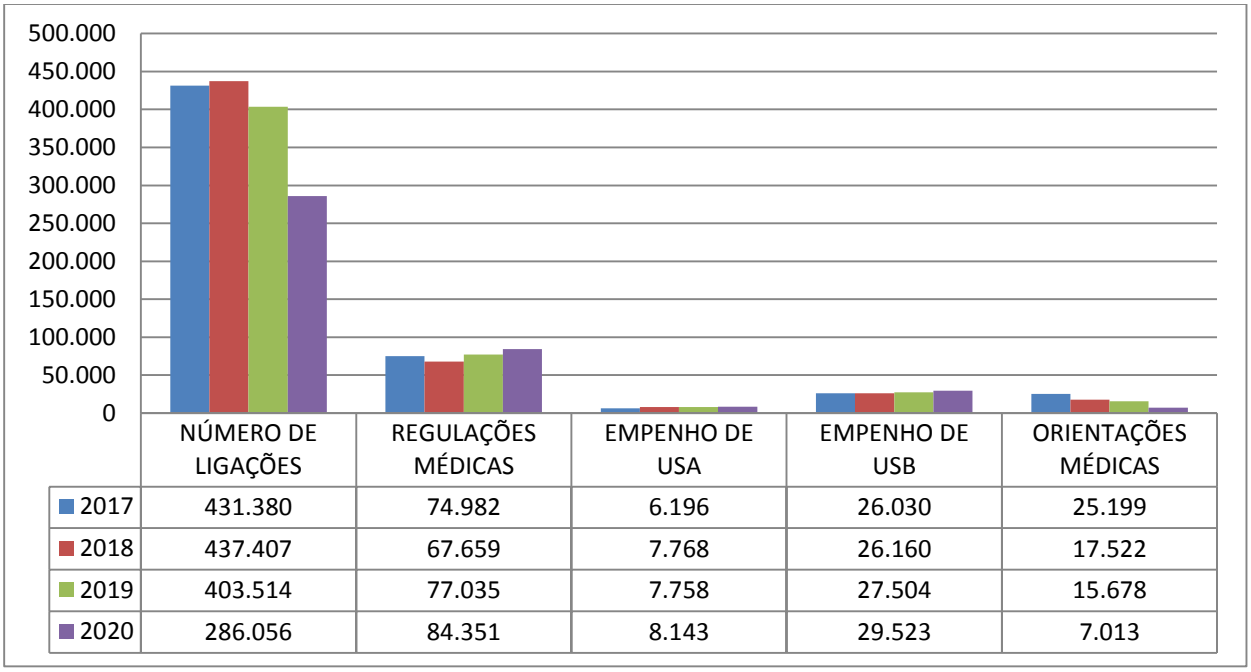
A capacidade operacional do serviço abrange: 10 unidades móveis de suporte básico (USB), 04 unidades de suporte avançado (USA), 1 equipe composta por 2 motolâncias e a Central de Regulação das Urgências, além de mais 9 unidades de suporte básico (USB) dos municípios de Ribas do Rio Pardo-MS, Sidrolândia-MS, Terenos-MS, Camapuã-MS, São Gabriel do Oeste-MS, Coxim-MS, Aquidauana/-MS e Corumbá/Ladário-MS, sendo que esta última possui 2 USB e 1 USA.

Em Campo Grande existem 09 bases das viaturas de suporte básico, situadas nas seguintes Unidades: UPA Coronel Antonino, Vila Almeida, Leblon, Universitário, Moreninha e CRS Nova Bahia, Coophavila, Tiradentes e Aero Rancho. No Distrito de Anhanduí há 01 viatura, visto que neste Distrito não existe unidade de saúde 24h.

As viaturas de suporte avançado de vida ficam baseadas na UPA Coronel Antonino (USA2), sede da SESAU (USA 1 e USA 4) e Vila Pioneiras (USA 3). A quarta unidade de suporte avançado foi implantada em setembro de 2020 e está temporariamente baseada junto a USA 1, até que seja providenciada base em local apropriado.

A Central de Regulação de Urgência (CRU) atendeu em média 1.067 ligações telefônicas diárias, entre 2017 e 2020. Em 2020 houve uma redução considerável das ligações, o que se deve provavelmente a ativação do Disk-Covid, que se tornou alternativa para sanar dúvidas dos usuários a partir do início da disseminação da doença no Brasil (Gráfico n. 1)

Gráfico 1. Distribuição absoluta de ligações telefônicas e regulações médicas no tronco – 192 e empenho de unidades móveis e orientações médicas – Anos de 2017 a 2020. Campo Grande/MS – 2021.



	NÚMERO DE LIGAÇÕES	REGULAÇÕES MÉDICAS	EMPENHO DE USA	EMPENHO DE USB	ORIENTAÇÕES MÉDICAS
2017	431.380	74.982	6.196	26.030	25.199
2018	437.407	67.659	7.768	26.160	17.522
2019	403.514	77.035	7.758	27.504	15.678
2020	286.056	84.351	8.143	29.523	7.013

Fonte: E-sus/SAMU/Secretaria Municipal de Saúde - SESAU- Campo Grande-MS, 2021.

Conforme visualizado no Gráfico- 1, a média de atendimentos diários de USA é de 20 atendimentos e de USB é de 75 atendimentos. Com a pandemia que atingiu o país em fevereiro/março de 2020, houve um aumento de atendimentos em ambiente domiciliar, de natureza clínica, com impacto sobre o número total de atendimentos neste ano.

2.4.7 Assistência Farmacêutica

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.

Desta maneira é papel do farmacêutico apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Entre tantos aspectos para assegurar o uso racional dos medicamentos dentro da equipe multidisciplinar de saúde, a qualidade, segurança e eficácia terapêutica, acompanhamento e avaliação da utilização de medicamentos, obtenção e difusão dos medicamentos para os profissionais de saúde, o paciente e a comunidade são essenciais.

A Rede Municipal de Saúde conta com 142 farmacêuticos distribuídos na seguinte forma:

- ✓ 09 farmacêuticos lotados nos CAPs;
- ✓ 03 farmacêuticos lotados no CEDIP;
- ✓ 01 farmacêutico lotado no CEI;
- ✓ 07 farmacêuticos lotados no CEM;
- ✓ 14 farmacêuticos lotados nos CRSs;
- ✓ 1 farmacêutico do estado na AGEPEN;
- ✓ 02 farmacêuticos lotados nos NASF;
- ✓ 16 farmacêuticos lotados nas diversas superintendências da SESAU;
- ✓ 17 farmacêuticos lotados nas UBS;
- ✓ 23 farmacêuticos lotados nas UBSF;
- ✓ 22 farmacêuticos lotados nas UPAs;
- ✓ 28 farmacêuticos lotados no LABCEM;

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em 3 (três) Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e insumos utilizados no âmbito da atenção básica em saúde se dá através das unidades básicas de saúde do município onde reside o paciente.
Já os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) compreendem medicamentos para o tratamento de doenças que configuram problemas de saúde pública. Estão incluídos em programas estratégicos do ministério da saúde, que seguem protocolos e normas específicas.

Tem-se como estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com objetivo majoritário de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

2.4.8 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, com o monitoramento epidemiológico das doenças e Agravos transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental, com atividades que vão desde a inspeção e fiscalização de produtos e serviços de interesse da saúde até programas de educação em bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

A ações de Vigilância em Saúde são executadas por dez coordenadorias assim descritas:

As ações de **Vigilância Sanitária (VISA)** são realizadas através de inspeções sanitárias, com foco prioritário na conscientização da população, com a finalidade de diminuir os riscos à saúde humana, seja através de utilização de alimentos, medicamentos, produtos ou serviços, promovendo também a proteção da saúde do trabalhador.

Cabe também ações relacionadas a saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, além de proposição de medidas de controle de endemias vetoriais e combate a zoonoses.

Cabe à **Vigilância de Saúde Ambiental** a fiscalização dos Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de água para consumo humano, além da vigilância da qualidade da água consumida pela população, através de coletas de amostras de água, analisadas no Laboratório Municipal de Água. Executa as diretrizes da Política de Saúde do município na área de Vigilância de Saúde Ambiental, englobando um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância, seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias.

No que diz respeito à **Vigilância Epidemiológica** é definida pela Lei n° 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”, abrangendo ações de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde; Prevenção e Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, assim como a Promoção da

Saúde; Prevenção a Violência e Acidentes de Trânsito e Domésticos; Imunização; Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites Virais.

A qualidade nos serviços de saúde ligada à questão das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) é uma temática que evoca a atenção no cenário mundial enquanto um sério problema de saúde pública. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar começou a ser regulamentado em 1983, com a Portaria MS 196/83, que foi revogada e substituída pela Portaria MS 930/92. Atualmente, está em vigor a Portaria n° 2616, de 12 de maio de 1998, que revogou a Portaria 930/92. A Resolução SESAU nº 134, de 27 de setembro de 2012, criou a Comissão Municipal de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CMCIRAS, subordinada à Superintendência de Vigilância em Saúde. À CMCIRAS compete:

I - Coordenar as ações de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, na rede municipal de saúde;

II - Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com o Comitê Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CECIRAS;

III - Monitorar os serviços de saúde na execução das ações de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;

IV - Prestar apoio técnico às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais

V - Informar, sistematicamente, o Comitê Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, à partir dos estabelecimentos de saúde no âmbito municipal, os indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde estabelecidos.

A Coordenadoria de Julgamentos e Consulta, contempla as atividades de órgão julgador responsável pela emissão da decisão em primeira instância decorrente das autuações da fiscalização sanitária, emissão de pareceres em processos de consultas e na tutela dos produtos, equipamentos e objetos de interesse à saúde apreendidos em fiscalização.

A Coordenadoria de Diagnóstico e Exames Laboratoriais (CDEL) tem efetiva participação ao garantir acesso para população à serviços públicos de saúde de qualidade, através de mais de 80 tipos exames laboratoriais, que permitem aos pacientes da Rede Municipal de Saúde de Campo Grande - MS (atenção básica, atenção especializada e rede de urgência) um diagnóstico precoce e preciso.

Estruturalmente, o Laboratório Central Municipal (Labcem) conta com 9 setores laboratoriais. Com exames nas áreas de Imunologia, bioquímica, baciloscopia, microbiologia, urinálise, parasitologia e hematologia. Realizando em média 3 milhões de exames laboratoriais, anualmente.

Em 2021, são 67 postos de coleta de material biológico distribuídos entre os 7 distritos sanitários, distribuídos na rede de atenção básica e rede de urgência:

Tabela 1. Postos de coletas de material biológico, 2021.

Distrito Sanitário	N. de Postos de Coleta Atenção Básica	N. de Postos de Coleta Rede de Urgência
Anhanduizinho	14	1
Bandeira	8	3
Centro	2	0
Imbirussu	10	2
Lagoa	9	2
Prosa	4	1
Segredo	7	1
Sistema Prisional	3	0
Total	**57**	**10**

Fonte: SESAU/LABCEM/CDEL, 2021.

Tabela 2. Exames laboratoriais ofertados pela rede municipal de saúde, 2021.

ACIDO URICO	CREATININA
ACIDO URICO 24H	DESIDROGENASE LACTIC
ALBUMINA	EXAME A FRESCO
AMILASE	FATOR REUMATOIDE
ANTI-HBC	FERRO SERICO
ANTI-HBC IGM II	FOSFATASE ALCALINA
ANTI-HBS II	FOSFORO
ANTI-HCV II	FOSFORO URINA 24H
ASLO	GAMA G. T.
BACILOSCOPIA E1	GLICOSE
BACILOSCOPIA E2	GLICOSE POS PRANDIAL
BACTERIOSCOPIA II	GLICOSE URINA 24H
BILIRRUBINA	HBSAG
CALCIO	HEMATOCRITO
CALCIO URINA 24 HORAS	HEMOG. GLICOSILADAII
CAP. LIGAÇÃO DE FERRO	HEMOGRAMA I
CK	HEPATITE A1(IGG-IGM)
CKMB	HIV1
CLEARENCE	MAGNESIO
COAGULOGRAMA I	MAGNESIO 24 H
COLESTEROL	MICOLOGICO DIRETO
COLESTEROL FRAÇÕES	PARASITOLOGICO I
CONTAGEM DE PLAQUETA	PESQ. LEUC. NAS FEZES
CONT. RETICULOCITOS	PESQUISA DE BAARL
POTASSIO	PROVA DE FALCIZAÇÃO
POTASSIO URINA 24H	PSA TOTAL/LIVRE
PROT TOT E ALBUMINA	SANGUE OCULTO FEZES
PROTEINA C REATIVA2	SIFILIS
PROTEINURIA	SODIO
PROTEINURIA PARCIAL	SODIO URINA 24H
TEMPO DE SANGRAMENTO	T3
TESTE DE GRAVIDEZ	T3 LIVRE
TOTG	T4
TOXOPLASMOSE2	T4 LIVRE

TAP	TTPA I
TRANSAMINASE OXALACE	UREIA
TRANSAMINASE PIRUVIC	URINA TIPO
TRIGLICERIDEOS	UROCULT/ANTIBIOGRAMA
TRM-TB	V.D.R.L.
TROPONINA I	WALLER ROSE
TSH	

Fonte: SESAU/LABCEM/CDEL, 2021.

Para realizar todos os exames solicitados o quadro de funcionários é composto por 1 coordenador, 25 farmacêuticos bioquímicos, 12 técnicos em laboratório, 14 assistentes administrativos e 2 auxiliares de serviços diversos.

O **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional** de Campo Grande/MS tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, com prioridade para as populações do campo e da floresta. Com base na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), cabe ao CEREST, coordenar, articular e apoiar a execução das ações de VISAT na microrregião de saúde de Campo Grande/MS.

Considerando as demandas em saúde do trabalhador advindas da pandemia SARSCOV2 que iniciou em 2019, onde ocorreram mudanças na vida da população tanto social como laboral, ocorrendo aumento da precarização do trabalho, da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho.

A nova rotina e o constante estado de alerta, somado às rígidas regras sanitárias e a incerteza do futuro agravou o nível de stress dos trabalhadores e suas famílias. Nesse contexto caótico, onde o mais importante era preservar a vida, a Saúde do Trabalhador assumiu um lugar de protagonista nas ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Pode-se dizer que os serviços em saúde do trabalhador estão em evidência, como não estava nos últimos anos. A população buscou a Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério Público para formalizar denúncias quanto às condições precárias de trabalho, gerando diversas demandas de inspeções e investigações nos ambientes de trabalho.

Para tornar o trabalho possível, foi necessária a implantação de novos protocolos de procedimentos da Vigilância em Saúde do Trabalhador, em parceria com os demais serviços, norteando os trabalhadores quanto aos cuidados para evitar a contaminação nos ambientes de trabalho. As reuniões de trabalho se tornaram virtuais, para que o distanciamento social não interferisse nos processos de trabalho e possibilitasse que a interação entre a equipe se mantivesse presente. Essa nova modalidade de diálogo se mostrou fundamental para continuar e, até mesmo, ampliar a rede de contatos com os técnicos responsáveis pelas vigilâncias, sindicatos,

controle social e as referências técnicas dos 17 municípios da microrregião de saúde de Campo Grande.

No entanto, com o aumento expressivo do número de casos de Covid-19, nota-se um desdobramento das equipes de vigilância em saúde e da atenção básica dos municípios para a contenção da pandemia, deixando de lado os demais agravos relacionados ao trabalho, observados na queda das notificações no Sistema Nacional de Agravos de Notificação- SINAN.

Portanto, é necessário dar continuidade nas ações educativas, capacitações, oficinas em VISAT, e ao mesmo tempo, matriciar as equipes de atenção básica e de vigilância epidemiológica para o reconhecimento do trabalho como fator determinante e condicionante do processo saúde-doença;

Nesse sentido, a dificuldade do reconhecimento do agravo que acomete o usuário do SUS ser relacionado ao trabalho, bem como sua notificação no SINAN configura-se como desafio a ser superado.

Figura 1. Microrregião de Saúde de Campo Grande/MS, 2021.

Bandeirantes **Campo Grande** **Corguinho** **Camapuã** **Chapadão do Sul** **Costa Rica** **Figueirão** **Jaraguari** **Maracaju Nova Alvorada do Sul** **Paraíso das Águas** **Ribas do Rio Pardo** **Rio Negro** **Rochedo** **São Gabriel do Oeste** **Sidrolândia** **Terenos**	

Fonte: CEREST – Regional Campo Grande – 2021.

À **Coordenadoria de Controle de zoonoses - CCZ**, composta pelos serviços de:

- Serviço de Controle da Raiva e de Outras Zoonoses;
- Serviço de Fiscalização em Vigilância Zoosanitária;
- Serviço de Controle de Roedores, Animais Peçonhentos e Sinantrópicos;
- Serviço de Educação;
- Serviço de Diagnóstico Laboratorial de Zoonoses;
- Serviço de Apoio Estratégico no Controle de Zoonoses.

O CCZ é o órgão responsável pelo desenvolvimento de ações objetivando o controle de agravos e doenças transmitidas por animais (zoonoses), através do controle das populações de animais domésticos (cães, gatos e animais de grande porte) e o controle de animais da fauna sinantrópica (morcegos, pombos, roedores, caramujos, carrapato e pulga entre outros).

Instituído por meio do Decreto n. 14.558, de 8 de dezembro de 2020, o Centro de **Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS,** anteriormente chamado de URR, tem como objetivo principal identificar precoce e oportunamente emergências em saúde pública, a fim de organizar a adoção de respostas adequadas que reduzam e contenham o risco à saúde da população. Serviço esse que funciona 24 horas por dia.

Cabe à **Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais** planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores e fatores ambientais a eles relacionados, além de assumir o controle operacional de situações epidemiológicas (epidemias, surtos e outros) referentes, às doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde no município no âmbito de sua atuação. Em 2019, deu-se o início do Projeto *Wolbachia*, cuja execução das ações é de responsabilidade do CCEV. O Projeto é iniciativa do *World Mosquito Program* (WMP), conduzida no país pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com apoio financeiro do Ministério da Saúde, e que utiliza a bactéria *Wolbachia* para o controle de arboviroses, doenças que são transmitidas por mosquitos.

Na capital, a implementação da iniciativa é realizada em parceria com a Prefeitura de Campo Grande e Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul. Estão previstas seis fases para implementar o Método *Wolbachia* em toda a cidade.

E à **Coordenadoria de Estatísticas Vitais** setor responsável por elaborar estatísticas de natalidade e mortalidade do município de Campo Grande-MS, com o objetivo de dar subsídio para elaboração e avaliação das políticas públicas em saúde pelos serviços de vigilância, assistência e gestão. Realiza o acompanhamento de indicadores de saúde relativos ao nascimento e óbito, além de coordenar e supervisionar as ações dos Serviços do SIM e SINASC e Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal.

2.4.9 Relações Institucionais de Saúde

Em cumprimento a Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação, Processamento de Informações em Saúde e Auditoria, o trabalho desenvolvido institucionalmente tem contribuído com o fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, buscando a garantia do acesso igualitário aos serviços em nível ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico do Sistema Único de Saúde.

E considerando a Portaria nº 3.188 de 18 de Dezembro de 2009 que habilita Estados e Municípios para a implantação e implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Desta forma estão estruturadas e em funcionamento no prédio do Complexo Regulador Estadual, a Superintendência de Relações Institucionais de Saúde e suas respectivas Gerências, sendo Gerência de Regulação Hospitalar, Gerência de Regulação Ambulatorial, Gerência de Controle e Avaliação, Gerência de Processamento SIA/SIH/CNES, Gerência de Auditoria em Saúde e Gerência de Pactuação Assistencial assim como a Central de Regulação Estadual.

2.4.9.1 Rede Complementar

A Rede Municipal de Saúde de Campo Grande-MS está composta atualmente pelos seguintes prestadores de serviços da rede complementar:

- ✓ 10 Clínicas/Centros de Especialidades – Pestalozzi, Orionópolis, CER-APAE, Funcraf, ISMAC, Pró-Renal, MEDRIM, DAVITA Serviços de Nefrologia Campo Grande LTDA, Fundação Pio XII e Clínica Médica Anhanguera.
- ✓ 03 Hospitais Especializados – Associação de Amparo à Maternidade e à Infância, Hospital do Câncer e Hospital Nosso Lar;
- ✓ 04 Hospitais Gerais – Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Santa Casa e São Julião;
- ✓ 01 Policlínica – Universidade Católica Dom Bosco – UCDB.
- ✓ 10 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) – Laboratório APC, Histolab, LAC, Screenlab, Laboratório Diagnose Cunha, Biomolecular, IPED/APAE, Centro Radiológico por Imagem, UNIC e ACBR;
- ✓ 03 Unidades Móveis Terrrestres: Unidade de Resgate Corpo de Bombeiros (CIOPS), Fundação Pio XII – Campo Grande e Oficina Terrestre Itinerante.

No ano de 2021 estão em processo de habilitação, já aprovados pelo Ministério da Saúde e aguardando publicação de portaria, os laboratórios L.I.H.M Imagem e Patologia Diagnósticos LTDA e Falcão Patologia LTDA ME.

Conforme previsão da portaria nº 1.034/2010, a complementação dos serviços observa os princípios e as diretrizes do SUS, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso.

Ainda em atendimento ao preconizado pela normativa, o município dá preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

A capacidade instalada de cada estabelecimento da Rede Complementar é averiguada por meio das informações do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por força da Portaria nº 1.646/2015.

Considerando que o município de Campo Grande-MS dispõe de uma rede de atenção à saúde estruturada em todos os níveis de atenção e nesse sentido estão aqui concentrados a maioria dos serviços de média e alta complexidade, o que contribui para a superlotação dos mesmos, em especial urgência e emergência.

O município tem sofrido com a insuficiência de leitos de UTI rotineiramente, visto o quantitativo de pacientes advindos de outros municípios da região, para os quais Campo Grande-MS é referência, destacando-se as especialidades de Neurologia, Ortopedia, Infectologia, Cirurgia Cardíaca.

Há necessidade dos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul organizarem e pactuarem o acesso a ações e serviços de atenção à saúde a partir das necessidades da atenção básica e sua integração e articulação aos demais níveis do sistema.

Antes da pandemia de Coronavírus, até março de 2020, contava-se com 116 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto habilitados pelo SUS, nos seguintes hospitais: Santa Casa, Hospital Regional, Hospital Universitário, Hospital do Câncer, no entanto com o advento da pandemia, houve expansão temporária para atendimento de paciente acometidos pela Síndrome Respiratória Aguda Grave COVID-19.

Desde 1 de julho de 2016, o município realiza a regulação de acesso aos leitos de urgência/emergência para a sua população referenciada (micro e macrorregião).

Conforme planilha de controle de solicitações de vaga em hospital, elaborada pela Gerência de Regulação Hospitalar, o quantitativo de vagas zero no período de janeiro a junho de 2021, oriundas dos municípios do interior foi de 3.142, corroborando com a necessidade ainda de incremento de leitos de UTI.

Consta nos censos de leitos dos hospitais credenciados ao SUS, enviados à Gerência de Regulação Hospitalar, a insuficiência de leitos hospitalares, bem como superlotação nos Centro de Referência em Saúde (CRS) e Unidades de Prono Atendimento (UPA) aguardando disponibilização de vaga hospitalar.

Um fator discutível é a desatualização da Programação Pactuada e Integrada – PPI hospitalar, o qual não é atualizada desde 2008, sendo a PPI um processo no qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores, com o objetivo de estabelecer e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população residente e das referências de outros municípios.

Os hospitais que realizam as cirurgias eletivas são: Santa Casa, Hospital Regional, Hospital Universitário, Maternidade Cândido Mariano, Hospital São Julião, Hospital do Câncer e Hospital Adventista do Pênfigo (ortopedia).

De acordo com informações da Base de dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, do Sistema de Informação Hospitalar – SIH, foram processados nos estabelecimentos hospitalares de Campo Grande-MS em 2020, 5.847 procedimentos cirúrgicos eletivos e 25.276 procedimentos cirúrgicos de caráter de urgência, o que correspondem a 18,79% de cirurgias eletivas e 81,21% de urgência.

Consta nos registros do Sistema de Regulação Hospitalar – SISREG, sob a Gerência de Regulação Hospitalar, que é o setor responsável pela regulação das internações hospitalares, o

total de 6.797 Autorizações de Internações Hospitalares – AIH aguardado cirurgias (fila de espera/demanda reprimida), nas diversas especialidades, até o dia 30 de junho de 2021.

Ressalta-se que, em 03 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana da doença COVID-19, por meio da Portaria MS n° 188, 2020. Posteriormente, a Portaria nº 870, de 07 de Abril de 2020 reconheceu o Estado de Calamidade Pública no Estado de Mato Grosso do Sul. Desta forma, as cirurgias eletivas foram suspensas desde então. E considerando a situação ainda vigente de Pandemia pela COVID-19, para a retomada destas é necessário o declínio das internações em decorrência da COVID-19 e consequentemente a diminuição expressiva de casos no Município de Campo Grande-MS.

Diante destes dados, cabe salientar que no Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG há filas de espera para consultas cirúrgicas ambulatoriais nas diversas especialidades, as quais totalizaram 17.682 solicitações até o dia 09 de julho de 2021, no entanto, nem todos os pacientes constantes nessa relação necessitam realizar os procedimentos cirúrgicos, já que dentre estes existe aqueles que serão avaliados pelo médico cirurgião e outros se manterão em tratamento clínico.

Não houve incremento financeiro pelo Ministério da Saúde no teto do município, bem como existe uma defasagem dos valores de procedimentos da Tabela SUS em relação aos valores praticados no mercado, principalmente de órteses e próteses. Também não houve renovação do Projeto de Cirurgias Eletivas em 2016 pelo Ministério da Saúde, que corresponde à estratégia de ampliar a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, visando diminuir o tempo de espera a determinados procedimentos. Como não houve tal renovação, nota-se a redução do número de cirurgias eletivas nesse ano.

A PPI é o instrumento por meio do qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, tendo a conformação de redes de serviços regionalizadas sido pensada como uma forma de garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006b). Cabe ao gestor municipal garantir que a população sob sua responsabilidade tenha acesso à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território (BRASIL, 2009).

Essa ferramenta é um instrumento que, em consonância com o processo de planejamento, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território, além de nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve, ainda, explicitar os pactos de referência entre municípios e definir a parcela de recursos destinados à assistência da própria população e da população referenciada por outros municípios (BRASIL, 2006b).

Assim sendo, o processo de PPI, coordenado pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para a garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não

disponíveis em seu município de residência, além de orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independentemente de sua condição de gestão (BRASIL, 2001).

A programação da atenção básica é de responsabilidade exclusiva dos municípios não estando previstos referenciamentos. Já para a média complexidade ambulatorial, a lógica de programação é ascendente, sendo que os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada (BRASIL, 2006b).

Salienta-se que Mato Grosso do Sul foi um dos primeiros estados a celebrar o Pacto pela Saúde com a adesão de 100% dos 78 municípios existentes à época (SMAKA, 2013) e, também, o primeiro estado a assinar o COAP com 100% de seus municípios (LEWANDOWSKI; BARROS, 2014). Apesar da importância da PPI na organização e gestão do SUS, o conhecimento acerca do papel que esse instrumento de planejamento teria na garantia da integralidade da atenção à saúde no estado de Mato Grosso do Sul, é incipiente.

Cabe aos gestores definir as prioridades que orientam a programação das ações e serviços de saúde de seus municípios (BRASIL, 2015), com base na análise da situação de saúde, peculiaridades e necessidades locorregionais (BRASIL, 2006a). Entretanto observa-se que a identificação da demanda e a definição das ações e serviços de saúde pactuados nem sempre do resultado de diagnósticos situacionais, mas da utilização da série histórica dos atendimentos, ou seja, de tempos passados.

Na relação Sistema de Regulação x PPI, cabe ressaltar que o setor de regulação não cria, e sim gerencia o fluxo das ofertas para que todos tenham acesso aos atendimentos necessários. Sendo considerada uma previsão, o planejado pode ou não acontecer da forma programada, havendo a possibilidade de os acordos estabelecidos e contratualizados não serem atendidos, uma vez que o acesso às ações e aos serviços de saúde será fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, ou seja, considerando a classificação de risco de risco e demanda existente em sistema para distribuição de acordo com as ofertas de vaga para atendimento. (BRASIL, 2011c).

Ainda no tocante à PPI, outro apontamento interessante se faz acerca da dificuldade de seguimento ao atendimento de pacientes oriundos de municípios do interior e/ou de outros Estados que não estão contemplados pela Programação Pactuada e Integrada e que, após atendimento no serviço de Urgência, acabam sendo incluídos e absorvidos pelo Sistema de Saúde Municipal na espera da realização de atendimento cirúrgico eletivos, impactando na fila de espera por esses procedimentos.

Outra dificuldade diz respeito aos pacientes do interior e de outros Estados, que não estão contemplados pela Programação Pactuada e Integrada – PPI e acabam se inserindo no Sistema de Saúde municipal pela Urgência, o que tem impactado a fila de espera por estes procedimentos.

2.4.9.2 Regulação Ambulatorial

A Gerência de Regulação foi implantada em 03 de novembro 2008 com a publicação da Portaria da Política Nacional de Regulação 1.559 de 01 de agosto de 2008, com a unificação das portarias e revogações, está regulamentada na Portaria 2 de Consolidação Anexo XXVI, da Política Nacional de Regulação do SUS, de 28 de setembro de 2017. Adotou-se o Sistema de Regulação – SISREG como ferramenta de trabalho, que é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, por meio de módulos que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento do usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares.

No SISREG, as solicitações podem ser realizadas pela atenção primária à saúde e pelas outras portas de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização da utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento, sendo uma ferramenta gratuita disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

A implantação das especialidades e procedimentos foi realizada de forma gradativa, sendo que a última especialidade médica a ser inserida no Sistema de Regulação foi a Nefrologia no ano de 2015. No mesmo período, foi implantado a Regulação do Acesso (Oferta de vagas) na totalidade de todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Especializada da rede própria, contratada e conveniada com atendimentos regulados via Sistema de Regulação – SISREG. Tendo como referência a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde – PPI, a Gerência de Regulação Ambulatorial disponibiliza oferta de vagas para acesso às especialidades, exames e procedimentos para os municípios do interior do Estado de acordo com a pactuação estabelecida.

A Regulação foi dividida em Ambulatorial e Hospitalar a partir de 2015 devido a proporção e especificidade do trabalho executado por cada Gerência. Em 2016, a Central de Regulação Ambulatorial instalou-se no Complexo Regulador Estadual e a partir de então mais especialidades multiprofissionais, exames e procedimentos foram inseridos para regulação via SISREG.

Em 2017 iniciaram-se as autorizações das Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção - OPM do Centro Especializado de Reabilitação CER/APAE via sistema de regulação, dando celeridade ao processo de dispensação do equipamento ao paciente em tempo oportuno.

São realizadas em média 40.000 ligações/mês, as quais são efetivadas em até três tentativas de contato para repasse do agendamento, e caso não se confirme o agendamento na ligação, as vagas são canceladas e retornam ao sistema para reaproveitamento.

No dia 18/02/2020 foi realizada a primeira capacitação com os 71 (setenta e um) gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde – APS na Escola de Saúde Pública – ESP

MS e no dia 19/02/2020, foram capacitados os médicos responsáveis técnicos (RT) dessas unidades, com o objetivo de iniciar o processo de descentralização da regulação de consultas especializadas. Desse modo, o médico RT ficou responsável pela regulação e autorização das solicitações oriundas da sua unidade de lotação, identificando as prioridades e realizando o agendamento de acordo com as ofertas de vagas disponibilizadas pelos prestadores/unidades executantes.

Considerando a escassez de vagas, não foi possível a descentralização da totalidade de especialidades, ficando aquelas com oferta de vagas mais crítica a cargo da Gerência de Regulação Ambulatorial. Informamos ainda que essa descentralização só contemplou consultas em especialidades médicas, ou seja, os atendimentos multiprofissionais e odontológicos não foram redirecionados para as APS.

No final de Maio de 2020, foi realizada reunião com os colegiados multiprofissionais para a definição dos encaminhamentos especializados e início da revisão dos protocolos que foi encaminhado aos serviços e conselhos de categorias profissionais para apreciação e publicado através da resolução n. 574 de 18 de Dezembro, publicada no Diogrande Suplemento n. 6157 de 21 de Dezembro de 2020.

Após revisão dos procedimentos de reabilitação, em junho de 2020, houve reunião do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência onde foi deliberada a alteração da nomenclatura do procedimento “Acolhimento para Centro Especializado em Reabilitação”, que dá acesso aos serviços de reabilitação multiprofissional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), passando a constar como “Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências”, facilitando o melhor encaminhamento e monitoramento da real demanda por tipo de reabilitação, se visual, auditiva, física e/ou intelectual.

Em Agosto de 2020, foi implantada a regulação odontológica com a criação dos protocolos de acesso previamente encaminhamos à CRAO para deliberação. Este encontra – se disponível para consulta pública (consulta pública n. 1) desde 05 de Agosto de 2020.

No início de setembro de 2020 foi realizada reunião e implantação do acesso ao transplante cardíaco da CASSEMS, sabendo da importância em manter os prestadores atualizados quanto aos serviços em saúde, foram realizadas capacitações da Gerência de Regulação Ambulatorial com os colaboradores da Santa Casa, HRMS, Ebserh Hospital Universitário, Hospital de Câncer, a fim de fortalecer todas as frentes de atendimento ao paciente.

Visando fortalecer ainda mais essa rede de atendimento, foram resgatados e implementados como rotina do processo regulatório, a manutenção periódica da Planilha de Oferta de Vagas e da Grade de Referência Ambulatorial, dando visibilidade dos procedimentos cadastrados no Sistema de Regulação com os devidos profissionais e locais de atuação. Com o aumento do número de casos da COVID-19 e do avanço da doença pelo país, foi implantado em Março de 2020, o serviço de Teleconsulta da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS (SESAU) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de ser um canal de

atendimento da população para sanar dúvidas e orientações sobre os sinais e sintomas do novo Coronavírus, com o horário de atendimento ampliado das 06h às 00h todos os dias da semana.

Para tanto houve a liberação do espaço físico exclusivo para implantação do serviço e em duas semanas foi concluída a organização, contando com a criação de Central Telefônica exclusiva para o COVID-19, sendo os atendimentos receptivos (equipe de nível médio), ativo (equipe de nível superior) e médico, dando início do telemonitoramento sendo Campo Grande – MS, o segundo município a implantar o serviço no país.

O atendimento realizado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, nutricionista e administrativos devidamente capacitados para a realização do cuidado remoto da população. Essa equipe a princípio realizou a vigilância do cuidado dos pacientes que receberam diagnóstico positivo para a doença trabalhando em conjunto com a URR (Unidade de Resposta Rápida) da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, apoiando no monitoramento dos casos e identificando sinais de gravidade para os pacientes em isolamento domiciliar.

Em decorrência do serviço implantado, foi publicada a Resolução 532 de 31 de março de 2020 que dispõe sobre as ações de teleatendimento, com objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência do novo Coronavírus (2019-nCov) e a Resolução n. 538, de 7 de maio de 2020 que dispõe sobre a organização e a operacionalização do funcionamento do teleatendimento no enfrentamento ao COVID-19 e dá outras providências. No início de dezembro de 2020, o Estado em parceria com a Prefeitura Municipal de Campo Grande, através da Gerência de Regulação Ambulatorial, disponibilizou uma equipe composta por operadores de telemarketings previamente capacitados para atender a população no auxílio para agendamento dos testes de COVID-19 para Campo Grande e todo o Estado.

A monitorização ficou atribuída aos profissionais que compunham grupo de risco que foram tirados da linha de frente e direcionados para o teletrabalho no serviço de Teleconsulta. Com o retorno gradativo desses profissionais à suas unidades de origem, esse serviço foi descentralizado sendo absorvido pela Atenção Primária.

No ano de 2021, nosso serviço de Teleconsulta trabalha em regime receptivo com o monitoramento dos pacientes sintomáticos e/ou com diagnóstico positivo para COVID-19 que entram em contato com a central através do número 2020-2170 para sanar dúvidas, receber orientações e caso necessário, ser transferido para teleatendimento com profissional médico para um rastreio clínico desse paciente.

Figura 1. Calendário de imunização em Campo Grande-MS, 2021.



*Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SESAU- Campo Grande-MS, 2021.

Com a implantação do Plano Municipal de Vacinação contra a COVID-19, e início da imunização em meados de Fevereiro de 2021, iniciou – se também o serviço de orientações e esclarecimento de dúvidas acerca de reações, pontos de vacinação, calendário vacinal (grupos prioritários, faixa etária, comorbidades, etc).

Coordenados pela Gerência de Regulação Ambulatorial, todos os procedimentos são realizados pelo Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG III) através da especialidade TELECONSULTA para o registro dos atendimentos e evolução do paciente, desde o início do acompanhamento até a finalização deste.

Por fim, a Gerência de Regulação Ambulatorial vem organizando a implantação da Divisão de Telerregulação e Divisão de Regulação do Apoio Operacional, objetivando a reestruturação e otimização do fluxo de trabalho no setor, com a finalidade de expandir e melhorar a rede de serviços de saúde, promovendo uma melhor interação entre os níveis assistenciais. Em virtude disso, estão sendo realizadas reuniões com a equipe de Telesaúde do Estado para discussão quanto à possibilidade de efetivar a implantação da Telerregulação em parceria com o serviço de telesaúde.

2.4.9.3 Regulação Hospitalar

Na Gerência de Regulação Hospitalar são realizados os serviços de Regulação de acesso à porta de entrada nos hospitais e a Autorização das Internações Hospitalares (AIH) eletivas e de urgência. Destaca-se que, no período de janeiro a junho/2021, foram em torno de 32 mil autorizações de AIH de urgência e eletivas, sobressaindo-se as de urgência devido às internações por COVID-19.

Abaixo, destaca-se a produção de janeiro a junho/2021, da Regulação de acesso:

Gráfico 01. Regulação de Acesso, 2021.



Fonte: Planilha de Controle de senhas da Gerência de Regulação Hospitalar, 2021.

Conforme gráfico acima, somando-se as solicitações que foram por Vaga Zero e as que foram autorizadas pelas instituições hospitalares, destaca-se as solicitações Canceladas, que correspondem as que foram resolvidas por recurso próprio, óbitos, evasão, alta, recusa.

Desde julho de 2017 a regulação hospitalar realiza a regulação secundária da rede própria (UPAS e CRS) de Campo Grande-MS, favorecendo o fortalecimento da fila única e um processo regulatório direcionado pela classificação de risco, permitindo ao cidadão uma assistência de acordo com suas necessidades em tempo oportuno.

2.4.9.4 Gerência de Processamento SIA/SIH e CNES

A Gerência de Processamento SIA/SIH e CNES diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais de Saúde, é responsável pelos principais Sistemas de Informações do SUS, onde supervisiona, controla e avalia o processamento de informações dos Estabelecimentos de Saúde. Está composta por 4 divisões (Divisão do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS; Divisão de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Divisão de Processamento de Informações Ambulatorial – SIA; Divisão de Processamento de Informações Hospitalares – SIH. A GP supervisiona e acompanha o processamento de informações dos principais sistemas de informação do SUS, sendo eles: SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), SIH (Sistema de Informação Hospitalar), CNES (Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde), CIHA (Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial) e CADSUSWEB (Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde), prestando apoio técnico às demais gerências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e prestadores de serviço conveniados ao Sistema Único de Saúde. Segue de maneira sintetizada as atividades realizadas por cada divisão.

A Divisão de Processamento de Informação Hospitalar – DPIH/SIH, através do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado- SIHD2, é responsável por receber toda a produção de internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde- SUS, no âmbito municipal de média e alta complexidade e enviar para o Ministério da Saúde. Realiza orientações técnicas quanto ao processamento da produção hospitalar, emissão de relatórios gerenciais e financeiros para os prestadores de serviços e gestão municipal, instalação e treinamentos do sistema SISAIH01, no qual os hospitais digitam a produção. Coopera tecnicamente com as Gerências de Regulação Hospitalar, Controle e Avaliação e Auditoria, fornecendo relatórios e informações como subsídios aos trabalhos da Superintendência de Relações Institucionais em Saúde. A DPIH também é responsável pelo processamento das remessas hospitalares e ambulatoriais do CIHA, instrumento de envio de informações relativas aos atendimentos prestados, financiados com recursos de fontes externas ao Sistema Único de Saúde.

A Divisão de Processamento de Informações Ambulatoriais – DPIA/SIA opera o processamento do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que visa o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial por meio dos aplicativos de captação: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS). Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, o Ministério da Saúde (MS), necessitou dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado, em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. A Divisão de Processamento de Informações Ambulatoriais gerencia informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Além disso, o trabalho tem a função de oferecer treinamento e suporte a todas as Clínicas e Hospitais contratados pela Secretaria.

A Divisão de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES trabalha com a inserção de dados no sistema SCNES, sistema que registra todas as informações dos Estabelecimentos de Saúde: Razão Social; nome fantasia, endereço, serviços prestados e/ou habilitados, leitos cadastrados, instalação física, equipamentos, profissionais que atendem no estabelecimento, entre outros. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 1646 de 02 de outubro de 2015, é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não. Além do processamento das informações no SCNES, a presente divisão faz atendimento aos estabelecimentos de saúde de natureza

pública e privada e aos profissionais de saúde. Os atendimentos versam sobre cadastramento, alterações, informações e orientações sobre CNES.

A Divisão do Cartão Nacional de Saúde - CARTÃO SUS responsável pelo processamento de dados do CADSUSWEB, sistema gerador do cartão nacional de saúde, realiza acompanhamento da operacionalização do referido sistema ministerial perpassando desde da habilitação de acessos, instruções de operação até o treinamento de operadores de sistema. O Cartão Nacional de Saúde – CNS é um instrumento que tem por finalidade a identificação dos usuários do Sistema Único de Saúde, pelo qual possibilita a identificação única dos usuários e das ações e serviços de saúde, viabilizando a utilização adequada de informações no planejamento, acompanhamento e avaliação da atenção à saúde. Nesse sentido, é realizado trabalho institucional com outros estabelecimentos de saúde da rede própria, bem como da rede privada e também efetuada a transferência de informações de usuários de outros Municípios para a Base Nacional de Campo Grande, desde que comprovada residência aqui. O CNS contribui com a organização da rede de serviços regionalizados e hierarquizados, participando da organização do sistema de saúde, a partir dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, é necessária a construção fidedigna de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde.

2.4.9.6 Pactuação Assistencial

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são mecanismos que asseguram o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. Assim, a gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que através de seus órgãos gestores, utilizam-se de vários instrumentos com a finalidade de garantir o pleno funcionamento do sistema de saúde.

Existem diversos Instrumentos de Gestão em Saúde que são específicos de cada Município, Estado, Distrito Federal e União. Há outros, por sua vez, que coexistem e corroboram para a articulação das três esferas gestoras de governo, garantindo a operacionalização de um sistema de saúde nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Sua implantação ocorreu com o intuito de fortalecer os estados no processo de descentralização das ações e serviços para os municípios – processo conhecido como municipalização.

Através do artigo 198 da CF/88 foi estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Salientamos que para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS utiliza-se de diversos instrumentos de gestão, que são criados de acordo com a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e política dos gestores das três esferas de governo.

Enumerando os principais instrumentos de Gestão em Saúde ligados ao planejamento, temos:

1. Agendas de Saúde
2. Planos de Saúde
3. Relatórios de Gestão
4. Plano Diretor de Regionalização (PDR)
5. Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Neste contexto, com o intuito de fortalecimento das ações do SUS no município de Campo Grande, a Superintendência de Relações Institucionais de Saúde (SUPRIS) fundamentou-se na existência de diversas gerências, dentre as quais enfatizamos a recém-criada Gerência de Pactuação Assistencial (GPA).

A GPA é um setor que comunica diferentes interfaces do sistema de saúde, tendo sido criada para fortalecer as pactuações e suas fragilidades, e consolidar suas potencialidades, além de reduzir as lacunas assistenciais locais e de nossas regiões de saúde.

Sendo assim, a atuação desta gerência está fundamentada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que fornece importantes subsídios para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, orientado na organização, regionalização e hierarquização da rede (conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90), além de garantir aos usuários integralidade no atendimento e acesso a todos os níveis de complexidade.

A efetividade deste plano diretor é garantida por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento importantíssimo no processo de planejamento do SUS, uma vez que determina: alocação de recursos, reorganização das redes de atenção à saúde, e consolidação das diretrizes e prioridades expressas nos demais processo do planejamento.

A PPI tendo como base o PDR faz a programação das ações que serão realizadas, visto que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas com a elaboração dos Planos de Saúde.

A Programação Pactuada e Integrada não tem a intenção de solucionar todas as necessidades de programação das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Restringe-se em alguns aspectos e questões de interesse ou de responsabilidade compartilhada, que envolvem a fixação de critérios de alocação de recursos do SUS.

A PPI traduz a autonomia de cada gestor, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente em um município específico, quer pelo encaminhamento a um município de referência, sempre por intermédio de negociações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

Cada município deverá programar as ações que irá executar, para então negociar com os outros gestores a programação das ações que serão referenciadas, conforme o Plano Diretor de Regionalização. Para tanto, o gestor municipal deve conhecer as necessidades em saúde de seu município, a quantidade de usuários que será atendida e encaminhada para os municípios de referência, e conhecer as especialidades profissionais (médicas ou outras) e os recursos tecnológicos demandados.

Por ser a capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande é referência em média e alta complexidade para a maioria absoluta dos municípios e regiões de saúde, monitora os entraves para a utilização dos recursos alocados e para a sustentabilidade do sistema. Desta forma, a gerência técnica traz à evidência os maiores gargalos do sistema, e propõe soluções viáveis de pactuação a fim de que o Plano Diretor seja integralmente cumprido.

Principais objetivos da Programação Pactuada e Integrada:

- Estimular o processo de planejamento e programação integrada entre os gestores municipais e o gestor estadual;
- Orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência de caráter microrregional, regional ou estadual, de acordo com as necessidades identificadas;
- Explicitar os fluxos de referências intermunicipais, acordados entre os gestores, de forma a garantir o acesso de toda a população a todos os níveis de atenção;
- Orientar a alocação de recursos financeiros pela lógica das necessidades de saúde da população e de acordo com as prioridades estabelecidas pelos gestores;
- Orientar a alocação de recursos financeiros entre os municípios para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, através da adoção de critérios claros e adequados, e da explicitação da parcela correspondente às referências intermunicipais pactuadas;

Os pactos contidos na PPI serão atualizados periodicamente entre os gestores municipais e estadual mediante a aprovação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Em Mato Grosso do Sul a última atualização ocorreu em 2008, necessitando ser revista, já que o aumento populacional e a incorporação de novas tecnologias e tratamentos vêm fragilizando a cadeia de ofertas.

A utilização de instrumentos eletrônicos para a elaboração das Programações Pactuadas e Integradas permitirá uma maior agilidade na atualizações e revisões das metas pactuadas.

A GPA segue em análise criteriosa de prioridades nas seguintes atividades:

- Revisão completa da MAC (Média e Alta Complexidade) Ambulatorial e Hospitalar com análise da produção pelo TABWIN (análise por abrangência e referência);
- Análise dos Documentos Descritivos (DD) dos Contratos estabelecidos com a rede de prestadores com a finalidade de avaliar as metas e os planos de trabalho (atuação conjunta com GCA para fortalecimento da ferramenta de gestão);

- Ação integrada com o setor de judicialização para monitoramento de riscos e pactuação com a rede para cobertura dos procedimentos com demanda reprimida;
- Avaliação das atas da CIB para revisão dos documentos comprobatórios das pactuações firmadas pelo município de Campo Grande;
- Diálogo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para ação sinérgica no estudo da próxima atualização, fundamental para a gestão municipal e estadual;
- Avaliação crítica dos processos de judicialização, uma vez que determina grande sequestro dos recursos municipais, comprometendo as políticas públicas;
- Análise do SISMAC (Sistema de Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade) dos anos de 2018, 2019 e 2020;
- Estudo da PAMAC (Programação Assistencial da Média e. Alta Complexidade), que em breve subsidiará as pactuações das Comissões Intergestores (CIB);

2.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico, nutricional e demográfico resultaram na atual situação de saúde da população, caracterizada pelo predomínio das condições crônicas, convivendo com as condições agudas e os agravos decorrentes das causas externas.

Assim, é essencial a implantação de um sistema de saúde capaz de oferecer atenção adequada a essa nova agenda, baseada em uma estrutura integrada, com base em relações horizontais entre todos os pontos de atenção, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e na integralidade do cuidado. O Sistema único de Saúde (SUS) está organizado por meio das Redes de Atenção à Saúde, conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 3, Anexo I que estabelece as diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

As RAS contemplam indicadores ou marcadores - relacionados às diretrizes nacionais e configurados na Pactuação Interfederativa, que buscam qualificar a atenção à saúde através da ampliação do acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, tendo como maior objetivo a garantia do alcance da integralidade do cuidado em todas as RAS prioritárias. De acordo com a portaria que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no SUS, são redes temáticas:

A **Rede Cegonha** que compreende a assistência: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação. A **Rede Atenção às Urgências,** promoção e prevenção; Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia. A **Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência -** Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência. A **Rede de Atenção Psicossocia**l - Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação ações de prevenção e de redução de danos.

A **Rede de Atenção Saúde das pessoas com Doenças Crônicas** que compreende a assistência à hipertensão, diabetes, cânceres, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Doença Renal Crônica (DRC), obesidade/sobrepeso e tabagismo. Cada rede temática é formada por Grupo Condutor Municipal com componentes das áreas técnicas exemplificadas através de representantes da APS, atenção especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, sistemas de apoio, sistemas logísticos e regulação, de

acordo com a especificidade de cada rede. Os grupos são espaços deliberativos de construção de diagnósticos, estabelecimentos de prioridades, elaborações de desenhos das redes, fluxos locais e de educação e qualificação.

Os grupos constituídos são:

- Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (GCMRDC);
- Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (GCRPCD).
- Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha (GCMRC);
- Grupo Condutor Municipal da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP);

A operacionalização das redes temáticas do SUS é desenvolvida através da qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidado que expressam o fluxo assistencial que devem ser garantidos aos usuários de forma transversal, desde sua entrada no sistema de saúde, preferencialmente pela APS, considerando todos os pontos de atenção da rede necessários para que a integralidade do cuidado seja garantida.

As ações estratégicas consistem em operacionalizar as linhas de cuidado com ações de fortalecimento da atenção através de programas de saúde, protocolos, normativas, educação permanente e educação em saúde, articulações intrassetoriais e intersetorial e demais elementos pertinentes à estruturação das linhas. As linhas de cuidado são baseadas nas políticas de saúde vigentes e diretrizes de saúde e estão organizadas na SESAU em 09 (nove) linhas de cuidados prioritárias:

1 -Linha de cuidado das pessoas com doenças renocardiovasculares;

2 -linha de cuidado das pessoas com sobrepeso/obesidade;

3- Linha de cuidado da criança e do adolescente;

4- linha materno infantil;

5- linha da saúde sexual e reprodutiva;

6- Linha de cuidado do usuário com hipertensão arterial sistêmica/ diabetes mellitus;

7- linha de cuidado da saúde do homem

8- linha de cuidado da saúde do idoso;

9 -linha de cuidado da equidade em saúde.

Segue algumas especificações de ações de relevância dentro das linhas Na linha cuidado das pessoas com doenças renocardiovasculares com foco na prevenção da doença renal crônica, infartos, acidente vascular e cânceres: Na linha de cuidado das pessoas com sobrepeso/obesidade, promove ações de estímulo à alimentação saudável, atividade física. A linha de cuidado da criança e do adolescente promove ações de crescimento e desenvolvimento.

Na linha materna infantil promove gestação, parto e puerpério adequados. A linha da saúde sexual e reprodutiva promove ações de oferta de contraceptivos e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A linha de cuidado do usuário com hipertensão arterial sistêmica/ diabetes mellitus foco na prevenção e tratamento dos agravos. Na linha de cuidado de saúde do homem promove ações de fortalecimento de pré natal do parceiro, estilo de vida saudável. Prevenção de doenças cardiovasculares, e cânceres (principalmente próstata). Na linha de cuidado de saúde do idoso desenvolve ações de promoção de envelhecimento saudável, articulação entre unidades de saúde com as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's).

A linha de cuidado da equidade em saúde estão ações que contribuem para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. A área técnica de equidade em saúde tem por objetivo planejar, propor, normalizar, gerenciar, monitorar e avaliar em âmbito municipal a execução de planos, projetos, ações e atividades a concretização da política de promoção da equidade em âmbito municipal, orientadas à saúde integral da população negra e quilombolas, população do campo e da floresta (assentados e ribeirinhos), população lésbicas, gays, bissexual, transexual, travesti, e intersexual (LGBTQIA+), população em situação de rua, cigana, albinismo, migrantes e refugiados, população indígena e os adolescentes privados de liberdade, conforme os princípios do SUS, em parceria com as demais secretarias e equipamentos sociais do município de Campo Grande.

As RAS são operacionalizadas através da interação de seus elementos constitutivos, onde está compreendida a estrutura operacional que é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam os serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos. O município de Campo Grande- MS possui em sua rede serviços de APS, média e alta complexidade de rede própria e/ou através de contratos/convênios com estabelecimentos de saúde, em complementariedade aos serviços da rede.

Tabela 1. Estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde, 2021.

Tipo	Quantitativo
Unidades de Saúde da Família (USF)	58
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	14
Equipes de Saúde da Família (eSF)	177
Estratégia de Agentes Comunitários (EACS)	47
Equipes de Saúde Bucal (ESB)	154
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	16
Equipe Consultório na Rua (ECR)	01
Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP)	06

Fonte: Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2021.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

A **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência** no âmbito do SUS é regida pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: Portarias GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012), Portaria GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012 e Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual, atualizado em agosto de 2020.

Tabela 1 - Estabelecimentos que contemplam a Rede da Deficiência, 2021**.**

Estabelecimento	Categorias
CER IV APAE	Física, intelectual, auditiva e visual
OFICINA ITINERANTE	Manutenção e adaptação de OPM
FUNCRAF	Auditiva e pacientes com deformidades crânio faciais
UCDB	Auditiva e terapia ocupacional
ISMAC	Visual
CLÍNICA PESTALOZZI	Física e Intelectual
CER II Cotolengo	Física e Intelectual
UERD	Reabilitação Cardiorrespiratória Pós Covid-19
CEO	Atendimento Odontológico de Média Complexidade

Fonte: Portaria GM/MS 793, de 24 de abril de 2012 e Portaria GM/MS 835 de 25 de abril de 2021.

- ✓ Centro Especializado em Reabilitação/APAE - CER IV – Serviço habilitado para prestar atendimento nas quatros modalidades de reabilitação (auditiva, visual, intelectual e física); atendimento às pessoas ostomizadas, bem como o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes; oficina ortopédica para confecção,

adaptação, manutenção e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM; aplicação de Toxina Botulínica, reabilitação pós COVID-19.

- ✓ Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre – Unidade vinculada ao Centro Especializado em Reabilitação – CER/APAE, iniciou os atendimentos no ano de 2017, realizando manutenção e adaptação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – OPM em municípios do interior do Estado, conforme pactuação junto à Secretaria de Estado de Saúde.
- ✓ FUNCRAF – Possui habilitação como Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade. É um serviço que oferece reabilitação para pessoas com deficiência auditiva, realizando o processo de diagnóstico auditivo, o que inclui: consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI e terapia fonoaudiológica. É referência como Centro de Tratamento de Má Formação Lábio Palatal, com atendimentos odontológicos desde o diagnóstico até procedimentos de alta complexidade ambulatoriais, os quais incluem procedimentos básicos em promoção e prevenção em saúde até instalações de aparelhos ortodônticos para pacientes fissurados.
- ✓ UCDB – Possui habilitação como Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade. É um serviço que oferece reabilitação para pessoas com deficiência auditiva, realizando o processo de diagnóstico auditivo, o que inclui: consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI e terapia fonoaudiológica. Realiza também procedimentos de Terapia Ocupacional.
- ✓ ISMAC – Estabelecimento habilitado como Unidade de Reabilitação Visual, realiza o atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma e estimulação precoce para favorecer o desenvolvimento global do paciente; orientações à família; orientações à escola; orientações para atividades de vida autônoma e profissional.
- ✓ PESTALOZZI – É um estabelecimento que disponibiliza Serviço de Reabilitação Intelectual, realizando procedimentos de fisioterapia e atendimento psicossocial. O Estabelecimento solicitou habilitação junto ao Ministério da Saúde como CER II modalidades Física e Intelectual.
- ✓ ORIONÓPOLIS/COTOLENGO – mantém convênio com esta secretaria de saúde para atendimentos de fisioterapia e psicossocial a pacientes com deficiência intelectual grave. O estabelecimento recebeu aprovação do processo de habilitação como CER II modalidades Física e Intelectual de acordo com a Portaria n. 3.531, de 17/12/2020, publicado em Diário Oficial da União.

- ✓ UERD – Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico – Oferta reabilitação cardiorrespiratória e musculoesquelética pós COVID-19.
- ✓ CEO – Centro de Especialidades Odontológicas: Realiza atendimento odontológico de média complexidade às pessoas com deficiência.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) tem atuado ativamente através do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, por meio de deliberações, construção de fluxos e protocolos de acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde.

Dentre as ações desenvolvidas estão o Procedimento Operacional Padrão (POP) para o fluxo de usuários dos Serviços Especializados em Reabilitação para a Atenção Primária, com o objetivo de orientar a atenção primária em relação aos usuários em processo de alta, absenteísmo, não localizados, não elegíveis e encaminhados a outros serviços especializados; implantação do Serviço de Reabilitação Cardiorrespiratória pós COVID-19 na UERD; habilitação do Centro Especializado em Reabilitação Cotolengo, nas duas modalidades de reabilitação: Física e Intelectual; implantação do serviço de teleconsultoria para servidores da Atenção Primária quanto ao manejo da Pessoa com Deficiência no território;

Além disso, a RCPD participou da implementação do Cadastro Municipal da Pessoa com Deficiência e com Transtorno do Espectro Autista, agora coordenado pela Subsecretaria de Direitos Humanos (SbDHU), que tem por objetivo fortalecer as propostas de implantação e implementação de políticas públicas no município, bem como direcionar a Gestão no trabalho em prol das pessoas com deficiência.

No âmbito da SESAU, o Cadastro é realizado pelas Unidades de Saúde da Atenção Primária, psicossocial e serviços conveniados/contratados que prestam atendimento de reabilitação às pessoas com deficiência e com transtorno do espectro autista.

No ano de 2020 foi criado o Plano de Ação Municipal da RCPD, contemplando a habilitação de mais dois Centros Especializados em reabilitação: CER II Pestalozzi (modalidades física e intelectual) e CER II Cotolengo (modalidades física e intelectual, sendo este último já habilitado pelo Ministério da Saúde.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – SRAS (CRAP)

Portaria GM/MS nº 3088 de 2011 institui a **Rede de Atenção Psicossocial** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).

Tendo como indicador a realização de matriciamento da saúde mental na atenção básica por meio dos 06 (seis) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes no município (conforme abaixo), sendo 01 matriciamento por CAPS por mês, somando um total de 72 matriciamentos/ano. Com meta a cumprir de atendimento de 80% do total de matriciamento por ano:

- CAPS II AFRODITE DORIS CONTIS
- CAPS III MARGARIDA
- CAPS III AERO RANCHO
- CAPS III VILA ALMEIDA
- CAPS II INFANTO JUVENIL
- CAPS AD IV

O apoio matricial ou matriciamento da saúde mental na atenção básica é de extrema importância devido o mesmo proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos singulares junto à população.

Ao mesmo tempo, realiza arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Assim, o matriciador em saúde mental pode participar ativamente do projeto terapêutico singular dos seus usuários no seu território em conjunto com a Atenção Básica nas diversas ações.

Com essa nova proposta da lógica da proximidade dos CAPS nos territórios, visando transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contra referências e protocolos, minimizando assim, os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica através de ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais por meio do apoio matricial.

Os leitos de Psiquiatria encontram-se distribuídos da seguinte forma: o Hospital Universitário dispõe de 02 leitos de Psiquiatria, para o atendimento de transtornos mentais e o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul contemplam 12 leitos de Psiquiatria para atendimento de transtornos decorrentes de uso de álcool e drogas; O Hospital Nosso Lar dispõe de 70 leitos de Psiquiatria, sendo 30 leitos regulados pela SESAU para pacientes munícipes de Campo Grande, no qual são atendidos pacientes com transtornos mentais e 40 leitos regulados pela SES para pacientes do interior.

No Brasil, a legislação sobre políticas e práticas voltadas à segurança do paciente e gestão dos riscos nos serviços de saúde teve início com a criação da Portaria MS nº 529, de 01 de Abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e

criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Posteriormente foram publicadas as Portaria MS nº 1.377, de 09 de julho de 2013, que aprovou 3 protocolos básicos de segurança do paciente, quais sejam, Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão e Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que aprovou o Protocolo de Prevenção de Quedas, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

Em 25 de Julho de 2013 também foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 36 (Anexo I), que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e ainda.

A RDC ANVISA nº 36 prevê a elaboração, pelas instituições de saúde, do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco e segurança do paciente, com base na legislação nacional e nas metas internacionais de segurança do paciente, para que as instituições possam assegurar ao máximo uma assistência à saúde segura, livre de danos aos seus pacientes.

Em cumprimento à legislação vigente, o Núcleo de Segurança do Paciente elaborou o **Plano de Segurança do Paciente** do município de Campo Grande.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS (CUR)

A **Rede de Urgência/Emergência** no município de Campo Grande está sendo implementada gradativamente, com vistas à articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

De acordo com o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência – RUE, publicado através da Resolução nº 063/CIB/SES/MS, de 02 de julho de 2019, os serviços da Rede Complementar encontram-se dispostos da seguinte forma:

Componente Hospitalar

Portas hospitalares de Urgência*:*

- ✓ **Santa Casa** – Presta atendimentos nas linhas de cuidados cardiovasculares, neurologia/neurocirurgia, traumato-ortopedia e é referência pediátrica, dentre outros; oferta retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva para a rede de Atenção às Urgências e Emergências. A Porta Hospitalar de Urgência da ABCG-Santa Casa de Campo Grande é uma

das principais referências para Mato Grosso do Sul para as demandas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e traumatológicas, conta com atendimento de equipe multidisciplinar. O acesso aos serviços hospitalares efetivar-se-á através da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde. Desempenha papel de referência especializado para os pacientes vítimas do trauma. Seus objetivos são a melhoria do atendimento às vítimas do trauma, com consequente redução da mortalidade e morbidade e universalização e padronização de um modelo de atendimento.

- ✓ **Hospital Universitário** – Oferta atendimentos nas linhas de cuidados cardiovasculares, neurologia clínica, infectologia e é referência pediátrica, dentre outros; oferta retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva para a rede de Atenção às Urgências e Emergências. A Porta Hospitalar de Urgência do Hospital Universitário conta com atendimento de equipe multidisciplinar. O acesso aos serviços hospitalares efetivar-se-á através da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ **Hospital Regional de Mato Grosso do Sul** – Oferta de atendimentos nas linhas de cuidados cardiovasculares, neurologia clínica, é referência pediátrica e para intoxicação exógena e acidentes com animais peçonhentos, contando com atendimento 24h da CIVITOX, dentre outros; oferta retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva para a rede de Atenção às Urgências e Emergências. A Porta Hospitalar de Urgência do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul conta com atendimento de equipe multidisciplinar. O acesso aos serviços hospitalares efetivar-se-á através da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ **AAMI** – Gestação de risco habitual e UTI neonatal.

Tabela 16 - Leitos de UTI Existentes/SUS, 2021.

Tipo UTI	SANTA CASA	HRMS	EBSERH	AAMI	HCAA	CLINICA DE CAMPO GRANDE	HAP MATRIZ	EL KADRI	PRONCOR
UTI Adulto TIPO II		29	18		4				
UTI Adulto TIPO III	67								
UTI Adulto – COVID 19	20	85	11			10	30	10	20
UCO TIPO II		10							
UTI Pediátrico TIPO II		8	5						
UTI Pediátrico TIPO III	10								
UTI Neonatal TIPO II		10	6	20					
UTI Neonatal	8								
UCINCO	11	20	6	10					
UCINCA	4	5		4					

Fonte: CNES/SESAU/SUPRIS/GP, MAIO 2021.

Tabela 2. Demonstração geral dos atuais pontos de atenção da Rede, de acordo com o PAR da RUE de 2019**.**

Hospital	Porta de entrada hospitalar de urgência	Leitos retaguarda	Leitos retaguarda UCP	Centro do trauma
SANTA CASA	X	124 LEITOS	21	-
HU	X	11 LEITOS	-	-
HRMS	X	24 LEITOS	-	-
HOSPITAL SÃO JULIÃO	-	-	69	-

Fonte: PAR/SESAU/SUPRIS/GCA, julho 2021.

Leitos de Cuidados Prolongados:

Tem como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, avaliação e a reabilitação clínica integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia

potencialmente recuperável de forma parcial ou total, que necessitam de cuidados hospitalares em estágio agudo.

No município, constam 21 leitos de cuidados prolongados na Santa Casa e Hospital São Julião com 69 leitos (47 leitos Unidades de Cuidados Prolongados -UCP e 22 leitos de Cuidados Continuados Integrados-CCI).

Componente de atenção domiciliar

Tem por objetivo a redução de demanda por atendimentos hospitalares e ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização/desospitalização e ampliação da autonomia dos usuários.

Dentre os hospitais que detêm a categoria de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, o Hospital do Câncer conta com 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD E 01 Equipe Multiprofissional de Apoio – EMAP, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul com 2 EMAD E 01 EMAP e 02 EMAD na SESAU.

A Portaria GM/MS nº 483, de 01 de abril de 2014 estabelece as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

A Prefeitura Municipal de Campo Grande- MS, através da SESAU, firma contratos/convênios com estabelecimentos de saúde, em complementariedade aos serviços da rede própria. Destacam-se as seguintes especialidades, bem como os estabelecimentos:

Tabela 1: Estabelecimentos e especialidades contratados/conveniados, 2021.

HOSPITAL	ONCOLOGIA	DOENÇA RENAL CRÔNICA	OBESIDADE
SANTA CASA	X	X	X
HU	X	X	X
HRMS	X	X	X
HOSPITAL DO CÂNCER	X	-	-
MEDRIM	-	X	-
DAVITA	-	X	-
PRORENAL	-	X	-

Fonte: CNES/SESAU/SUPRIS/GCA, julho 2021.

Em relação à **Oncologia** a SESAU dispõe de convênio com a Fundação Pio XII para a realização de exames de prevenção de câncer de colo de útero e mama. Este estabelecimento possui 01 Unidade Móvel e 01 Fixa.

Na Rede Complementar, para a especialidade em Oncologia, existem convênios com instituições habilitadas como UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), as quais oferecem tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico.

Tabela 2: Modalidades de habilitação e hospitais habilitados – UNACON, 2021.

Modalidades de habilitação / hospitais habilitados	UNACON com serviço de radioterapia	UNACON com serviço de pediatria	UNACON com serviço de hematologia
Hospital do Câncer	X	-	-
HRMS	-	X	X
Santa Casa	-	-	X
Hospital Universitário	X	X	-

Fonte: CNES/SESAU/SUPRIS/GCA, julho 2021.

✓ Hospital do Câncer/Alfredo Abrão habilitado como UNACON com serviço de Radioterapia;

✓ HRMS habilitado como UNACON com serviço de Oncologia Pediátrica (com solicitação de ampliação da habilitação para Hematologia, uma vez que já realiza a assistência em onco-hematologia);

✓ Santa Casa habilitado como UNACON com serviço de Hematologia e Radioterapia. O Hospital solicitou o cancelamento da Radioterapia, na qual já consta o pedido em CIB reunião ordinário n. 317 de 2021;

✓ Hospital Universitário/UFMS habilitado como UNACON com serviço de Radioterapia.

Apesar da habilitação do EBSERH – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, com o serviço de radioterapia este se encontra desativado, o mesmo está em vias de reativação do serviço de oncologia. Apresenta no ano de 2021 em funcionamento o serviço de onco-pediatria. Os serviços de oncologia cirúrgica e clínica estão sendo reestruturados ainda com poucos atendimentos.

Tabela 3 – Abrangência da Assistência Oncológica Hospitalar, Campo Grande, 2021.

Especialidades	HU	SC	HRMS	HC
Radioterapia	Não	Sim	Não	Sim
Onco-hematologia	Não	Sim	Sim	Não
Onco-pediatria	Sim	Não	Sim	Não
Urologia	Sim	Sim	Sim	Sim
Cabeça e Pescoço	Sim	Não	Sim	Sim
Esôfago-gastro-duodenal, de Vísceras Anexas e de Outros Órgãos Intra-abdominais	Sim	Sim	Sim	Sim
Proctologia	Sim	Sim	Sim	Não
Ginecologia	Sim	Sim	Sim	Sim
Oftalmologia	Não	Sim	Não	Não
Pele e Plástica Reparadora	Sim	Sim	Sim	Sim
Ossos e Partes Moles	Sim	Sim	Sim	Sim
Neurocirurgia	Não	Sim	Não	Não
Cirurgia Torácica	Sim	Sim	Sim	Sim
Mastologia	Sim	Sim	Sim	Sim
Quimioterapia	Pediatria - Sim Adulto - parcial	Sim	Sim	Sim
Iodoterapia	Não	Não	Não	Não

Fonte: CNES/SESAU/SUPRIS/GCA, julho 2021.

Referente à **Doença Renal Crônica** os hospitais Santa Casa, Hospital Regional e Hospital Universitário mantém convênio para a disponibilização de tratamento dialítico, bem como as Clínicas Med Rim, Pro Renal e SIN. Para diagnóstico precoce e retardamento da progressão da Doença Renal Crônica, faz-se necessário a articulação com o programa de diabetes/hipertensão com demais Pontos de Atenção à Saúde, portanto, encontra-se em processo de construção a Linha de Cuidados da Doença Renal Crônica com técnicos desta secretaria de saúde, demais profissionais da área envolvida e Secretaria de Estado de Saúde.

Já para a **Obesidade** os hospitais Santa Casa, Hospital Regional e Hospital Universitário dispõem de habilitações em Obesidade Grave, com suas respectivas habilitações renovadas automaticamente pelo Ministério da Saúde. A Santa Casa de Campo Grande solicitou cancelamento da habilitação, no entanto o Ministério da Saúde não autorizou que o serviço retirado.

A **Rede Cegonha** contempla um conjunto de ações que visam garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança.

De acordo com o Plano de Ação Regional – PAR da Rede Cegonha, publicada na Resolução nº 63/CIB/SES/MS em 02/07/2019, estão credenciados junto à Rede Cegonha, no componente Parto e Nascimentos, os hospitais Santa Casa, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - EBSERH e a Associação de Amparo à Maternidade e à Infância – AAMI. A distribuição dos leitos hospitalares inerentes a esta Rede de Atenção está disposta da seguinte maneira:

Tabela 4 - A distribuição dos leitos hospitalares 2021**.**

LEITOS	SANTA CASA	HRMS	EBSERH	AAMI
UTI PEDIATRICA - TIPO II	0	8	5	0
UTI PEDIATRICA - TIPO III	10	0	0	0
UTI NEONATAL - TIPO II	0	10	6	20
UTI NEONATAL - TIPO III	8	0	0	0
UCINCO	11	20	6	10
UCINCA	4	5	0	4
GESTAÇÃO ALTO RISCO	26	16	13	-
OBSTÉTRICOS CLÍNICOS	30	24	15	10
OBSTÉTRICOS CIRÚRGICOS	11	16	11	23

Fonte: SESAU/SUPRIS/GP/CNES, maio 2021.

Considerando as metas estabelecidas nos Convênios com os hospitais para acompanhamento da assistência prestada pela instituição em relação à Rede Cegonha, segue abaixo quadro contendo os indicadores pactuados e informações de cumprimentos as metas.

Tabela 5 - Os indicadores pactuados e informações de cumprimentos as metas- Rede Cegonha, 2021.

INDICADORES - 2021					
INDICADOR	**METAS**	**AAMI**	**SANTA CASA**	**HRMS**	**HU**
Comissão de análise de óbitos maternos e neonatais	Manter Ativa	Meta cumprida	-	-	-
Acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de internação	100% de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo período de internação	Meta cumprida	-	-	Meta cumprida
Apgar > 7 no 5º minuto	80% dos RN	Meta cumprida	Meta cumprida	-	-
Contato imediato pele a pele efetivo e Aleitamento materno na 1ª hora de vida	85% RN com contato pele a pele + aleitamento na 1ª hora de vida AC ou PPP	Meta cumprida	-	-	-
Mulheres com quadro de abortamento que utilizaram AMIU	Mínimo de 50% das mulheres em situação de abortamento assistidas com AMIU conforme norma técnica do MS	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
Manejo das situações de abortamento garantindo espaço protegido para as mulheres durante a internação	Utilizar manejo dos leitos para internação de mulheres em situação de abortamento de forma a não compartilhar espaço com mulheres em TP ou pós -parto	Meta cumprida	-	-	Meta cumprida

Fonte: SESAU/SUPRIS/GCA/DOCUMENTOS DESCRITIVOS/Relatórios Comissão de Acompanhamento, julho 2021.

Tabela 6 - Os indicadores pactuados e informações de cumprimentos as metas- Rede Cegonha, 2021.

INDICADOR	METAS	AAMI	SANTA CASA	HRMS	HU
Taxa de episiotomia	Fazer acompanhamento estatístico	Meta cumprida	Meta cumprida	-	Meta cumprida
Ambiência adequada à RDC 36 (Bloco obstétrico e PPP) ou projeto de adequação da área física com cronograma de execução	Projeto/ Implantar	Meta cumprida	-	-	-
RN com acompanhante na UTI e UCI	100% RN internados com livre acesso dos pais à unidade	Meta cumprida	-	-	Meta cumprida
Gestão participativa e compartilhada na unidade materno e infantil	Apresentação de projeto no ano	Meta cumprida	Parcialmente cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida
Educação permanente em boas práticas da atenção obstétrica e neonatal	50% dos trabalhadores assistenciais participantes de atividades de boas práticas de atenção obstétrica e neonatal	Meta cumprida	-	-	Meta cumprida
Taxa de cesárea	Percentual	Meta cumprida / média da taxa de 42,8%	Meta cumprida parcialmente taxa de 48%	Não cumpre média da taxa 70%	Meta cumprida
Participação no Fórum Perinatal	100% Participação	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida	Meta cumprida

Fonte: SESAU/SUPRIS/GCA/DOCUMENTOS DESCRITIVOS/Relatórios Comissão de Acompanhamento, julho 2021.

Tabela 6. Óbitos segundo Faixa Etária Infantil em Campo Grande – 2011 A 2015.

Faixa Etária Infantil 1	2011	2012	2013	2014	2015
< 7d	71	60	66	55	65
07d – 27d	28	19	20	19	21
28d - <1a	33	38	41	39	40
Total	**132**	**117**	**127**	**113**	**126**

Fonte: SIM/CEVITAL/CVE/SVS/SESAU, 2021.

Os dados estatísticos demonstram um declínio no número de óbito infantil, ainda assim o percentual de óbitos é alto e exige adoção de medidas que inclui desde atenção à saúde da mulher, do recém-nascido, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na atenção básica até à atenção hospitalar.

Tabela 7. Óbitos pelas 4 principais DCNT, em Campo Grande, de 2016-2020.

Total de Óbitos em Campo Grande por DCNT	**Nº Mortes 2016** **5574**		**Nº Mortes 2017** **5423**		**Nº Mortes 2018** **5545**		**Nº Mortes 2019*** **5539**		**Nº Mortes 2020*** **6588**	
Causas	Nº Mortes Todas as Idades	Nº Mortes Faixa dos 30 a 69 anos	Nº Mortes Todas as Idades	Nº Mortes Faixa dos 30 a 69 anos	Nº Mortes Todas as Idades	Nº Mortes Faixa dos 30 a 69 anos	Nº Mortes Todas as Idades	Nº Mortes Faixa dos 30 a 69 anos	Nº Mortes Todas as Idades	Nº Mortes Faixa dos 30 a 69 anos
Doenças do aparelho circulatório (I00-99)	1619	668	1535	657	1633	698	1635	678	1741	766
Neoplasias (tumores) (C00-97)	965	513	1010	557	1048	564	1082	545	1016	510
Doenças do aparelho respiratório (J30-98)	315	99	306	82	338	83	283	69	291	65
Diabetes (E10-14)	154	68	143	66	159	61	142	62	146	56
Total	3053	1348	2994	1362	3178	1406	3142	1354	3194	1397

Fonte: SIM/CEVITAL/CVE/SVS/SESAU, 2021.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm fatores de risco semelhantes e estão relacionados com fatores de risco tais como o fumo, alimentação inadequada e sedentarismo, evidenciando, a importância das medidas de promoção à saúde (alimentação saudável, atividades físicas, controle do tabagismo, exames de prevenção e controle).

As quatro principais DCNT foram causas de mais de 3.000 mortes no ano de 2020, responsáveis por 48,5% óbitos do município. Os óbitos na faixa-etária 30-69 anos, considerada morte prematura, foram mais de 1.300 mortes. Dentre as DCNT, as mortes por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias somam-se mais de 80% dos óbitos de 2016 a 2020. O câncer vem apresentando tendência crescente, constituindo-se num sério problema de saúde pública, de grande relevância epidemiológica, principalmente no que tange sua incidência e morbimortalidade.

Em 2020 a diabetes, levou a óbito 146 pessoas, o que equivale a 2,2% das mortes, um percentual relativamente pequeno comparados as outras DCNT, porém deve-se atentar a esta população, pois pode induzir à outras doenças, como por exemplo a doença renal crônica, além de trazer consequências físicas e psíquicas, interferindo diretamente a qualidade de vida.

Dentre as doenças respiratórias, a Pneumonia e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são as principais causas. E as principais causas das doenças cardiovasculares que levaram a óbito foram o Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Doença Cardíaca Hipertensiva.

O canal de comunicação da rede acontece por meio da Ouvidoria/SUS que possibilita a mediação e a busca do equilíbrio entre os cidadãos e os serviços do SUS, sendo importante ressaltar que as manifestações têm tanto o teor de reclamações ou críticas, como o teor de elogios. Portanto, a ouvidoria apresenta-se como uma importante ferramenta para avaliação dos serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SESAU.

Em um comparativo com o número total de atendimentos médicos, é possível visualizar que o percentual de manifestações na ouvidoria é muito inferior ao atendimento, pois, enquanto foram realizadas cerca de 1.330.105 consultas, houve 493 demandas, ou seja, 0,03%. No entanto, esse resultado foi analisado e observou-se que maior parte das reclamações, se deve incompreensão e/ou não aceitação do protocolo de classificação de risco e demora no atendimento. A articulação em rede, busca a resolutividade do cuidado, com o desenvolvimento de ações da rede de atenção, gestão do sistema de saúde, classificação de risco, linhas de cuidado e gestão de leitos.

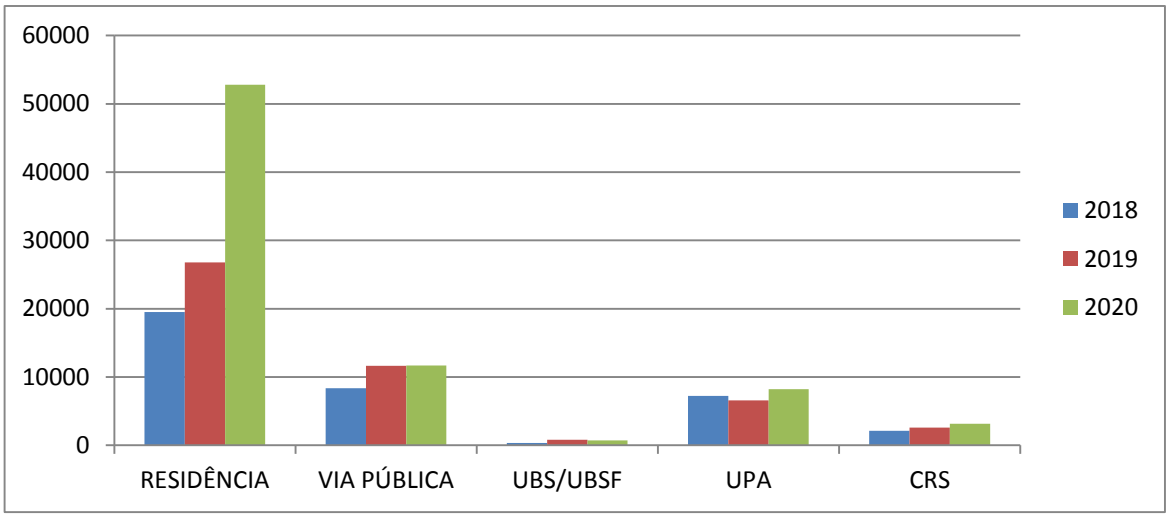
O Núcleo de Segurança do Paciente da Secretaria Municipal de Saúde NSP/SESAU tem por objetivo instituir ações para a promoção da Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. A Resolução SESAU n. 502 de 11 de dezembro de 2019, dispõe sobre seu Regimento Interno. Nesse sentido, os trabalhadores de saúde são sensibilizados a notificar circunstâncias notificáveis, incidentes e eventos adversos. O NSP também investiga rumores de eventos adversos oriundo da mídia, bem como incidentes provenientes das ouvidorias do SUS ou de outros Estabelecimentos de Assistência à Saúde do Município. Ressalta-se que o NSP busca romper com a cultura punitiva e instituir a cultura justa, investigando todos os incidentes com base em metodologias propostas pelo Ministério da Saúde.

O Programa de Transporte Sanitário Eletivo atende 71 pacientes continuamente para tratamento de saúde, sendo 97% destes, para tratamento de hemodiálise (três vezes por semana) e 3% para tratamentos de quimioterapia. O serviço dispõe do total de nove veículos de passeio e uma ambulância tipo A. O desafio deste serviço consiste na ampliação da capacidade de atendimento aos usuários.

2.6 CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

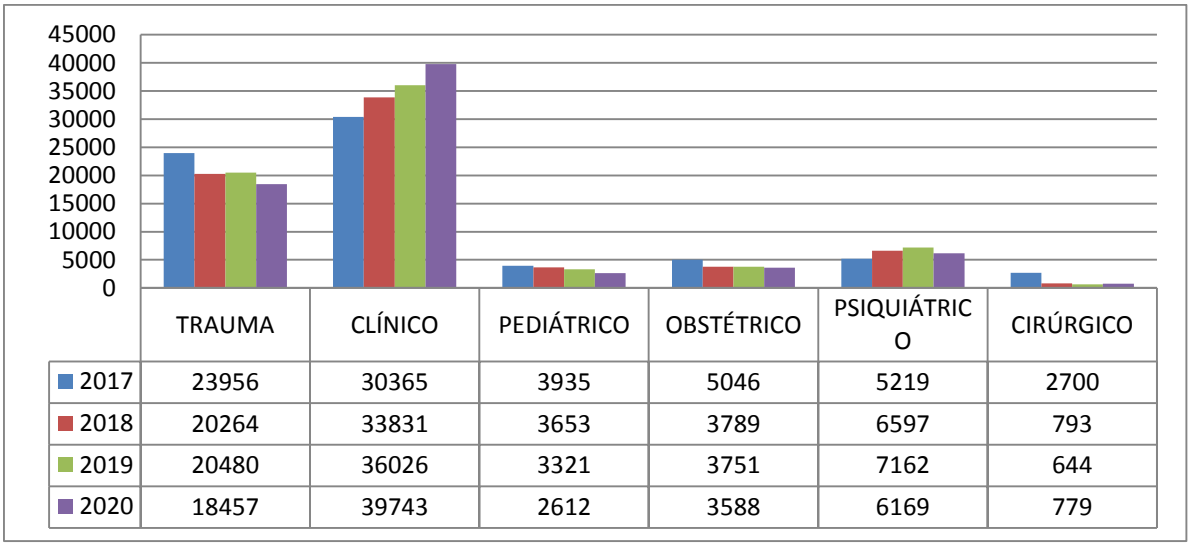
Os dados obtidos do *software* E-SUS SAMU, utilizado desde junho de 2017, demonstram a origem e a natureza dos chamados de urgência, havendo predominância de chamados em residências (61%), de origem clínica (49,47%) e traumática (29,39%) conforme observado no Gráfico 1 e 2. Observa-se que as urgências psiquiátricas apresentaram um valor crescente de 2017 até 2020.

Gráfico 1 – Distribuição da origem da solicitação de atendimento conforme o local – Anos de 2018 a 2020. Campo Grande-MS, 2021.



Fonte: E-sus/SAMU/SESAU- Campo Grande-MS, 2021.

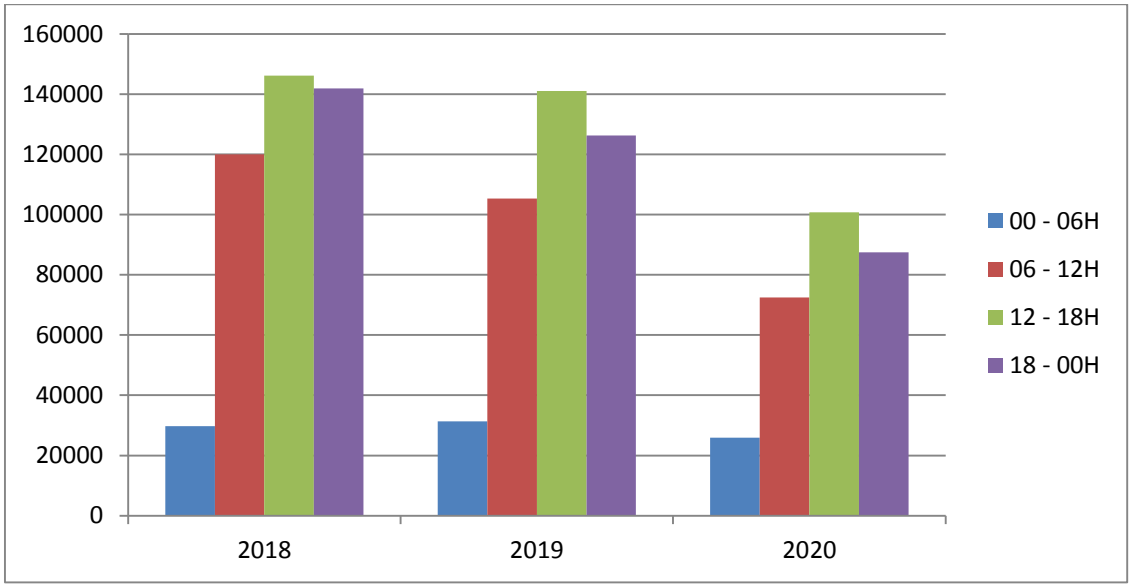
Gráfico 2 – Distribuição absoluta de ocorrências atendidas segundo a natureza do caso – Anos de 2017 a 2020. Campo Grande-MS, 2021.



	TRAUMA	CLÍNICO	PEDIÁTRICO	OBSTÉTRICO	PSIQUIÁTRICO	CIRÚRGICO
2017	23956	30365	3935	5046	5219	2700
2018	20264	33831	3653	3789	6597	793
2019	20480	36026	3321	3751	7162	644
2020	18457	39743	2612	3588	6169	779

Fonte: E-sus/SAMU/SESAU- Campo Grande-MS, 2021.

Gráfico 3 – Distribuição de ocorrências atendidas segundo o período do dia – Anos de 2018 a 2020. Campo Grande-MS, 2021.



Fonte: E-sus/SAMU/SESAU- Campo Grande-MS, 2021.

O maior período de atendimentos ocorre entre o meio-dia e meia-noite (tarde e noite). A transferência de pacientes para os hospitais de referência é uma das atividades realizadas atualmente pelo SAMU Campo Grande-MS, sendo a média diária de transportes de suporte avançado de 2017 a 2020 mantida em 8 (oito) atendimentos diários e média diária de suporte básico neste mesmo períodos de 14 atendimentos diários em 2017 foi para 25 (vinte e cinco) em 2020. Parte deste aumento se deve à pandemia por COVID-19 em 2020.

2.6.1 Perfil dos nascidos vivos

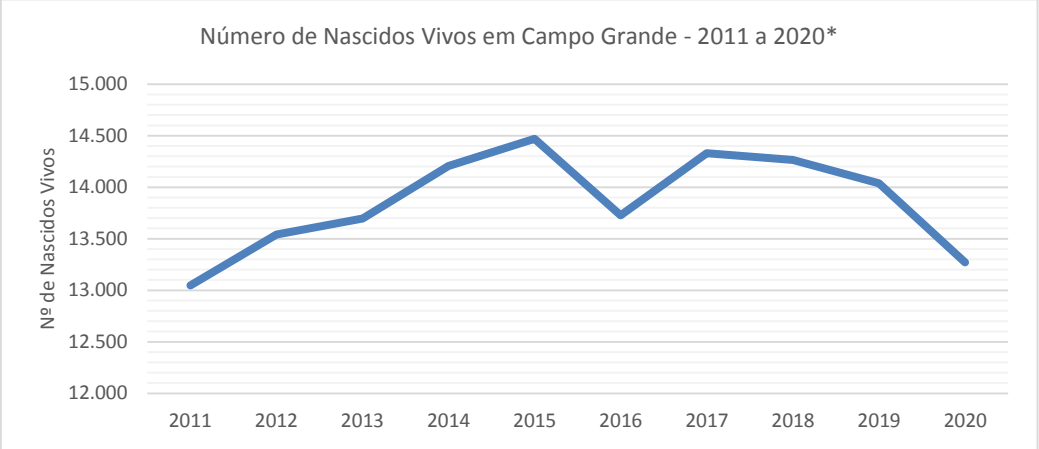
O acompanhamento das características do nascimento contribui para avaliação das condições de saúde do município, permitindo a construção de indicadores que irão viabilizar o planejamento das ações de vigilância e assistência à saúde materna e infantil, assim como possibilitar seu monitoramento.

Foram registrados 13.271 nascidos vivos de mães residentes em Campo Grande-MS no ano de 2020, correspondendo a uma queda da natalidade em relação a 2019 quando foram registrados 14.039.

A série histórica demonstra duas reduções significativas no número de nascidos vivos: em 2016 e 2020. O cenário epidemiológico nesses anos pode ter refletido na diminuição das gestações, correspondendo a epidemia do Zika vírus e na Pandemia da COVID-19, respectivamente, visto que muitas famílias podem ter optado por adiar a

concepção em um contexto de incertezas e possíveis riscos durante a circulação das doenças.

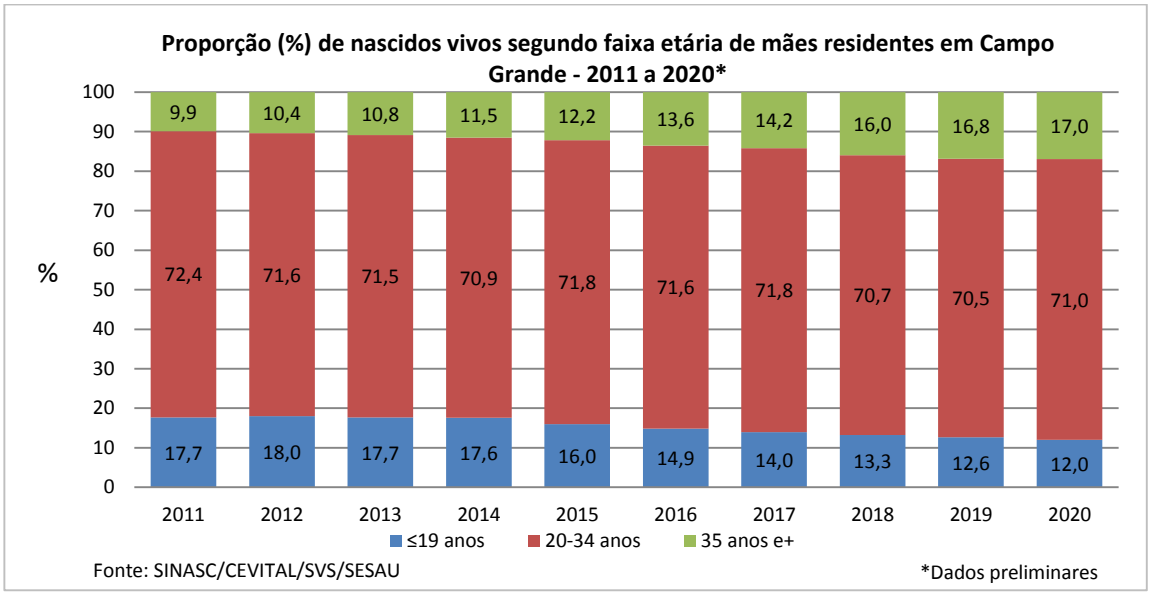
Gráfico 1. Número de Nascidos Vivos em Campo Grande-MS – 2011 a 2020*



Fonte: *2020 Dados preliminares. SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

O gráfico a seguir mostra os nascimentos segundo faixa etária da mãe. A maior parte dos nascimentos ocorre entre mães de 20 e 34 anos, correspondendo a 71% em 2020. A gravidez na adolescência (<19 anos) vem reduzindo na capital e o número nascidos de mães adolescentes passou a ser um indicador de monitoramento nas pactuações interfederativas desde 2017. Em 2020, ocorreram 1.594 nascidos vivos de mães adolescentes correspondendo a 12%. Em contrapartida, o número de mães que estão engravidando após os 35 anos vem aumentando. Em 2020 foram 2.250 (17%) nascidos vivos de mães nessa faixa etária contra 1.289 (9,9%) em 2011.

Gráfico 2 - Proporção (%) de nascidos vivos segundo faixa etária de mães residentes em Campo Grande – 2011 a 2020*

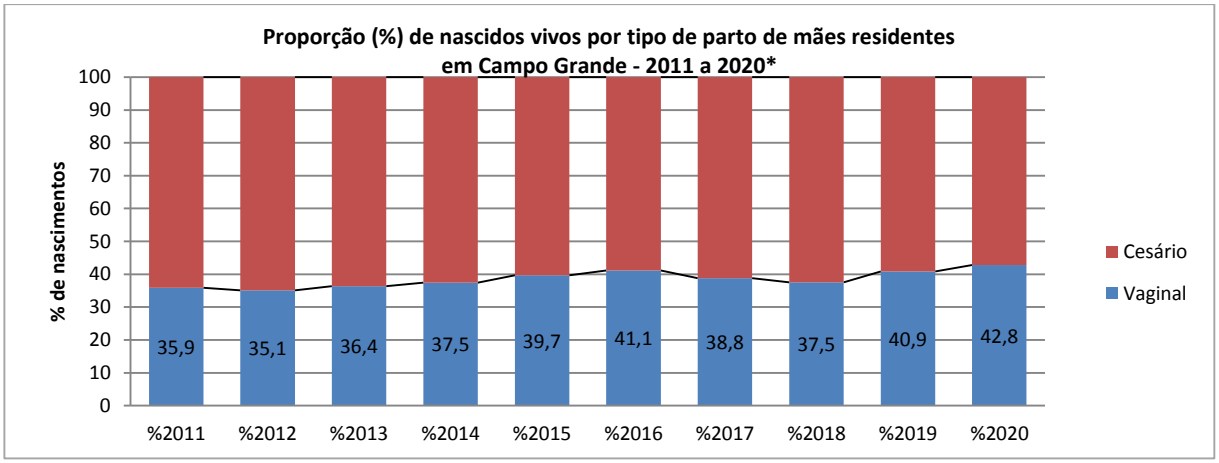


*2020 Dados preliminares.
Fonte: SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) mães adolescentes (10 a 19 anos) enfrentam riscos mais altos de eclampsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas do que as mães de 20 a 24 anos. Bebês de mães adolescentes enfrentam maiores riscos de baixo peso ao nascer, parto prematuro e condições neonatais graves.

O tipo de parto predominante no município ainda é o Cesário, ao contrário do recomendado. Todavia, a proporção de partos vaginais vem aumentando gradativamente, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 3. Proporção (%) de nascidos vivos por tipo de parto de mães residentes em Campo Grande –MS, 2011 a 2020*.



*2020 Dados preliminares.
Fonte: SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

Ainda que a cobertura da atenção primária esteja sendo ampliada ano a ano, a proporção de nascidos vivos de mães que fizeram 7 (sete) ou mais consultas vem reduzindo no município.

É considerado adequado quando a gestante inicia o pré-natal ainda no primeiro trimestre e tenha, no mínimo, 6 (seis) consultas. Evidências apontam que quanto mais contatos houver entre a gestante e os serviços de saúde, menor a probabilidade de ocorrer óbito fetal. Isso porque durante os atendimentos há maiores oportunidades de fornecer informação, detectar e prevenir doenças, além de promover apoio e aconselhamento sobre planejamento familiar.

Tabela 1. Proporção (%) de Nascidos Vivos segundo Consultas de Pré-Natal de mães residentes em Campo Grande – MS, 2010 a 2020*

Proporção (%) de Nascidos Vivos segundo Consultas de Pré-Natal de mães residentes em Campo Grande - 2010 a 2020*										
Consulta Pré-natal	%2011	%2012	%2013	%2014	%2015	%2016	%2017	%2018	%2019	%2020
Nenhuma	1,5	1,2	1,1	0,9	1,1	1,4	1,2	1,1	0,9	1,1
De 1 a 3 Cons.	4,4	7,8	7,6	6,8	8,6	7,7	7,8	8,8	7,9	8,9
De 4 a 6 Cons.	18,8	24,9	23,3	22,8	25,0	24,9	23,7	25,1	25,6	27,6
7 e+ Cons.	75,3	65,9	67,8	69,1	64,7	65,9	67,3	65,0	65,5	62,4
Ignorado	0,0	0,3	0,1	0,5	0,7	0,1	0	0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*2020 Dados Preliminares.
Fonte: SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

2.6.2 Mortalidade

O perfil das causas de morte no município segue o padrão atual da mortalidade brasileira, em que até o ano de 2019 havia uma proporção cada vez maior entre os óbitos por doenças crônico-degenerativas em detrimento das mortes por doenças infecciosas. Entretanto, com o advento da pandemia da COVID-19 no Brasil a partir de 2020, o grupo das doenças infecciosas voltaram a ser uma das principais causas de morte ficando atrás apenas do grupo das doenças cardiovasculares. Em números absolutos, foram cinco vezes mais mortes por doenças infecciosas em relação ao ano anterior. As estatísticas referentes à pandemia serão abordadas em tópico específico.

Representadas principalmente pelas doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, as doenças do aparelho circulatório (cardiovasculares) formam a primeira causa de morte que, em 2020, representaram 26,31% do total. Em 3º lugar, atrás das doenças infecciosas, estão as neoplasias com 15,54%. Os 5 (cinco) tipos de câncer com maior número de óbitos na capital são brônquios e pulmões, próstata, mama feminina,

cólon e estômago. A Pneumonia e Doença pulmonar obstrutiva crônica representam a maior parte dos óbitos por doenças do aparelho respiratório, grupo que representa a 4ª causa com 9,76% de todas as mortes no ano.

Tabela 1 - Óbitos segundo Causa (Cap. CID-10) de pessoas residentes em Campo Grande-MS, 2016-2020*.

Óbitos segundo Causa (Cap CID10) de pessoas residentes em Campo Grande - 2016 a 2020*										
	2016		2017		2018		2019		2020*	
Causa (Cap CID10)	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	212	3,80	217	4,00	202	3,64	205	3,70	1226	18,50
II. Neoplasias (tumores)	977	17,51	1027	18,94	1066	19,22	1096	19,79	1030	15,54
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	21	0,38	20	0,37	24	0,43	22	0,40	22	0,33
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	233	4,18	220	4,06	234	4,22	208	3,76	221	3,33
V. Transtornos mentais e comportamentais	16	0,29	9	0,17	19	0,34	5	0,09	5	0,08
VI. Doenças do sistema nervoso	210	3,76	220	4,06	219	3,95	199	3,59	230	3,47
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	1619	29,02	1534	28,29	1636	29,50	1635	29,52	1744	26,31
X. Doenças do aparelho respiratório	835	14,97	791	14,59	837	15,09	767	13,85	647	9,76
XI. Doenças do aparelho digestivo	282	5,05	295	5,44	274	4,94	327	5,90	340	5,13
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	24	0,43	46	0,85	36	0,65	36	0,65	43	0,65
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	20	0,36	23	0,42	23	0,41	31	0,56	24	0,36
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	180	3,23	180	3,32	181	3,26	203	3,66	239	3,61
XV. Gravidez parto e puerpério	6	0,11	7	0,13	7	0,13	7	0,13	3	0,05
XVI. Afecções originadas no período perinatal	169	3,03	193	3,56	164	2,96	176	3,18	201	3,03
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	65	1,17	68	1,25	71	1,28	53	0,96	68	1,03
XVIII. Causas mal definidas	120	2,15	44	0,81	50	0,90	59	1,07	58	0,88
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	590	10,58	529	9,75	502	9,05	509	9,19	527	7,95
Total	5579	100	5423	100	5545	100	5539	100	6628	100
*Dados preliminares. Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.										

As causas externas, também denominadas mortes violentas ou não-naturais, representam um preocupante agravo de Saúde Pública, visto que formam a 4ª causa de morte em Campo Grande- MS e a 1ª entre a população de 10 a 39 anos. São compostas pelas mortes provocadas por acidentes, homicídios ou suicídio, qualquer que tenha sido o tempo entre o evento (lesão) e a morte propriamente. Os acidentes de trânsito envolvendo motociclistas são as principais mortes por acidentes.

As causas externas impactam a coletividade não apenas quando há um desfecho fatal (morte), pois muitas vezes as lesões demandam atendimentos, internações e cirurgias, além de poder gerar incapacidade laboral e a retirada provisória ou permanente da vítima do mercado de trabalho.

2.6.2.1 Mortalidade Materna

Mortalidade Materna é aquela que ocorre durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização, devida a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, excetuando causas acidentais ou incidentais.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é o indicador que mensura esse evento e torna possível a comparação entre os municípios, estados e países. Ela expressa a probabilidade de uma mulher morrer durante o ciclo gravídico-puerperal, mostrando o número de mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos. Uma RMM alta é reflexo de problemas na assistência à saúde, além de refletir baixos índices socioeconômicos.

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou a Agenda 2030, com compromissos para o desenvolvimento de ações para o alcance dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) contendo 169 metas. Dentro do Objetivo 3 - Saúde e Bem-estar – a meta 3.1 é de reduzir a mortalidade materna global de 216 para 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. O Ministério da Saúde, visando contribuir para a redução global, instituiu que até 2030 o Brasil esteja com a RMM de até no máximo 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

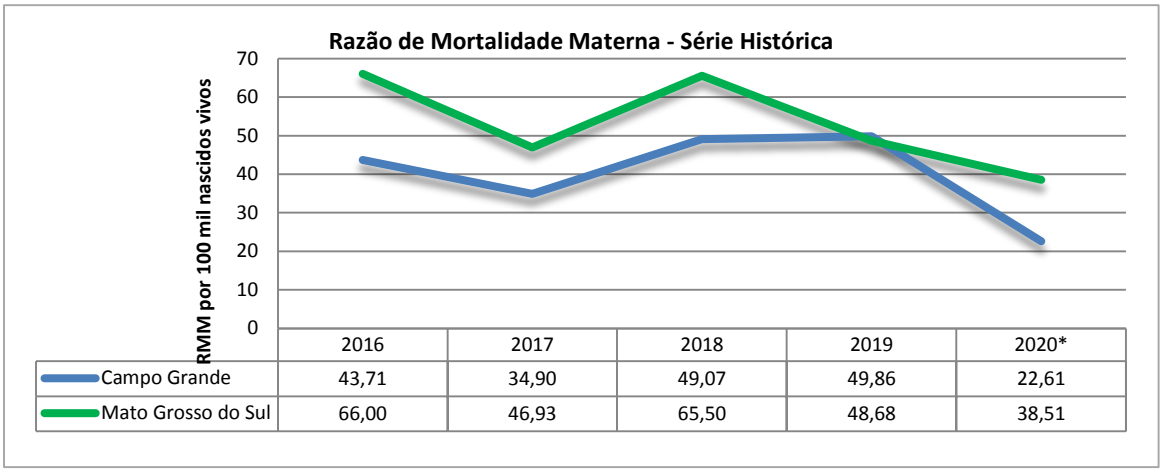
Tabela 1. Número de mortes maternas e nascidos vivos, 2016-2020

CAMPO GRANDE	2016	2017	2018	2019	2020*
Nº Mortes Maternas	6	5	7	7	3
Nº Nascidos Vivos	13.726	14.325	14.265	14.039	13.271
RMM	43,71	34,90	49,07	49,86	22,61

*Dados preliminares.
Fonte: SIM/SINASC/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

Em Campo Grande-MS em 2020 apresentou RMM de 22,61 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, possuindo uma RMM menor que a estadual e a brasileira. Em números absolutos, foram 03 óbitos maternos, representando uma redução significativa em relação aos anteriores.

Gráfico 1. Razão de Mortalidade Materna, 2016-2020.



	2016	2017	2018	2019	2020*
Campo Grande	43,71	34,90	49,07	49,86	22,61
Mato Grosso do Sul	66,00	46,93	65,50	48,68	38,51

Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

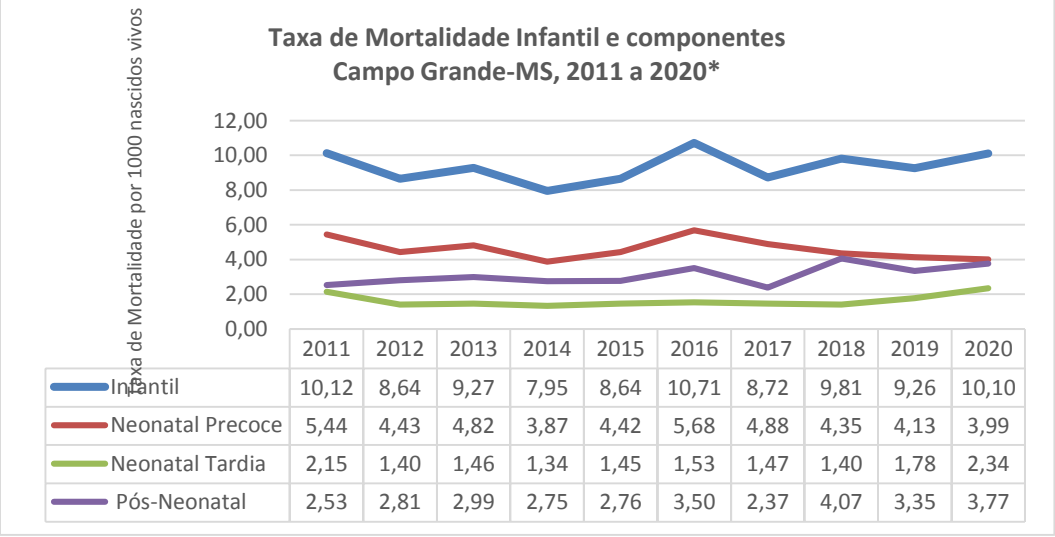
A Doença hipertensiva específica da gravidez, hemorragias e infecção puerperal são as principais causas de morte materna no município, bem como em todo o Brasil.

Desde 2008, a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos é obrigatória, visando a detecção precoce, qualificação das informações e subsídio para elaboração de estratégias de intervenção e avaliação.

2.6.2.2 Mortalidade Infantil

A Taxa Mortalidade Infantil (TMI) corresponde ao número de óbitos em menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente e no ano considerado. Em Campo Grande, a TMI reduziu gradativamente até 2010 e, desde então, demonstrou estabilidade nos últimos 10 anos com leve aumento em 2016 e 2020.

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil, 2011-2020.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Infantil	10,12	8,64	9,27	7,95	8,64	10,71	8,72	9,81	9,26	10,10
Neonatal Precoce	5,44	4,43	4,82	3,87	4,42	5,68	4,88	4,35	4,13	3,99
Neonatal Tardia	2,15	1,40	1,46	1,34	1,45	1,53	1,47	1,40	1,78	2,34
Pós-Neonatal	2,53	2,81	2,99	2,75	2,76	3,50	2,37	4,07	3,35	3,77

Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável uma TMI de até 10 (dez) mortes por 1.000 nascidos vivos. A redução brusca no número de nascidos vivos em 2016 e 2020 pelos motivos epidemiológicos citados anteriormente podem estar relacionados com o aumento da TMI nesses anos, uma vez que o número de nascidos é o denominador.

O componente da mortalidade infantil onde mais ocorrem as mortes é o neonatal precoce (0 a 6 dias de vida). Em 2020, a taxa de mortalidade neonatal precoce (TMNP) foi de 3,99 por 1.000 nascidos vivos, correspondendo a 39,5% de todos os óbitos em menores de 1 ano. A maior parte das mortes na primeira semana de vida está diretamente relacionada às condições durante a gestação e parto.

Quase metade de todas as mortes infantis (48,5%) são decorrentes de afecções perinatais, como a prematuridade, baixo peso, septicemia e os transtornos maternos que levam a essas condições como a hipertensão gestacional e infecções da mãe durante o período gestacional. As malformações e anomalias cromossômicas compõem a segunda causa com 32,1%, sendo as malformações cardíacas e do sistema nervoso central as mais letais.

Tabela 1. Óbitos Infantis segundo a causa, 2020.

Óbitos infantis segundo Causa (CAP CID10) em 2020*		
Causa (Cap CID10)	2020	%2020
XVI. Afecções Perinatais	65	48,5
XVII. Malf cong e anom cromossômicas	43	32,1
XX. Causas externas	8	6,0
XVIII. Causas Indeterminadas	5	3,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	3,0
IV. Doenças endócrinas nutric e metab	2	1,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	1,5
X. Doenças do aparelho respiratório	2	1,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e tr imunitár	1	0,7
VI. Doenças do sistema nervoso	1	0,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	0,7
Total	134	100

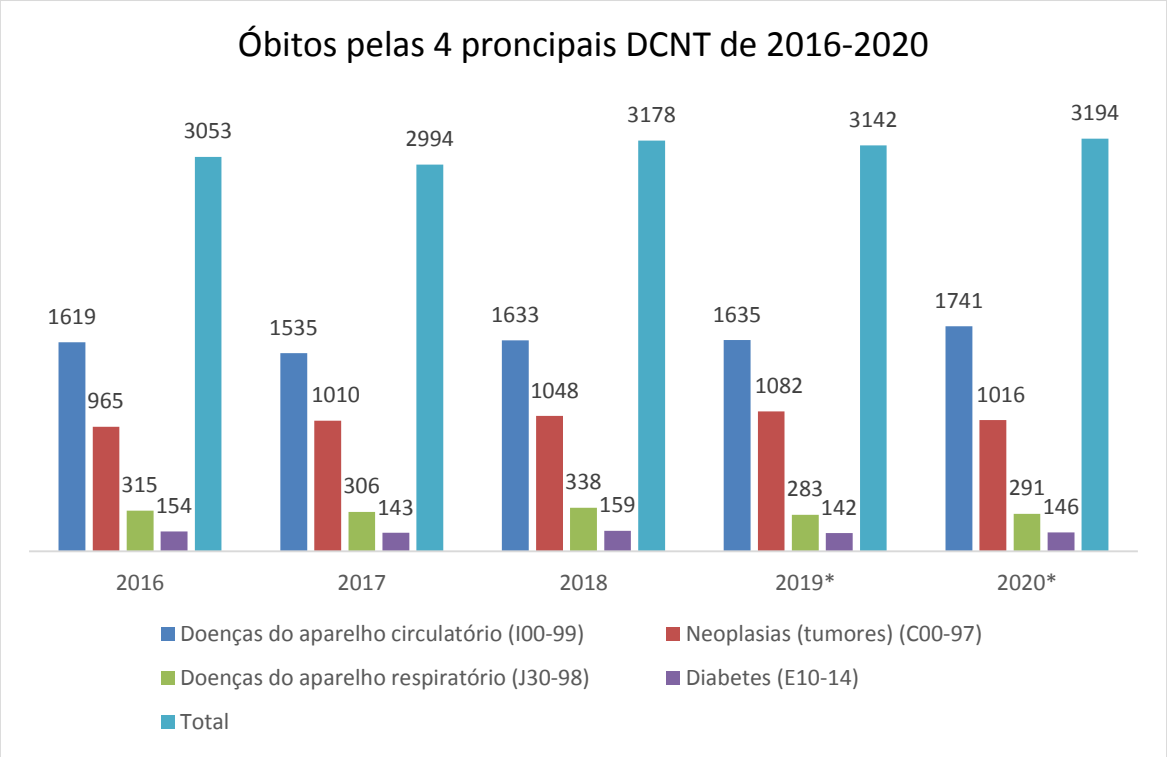
*Dados preliminares.
Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

2.6.3 Indicadores de Morbidade

2.6.3.1 Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países, incluindo o Brasil. Este fenômeno, denominado “transição epidemiológica”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população. Anteriormente, às doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito, enquanto que hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis (OPAS, 2021). No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte (Malta et al, 2019). O gráfico a seguir demonstra o número de óbitos por DCNT no município.

Gráfico 1. Óbitos pelas 04 Principais DCNT em Campo Grande – MS, 2016 a 2020.

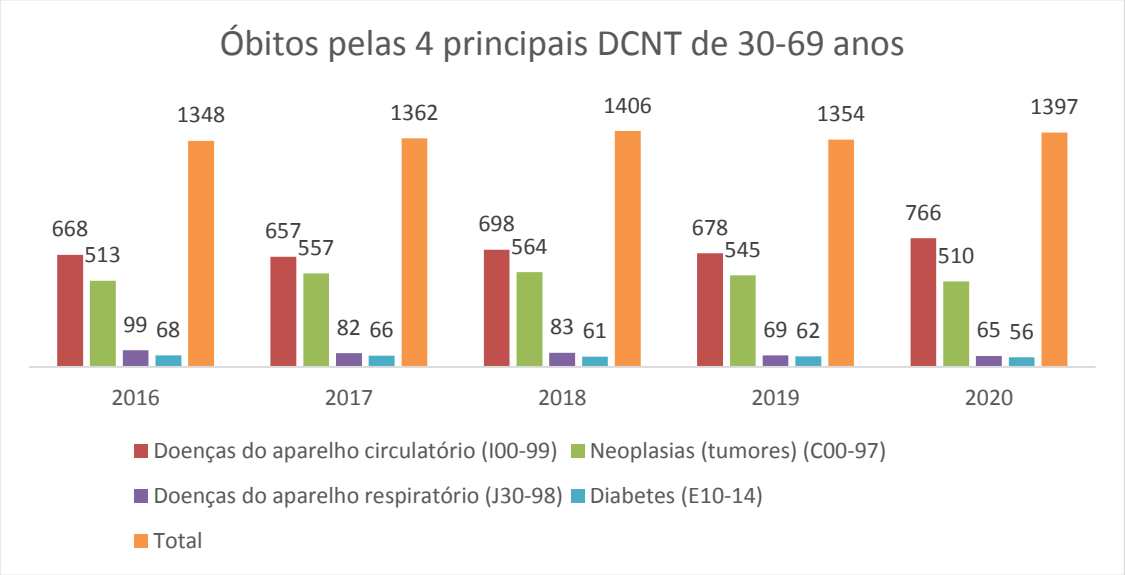


Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

As mortes por DCNT afetam predominantemente os países em desenvolvimento, nos quais cerca de um terço dos óbitos ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de idade,

enquanto nos países desenvolvidos a mortalidade prematura (faixa etária de 30 a 69 anos) corresponde a menos de 13% dos casos (Malta et al, 2019).

Gráfico 2. Óbitos pelas 04 Principais DCNT em Campo Grande, na faixa-etária de 30-69 anos, de 2016 a 2020.

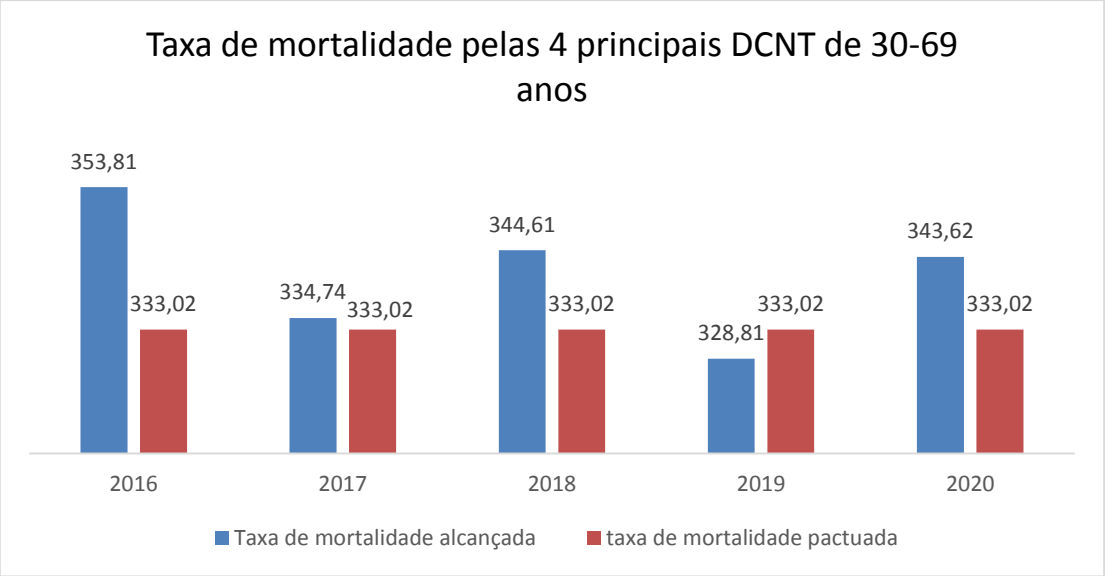


Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

O gráfico acima demonstra que em 2016 para 2020 houve o aumento de 3,51% no número total de óbitos pelas quatro DCNT na população de 30-69 anos em Campo Grande/MS, sendo que em 2016 ocorreram 1348 óbitos e 2020 ocorreram 1397 nesta faixa etária monitorada pelo indicador.

A taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco. Seu método de cálculo consiste: - Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30- J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local, a projeção de redução da taxa desse indicador é de 20% para o intervalo de tempo de 2011-2022. Onde a meta estipulada a partir de 2011, é a redução de 2% ao ano.

Gráfico 3. Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) 2016-2020.



Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU, 2021.

A análise da série histórica da taxa de mortalidade prematura em pessoas de 30 - 69 anos no período de 2016 para 2020 evidenciada no gráfico 18, demonstrou que em Campo Grande/MS, houve redução de 2,89% da taxa, passando de 353,81 em 2016 para 343,62 em 2020. Porém houve um aumento de 4,5% de 2019 para 2020, que pode ser justificado pelo contexto atual de saúde em virtude de pandemia de Covid-19, onde alguns serviços de saúde de rotina foram reorganizados, gerando redução das ações que buscam minimizar os fatores de risco para doenças crônicas, como sensibilização da população para alimentação saudável, grupos de atividade física, grupos de tabagismo, grupos do hiperdia, atividades e oficinas educativas intra e intersetoriais, ações estas que visão a promoção da saúde e a qualidade de vida. Ressaltando que a maior parte das ações voltadas para prevenção e controle das DCNTs são de caráter coletivo, que por sua vez foram prejudicadas devido as orientações e medidas de isolamento necessária para este momento. Paralelo a estas dificuldades, ainda foi possível identificar o receio e o medo da população em ir aos centros de atendimento à saúde, desta forma prejudicando o monitoramento e acompanhamento das pessoas portadoras de DCNTs, podendo ter tido o seu quadro de saúde agravado.

As DCNT aumentam em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde, assim, a intervenção nos fatores de risco é primordial e resultaria em redução do número de mortes, nesse sentido, a

prevenção e o diagnóstico precoce são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade.

Desta maneira, os serviços estão buscando novas estratégias e alternativas para retornar e manter as atividades que promovam a saúde, previna as DCNT sem provocar riscos a esta população, além de monitorar e acompanhar as pessoas já acometidas, afim de evitar complicações e proporcionar qualidade de vida.

Ainda, os gastos públicos com medicamentos são crescentes, e estão entre os principais itens de despesa dos sistemas de atenção à saúde, entretanto grande parte dos tratamentos medicamentosos no Brasil não produz resultados terapêuticos desejados. Esta realidade mostra a necessidade de fomentar o uso racional de medicamentos, tanto para racionalizar gastos como para melhorar os resultados em saúde da população.

Neste contexto, a oferta do serviço de farmácia clínica atende às necessidades dos usuários relacionadas aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva, visando à obtenção de resultados terapêuticos concretos. Necessidades essas cujos serviços de assistência farmacêutica organizados em sua forma atual, possuem dificuldade em atender de forma integral. Neste serviço, o farmacêutico gerencia o uso de medicamentos a nível individual, a fim de torná-lo mais eficiente, produzindo melhores resultados e sem aumento de custos.

Sendo assim, a estratégia para promover o uso racional de medicamentos é efetivar o serviço de farmácia clínica nas unidades da atenção básica de Campo Grande-MS, onde o profissional prestará um atendimento individualizado e privativo.

A rede conta com 9 (nove) unidades de saúde realizam serviço de farmácia clínica na REMUS:

Tabela 1. Farmácias Clínicas, 2016.

Distrito Norte	Distrito Sul	Distrito Leste	Distrito Oeste
UBSF Estrela Dalva	UBS Cidade Morena	UBS Carlota	UBS Caiçara
UBS Cel Antonino	UBSF Alves Pereira	UBSF Itamaracá	-
-	UBS Pioneira	-	-
-	UBS Dona Neta	-	-

Fonte: Coordenação de Responsabilidade Técnica – Divisão de Farmácia, 2016.

Todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) realizam consulta especializada adapta a filosofia da clínica farmacêutica, assim como o CEI (Centro de Especialidade Infantil), CEDIP (Centro de Doenças Infecto-parasitárias) e CEM (Centro de Especialidades Médicas).

Nas consultas farmacêuticas, levantou-se que a taxa de não adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças crônicas chega a 79%.

Dentre elas:

- ✓ **Dislipidemia (Colesterol alto):**
- ✓ 25% de pacientes em uso de medicamento e com nível controlado;
- ✓ 36% de pacientes em uso de medicamento e com nível não controlado;
- ✓ 39% de pacientes em uso de medicamento e há mais de 01 ano sem realizar exames;
- ✓ **Diabetes**:
- ✓ 19% de pacientes em uso de medicamento e com nível controlado;
- ✓ 46% de pacientes em uso de medicamento e com nível não controlado;
- ✓ 35% de pacientes em uso de medicamento e há mais de 01 ano sem realizar exames;
- ✓ **Hipertensão (Pressão Alta):**
- ✓ 31% de pacientes em uso de medicamento e com nível controlado;
- ✓ 46% de pacientes em uso de medicamento e com nível não controlado;
- ✓ 23% de pacientes em uso de medicamento e há mais de 01 ano sem realizar exames;
- ✓ 91% das prescrições (receitas médicas) atendidas possuíam pelo menos um Problema Relacionado ao Medicamento - PRM;

Depois da Consulta Farmacêutica* o índice de pacientes que tomavam de forma incorreta o medicamento passou de 79% para 27%.

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

O indicador avalia as doses consideradas imunizantes entre as vacinas selecionadas e a cobertura vacinal preconizada é de 95 % da população alvo. O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI WEB) contém dados para vacinados menores de 02 anos de idade.

*Em pacientes consultados pela segunda vez.

Tabela 1. Meta e número de vacinados para pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) em menores de 02 anos.

VACINA / DOSE	2017		2018		2019		2020	
	META	VACINADOS	META	VACINADOS	META	VACINADOS	META	VACINADOS
Pentavalente (3ª dose)	14203	13051	13728	12482	14203	13051	13728	12482
Pneumocócica 10-valente (2ª dose)	14203	13396	13728	13386	14203	13396	13728	13386
Poliomielite (3ª dose)	14203	12231	13728	12106	14203	12231	13728	12106
Tríplice viral (1ª dose)	14203	13829	13728	15988	14203	13829	13728	15988

Fonte: SIPNI WEB – Informações retiradas em 25/06/2021.

A vacina pentavalente previne contra difteria, tétano, pertussis, hepatite B e meningites causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b e é administrada com esquema de 3 doses (2,4 e 6 meses de vida) e 2 reforços (15 meses e 4 anos de idade) desde 2012.

A vacina pneumocócica 10-valente foi introduzida no calendário básico vacinal da criança em 2010 e desde então tem boa aceitação pela população sempre apresentando índices de cobertura acima de 95%. É administrada com esquema de 2 doses (2 e 6 meses de vida) e 1 reforço (12 meses de idade).

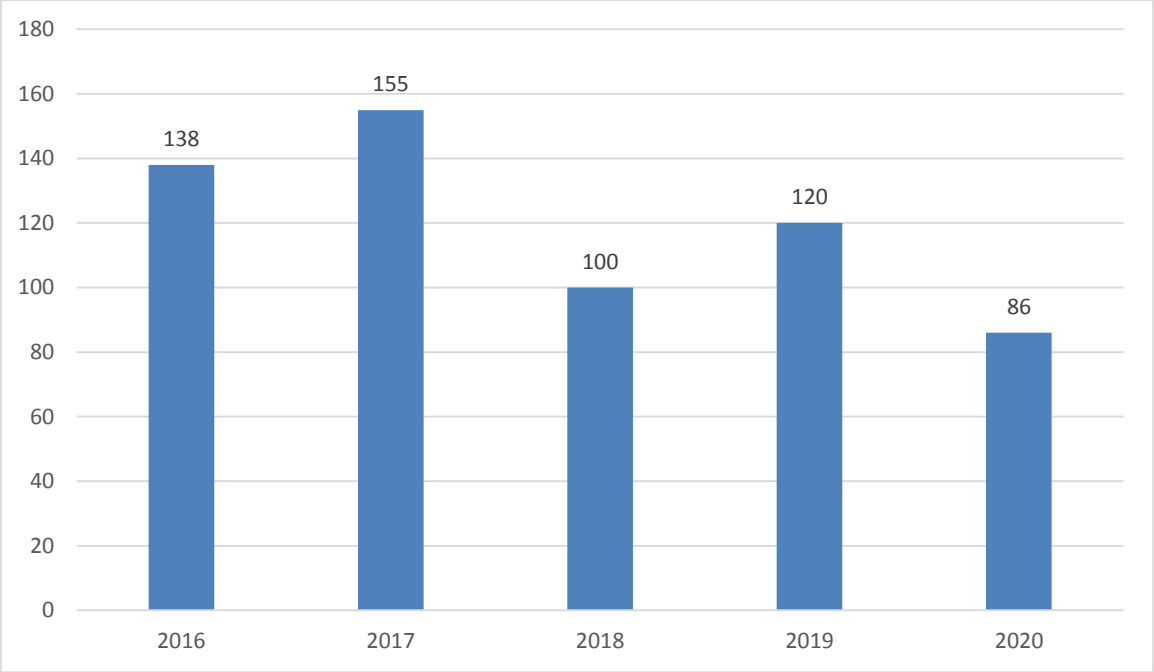
A vacina de poliomielite faz parte da rotina de imunização no Brasil desde a década de 1960 e em 2012 passou por mudanças no esquema de administração intercalando doses orais e intramusculares.

A vacina tríplice viral é administrada em dose única (12 meses de vida), podendo ser indicada a realização de “dose 0” em crianças de 6 meses em situações de surto.

Em Campo Grande-MS a aceitação para esses imunobiológicos foi considerada satisfatória (> 95%) em anos anteriores, sendo observada queda considerável nas coberturas vacinais, especialmente no ano de 2020, tendo em vista a pandemia do novo coronavírus. Observou-se a necessidade do delineamento de estratégias alternativas que estimulem a procura pela vacinação de rotina.

2.6.3.3 Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

Gráfico 1. Número de casos novos de sífilis congênita notificados em menores de 01 ano de idade, Campo Grande – MS, 2016 – 2020.



Fonte: SINAN/SESAU, Campo Grande-MS, 2021.

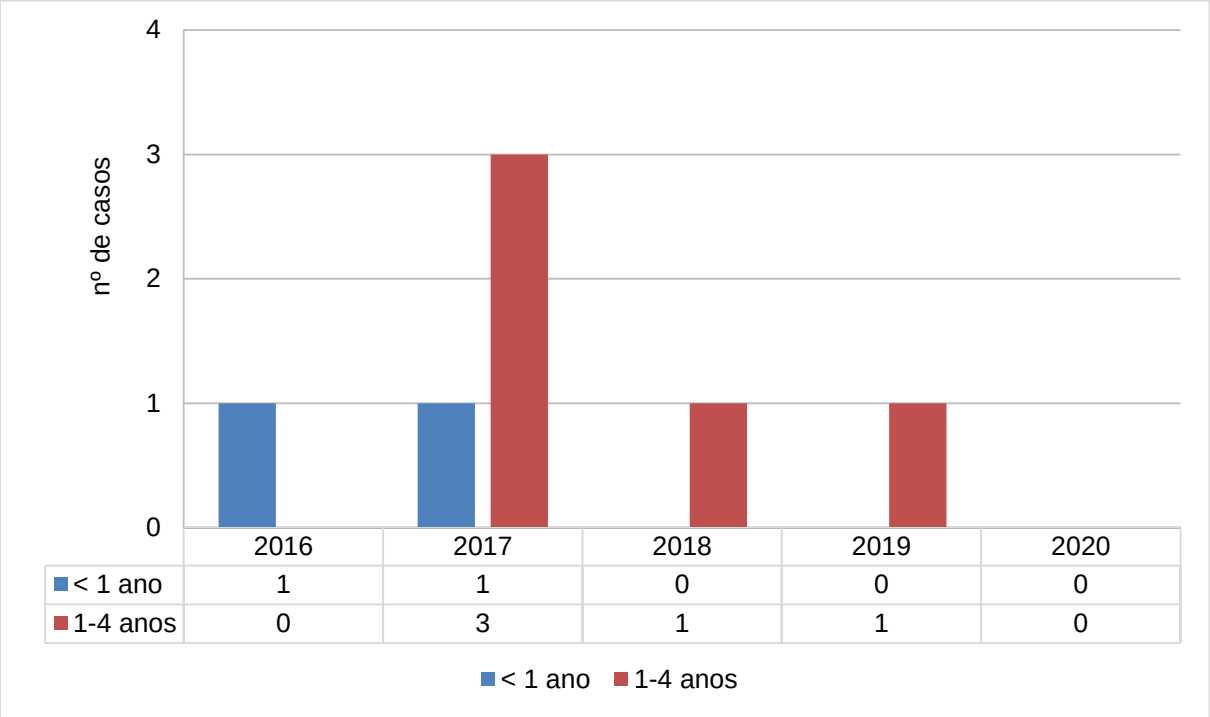
O gráfico 1 demonstra um aumento nos casos e no último ano observamos a diminuição dos números de casos de sífilis congênita notificados dos últimos 5 (cinco) anos.

Fato que está relacionado ao aumento da vigilância epidemiológica através da intensificação do monitoramento dos bancos de dados, a diminuição dos casos de sífilis congênita ocorre pela descentralização da Penicilina G. Benzatina. Vale lembrar que a Penicilina G-Benzatina é única droga capaz de atravessar a barreira transplacentária evitando a sífilis congênita quando o tratamento é realizado de forma adequada. Além disso, é a medicação de primeira escolha para o tratamento da sífilis adquirida.

Apesar dos critérios de tratamento da sífilis em gestante terem sidos modificados, não sendo obrigatório o tratamento do parceiro concomitante com o tratamento da gestante em tempo oportuno conforme preconizado pelo PCDT- IST, ocasionando à queda dos casos de sífilis congênita.

2.6.3.4 Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.

Gráfico 1. Número de casos novos de Aids notificados em menores de 5 anos, Campo Grande – MS, 2016-2020**.**



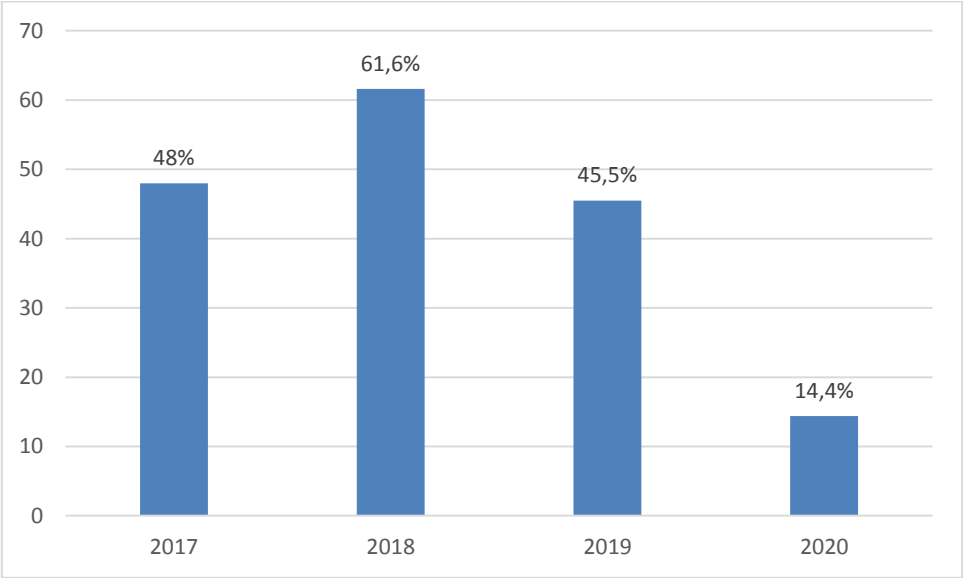
	2016	2017	2018	2019	2020
< 1 ano	1	1	0	0	0
1-4 anos	0	3	1	1	0

Fonte: SINAN/SESAU, Campo Grande-MS, 2021.

No gráfico 1, observa-se que o maior número de casos novos de Aids notificados em menores de 5 anos de 2016 a 2020 concentraram-se no ano de 2017, seguido de um declínio significativo de novos casos nos anos subsequentes, atribuídos a intensificação de ações preventivas para a redução da transmissão vertical, por meio do aumento do número de consultas de pré-natal; ampliação da testagem rápida em gestantes; detecção precoce ao diagnóstico com a descentralização do teste rápido no ano de 2017 para todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, oferecendo assim o encaminhamento para o tratamento oportuno das gestantes reagentes. Além da disponibilização da fórmula infantil para crianças expostas ao HIV, ações estas que impactaram positivamente para a redução do número de novos casos.

2.6.3.5 Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.

Gráfico 1. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados nos anos das coortes, Campo Grande – MS, 2017 – 2020.



Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

O indicador de proporção de cura permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença.

No gráfico 1, pode-se perceber que a meta não foi alcançada nos anos de 2017 a 2020. O Ministério da Saúde preconiza no mínimo 75% de alcance. O maior problema encontrado é a não adesão ao tratamento, assim como a qualidade das informações.

O paciente que abandona o tratamento torna-se uma importante fonte de transmissão do bacilo, principalmente para os indivíduos infectados pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Salienta-se que o desaparecimento dos sintomas leva alguns indivíduos a acreditar que a doença acabou e abandonam o tratamento. Outros indivíduos atribuem que os efeitos adversos inerentes ao medicamento estão trazendo malefícios e abandonam o tratamento.

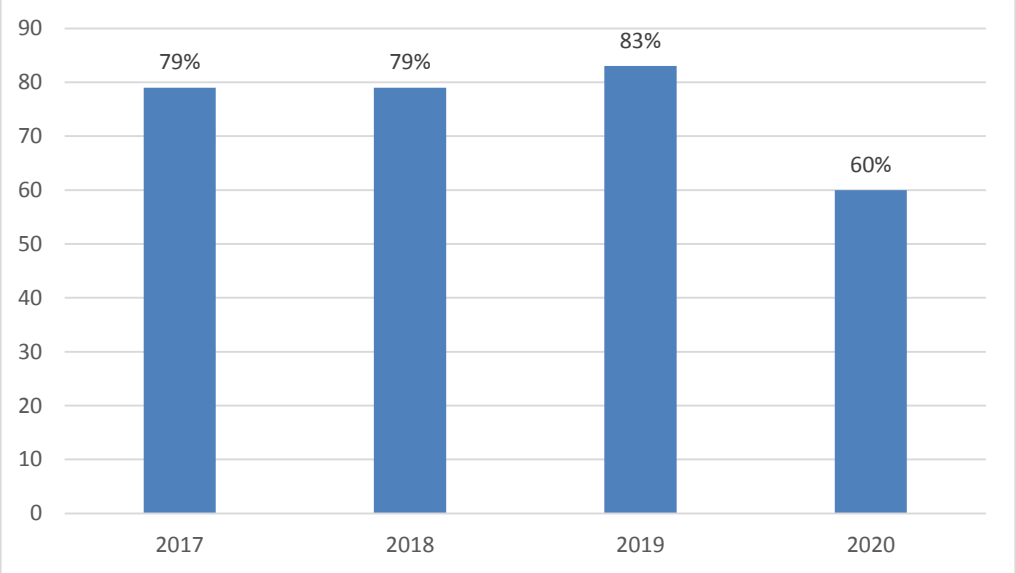
As populações especiais como: População Privada de Liberdade (PPL) e população em situação de rua apresentam elevada taxa de abandono de tratamento pois apresentam vulnerabilidades sociais. Uma das dificuldades no programa é que a PPL obtém alvará de soltura e mudam ou não atualizam o endereço, dificultando a busca ativa e continuidade do tratamento.

Outra situação enfrentada é o retorno dos relatórios em tempo hábil (notificações, notas de transferências, boletins de acompanhamento entre outros), assim como a qualidade dessas informações, pois são necessárias para o monitoramento dos casos, refletindo dessa forma nos indicadores.

O Programa investe nas capacitações dos profissionais de saúde para o manejo adequado da doença e há necessidade de fortalecer a interação paciente e profissional com esclarecimentos da doença e seus efeitos adversos, diminuindo o abandono; além do monitoramento dos casos.

2.6.3.5 Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das Coortes.

Gráfico 1. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Campo Grande – MS, 2017 – 2020.



Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

De acordo com a pactuação interfederativa, a meta nacional de cura dos casos novos notificados para os anos de 2017 a 2021 foi de 80%, para o município de Campo Grande, de acordo com o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), a meta de cura é 80% dos casos novos notificados nos anos das coortes.

O indicador de proporção de cura permite avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento.

Atualmente, (julho/2021) o tratamento da hanseníase no Brasil, preconizado pelas Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, baseia-se em esquemas de poliquimioterapia composto por três medicamentos,

rifampicina + dapsona + clofazimina, pelo período de doze meses para as formas clínicas da classificação operacional multibacilar e poliquimioterapia composto por dois medicamentos, rifampicina + dapsona, pelo período de seis meses para as formas clínicas da classificação paucibacilar.

A OMS atingiu capacidade técnica para atender a demanda brasileira para todos os casos de hanseníase, possibilitando a implementação desse esquema ao tratamento da hanseníase paucibacilar, no âmbito do SUS. A partir do dia 01 de julho de 2021 será incorporado novo esquema de tratamento para os casos de Hanseníase paucibacilar, com ampliação do medicamento clofazimina. A associação dos fármacos rifampicina + dapsona + clofazimina, na apresentação de blísteres, para tratamento de hanseníase, passe a ser denominada “Poliquimioterapia Única – PQT-U”.

No gráfico 1, nos anos de 2019 a 2020, pode-se observar que a meta foi atingida no ano de 2019, com queda no ano de 2020.

Alguns fatores contribuíram para o não alcance das metas, tais como: abandono, rotatividade de profissionais da atenção básica, o que ocasiona a perda de vínculo, falta de motivação, pouco conhecimento sobre a doença, não credibilidade na cura da hanseníase, tratamento longo, reações adversas da medicação. Outro fator observado é que, com a tomada diária do medicamento, o paciente apresenta melhora do estado geral e consequentemente abandona por acreditar que já está curado. Os pacientes que não apresentam melhora clínica no final do tratamento, devem ser avaliados quanto à necessidade de estender o tratamento.

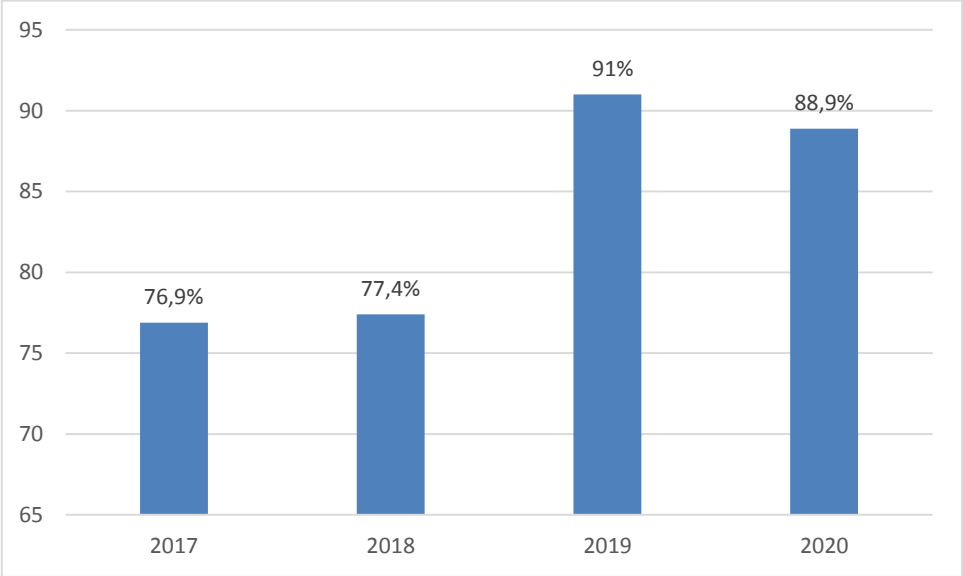
A queda expressiva observada em 2020, tem sua justificativa baseada nos efeitos da pandemia, o que ocasionou na diminuição da procura dos usuários pelos serviços de saúde.

Além disso, também em virtude da pandemia, houve redução das atividades de vigilância em saúde como: educação em saúde; investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos; tratamento até a cura; prevenção e tratamento de incapacidades. Ainda há dificuldades no diagnóstico precoce na rede, implicando no diagnóstico tardio no serviço de referência.

O Programa investe nas capacitações dos profissionais de saúde para o manejo adequado da doença e há necessidade de fortalecer a interação paciente e profissional com esclarecimentos da doença e seus estados reacionais, diminuindo o abandono, além do monitoramento dos casos.

2.6.3.6 Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial

Gráfico 1. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Campo Grande – MS, 2017 – 2020.



Fonte: Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

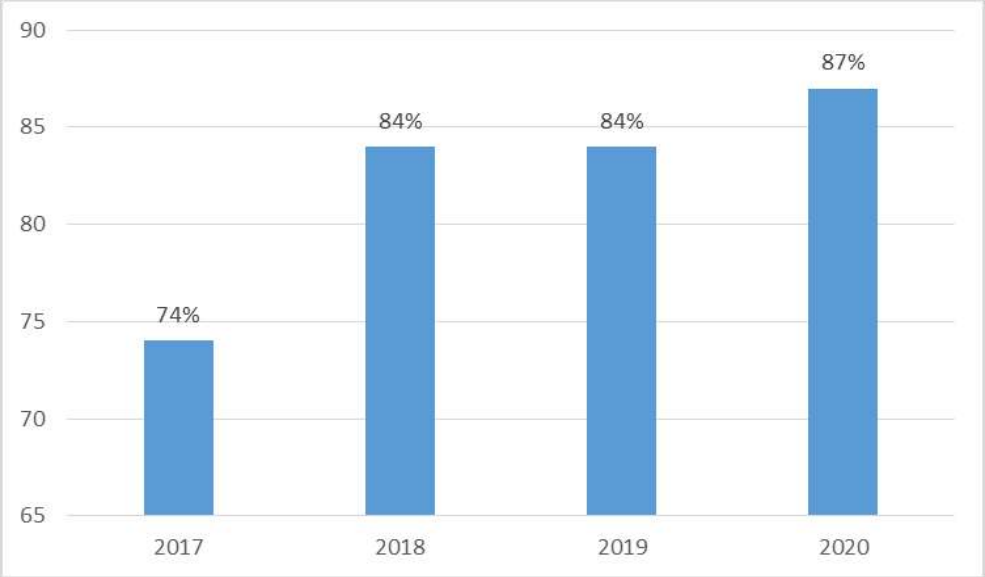
O indicador de proporção de contatos examinados permite prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente caso de doença ativa nessa população.

No gráfico 1, pode-se perceber a evolução na proporção de contatos examinados. O Ministério da Saúde preconiza 70% de alcance. O município de Campo Grande MS alcançou a meta nos anos de 2017 a 2020.

O Programa monitora os casos notificados no sistema ILTB, solicita a ficha de avaliação dos contatos das unidades de saúde e busca ativa dos faltosos.

2.6.3.7 Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.

Gráfico 1. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase, Campo Grande – MS, 2017 – 2020**.**



Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

O indicador de proporção de contatos examinados mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase para aumento da detecção oportuna de casos novos.

No gráfico 1, observa-se o incremento na proporção de contatos examinados entre os contatos identificados. A meta foi atingida nos anos de 2018 a 2020. Tanto o Ministério da Saúde como município de Campo Grande-MS preconizam 80% de alcance da meta.

O contato domiciliar é toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente. O exame dos contatos deve ser feito imediatamente após o diagnóstico e no mínimo uma vez por ano, por cinco anos, pelo menos, com avaliação dermatoneurológica. Após esse período, orienta-se que o contato mantenha a auto-observação e retorne caso haja algum sinal suspeito.

O contato social é aquele que não reside mas, o que tem ou teve contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Deve ser investigado de acordo com o grau e tipo de convivência.

O exame dos contatos é imprescindível para quebrar a cadeia de transmissão.

O Programa monitora o indicador e solicita com a justificativa o relatório das unidades de saúde que não realizaram a avaliação dos contatos.

2.6.3.8 Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

O CEREST Regional Campo Grande integra a Rede Nacional De Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. E a Portaria GM/MS nº. 27 de 01 de outubro de 2012 estabeleceu como sua área de abrangência a microrregião de saúde de Campo Grande-MS, composta por 17 municípios, conforme o plano diretor de regionalização (PDR), a saber: Bandeirantes, Maracajú, Camapuã, Nova Alvorada do Sul, Campo Grande, Paraíso das Águas, Chapadão do Sul, Ribas do Rio Pardo, Corguinho, Rio Negro, Costa Rica, Rochedo, Figueirão, São Gabriel do Oeste, Jaraguari, Sidrolândia e Terenos.

Nesse sentido, Campo Grande-MS se caracteriza como município sede e os demais municípios sendo da sua abrangência de atuação, se fazendo necessária uma divisão didática de apresentação de dados.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um dos sistemas de responsabilidade do Ministério da Saúde, disponibiliza dados referentes aos agravos e doenças de notificação compulsória da saúde do trabalhador definidos nas Portarias de Consolidação nº 04 e n° 05 de 28 de setembro de 2017, sendo eles:

- ✓ Acidente de trabalho
- ✓ Acidente de Trabalho com exposição a material Biológico – ATMB
- ✓ Acidente com Animal Peçonhento relacionado ao Trabalho
- ✓ Intoxicação Exógena Relacionado ao Trabalho
- ✓ Perda Auditiva Induzida por Ruído– PAIR
- ✓ Lesão por Esforços Repetitivos e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho – LER/DORT
- ✓ Dermatose Ocupacional
- ✓ Pneumoconiose Relacionado ao Trabalho
- ✓ Câncer Relacionado ao Trabalho
- ✓ Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho

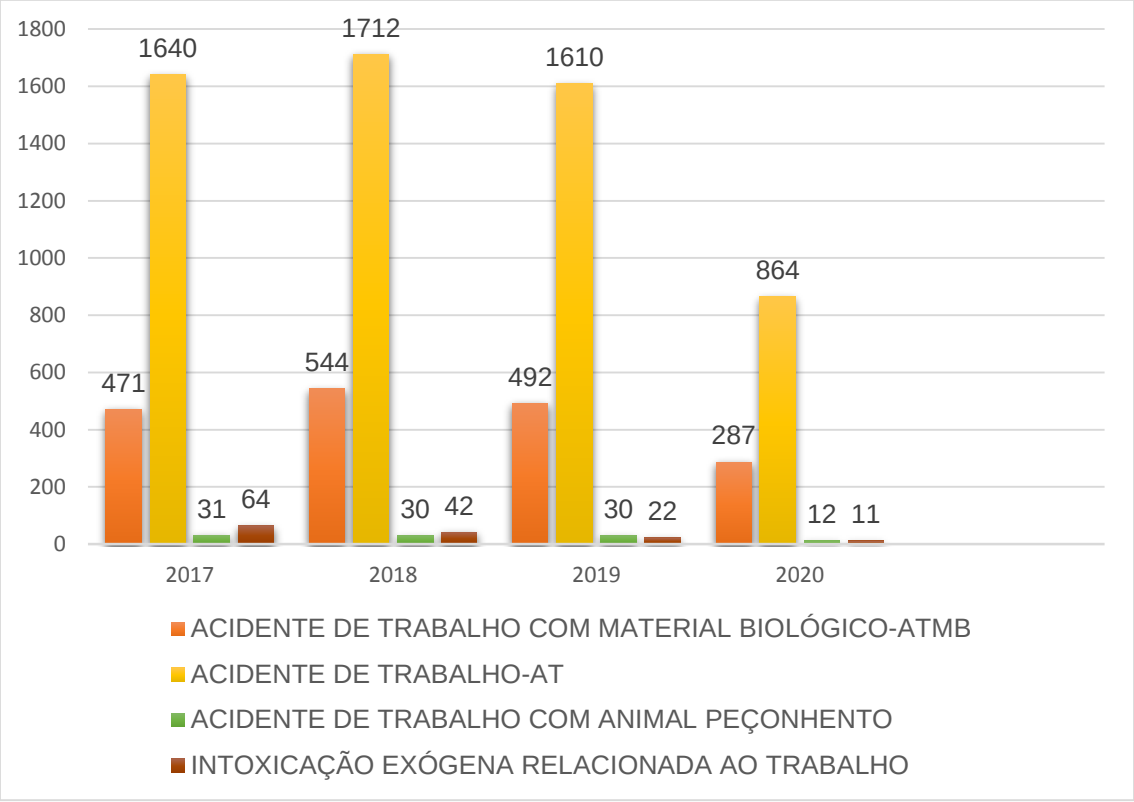
Entre os anos de 2017 e 2020 tivemos o total de 9462 agravos e doenças relacionados ao trabalho em Campo Grande-MS e o total de 1428 agravos e doenças relacionados ao trabalho nos demais municípios.

De acordo com a Pactuação Interfederativa, portaria Nº 750, 29 de abril de 2019, Resolução Nº 8, 08 de novembro de 2016 a proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho deverá ser de 96%. Ao analisar o banco do SINAN de Campo Grande-MS, observa-se que o preenchimento desse campo é de 100%. Isto, se deve ao fato de o campo ocupação ser obrigatório. Contudo há

uma dificuldade em se utilizar a ocupação ideal, visto que 11% estão como “Ignorados”, “Estudante”, “Dona de casa”,” Não informado” e “Aposentado”.

O gráfico abaixo traz as notificações dos agravos relacionados ao trabalho de 2017 a 2020, atendidos apenas em Campo Grande.

Gráfico1 - Agravos Relacionados ao Trabalho de 2017 a 2020 em Campo Grande- MS.



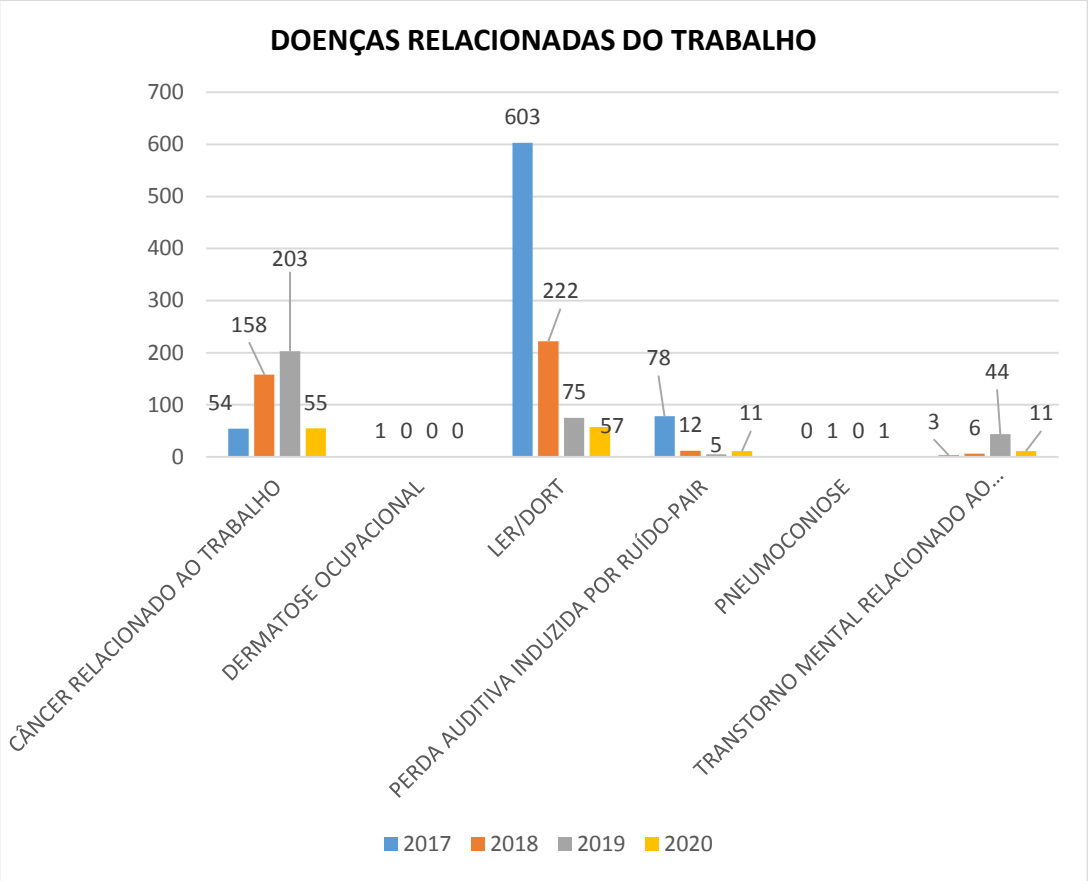
Fonte: SINAN/NET acesso em 23/06/2021.

Os agravos de Acidente de Trabalho com Material Biológico-ATMB e Acidente de Trabalho- AT mantiveram-se constantes entre os anos de 2017 a 2019, e uma queda considerável em 2020.

Acidente de Trabalho com Animal Peçonhento e Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho permaneceram com valores baixos em linha frequente.

Abaixo temos o total de casos notificados de doenças relacionadas ao trabalho entre 2017 e 2020.

Gráfico 2. Casos notificados de Doenças Relacionadas do Trabalho, 2017-2020.



Fonte: SINAN/NET acesso em 23/06/2021.

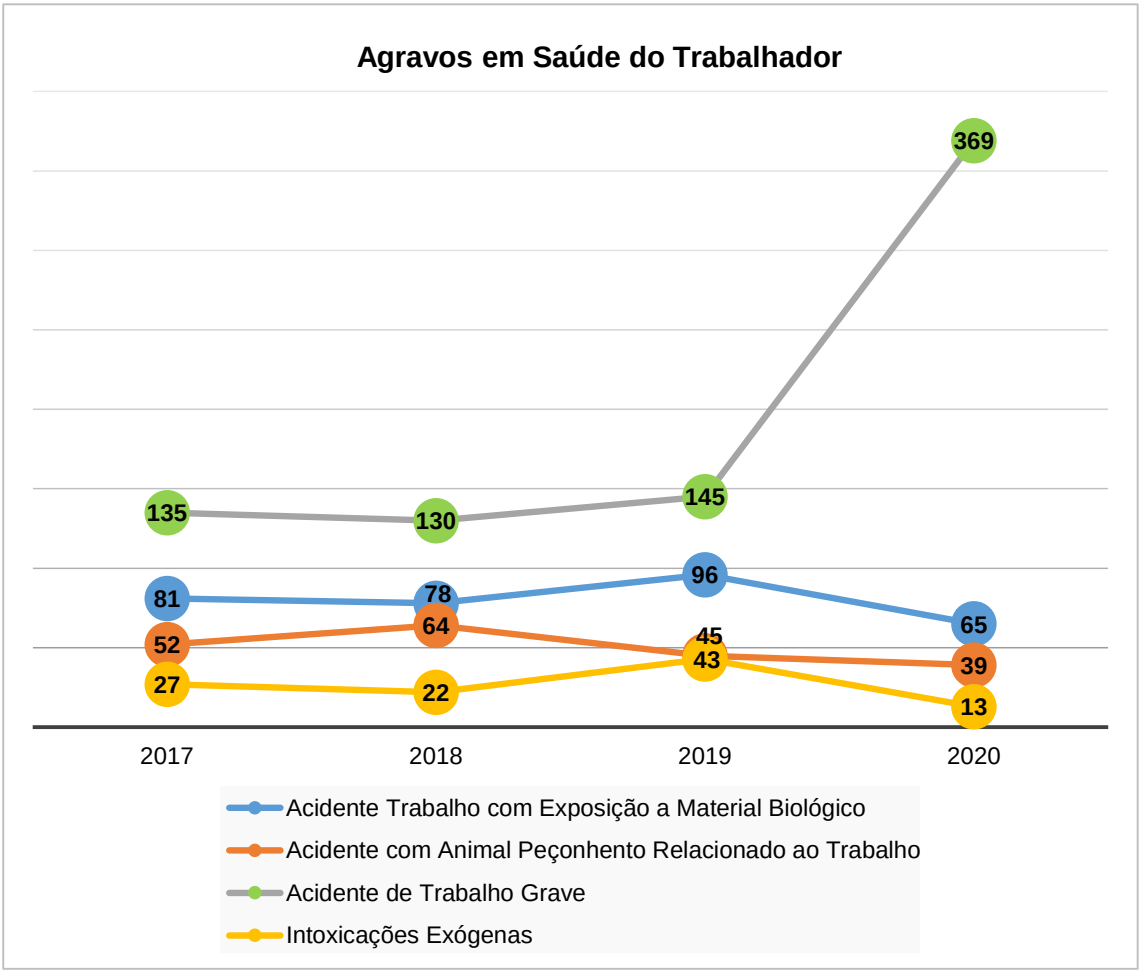
Observa-se que o agravo LER/DORT, teve uma diminuição significativa durante os últimos anos, acredita-se que o motivo seja a redução do serviço de fisioterapia conveniado ao SUS, sendo atualmente a Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico- UERD, a que mais notifica.

Outros agravos como pneumoconiose, dermatose e transtorno mental relacionados ao trabalho ainda são pouco notificados, dificultando a avaliação da situação em Campo Grande-MS.

O CEREST Regional tem realizado capacitações periódicas para os Distritos Sanitários para os mesmos atuarem como multiplicadores em seu território de abrangência.

O quadro a seguir apresenta o total (1.404) de notificações dos agravos relacionados ao trabalho de 2017 a 2020, na microrregião de Campo Grande, isto é, dos 16 municípios de abrangência do CEREST.

Gráfico3 - Série histórica dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador notificados de 2017 a 2020, na microrregião de saúde de Campo Grande - MS**.**



Fonte: SINAN – Acesso em 16/06/2021.

O Acidente de Trabalho (AT) é o agravo de maior predominância (779) somando os 4 (quatro) anos, representando pouco mais da metade (55,5%) de todos os demais agravos. Observa-se um aumento importante de notificações, onde 2020 os AT mais que duplicaram em relação a 2017. Isso pode estar relacionado à mudança nas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do SINAN. Antes da Nota Informativa nº 94/2019 DSASTE/SVS/MS de 01 de setembro de 2019, a definição para notificação direcionava ao acidente de trabalho grave, que incluía os acidentes que resultavam em óbito, mutilações ou que ocorriam com menores de 18 anos. Após a nota informativa, passou a ser notificável qualquer acidente de trabalho, conforme a definição: “que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte”, ou seja, não mais apenas aqueles com maior repercussão para saúde.

Outro potencializador pode ser o estreitamento com as Referências Técnicas de Saúde do Trabalhador desses municípios, que passaram a notificar mais esse agravo após constantes demandas de investigação de AT para desenvolvimento do nexo causal com o trabalho, bem como o fortalecimento da atuação do CEREST no decorrer dos anos.

Os Acidentes de Trabalho com Exposição à Material Biológico (ATMB) tem o segundo maior número de notificações (320). Observamos uma flutuação, com pico de notificações em 2019.

A queda numérica significativa em 2020 dos demais agravos pode estar relacionada à COVID-19, no sentido que a notificação de casos dessa doença se tornou prioridade. Bem como os decretos de contenção de circulação que não autorizavam viagens, ou seja, o CEREST não pôde estar nos municípios, conforme anos anteriores.

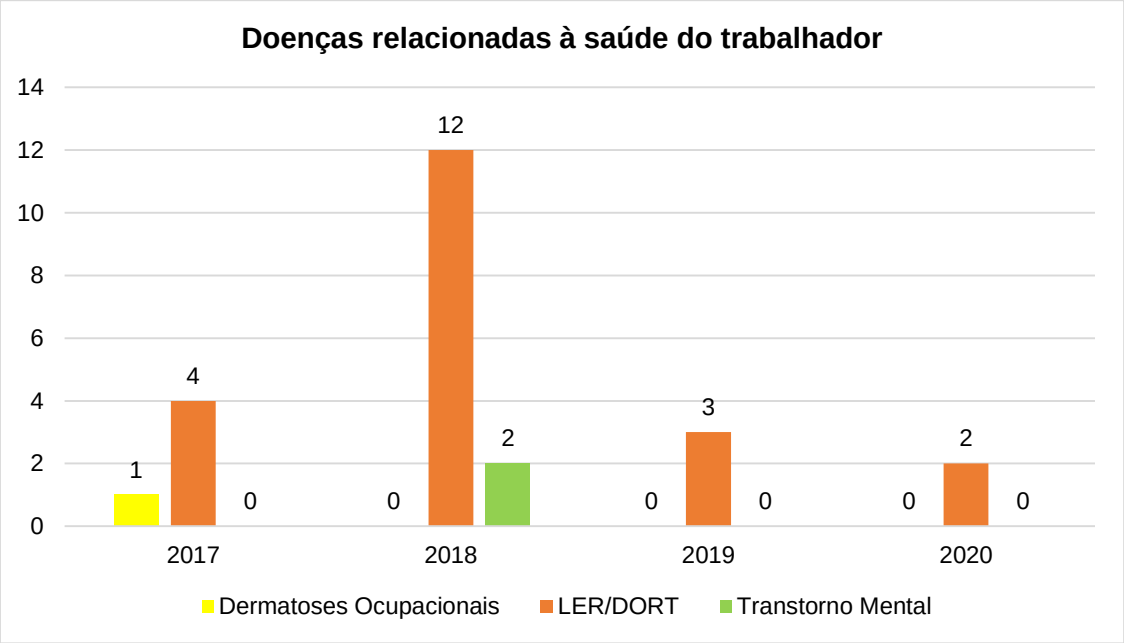
Além disso, o Serviço Técnico Epidemiológico em Saúde do Trabalhador também teve de contribuir nas demandas da COVID-19, uma vez que a gerente foi remanejada para serviço de coleta para RT PCR.

A proporção do preenchimento do campo ocupação é de 100% nas fichas de notificação em AT, ATMB, Aninais Peçonhentos relacionado ao trabalho e Intoxicação Exógena relacionada ao trabalho. E também de 100% de preenchimento do campo ocupação nas doenças das quais houve notificação. Isso se deve ao fato de que no SINAN é campo obrigatório, impedindo a digitação do próximo campo da ficha. Contudo, observa-se ainda uma dificuldade em se utilizar a ocupação ideal, visto que 8.2% ainda estão como “Não classificados”, “Estudantes” e “Dona de casa”.

As fichas de notificações de Intoxicações Exógenas e Acidentes com Animais Peçonhentos possuem um campo que relaciona o acidente ao trabalho. Em muitas notificações, este campo não é preenchido adequadamente, isso se confirma, pois, 8,7% não tiveram o campo que indica a relação com o trabalho preenchida, isto é, está como “Ignorado/Branco”.

E, de todos os agravos com campo ocupação preenchido de forma inadequada (115), 56% são de Acidentes com Animais Peçonhentos. Em relação a Intoxicação Exógena, embora menos expressivo, 4,5% do campo relacionando esse tipo de acidente com o trabalho está preenchido como “Ignorado/Branco”, produzindo um número inferior de acidentes relacionados ao trabalho não condizentes com a realidade.

Gráfico 4. Série histórica das doenças relacionadas à Saúde do Trabalhador notificados de 2017 a 2020, na microrregião de saúde de Campo Grande - MS**.**



Fonte: SINAN – Acesso em 16/06/2021.

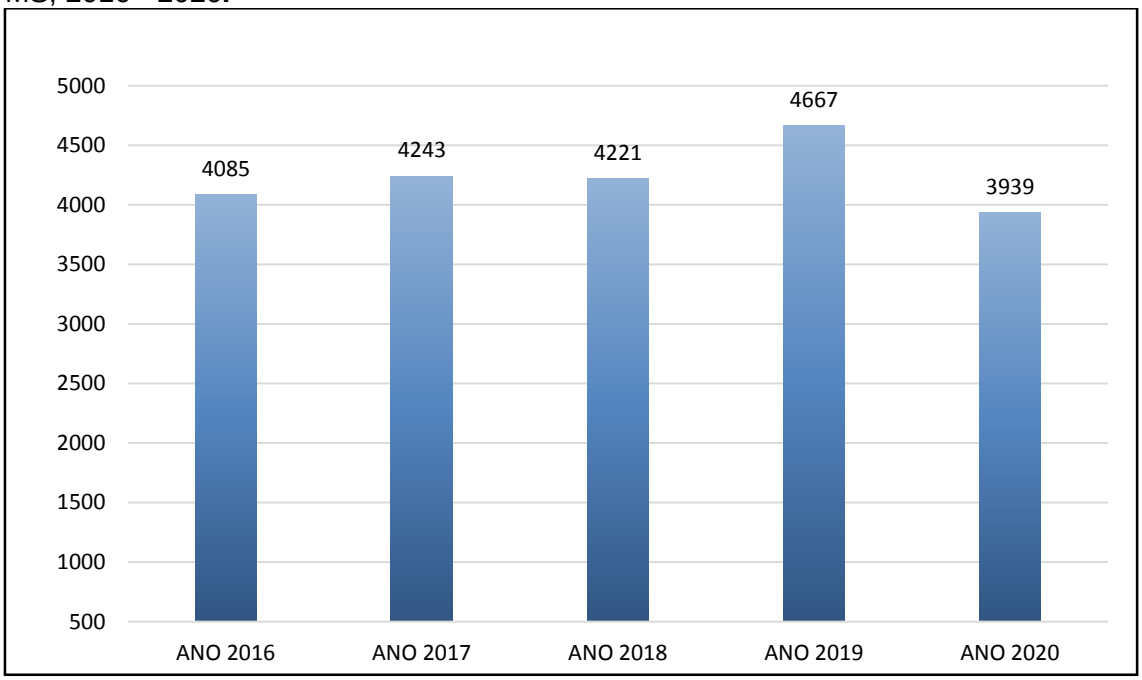
As LER/DORT foram as doenças com maior prevalência de notificação. Contudo, ainda é considerada baixa e apresentou declínio considerável.

A Dermatose Ocupacional, Pneumoconiose e Transtorno Mental relacionado ao trabalho praticamente não tiveram registros entre 2017 e 2020, apesar das carvoarias, extração mineral, manuseio com cimentos, solventes e tintas, situações estressantes como a própria pandemia para as categorias da saúde, por exemplo, estarem ligados diretamente aos agravos dos trabalhadores.

Os enfrentamentos como o pouco entendimento, a baixa suspeição e a dificuldade no diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho, ainda hoje são obstáculos. Assim, o trabalho como determinante de saúde é pouco reconhecido, favorecendo a subnotificação, o diagnóstico e o tratamento tardio não só das doenças como dos agravos em Saúde do Trabalhador**.**

2.6.3.9 Número de casos de violências notificados nos serviços de saúde

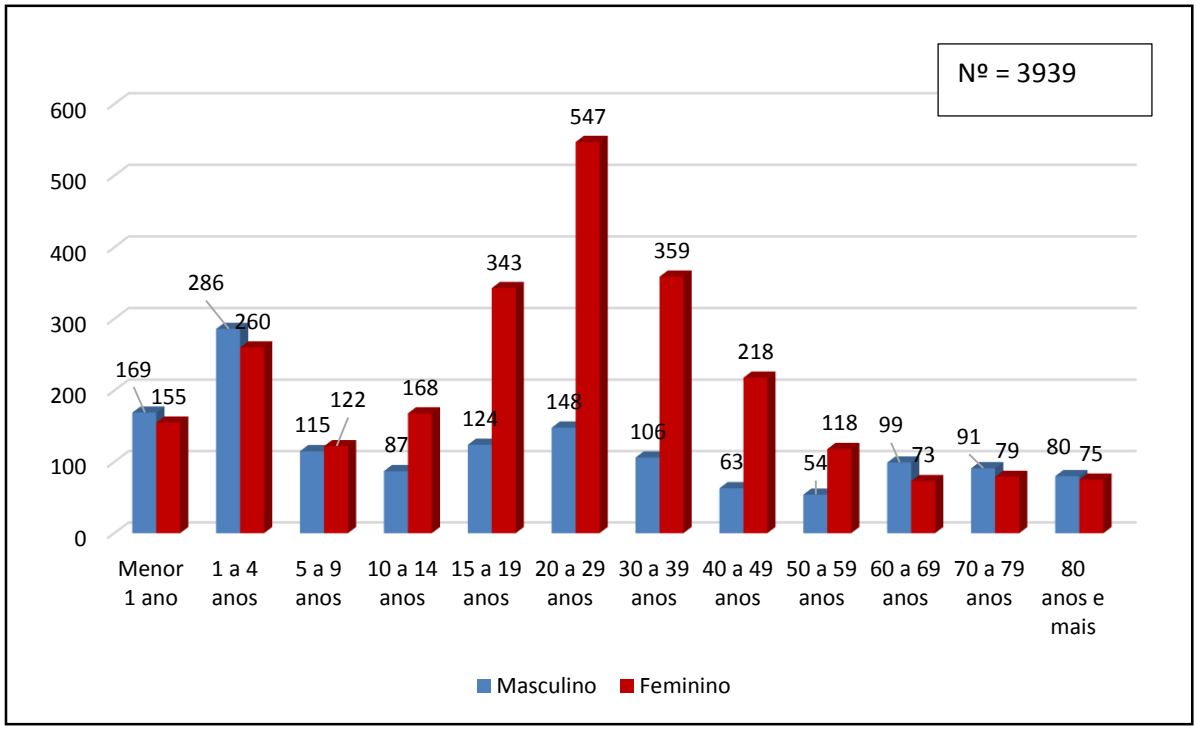
Gráfico 1 - Total de casos de violência notificados nos serviços de saúde, Campo Grande – MS, 2016 - 2020**.**



Fonte: SINAN/NPV/CVE/SVS/SESAU. Dados de 2020 sujeitos a alterações.

No gráfico acima apresentamos a evolução das notificações dos casos de violência atendidos nos serviços de saúde no período de 2016 a 2020. Em 2020 observamos redução do número de casos que pode ser atribuída à pandemia da COVID-19, onde muitas pessoas ficaram em casa e não procuraram os serviços de saúde. O elevado número de notificações demonstra a atenção dos profissionais da saúde no acolhimento bem como os investimentos em capacitação e monitoramento da área técnica da vigilância.

Gráfico 2. Total de notificações dos casos de violência, por faixa etária e sexo, realizadas nas unidades de saúde de Campo Grande – MS, 2020**.**



Fonte: SINAN/NPV/CVE/SVS/SESAU. Dados de 2020 sujeitos a alterações.

Acima apresenta-se a distribuição dos casos de violência por faixa etária e sexo. Do total dos casos notificados no ano de 2016 crianças e adolescentes, na faixa etária de menor de 1 a 19 anos, somou 47% do total dos casos. Nesse grupo etário as ocorrências em crianças apresentaram pouca variação entre os sexos, já entre os adolescentes há uma predominância para o sexo feminino.

Mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos somaram 31% e pessoas idosas 14% do total dos casos.

Mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos somaram 40.3% e pessoas idosas 12.3% do total dos casos. Conforme determinado em Lei os casos de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos são encaminhados para a rede intersetorial para aplicação das medidas de cuidado e proteção. As mulheres recebem atendimento e são orientadas a procurar a Casa da Mulher Brasileira, conforme fluxograma abaixo.

Figura 1. Fluxograma de atendimento da rede intersetorial para adultos e idosos vítimas de violência.

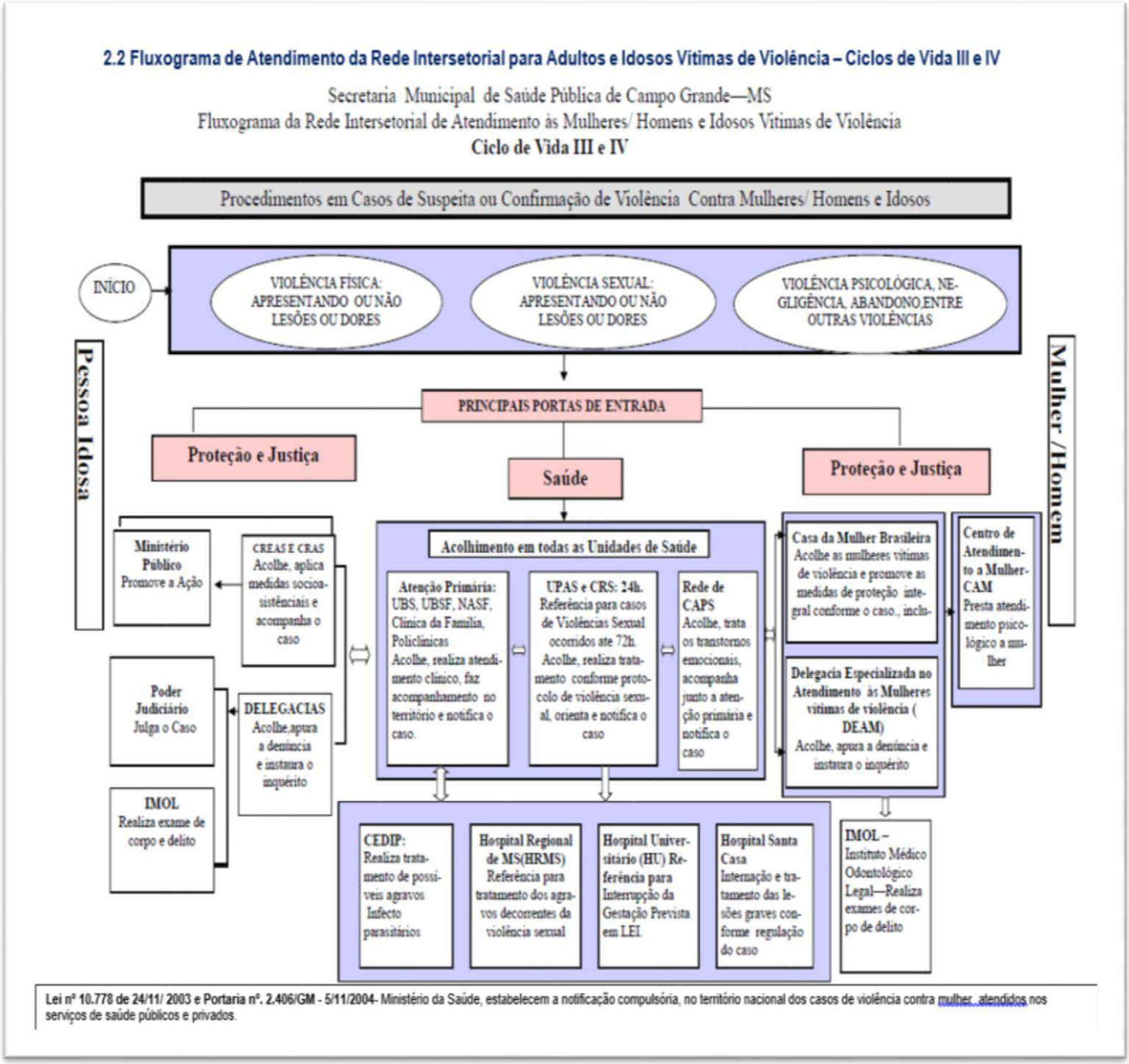
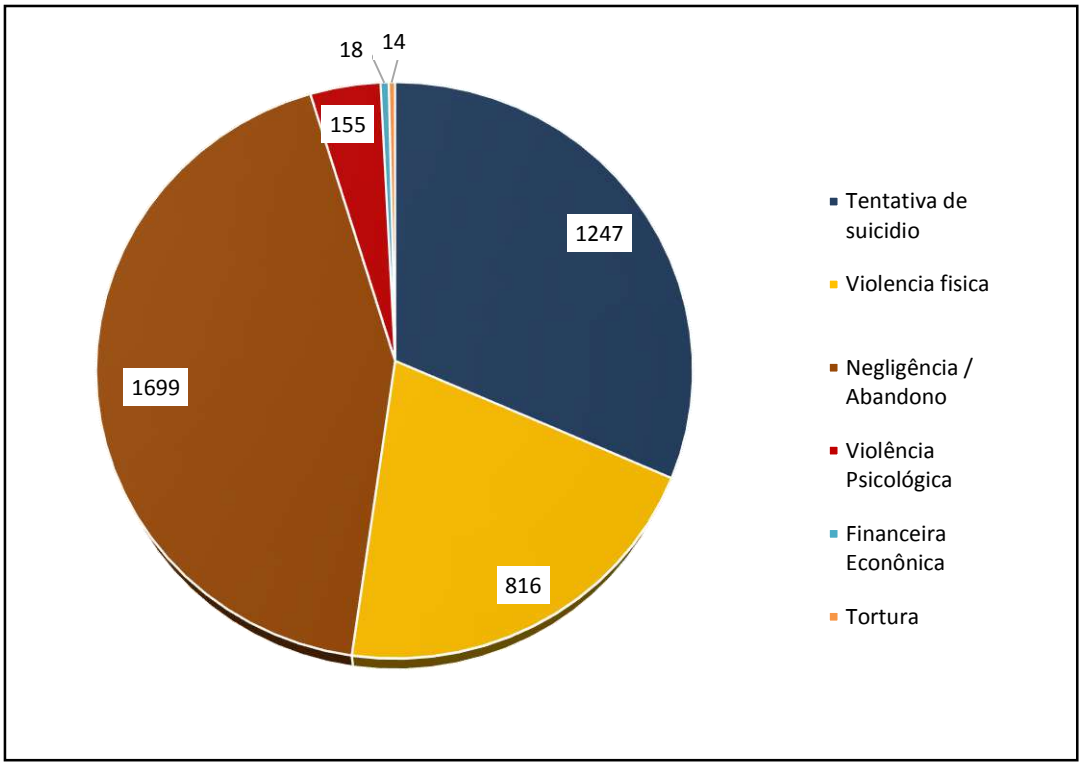


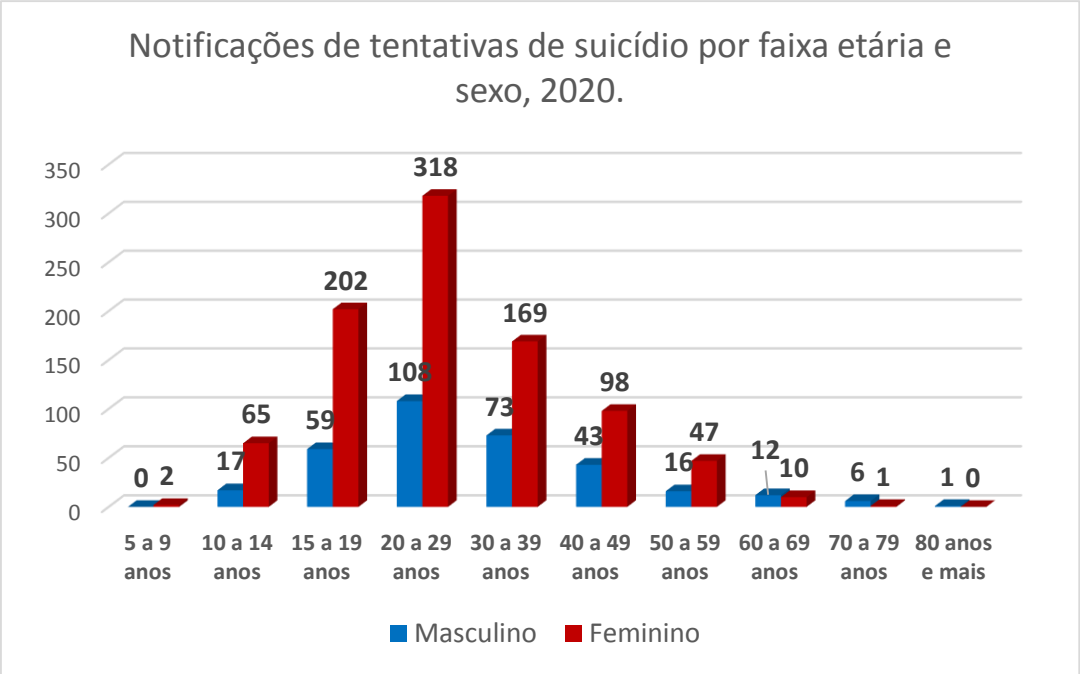
Gráfico 3. Total de notificações dos casos de violência, quanto ao tipo de violência, realizadas nas Unidades de Saúde de Campo Grande – MS, 2020.



Fonte: SINAN/NPV/CVE/SVS/SESAU, 2021.

O gráfico acima apresenta a distribuição dos casos de violência quanto ao tipo. As negligências responderam por 43.1% do total dos casos com maior vulnerabilidade para crianças e adolescentes e idosos, seguido da violência física com 20.7% com incidência relevante em crianças, adolescentes e mulheres adultas. As tentativas de suicídio representaram 31.6% do total com predominância em pessoas do sexo feminino, na faixa etária de 14 a 49 anos.

Gráfico 4. Total de notificações de tentativas de suicídio, por faixa etária e sexo, realizada nas unidades de saúde de Campo Grande – MS, 2020.



Fonte: SINAN/NPV/CVE/SVS/SESAU, 2021.

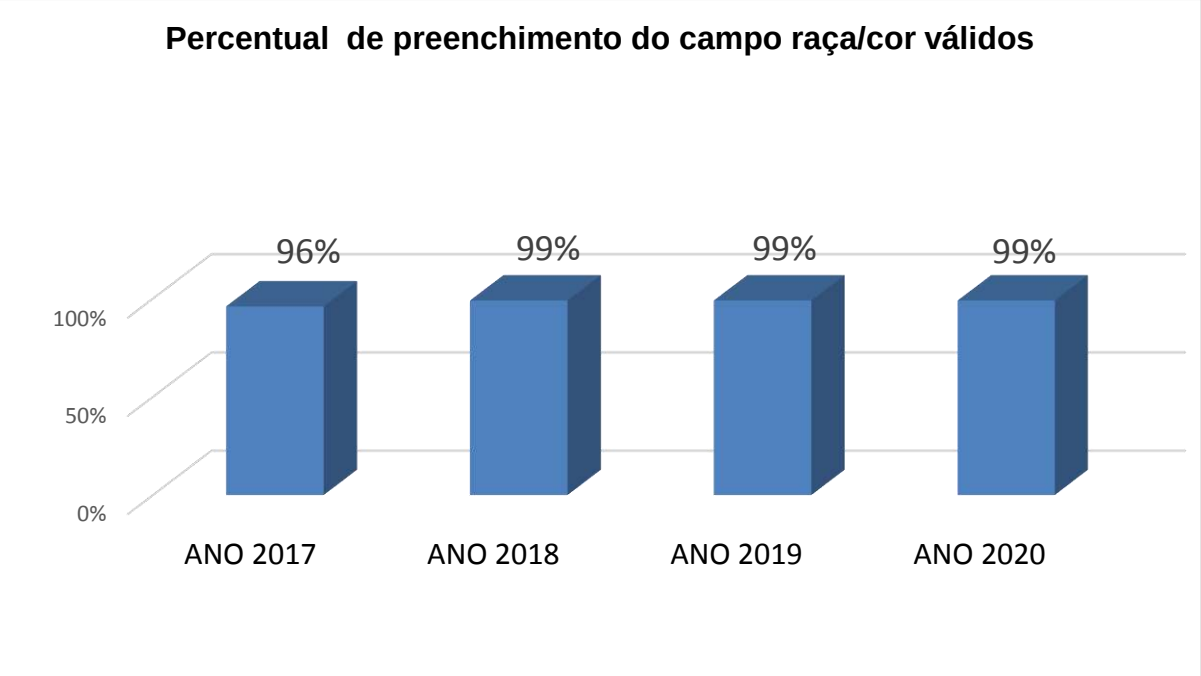
O suicídio vem se apresentando como um dos principais problemas a ser enfrentado pela saúde pública em todo o Brasil. Uma das formas de prevenção é a notificação dos casos das tentativas de suicídio que permite acolhimento, orientações, atendimento e acompanhamentos dos casos na rede de saúde. Acima apresentamos o total de casos de tentativas de suicídio notificados nos serviços de saúde no ano de 2020. Observa–se maior incidência em pessoas na faixa etária de 15 a 49 anos com 86.0% dos casos. Pessoas do sexo feminino apresentam maior risco com 73.1% do total dos casos notificados.

Ressalta-se que o Núcleo de Prevenção às Violências instituiu o seguimento dos casos de violências em toda a atenção básica e tem reforçado a importância do acolhimento por meio de capacitações e orientações técnicas, incluindo as tentativas de suicídio, porém sinaliza-se a importância de maiores investimentos em tratamento e acompanhamento voltados à saúde mental desta população, em tempo oportuno.

2.6.3.9 - Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informações válidas – PQA-VS

O indicador reflete a completude do campo raça/cor. Sua importância se dá em razão da identificação da vulnerabilidade às violências em determinadas populações associadas às condições étnico–raciais.

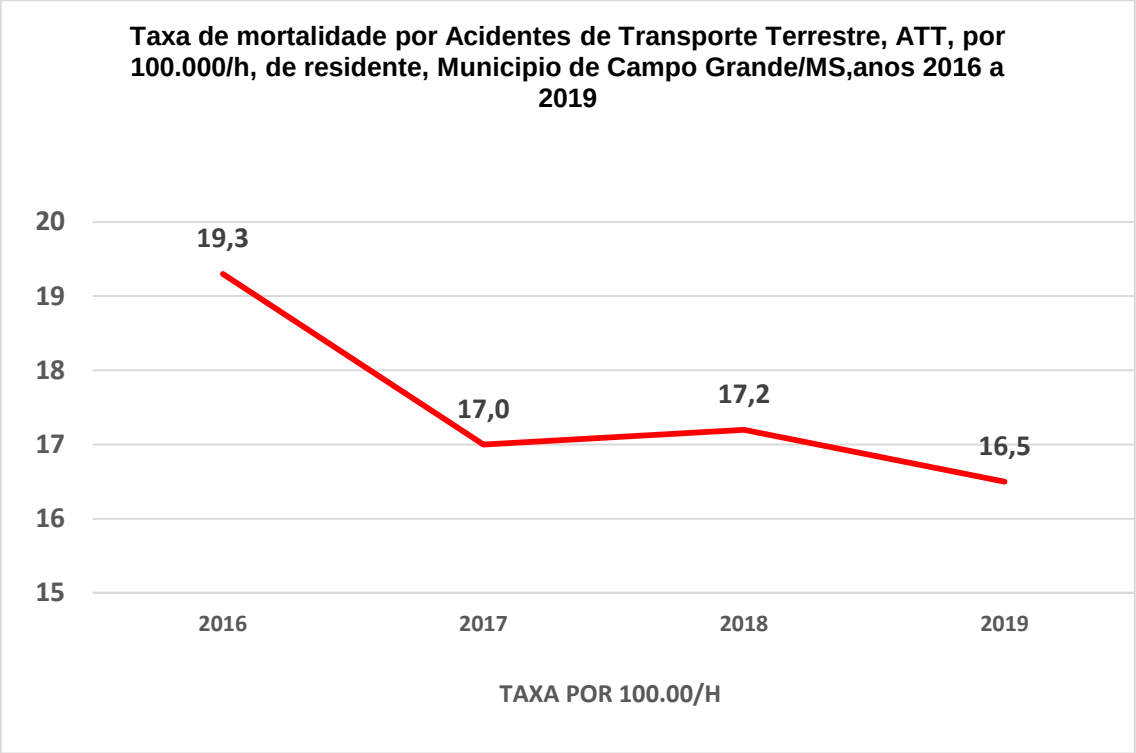
Gráfico 1. Proporção de preenchimento do campo “raça/cor” válidos na ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, Campo Grande – MS, 2017 a 2020.



Fonte: SINAN/NPV/CVE/SVS, 2021.

Estas informações devem ser analisadas, monitoradas e utilizadas na implementação de políticas públicas de cuidado e proteção à saúde em consonância com o princípio da promoção a equidade proposto pelo SUS. A meta a ser atingida é de 95%, sendo superada em todos os anos apresentados.

Gráfico 2. Mortalidade por acidentes de Trânsito, Campo Grande – MS, 2016 a 2019.



Fonte: SINAN/NPV/CVE/SVS, 2021.

Conforme demostrado no gráfico acima, Campo Grande vem apresentando redução nas taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre ao longo dos últimos anos. Mesmo com diminuição dos acidentes fatais ainda registramos elevado número de acidentes com vítimas que impactam em altos custos para a saúde pública e número significativo de acamados com incapacidades temporárias e permanentes. O grupo de maior risco tem sido os motociclistas que responderam por 74.4% das internações, em 2020. Destaca – se que o maior percentual das vítimas são pessoas do sexo masculino na faixa etária jovem, entre 18 e 30 anos. A perda dessas vidas ou as incapacidades refletem na qualidade de vida das famílias que perdem um ente querido e muitas vezes o sustento da família. Como estratégia de intervenção foi implantado, desde 2010, o “Programa Vida no Trânsito”, cujas ações são integradas e intersetorias que buscam melhorar as informações sobre esses eventos, identificar os fatores de risco e principais grupos de vítimas e desenvolver ações focadas e com base em evidência. Os principais fatores de risco para a ocorrência desses acidentes são conduzir veículos acima da velocidade, dirigir após consumo de bebidas alcoólicas e conduzir veículos sem habilitação. As intervenções são realizadas por instituições que fazem parte do Gabinete de Gestão Integrada de Trânsito – GGIT, onde participam 41 instituições. Os Programas principais desenvolvidos são voltados à Fiscalização, Infraestrutura Viária e Educação para o Trânsito.

2.6.3.10 Coqueluche

A Coqueluche é uma doença infeciosa aguda, de alta transmissibilidade, e importante causa de morbimortalidade infantil. É um agravo de notificação compulsória em todo o país, assim como no Município de Campo Grande.

É uma doença imunoprevenível, causada pela bactéria *Bordetela pertusis*, que causa quadro agudo de tosse paroxística.

Observou-se (tabela 34) uma queda no número de casos notificados a partir de 2017 em relação aos anos anteriores. No período avaliado foram 194 casos notificados sendo 17 casos confirmados laboratorial (8,7%). Em 2020 observa-se uma queda brusca nos casos notificados, atribuídos a ocorrência da pandemia do COVID-19. No período não houve registro de óbito pelo agravo.

A Vigilância da coqueluche tem como objetivo acompanhar a tendência temporal da doença, para detecção precoce de surtos e epidemias, visando a adoção de medidas de controle pertinentes.

Tabela 1. Casos Notificados de Coqueluche 2017 a 2020, Campo Grande – MS.

Casos notificados	Confirmado	Descartado	Óbito
2017	5	51	0
2018	7	69	0
2019	3	50	0
2020	2	7	0
Total	**17**	**194**	**0**

Fonte: SINAN/CVE/SESAU, 2021.

2.6.3.11 Doenças exantemáticas

O Sarampo é uma doença infecciosa exantemática aguda, potencialmente grave, extremamente contagiosa, e bastante comum na infância. Sua transmissão ocorre de forma direta (pessoa a pessoa), por meio das secreções nasofaríngeas ao tossir, espirrar ou falar. O sarampo é uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de 5 anos de idade, sobretudo as desnutridas.

Estima-se que 90% dos indivíduos susceptíveis expostos a uma pessoa infectada contrairão a doença, onde um caso de sarampo introduzido em uma população não imune infectará de 12 a 18 pessoas.

É uma doença com distribuição universal, com variação sazonal. O comportamento endêmico-epidêmico varia de um local para outro e depende basicamente da relação entre o grau de imunidade e a suscetibilidade da população, bem com a circulação do vírus na área.

A Rubéola assim como Sarampo é uma doença exantemática aguda, de alta transmissibilidade. E está relacionada ao risco de abortos, natimortos e à Síndrome da Rubéola Congênita (SRC).

Ambos agravos são imunopreveníveis, e fazem parte da Lista Nacional de agravos de Notificação Compulsória.

O objetivo, mediante uma Vigilância Epidemiológica sensível, ativa e oportuna, é realizar a identificação e a notificação imediata de todo e qualquer caso suspeito na população, com medidas de controle pertinente e monitoramento das condições de risco (Ministério da Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica, 2019).

Desde 2015 o Brasil não apresentava casos de Sarampo. Em 2016 o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OMS, declarando a região das Américas livre do sarampo. Entretanto a doença ressurgiu em 2018, em virtude da migração de Venezuelanos no norte do país.

Os casos notificados e confirmados no país estão em uma curva DECRESCENTE, o que reforça a importância das ações de bloqueio da doença.

No ano de 2019, em Campo Grande, tivemos o primeiro caso de sarampo confirmado laboratorialmente. No ano de 2020 tivemos 10 (dez) casos de sarampo confirmados laboratorialmente, sendo somente um caso importado. Não houveram registros de casos confirmados de Rubéola no período desde 2009 até a presente data e nem de óbitos pelos agravos.

Tabela 1. Casos Notificados de Doenças Exantemáticas 2017 a 2020, Campo Grande – MS.

Ano da Notificação	Sarampo confirmado	Rubéola confirmado	Total notificado
2017	0	0	11
2018	0	0	38
2019	1	0	45
2020	10	0	27
Total	**11**	**0**	**121**

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

2.6.3.11 Meningite

Tabela 1. Casos notificados de Meningite, segundo etiologia, Campo Grande – MS 2016 a 2020.

Ano da Notificação	Descartado	MCC	MM	MM+MCC	MTBC	MB	MNE	MV	MOE	MH	MP
2016	34	0	2	0	8	12	30	26	11	0	7
2017	18	1	0	0	4	24	13	49	7	0	4
2018	5	0	0	0	2	17	4	22	2	4	6
2019	2	0	4	0	0	15	11	19	6	0	3
2020	0	0	0	2	0	5	12	4	4	0	2
Total	**59**	**1**	**6**	**2**	**14**	**73**	**70**	**120**	**30**	**4**	**22**

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

No período de 2016 a 2020 foram notificados 401 casos suspeitos de meningite de residentes em Campo Grande e confirmado 342 casos (tabela 36). A meningite viral registrou maior número de casos em relação às demais etiologias, 120 casos (35,08%), seguida das meningites bacterianas com 73 casos (21,34%), das meningites não especificadas 70 casos (20,46%) e meningites de outras etiologias 30 casos, correspondendo a 8,77%.

Tabela 2. Casos Confirmados de Meningites, segundo etiologia e faixa etária, Campo Grande – MS, 2016 a 2020.

Etiologia	<1Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+	Total
MCC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
MM	0	0	1	1	0	2	2	0	0	0	6
MM+MCC	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
MTBC	0	0	0	0	2	4	4	4	0	0	14
MB	12	8	10	3	3	6	19	6	3	3	73
MNE	12	9	5	4	5	14	11	6	4	0	70
MV	21	24	15	5	6	17	17	10	4	1	120
MOE	0	0	1	0	0	8	16	5	0	0	30
MH	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4
MP	1	1	0	1	1	4	7	4	3	0	22
Total	**47**	**42**	**34**	**14**	**17**	**56**	**77**	**36**	**15**	**4**	**342**

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

Observa-se no geral uma redução no número de casos de Meningites. A meningite viral continua sendo a que mais prevalece tanto na faixa etária infantil abaixo de 10 anos como na faixa etária adulta entre 20 e 49 anos (tabela 37).

O último caso de Meningite por *Haemóphilos influenza* (MH) foi registrado em 2012, com advento da vacinação em menores de 01 ano. Porém reapareceu em 2018 com 50% dos casos em menores de 9 anos e 50% na faixa de 50 a 79 anos.

- ✓ **Legenda Etiologia das Meningites:**

MCC:	Meningite Meningocócica
MM:	Meningococcemia
MM+MCC:	Meningite Meningocócica+Meningococcemia
MTBC:	Meningite Tuberculose
MB:	Meningite Bacteriana
MNE:	Meningite não Especificada
MV:	Meningite Viral
MOE:	Meningite por outra etiologia
MH:	Meningite Haemophilus Influenza
MP:	Meningite Pneumocócica

2.6.3.12 Dengue

A população de Campo Grande-MS vem convivendo com a dengue, desde o ano de 1986 quando foi isolado o vírus, sorotipo DEN 1, e dez anos depois se identificou o sorotipo DEN 2, que foi responsável pela epidemia que ocorreu em 2002, chegando aproximadamente a 13.000 notificações. Em 2005 começou a circulação pelo sorotipo DEN 3 e devido a existência de uma população susceptível e condições favoráveis, veio a deflagrar epidemia em 2007, com início em 2006. Em 2008 os casos de dengue ocorreram dentro do limiar endêmico, onde se notificou 1.776 casos, confirmando 211 casos, representando 12% de positividade. Em setembro de 2009, observamos um aumento significativo, mais precisamente na região urbana da Lagoa do Distrito Sanitário do Oeste, em especial o bairro Tarumã e seu entorno, disseminando para toda a cidade e dando origem a mais uma epidemia no ano de 2010, totalizando 41.402 casos, representando uma incidência de 5.468,5 casos/100.000 hab. Nesta última epidemia foram isolados 2 sorotipos, sendo que de 227 amostras positivas, 61 pelo sorotipo DENV 2 e 166 pelo sorotipo DENV 1.

No ano de 2011, o número de casos permaneceu acima do limiar endêmico na maioria dos meses, exceto nos meses de abril a julho (figura 3), porém bem abaixo do número de casos notificados na última epidemia de 2010. Totalizando 5.837 casos, representando uma incidência de 773,0 casos/100.000 hab. Ocorreram 120 casos graves, sendo 14 casos de FHD e 106 casos de DCC, com 3 óbitos por Dengue. Foram isoladas 23 amostras, sendo todas para DENV 1.

Em 2012 a situação epidemiológica no município de Campo Grande-MS foi de 8.003 notificações de casos suspeitos de dengue, representando uma incidência de 1.005,1 casos/100.000hab. Desde a 2ª semana de dezembro houve um aumento significativo no número de notificações de casos suspeitos de dengue, onde entramos em níveis epidêmicos.

Em 2013 a situação epidemiológica no município de Campo Grande-MS foi de 46.654 notificações de casos suspeitos de dengue, representando uma incidência de 5.859 casos/100.000hab. Houve a confirmação de 153 casos de FHD e os óbitos confirmados totalizaram 12.

Em 2014 foram notificados 4293 casos de dengue, sendo confirmados 1.011. Destes, foram 2 casos graves e 61 com sinais de alarme. O sorotipo circulante foi, predominantemente o DENV4.

Em 2015 totalizaram 17.815 notificações de casos suspeitos de dengue. Houve confirmação de três óbitos por Dengue, com início de sintomas nas semanas 17, 21 e 47. Foi possível observar um aumento considerável a partir da semana 43 (cerca de 57%) em relação à semana anterior, e a persistência da tendência de aumento nas semanas subsequentes, indicando uma situação de alerta. O mês de novembro totalizou 1.554 casos, 323% acima do limiar endêmico. Dezembro ficou com 1.276% acima do limiar (6547 casos). Houve 15 amostras positivas para DEN4, duas para DENV2 e 234 para DENV1, pela técnica de biologia molecular.

Tabela 1 - Casos de Dengue, por ano e classificação, Campo Grande, MS, 2016 a 2020.

Classificação	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Notificados	32098	3293	2865	44865	20196	103.317
Dengue	21066	993	1484	34626	13199	71368
Dengue com sinais de alarme	236	30	33	683	111	1093
Dengue grave	7	1	0	24	12	44
Óbitos	4	0	0	11	7	22

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

Em 2016, houve 32.098 notificações de casos suspeitos de dengue. Com 1 óbito na semana 01; 1 na semana 2, 1 na semana 6 e 1 na semana 12. Foram isolados 31 DENV1. No ano de 2017 a situação epidemiológica no Município de Campo Grande foi de 3.293 notificações de casos suspeitos de dengue. Nenhum óbito registrado.

Em 2018 a situação epidemiológica no Município de Campo Grande-MS foi de 2.865 notificações de casos suspeitos de dengue. Nenhum óbito registrado. Houve isolamento de 32 casos de DENV2.

O ano de 2019 compreendeu um período de epidemia, atingindo 44.865 casos, 18 casos graves e 11 óbitos. Foram detectadas 185 amostras positivas para DENV2 e 1 DENV.

Tabela 2. Sorotipos de dengue identificados em Campo Grande, MS, 2020.

Sorotipo	2016	2017	2018	2019	2020	Total
DENV 1	31	0	0	1	1	33
DENV 2	0	0	32	185	316	533
DENV 3	0	0	0	0	0	0
DENV 4	0	0	0	0	1	1
Total	**31**	**0**	**32**	**186**	**318**	**567**

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

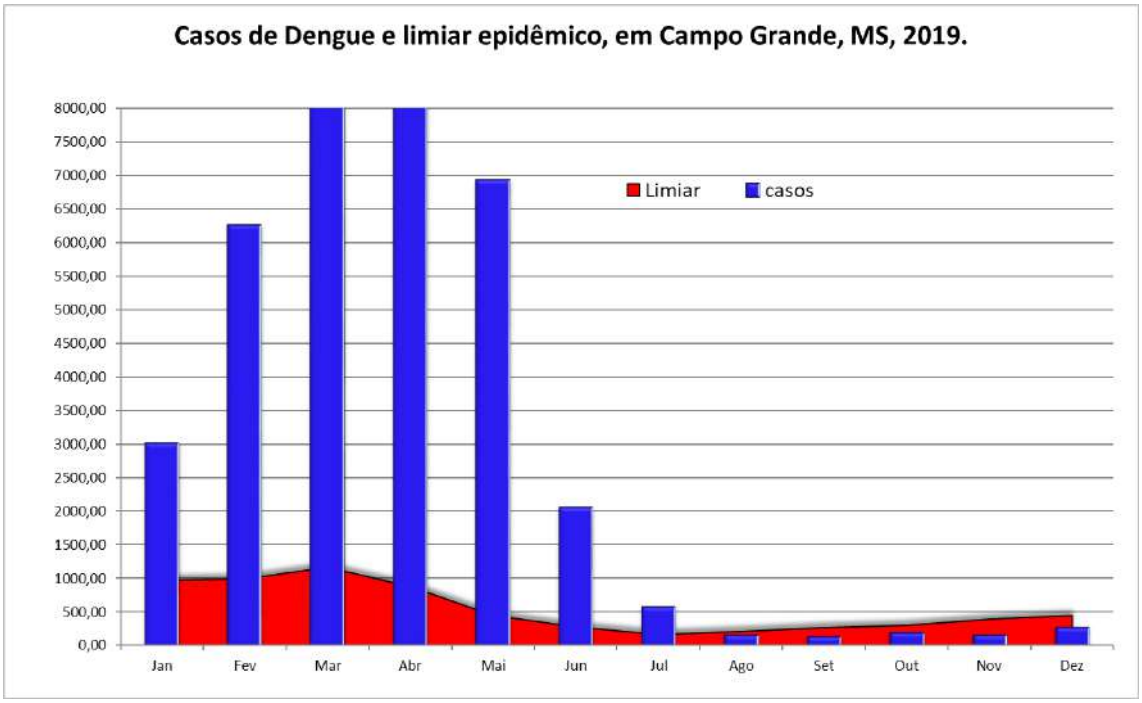
No ano de 2020 a situação epidemiológica no município de Campo Grande-MS foi de 20.196 notificações de casos suspeitos de dengue. O município atravessou um período de epidemia, porém terminou a ano em níveis endêmicos. Houve 10 casos graves registrados, com 7 evolução para óbito.

Quanto aos sorotipos circulantes em 2020, o predominante foi DENV2, com 316 amostras isoladas, houve isolamento de 1 amostra DENV1 e uma amostra DENV4.

No município de Campo Grande-MS, as ocorrências de epidemias de dengue têm apresentado um padrão cíclico bem definido. Nos últimos 10 anos, a ocorrência de epidemia era a cada 03 anos, sendo a última em 2016.

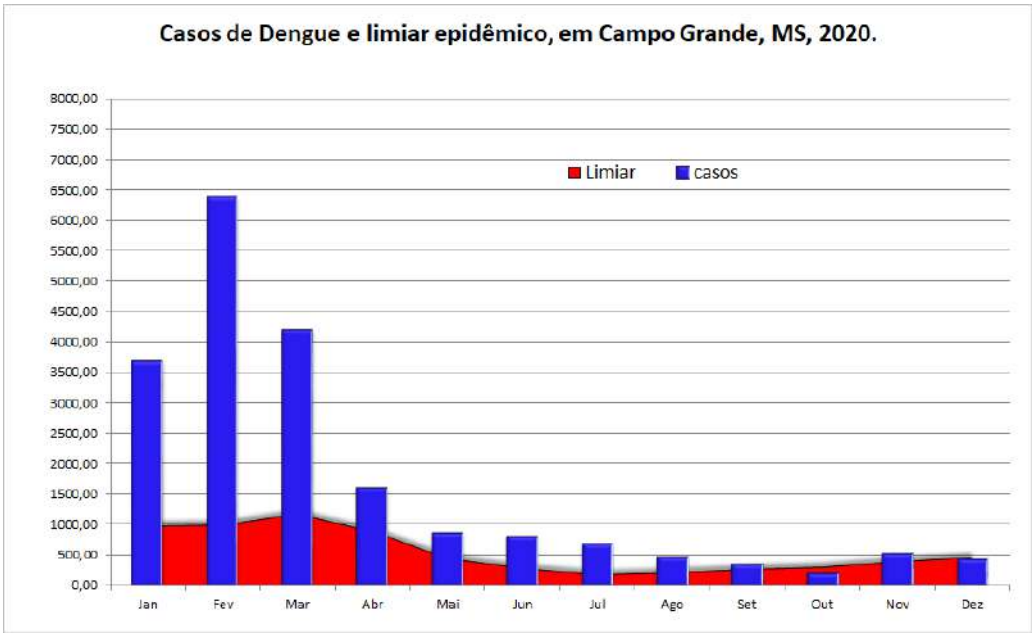
A duração do período epidêmico começa no mês de dezembro e se estende até o mês de abril. Porém nota-se a ocorrência de epidemia nos anos de 2019 e 2020 (Gráficos 29 e 30), dois anos consecutivos, o que nunca havia ocorrido em nosso município até então. Pode indicar uma mudança no padrão, ou somente um fato isolado, indicando necessidade de observação futura para melhor análise.

Gráfico 1. Casos de dengue e limiar endêmico, Campo Grande, MS, 2019.



Fonte: SINANONLINE/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

Gráfico 2. Casos de dengue e limiar endêmico, Campo Grande, MS, 2020.



Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

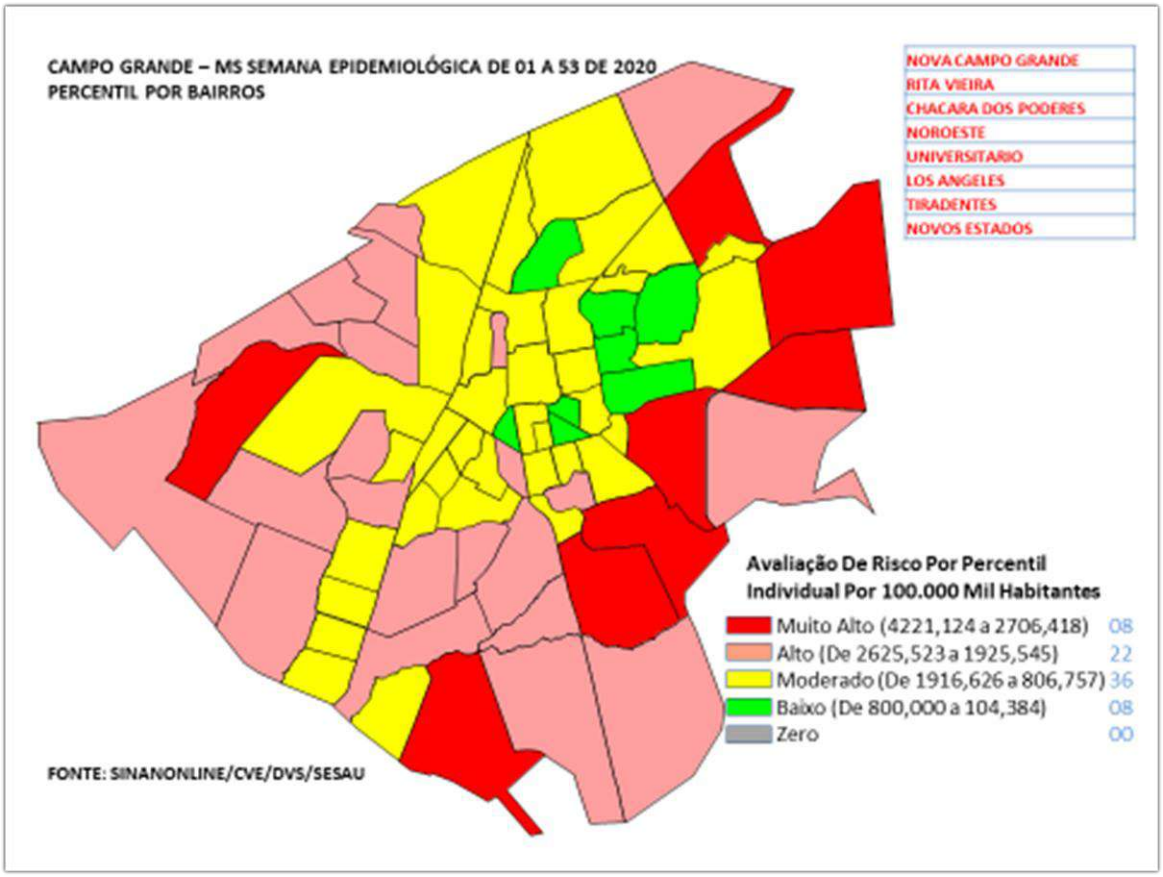
Nesse sentido, o Índice de Infestação predial para *Aedes aegypti* acima de 1% têm contribuído com as epidemias de Dengue. (SVS- CCEV)

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, o risco de ocorrência de epidemias de dengue com infestação predial para *Aedes aegypti* abaixo de 1% é baixo.

No Município de Campo Grande-MS, as ocorrências de epidemias de dengue têm apresentado um padrão cíclico bem definido. Nos últimos 10 anos, ocorreu uma epidemia a cada 03 anos, sendo as últimas ocorridas em 2019 e 2020. A duração do período epidêmico começa no mês de dezembro e se estende até o mês de abril. Considerando isto em 2018, o Índice de Infestação predial de janeiro foi de 3,6% e o de março de 1,1%. Em 2019 esse Índice foi de 2,9% em janeiro não sendo realizado outro levantamento antes do período epidêmico. Em 2020 houveram apenas três (03) levantamentos ao longo do ano devido pandemia COVID-19 neste período, com infestações de 2,0% em janeiro e 1,3% em março.

A manutenção do Índice de Infestação Predial elevado expõe a população ao risco de ocorrência de Epidemias da dengue, chikungunya e zika, podendo ocasionar óbitos por estas doenças. A chikungunya pode ocasionar casos crônicos de artralgias e a zika produz casos de microcefalias e outros problemas. Para a gestão produzirá gastos significativos com internações e tratamentos, além dos problemas de superlotação das unidades de saúde.

Figura 1 – Mapa de estratificação de risco de dengue por bairros, Campo Grande, MS, 2020.



Fonte: SINANONLIN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

Apesar do agravo afetar todo o município, a distribuição pelos grandes bairros não ocorre de forma linear, apresentando, geralmente diferentes incidências. No ano de 2020, quando houve período epidêmico, conforme pode-se verificar na figura 08, os bairros de maior incidência foram Nova Campo Grande, Rita Vieira, Chácara dos poderes, Noroeste, Universitário, Los Angeles, Tiradentes e Novos Estados.

2.6.3.13 Chikungunya

Em Campo Grande a Vigilância da Febre de Chikungunya se iniciou em torno de outubro de 2014, quando houve a confirmação de um caso autóctone. Em 2016 foram notificados 192 casos, sendo que 10 confirmados, todos autóctones, comprovando a introdução do vírus em nosso município.

Tabela 1. Casos de Chikungunya em Campo Grande-MS, 2016 a 2020.

Classificação	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Notificados	192	150	311	298	60	1111
Confirmados Autóctones	10	49	84	22	11	176
Óbitos	0	0	1	0	0	1

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

Em 2017 o número de casos confirmados aumentou para 49 durante o ano, e continuou aumentando em 2018, quando foram confirmados 84 casos. Em 2019 foram notificados 298 casos, com confirmação de 22. Em 2020 o número de casos sofreu uma redução, com confirmação de 11 casos.

Tabela 2. Casos confirmados de Chikungunya por faixa etária, Campo Grande-MS, 2020.

Fx Etaria	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
<1 Ano	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
01 a 04	0	0,0	4	8,2	3	3,6	1	4,5	0	0,0	8	4,5
05 a 09	1	10,0	4	8,2	4	4,8	0	0,0	0	0,0	9	5,1
10 a 14	0	0,0	2	4,1	3	3,6	0	0,0	0	0,0	5	2,8
15 a 19	1	10,0	3	6,1	4	4,8	2	9,1	0	0,0	10	5,6
20 a 34	5	50,0	16	32,7	22	26,2	7	31,8	4	36,4	54	30,3
35 a 49	1	10,0	14	28,6	19	22,6	7	31,8	4	36,4	45	26,4
50 a 64	2	20,0	4	8,2	18	21,4	3	13,6	2	18,2	29	16,3
65 a 79	0	0,0	2	4,1	11	13,1	1	4,5	0	0,0	14	7,9
80 e+	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	9,1	2	1,1
Total	10		49		84		22		11		178	

Fonte: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

Do acumulado de casos confirmados de chikungunya, 56% foi em adultos de 20 a 49 anos, as crianças menores de 14 anos representaram, somadas, apenas cerca de 12%. Em todo o período houve registro de apenas um óbito pelo agravo, em um paciente na faixa etária de 65 a 79 anos.

2.6.3.14 Vírus Zika

A vigilância epidemiológica do Zika foi introduzida em Campo Grande-MS em novembro de 2015, e neste mesmo ano foram notificados 507 casos, confirmando 165 casos autóctones.

Tabela 1. Casos de Zika por ano e classificação, Campo Grande-MS, 2016 a 2020.

Casos	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Notificados	2931	138	214	237	54	3604
Confirmados autóctones	1363	27	94	31	10	1525
Gestantes confirmadas	158	4	5	1	1	169
Malformação Congênita	13	0	0	0	0	13

Fonte: SINANNET/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

Em 2016, foram notificados 2.931 casos suspeitos, confirmando 1.363 casos, já demonstrando a transmissão sustentada do vírus. Passando, a partir de fevereiro de 2016, a coletar exames somente de gestantes, casos graves e síndrome neurológica durante todo o período de epidemia de dengue. Em 2017 foram confirmados 27 casos, aumentando para 94 em 2018 e 31 em 2019. No ano de 2020 houve uma redução nos casos, com confirmação de 10 casos.

Tabela 2. Nascimentos de crianças com malformações congênitas relacionadas a Zika vírus, conforme critério de confirmação, Campo Grande, MS, 2016.

Critério de confirmação	Número de casos
Resultado laboratorial do RN/feto/natimorto	5
Resultado Laboratorial da Mãe	3
Clínico/epidemiológico	1
Exames de imagem do RN	4
Total	**13**

Fonte: RESP/DATASUS/Ministério da Saúde, 2016.

Dos casos confirmados de Zika em todo o período, 185 eram gestantes. Destas gestantes, ocorreram 13 casos de malformações relacionadas ao Zika, todas no ano de 2016, conforme tabela 2.

2.6.3.15 Leishmaniose Visceral

A Leishmaniose Visceral é um dos maiores problemas de Saúde Pública enfrentados em Campo Grande-MS, pois desde sua introdução no município, com primeiros casos autóctones em torno de 2002, sua incidência se manteve elevada, com altas taxas de letalidade, sendo alvo de ininterruptas ações no intuito de controlar a doença, tendo se mostrado de muito difícil controle.

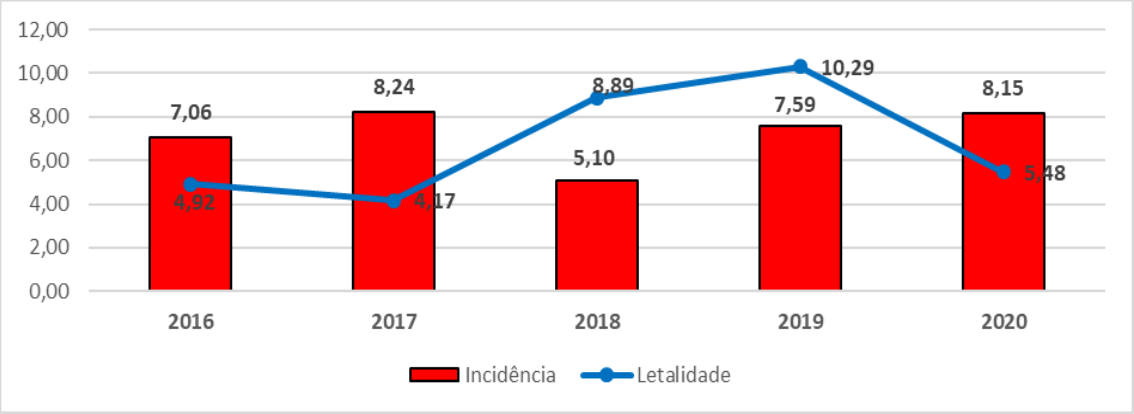
Tabela 1. Casos de Leishmaniose Visceral Humana, conforme classificação final e evolução, Campo Grande, MS, 2016 a 2020**.**

CASOS	2016	2017	2018	2019	2020	Total
SUSPEITOS	351	324	181	132	179	1167
CONFIRMADOS	89	102	68	88	100	447
CONFIRMADOS AUTOCTÓNES	61	72	45	68	73	319
CONFIRMADOS IMPORTADOS	28	30	23	20	27	128
ÓBITOS AUTÓCTONES	3	3	4	7	4	21

FONTE: SINAN/CVE/SVS/SESAU/PMCG, 2021.

Nos anos de 2016 a 2020 foram notificados e dados seguimentos a mais de 1.000 casos suspeitos de Leishmaniose Visceral Humana em Campo Grande-MS, distribuídos conforme tabela 1, sendo que destes foram confirmados cerca de 35,3%. De todos os anos analisados, 2016 teve o maior número de casos, quando foram notificados 351 casos de Leishmaniose Visceral Humana, com confirmação de 89 casos. Porém deve-se destacar que Campo Grande-MS, além de seu elevado número de casos, ainda centraliza o tratamento e acompanhamento de casos do interior do Estado, isto se evidencia quando se observa que do total dos casos confirmados no período, 40,1% são casos de outros municípios. Referente aos casos residentes em Campo Grande-MS (autóctones), foram 319 pacientes que adoeceram por Leishmaniose Visceral nos últimos 05 anos. Destes, 21 pacientes morreram pelo agravo (Tabela 1).

Gráfico 1. Incidência e letalidade da Leishmaniose Visceral, Campo Grande, MS, 2016 a 2020.



FONTE: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

No gráfico 1, visualiza-se a incidência da Leishmaniose Visceral ao longo dos últimos 05 anos, evidenciando uma situação de estabilidade, alterando entre cerca de 5 e 8/100.000 hab. Já quando se analisa a letalidade, observa-se um certo aumento nos anos de 2018 e 2019, quando chegou a 8,89 e 10,29%, respectivamente. Retornou para os índices anteriores (cerca de 5%) no ano de 2020.

Tabela 2. Casos autóctones de Leishmaniose Visceral por faixa etária, Campo Grande-MS, 2016 a 2020.

Faixa Etária	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
<1 Ano	2	3,3	2	2,8	3	6,7	3	4,4	1	1,4	11	3,4
01-04	7	11,5	12	16,7	9	20,0	4	5,9	2	2,7	34	10,7
05-09	1	1,6	0	0,0	2	4,4	3	4,4	0	0,0	6	1,9
10-14	0	0,0	2	2,8	1	2,2	2	2,9	0	0,0	5	1,6
15-19	0	0,0	1	1,4	2	4,4	4	5,9	2	2,7	9	2,8
20-34	18	29,5	8	11,1	11	24,4	16	23,5	13	17,8	66	20,7
35-49	21	34,4	22	30,6	8	17,8	24	35,3	31	42,5	106	33,2
50-64	9	14,8	16	22,2	6	13,3	8	11,8	21	28,8	60	18,8
65-79	2	3,3	5	6,9	3	6,7	3	4,4	3	4,1	16	5,0
80 e+	1	1,6	4	5,6	0	0,0	1	1,5	0	0,0	6	1,9
Total	193		155		86		70		52		556	

FONTE: SINAN/CVE/SVS/SESAU /PMCG, 2021.

Na distribuição destes casos por faixa etária, nota-se que a faixa etária mais acometida, geralmente, são os adultos jovens de 35 a 49 anos, seguidos pelo faixa etária de 20 a 34 anos, representando, juntos mais de 50% dos casos.

O grupo considerado de risco para óbito são os adultos acima de 50 anos, a ocorrência de casos neste grupo representou cerca de 25% do total.

Tabela 3. Óbitos autóctones de Leishmaniose Visceral por faixa etária, Campo Grande-MS, 2016 a 2020.

Faixa Etária	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
<1 Ano	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
01-04	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
05-09	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-34	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
35-49	0	0,0	0	0,0	1	25,0	4	57,1	3	75,0	8	38,1
50-64	2	66,7	3	100,0	2	50,0	2	28,6	0	0,0	9	42,9
65-79	1	33,3	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	3	14,3
80 e+	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	4,8
Total	3		3		4		7		4		21	

FONTE: SINAN/CVE/SVS/SESAU, 2021.

Essa faixa etária de maior risco representou mais de 60% dos óbitos ocorridos ao longo dos últimos 05 anos. Os óbitos, quando ocorrem em outras faixas etárias, estão, geralmente, associados à presença de comorbidades ou ao diagnóstico tardio. Nas faixas etárias compreendidas entre 01 e 34 anos, ao longo destes 5 anos, não foram registrados óbitos.

Houve uma redução do tempo ao longo dos últimos anos na entrega do diagnóstico de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) uma vez que a leitora de microplacas de ELISA está sendo configurada/ programada para que a leitura possa ser realizada mesmo com um quantitativo menor de amostras agilizando os resultados para os tutores.

Ressaltamos que tem havido um aumento gradativo de tutores que procuram o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) para o diagnóstico da doença, mas que tendo como resultado do diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral Canina, decidem pelo tratamento que nem sempre é realizado com o medicamento autorizado pelo Ministério da Agricultura (Milteforan®). Com a melhora gradativa dos sinais clínicos do animal tratado e aliado a isso, os altos custos do tratamento e da assistência médica veterinária, os tutores

acabam abandonando o tratamento dos animais colocando em risco a própria saúde, dos demais cães e da população circunvizinha ficando está exposta aos reservatórios contaminados.

Um fator positivo em relação a diminuição do tempo de espera é que tanto o Kit TR-DDP® quanto o kit ELISA estão sendo enviadas ao Estado de Mato Grosso do Sul e repassadas ao município com regularidade sem as interrupções que aconteciam nos anos anteriores.

Ainda como estratégia de melhorar o atendimento à população em relação à LVC os servidores são capacitados com regularidade a fim de melhorar o atendimento ao realizar as visitas zoosanitárias e também por contato telefônico.

Um marco importante foi a criação em 2018 do Serviço de Educação em Saúde. Em todos os eventos onde se deu a participação do CCZ, é divulgado material educativo sobre a LVC, a forma de transmissão e prevenção e cuidados que a população deve ter com os resíduos de origem orgânica.

2.6.3.16 Zoonozes

O serviço laboratorial do centro de Zoonoses realizou 25 análises de areais de parques e escolas no município no ano de 2016, destas, 07 (sete) (28%) encontravam-se positivas. Já nos 06 (seis) primeiros meses deste ano, vistoriou-se 18, sendo 05 (27,8%) positivas. O Serviço realiza também, exame sorológico para o diagnóstico da leishmaniose visceral canina (LVC), com positividade de 48,9% nos exames na sala de vacina, por demanda espontânea da comunidade, e 21,8% nas coletas residenciais no ano de 2016. Neste ano, já foram identificadas 43,4% de amostras positivas na sala de vacina e 22,3% nas coletas residenciais.

Ainda em relação ao controle da LVC realizou-se no ano de 2016 Inquérito Amostral a fim de se diagnosticar a prevalência da doença nos cães do município. Constatou-se 20,24% de positividade canina em Campo Grande-MS. Por distrito, foi constatado 23,88% no Anhanduizinho, 15,49%, no Centro, 18,75% no Lagoa, 16,84% no Imbirussu, 21,83%, no Segredo, 22,16% no Prosa, e 22,73% na região do Bandeira. No ano de 2017 foi realizado manejo ambiental nos domicílios de 11 bairros cujas prevalências caninas foram mais altas.

No que se refere à Vigilância da Raiva e controle de população animal, realizou-se 4.663 visitas domiciliares, observou-se 2.849 animais agressores em atendimento às 4.259 pessoas agredidas no município, sendo 68,6% dos observáveis. Neste ano observou-se 1.510 animais das 2.181 agredidos, sendo 71,5% observáveis. Finalizou-se a Campanha Antirrábica Animal com 78,3% dos cães e 134,3% dos gatos estimados vacinados. No ano

de 2016 realizou-se 1.985 vistorias zoossanitárias em atendimento a denúncias, com 243 Autos de Infração emitidos. E, até junho deste ano, 1.058 vistorias com 182 autuações. Castrou-se em média 402 cães e gatos por mês em 2016 e 462 em 2017. Foram recolhidos 10.268 animais em 2016 e 5.347 até junho deste ano.

Em 2017 o Serviço Laboratorial do Centro de Zoonoses realizou 58 análises de areia, em 2018 (93 análises), 2019 (61 análises) sendo que em 2020 foram apenas 15 análises e diagnóstico de areias em áreas de lazer (parques e escolas no município), A diminuição em 2020 deu-se em decorrência do quadro epidemiológico em que o município se encontra em decorrência da Pandemia SARS-Cov2-COVID-19 onde as escolas e parques foram fechados respeitando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da doença.

Em 2019 foi realizado o Inquérito Canino Amostral para o Diagnóstico de Leishmaniose Visceral Canina. Tal avaliação sorológica é indicada em áreas de transmissão moderada e intensa, quando não há possibilidade de realização de inquérito sorológico censitário, tendo como objetivo identificar áreas prioritárias a serem trabalhadas. As prevalências por Regiões Urbanas (RU) são as seguintes: RU Anhanduizinho 26,38%, RU Centro 16,21%, RU Lagoa 25,98%, RU Imbirussu 22,11%, RU Segredo 23,38%, RU Prosa 22,80%, RU bandeira 27,28%. Constatou-se a prevalência da Leishmaniose Visceral Canina no município de Campo Grande de 23,40%. O manejo ambiental foi realizado nos domicílios nos bairros cujas prevalências foram mais altas.

No que se refere à Vigilância da Raiva e controle de população animal, realizou-se em média entre os anos de 2018 a 2020 visitas em 8.840 domicílios. A Campanha Antirrábica Animal em 2020 obteve 84% de cobertura vacinal (ultrapassando o recomendado pelo Ministério da Saúde) - em relação ao número de animais do censo de 2015. Em 2020 foram vacinados 141.386 cães e 49.450 gatos. A Campanha Antirrábica estendeu-se até a zona rural do município, ação esta que não realizávamos há 4 anos.

Em 16 de maio de 2019 a Prefeitura Municipal de Campo Grande-MS, por meio da AGETEC (Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação), lançou Sistema de Agendamento On-line de Castração de Felinos – CCZ Online. Sendo o primeiro sistema institucional a prestar este serviço à população e protetores da causa animal, acabando com as longas filas e espera nas ligações telefônicas. Os agendamentos acontecem mensalmente, são abertas todo dia 20 de cada mês ofertando 600 vagas para castrações. No ano de 2019 o CCZ realizou um total de 7.103 cirurgias de castração sendo 6.898 em felinos e 205 cães (esses adotados no CCZ) e ainda devido a nova plataforma de agendamento que obriga o tutor do animal a cumprir a Lei de Microchipagem 6.761 animais foram microchipados.

O Serviço de Controle de Roedores e Animais Sinantópicos realiza rotineiramente, em média, o atendimento de 1.421 imóveis efetuando a desratização e o tratamento com produtos químicos para as diferentes pragas urbanas e 900 vistorias com orientação ambiental e orientações em casos de acidente por animais peçonhentos.

Como parte do programa de controle de pragas e animais sinantrópicos do município, a Secretaria Municipal de Saúde realiza anualmente a desratização em vias públicas, colocando iscas parafinadas em bueiros, galerias de esgotos e redes pluviais, fazendo assim o controle da população murina em áreas públicas e terrenos, contribuindo para o controle da leptospirose nos imóveis e da cidade, ação realizada nos meses de maio e setembro meses estes de baixo índice pluviométrico.

A escolha dos logradouros é feita por áreas de maior infestação de roedores e também recomendada nas proximidades de hipermercados e mercados municipais, praças públicas, local de oferta de alimentos, ferros velhos, córregos, escolas, igrejas, creches, restaurantes e lanchonetes, e ainda órgãos estaduais e federais. Em 2020 realizamos 2 (dois) ciclo de desratização das vias públicas inclusive aumentando nossa área mapeada em anos anteriores. Foram tratados 38.834 bueiros de logradouros.

Em 2019, com a crescente divulgação das atividades do Setor de Educação em Saúde fez com que se ampliassem as participações em ações como feiras, treinamentos e palestras dando mais visibilidade ao CCZ.

A educação em saúde de forma humanitária é com certeza um dos principais pilares no controle de zoonoses, agravos à saúde transmitidos por animais e manejo populacional de cães e gatos. As atividades junto à população, especialmente das crianças, fazem parte da rotina de nossa unidade.

No ano de 2019 participamos de 97 eventos, levando orientações, teatros e brincadeiras educativas; Feira de adoção e vacinação antirrábica em cães e gatos que junto à rotina de adoção do CCZ totalizaram 2.666 adoções responsáveis de cães e gatos.

Ressaltamos que a partir de março de 2020, em decorrência da Pandemia por COVID-19 este setor foi drasticamente afetado uma vez que os eventos foram proibidos a fim de não haver aglomeração. Desta forma com o objetivo de realizarmos nossas feiras de adoção a fim de conseguirmos lares responsáveis para os animais saudáveis abrigados no CCZ houve a necessidade de se fazer feiras de adoção em novo formato. Iniciou-se desta forma as feiras temáticas online com ampla divulgação nas redes sociais oficiais da SESAU, mídias televisivas entre outros meios de comunicação.

A Campanha Dezembro Verde objetivando conscientizar a população residente no município de Campo Grande - MS de que o abandono de animais é crime deu-se em 2019. O Centro de Controle de Zoonoses enfatiza que além de ser um ato cruel, deixa o animal

em extrema vulnerabilidade ocasionando seu sofrimento, acaba sendo uma fonte de transmissão de doenças e agravos e ainda pode levá-lo à morte.

A campanha Dezembro Verde teve sua abertura em 07/12/2019 com ações realizadas no decorrer do mês para a conscientização da população sobre o abandono de animais e os problemas causados por este foram feitas blitz educativas nas principais avenidas do centro da capital, exposição de cartazes em terminais de ônibus, aeroportos, praças e parques, palestras nas escolas.

O abandono de animais acarreta uma série de problemas à saúde pública pois a presença de animais em locais públicos, sem qualquer tipo de supervisão, restrição e cuidados veterinários podem ser transmissores de zoonoses como a Raiva, Leishmaniose, Leptospirose, toxocariose e outras doenças, além das implicações envolvidas com os casos de agressão aos humanos e a outros animais, e envolvimento em acidentes automobilísticos trazendo impactos ambientais, riscos a população e consequências na economia.

No Brasil, a Lei Federal 9.605 de 1998 (BRASIL, 1998), é considerado crime maus tratos de animais (incluindo o ato de abandono de animais) e deve ser denunciado.

No ano de 2020 devemos salientar que nossas atividades em Educação em Saúde foram prejudicadas ao longo do ano devido ao cumprimento dos Decretos em decorrência da situação sanitária mundial provocada pelo SARS-Cov-2. No final do mês de outubro, com a discreta estabilização dos casos da doença, demos início aos eventos levando informações de Educação em Saúde em Pet Shops e em feiras de adoção de cães e gatos e disponibilizando vacinas antirrábicas aos animais que ainda não haviam sido vacinados.

Os atendimentos relacionados à vigilância da Raiva sempre foram priorizados.

Como o Programa de Manejo Populacional de Felinos foi interrompido por causa da Pandemia, houve a necessidade de realizarmos dois Mutirões de Castração, para 2000 animais (1200 felinos e 800 caninos), a fim de compensarmos o número de animais que deixamos de castrar no período mais crítico do COVID-19. Ainda em 2020 adquirimos 01 trailer castramóvel para a realização do Manejo Populacional de Cães em bairros de vulnerabilidade socioeconômica do município ação está norteada pela Lei nº 13.426 de 30/03/2017.

Adquirimos também um veículo tipo Van para o transporte da equipe responsável em realizar Educação em Saúde nos bairros priorizados, juntamente com as ações do castramóvel.

Com a parceria firmada com a Atenção Primária à Saúde em decorrência das atividades do castramóvel utilizando os Agentes Comunitários de Saúde estão surgindo novas necessidades de atuação de controle de outras doenças como a Toxoplasmose em áreas que ainda serão pré-definidas pela CRAB.

É cada vez mais frequente as ações do Centro de Controle de Zoonoses em diligências da Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista (DECAT) e ONGs de proteção animal tanto nas situações de maus tratos quanto nas situações em que a pessoa se enquadra em transtornos de acumulação de objetos e/ou animais onde a situação problemática envolvendo saúde única torna-se bem evidente. Tais atividades em parcerias fortalecem as instituições envolvidas a trabalharem de forma multiprofissional e intersetorial.

2.6.3.17 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária possui cadastrados 24.023 estabelecimentos (fonte: Banco de dados sistema SOSWEB em 18/06/2021) para realizar a fiscalização e licenciamento desses locais, além de uma série de atividades, como, a coleta de amostras e apreensões de alimentos, de medicamentos e produtos, atendimento de denúncias, investigação de acidentes e mortes no trabalho e vistoria locais para controle do Aedes aegypti. O prazo concedido para os estabelecimentos adotarem as providências sanitárias é 30 dias, podendo ser prorrogado mediante solicitação, conforme a Lei nº 148/2009 - Código Sanitário Municipal. Assim, o tempo para licenciamento é variado, de acordo com a complexidade da atividade desenvolvida pela empresa.

A Vigilância Sanitária busca atender com prioridade e rigor as atividades de alto risco sanitário, pois nelas é maior a possibilidade de ocorrência de evento que poderá ser danoso para a saúde; ou seja, refere-se à possibilidade de algo (produto, processo, serviço, ambiente) causar danos à saúde de forma direta ou indiretamente.

As atividades com alto risco sanitário são então, aquelas em que são produzidos ou comercializados produtos ou oferecidos serviços que podem causar danos à saúde, como por exemplo: contaminação dos produtos, contágios de doença, acidentes aos trabalhadores etc.

Outros serviços considerados prioritários também são realizados, devido ao risco necessitam ser feitos com agilidade, como o atendimento de denúncias e solicitações de Órgãos (Ministério Público Estadual, Programa de Proteção e Defesa do Consumidor – PROCON, Delegacia de Polícia de Defesa do Consumidor – DECON, Delegacia Especializada de Representação aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista - DECAT), o que ocasiona demora nas inspeções e atrasos nas reinspeções aos estabelecimentos, justamente pelo número de recursos humanos insuficientes. O atendimento da demanda do Ministério Público Estadual é um serviço que tem que ser realizado com prazo determinado, como as fiscalizações nas unidades de saúde, parques públicos, escolas e CEINF municipais, locais dispensados de licença sanitária para

funcionar, porém necessitam de acompanhamento da fiscalização sanitária com o envio de relatórios para o Órgão.

Foi publicada a Resolução n° 584 de 11/02/2021 a qual elenca os estabelecimentos de alto risco os quais são sujeitos ao licenciamento sanitário. Tal publicação fez-se necessária para o atendimento a Lei da Liberdade Econômica e também para facilitar o trabalho dos empresários de forma a desburocratizar o serviço público. Com a publicação desta Resolução muitos estabelecimentos passaram a ser dispensados do licenciamento o que tende a diminuir o tempo para inspeção de estabelecimentos de alto risco, o qual é o foco principal da vigilância sanitária. No entanto, lembramos que, apesar dos estabelecimentos de baixo risco sanitário estarem dispensados do licenciamento, estes estabelecimentos continuam sujeitos a fiscalizações e monitoramentos em caso de encontrarem-se em desacordo com as legislações vigentes.

Para otimizar a fiscalização sanitária é necessário um sistema informatizado com os registros das ações desenvolvidas na área e possibilidade de emissão de relatórios além de ser um sistema com constante atualização visto que a atividade da vigilância sanitária é muito dinâmica.

Em 2021 a Vigilância Sanitária utiliza o Sistema Organizacional da Saúde – SOSWEB que contém o módulo Vigilância Sanitária, o qual foi desenvolvido e é atualizado pela Agência Municipal de Tecnologia da Informação (AGETEC), no qual é feito apenas o cadastramento das empresas e a emissão da licença sanitária. Entretanto faz-se necessária constantes atualizações do sistema, bem como a criação de outros módulos de acessos externos e acessos externos online a população para atendimento da Lei Complementar nº 148, de 23 de dezembro de 2009 (Código Sanitário Municipal) e Resolução SESAU nº 283, de 20 de setembro de 2016 que trata do licenciamento sanitário de empresas, estabelecimentos, eventos e veículos de interesse à saúde no âmbito do Município de Campo Grande-MS com a disponibilização de acesso às informações em tempo real para garantir o controle mais efetivo e rápido dos dados, e assim, otimizar o trabalho da Vigilância Sanitária. O sistema possibilitará que a equipe de fiscalização e gestores tenham subsídios adequados para o melhor desenvolvimento de ações.

O atendimento das metas elencadas é de grande importância para a saúde pública, sendo que as ações de fiscalização sanitárias possuem previsão orçamentária de Recursos Federais procedentes da Portaria nº 1378/GM/MS, de 09/07/2013, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31/03/2014 - Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde; Portaria nº 3.086/2013; do Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA e dos repasses da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.

A Vigilância Sanitária recebeu no ano de 2018, do sistema Ouvidor SUS, 580 denúncias e em 2019 542 denúncias por ano, todavia, em 2020 em decorrência da

pandemia do vírus COVID-19 recebeu-se 7.426 denúncias (uma média de 619 denúncias por mês) e de janeiro a maio de 2021 este número já está em 1678 (média de 336/mês).

As denúncias supramencionadas são relacionadas às questões de inadequação das condições de funcionamento de estabelecimentos industriais e comerciais, prestadores de serviços de saúde, meio ambiente, saúde do trabalhador, de produtos, resíduos e outros, que podem oferecer riscos à saúde da população e, especificamente em 2020 e 2021 houve um aumento decorrente de denúncias/reclamações relacionadas a pandemia, entretanto, todas são consideradas como prioridades.

Como citado anteriormente, recebe-se também, além das denúncias da Ouvidoria SUS feitas por munícipes, as de órgãos públicos como o Ministério Público Estadual, Programa de Proteção e Defesa do Consumidor – PROCON, Delegacia de Polícia de Defesa do Consumidor – DECON, Delegacia Especializada de Representação aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista - DECAT) e outros, através de ofício.

Ressaltamos que a equipe geral da vigilância sanitária, que atua na sede da Coordenadoria de Vigilância Sanitária totaliza em 55 auditores fiscais da vigilância sanitária, sendo apenas 41 que executam expediente externo, o que se percebe claramente que o quantitativo de auditores fiscais sanitários ainda é insuficiente para o grande aumento de serviço.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA) atende às denúncias relacionadas às questões ambientais (manutenção de locais com água parada, descarte de água servida em vias públicas, destinação inadequada de resíduos perigosos, acúmulo de materiais inservíveis em estabelecimentos, imóveis e terrenos baldios, entre outros), que são encaminhadas pela Ouvidoria SUS, MPE, DECAT, SEMADUR e outros órgãos e secretarias. A maior dificuldade encontrada para resolução das demandas é o tempo despendido em localizar os proprietários de imóveis abandonados e terrenos baldios para que possam ser notificados. A CVSA realiza fiscalizações e inspeções sanitárias visando o licenciamento sanitário dos estabelecimentos de interesse da Vigilância de Saúde Ambiental e emite o Certificado de Autorização para Fornecimento e/ou Uso de Sistemas e Soluções de Abastecimento de Água, em locais abastecidos por soluções alternativas coletivas (poço).

A busca da agilidade nos atendimentos das denúncias destina-se a evitar a ocorrência de doenças ou agravos à saúde. Desta forma, a diminuição do tempo de atendimento vem de encontro com a necessidade da população e papel do Estado de melhorar os serviços prestados.

Não há dados referentes à Segurança do Paciente na Prefeitura de Campo Grande. Tendo em vista a inexistência de ações relacionadas à segurança do paciente no município, ocasionando diversos incidentes/eventos adversos aos pacientes. Há a necessidade de se

instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Para isto será considerado o disposto na Resolução RDC/ANVISA nº 36/2013, onde são adotadas as seguintes definições: boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados; cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde; dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde; garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem; gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional; incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde; núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente; plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde; segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde; serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis; tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Para aplicação das ações é necessária a criação do Núcleo de Segurança do Paciente e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes: A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; A disseminação

sistemática da cultura de segurança; A articulação e a integração dos processos de gestão de risco; A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Sendo assim, compete ao NSP: promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

O Plano de Segurança do Paciente deve ser elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para: identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; Identificação do paciente; Higiene das mãos; Segurança cirúrgica; Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; Segurança no uso de equipamentos e materiais; Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado; Prevenção de quedas dos pacientes; Prevenção de úlceras por pressão; Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral; Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; Promoção do ambiente seguro.

O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP através de notificação dos eventos adversos, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

O descumprimento das disposições contidas na RDC/ANVISA nº 36/2013, constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

2.7 Emergência em Saúde Pública

Emergência em saúde pública caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.

Em 22 de abril de 2008, por meio do Decreto n. 10.456, foi criada a URR (Unidade de Resposta Rápida), a qual desde então atende todos os agravos de interesse em saúde pública (instituições públicas e privadas). Em 2020, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) do município de Campo Grande foi instituído por meio do Decreto n. 14.558, de 8 de dezembro de 2020, com a finalidade de implementar a captação de notificações, análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática de vigilância em saúde , criando meios de identificação, caracterização e intervenção precoce nas emergências em saúde pública de relevância municipal, estimando o risco de expansão destes eventos.

O CIEVS Campo Grande está acessível 24 horas por dia, todos os dias do ano, por meio do Disk-Notifica (98405-8689) e E-notifica (urr.cievscg@hotmail.com). Para recebimento das notificações de emergências epidemiológicas, o centro possui equipes de plantão diurno e noturno com técnicos capacitados para atendimento e desencadeamento das respostas necessárias. O CIEVS Campo Grande compõe a *Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Rede CIEVS*, que atualmente conta com 57 centros ativos em todo o Brasil.

Ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/CG), vinculado à Superintendência de Vigilância em Saúde, compete:

I - Desenvolver atividades de manejo de crises agudas, incluindo o monitoramento de situações sentinelas e apoio para o manejo oportuno e efetivo de emergências epidemiológicas de relevância em saúde pública, sendo um elemento facilitador na formulação de respostas rápidas e integradas nas esferas de governo de abrangências nacionais, estaduais, regionais e municipais;

II - Compor e atuar no Sistema de Vigilância em Saúde, integrando a rede nacional do CIEVS;

III - Promover, estimular, e desenvolver a gestão de recursos humanos no componente atualização científica e técnica dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em emergências epidemiológicas;

IV - Atuar no monitoramento da acurácia das fontes de dados e informações de saúde que alimentam o CIEVS, assim como captar as notificações, busca de notícias, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados;

V - Fortalecer a avaliação da situação de saúde por meio de indicadores epidemiológicos estratégicos como mecanismos de transparência e comunicação;

VI - Proceder, junto à área técnica responsável, a verificação/investigação dos eventos de saúde que apresentem níveis acima do limite de casos, alteração no padrão epidemiológico das doenças conhecidas e/ou óbito em determinado tempo e local de âmbito municipal, assim como nos eventos de massa e nos desastres naturais e antropogênicos;

VII - Criar, divulgar e manter meio de comunicação permanente e eficiente (telefone, e-mail, site, aparelho de videoconferência), para recebimento das notificações de emergências em saúde pública 24 horas por dia, todos os dias do ano, provenientes do município de Campo Grande;

VIII - Notificar à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul em até 24 horas, todas as emergências em Saúde Pública de relevância nacional segundo Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020;

IX - Manter equipamentos e insumos mínimos necessários para operacionalização da atividade técnica;

X - Criar, convocar e organizar reuniões periódicas do Comitê de Monitoramento de Eventos para avaliar os eventos em curso a partir da integração com todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde e outros setores necessários com o objetivo de compartilhar informações e dar agilidade nas respostas coordenadas;

XI - Disponibilizar para áreas técnicas da Secretaria, estrutura física e de tecnologia da informação, para análise de situação de saúde de problemas de saúde pública de interesse local, nacional e internacional que possam interferir na saúde da população;

XII - Desenvolver instrumentos para monitorar e avaliar a estruturação institucional no enfrentamento das emergências epidemiológicas, permitindo o aprimoramento e manutenção dos sistemas implementados;

XIII - Desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

Ao Serviço de Unidade de Resposta Rápida (URR), diretamente subordinado ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/CG), compete:

I - Ampliar a capacidade técnica de respostas às emergências epidemiológicas, incluindo capacitação de recursos humanos para instituir ações de investigação, controle e prevenção;

II - Ampliar as estruturas físicas e logísticas para o enfrentamento das emergências epidemiológicas, com a instituição da rede de apoio técnico constituída de profissionais de referência no campo laboratorial, assistencial, epidemiológico e outras áreas do saber que se fizerem necessárias na resolução dos problemas identificados;

III - Manter equipe de plantonista 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias do ano, sendo, durante o expediente presencial e, fora de expediente, incluídos feriados e finais de semana;

IV - Planejar e controlar as escalas de plantões da equipe, conforme responsável técnico do setor;

V - Coordenar, elaborar critérios e executar, em conjunto com Gerência de Educação Permanente e Coordenadoria de Responsabilidade Técnica, o processo seletivo para inserção dos profissionais na URR;

VI - Avaliar e orientar importância da notificação de casos suspeitos contidos da Portaria nº 1.061, de 18 de Maio de 2020, assim como elucidação diagnóstica por meio da coleta de exames laboratoriais;

VII - Manter e controlar insumos para a realização de coletas de agravos de interesse em saúde pública;

VIII - Realizar coleta de material (atendimento in loco) no município de Campo Grande, desde que a notificação do agravo atenda aos critérios de coleta estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IX - Transportar as amostras coletadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) ou Laboratório Central Municipal (LABCEN), preservando o transporte correto e armazenamento da amostra;

X - Realizar investigação de surtos sempre que necessário; XI - notificar ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) Estadual, agravos contidos na Portaria 1.061, de 18 de Maio de 2020;

XII - Desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

Ao Serviço de Vigilância dos Vírus Respiratórios, diretamente subordinado ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/ CG), compete:

I - Realizar visitas técnicas nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda grave (SRAG) no intuito de melhorar o serviço;

II - Padronizar, supervisionar e rever rotinas técnicas quanto ao funcionamento e indicadores das unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), conforme preconizado por meio de portaria ministerial;

III - Monitorar indicadores das unidades sentinelas de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave;

IV - Realizar capacitações quanto à coleta de material para COVID-19, Influenza e outros vírus respiratórios, assim como divulgação do protocolo do Ministério da Saúde;

V - Realizar visitas técnicas aos hospitais, unidades básicas de saúde, unidades 24 horas e distritos sanitários, sempre que se fizer necessária;

VI - Realizar digitação das fichas de notificação de SRAG no SIVEP-Gripe recebidas pelas unidades de saúde hospitalares do município de Campo Grande;

VII - Alimentar as planilhas de vírus respiratórios, visando monitoramento de casos notificados;

VIII - Auxiliar no monitoramento das unidades sentinelas se Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);

IX - Desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

Ao Serviço de Gestão da Resposta Coordenada, diretamente subordinado ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/ CG), compete:

I - Realizar visitas técnicas nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda grave (SRAG) no intuito de melhorar o serviço;

II - Articular e agilizar os processos de verificação e análise de relevância das emergências epidemiológicas entre as diferentes esferas de gestão do SUS;

III - Desenvolver instrumentos para monitorar e avaliar a estruturação institucional no enfrentamento das emergências epidemiológicas, permitindo o aprimoramento e manutenção dos sistemas implementados;

IV - Identificar emergências epidemiológicas, de modo contínuo e sistemático, por meio de notificação telefônica (disque notifica), eletrônica (E-notifica) e formulário on line;

V - Aperfeiçoar os mecanismos de triagem, verificação e análise das notificações para identificar e responder às emergências epidemiológicas;

VI - Divulgar dados epidemiológicos no intuito de nortear os profissionais de saúde e população quanto a ocorrência de agravos no município;

VII - Realizar visitas técnicas aos hospitais (núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar), unidades básicas de saúde, unidades 24 horas e distritos sanitários, sempre que se fizer necessária;

VIII - Investigar surtos diante da sua ocorrência;

IX - Notificar ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) Estadual, agravos contidos na Portaria 1.061, de 18 de Maio de 2020;

X - Dispensar insumos aos distritos sanitários / unidades de saúde;

XI - Criar sistema de alertas para monitoramento de eventos e casos de interesse de saúde pública;

XII - Divulgar alertas por meio de Clipping de notícias;

XIII - Divulgar situação epidemiológica dos agravos de interesse de saúde pública por meio de Boletins Epidemiológicos;

XIV - Divulgar registros monitorados pelo CIEVS por meio de Boletim padronizado (INFOCIEVS) na rede institucional e mídias sociais;

XV - Realizar treinamento no enfrentamento a eventos de risco a saúde pública e análise da situação de saúde;

XVI - Notificar no Sistema Integrado de Monitoramento de Eventos em Saúde Pública (SIME) todos os eventos de notificação imediata relacionados no Anexo da Portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, caracterizados por periodicidade;

XVII - Disponibilizar protocolos e viabilizar metodologias de epidemiologia de campo para as equipes de saúde;

XVIII - Implantar a sala de situação, conforme estratégia de enfrentamento aos agravos de interesse em saúde pública;

XIX - Operacionalizar e organizar a realização das videoconferências;

XX - Uniformizar processos internos de recebimento de notificações, registro de informações, monitoramento e resposta aos eventos de saúde pública;

XXI - Identificar equipe de resposta, caso seja necessário, para apoiar as áreas técnicas nas investigações epidemiológicas;

XXII - Coordenar as reuniões do Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública e elaborar resumo contendo informações deliberadas nas reuniões;

XXIII - desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

O Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CMECG) constitui-se em um espaço consultivo e deliberativo, que por meio da identificação e definição de prioridades determinará as soluções, através da organização de ações e serviços para a resposta e atenção à saúde, de forma integrada e resolutiva diretamente subordinado ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/ CG). Vale ressaltar que o comitê se encontra em processo de implantação.

O município de Campo Grande-MS possui os seguintes planos de contingência:

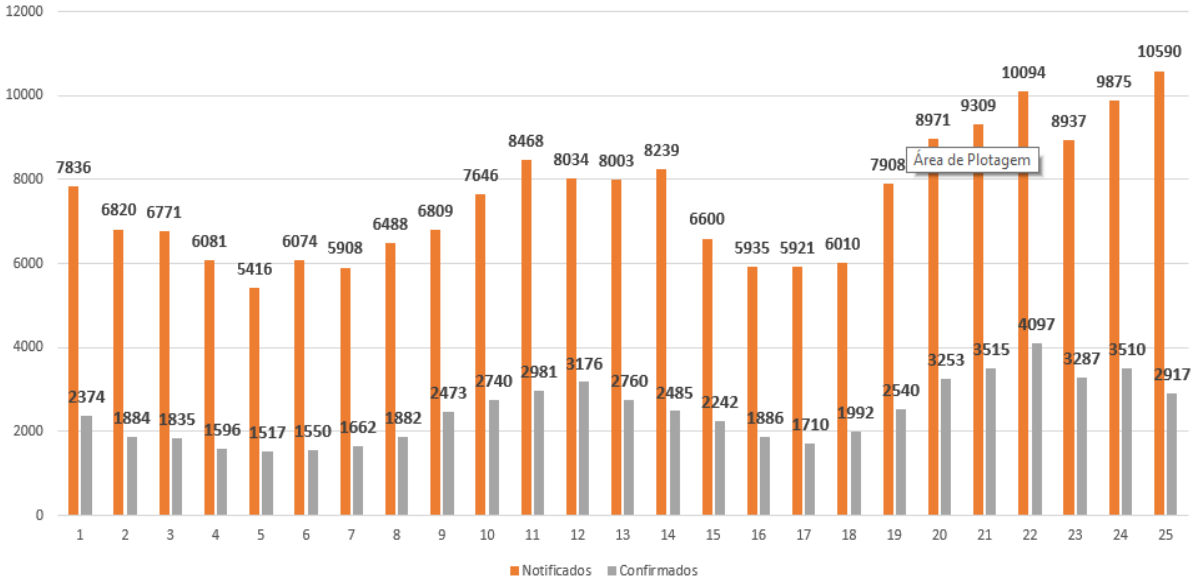
- Plano de Contingência Municipal de enfrentamento da Influenza;

- Plano de Contingência Municipal de enfrentamento à COVID-19;

- Plano de Contingência para situação de Epidemia de dengue, Chukungunya e zika.

Cenário epidemiológico do COVID-19 no município de Campo Grande/MS:

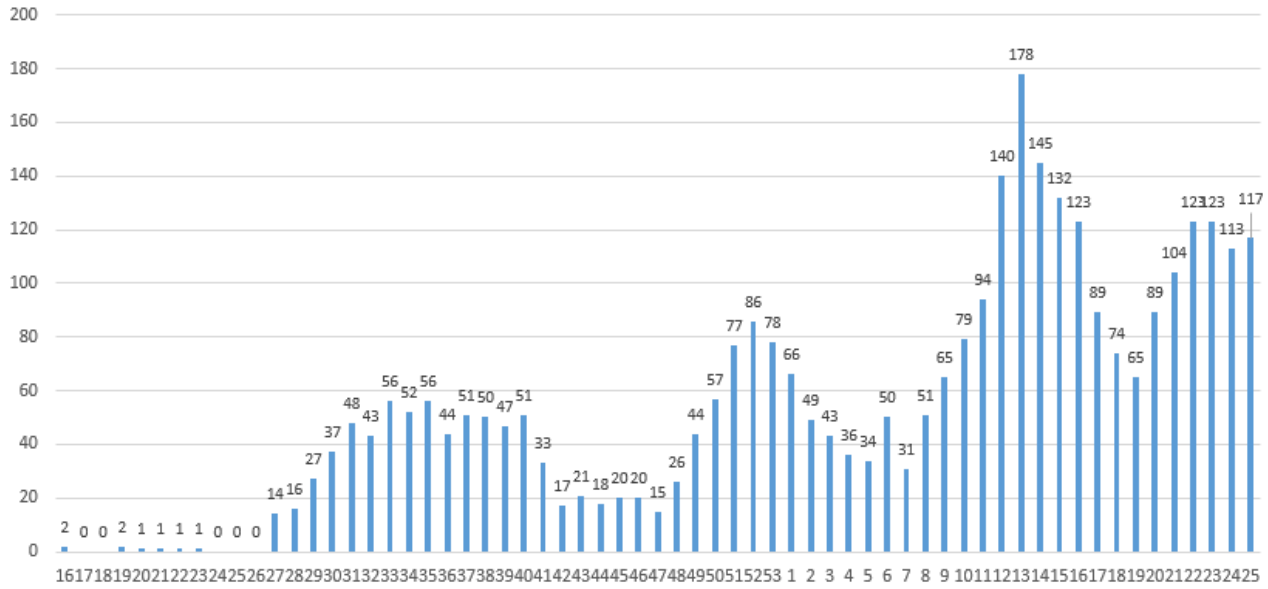
Gráfico 1. Casos notificados e confirmados por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por semana epidemiológica – 2021



*Dados atualizados até 28 de junho de 2021.

O Gráfico 1 refere-se aos casos notificados e confirmados para COVID-19 no município de Campo Grande até o dia 26/06/2021 (SE 25). Observa-se acentuado aumento de casos a partir da SE (Semana Epidemiológica) 18, a qual compreende o período de 02/05/21 a 08/05/21. A SE 25 demostra discreta redução no número de casos confirmados, no entanto, estes números podem sofrer alterações devido retroalimentação dos sistemas de notificação.

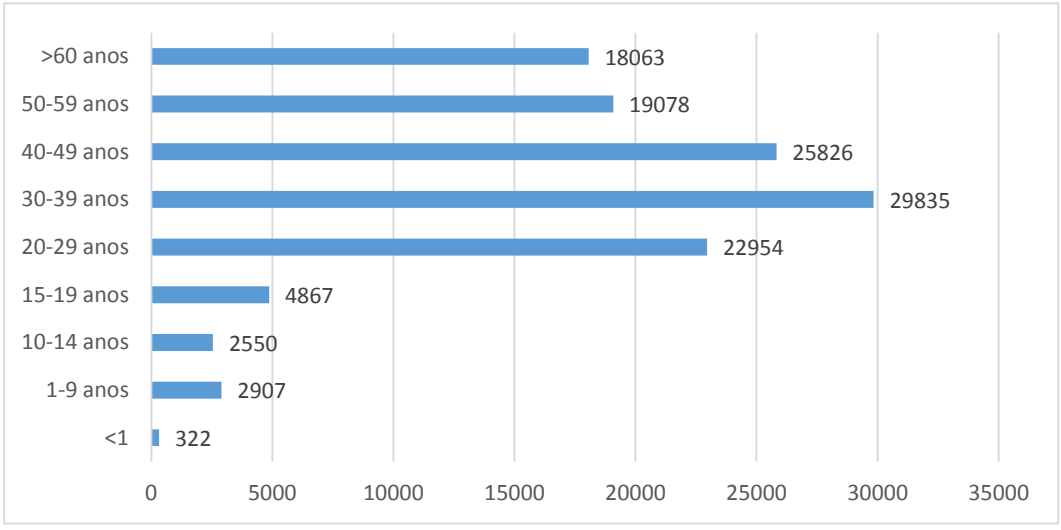
Gráfico 2. Óbitos por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por semana epidemiológica – 2020 e 2021.



*Dados atualizados até 28 de junho de 2021.

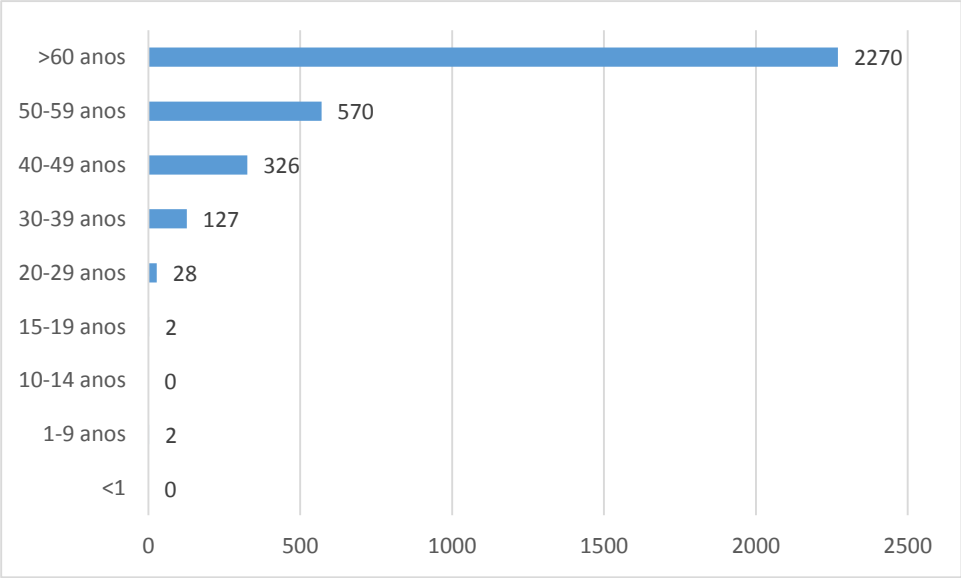
Gráfico 2 representa o quantitativo de casos confirmados por Covid-19 que evoluíram a óbito no município de Campo Grande/MS a partir da SE 16/2020 (12/04/2020 a 18/04/2020). Observa-se ainda crescente aumento de casos a partir da SE 08/2021, com pico máximo de óbitos na SE 13/2021 (28/03/2021 a 03/04/2021) representando um quantitativo de 178 óbitos em residentes no município de Campo Grande.

Gráfico 3. Distribuição dos casos confirmados por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por faixa etária – 2020 e 2021.



*Dados atualizados até 28 de junho de 2021.

Gráfico 4. Distribuição dos óbitos por Covid-19 no município de Campo Grande/MS, por faixa etária – 2020 e 2021.



*Dados atualizados até 28 de junho de 2021.

O gráfico 4 representa a distribuição dos óbitos por Covid-19 no município de Campo Grande/MS estratificados por faixa etária nos anos de 2020 e 2021. Ao se analisar a variável faixa etária, observa-se maior acometimento na população acima de 60 anos, o que representa 68,3 % dos casos. Vale enfatizar a análise dos óbitos no contexto geral da pandemia, podendo a variável faixa etária sofrer alterações ao se considerar o recorte de tempo analisado.

Cenário epidemiológico dos Vírus Respiratórios no município de Campo Grande/MS:

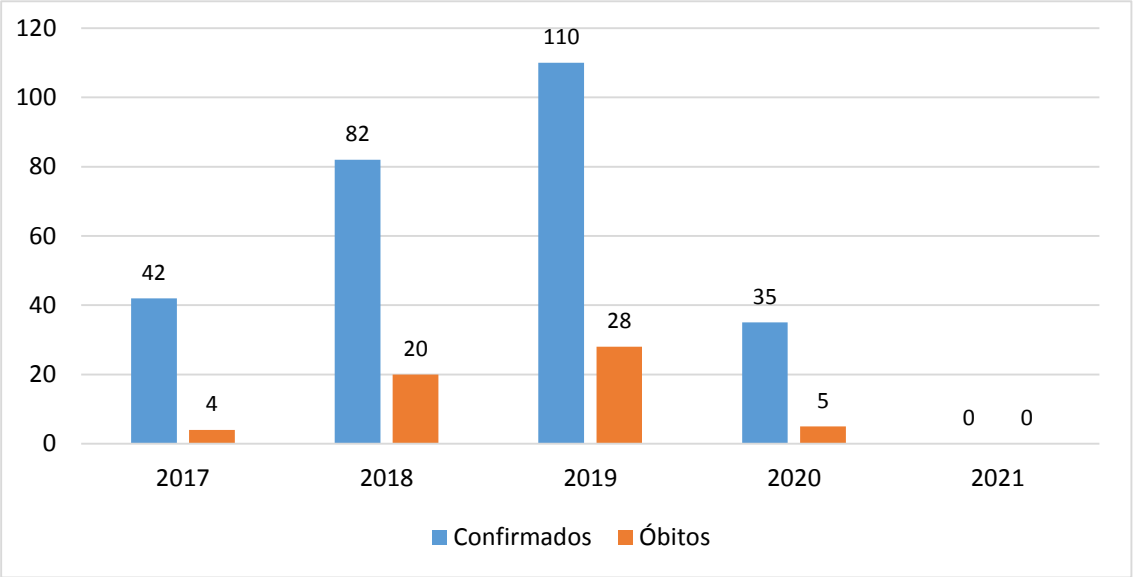
Os dados contidos neste documento retratam a série histórica dos vírus respiratórios investigados no município de Campo Grande/MS no período compreendido entre os anos de 2017 a junho de 2021, considerando todos os casos de Síndrome respiratória Aguda Grave (SRAG) por Influenza e por Vírus Sincicial Respiratório (VSR), extraídos do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe), por meio da inserção de formulários padronizados.

Este monitoramento objetiva identificar e avaliar o comportamento do vírus influenza no intuito de orientar tomada de decisão diante da ocorrência de casos graves de SRAG.

É possível observar no gráfico 1 a progressão dos casos confirmados de influenza de 2017 a 2019, sendo a queda acentuada em 2020 com a entrada e circulação sustentada do vírus Sars-Cov-2, responsável pela pandemia de COVID-19.

Da mesma forma, o número de óbitos por influenza apresentou queda em 2020 e até o momento nenhum caso foi confirmado no primeiro semestre de 2021. Todos os casos confirmados utilizaram o critério laboratorial, por meio da coleta de swab de naso/orofaringe ou aspirado traqueal e processados pelo LACEN/MS, por meio da técnica de biologia molecular (RT PCR).

Gráfico 5. Casos confirmados e óbitos por Influenza segundo ano de ocorrência, Campo Grande - MS, 2017 a 2021



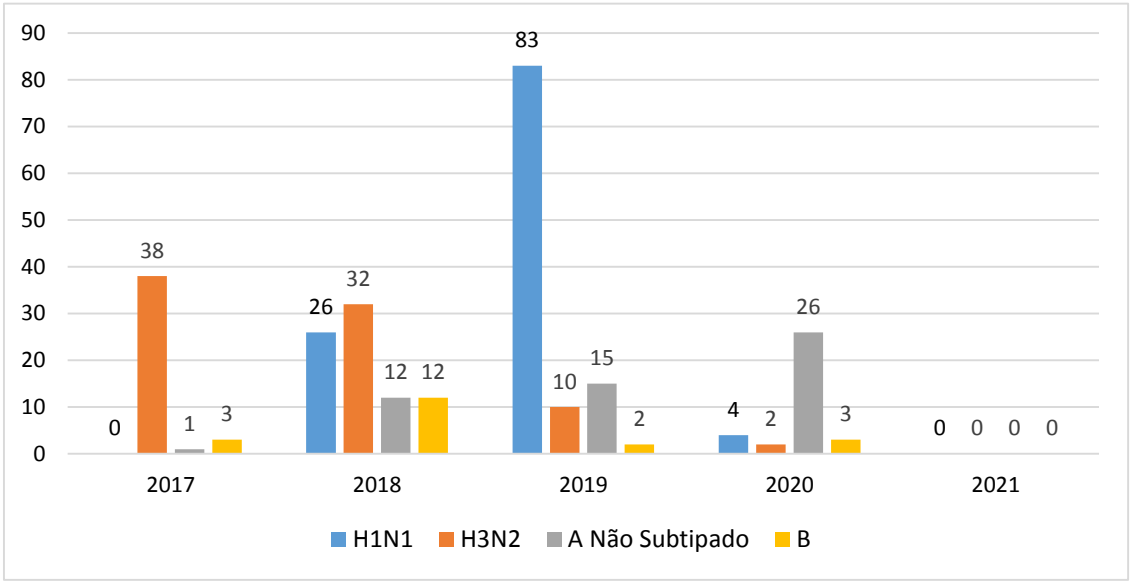
*Dados atualizados até 28 de junho de 2021.

No que se refere à subtipagem do vírus influenza neste período, o gráfico 2 ilustra, nos anos de 2017 e 2018, predomínio de influenza A (H3N2) com 90% e 39% dos casos confirmados respectivamente.

Em relação à Influenza A (H1N1), que não teve ocorrência em 2017, representa o segundo maior subtipo identificado de influenza A em 2018 (31%) além de ter predominado nos casos notificados em 2019 (75%).

Infecções por Influenza B ou Influenza A não subtipado apresentam-se com menor frequência, exceto no ano de 2020, em que a maior parte dos casos são de Influenza A.

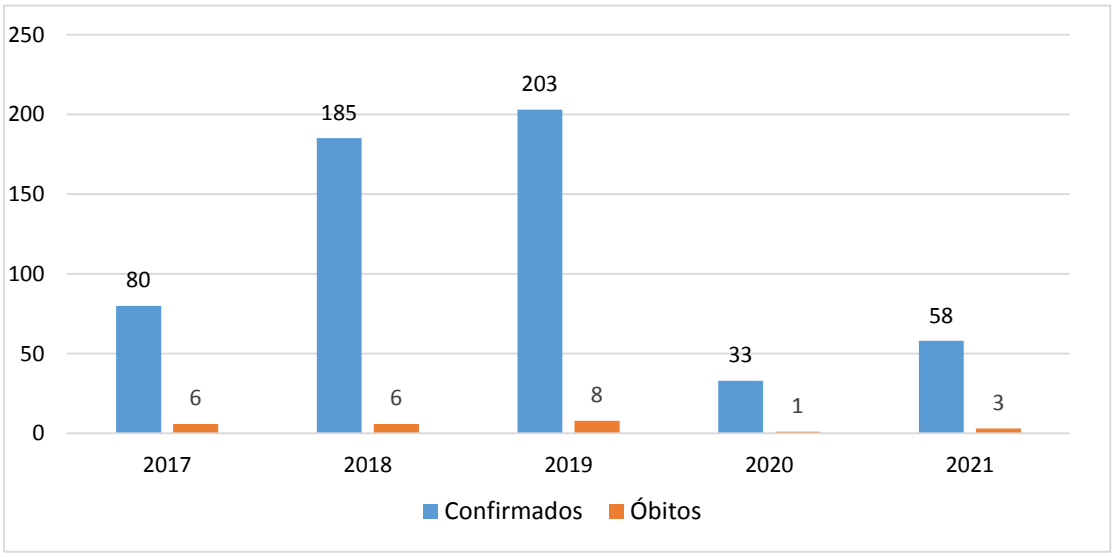
Gráfico 6. Casos confirmados de SRAG por Influenza segundo subtipagem, Campo Grande - MS, 2017 a 2021



*Dados atualizados até 28 de junho de 2021.

No que se refere ao Vírus Sincicial Respiratório (VSR), responsável por infecções graves em crianças, com hospitalizações e, muitas vezes, seguidas de óbito, apresentou aumento progressivo entre os anos de 2017 a 2019, queda em 2020 e novamente tem crescido sua ocorrência em 2021, com a notificação de 3 óbitos por VSR até o momento, conforme gráfico 3.

Gráfico 7. Casos confirmados e óbitos de SRAG por VSR, Campo Grande - MS, 2017 a 2021*.



*Dados atualizados até 28 de junho de 2021.

2.7 FLUXOS DE ACESSO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é por definição o primeiro acesso do paciente dentro de uma rede de assistência. Além de dar resposta à maioria dos agravos mais prevalentes na população que assiste, atua como aquele que ordena o acesso para os demais pontos de atenção.

Dentro da rede municipal de saúde, as Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades de Saúde da Família - USF se encontram distribuídas nos diversos bairros e regiões da cidade, fazendo-se especialmente presente nas áreas mais periféricas e vulneráveis. O trânsito dos pacientes da APS para outros níveis de atenção da rede se dá através de dois sistemas de regulação: os casos de urgência que se destinem a UPA e hospitais são regulados via Central de Regulação do SAMU; os casos destinados à atenção especializada são inseridos e regulados através do sistema SISREG, abrangendo consultas, procedimentos e exames diagnósticos.

Apesar da existência de formulários de contra referência, atualmente não é prática comum o retorno do paciente dos atendimentos de nível secundário e terciário com dados qualificados para continuidade e coordenação do cuidado na atenção básica, sendo um dos desafios para a gestão.

Fluxograma 1. Fluxograma de acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde, 2021.



Fonte: Superintendência da Rede de Atenção à Saúde – SRAS/SESAU- Campo Grande/MS, 2021

.

Em relação aos serviços especializados**,** estes são ofertadas tanto pela rede própria quanto pela rede complementar.

O acesso inicia-se pela Rede de Atenção Primária, por meio da consulta médica e/ou equipe multiprofissional, onde o profissional irá avaliar a necessidade do usuário de forma integral e solicitará exames complementares em consonância com os protocolos de acesso para cada especialidade para posterior inserção deste encaminhamento no Sistema de Regulação (SISREG).

Todas solicitações oriundas das unidades de Atenção Primária devem seguir o protocolo de acesso vigente para cada especialidade.

O tempo entre a inserção do paciente no sistema de regulação até o seu efetivo atendimento depende do caso clínico, avaliado pelo médico regulador conforme classificação de risco, especificidade de cada serviço e cronologia.

Tendo em vista que o atendimento integral ao paciente é uma das diretrizes do SUS e que este deve ser ofertado mediante uma porta de entrada SUS, o encaminhamento para o nível secundário só deverá ocorrer quando os recursos existentes na Atenção Primária tenham sido exauridos e que já não atendam à necessidade do usuário e/ou a patologia apresentada.

Os agendamentos para o Centro Especializado Municipal – CEM são disponibilizados através do SISREG, exceto os atendimentos no Serviço de Referência em Lesões Periféricas (SERELEPE) e o Serviço de Referência em Diabetes (SEREDI), sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência.

Os agendamentos para o Centro de Atendimento à Mulher – CEAM são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto o atendimento de psicologia e nutrição, sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento apenas do CEAM.

O Centro Ortopédico Municipal – CENORT oferta atendimentos na modalidade ambulatorial e de urgência. A nível ambulatorial, os agendamentos são disponibilizados através do SISREG conforme protocolo de acesso, exceto os curativos ortopédicos que são disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência. A nível de urgência são ofertados pelo sistema CORE (sistema de regulação hospitalar).

Os agendamentos de exames especializados ofertados pelo Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal – CADIM são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade. O CADIM oferta exames de Raio-X de urgência ortopédica exclusivamente aos usuários referenciados pelo CENORT.

Os agendamentos para o Centro de Doenças Infectoparasitárias – CEDIP são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada

especialidade, exceto Ginecologia e Nutrição sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência no sistema HYGIA.

O CEDIP/Hospital Dia é uma unidade de referência em tratamento de Doenças Infecto Parasitárias (DIP), onde são realizadas as internações hospitalares (dia) e atendimento médico às urgências/emergências em DIP. O acesso ao Hospital Dia se dá por demanda espontânea, tendo capacidade instalada de 14 leitos hospitalares, sendo seis leitos femininos, seis leitos masculinos e dois leitos em sala de emergência/isolamento. Nos atendimentos de urgência/emergência, se a complexidade do caso extrapolar o tempo de internação e nível de complexidade, o Hospital Dia encaminha o paciente para unidade hospitalar pelo sistema CORE.

Os agendamentos para o Centro de Referência à Saúde do Homem – CRSH são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade.

Os agendamentos para a Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico – UERD são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto reabilitação motora por Profissional de Educação Física sendo este disponibilizado por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência no sistema HYGIA.

Os agendamentos para o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto Clínica Geral IST/PREP/PEP/TARV, sendo este disponibilizado por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência, e Testes Rápidos e PEP que são disponibilizados por demanda espontânea.

Os agendamentos para o Centro de Especialidades Infantil – CEI são disponibilizados pelo SISREG conforme o protocolo de acesso vigente para cada especialidade, exceto o Programa de Atendimento Multiprofissional para a Prevenção da Obesidade Infantil – PAMPOI, o Serviço de Referência a Diabetes – SEREDI KIDS e a Confecção de Óculos sendo estes disponibilizados por agendamento local com encaminhamento da unidade de referência.

Em relação aos atendimentos odontológicos, os usuários deverão ser acolhidos e atendidos por profissionais da Atenção Primária (coordenadora e ordenadora do cuidado). Após o primeiro atendimento nas Unidades de Atenção Primária, quando necessário, os pacientes poderão ser encaminhados para tratamento odontológico especializado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) via Sistema de Regulação – SISREG. Pacientes com necessidade de cuidados em nível hospitalar e/ou atendimento com sedação podem ser encaminhados pelos profissionais dos CEO, também através do SISREG.

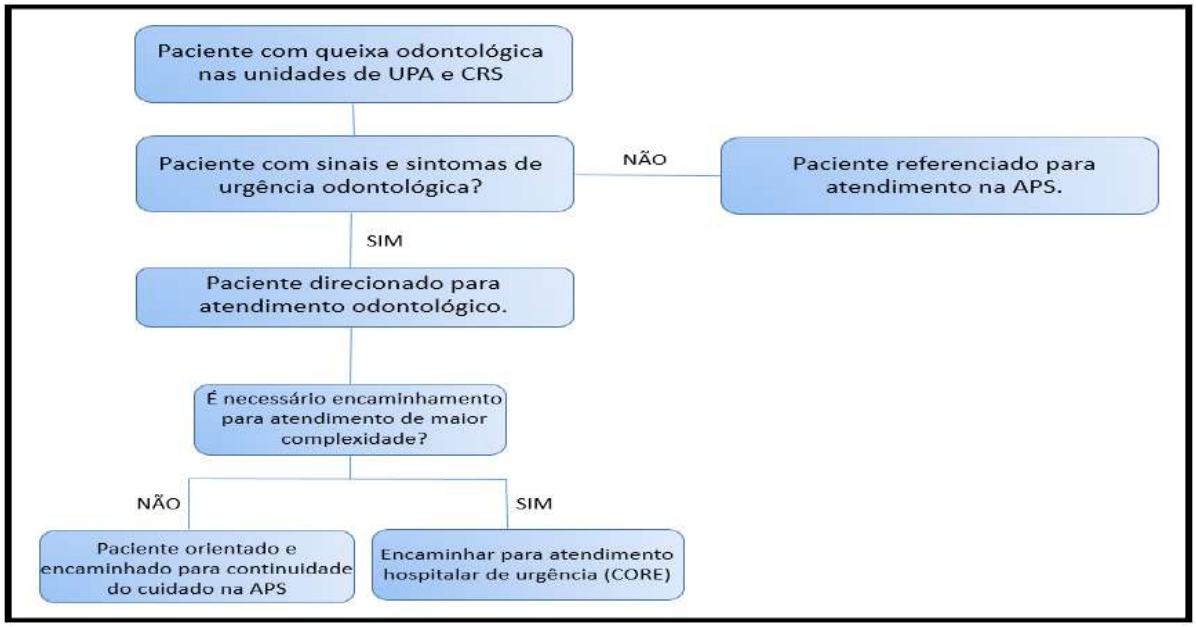
Figura 1. Fluxograma de acesso, 2021.



Fonte: aps.saude.gov.br

Pacientes que acessarem a rede pelas Unidades de Urgência (Unidades de Pronto Atendimento - UPA e Centro Regionais de Saúde - CRS), para tratamento odontológico devem ser acolhidos e atendidos em sua queixa, posteriormente devem ser referenciados para continuidade do cuidado na APS. Caso seja necessário encaminhamento para atendimento hospitalar de urgência, o mesmo deverá ser feito via Sistema de Regulação Hospitalar/ CORE.

Figura 2. Fluxograma de acesso ao atendimento odontológico em Unidade de Urgência (UPA e CRS), 2021.



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica/SRAS/SESAU - Campo Grande - MS, 2021.

O **Centro de Atenção Psicossocial Álcool - CAPS** é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS constituindo-se em serviço aberto de base comunitária que funciona segundo a lógica do território, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados.

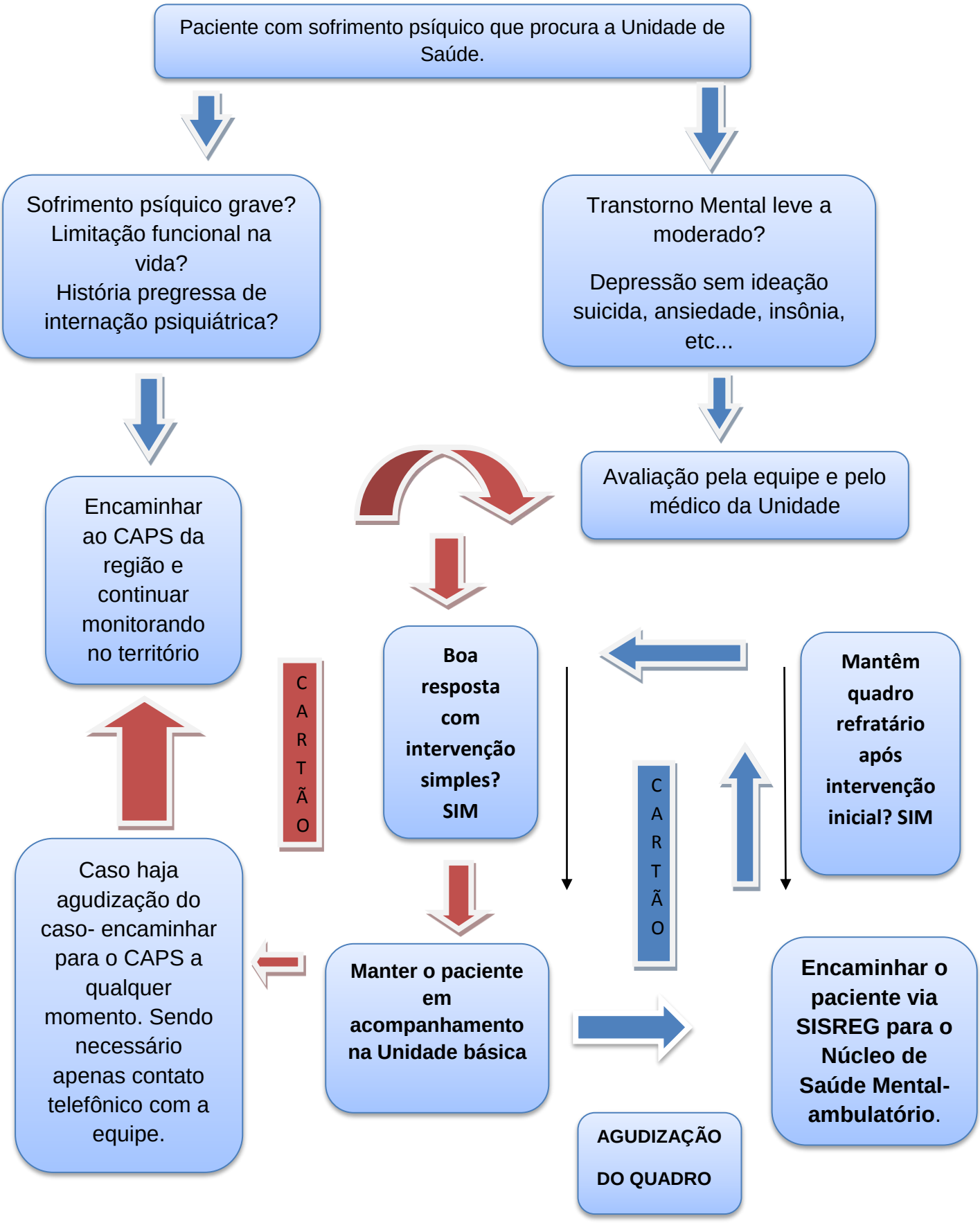
Estão incluídos nesta rede: as unidades de APS, NASF, equipes prisionais, equipe de consultório na rua, as residências terapêuticas, os ambulatórios, serviços de urgência/emergência, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Funciona segundo a lógica do território atendendo toda a população, todo usuário que chega nestes serviços passa por uma equipe de acolhimento com escuta qualificada.

Os profissionais que fazem este acolhimento identificam se o usuário necessita ser acompanhado neste tipo de serviço ou ser referenciado à Unidade Básica de Saúde (UBS) da área de abrangência de sua residência ou Unidade de Saúde da Família. As equipes de Atenção Primária também podem referenciar os pacientes ao CAPS.

Além disso, as equipes multiprofissionais dos CAPS fazem matriciamento semanalmente através de reuniões com as equipes de Saúde da Família para acompanhamento conjunto de pacientes que usam estes dois serviços.

Fluxograma 2 - Fluxograma de acesso a Saúde Mental, 2021.



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial - CRAP/SESAU - Campo Grande - MS, 2021.

Nas unidades de urgência emergência, o paciente inicia o processo de atendimento com o acolhimento e classificação de risco, que tem como objetivo priorizar o atendimento, mediante avaliação de sinais e sintomas, conforme Protocolo de Classificação de Risco vigente. O objetivo é prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

O tempo entre a inclusão do paciente no Sistema de Regulação, até a remoção do paciente depende do caso clínico, avaliado pelo Médico Regulador, conforme estabelecido pelo Protocolo de Regulação.

Figura 3. Atendimento nas Unidades de Urgência e Emergência, 2021.



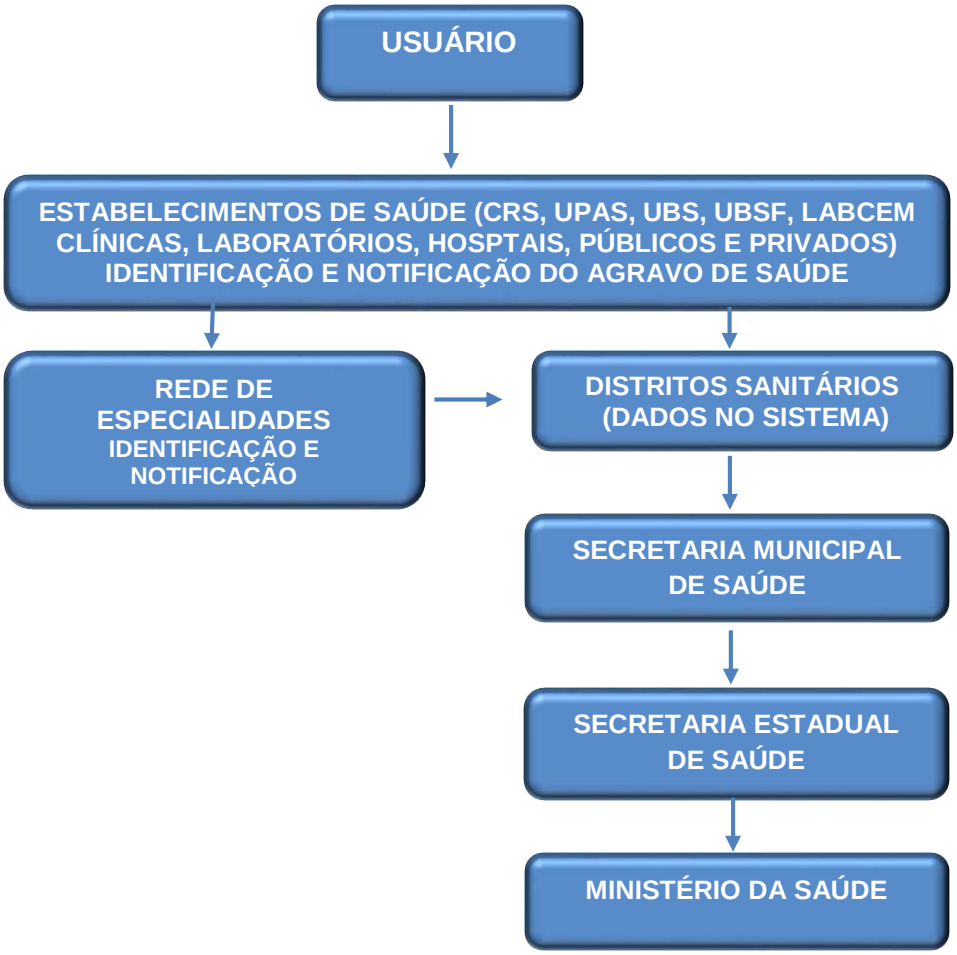
Fonte: Coordenadoria da Rede de Urgência - CUR/SESAU – Campo Grande – MS, 2021.

Em situações de urgência ocorridas em ambientes domiciliares, vias públicas, comércios, escolas, dentre outros, denominado ambiente pré-hospitalar, o acionamento do SAMU é realizado através do telefone 192, onde o solicitante é atendido por um médico regulador e responde às perguntas a fim de fornecer informações quanto ao fato. Este médico avalia a situação descrita, e com base em protocolos, orienta e define a necessidade ou não de envio de recursos móveis para o atendimento no local da ocorrência, que são as unidades

de suporte básico e avançado de vida. Após este primeiro atendimento, o SAMU, através do médico regulador, define o melhor destino para o tratamento do paciente e a equipe da ambulância remove o mesmo até a destinação final.

Nas UPA e o conjunto de serviços de urgência 24h, quando esgotadas as possibilidades de resolução do problema de saúde do usuário, os médicos assistentes solicitam a transferência para o componente hospitalar através Gerencia de Regulação Hospitalar (GRH). Se houver necessidade de remoção do paciente através de ambulância e equipe específica, o médico da unidade 24 horas, após obter a autorização e senha do destino pela Gerencia de Regulação Hospitalar, solicita o transporte ao SAMU-192.

Fluxograma 3. Fluxograma de informação de Vigilância em Saúde, 2021.



Fonte: SVS/CVE/SESAU/2021.

O fluxo de Informações de Vigilância em Saúde, dos agravos relacionados à vigilância epidemiológica, deve ser trabalhado em conjunto com todas as unidades de saúde nos três níveis de atenção, e tem início pelas portas de entrada do SUS com o atendimento do usuário na Atenção Primária (UBS, UBSF) e de acordo com a complexidade do serviço na rede de especialidades: urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

Na unidade de saúde é realizada a identificação do agravo e, após a confirmação laboratorial no Labcem, a mesma notifica as doenças que necessitam de controle e investigação, segundo normas e procedimentos estabelecidos pelas Portarias nº 204 e 205 de 2016.

As fichas de notificação são recolhidas pelos Distritos Sanitários: Segredo, Prosa, Anhanduizinho, Centro, Bandeira, Imbirussu e Lagoa, de acordo com as unidades sob sua responsabilidade, estas inserem os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e realizam o monitoramento dos casos.

Posteriormente, as notificações são encaminhadas dos Distritos Sanitários para ao setor de Vigilância Epidemiológica por meio eletrônico.

Cada agravo possui uma metodologia específica (protocolo e fluxo) adotada para construção do perfil epidemiológico das doenças que são objeto de monitoramento e controle por parte de vigilância epidemiológica, e de estabelecer um fluxo de notificação rápida, para servir de base para tomada de decisões e implementação de ações de controle e prevenção.

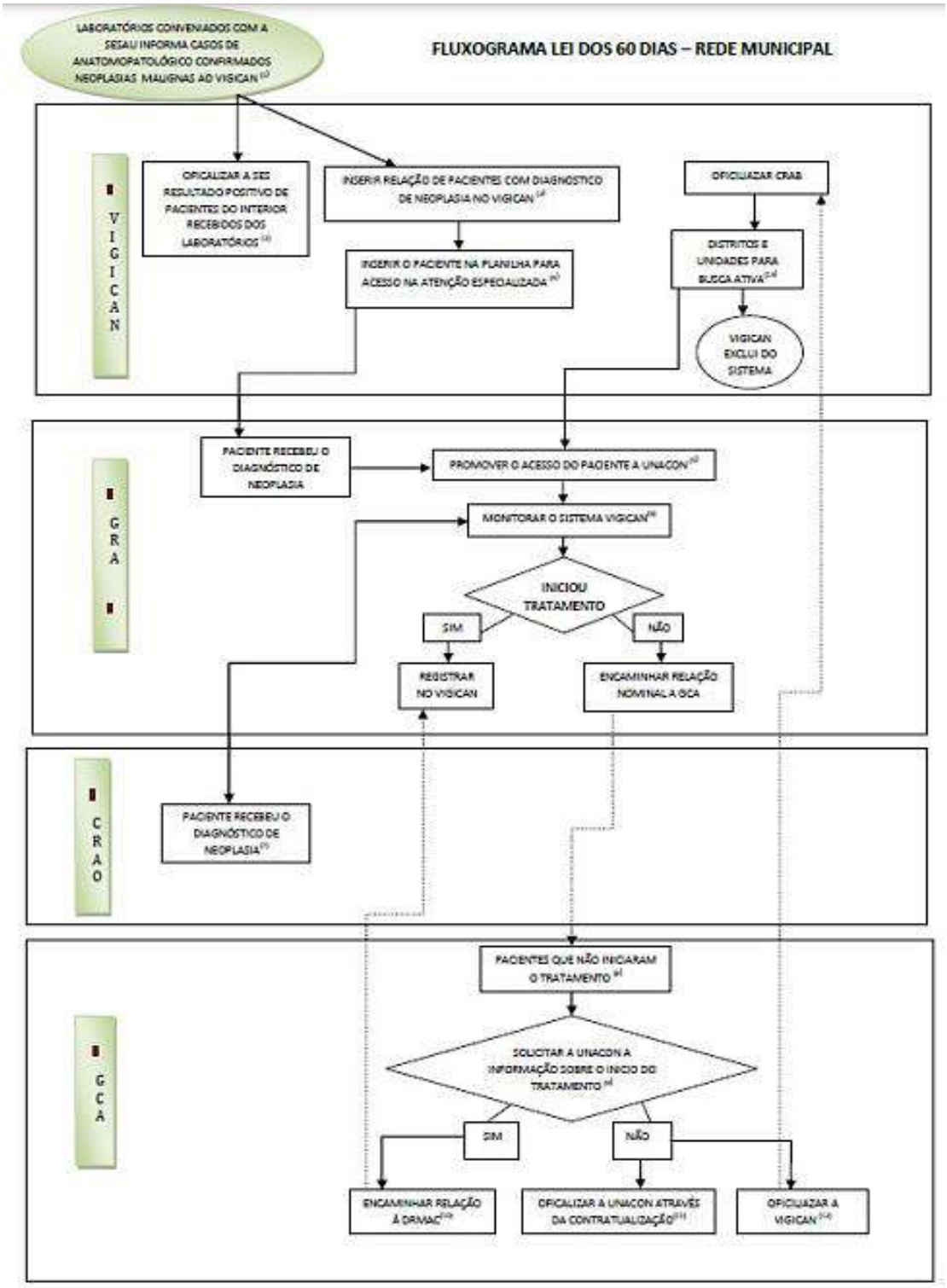
O Serviço de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), compete as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e monitoramento das quatro principais doenças não transmissíveis. Nesse contexto, o serviço estabeleceu juntamente com outros seguimentos da Secretaria Municipal de Saúde fluxogramas para o monitoramento de uma das principais DCNT, o câncer.

O câncer é a segunda causa de óbito no município, de grande relevância epidemiológica, principalmente no que tange sua morbimortalidade. Deste modo, institui-se fluxogramas para o monitoramento em detrimento da Lei n. 12.732 de 2012, do Ministério da Saúde, que trata do início do tratamento em 60 dias.

A figura 4, refere-se ao fluxo de pacientes incidentes de câncer, diagnosticados através dos serviços da Rede Municipal, com biópsias provenientes dos laboratórios que realizam anatomopatológico conveniados à rede.

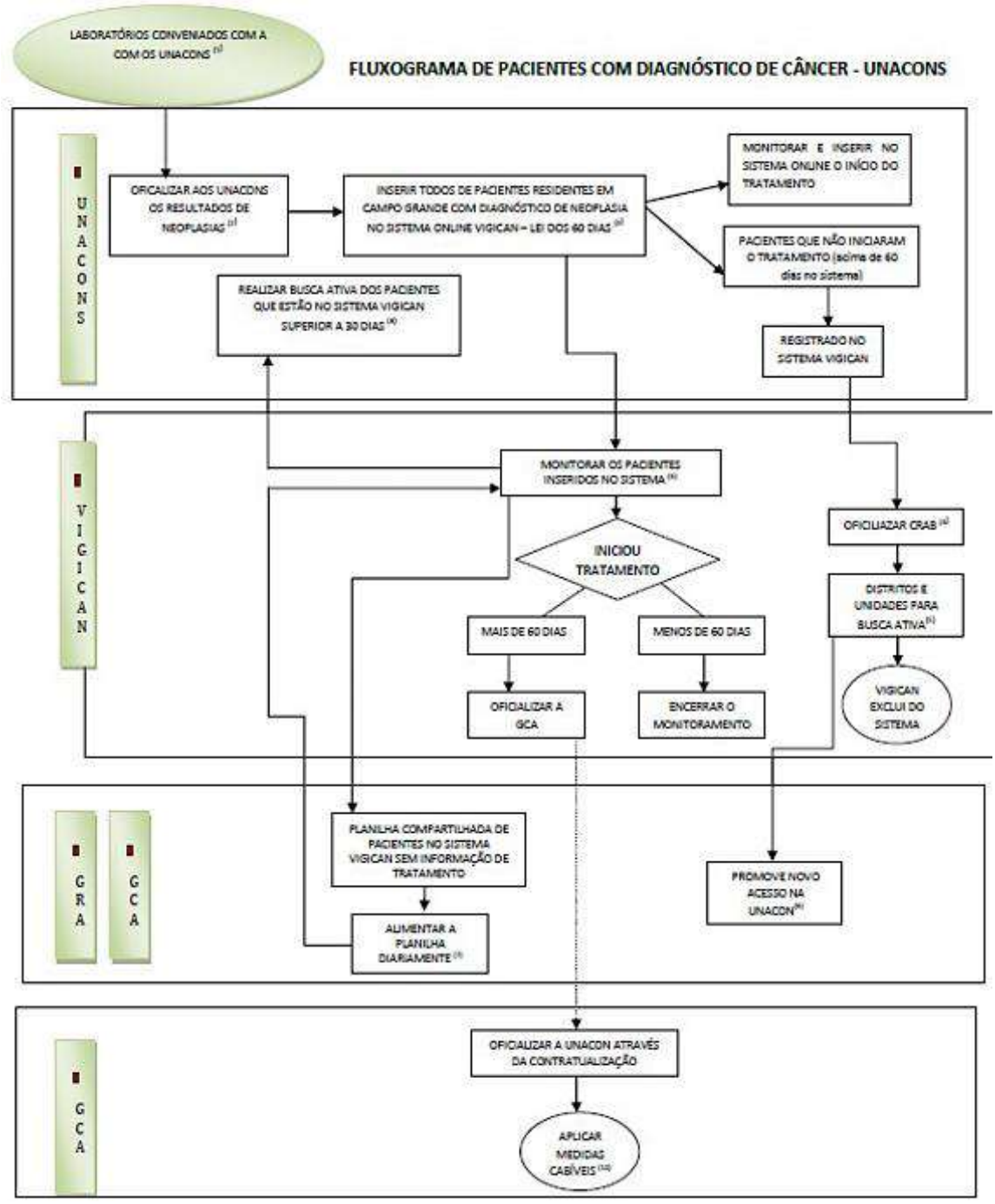
A figura 5, refere-se ao monitoramento realizado pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), de todos os pacientes incidentes oncológicos que teve como porta de entrada o próprio UNACON.

Figura 4. Fluxograma Lei dos 60 dias – Rede Municipal, 2021.



Fonte: Diário Oficial de Campo Grande - MS, ANO XXIV n. 6.315, pág. 5 de 9 de junho de 2021.

Figura 5. Fluxograma de pacientes com diagnósticos de câncer – UNACONS, 2021.



Fonte: Diário Oficial de Campo Grande - MS, ANO XXIV n. 6.315, pág. 5 de 9 de junho de 2021.

O setor responsável pelas **estatísticas vitais - CEVITAL** realiza o monitoramento, controle da distribuição e coleta das Declarações de Nascidos Vivos (DN) e Declaração de Óbito (DO) aos estabelecimentos de saúde, SVO, IMOL e cartórios de registro civil. Uma vez preenchidas, as declarações são inseridas no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) pela equipe na SESAU,

subsidiando a elaboração das estatísticas vitais do município, e posteriormente são exportadas para a Secretaria Estadual e Ministério da Saúde.

As declarações de óbito de mulheres em idade fértil (MIF), fetais e infantis menores de 1 ano disparam as ações de investigação nos hospitais e atenção básica.

O **Núcleo de Segurança do Paciente**, em conformidade com a Portaria 529/2013, adota como escopo de atuação para os incidentes associados à assistência à saúde as "Seis Metas da Organização Mundial da Saúde", as quais foram abordadas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias MS nº 1377/2013 e 2095/2013. É importante o serviço de saúde estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

Outro importante avanço na busca pela qualidade e Segurança do Paciente é possibilidade dos cidadãos podem também notificar os eventos adversos ocorridos durante a assistência à saúde.

Neste módulo é possível que pacientes e seus familiares notifiquem problemas que ocorreram durante a assistência. A notificação do cidadão é voluntária podendo contribuir para o desenvolvimento de medidas corretivas e protetivas, em nível local e nacional, que possam evitar que danos aos pacientes em serviços de saúde venham a se repetir.

As informações produzidas ou sob a guarda da Administração Pública pertencem à sociedade já que foram geradas para atender a finalidades públicas.

A Lei nº 12.527 de 18 de Novembro de 2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), garante acesso a essas informações. A LAI estabelece procedimentos, prazos e obrigações para que a administração pública responda a pedidos de informações apresentados por qualquer pessoa, física ou jurídica, sem que seja necessária a apresentação de motivos para a solicitação. Aplica-se, portanto, à ANVISA, que criou mecanismos para o atendimento ao público e a prestação de informações aos cidadãos-usuários, como a Central de Atendimento ao Público e o Serviço de Informações ao Cidadão.

Em relação ao fluxo de acesso de pacientes da microrregião de Campo Grande, de acordo com Plano Diretor de Regionalização 2013, estão contemplados 16 municípios. É observado através das solicitações em sistema, a dificuldade de pequenos municípios em encaminhar seus munícipes, seja pela distância, seja pelo gasto de transporte, alimentação e outros. Devido ao baixo investimento em tecnologias no interior, esses pacientes percorrem grandes distâncias para o atendimento nos grandes centros. Evidências mostram que em alguns casos o início tardio dos tratamentos é ocasionadoo pela dificuldade de deslocamento.

O trânsito destes pacientes acontece através do Sistema de Regulação – CORE: os casos de urgência, oriundos das UPAS/CRS, hospitais e dos municípios do interior (Macrorregião de Campo Grande), são regulados e destinados à Atenção Terciária, conforme referência de cada serviço.

Apesar da existência da contrarreferência, atualmente não é prática comum o retorno do paciente para continuidade do cuidado nos municípios de origem.

Fluxograma 4. Fluxograma do processo de Licenciamento Sanitário, 2021.



Fonte**:** SVS/CVSA/SESAU/2021

O Processo de licenciamento sanitário, para empresas classificadas como alto risco sanitário, inicia-se com o requerimento da Licença Sanitária, feito no protocolo geral da Prefeitura Municipal de Campo (Central de Atendimento ao Cidadão). No ato do requerimento, formaliza-se um processo com a documentação do estabelecimento que é encaminhado para a Coordenadoria de Vigilância Sanitária na SESAU. Posteriormente, na inspeção são verificadas as condições do estabelecimento, de acordo com a legislação sanitária, é emitido o Relatório de Inspeção ou Boletim de Vistoria e Orientação com prazo de 30 dias para providências.

Foi publicada a Resolução 584 de 11/02/2021 a qual elenca os estabelecimentos de alto risco os quais são sujeitos ao licenciamento sanitário. Tal publicação fez-se necessária para o atendimento a Lei da Liberdade Econômica e também para facilitar o trabalho dos empresários de forma a desburocratizar o serviço público. Com a publicação desta Resolução muitos estabelecimentos passaram a ser dispensados do licenciamento. No entanto, apesar dos estabelecimentos de baixo risco sanitário estarem dispensados do licenciamento, estes continuam sujeitos a fiscalizações e monitoramentos em caso de encontrarem-se em desacordo com as legislações vigentes. Sendo assim, os estabelecimentos classificados como baixo risco sanitários não necessitam entrar com processo de licenciamento sanitário.

Após o vencimento do prazo inicial de 30 dias, como dito anteriormente, é feita a cobrança do documento emitido e em condições normais, verificado que o estabelecimento se encontra com estrutura satisfatória, procedimentos e rotinas adequadas e documentação completa e correta, a autoridade sanitária emite um parecer favorável à liberação da Licença Sanitária. Após a entrega da Licença, que tem validade de 1 ano, o processo é arquivado.

No entanto, na cobrança do documento emitido e em condições do não atendimento do requerente às normas e rotinas vistas em inspeção, lavra-se o Auto de Infração, com o envio deste ao setor responsável para formalização de Processo Administrativo Sanitário nos trâmites legais (Coordenadoria de Julgamento e Consulta).

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA) realiza o licenciamento sanitário de estabelecimentos de interesse da vigilância de saúde ambiental. O fluxo é o mesmo citado acima e os processos são encaminhados à Vigilância Sanitária, onde são triados e encaminhados à Vigilância de Saúde Ambiental. Os Auditores Fiscais de Vigilância Sanitária, lotados na CVSA realizam as inspeções, emissão de relatórios de inspeção e boletins de vistoria e orientação, reinspeções, até a finalização do processo de licenciamento sanitário.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA) é responsável também pela emissão do Certificado de Autorização de Uso de Água para Consumo Humano de Sistemas e/ou Soluções Alternativas. Esse certificado é expedido para estabelecimentos que utilizam água para consumo humano de soluções alternativas coletivas (poço), seguindo a legislação vigente.

Inicia-se o processo de autorização de uso de água de soluções alternativas coletivas (poço) para consumo humano com o requerimento do Certificado no protocolo geral da Prefeitura Municipal de Campo. No ato do requerimento, formaliza-se um processo com a documentação do estabelecimento que é encaminhado para a CVSA. Posteriormente, na inspeção são verificadas as estruturas para tratamento e monitoramento da água, seguindo os padrões de potabilidade da água para consumo humano, determinados em legislação

específica e emitido o relatório de inspeção ou os BVO, onde constam as adequações a serem feitas e documentos a serem entregues para análise. Após o vencimento do prazo, é feita a cobrança do documento emitido e em condições normais, verificado que o estabelecimento se encontra com estrutura satisfatória, procedimentos e rotinas adequadas e documentação completa e correta, a autoridade sanitária emite um parecer favorável à liberação do Certificado.

Após a entrega do Certificado fica o estabelecimento obrigado a entregar mensalmente e semestralmente os laudos de análises de água realizadas, conforme legislação vigente, e os mesmos são analisados pelos auditores fiscais da CVSA. Em caso de qualquer alteração nos parâmetros, o estabelecimento é comunicado e deve apresentar as medidas corretivas aplicadas para correção dos parâmetros alterados.

O Certificado de Autorização de Uso de Água para Consumo Humano de Sistemas e/ou Soluções Alternativas tem validade de 12 meses, devendo ser renovado anualmente.

A CVSA realiza a vigilância da qualidade da água distribuída pela rede pública de abastecimento de água realizando coletas de amostras de água nas 7 (sete) regiões administrativas de Campo Grande, que são analisadas pelo Laboratório Municipal de Água. O número de amostras coletadas segue o que determina a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem para a Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, sendo determinado pelo número de habitantes do município e representa uma amostragem significativa sobre a qualidade da água consumida pela população.

As denúncias relacionadas a saneamento ambiental, descarte irregular de resíduos perigosos e de materiais inservíveis, descarte de águas servidas em vias públicas, terrenos baldios e imóveis abandonados são atendidas pela CVSA e encaminhadas através da Ouvidoria – SUS, MPE, DECAT, SEMADUR e outros órgãos.

Fluxograma 5. Processo de Certificado de Autorização de Uso de Água para Consumo Humano de Sistemas e/ou Soluções Alternativas, 2021.



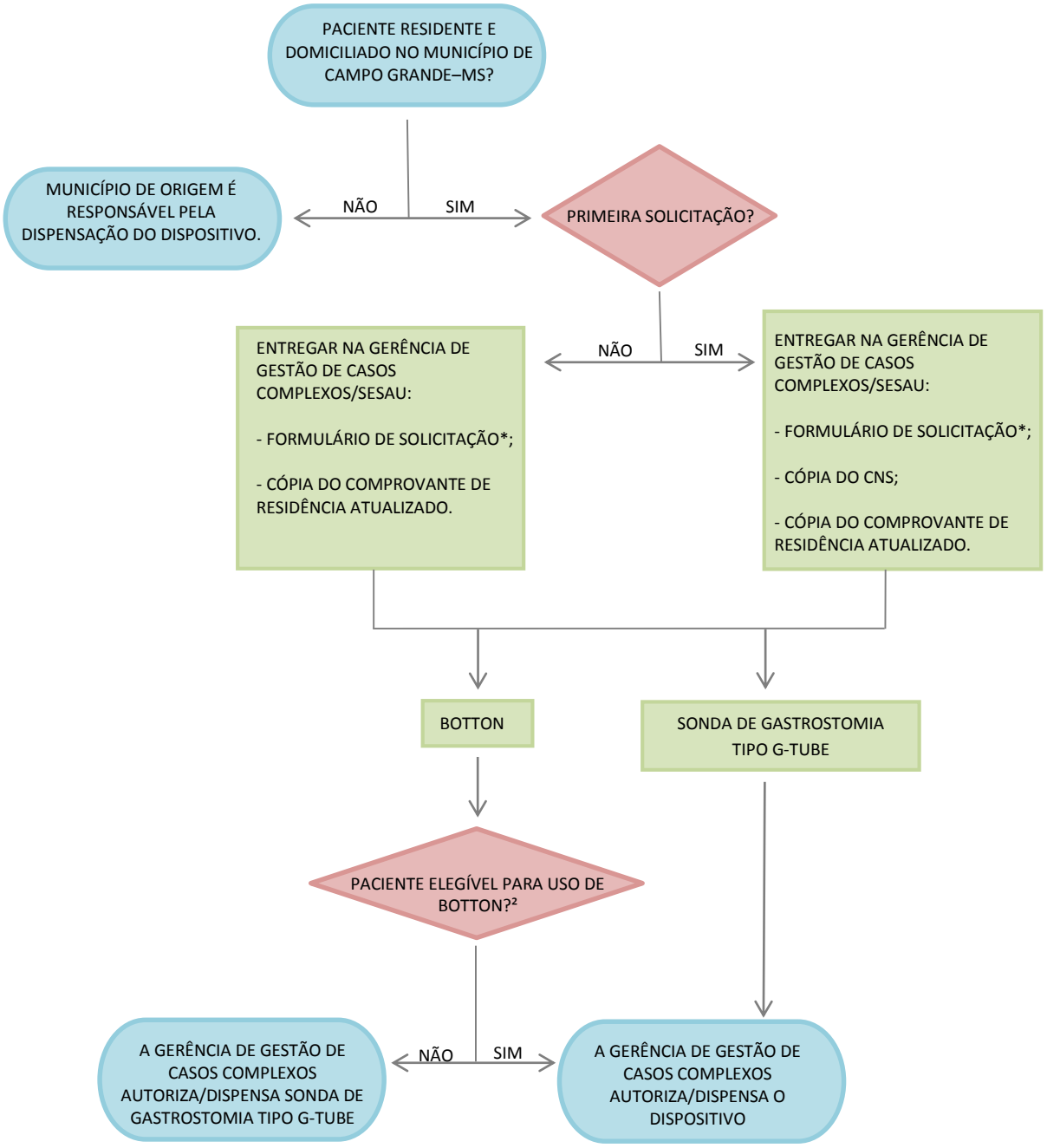
Fonte: SVS/CVSA/SESAU/2021.

Fluxograma 6. Fluxograma de coletas de água, 2021.



Fonte: SVS/CVSA/SESAU/2021.

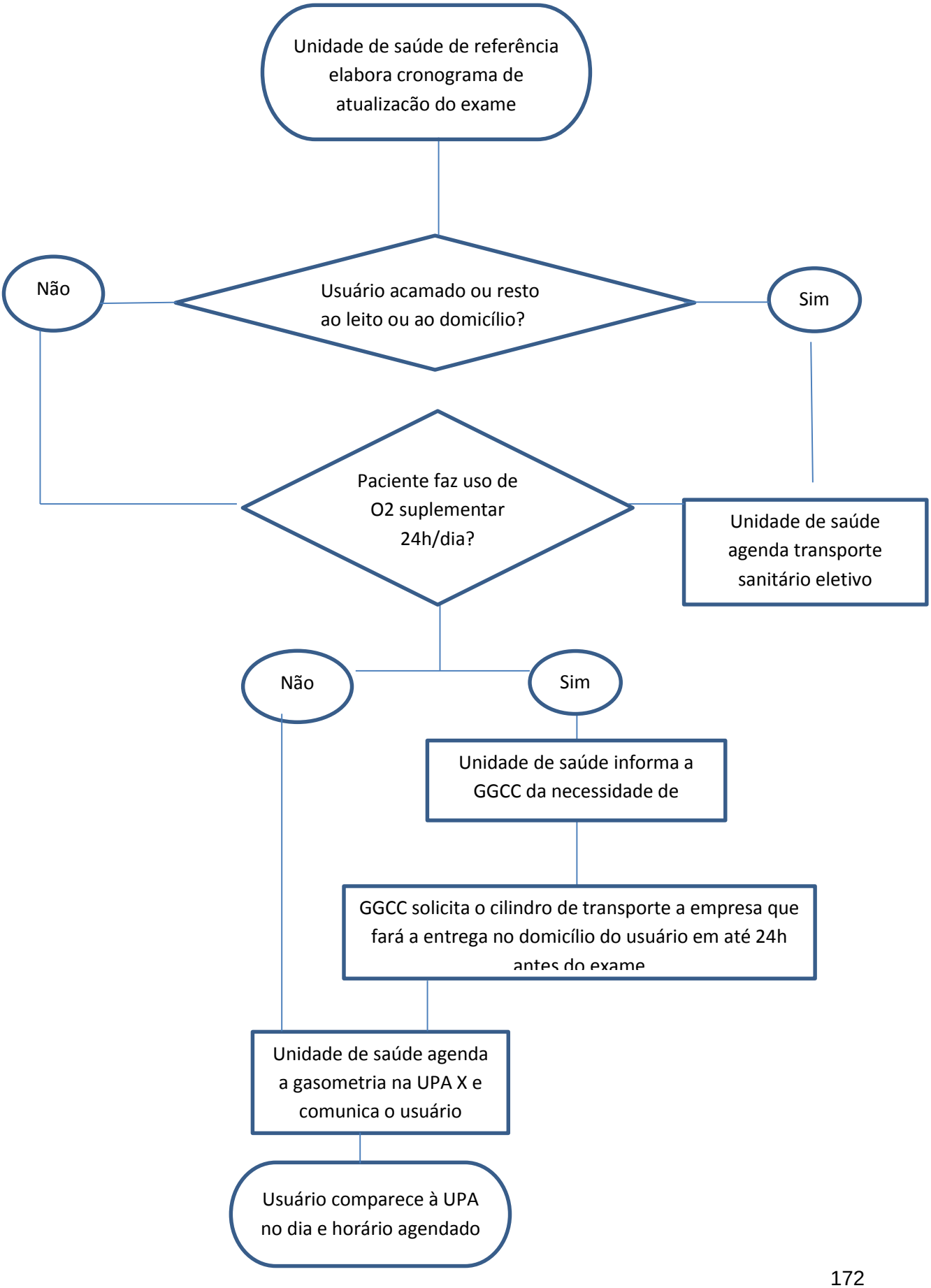
Fluxograma 10. Solicitação e Dispensação de Dispositivos de Gastrostomia, 2021.



Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2021.

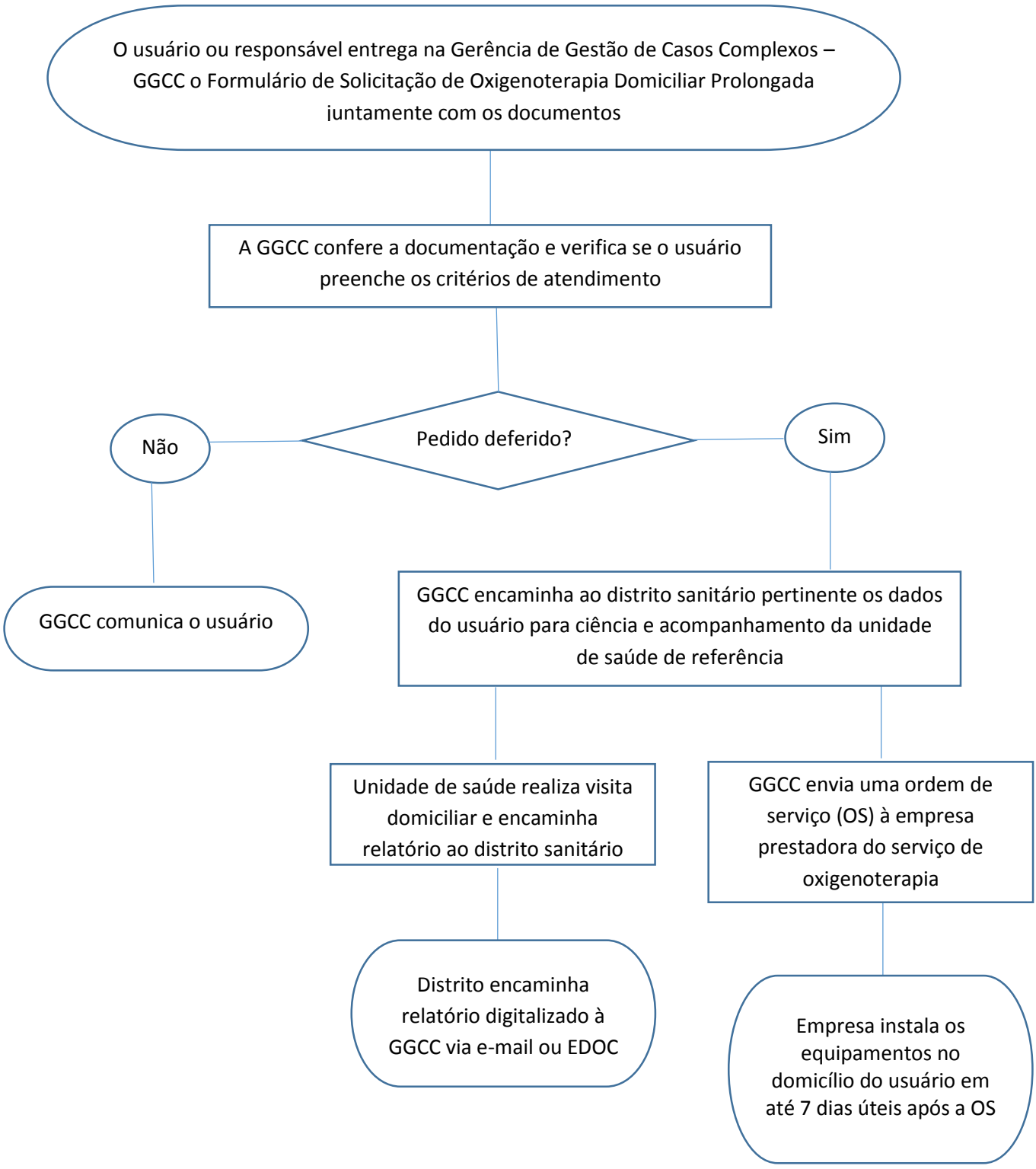
1 Anexo único.
2 Pacientes que realizam atividades na água; pacientes que realizam algum tipo de tratamento de saúde que exija movimentação constante; pacientes ativos (deambulam, trabalham, estudam...); pacientes agitados com risco de extração da sonda de gastrostomia; crianças até 12 anos 11 meses e 29 dias.
Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos

Fluxograma 11. Fluxograma de realização de gasometria arterial, 2021.



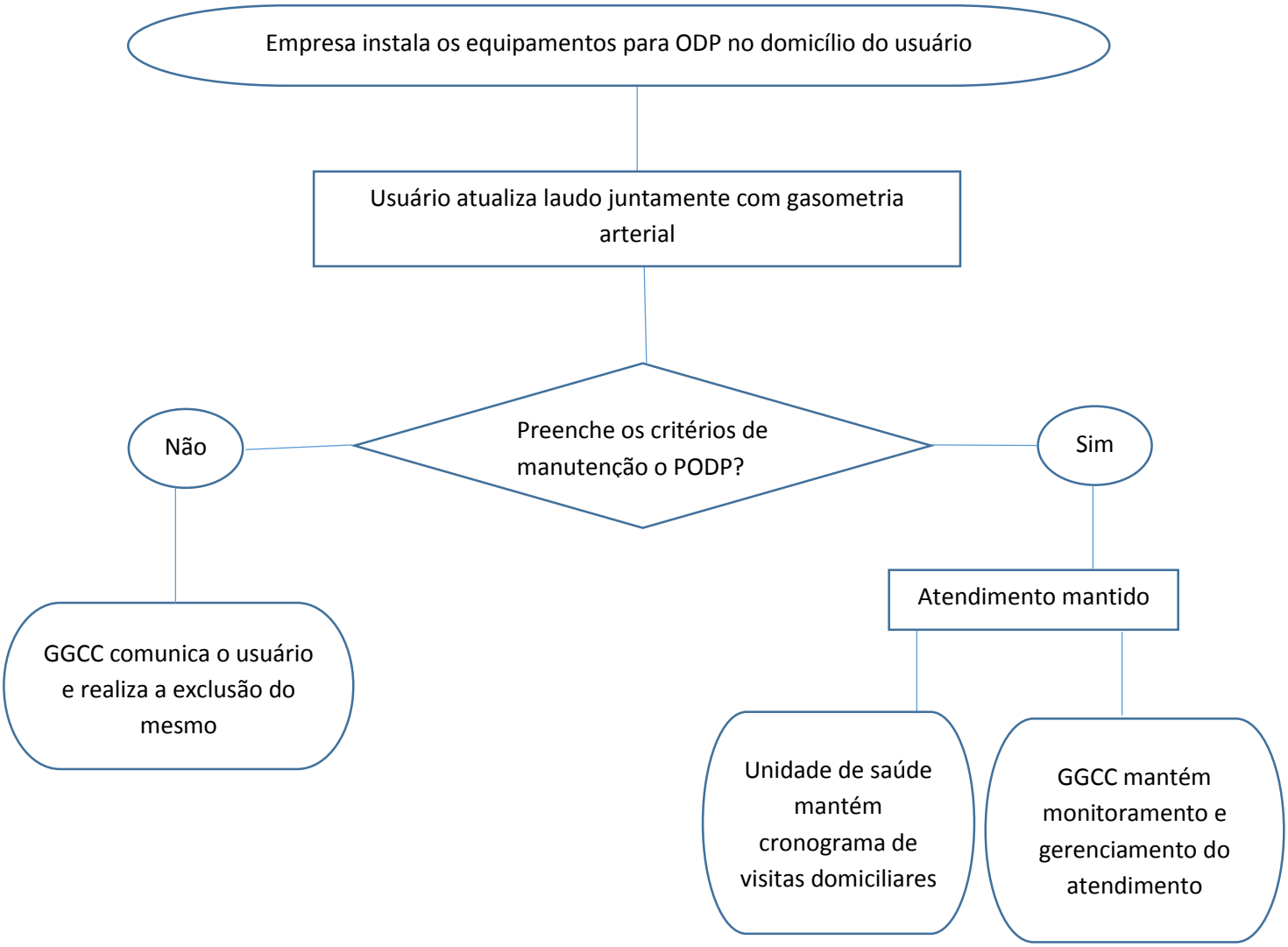
Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2021.

Fluxograma 12. Fluxograma de solicitação de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP), 2021.



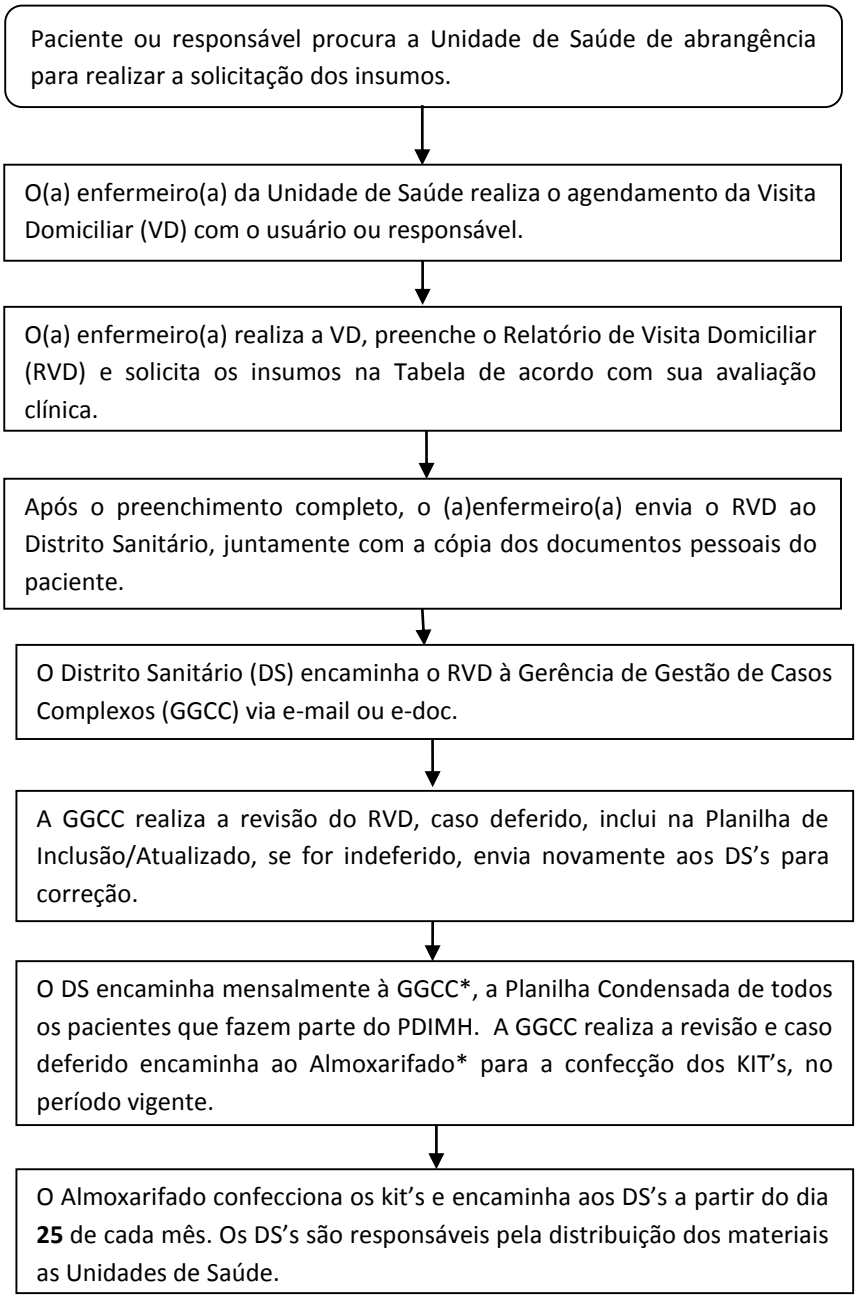
Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2021.

Fluxograma 13. Fluxograma de atendimento ODP, 2021.



Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2021.

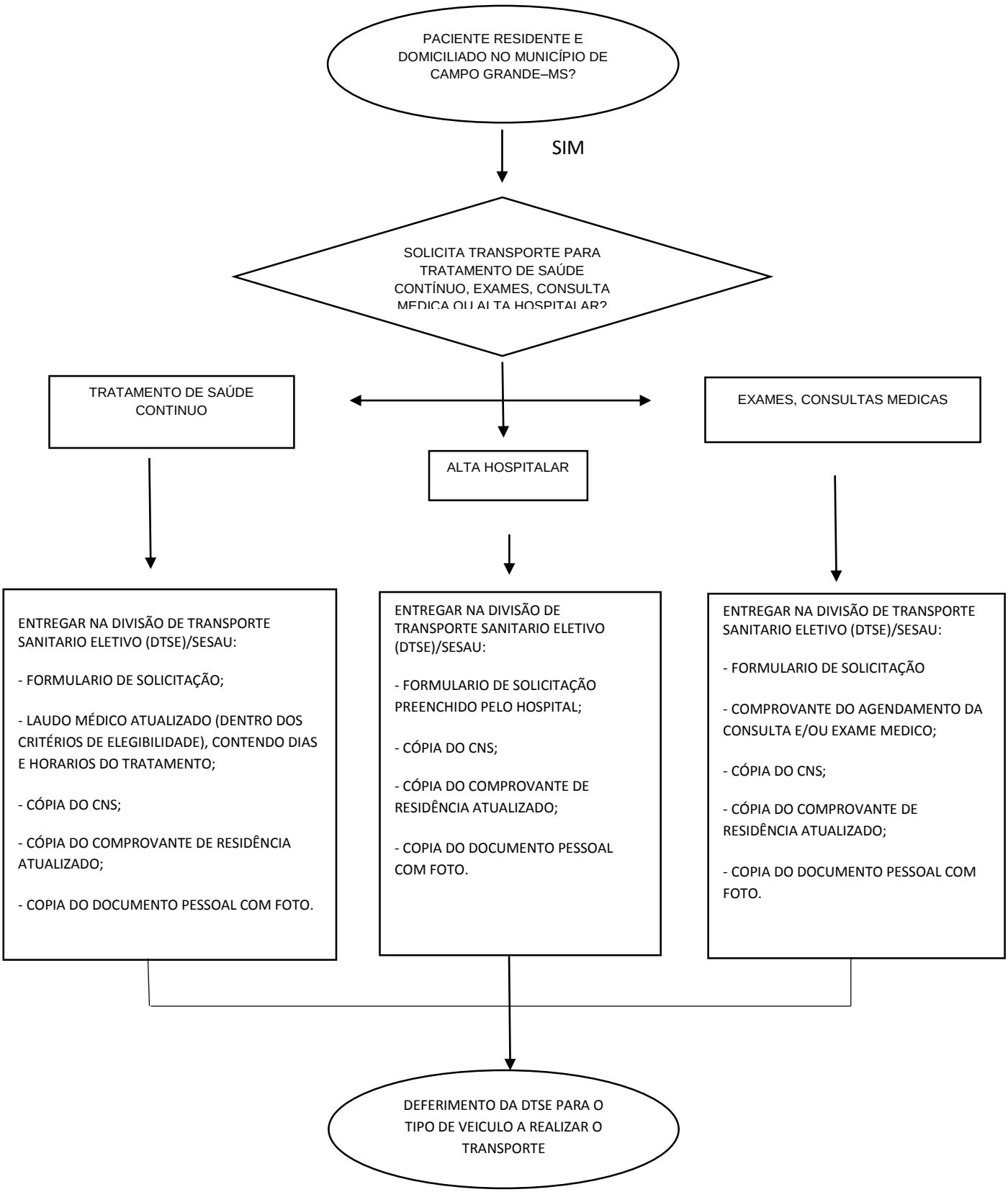
Fluxograma 14. Fluxograma de dispensação de insumos médico–hospitalares Demanda geral, 2021.



PDIMH: Programa de Dispensação de Insumos Médico–Hospitalares.
Para a inclusão do paciente, é necessário anexar no RVD cópia dos seguintes documentos do paciente: *RG/CPF; CNS e Comprovante de Residência atualizado*. Caso o paciente não possua o endereço em seu nome, deverá ser preenchido a Declaração de Residência disponível no Anexo II.
Para a atualização anual, será necessário apenas o Comprovante de Residência atualizado ou Declaração de Residência, disponível no Anexo II.
* Os Distritos Sanitários encaminham a Planilha Condensada à GGCC até o dia **10** de cada mês.
* A GGCC encaminha a Planilha Condensada ao Almoxarifado da SESAU todo o dia 15 de cada mês.
Almoxarifado da SESAU: Cabe ao setor, informar à Gerência de Gestão de Casos Complexos: Disponibilidade ou falta do material médico – hospitalar intercorrências durante a entrega do material aos Distritos Sanitários e quaisquer outras divergências referentes à dispensação.
Obs: É responsabilidade do (a) enfermeiro (a) da Unidade de Saúde o preenchimento da Planilha, assim como suas observações para a solicitação de insumos acima do padronizado pela Rede. Caso não haja justificativa, será enviado o quantitativo padrão.

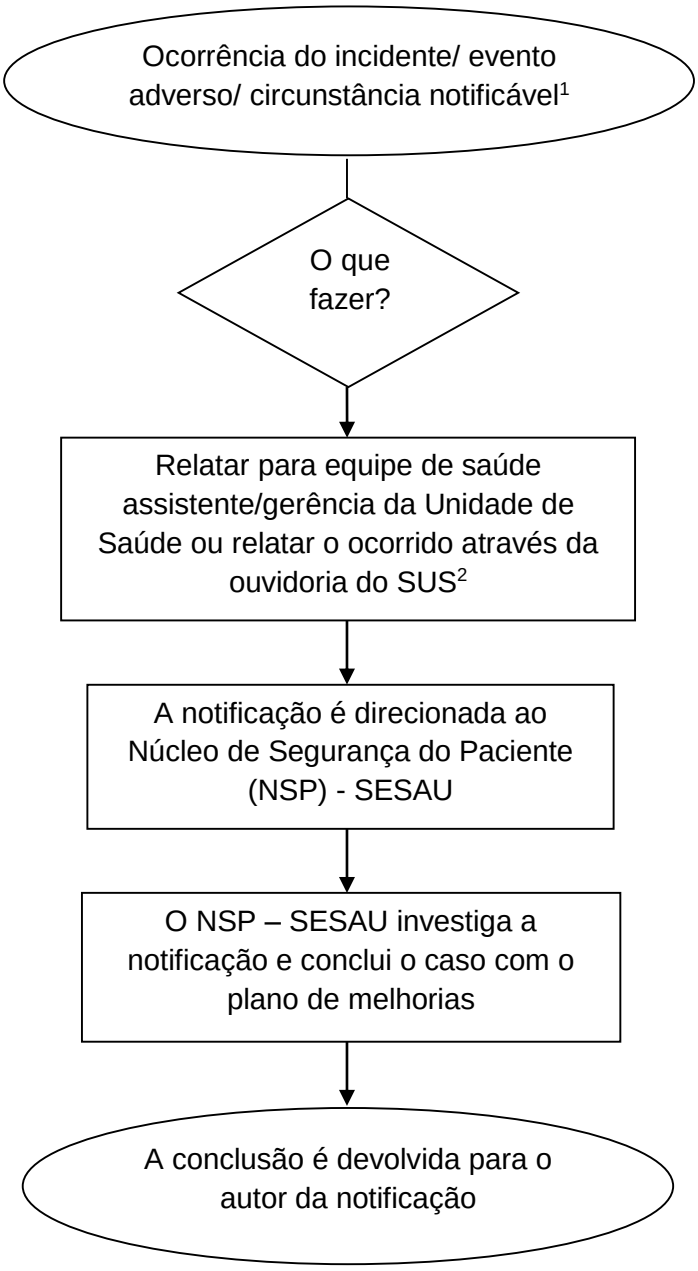
Fonte: Gerência de Gestão de Casos Complexos, 2021.

Fluxograma 15. Fluxograma de solicitação de transporte sanitário eletivo, 2021.



Fonte: Resolução SESAU n. 599, de 14 de setembro de 2020.

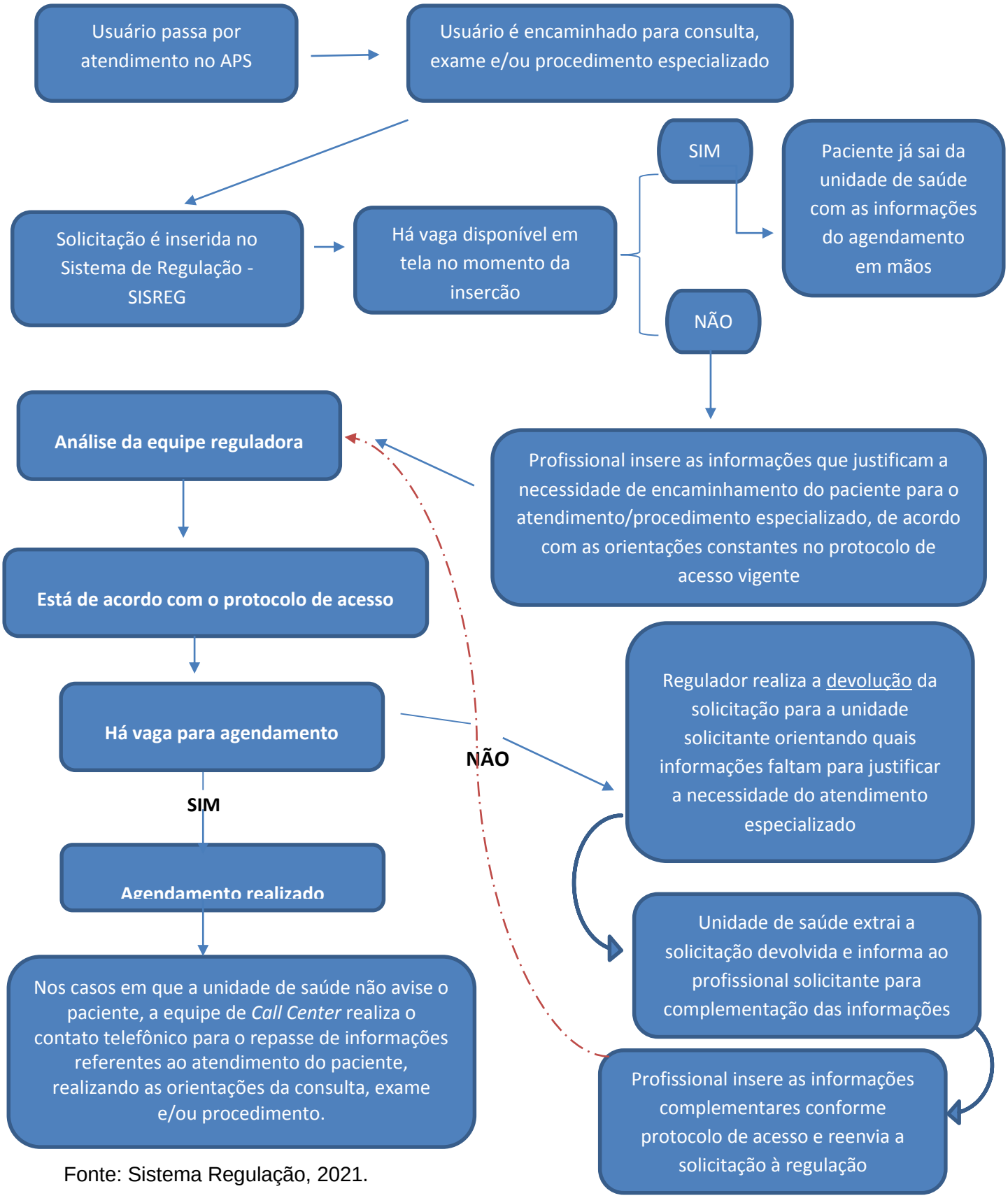
Fluxograma 16. Fluxograma de notificação de incidente/evento adverso, 2021.



Fonte: Gerência de Segurança do Paciente, 2021.

1- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde; Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;
2- Ouvidoria do SUS: oferece atendimento presencia, por telefone (3314-9955) ou através do site: ouvidoria@sesau.campogrande.ms.gov.br.

Fluxograma 17. Fluxograma de solicitação e atendimento de procedimentos via sistema de regulação – SISREG, 2021.



Fonte: Sistema Regulação, 2021.

O paciente passar por atendimento na unidade de saúde onde é identificada a necessidade de encaminhamento do mesmo para consulta, exame e/ou procedimento especializado e é inserida solicitação, conforme a necessidade do paciente, no Sistema de Regulação – SISREG.

Após a inserção, a solicitação é analisada pelo regulador que verifica se esta encontra – se de acordo com o protocolo de acesso vigente. Se sim, e havendo vaga em sistema, solicitação é agendada para atendimento em data posterior. Caso a unidade repasse as informações de agendamento ao paciente, este sinaliza em sistema como avisado. Em caso negativo, a equipe de videofonia entra em contato com esse paciente para o repasse de informações e demais orientações pertinentes ao agendamento.

Nos casos em que o encaminhamento não estiver de acordo com as orientações constantes no protocolo de acesso, a solicitação é devolvida à unidade para as devidas adequações e posterior reenvio à equipe reguladora para análise e demais seguimentos.

2.8 RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento em saúde, compreende 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 n° 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 Públicos em Saúde.

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, sendo que o município de Campo Grande vem cumprindo o disposto, conforme a tabela a seguir:

Tabela 1. Percentual aplicado em saúde, 2021**.**

ANO	%
2013	31,21
2014	30,00
2015	32,67
2016	31,90
2017	36,98
2018	26,33
2019	28,97
2020	25,39

Fonte: http://siops.datasus.gov.br/mctc_seleciona_ente.php em: 13/07/2021 às 16:27.

A **captação de recursos** de investimentos e custeio para o financiamento do sistema de Saúde no município de Campo Grande-MS ocorre mediante a oportunização de Portarias de Incentivos lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais, Estaduais e Municipais.

As propostas de captação são realizadas através do alinhamento junto às Áreas Técnicas da SESAU – Secretaria Municipal de Saúde, considerando os Instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Plano de Expansão da ESF e PPA) e apreciação do Secretário Municipal de Saúde para deliberação quanto às prioridades.

Os instrumentos utilizados para captação dos recursos são:

✓ **FNS - Fundo Nacional de Saúde**: Portarias de Incentivo de investimentos/custeio lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais cadastradas no Sistema de Gerenciamentos de Objetos e Propostas;

✓ **SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras**: Portarias/Emendas Parlamentares de Incentivo para Investimento em Construção, Ampliação e Reformas;

✓ **SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde**: Refere-se a incentivo para implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para o município, recurso de custeio transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o município ou recurso de habilitação mediante Portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do Sistema Único de Saúde.

✓ **SICONV – Sistema de Convênios**: O Sistema de Convênio – SICONV foi implantado através do Decreto Presidencial nº 6.170 de 25 de julho de 2007. Este Decreto regulamenta os convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada, celebrados pelos órgãos e entidades da administração pública federal com órgãos ou

entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, para a execução de programas, projetos e atividades que envolvam a transferência de recursos ou a descentralização de créditos oriundos dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social da União.

Porém o Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde tem os seus Sistemas próprios para Captação de Recursos, sendo: Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas é um sistema desenvolvido em plataforma web para uso exclusivo das entidades, que lhes permite o gerenciamento online.

Neste módulo a entidade poderá conhecer os programas disponíveis para financiamento no exercício financeiro vigente, cadastrar propostas, gerenciar e acompanhar todos os recursos recebidos por meio de Convênio, Contrato de Repasse, repasse Fundo a Fundo ou Termo de Cooperação.

Havendo oportunização por meios de Editais com Projetos disponíveis para encaminhamento de Propostas ou Emenda Parlamentares via SICONV, a SESAU realiza o Cadastro no referido Sistema.

A captação através de Emenda Parlamentar Estadual para construção, reforma, ampliação, equipamentos/mobiliários é realizada mediante a oportunização da Assembleia Legislativa aos Parlamentares para que estes manifestem a indicação conforme Bloco de financiamento Custeio/Investimento (PAB / MAC / VISA).

Após aprovação pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Estado de Saúde, a Secretaria Municipal passa a operacionalizar os recursos captados (investimentos/custeio) e realizar a gestão da aplicação dos mesmos, por meio das modalidades de transferência empregada pelo Fundo Nacional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde, alinhado à programação das áreas técnicas da Secretaria, com ênfase na ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, assim garantindo a execução de projetos habilitados, articulando junto às secretarias de obras e de finanças e demais órgãos responsáveis durante o processo.

O novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, ocorre por meio do Programa Previne Brasil que foi instituído pela portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 e está pautado em quatro itens: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a programas específicos/estratégicos.

- ✓ CAPITAÇÃO PONDERADA:

O cálculo é baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica, bem como a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal.

Estes valores são repassados anualmente, divididos em 12 competências mensais, R$ 50,50 para cada pessoa cadastrada nas equipes. Anteriormente, por meio do PAB Fixo, eram repassados no máximo R$ 28,00 por pessoa por ano. Esse valor de R$ 50,50 pode ainda chegar a R$ 131,30, de acordo com as características de vulnerabilidade do indivíduo e do município em que vive.

- ✓ PAGAMENTO POR DESEMPENHO:

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho considera os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.

I - processo e resultados intermediários das equipes;

II - resultados em saúde; e

III - globais de APS.

A portaria nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

O valor por tipo de equipe do incentivo financeiro federal de custeio mensal do pagamento por desempenho, referente a 100% do Indicador Sintético Final, será o equivalente a:

I - R$ 3.225,00 (três mil duzentos e vinte e cinco reais) para equipe de Saúde da Família;

II - R$ 2.418,75 (dois mil quatrocentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade II 30h; e

III - R$ 1.612,50 (um mil seiscentos e doze reais e cinquenta centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade I 20h.

- ✓ INCENTIVO A PROGRAMAS ESPECÍFICOS/ESTRATÉGICOS:

A definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas considera:

I - as especificidades e prioridades em saúde;

II - os aspectos estruturais das equipes; e

III - a produção em ações estratégicas em saúde.

O incentivo para ações estratégicas contempla o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

I - Programa Saúde na Hora;

II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);

III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);

VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);

VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);

VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);

IX - Microscopista;

X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);

XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;

XII - Programa Saúde na Escola (PSE);

XIII - Programa Academia da Saúde;

XIV- Programas de apoio à informatização da APS;

XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;

XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e

XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Observada a classificação geográfica rural-urbana estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o valor do incentivo para cada eSF de município ou Distrito Federal aderente que observar o disposto no § 1º será de:

I - R$ 1.700,00 (mil e setecentos reais), nos casos de município urbano ou município intermediário adjacente;

II - R$ 2.000,00 (dois mil reais), nos casos de município intermediário remoto ou município rural adjacente; ou

III - R$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais), nos casos de município rural remoto. A portaria nº 397, de 16 de março de 2020, que altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.

O Distrito Federal e os municípios que aderirem ao Programa Saúde na Hora, de que trata a Seção IV do Capítulo I do Título IV Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 2017, farão jus ao recebimento de incentivo financeiro adicional de custeio para cada Unidade de Saúde da Família - USF e Unidade Básica de Saúde - UBS participante do Programa.

Parágrafo único. O incentivo financeiro adicional de que trata o caput terá os seguintes valores mensais:

I - R$ 22.816,00 (vinte e dois mil oitocentos e dezesseis reais), para as USF com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

II - R$ 31.766,00 (trinta e um mil setecentos e sessenta e seis reais), para as USF, com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

III - R$ 59.866,00 (cinquenta e nove mil oitocentos e sessenta e seis reais), para as USF, com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais; e

IV - R$ 15.000,00 (quinze mil reais), para USF ou UBS com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais simplificado." (NR)

O Distrito Federal e os municípios que aderirem ao Programa Saúde na Hora farão jus ao recebimento de incentivo financeiro de apoio à implantação do horário estendido para cada USF e UBS participante do Programa.

§ 1º O incentivo financeiro de que trata este artigo será repassado, em parcela única, no momento do início da transferência de que trata o parágrafo único do art. 172-K desta Portaria.

§ 2º O incentivo financeiro de que trata este artigo terá os seguintes valores:

I - R$ 22.816,00 (vinte e dois mil oitocentos e dezesseis reais), para as USF com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

II - R$ 31.766,00 (trinta e um mil setecentos e sessenta e seis reais), para as USF com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais;

III - R$ 59.866,00 (cinquenta e nove mil oitocentos e sessenta e seis reais), para as USF com Saúde Bucal, com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais;

VI - R$ 15.000,00 (quinze mil reais), para as USF ou UBS com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais simplificado." (NR)

Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014, que fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Considerando a necessidade de fixar novos valores relativos ao incentivo financeiro de custeio das Equipes de Consultório na Rua - Modalidade I (eCR Mod I), Equipes de Consultório na Rua - Modalidade II (eCR Mod II) e Equipes de Consultório na Rua Modalidade III (eCR Mod III), resolve:

Os valores de incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua, são:

I -para a eCR Modalidade I será repassado o valor de R$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe;

II -para eCR Modalidade II será repassado o valor de R$ R$ 27.300,00 (vinte e sete mil etrezentos reais) por equipe; e

III -para a eCR Modalidade III será repassado o valor de R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil eduzentos reais) por equipe.

Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A tabela de incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes.

Tabela 2. Incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes, 2014.

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 100 custodiados:	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	6	3.957,50
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental	6	6.790,00

Fonte: Portaria/GM/MS n. 482 de 01 de abril de 2014.

Tabela 3. Incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes, 2014.

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 101-500 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II	20	19.191,65
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental	20	28.633,31

Fonte: Portaria/GM/MS n. 482 de 01 de abril de 2014.

Tabela 4. Incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes, 2014.

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 501-1200 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III	30	42.949,96

Fonte: Portaria/GM/MS n. 482 de 01 de abril de 2014.

Na portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que 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.

O Distrito Federal e municípios terão o valor do incentivo financeiro de custeio de que trata o *caput* acrescido de R$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos). A portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nas eSF, o valor do incentivo financeiro de que trata este artigo corresponderá a:

I - R$ 12.000,00 (doze mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos e dois enfermeiros em formação;

II - R$ 10.500,00 (dez mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos e um enfermeiro em formação;

III - R$ 9.000,00 (nove mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos em formação;

IV - R$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico e dois enfermeiros em formação;

V - R$ 6.000,00 (seis mil reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico e um enfermeiro em formação;

VI - R$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico em formação;

VII - R$ 3.000,00 (três mil reais) para equipe que tenha na sua composição dois enfermeiros em formação; ou

VIII - R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um enfermeiro em formação.

§ 5º Nas eSB, o valor do incentivo financeiro de que trata este artigo corresponderá a:

I - R$ 3.000,00 (três mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois cirurgiões-dentistas em formação; ou

II - R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um cirurgião-dentista em formação. A portaria gm/ms nº 3.317, de 7 de dezembro de 2020, que fixa o valor do incentivo financeiro federal de custeio referente aos Agentes Comunitários de Saúde.

O valor do incentivo financeiro federal em R$ 1.550,00 (um mil quinhentos e cinquenta reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS) a cada mês do ano de 2021. O incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, em virtude da adesão do Distrito Federal e dos municípios ao PSE, no valor de R$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos.

Os recursos do Programa Saúde na Escola (PSE) são repassados fundo a fundo, via PAB Variável da Atenção Básica, calculados de acordo com o quantitativo de educandos pactuados no termo de adesão cujo ciclo será de 2 ano e o repasse do recurso será único a cada ano do ciclo. Para receber qualquer repasse será necessário o registro de informações das ações realizadas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB. No ciclo 2021/2022 do PSE foram pactuados 118 equipamentos educacionais pertencentes aos territórios adscritos das UBSF, totalizando 71.230 educandos.

Em relação à saúde bucal, através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde disponibiliza recursos através de incentivos para ações estratégicas, onde contempla custeio para Equipe de Saúde Bucal (eSB), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

Segundo a Portaria nº 2.305, de 28 de agosto de 2020, o recurso de custeio para as eSB na ESF é de:

- Modalidade I (Cirurgião-dentista – CD e Auxiliar em Saúde Bucal – ASB ou Técnico em Saúde Bucal - TSB): R$ 2.453,00/mês/equipe;

- Modalidade II (Cirurgião-dentista – CD, Auxiliar em Saúde Bucal – ASB ou Técnico em Saúde Bucal – TSB e Técnico em Saúde Bucal – TSB): R$ 3.278,00/mês/equipe (não há tal modalidade em Campo Grande).

O incentivo financeiro mensal para o custeio das Equipes de Saúde Bucal (eSB) nas modalidades I com carga horária diferenciada, segundo critérios e regras estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica é de:

- Modalidade I - 20h (eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF): R$ 1.226,50 (Campo Grande está em processo de transformação das equipes nas Unidades Básicas de Saúde – UBS para esta modalidade);

- Modalidade I - 30h (eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF): R$ 1.839,75 (não há tal modalidade em Campo Grande).

O recurso de implantação de equipes de Saúde Bucal – eSB na Estratégia de Saúde da Família – ESF é no valor de R$ 7.000,00 (parcela única) para investimento nas Unidades Básicas. Cada Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio:

- Incentivo de implantação (para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos):

- R$ 60 mil para CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas) (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 75 mil para CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas);

- R$ 120 mil para CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas).

- Incentivo de custeio mensal:

- R$ 8.250,00 para CEO Tipo I (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 11.000,00 para CEO Tipo II;

- R$ 19.250,00 para CEO Tipo III.

A portaria GM/MS nº 793 de 24/04/2012 da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo primordial a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Essa rede busca levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais.

No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a toda pessoa com deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na Atenção Primária, que referência para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades de atendimento mais complexo.

Nesse sentido, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem PRT MS/GM 1.341/2012, Anexo XLI), criou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Os incentivos são da seguinte ordem:

- R$ 1.650,00 mensais para o CEO Tipo I (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 2.200,00 mensais para o CEO Tipo II;

- R$ 3.850,00 mensais para o CEO Tipo III.

O Ministério da Saúde também repassa um recurso mensal para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção:

- Entre 20 e 50 próteses/mês: R$ 7.500,00;

- Entre 51 e 80 próteses/mês: R$ 12.000,00;

- Entre 81 e 120 próteses/mês: R$ 18.000,00 (Campo Grande se encontra nessa faixa de produção, porém, está em processo de ampliação da produção e posterior solicitação de aumento de recebimento de recurso);

- Acima de 120 próteses/mês: R$ 22.500,00.

Em relação aos incentivos estaduais, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) repassa recursos para as eSB na ESF através do Decreto Estadual nº. 11.684, de 08 de setembro de 2004, conforme tabela abaixo:

Tabela 5. Incentivo Estadual de Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família (ESF), 2021

Cobertura populacional	Mod. I (mensal)	Mod. II (mensal)	17% acréscimo Mod. I	17% acréscimo Mod. II	Total Mod. I	Total Mod. II
0 a 29,9%	2.250,00	2.500,00	382,50	425,00	**2.632,50**	**2.952,00**
30 a 49,9%	2.450,00	2.700,00	416,50	459,00	**2.866,50**	**3.159,00**
50 a 69,9%	2.650,00	2.900,00	450,50	493,00	**3.100,50**	**3.393,00**
70 e mais	2.850,00	3.100,00	484,50	527,00	**3.334,50**	**3.627,00**

Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica/SESAU/Campo Grande-MS, 2021.

Em Campo Grande-MS possui uma cobertura populacional de equipes de Saúde Bucal na

Estratégia de Saúde da Família de 53,52% (novembro/2020, última competência disponível no site do E-Gestor da Atenção Básica do Ministério da Saúde) e está recebendo R$ 3.100,50/mês/equipe.

O recurso de implantação de equipes de Saúde Bucal – eSB na Estratégia de Saúde da Família – ESF é no valor de R$ 3.000,00 (parcela única).

Já os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) recebem recurso de custeio do Estado mensalmente, conforme Decreto Estadual nº 12.979, de 05 de maio de 2010:

- R$ 3.300,00 para CEO Tipo I (não há tal modalidade em Campo Grande);

- R$ 4.400,00 para CEO Tipo II;

- R$ 7.700,00 para CEO Tipo III.

Os recursos referentes à contrapartida federal e estadual para custeio dos **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** municipais são repassados mediante transferência regular e automática do FNS para os respectivos fundos de saúde, após efetivo cadastramento do serviço junto ao Ministério da Saúde e de seu devido funcionamento, seguem abaixo as portarias utilizadas pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para implementação/implantação das ações e serviços**:**

As Portarias GM/MS com Repasses Financeiros Federais para o CAPS:

- ✓ 245/2005 - Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- ✓ 3089/2011 - Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- ✓ 3090/2011 - Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRT;
- ✓ 121/2012 - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial;
- ✓ 130/2012 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros;
- ✓ 148/2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio;

✓ 1966/2013 - Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011;

✓ Consolidação nº 06/2017 – Capítulo III – do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial;

✓ 3588/2017 - Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

✓ Plano de Ação Regional – PAR/RAPS – 2019/2021.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) recebem mensalmente valores de custeio do Ministério da Saúde, com contrapartida do Governo Estadual, a contar de 11/04/2014.

As Portarias GM/MS com Repasses Financeiros Federais para as UPA:

• UPA Universitário – Portaria de Habilitação em custeio e Qualificação n. 448, de 20 de março de 2020;

• UPA Coronel Antonino – Portaria de Habilitação n. 571, de 11 de abril de 2014 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020;

• UPA Vila Almeida – Portaria de Habilitação n. 587, de 11 de abril de 2014 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020;

• UPA Moreninha – Portaria de Habilitação em custeio n. 1.049, de 18 de maio de 2020 e Portaria de Qualificação n. 52, de 09 de janeiro de 2020;

• UPA Leblon – Portaria de Habilitação n. 3.160, 29 de dezembro de 2016 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020;

• UPA Santa Mônica – Portaria de Habilitação n. 3.161, de 29 de dezembro de 2016 e Portaria de Qualificação n. 506, de 24 de maio de 2020.

O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional** de Campo Grande recebe mensalmente valores de custeio do Ministério da Saúde e Governo Estadual. Os municípios integrantes da Regional recebem por sua vez os custeios diretamente do Ministério da Saúde através de seus Fundos Municipais de Saúde.

Quadro 1 - Demonstrativo de custeio do SAMU Regional Campo Grande a partir da qualificação pela Portaria nº 552/2021.

Unidade	Quant.	Valor Unitário	Valor mensal recebido pelo Ministério da Saúde	Valor mensal recebido pelo Estado
Central de Regulação de Urgência - Habilitada e Qualificada	01	R$ 112.224,00	R$ 112.224,00	R$ 56.112,00
USB – Habilitada e Qualificada Campo Grande	10	R$ 21.919,00 (Cada USB)	R$ 219.190,00	R$ 109.595,00
USA - Habilitada e Qualificada	03	R$ 48.221,00 (Cada USA)	R$ 144.663,00	R$ 72.331,50
Motolância - Habilitada	02	R$ 7.000,00	R$ 14.000,00	R$ 7.000,00

Fonte: Portaria Consolidada/MS, n.6, Cap II- seção VI à IX, de 28 de setembro de 2017.

Na **Vigilância em Saúde** o recurso financeiro repassado pelo Ministério da Saúde e pactuado em CIB refere-se ao Piso Fixo da Vigilância em saúde, para custeio das ações de vigilância em saúde e 5% do valor anual destinado ao recurso salarial e EPIs aos agentes de endemias.

A Portaria nº 1.378, 09/07/2013 - Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com a manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância em Saúde condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas.

Além disso, algumas áreas técnica da Vigilância em Saúde, como os Serviços de Prevenção e Controle as IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais, Agravos à Saúde do Trabalhador, controle do *Aedes aegypti*, recebem recursos financeiros por meio de portarias específicas.

O município recebe também, recursos advindos do **Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)**, Portaria nº 1708, de Agosto de 2013.

Os recursos captados pela Vigilância Sanitária para fins de custeio são oriundos da previsão orçamentária de Recursos Federais procedentes da Portaria nº 1378/GM/MS, de 09/07/2013, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31/03/2014 - Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde; Portaria nº 3.086/2013; do Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA e dos repasses da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da microrregião de Campo Grande possui recurso financeiro específico proveniente da Portaria GM/MS n.º 27 de 01/10/2012 (convênio 201311) que habilita o CEREST Regional de Campo Grande-MS:

Tabela 6. Recurso Financeiro conforme Portaria GM/MS n.º 27 de 01/10/2012 - 2021

Nº	UF	Gestão	Município	Tipo	Repasse Mensal (R$1,00)	Repasse Anual (R$1,00)
207	MS	Municipal	Campo Grande	R	30.000,00	360.000,00
Total						360.000,00

Fonte: Portaria GM/MS n.º 27 de 01/10/2012 (convênio 201311), 2021.

Os Contratos e Convênios estabelecidos são regulamentados, entre outras, especialmente pelas Portarias nº 1.034/2010 que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e nº 3.410/2013 que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

A previsão orçamentária estabelecida, de acordo com cada instrumento contratual, é destinada ao custeio de ações e serviços de saúde que são ofertados à Rede Municipal.

Os Hospitais Filantrópicos, em virtude da contratualização, recebem recursos pré-fixados, a título de custeio e incentivo, prestando contas das metas pactuadas para validação dos recursos repassados previamente. E também fazem jus aos recursos pós-fixados, pagos conforme produção realizada de procedimentos de Alta Complexidade ou financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

O CER/APAE é estabelecimento habilitado como CER IV, recebendo recurso mensal de custeio, conforme preconizado pela Rede de Atenção Psicossocial, além da produção aprovada e valorada o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA.

O IPED/APAE é o Serviço de Referência Estadual do Programa Estadual de Proteção à Gestante, recebendo custeio mensal dos serviços referente ao Programa, além da produção aprovada e valorada o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA.

O Hospital Nosso Lar recebe, além da produção de serviços de saúde apurada nos Sistemas de Informação SIA e SIHD (Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado), um recurso de custeio para manter a oferta de alguns leitos exclusivamente ao município de Campo Grande.

No cenário atual os recursos financeiros disponibilizados para rede complementar não são suficientes para os serviços que a Rede Municipal de Saúde necessita contratar, os últimos aportes financeiros realizados pela Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul e pela Prefeitura Municipal de Campo Grande foram alocados no componente de custeio, não havendo ampliação da oferta de serviços.

2.9 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

Desde novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução n. 330/2003, resolveu aplicar os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito SUS.

Com relação às pessoas envolvidas nos processos de trabalho do SUS, o desafio é qualificar e prover condições adequadas para uma distribuição racional do trabalho em saúde. A composição dos recursos humanos na Atenção Primária de Saúde se dá conforme as tabelas a seguir:

Tabela 1 - Recursos Humanos lotados nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, 2021.

Profissionais da Atenção Primária	Quantidade de Profissionais	Carga Horária Semanal
Médicos ESF	163	20 / 24 / 40
Mais Médicos	013	40
Clínicos Gerais	077	12 / 20 / 24 / 40
Pediatras	010	12 / 20 / 24
Ginecologistas/Obstetras	010	12 / 20
Enfermeiros	207	40
Técnicos de Enfermagem	447	40
Odontólogos	163	40 / 20
Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal	176	40
Assistentes Sociais	076	30
Farmacêuticos	034	40
Administrativos	302	40
Agentes Comunitário de Saúde	1.568	40
Agentes de Combate à Endemias	304	40

Fonte: Sistema ERGON - 24.06.2021

Tabela 2 - Recursos Humanos lotados em Unidades Básicas por carga horária de acordo com CNES, 2021.

Profissionais da Atenção Básica	Carga Horária Semanal 12 horas	Carga Horária Semanal 20 horas	Carga Horária Semanal 24 horas	Carga Horária Semanal 30 horas	Carga Horária Semanal 40 horas	Carga Horária Semanal 48 horas	Total na Rede
Médicos ESF	00	20	53	00	116	42	231
Clínicos Gerais	04	07	44	00	01	00	56
Pediatras	02	06	03	00	00	00	11
Ginecologistas/ Obstetras	02	12	00	00	00	00	14
Enfermeiros	00	00	00	00	550	00	550
Técnicos de Enfermagem	00	00	00	00	1.004	00	1.004
Odontólogos	00	108	00	00	169	00	277
ASB/TSB	00	00	00	00	259	00	259
Assistentes Sociais	00	00	00	141	00	00	141
Farmacêuticos	00	00	00	00	118	00	118
Administrativo	00	00	00	00	860	00	860
ACS	00	00	00	00	1.581	00	1.581

Fonte: CNES – 22/06/2021.

Tabela 3 - Recursos Humanos lotados nos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família – NASF,2021.

Profissionais do NASF	Quantidade de Profissionais	Carga Horária Semanal
Administrativo	001	40
Farmacêuticos	002	40
Fisioterapeutas	017	30
Fonoaudiólogos	010	40
Médicos	034	20 / 24
Nutricionistas	009	40
Profissional de Educação Física	009	40
Psicólogos	016	40
Terapeuta Ocupacional	004	30

Fonte: Sistema ERGON - 24.06.2021

Tabela 4 - Recursos Humanos lotados em Equipes do “Consultório na Rua”, 2021.

Profissionais da eCR	Quantidade de Profissionais	Carga Horária Semanal
Enfermeiro	001	40
Técnico de Enfermagem	002	40
Psicólogo	001	30
Assistentes Sociais	002	40
Fonoaudiólogo	001	40

Fonte: Sistema ERGON - 24.06.2021

Tabela 5 - Recursos Humanos lotados em Equipes de Saúde Prisionais, 2021.

Profissionais da Saúde Prisional	Quantidade de Profissionais	Carga Horária Semanal
Enfermeiros	004	40
Médicos - Clínicos Gerais	006	36
Médicos - Saúde Mental	003	36
Odontólogos	002	20
Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal	003	40

Fonte: Sistema ERGON - 24.06.2021

O quadro de servidores lotados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Campo Grande - MS, é composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores, auxiliares de regulação (administrativo), rádio operador (administrativo) e equipe de apoio administrativo. A jornada semanal de trabalho é de 30 horas semanais, exceto os médicos que possuem vínculos de 12 horas ou 24 horas.

A composição dos recursos humanos no SAMU se dá conforme as tabelas a seguir:

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Campo Grande – MS, 2021.

Função	Profissionais Fixos	Profissionais Eventuais
Médicos - Reguladores	029	005
Médicos - Intervencionistas	024	005
Administrativos	020	019
Condutores	046	007
Enfermeiros	023	005
Técnicos de Enfermagem	032	016

Fonte: Sistema ERGON - 24.06.2021

Ressaltamos a importância de prevenir agravamentos e identificar as consequências dos problemas de saúde, estabelecendo, quando possível, o nexo entre trabalho e adoecimento mental. A Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito SUS, dentre as suas recomendações versa sobre a "organização de serviços, setores ou programas de saúde ocupacional dos trabalhadores do SUS, bem como a definição de indicadores de morbimortalidade e acompanhamento das taxas de incidências de agravos por unidade, por ocupação, taxas de mortalidade, número de exames periódicos realizados, número de casos notificados por unidade, número de casos investigados, dentre outros."

Tabela 7 - Recursos Humanos lotados nos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) por carga horária de acordo com CNES, 2021.

Profissionais do NASF	Quantidade na Rede	Carga Horária Semanal
Nutricionista	09	40
Fisioterapeuta	17	30
Terapeuta Ocupacional	04	30
Psicóloga	16	40
Fonoaudióloga	11	40
Prof. de educação física	12	40
Assistente Social	00	30
Farmacêutico	01	40
Veterinária	00	40
Administrativo	01	40
Pediatra	17	24
Ginecologista	01	40
Ginecologista	09	24

Fonte: CNES – 22/06/2021.

Tabela 8 - Recursos Humanos lotados em Equipe Consultório na Rua por carga horária de acordo com CNES, 2021.

Profissionais da eCR	Quantidade na Rede	Carga Horária Semanal
Enfermeiro	1	40
Técnico de Enfermagem	2	40
Auxiliar de Saúde Bucal	1	40
Psicólogo	1	40
Assistente Social	1	30
Supervisor	1	40
Motorista	1	40

Fonte: CNES – 22/06/2021.

Tabela 9 - Recursos Humanos lotados em equipes de saúde Prisionais por carga horária de acordo com CNES, 2021.

Profissionais da Saúde Prisional	Carga Horária Semanal 20 horas	Carga Horária Semanal 30 horas	Carga Horária Semanal 40 horas	Total na Rede
Clínicos Gerais	09	00	00	09
Enfermeiros	00	04	00	04
Odontólogos	02	00	00	02
ASB/TSB	00	00	03	03

Fonte: CNES e Recursos Humanos – 24/06/2021.

O quadro de servidores atualmente lotados no SAMU Regional Campo Grande é composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores, telefonistas auxiliares de regulação médica (do quadro administrativo), rádio-operadores (quadro administrativo) e equipe administrativa.

A jornada semanal de trabalho é de 30 horas, exceto os médicos, que possuem vínculos de 12 ou 24 horas.

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais que atuam no SAMU Regional Campo Grande-MS em junho de 2021.

Função	Fixos	Eventuais
Médico regulador	39	4
Médico intervencionista	24	4
Administrativo	19	21
Condutor	46	7
Enfermeiro	21	6
Técnico de enfermagem	31	12

Fonte: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -SAMU/SRAS/SESAU- Junho 2021.

Os profissionais do SAMU fazem processo seletivo quando surgem vagas disponíveis no serviço, uma vez que é necessária aptidão e conhecimento para exercer a função no serviço. O processo é amplamente divulgado para os servidores da Rede visando oportunizar as vagas disponíveis ao maior número de pessoas interessadas.

A cada dois anos é realizada a re-certificação dos profissionais que trabalham no SAMU e verificado se mantém as aptidões necessárias para exercer as funções no serviço. Todas as atividades são documentadas no NEP/SAMU e aplicadas por instrutores habilitados por cursos formadores como os Cursos de imersão do Hospital Israelita Albert Einstein, *Pre Hospital Trauma Life Support - PHTLS, Advanced Trauma Care for Nurses - ATCN, Advanced Trauma Life Support - ATLS, Advanced Care Life Support - ACLS*, dentre outros.

A Gerência de Saúde do Servidor (GERSAU) iniciou suas atividades em 26/10/2009 com o nome de Serviço de Saúde do Servidor sendo alterado em 29 de maio de 2018. Realiza ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho do servidor da SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande.

Levando em conta o número de servidores afastados para tratamento médico, sendo o maior número relacionado à saúde mental e para minimizar esses números, em agosto de 2017 foi implantado o Projeto Cuidar de Quem Cuida, com o objetivo de prevenir agravamentos e identificar as consequências destes quando acontecem, estabelecendo quando possível, o nexo entre trabalho e adoecimento mental, da demanda gerada pelo projeto “GERSAU AQUI”. O projeto “Cuidar de Quem Cuida” foi implementado com acréscimos de mais profissionais de psicologia, bem como um profissional de psiquiatria. Devido a Pandemia do Covid-19, os atendimentos presenciais foram suspensos e passaram a serem realizados de forma remota, utilizando o telefone, chamada normal ou de vídeo, continuando a ser em horário alternativo, com um acréscimo, no mês de julho/2020, aproximadamente 40 atendimentos semanais,160 mensais, totalizando 1280 no ano de 2020.

Com objetivo de reduzir as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho, realizou-se o monitoramento de 299 comunicações de acidente de trabalho, sendo que a partir do dia 5 de outubro de 2020, iniciou-se um processo de investigação dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais através da implantação do ROA – Relato de Acidente de Trabalho e a investigação de acidente do trabalho com o intuito fornecer subsídios à Perícia médica do IMPCG estabelecer o nexo causal entre o agravo e o trabalho, culminando com a homologação da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, inclusive as que estão relacionadas a COVID -19. Em atenção a Pandemia, realizou-se a implantação de processo para realização do teste RT PCR – *Swab* aos servidores SESAU, com oferta em 2 (duas) Unidades de Urgência específicas para testagem dos servidores da SESAU e a emissão de atestados médicos aos servidores com diagnóstico confirmado e aos contactantes familiares e laborais, de acordo com Nota Técnica 16/Covid19. Realizou-se a elaboração de Cartilha Educativa com a finalidade de Orientação ao Servidor da SESAU em Período de Pandemia pelo Coronavírus e Cartilha de Saúde Mental em tempos de Coronavírus disponibilizada a toda a PMCG. Com objetivo de ampliar este suporte, implantou-se em Julho de 2020, o Projeto de “Teleatendimento Psicológico aos servidores da PMCG pertencentes ao grupo de risco para a COVID- 19”.

Outros serviços foram ofertados em parceria com a Telemedicina, como a Teleorientação e o acompanhamento e monitoramento realizados pelo serviço de medicina do trabalho da GERSAU. Vale ressaltar a importância das demais ações como elaboração de indicadores epidemiológicos Covid -19/Servidores SESAU, gestão de Grupo de Risco, realização de treinamento sobre Biossegurança no Enfrentamento ao Covid – 19, visitas técnicas em Unidades de Saúde e setores administrativos, acolhimento, orientação e encaminhamentos aos servidores acometidos pelo Novo Coronavírus. Foram realizados 980 atendimentos multiprofissionais aos servidores: PPRA – Programa de riscos Ambientais e PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional de 6 (seis) unidades de saúde e serviço de radiologia. Devido à pandemia, foram suspensos temporariamente os exames periódicos, visitas domiciliares e os encontros de rodas de conversa nas unidades de saúde ocorreram por meio de materiais visuais em forma de cartilhas, folders e canais com o servidor via e-mail e telefone. As visitas técnicas em Unidades de Saúde ocorreram de forma reduzida, sendo realizadas com o enfoque principal de verificar os protocolos de segurança e propor medidas preventivas, com realização de diálogo de segurança, palestras sobre protocolos de biossegurança e divulgação do projeto “Cuidar de quem Cuida”, com objetivo de ofertar atendimento psicológico aos servidores em período de pandemia.

Em relação às dificuldades encontradas quanto à insuficiência de profissionais da área de saúde, informamos que esta situação está diretamente relacionada ao aumento no número de vacâncias (exoneração a pedido, demissão pública, aposentadoria, falecimento, revogação de convocação no caso dos profissionais médicos e dispensa de contratos realizados através de processos seletivos). Nestas situações de vacâncias a Secretaria Municipal de Saúde realiza constantemente a chamada de novos profissionais de saúde aprovados em Concursos Públicos, Convocação Temporária e/ou Processo Seletivo Simplificado, porém, ocorre que alguns cargos não possuem número suficiente profissionais aprovados e/ou interessados para atender as necessidades da secretaria.

No exercício de 2019, os cargos em vacâncias totalizaram em 1.929, e no exercício de 2020 somaram em 2.186. Diante deste cenário são realizadas as substituições das vagas de vacâncias e/ou expansões de serviços, sendo admitidos no exercício em 2019 ingressaram 1.978 e, no ano de 2020 foram realizadas 2.720 admissões. Ressaltamos que em relação aos profissionais médicos existem duas situações que contribuem para o alto índice de vacâncias, a autonomia para pedido de exonerações e/ou revogações de convocações e a frequente flutuação na Rede Municipal de Saúde. Em 2020 foram realizadas um total de 1.736 convocações temporária de profissionais médicos para atuarem na Secretaria Municipal de Saúde, em Regime de Convocação Temporária. (Fonte: Sistema ERGON - 24.06.2021)

Tabela 11 - Número de servidores, vínculo de trabalho e jornada de trabalho referente ao exercício de junho de 2021.

ORD.	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO (hora/mês)	QUANTIDADE
01	Administrador	Concurso	240	004
02	Agente Comunitário de Saúde	Concurso	240	1.593
		Contrato Indeterminado	240	001
03	Agente de Atividades Educacionais	Concurso	240	003
04	Agente de Combate a Endemias	Concurso	240	569
05	Agente de Saúde Pública	Concurso	240	066
		Municipalização	240	009
06	Ajudante de Operação	Concurso	240	106
07	Analista de Processo	Função de Confiança	240	001
08	Arquiteto	Concurso	240	001
09	Artífice de Copa e Cozinha	Concurso	240	004
10	Assessor Especial	Nomeação	240	001
11	Assessor Governamental I	Nomeação	240	001
12	Assessor Governamental III	Nomeação	240	007
13	Assessor Governamental IV	Nomeação	240	050
14	Assessor-Chefe	Nomeação	240	004
15	Assessor-Executivo I	Nomeação	240	004
16	Assessor-Executivo II	Nomeação	240	003
17	Assessor-Executivo III	Nomeação	240	001
18	Assistente Administrativo I	Concurso	240	025
19	Assistente Administrativo II	Concurso	240	291
20	Assistente de Educação Infantil	Contrato Temporário	240	001
21	Assistente de Serviços de Saúde	Concurso	240	337
22	Assistente de Serviços de Saúde I	Municipalização	240	002
23	Assistente de Serviços de Saúde II	Municipalização	240	002
24	Assistente Social	Concurso	180	114
		Contrato Temporário	180	033
25	Atividades de Assistência e Assessoramento Superior	Requisitado	240	010
26	Auditor de Controle Interno	Concurso	240	001

ORD.	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO (hora/mês)	QUANTIDADE
27	Auditor de Serviços de Saúde	Concurso	240	021
28	Auditor Fiscal de Vigilância Sanitária I	Concurso	240	037
29	Auditor Fiscal de Vigilância Sanitária II	Concurso	240	034
30	Auditor Municipal de Saúde	Concurso	240	023
31	Auxiliar Administrativo Financeiro	Contrato Temporário	240	101
32	Auxiliar de Enfermagem	Concurso	240	015
33	Auxiliar de Manutenção	Contrato Temporário	240	003
34	Auxiliar de Saneamento II	Municipalização	240	001
35	Auxiliar de Serviços Diversos	Concurso	240	045
36	Auxiliar em Saúde Bucal	Concurso	240	244
37	Auxiliar Social I	Concurso	240	012
38	Auxiliar Social II	Concurso	240	057
39	Bolsa-Residência Enfermagem	Residência	240	002
40	Bolsa-Residência Psicologia	Residência	240	002
41	Bolsa-Residência Serviço Social	Residência	240	002
42	Cedência - Assistente de Atividades Educacionais	Cooperação Mútua	180	001
43	Cedência - Médico	Convênio	120	001
44	Chefe de Assessoria II	Nomeação	240	002
45	Cirurgião Dentista	Municipalização	240	001
46	Coordenador	Nomeação	240	001
47	Coordenador-Geral	Nomeação	240	001
48	Cuidador em Saúde Mental	Contrato Temporário	180	073
49	Digitador	Concurso	240	001
50	Economista	Concurso	240	001
51	Eletricista	Concurso	240	005
52	Encanador	Concurso	240	004
53	Encarregado Governamental	Função de Confiança	240	099
54	Enfermeiro	Concurso	240	504
			240	046
55	Especialista de Serviços de Saúde	Municipalização	240	001
56	Farmacêutico	Concurso	240	120

ORD.	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO (hora/mês)	QUANTIDADE
57	Farmacêutico-Bioquímico	Concurso	240	022
58	Fisioterapeuta	Concurso	240	027
		Contrato Temporário	240	027
59	Fonoaudiólogo	Concurso	240	028
60	Gerente	Nomeação	240	003
61	Gestor de Operações Desenhista Projetista	Contrato Temporário	240	001
62	Gestor de Processo	Nomeação	240	038
63	Gestor de Projeto	Nomeação	240	008
64	Gestor Operacional	Função de Confiança	240	039
65	Guarda de Endemias	Municipalização	240	023
66	Instrutor Formação Especial	Concurso	240	001
67	Mais Médico	Contrato Temporário	240	013
68	Médico	Concurso	54	244
			120	112
			144	187
			240	048
		Subtotal	-	**591**
		Convocação	54	212
			120	001
			144	398
			240	051
		Subtotal	-	**662**
		Municipalização	240	004
		Subtotal	-	**004**
		TOTAL	-	**1.257**
69	Médico Auditor	Concurso	240	005
70	Médico Veterinário	Concurso	240	011
71	Motorista	Concurso	240	066
		Contrato Temporário	240	004
72	Motorista de Veículos Pesados	Concurso	240	046
		Contrato Temporário	240	005
73	Nutricionista	Concurso	240	020
		Contrato Temporário	240	003

ORD.	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO (hora/mês)	QUANTIDADE
74	Odontólogo	Concurso	120	110
			240	169
		Subtotal	-	**279**
		Municipalização	180	001
			240	001
		Subtotal	-	**002**
		TOTAL	-	**281**
75	Operador de Telemarketing	Contrato Temporário	180	041
76	Ouvidor-Geral	Nomeação	240	001
77	Pedreiro	Concurso	240	001
78	Pintor	Concurso	240	001
79	Professor	Concurso	240	001
80	Profissional de Apoio Educacional	Concurso	240	001
81	Profissional de Educação Física	Concurso	240	019
82	Programador de Sistemas	Concurso	240	007
83	Psicólogo	Concurso	240	060
		Contrato Temporário	240	011
84	Redator	Concurso	240	001
85	Sanitarista	Municipalização	240	001
86	Secretário Municipal	Nomeação	240	001
87	Serralheiro	Contrato Temporário	240	001
88	Supervisor Executivo	Função de Confiança	240	006
89	Técnico Assistente	Função de Confiança	240	005
90	Técnico de Controle Interno	Concurso	240	001
91	Técnico de Enfermagem	Concurso	240	915
		Contrato Temporário	240	089
92	Técnico de Imobilização Ortopédica	Concurso	240	007
93	Técnico de Necropsia	Concurso	240	001
94	Técnico de Operações Eletricista	Contrato Temporário	240	001
95	Técnico de Segurança do Trabalho	Concurso	240	001
96	Técnico em Laboratório	Concurso	240	013

ORD.	CARGO	VÍNCULO	JORNADA DE TRABALHO (hora/mês)	QUANTIDADE
97	Técnico em Prótese Dentária	Concurso	240	003
98	Técnico em Radiologia	Concurso	108	077
99	Técnico em Saúde Bucal	Concurso	240	015
100	Técnico Especializado - Equipamento Odontológico	Concurso	240	005
101	Telefonista	Concurso	240	004
102	Terapeuta Ocupacional	Concurso	240	010
TOTAL GERAL				**7.932**

Fonte: Sistema ERGON 24.06.2021

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Sendo assim, é primordial manter a realização periódica de capacitações e qualificação dos profissionais em saúde, com o objetivo de aprimorar o processo ensino-aprendizagem e efetivar um modelo de educação, no qual o profissional em saúde em suas atribuições, busque estratégias que melhore a resolutividade dos serviços e ações em saúde.

Nesse sentido, o apoio institucional tem sido adotado como ferramenta que promove um espaço coletivo de articulação entre gestão e cuidado, visando inovar o planejamento, a supervisão e a avaliação em saúde, com objetivo de fomentar e acompanhar os processos de mudança nas organizações, redefinir conceitos e tecnologias, de forma a estimular a autonomia dos profissionais em saúde.

Ressaltamos que a Gerência de Educação Permanente/SGTE está estimulado a qualificação dos servidores através de cursos técnicos, especializações e outros, com intuito de formação de profissionais que possam aperfeiçoar as políticas de saúde para o município, buscando a melhor evidência disponível sobre os problemas e as soluções viáveis, identificando os benefícios, os riscos e os custos, e ainda apoiando o monitoramento e avaliação de resultados.

Com relação à educação na saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e através da Portaria nº 3194 de 28 de novembro de 2017 que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS, que objetiva fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados e municípios, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde.

É importante manter a realização periódica capacitação/qualificação dos profissionais, a fim de aprimorar o processo ensino-aprendizagem, porém também efetivar em todos os níveis de atenção à saúde um modelo de educação que proponha aos envolvidos à reflexão sobre suas práticas como estratégia para melhora da resolutividade nos serviços e ações da saúde.

Nesse sentido em julho de 2019 celebrou-se um Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Ministério da Saúde, com o objetivo de apoiar o SUS nesse município, o projeto propôs a reorientação do modelo assistencial, o Laboratório de Inovação na Atenção Primária (INOVAAPS), qualificando as práticas, bem como o processo de aprendizagem no cotidiano no trabalho, abrangendo a formação em Pós-Graduação em Saúde em nível de residência.

Para tanto os cenários elencados para a implementação das ações do INOVAAPS foram nove Unidades Básicas de Saúde; USF Oliveira, USF Batistão, USF Itamaracá, USF Moreninha, USF Parque do Sol, USF Noroeste, USF Vida Nova, USF Coophavilla e USF Tiradentes, onde houve um aumento no número de equipes de 33 em 2019 para 39 após a INOVAAPS, são 38 residentes Médicos de Família e Comunidade, no qual repercutiu no aumento expressivo da cobertura e ampliação do escopo de práticas na APS.

Portanto, a partir da expansão de Equipes de Atenção Básica aposta-se no apoio matricial enquanto dispositivo de organização do trabalho, para constituição de um espaço que busca subsidiar a construção de diretrizes para o trabalho para essas equipes.

Está sendo estimulado a qualificação dos servidores em cursos técnicos, especializações, e outros no intuito de que estes profissionais possam, aperfeiçoar sua contribuição na formação de políticas de saúde para o município, buscando a melhor evidência disponível sobre os problemas e as soluções viáveis e também identificando possibilidades de benefícios, riscos e custos e ainda apoiando o monitoramento e avaliação de resultados das opções.

2.10 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

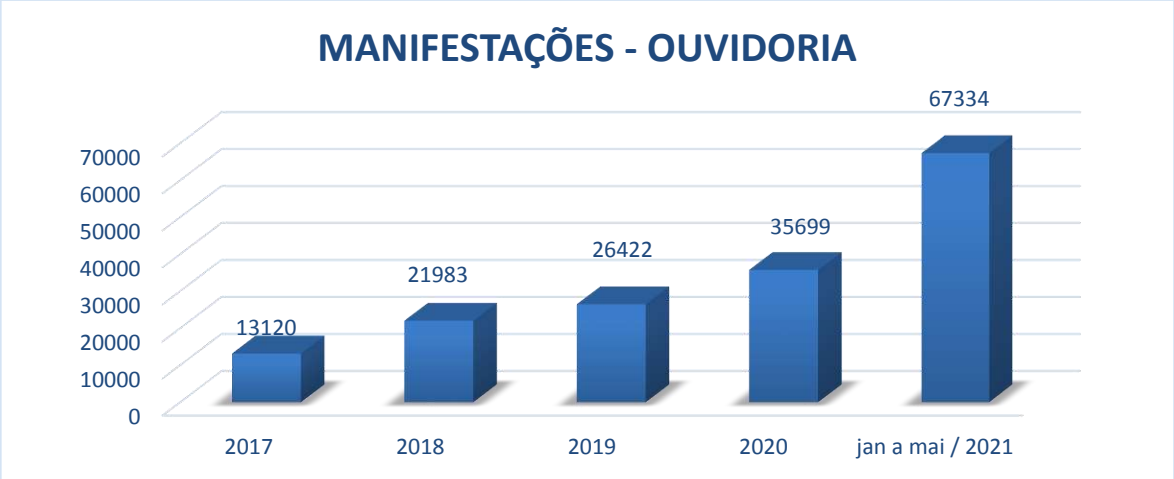
A importância representada tanto pela ciência como pela tecnologia transcende qualquer análise mais primária do conhecimento. Com o desenvolvimento paralelo de ambas, ciência e tecnologia, é possível progredir na produção e inovação em saúde, no intuito de buscar soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar a qualidade, resolutividade e acesso da população.

Neste contexto, é necessário continuar o investimento em tecnologia, tanto quanto Hardware, Software e Infraestrutura de Dados de maneira a otimizar o fluxo e proteger a fidedignidade das informações, visto a gama de sistemas de processamento de informações disponibilizados pelo Ministério da Saúde/DATASUS. Com o avanço da tecnologia, diversos serviços e softwares necessitam de integração em tempo real para que estejam alinhados com as exigências das Portarias Ministeriais e assim permitir de modo transparente todas as informações aos gestores e aos usuários do Sistema Único de Saúde.

No que diz respeito à **Ouvidoria da Saúde**, a central telefônica implantada em 2018 pela Via *Express* Tecnologia e Telecomunicações (VETT), proporcionou melhor atendimento, proteção ao usuário e atendentes, e ainda promoveu o descongestionamento das linhas telefônicas, frente à estrutura anterior que era analógica.

Em 2017, foi implantado o Sistema de Informações (através da plataforma *google forms*) que permite o registro da disseminação de informações prestadas ao usuário, faz-se necessária a implantação de sistema informatizado que possibilite o registro dessas informações, bem como a junção dos dados advindos do banco de dados do Sistema OuvidorSUS, para elaboração de gráficos.

Gráfico 1. Manifestações Ouvidoria**,** 2017 – 2021.



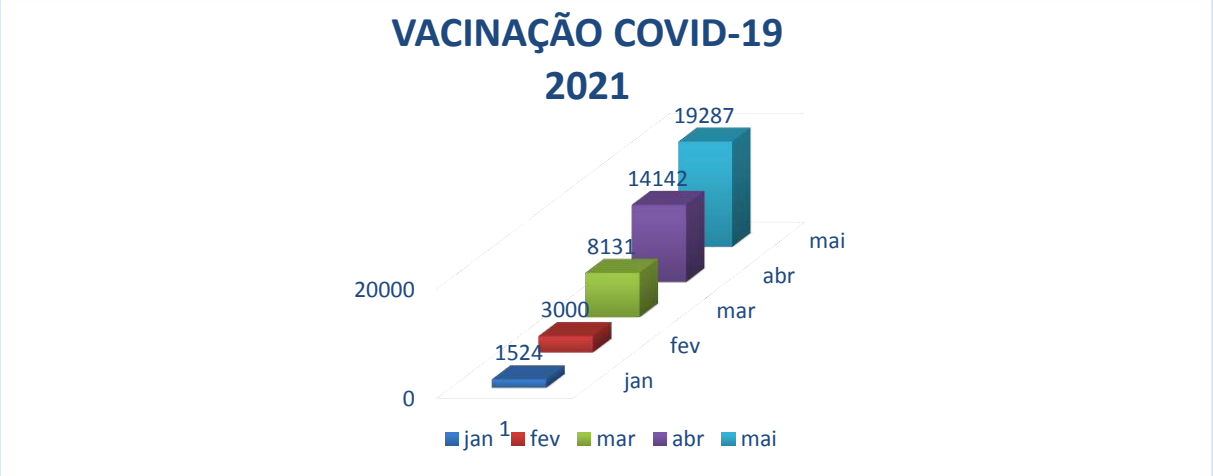
Fonte: Sistema OuvidorSUS e Sistema de Informações, 2021.

No gráfico acima é possível observar o aumento dos registros das manifestações dos usuários ao longo dos anos. A partir de 2020 houve um crescimento nos números tendo em

vista o início da Pandemia instaurada pelo Coronavírus. De janeiro a maio de 2021, este número obteve um crescimento considerável relacionado aos outros anos, totalizando 67.334 registros.

Dentre os registros, destacam-se Vacinação com o total de 46.084 registros de informações repassadas ao cidadão entre janeiro e maio de 2021.

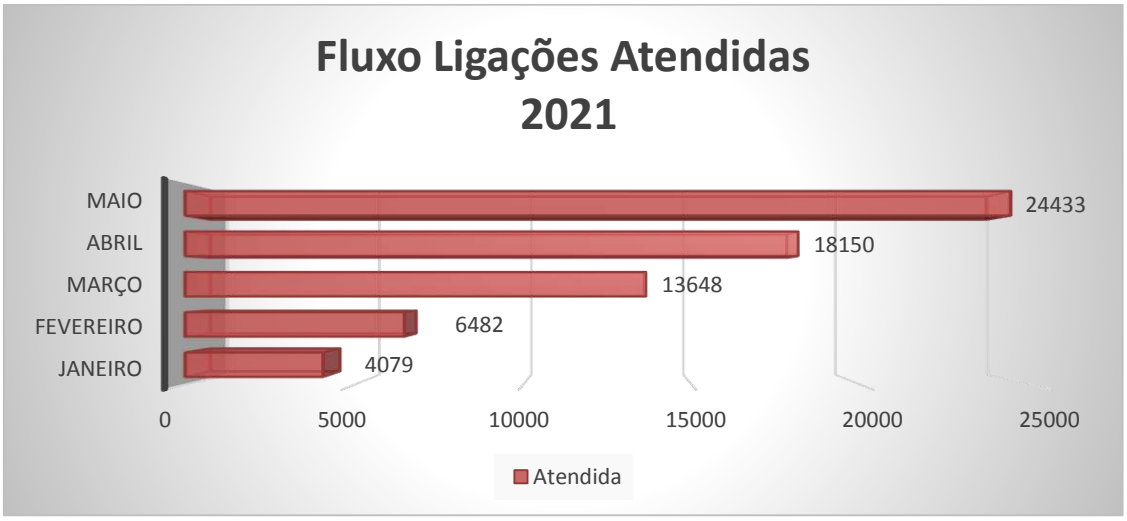
Gráfico 2. Registro de informações referentes à vacinação COVID-19, janeiro – maio/2021.



Fonte: Sistema OuvidorSUS e Sistema de Informações, 2021.

O próximo gráfico demonstra o fluxo de ligações atendidas de janeiro a maio de 2021, esta Ouvidoria obteve o total de **120.419 ligações recebidas**, e **66.792 ligações atendidas** com o percentual de 56,55% de ligações atendidas. Este resultado se deu através da campanha de vacinação contra a COVID19 e decretos de prevenção da disseminação do coronavírus. Frente a estes números, vislumbramos a necessidade de aumento do número de tele atendentes para conseguirmos aumentar o percentual de atendimento.

Gráfico 3. Fluxo de ligações atendidas, janeiro – maio, 2021.



Fonte: Sistema OuvidorSUS e Sistema de Informações, 2021.

No contexto atual da Ouvidoria, faz-se necessária a implantação de serviço gratuito de telefonia (0800) tendo em vista o alto fluxo de ligações visando a acessibilidade da população.

A Ouvidoria do Servidor já em funcionamento e regulamentada no art.13 do Decreto 14.512, de 30/10/2020, é um canal de escuta qualificada do servidor, que viabiliza a aproximação do mesmo com a administração atuando na prevenção e mediação de conflitos. Para que este serviço seja mais acessível ao servidor, há necessidade da implantação de um aplicativo, onde o servidor poderá registrar suas manifestações, seja de elogio, solicitação, reclamação e denúncia, sem receios de vir até a sede.

No âmbito da urgência e emergência o novo sistema E-SUS SAMU substituiu, no último mês de junho, o SR-SAMU que era utilizado há mais de 10 anos como software da regulação. Os obstáculos técnicos ainda restringem a sua utilização como fonte de informação para avaliação dos indicadores requeridos semestralmente pelo Ministério da Saúde, com fins de custeio.

Outra inovação é uso de nova tecnologia no monitoramento da frota veicular do SAMU, com o GPS instalado direto no sistema de radiocomunicação digital. Em tempo real, é possível ao rádio-operador e enfermeiro supervisor, obter a localização exata das equipes.

O sistema de telefonia deu agilidade na comunicação via 192. Através deste novo sistema, instalado na nova central de regulação do SAMU Regional Campo Grande, há diminuição dos intervalos para transferência das ligações, menos ruídos no ambiente físico da central, celeridade nas ligações telefônicas, além da possibilidade de gravação periódica do quadro médico das unidades 24 horas, o que libera mais o tronco 192 com o direcionamento do usuário quando solicita este tipo de informação.

No contexto em Vigilância Epidemiológica, no que tange a Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e Hepatites Virais há inovações no processo de trabalho a partir da descentralização do Sistema de Logística dos Testes Rápidos (SISLOGLAB) para toda a rede municipal de saúde e hospitais, o que permite ampliar o acesso do usuário ao diagnóstico das IST, bem como, o tratamento em tempo oportuno, em conformidade com a Meta *United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS) 90/90/90, ampliação do acesso a população por meio de eventos para realização de testes rápido como ação extra-muro em horários noturnos e finais de semanas a partir de parcerias intersetoriais, sendo essas experiências objeto de publicação científica do serviço.

Considerando a necessidade de reduzir o coeficiente de mortalidade de Aids e ampliar a oferta assistencial a Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV), o Serviço de Infecções Sexualmente Transmissíveis vem desenvolvendo estratégias para o fortalecimento da Política de Promoção Prevenção e controle do HIV com o intuito de estruturar a Linha de Cuidado da PVHIV na Rede de Atenção à Saúde com o apoio da Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada e Coordenadoria da Rede de Atenção Básica. Esse processo vem ocorrendo em etapas desde o

ano de 2019, tendo a 1ª etapa concluída com a descentralização do tratamento da PVHIV para a APS (Atenção Primária a Saúde) em 22 unidades dispensadoras de medicamentos (UDM). A ampliação do acesso ao usuário na descentralização do tratamento do recém-nascido na Rede de Atenção Saúde (RAS). Ainda, na perspectiva do fortalecimento do monitoramento e avaliação dos casos de sífilis, HIV e Hepatites Virais, foi estabelecida parceria com especializandos do curso de Vigilância em Saúde do Instituto de Ensino e Pesquisa/ Hospital Sírio-Libanês (HSL) para a efetivação de um projeto de intervenção com este propósito.

Para o Serviço de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), no contexto da pandemia, o avanço foi relacionado à criação de novos métodos online de realizar promoção da saúde e produzir estratégias que cheguem à população, relacionados à prevenção e controle das doenças crônicas. Nesse sentido, foram produzidos vídeos educativos e *podcast* que foram disponibilizados via aplicativos (*whatsapp*), site da Secretaria Municipal de Saúde, YouTube e TV Reme.

Figura 1. Vídeo Minuto Saúde SESAU – Doenças crônicas Não Transmissíveis, 2021.



Fonte: TV Reme Campo Grande – Visualizado 19/07/2021. (Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=N5ouSTSpsK0)

Figura 2. *Podcast* Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2021.



Fonte: TV Reme Campo Grande – Visualizado 19/07/2021. (Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=wlxAge6Qy6Y)

Figura 3. *Podcast* Obesidade, 2021



Fonte: TV Reme Campo Grande – Visualizado 19/07/2021 (Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=UW7KO4FkisQ)

O serviço também têm se dedicado a produção de guia de assistência e artigos científicos, buscando difundir a importância em fomentar sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco.

A primeira produção foi o Guia de Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico – Fiocruz Pantanal, 2016.

A segunda refere-se ao artigo científico intitulado “Atuação do enfermeiro da atenção primária à saúde na assistência oncológica: revisão integrativa, Revista Cogitare Enfermagem, 2018.

A terceira produção trata do artigo intitulado “Atuação da enfermagem na atenção primária à saúde ao paciente infanto juvenil: revisão científica, *Brazilian Journal of Development*, 2021.

Em processo de produção estão três artigos, sendo o primeiro relacionado a doenças crônicas não transmissíveis e covid-19, o segundo é referente à reabilitação de pacientes pós covid-19 com doenças crônicas não transmissíveis e o terceiro sobre a assistência de enfermagem em unidades de pronto atendimento à urgências e emergências oncológicas.

Também foram editados Boletins Epidemiológicos, que foram disponibilizados em meios de comunicação, com os temas: Covid-19 e Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Covid-19 e Diabetes e Câncer de Pele.

A DANT implantou juntamente com a Coordenadoria de Assistência Especializada o projeto intitulado “Programa de Reabilitação Cardiorrespiratória e Musculoesquelética na Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico”, que objetiva prestação de serviços

direcionados à assistência, reabilitação e melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde pós COVID-19 com doenças crônicas não transmissíveis.

Outro avanço foi a criação do Sistema VigiCan – aba UNACON, para o monitoramento da lei dos 60 dos dias.

Em 2021, a DANT firmou parceria com a Fundação Municipal do Esporte (FUNESP) e com a Secretaria Municipal de Educação (SEMED), a fim de difundir informações sobre os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, porém estes projetos estão momentaneamente “fixos” em função do contexto atual pandêmico que exige medidas de isolamento, e serão retomados assim que permitido.

Acerca da imunização em âmbito municipal, no que tange a Campanha de Vacinação contra a COVID-19, considerando as mudanças trazidas pela supracitada campanha, especialmente acerca do registro das doses administradas, e tendo em vista o controle e organização que esta vacinação exige, desenvolveu-se o sistema Monitora Covid-19.

Através deste, realiza-se o recebimento e envio de doses do Nível Central (Câmara Fria Municipal) aos locais de vacinação, e consequente controle de estoque. Também registram-se as doses administradas na população, vinculando-se, através de cadastro prévio do CPF, o vacinado e o vacinador que realizou a aplicação de sua dose, além de todos os dados referentes a vacina. Ainda possui o registro de ocorrências que ocorram acerca da vacinação, e gera um comprovante online da dose aplicada, que pode facilmente ser resgatado pelo próprio usuário em seu login particular.

O referido sistema promove a integração de dados com o sistema nacional SI-PNI versão 1.7.5, onde podem ser consultados por profissionais de saúde, que possuam acesso a este sistema, em todo o território nacional.

No âmbito da **Vigilância Sanitária**, visando contribuir para a consolidação do SUS vem reestruturando o serviço, com as soluções diferenciadas que seguem:

- ✓ Aperfeiçoamento da forma de planejamento, gestão e avaliação das ações para garantir a continuidade dos processos, atender as necessidades e dar respostas mais ágeis às demandas da sociedade;
- ✓ Criação mecanismo de participação social (Comissão Inter setorial de Vigilância Sanitária com integrantes de conselhos de classes, SEBRAE, Federação das Indústrias, Associação Comercial e universidades) para divulgar, discutir e melhorar as políticas públicas;
- ✓ Elaboração de instrumentos de informação e comunicação social, o monitoramento da qualidade de produtos, maior interação com a Vigilância Epidemiológica, qualificação dos profissionais;
- ✓ Publicação da Resolução SESAU nº 283/2016 que instituiu a Licença Sanitária Simplificada;

✓ Implantação de sistema informatizado e modificação nos processos de trabalho para desburocratizar e agilizar o licenciamento sanitário, e assim, melhorar a qualidade dos serviços oferecidos para a população;

✓ Realização de parceria com a rede pública de ensino, por meio do desenvolvimento do “Projeto EDUCANVISA’, sendo 8 escolas da Rede Municipal de Ensino e 1 sala do curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

✓ Publicação da Resolução SESAU nº 316/2016, que instituiu a Rede de Unidades Notificadoras dos Agravos da Saúde do Trabalhador.

✓ Publicação da Resolução SESAU nº 584/2021 que dispõe sobre o procedimento de licenciamento sanitário de empresas e/ou de estabelecimentos de interesse à saúde, de eventos e/ou veículos de saúde e de interesse à saúde no âmbito do município de Campo Grande-MS;

✓ Ampliação da parceria com a rede pública de ensino, por meio do desenvolvimento do “Projeto EDUCANVISA”, de 08 para 21 escolas da Rede Municipal de Ensino.

A Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental realiza suas atividades com apoio intra e intersetorial, atendendo demandas encaminhadas pela SEMADUR, CCEV, DECAT, MPE e outros.

A CVSA desenvolve a atividade de monitoramento de acumuladores realizando visitas domiciliares para levantamento da situação ambiental gerada pelo acúmulo de resíduos, avaliando as condições socioeconômicas do acumulador e em caso de identificação de distúrbios psicológicos, comunica a rede de atenção básica.

A CVSA desenvolve ações de recolhimento dos materiais inservíveis com autorização expressa do acumulador e/ou reciclador, denominadas Ações de Manejo, em parceria com o CCEV.

Com relação às **Estatísticas Vitais**, em 2015 foi desenvolvido, em parceria com a atual Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação, o software CEVITAL WEB para acompanhamento pelos distritos e nível central das fichas de investigação de óbito materno, infantil e fetal, com a finalidade de se padronizar o monitoramento das investigações em tempo oportuno, permitindo a emissão de relatórios de pendências periódicas por estabelecimentos e/ou distritos. Iniciado no distrito leste como piloto, sendo expandido para os demais distritos em maio de 2016.

CEREST - O Informativo em Saúde do Trabalhador e o Boletim Epidemiológico são publicados periodicamente. O Informativo está em seu 5º ano, sendo a partir de 2017 produzido bimestralmente e publicado no site oficial do CEREST, endereço eletrônico: http://www.campogrande.ms.gov.br/cerest/, sendo distribuídos também por e-mail para os

municípios de abrangência, sindicatos, empresas e órgãos públicos e privados no intuito de que divulguem para os seus trabalhadores desburocratizando os conhecimentos.

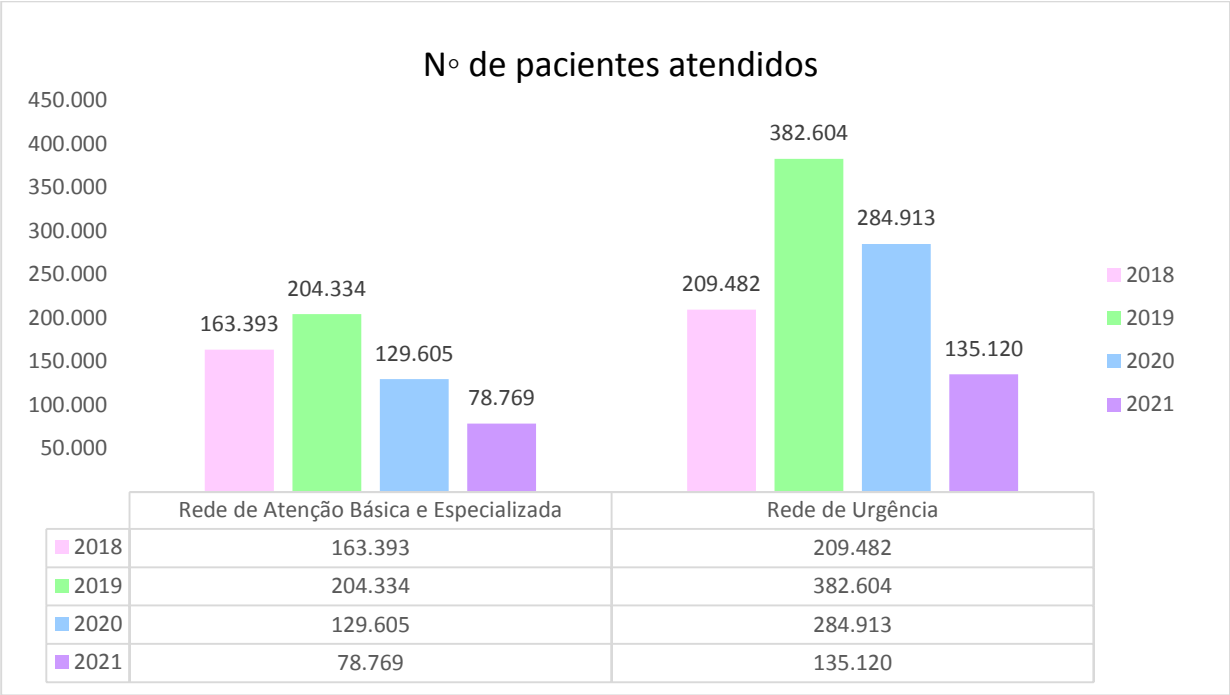
Com a publicação quadrimestral do Boletim Epidemiológico é possível divulgar dados referentes aos acidentes e doenças que acometem os trabalhadores, dados estes que são extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, contribuindo desta forma para o planejamento e execução de ações que eliminem ou diminuam tanto os acidentes, quanto as doenças relacionadas ao trabalho.

Além de boletins epidemiológicos e informativos em saúde do trabalhador, o Cerest produz materiais educativos como folders, cartazes, manuais e Notas Técnicas em Saúde do Trabalhador, a fim de contribuir para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador nos diversos setores da sociedade, bem como dar subsídio técnico aos trabalhadores e gestores do SUS.

LABCEM - Em relação aos exames laboratoriais realizados pela Coordenadoria de Diagnóstico e Exames Laboratoriais- CDEL, a partir do ano de 2018 fora instalado o sistema Matrix, sistema interfaceado ao Hygia que permite a identificação correta da amostra, a rastreabilidade da mesma, além de garantir celeridade na liberação dos resultados dos exames laboratoriais.

Além deste, esta mesma coordenadoria conta com o sistema de gerenciamento laboratorial *Business Intelligence* (BI), por meio deste é possível contabilizar o número de exames realizados no laboratório central, o número de pacientes, quais os exames solicitados, identificar as unidades solicitantes, o número de recoletas e amostras que precisaram ser descartadas por alguma inconsistência. Para exemplificar as vantagens da informatização do sistema seguem alguns gráficos e série histórica do trabalho realizado.

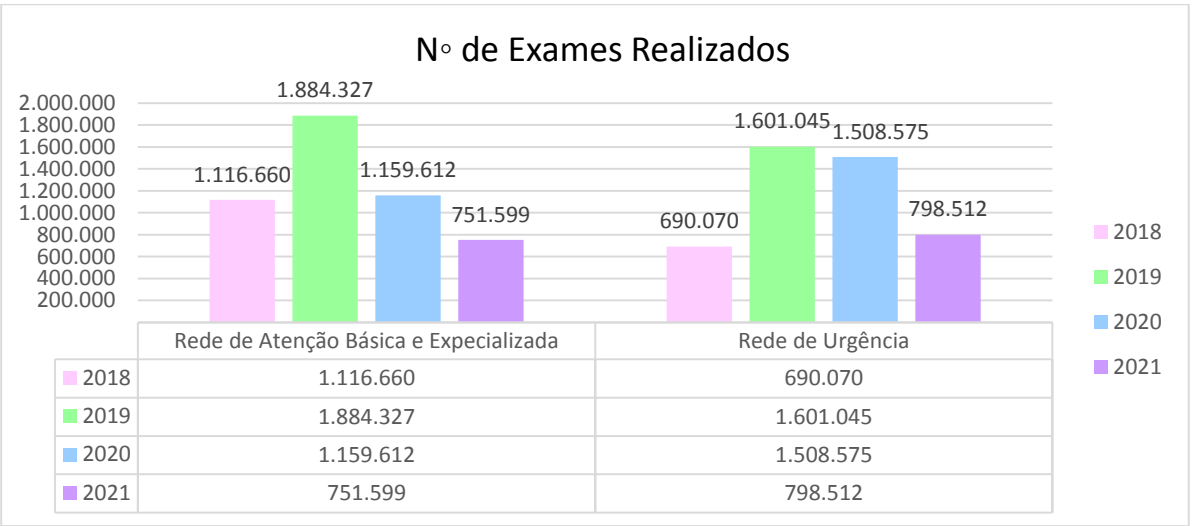
Gráfico 4. Número de Pacientes Atendidos pelo LABCEM, 2018 – 2021.



	Rede de Atenção Básica e Especializada	Rede de Urgência
2018	163.393	209.482
2019	204.334	382.604
2020	129.605	284.913
2021	78.769	135.120

Fonte: *Business Intelligence* (BI). *Dados até 20 de junho de 2021;

Gráfico 5. Número de Exames Realizados pelo LABCEM, 2018 – 2021**.**



	Rede de Atenção Básica e Especializada	Rede de Urgência
2018	1.116.660	690.070
2019	1.884.327	1.601.045
2020	1.159.612	1.508.575
2021	751.599	798.512

Fonte: *Business Intelligence* (BI). *Dados até 20 de junho de 2021.

Por fim, os investimentos em inovações no setor saúde se pautadas no respeito aos princípios científicos, somadas às experiências exitosas vivenciadas no próprio município, ou verificadas em outros territórios, aliadas à viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira, devem embasar a tomada de decisão, a fim de selecionar a intervenção mais adequada para cada situação específica no âmbito municipal.

O **e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)** é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS APS, faz referência ao processo de informatização qualificada em busca de um SUS eletrônico.

O e-SUS/APS no módulo PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), foi implantado na Atenção Primária a Saúde em substituição ao sistema de prontuários do município (Higya).

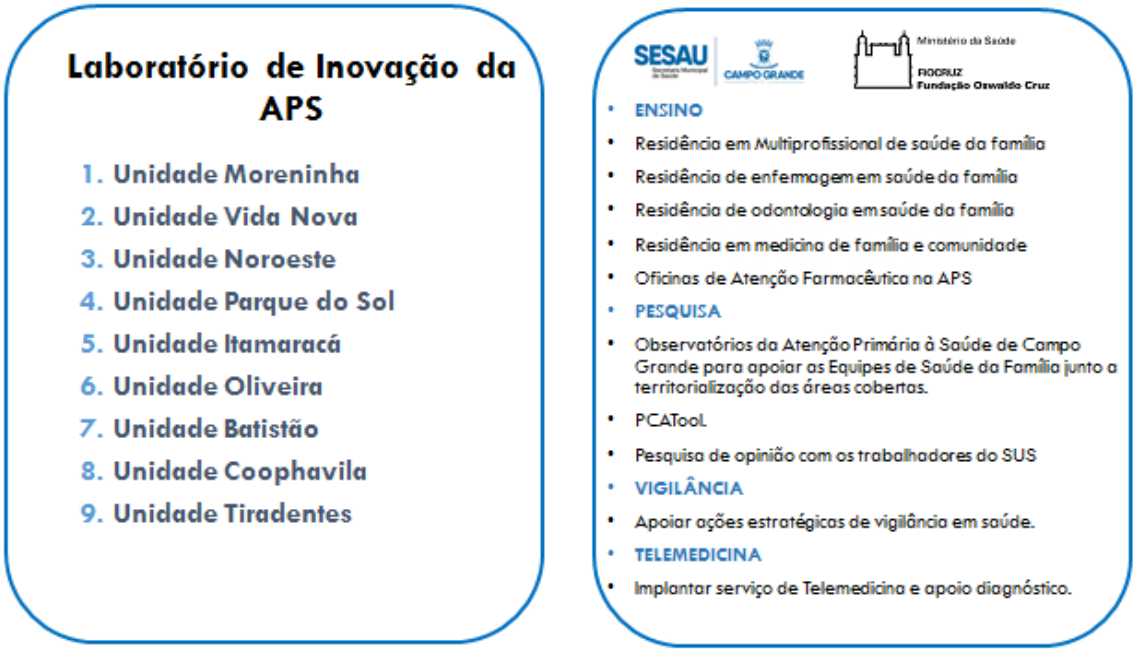
Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde alterou a forma de financiamento da Atenção Primária a Saúde para o ano de 2020, atrelando a produção no sistema a incentivos financeiros, são eles:

- ✓ Portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- ✓ Portaria nº 3222 de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.
- ✓ Portaria nº 397 de 16 de março de 2020, altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro.
- ✓ Portaria Nº 2.983 de 11 de novembro de 2019, Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Considerando todas as alterações nas portarias de financiamento do Ministério da Saúde, foi necessária celeridade no processo de implantação do sistema e-SUS/APS. No decorrer do ano de 2020 foram realizadas diversas capacitações para os profissionais da Atenção Primária, tanto presencial quanto de maneira remota, alcançando o resultado de 100% de implantação do e-SUS/APS na Atenção Primária e 72,81% de cadastros válidos (Fonte e-gestor 22/06/2021). Essas capacitações são realizadas de forma constante na Atenção Primária à Saúde buscando a qualificação das informações em saúde, ampliando a qualidade no atendimento à população, trazendo mais agilidade para o atendimento.

Em 2020 o município participou como piloto no curso de qualificação do registro de dados no e-SUS oferecido pelo Ministério de Saúde em parceria a Universidade Federal de Minas Gerais.

Figura 4. Laboratório de Inovação da APS.



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2020.

O Laboratório de Inovação da Atenção Primária (LIAPS) é uma parceria entre a Secretaria de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que tem por objetivo ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria e qualidade das ações prestadas por meio de mudanças nas práticas e processo de trabalho. O projeto está pautado em 04 eixos, sendo: ensino, pesquisa, vigilância e telemedicina. *O eixo ensino* engloba a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) que serão realizadas nas seguintes unidades: USF Moreninha, USF Itamaracá, USF Tiradentes, USF Noroeste, USF Vida Nova, USF Coophavilla, USF Batistão, USF Oliveira e USF Parque do Sol.

Em 2021 a RMFC ofertou 40 vagas para residentes e a RMSF ofertou 47 vagas para as seguintes categorias: Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Farmacêutico, Psicólogo, Profissional de Educação Física, Serviço Social, com a entrada dos residentes nas 09 unidades que compõem o programa. O eixo pesquisa trata de: Observatório da APS de Campo Grande para apoiar as Equipes de Saúde da Família junto à territorialização das áreas descobertas, pesquisas de opinião com os trabalhadores do SUS e PCATool realizadas em fevereiro de 2021. O eixo vigilância que trata de apoiar ações estratégicas de vigilância em saúde e o de Telemedicina que objetiva implantar serviço de Telemedicina e apoio diagnóstico.

Outra ferramenta criada foi o “onde ser atendido em Campo Grande” foi disponibilizado o link https://campograndems.labinovaapsfiocruz.com.br/osa/ onde o usuário informa seu endereço e aparecem as unidades de APS mais próximas com o objetivo de facilitar o acesso.

Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada- Projeto "A hora é agora"

Lançado em Campo Grande em 23 de setembro de 2019, o projeto "A Hora é Agora" implantado no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), visa o diagnóstico precoce do HIV, e assim, o início imediato do tratamento entre os homens, que são a maioria nos casos em que os exames de detecção do HIV tem resultado positivo. O auto teste é ofertado no CTA, disponibilizado em um "Armário digital" instalado em um Shopping da cidade onde o usuário retira o auto teste mediante senha disponibilizada no site do programa, e também é entregue pelo CORREIO aos usuários que solicitarem pelo site.

Além do auto teste, como contrapartida ao município de Campo Grande, o projeto financiou reforma do prédio do CTA, disponibiliza alguns exames como: Teste TBLAN, CD4, Carga Viral, e Creatinina. Oferta apoio com Recursos Humanos para serviço de Vinculação, Resgate e Tratamento à pacientes vivendo com HIV, incentivo e oferta de PREP e PEP aos usuários.

Implementação no serviço do CTA com a implantação da ferramenta REDCap pelo projeto "A Hora é Agora", a qual são registrados os atendimentos e serviços prestados, possibilitando extração de relatórios detalhados que permitem mapear o público atendido, fluxo do atendimento multiprofissional, e através de análises quanti-qualitativas dos dados permite readequação dos processos de trabalho por necessidade do serviço.

Coordenadoria de Urgência

As unidades de urgência e emergência têm como objetivo prestar assistência resolutiva e qualificada, de forma ágil e em tempo oportuno.

Nesta perspectiva, a interatividade, a conectividade e a presença on-line 24 horas por dia, para todo o planeta não são apenas modismos, mas transformações que estão alterando o ambiente em que vivemos.

A implantação da Sala de Situação da Coordenadoria de Urgência possibilitou a identificação das oportunidades e ameaças que possam surgir, além da visualização dos problemas internos/externos e as prioridades de solução, dando a flexibilidade necessária aos esforços empreendidos frente às variações do meio.

Com a elaboração de ferramentas de gestão, fluxos operacionais e processamento de informações, a fim de garantir a avaliação de dados e a criação de base estatística depurada e criticada orientando, a partir das mesmas as decisões gestoras do serviço.

SAMU- Coordenadoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O sistema operacional utilizado na Central de Regulação do SAMU é o E-SUS SAMU, disponível desde junho de 2017. Através dele, são obtidos vários dados que subsidiam os relatórios e informações para análise estatística do setor. O sistema de telefonia EASYCALL AGENT/DICOREL deu agilidade na comunicação e fornece à gestão diversos recursos, como a gravação de dados e voz, entre médicos, equipes, solicitantes do socorro e todos que entram em contato via 192.

As comunicações com as equipes móveis são feitas através dos celulares funcionais e rádio-comunicação das viaturas com a Central de Regulação SAMU. Atualmente, o rastreamento das viaturas não é realizado, entretanto está sendo analisada a possibilidade pela CGSTI a viabilidade econômica e técnica para contratar e implantar um sistema abrangente que englobe diversos recursos operacionais, estatísticos e logísticos.

Dentre as inovações na área de ensino, foi adotada e modalidade mista de capacitação dos profissionais, presencial e à distância, com a produção de vídeos institucionais, atualizando assuntos de temática relevante, como os relacionados ao COVID-19 durante o ano de 2020.

Nos últimos 2 anos a frota foi 100% renovada, o que melhorou consideravelmente a qualidade operacional do serviço. O principal indicador de qualidade utilizado pelo serviço foi o Tempo Resposta, que engloba o momento da solicitação do socorro via 192 até a chegada da equipe no local, e atende vários mecanismos internos e externos que devem estar bem articulados para obter o melhor resultado esperado para o período. Um dos mecanismos é a qualidade da frota. Houve investimento em capacitação de equipes, dos recursos de informática e comunicação, aplicação de protocolo, dentre outras ações, que atingissem pontos estratégicos na redução do tempo resposta.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 200, inciso V, da Constituição Federal que estabelece as competências do SUS e, dentre elas, inclui o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação.

No âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para atender a Gerência de Saúde do Servidor no que se refere à **Saúde Ocupacional e Segurança no Trabalho**, faz-se necessário a implantação de um *software*, com o objetivo de atender o decreto nº 8373/2014, que instituiu o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (**e-Social**), cujo entrará em vigor a partir de janeiro de 2022. Com a gestão ocupacional e de segurança, teremos uma otimização do trabalho dos servidores, obtenção de mais agilidade ao exportar os dados e uniformidade das equipes e processos, permitindo a integração de dados com outros sistemas, evitando retrabalhos.

- ✓ Saúde Ocupacional:

- Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) (NR-7), integrado ao Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), é possível ter este documento base com as informações de saúde levantadas por médicos, coordenadores e responsáveis pelo programa de saúde;
- Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), integrado ao Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e ao Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), o ASO pode ser assinado biometricamente e digitalmente, além de ter seu *layout* personalizado conforme a necessidade da empresa;
- Relatório Anual: com base nas informações de atendimentos lançados no sistema, é possível ter a relação de todos os exames realizados e a previsão de exames de acordo com a exigência legal;
- Portador de Necessidades Especiais (PCD): registro legal necessário e evidencie a contratação de pessoas com deficiência de acordo com a legislação, além de integrá-lo à equipe e rotina de trabalho.

✓ Segurança do Trabalho:

- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) (NR9): Utilizar o documento base do PPRA (tradicional ou com validação para o e-Social), fazendo o mapeamento de riscos, cronogramas de atividades e medições para determinar medidas de segurança, conforme o Decreto nº 8373/2014 instituiu o (e-Social);
- Programa de Gerenciamento de Risco (PGR): Formule e implante medidas e procedimentos, técnicos e administrativos, para prevenir riscos e manter as instalações operando dentro de padrões de segurança considerados eficazes.
- Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT): Análise do LTCAT individualmente ou coletivamente, documentando se há a necessidade ou não de aposentadoria especial de acordo com a periodicidade de exposição ao agente nocivo.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que tem o papel de prevenir acidentes e doenças causadas pelo trabalho.
- Brigada de Incêndio que serve para preservar a vida e os bens de uma instituição. É ela que age diante de situações como as de princípio de incêndio e na prestação de socorro quando ocorrem desmaios ou outras situações que envolvam a necessidade de atendimento em primeiros socorros.

2.11 GESTÃO

2.11.1 Atenção à Saúde

As redes municipais de atenção à saúde estão em desenvolvimento necessitando ainda transpor diversos desafios para que possam atingir plenamente os objetivos e pressupostos contidos nos dispositivos legais que as regulamentam.

Esta demanda requer conjugação de esforços, uma vez que é necessária articulação de conhecimentos à vontade dos vários setores envolvidos na saúde, incluindo a administração pública em suas diversas esferas e instâncias, além das categorias profissionais da saúde e da sociedade civil organizada em instâncias participativas de deliberação.

Nesse ponto, foi realizado o redimensionamento territorial dos Distritos Sanitários, no sentido de reorganizar a coordenação, apoio, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde em sua base territorial o redimensionamento territorial em consonância às Redes de Atenção à Saúde – RAS.

No modelo distrital atual as unidades da atenção básica estão distribuídas entre 7 (sete) Distritos Sanitários (DS) sendo eles, DS Anhanduizinho, DS Bandeira, DS Centro, DS Imbirussu, DS Lagoa, DS Prosa, DS Segredo, cujos possuem processo organizacional de trabalho para atender às atividades de supervisão de programas ministeriais, ações estratégicas, vigilância epidemiológica, questões administrativas e apoio operacional.

Existem grandes desafios que podem ser divididos em quatro categorias: **financiamento; gestão; orientação dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) baseada na população; valorização social e política da APS**.

A não superação desses obstáculos implica a não implantação adequada das Redes e, portanto, a manutenção da lógica hegemônica de se estruturar o sistema de saúde e dos modos de se produzir saúde, para isso é necessário condições estruturais que permitam a concretização e manutenção destas redes ao longo do tempo.

Quando se trata de **financiamento da APS**, este deve ocorrer com a participação dos três entes federativos – União, Estados e Municípios/Distrito Federal, de forma tripartite, com a supervisão ativa de atores que ocupam espaços e instâncias de controle social, mormente os conselhos de saúde. Pesquisas demonstram que, tanto no Brasil quanto em vários outros países, o financiamento da APS é incipiente e figura como um grande fator limitador a ser superado, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Ou seja, constata-se que o montante orçamentário destinado à Atenção Primária em Saúde é insuficiente e sua alocação é gerencialmente ineficaz. Sendo assim, a insuficiência dos recursos contribui para

uma política remuneratória pouco atrativa para os profissionais de saúde de determinadas áreas.

Dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 2011 indicam que, quantitativamente, os investimentos públicos na APS brasileira têm aumentado progressivamente nos últimos anos, atingindo em 2009 um valor *per capita* 80% maior do que era investido em 2002. E, ainda assim, esse aumento pode ser considerado insuficiente para suprir as demandas de saúde, já que não vem acompanhado de melhorias da capacidade locativa e da vontade política por parte dos gestores. Assim, maiores investimentos nela, APS, acompanhados da capacitação dos gestores em termos econômicos poderão contribuir em grande medida para expansão e qualificação das ações e serviços de saúde.

No tocante à **gestão**, percebe-se que a dificuldade reside em efetivamente posicionar a APS – principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família – como centro coordenador e integrador dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Mais do que evidências científicas robustas, são necessárias decisões políticas e mecanismos de gestão que efetivamente garantam essa posição.

Assim, em nível local, a gestão deve priorizar a reorganização do sistema de saúde segundo os ditames da Atenção Primária em Saúde, prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família, devendo ser realizadas ações prévias de qualificação, com vistas à também à profissionalização gerencial. Esse processo deve incluir tanto gestores municipais, quanto regionais/distritais e das unidades de saúde, de modo a propiciar a implantação dos mecanismos gerenciais necessários para o pleno funcionamento da Atenção Primária e das Redes.

Quanto à orientação dos serviços básicos de saúde, por vezes os serviços ofertados não atendem as necessidades de saúde do território. Tal fato se dá pela dicotomia entre a necessidade de saúde local, situação epidemiológica e a aplicação de recursos financeiros, que inclusive recentemente sofreu alterações significativas com a incorporação do Programa Previne Brasil. Pode ocorrer também quando o sistema de saúde é reestruturado, de forma a combater uma situação epidemiológica (por exemplo: aguda) que não mais condiz com a realidade brasileira e/ou situação epidemiológica do local, onde crescentemente têm predominado as condições crônicas.

O modelo de atenção voltada aos processos curativos, como por exemplo, os serviços de Urgência e Emergência, por vezes se tornam atrativos à população, porém acabam por não atender as necessidade de saúde deste usuário, fazendo com que a oferta de atendimento não seja resolutiva em sua integralidade. E assim, este modelo insustentável, não reduz o dos agravos em saúde, papel esse que deve ser realizada pela atenção primária a partir do desenvolvimento de ações de caráter preventivo.

Para dar vazão às crescentes demandas relacionadas às condições crônicas, a atenção primária constitui-se como um grande potencial e, por este motivo, deve ser fortalecida e expandida em termos de orçamento, gestão e de processo de trabalho das equipes.

Coordenadoria da Rede de Atenção Básica

De acordo com o Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020 que dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), e dá outras providências, a Coordenadoria da Rede de Atenção Básica (CRAB) está subordinada à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS). Compete à esta CRAB a coordenação da Política Municipal de Atenção Básica em conformidade com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de modo a estruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e organizar a articulação e a integração destes com os demais serviços da Rede. Dentre outras atribuições estão: desenvolver ações e estratégias para implementar políticas estratégicas da APS e outras afins, bem como definir normas e diretrizes para operacionalização da APS.

Dentre os desafios está a necessidade de impulsionar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial a ser adotado pois alia a prática do cuidado individual com a abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios como universalidade, integralidade e equidade. De tal forma que os serviços ofertados atuem de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangências das Unidades de Saúde.

A incorporação de um novo modelo de financiamento, através do Programa Previne Brasil, com financiamento misto que engloba o incentivo financeiro per capita (capitação ponderada), por desempenho assistencial (indicadores) das equipes na APS, oferta de ampliação de horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), informatização (Informatiza-APS) e formação de especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional. O desafio está em adequar as ações de modo a atender os princípios e diretrizes do SUS, os atributo da Atenção Primária (acesso no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação) e as ações a serem realizadas para otimizar os recursos financeiros oriundos do Programa Previne Brasil e demais portarias vigentes. O financiamento da APS é uma longa discussão no qual uma das críticas é que o valor apresentado ainda está aquém das necessidades para estruturar de fato uma APS robusta, atendendo o usuário com estruturas (física, de recursos humanos e material) suficientes.

O cenário pós – pandemia ainda é incerto, porém vale ressaltar que a APS continuará a atuar como porta de entrada para 80% da demanda por cuidados em saúde

sendo também responsável pelas políticas de promoção e prevenção. Assim sendo o aumento e o agravo de doenças aliada ao menor crescimento econômico e aumento nas taxas de desemprego acarretará em maior demanda da população pelo SUS e especialmente pelo atendimento na APS. O fortalecimento da APS, seja na sua estrutura física, recursos humanos, recursos de materiais e equipamentos, como como recursos humanos em número suficiente, se faz primordial. O não investimento em uma APS robusta, com equipes de saúde da família e outras equipes estratégicas (equipe de saúde prisional, equipe Consultório na Rua, equipe NASF) acabará por demandar de outros dispositivos da rede que necessitam de maior densidade tecnológica e maior investimento de recursos financeiros.

Os demais desafios englobam a necessidade da manutenção de recursos humanos em número suficiente para atender a demanda, bem como estruturação dos espaços físicos e aquisição e manutenção de materiais e equipamentos em tempo oportuno.

Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO

Em relação ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde – SESAU do município de Campo Grande-MS, houve uma publicação no Diário Oficial do Município - DIOGRANDE em 2021 com novo organograma, através do Decreto n. 14.733, de 07 de maio de 2021, que altera dispositivos do Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020, onde a Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO está subordinada diretamente à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde – SRAS.

De acordo com a estrutura operacional da SESAU, contida no Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020, compete à CRAO, coordenar, planejar, organizar, acompanhar e supervisionar as ações em saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde. A Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal, as Unidades Móveis de Atendimento Odontológico (ODONTOMÓVEL), os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e as Policlínicas Odontológicas são de responsabilidade direta da CRAO.

Observa-se uma redução gradativa nos indicadores de Saúde Bucal do município nos anos de 2017, 2018 e 2019, principalmente a primeira consulta odontológica que tem como objetivo, a avaliação e o planejamento de tratamento, e o tratamento completado que indica a resolutividade. Um dos motivos foi a mudança no processo de trabalho da atenção primária, estratégia adotada para ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (acolhimento e atendimento à demanda espontânea nas unidades).

Importante lembrar que, devido à pandemia do COVID-19, em 2020 foram suspensos os atendimentos odontológicos eletivos na Atenção Primária (Resolução SESAU n. 523, de 18 de março de 2020), impactando negativamente e de maneira expressiva nos números de atendimentos e ações em saúde bucal. Diante do exposto, a rede se organizou com o intuito de garantir os atendimentos de urgência e emergência em todas as Unidades de Atenção Primária e algumas unidades de Urgência e Emergência (Unidades de Pronto

Atendimento - UPA e Centros Regionais de Saúde - CRS), em consonância com as orientações do Ministério da Saúde.

A suspensão temporária de procedimentos eletivos e funcionamento dos serviços apenas para casos de emergência/urgência foi uma estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA é adotada em situações de pandemia para diminuir circulação de pessoas e reduzir procedimentos que possam gerar aerossóis e, consequentemente, transmissão e infecção cruzada.

Os atendimentos nos Centros de Especialidades Odontológicas retornaram em setembro de 2020 de forma planejada, gradativa seguindo todas as orientações do Ministério da Saúde e da ANVISA, visando o suporte dos casos mais complexos atendidos na Atenção Primária e nas Unidades de Urgência e Emergência (UPA e CRS).

Durante a pandemia, que ainda perdura (junho/2021), os cirurgiões-dentistas, também estão colaborando nas ações de enfrentamento e controle da doença, atuando em serviços de telemonitoramento, acolhimento, realização de testes rápidos e coleta de material biológico utilizando *swab* e ainda na aplicação de vacina contra o COVID-19; enquanto os auxiliares em Saúde Bucal estão atuando no acolhimento nas unidades de Atenção Primária e nas Unidades de Pronto Atendimento e Centros Regionais de Saúde, como Agentes Segregadores.

A SESAU, através da CRAO, mesmo com todas as dificuldades encontradas, preocupou-se em manter a assistência odontológica com as melhores condições de trabalho possíveis, realizando as ações dentro da realidade operacional. O grande desafio a partir de agora será organizar os serviços em saúde bucal após a pandemia, considerando os agravos e condições da saúde da população após todo este período sem oferta de atendimento odontológico ambulatorial eletivo. A Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica já elaborou o Plano de Retorno dos Atendimentos Eletivos, porém, aguarda um cenário epidemiológico favorável do município (junho/2021) para implantação da estratégia.

A Coordenadoria de Urgência está subordinada diretamente a Superintendência de Rede a Assistência à Saúde (SRAS), e dentre as principais atribuições compete:

- ✓ Fazer cumprir a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- ✓ Coordenar a elaboração e a execução da Política Municipal de Urgências;
- ✓ Estabelecer normas e protocolos ao bom funcionamento do Sistema Municipal de Atenção às Urgências;
- ✓ Desenvolver, de forma articulada com os demais órgãos da Rede de Atenção à Saúde, os planos de ação necessários para o funcionamento das Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo;

- ✓ Participar do Comitê Municipal de Urgência e Emergência, garantindo seu bom funcionamento, assim como a participação da sociedade civil organizada nas políticas públicas do setor, bem como de outros colegiados.

Nesta lógica, ainda está organizada com a Divisão de Qualificação das Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Divisão das Unidades de Atendimento Pré- Hospitalar Fixo e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

2.11.2 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Suas ações são desenvolvidas por 10 (dez) coordenadorias e é responsável, no âmbito municipal, por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Fazem parte das atribuições de Vigilância em Saúde: produção de análises que auxiliam no planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias; monitoramento e avaliação das ações de saúde; investigação de surtos de doenças; ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde; por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.

Para que tais ações aconteçam, a Vigilância em Saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde.

As análises de situação de saúde, abrangem as ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção.

Desde do início da pandemia da COVID-19, é responsável pela Coordenação do COE/SESAU: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Municipal - COE-COVID-19: formado por representantes de todas as áreas da SESAU envolvidas na atuação em situações de emergências de saúde.

Também é atribuição da Vigilância em Saúde a elaboração e atualização constante dos Planos de Contingência:

- Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19);
- Plano de Contingência para situação de epidemia de Dengue, Chikungunya e Zika;
- Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento da Influenza.

No ano de 2020, devido a pandemia da COVID-19, houve necessidade de reorganização de várias atividades da Vigilância em Saúde. Uma delas foi a transformação da Unidade de Resposta Rápida em Centro de Informações de Vigilância em Saúde.

Em 2020, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) do município de Campo Grande-MS foi instituído por meio do Decreto n. 14.558, de 8 de dezembro de 2020, com a finalidade de implementar a captação de notificações, análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática de vigilância em saúde , criando meios de identificação, caracterização e intervenção precoce nas emergências em saúde pública de relevância municipal, estimando o risco de expansão destes eventos.

Houve necessidade de aporte de recursos humanos, para uma equipe que até 2019 funcionava com somente três servidores. Em 2018, foi criada a Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA), composta por Auditores Fiscais de Vigilância Sanitária, que desenvolvem as ações de Vigilância de Saúde Ambiental, ou seja, desenvolve um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias, com o intuito de promover e preservar a saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

Entendendo que a CVSA é uma coordenação nova na SESAU vem buscando aprimorar seu papel e difundir o conceito de vigilância de saúde ambiental. A CVSA é composta pelo coordenador e 03 (três) serviços, a saber: Serviço de Fiscalização em Vigilância de Saúde Ambiental, Serviço de Fiscalização em Saneamento Ambiental e Serviço de Apoio Estratégico e Fiscal em Vigilância de Saúde Ambiental.

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) são realizadas através de inspeções sanitárias, com foco prioritário na conscientização da população, com a finalidade de diminuir

os riscos à saúde humana, seja através de utilização de alimentos, medicamentos, produtos ou serviços, promovendo também a proteção da saúde do trabalhador.

O desafio da Vigilância Sanitária é conciliar o quantitativo de servidores para atender as demandas de diversos tipos de atribuições como licenciamento sanitário, atendimento de denúncias provenientes da Ouvidoria, ofícios de órgãos como Ministério Público, Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Contra Relação de Consumo (DECON), Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista (DECAT) etc., e em decorrência da pandemia as ações de combate ao COVID-19 também tem contribuído para o aumento de trabalho, como as fiscalizações para cumprimento dos decretos, cumprimento dos planos de biossegurança, fiscalizações noturnas, barreiras sanitárias, blitz sanitárias, além da elaboração de notas e pareceres técnicos .

Em relação a Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais, um dos maiores desafios está na Integração das ações dos Agentes de controle de endemias com agentes comunitários de saúde.

Segundo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as estratégias de controle da dengue devem ser pensadas e executadas com base nas realidades dos territórios e as ações de vigilância ao vetor nos domicílios devem ser integradas com uma perspectiva de educação e promoção em saúde. Uma forma de alcançar esse objetivo é a integração da vigilância ao vetor e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em termos operacionais, esta medida visa diminuir o índice de pendências nos domicílios visitados e reduzir o incômodo da sobreposição de visitas às famílias por diferentes equipes e serviços.

Em relação a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica a importância da notificação das doenças e agravos de notificação compulsória e a digitação das fichas em tempo oportuno, pois a notificação, no que diz respeito às ações de prevenção e controle de doenças e agravos, é a mais importante fonte de informação e ela subsidia boa parte do trabalho da vigilância em saúde.

A notificação pode ser realizada na suspeita ou na confirmação do caso ou evento, ou seja, não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir de forma eficaz.

Na saúde do trabalhador continuam como desafios o reconhecimento dos agravos de saúde do trabalhador para a notificação compulsória.

2.11.3 Assessoria Jurídica

Nos termos do decreto n. 14.513, de 30 de outubro de 2020, que aprova o Regimento Interno da SESAU, foram cometidas à Coordenadoria Geral Jurídica as seguintes atribuições:

Art. 16. À Coordenadoria-Geral Jurídica, diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, compete:

I - prestar assessoramento jurídico aos titulares das unidades que, no desdobramento operativo da Secretaria Municipal de Saúde, se encontrem nos níveis de direção superior gerencial, direção intermediária gerencial e gestão instrumental e operacional;

II - elaborar estudos de natureza eminentemente jurídica da Secretaria Municipal de Saúde;

III - prestar informações e articular com a Procuradoria-Geral do Município, cumprindo normas e procedimentos operacionais estabelecidos por esse órgão;

IV - emitir pareceres ao Secretário Municipal ou Secretário-Adjunto sobre os encaminhamentos à Procuradoria-Geral do Município de processos ou expedientes em tramitação na Secretaria;

V - ratificar os pareceres emitidos pela Divisão de Processos Administrativos exarados no âmbito da respectiva competência;

VI - expedir resposta aos ofícios emitidos por órgãos externos e de controle, com base nas informações coligidas junto às áreas técnicas da SESAU;

VII - apoiar e participar dos colegiados verticais, horizontais e transversais no âmbito da SESAU e do SUS;

VIII - desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A CGJ se desdobra em três divisões:

a) **Divisão de Processos administrativos**, que, grosso modo, concentra as atividades consultivas, tais como a emissão de pareceres;

b) **Divisão de Demanda Judicial em Saúde**, que acompanha, junto aos setores responsáveis pela gestão da oferta de serviços assistenciais da SESAU, o cumprimento de decisões judiciais que tenham por objeto o fornecimento de bens e serviços de saúde, tais como medicamentos, consultas, exames, cirurgias, internações etc.;

c) **Divisão de Acompanhamento ao Controle Externo**, que centraliza a formulação de resposta aos órgãos de controle da administração pública, tais como tribunais de contas, Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, Controladoria Geral da

União - CGU etc., conforme subsídios prestados pelas áreas técnicas da SESAU, responsáveis pela gestão das atividades fiscalizadas.

Sob a perspectiva desta unidade, os desafios mais relevantes para o período contemplado pelo próximo Plano Municipal são os seguintes:

a) Regularização da oferta de ações e serviços de saúde já contemplados em políticas públicas institucionalizadas pelo Ministério da Saúde (consultas, cirurgias etc.), a fim de evitar a judicialização indevida;

b) Para as ações e serviços não inseridos nas políticas mencionadas no item “a”, garantir que a atuação da Administração Pública seja tempestiva, a fim de evitar o descumprimento de decisões judiciais e a responsabilização de agentes públicos.

c) Capacitação dos agentes envolvidos na realização de compras públicas, considerando a publicação da nova lei de licitações (L. 14.133, de 1º/4/2021).

Salienta-se que o enfrentamento de tais desafios depende da atuação articulada de todas as Coordenadorias-Gerais e Superintendências da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU, além do suporte por parte dos demais órgãos municipais envolvidos nos processos acima mencionados, tais como: Controladoria Geral do Município-CGM, Procuradoria Geral do Município- PGM, Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento-SEFIN, Secretaria Executiva de Compras Governamentais- SECOMP; entre outros.

2.11.4 Planejamento e Gestão Participativa

O processo de Planejamento e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma atribuição inerente a Gestão Municipal de Saúde fortemente presente nos preceitos constitucionais, bem como é uma exigência de toda a sociedade. A Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do dispositivo no art. 20 do Decreto n. 14.513, de 30 de Outubro de 2020 compete no item primeiro a formulação da política de saúde do município. Dessa forma, cabe ao planejamento propor e implementar ações para aprimorar tal missão.

Assim, a Coordenação Geral de Planejamento e Gestão Participativa (CGEP), além de suas competências tem a incumbência de primar pela qualidade, aperfeiçoamento e transparência do Planejamento Estratégico e Gestão Participativa da SESAU (Secretaria Municipal de Saúde) com impacto Regional/Estadual, e podemos considerar até nacional. Compõem a CGEP, 5 (cinco) gerências de características de atuação peculiar.

A Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: demanda sobre a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de Planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde **(PMS);** Programação

Anual de Saúde **(PAS)** e Relatório Anual de Gestão **(RAG)**, representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação. Há em sua estrutura organizacional, subordinadas à GPSUS, a Divisão de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS – DiMSUS e Divisão de Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS – DAPSUS.

A Gerência de Apoio ao Planejamento de Governo (GAPGOV), diretamente subordinada à Coordenadoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa. Tem sob responsabilidade as seguintes funções: Plano Plurianual **(PPA)** e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior **(RDQA),** representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A Gerência de Articulação Intersetorial e de Relações Interfederativas, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa compete: a elaboração de documentos relacionados à SESAU para atender demandas de outras instituições; mobilizar as áreas técnicas da SESAU nas reuniões das Comissões Intergestoras Comissão Intergestora Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB, articular com outros órgãos e entidades públicas, articular com órgãos de gestão do SUS de outras esferas de governo, realizar estudos, pesquisas, levantamento de dados e informações técnicas sempre que solicitado, conduzir e apoiar os trabalhos realizados pelos servidores vinculados a Coordenadoria Geral, representar a Coordenadoria Geral sempre que designado pelo coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

O Escritório de Projetos possui função de criar, desenvolver e gerir projetos, tornando-se uma realidade que pode alavancar o crescimento, aumentar investimentos obter resultados expressivos, tanto na área de empreendimento como na área financeira. Cabe ao Escritório de Projetos ou *Project Management Office* (PMO), a responsabilidade pelo acompanhamento de todas as fases do Projeto, procurando aliar o conceito de eficiência, efetividade e eficácia em saúde. Considerando as necessidades de organização dos projetos inovadores do SUS local, regional e nacional do âmbito da SESAU. Representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A Gerência de Apoio ao Controle Social, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa, compete como função principal: fomentar, auxiliar e monitorar todas as ações relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde da cidade de Campo Grande – MS, além de representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado

pelo Coordenador e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

Apesar de todo o setor estar organizado, o quadro de servidores ainda não se encontra completo nas diversas gerências, principalmente na Gerência de Escritório de Projetos e Inovação em Saúde. Além da exiguidade de espaços e carência de material de informática e mobiliário.

Para melhorar sua performance, a CGEP necessita de renovação de modernização de seu aparato de informática e ferramentas de gestão, de maneira a otimizar o fluxo e proteger a fidedignidade das informações. Concomitantemente a essa modernização é necessária a instalação de ferramentas para *Backup*, sendo importante para armazenamento de dados em caso da perda dos dados originais, o que pode envolver exclusões acidentais ou corrupção de dados. Outro ponto importante é a implementação de novas ferramentas de gestão, e acréscimo de qualificação dos colaboradores para o desenvolvimento de projetos.

2.11.5 Suporte Tecnológico e Informação

A Coordenadoria Geral de Suporte Tecnológico de Informação é o setor responsável por coordenar, estruturar, reestruturar, monitorar a implantação e desenvolvimento e a manutenção dos sistemas de informação conforme diretrizes do Sistema Único De Saúde, bem como coordenar as rotinas de aquisição e manutenção de equipamentos, em articulação com os demais setores e com a Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação - AGETEC, apoiando em conjunto com a AGETEC a implantação e a produção dos Sistemas de Informações em Saúde de abrangência nacional, em articulação com o Ministério da Saúde, cuja obrigatoriedade conste na legislação do SUS.

Promove sempre que necessário em articulação com a Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação, ações de educação permanente, na área de tecnologia de informações e informática, destinada aos trabalhadores de saúde, atua com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) relacionada à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov), e-Saúde para o Brasil.

A Coordenadoria Geral de Suporte Tecnológico e Informação (CGSTI) conta com as seguintes gerências: Gerência de Suporte à Rede de Informática, Gerência de Suporte à Rede de Informática, Gerência de Processos e Informações em Saúde, Gerência de Soluções em Tecnologias da Informação em Saúde, Gerência de Suporte à Rede de Informática, controla e mantem atualizado o parque de Tecnológico da SESAU, no que tange a sua aquisição, cadastro, lotação, histórico de manutenção e informações de *hardware*, realiza a

manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos equipamentos da secretaria, tanto de *hardware* quanto de *software*; em conjunto com a AGETEC; bem como as reformas prediais das unidades de saúde, distritos ou departamentos administrativos, onde haja alterações de infraestrutura de rede lógica e elétrica.

As atribuições são definidas através da organização administrativa e suas especificidades competem a uma gestão integrada com todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde e com a AGETEC- Agência de Tecnologia da Informação e Inovação para assim definir uma política de tecnologia voltada para atender todas as necessidades da gestão.

As dificuldades estão voltadas ao déficit de recursos humanos capacitados em relação a tecnologia, para maior autonomia no desenvolvimento de ferramentas tendo em vista que a evolução tecnológica é constante.

Outro ponto importante se refere a investimentos financeiros voltados para esta área tendo somente como opção a captação de recursos ou emendas parlamentares, ocasionando um atraso em investimentos tecnológicos, pois a importância da constante atualização de maquinário no negócio é evidente. O uso de aparelhos obsoletos pode trazer uma série de danos para as organizações

2.11.6 Gestão do Cuidado

A Superintendência de Gestão do Cuidado planeja, monitora e avalia o sistema da qualidade do cuidado e da assistência à saúde em todos os níveis, conforme requisitos previstos na legislação, clínica ampliada, gestão da clínica com enfoque na gestão de risco, atenção, prevenção, promoção e educação. Tem a missão de implantar o Programa de Segurança do Paciente e as boas práticas de processamento de produtos para saúde; gerenciar os serviços de Hotelaria, os serviços de resíduos sólidos de atenção à saúde, os casos complexos e o serviço de Transporte Sanitário Eletivo, bem como ofertar apoio técnico – científico nos processos de judicialização na saúde.

O **Programa de Segurança do Paciente** na Secretaria Municipal de Saúde é regulamentado pela Resolução SESAU n. 345 de 04 de agosto de 2017 que instituiu ações para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Plano de Segurança do Paciente em serviços de saúde. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem o objetivo de investigar as falhas na assistência de modo a construir plano de melhorias, bem como gerenciar riscos inerentes aos processos assistenciais a fim de organizar estratégias e ações que possam preveni-los ou minimizá-los. O Plano de Segurança do Paciente (PNS) é composto por todos os Protocolos de Segurança do Paciente, conforme prevê a RDC n. 36 de 25 de julho de 2013, adaptados para realidade municipal.

O NSP instituiu as notificações da falhas na assistência, bem como o colegiado de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente para produção de protocolos municipais aplicáveis a realidade municipal. Ampliar as ações do NSP nas regiões de saúde ainda é um desafio.

A **gestão de casos complexos** envolve o controle de dispensação de insumos médico-hospitalares para uso em domicílio – inclusive sondas de gastrostomia/botton, demandas judiciais de oxigenoterapia e devolutivas dos requerimentos preenchidos no Protocolo SESAU. O Programa de Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares é regido pela Resolução SESAU n. 512, de 18 de fevereiro de 2020. Já o Programa de Dispensação de Dispositivos de Gastrostomia segue a Resolução SESAU n. 556, de 18 de agosto de 2020. No município estão cadastrados nas Unidades de Saúde 1.352 pacientes em cuidados domiciliares.

O **Programa de Transporte Sanitário Eletivo** (PTSE) tem por finalidade o transporte para deslocamento programado de usuários para realização de procedimentos, consultas e tratamentos de saúde, de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência ou risco de vida, em situações previsíveis de atenção programada dentro do Município de Campo Grande – MS. O PTSE no âmbito da secretaria municipal de saúde de Campo Grande-MS é normatizado pela Resolução SESAU n. 599, de 14 de setembro de 2020, que rege sobre o fluxo de acesso ao serviço e dá outras providências.

No que diz respeito aos **resíduos sólidos de serviços de atenção à saúde** é necessário monitorar os serviços de saúde quanto ao manejo e destinação correta de seus resíduos, de acordo com as legislações vigentes. A implantação de um sistema de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde torna-se uma alternativa para minimizar o impacto causado pelo descarte de resíduos no meio ambiente, proporcionando economia para os cofres públicos.

Em relação à **Central de Material e Esterilização,** a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS, na sua composição em atenção à Rede de Assistência à Saúde, oferece atendimentos e procedimentos invasivos e não invasivos aos usuários, nesta perspectiva é necessário assegurar boas práticas de processamento de produtos para saúde com qualidade, garantindo segurança ao paciente e ao profissional de saúde que executa, evitando danos. Cabe então, acompanhar e avaliar as fragilidades de cada serviço e manejar suas centrais de materiais, considerando a variedade de serviços oferecidos na rede.

2.11.7 Ouvidoria

A Ouvidoria Geral do SUS apoia-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços de saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90. É um canal de escuta qualificada que recebe manifestações oriundas dos cidadãos munícipes de Campo Grande/MS, é também responsável por disseminar informações em saúde, registrar e encaminhar as manifestações acolhidas pelos órgãos e setores competentes pela análise e providências, e acompanhar para dar a devolutiva ao cidadão.

As manifestações registradas são protocoladas pelos cidadãos nesta Ouvidoria que podem ser acompanhadas posteriormente pelos usuários através do número de protocolo gerado no Sistema OUVIDORSUS. Esta realiza o devido acolhimento e escuta qualificada ao cidadão, são registradas, analisadas, classificadas, tipificadas e encaminhadas para a rede de ouvidorias e parceiros pela equipe técnica, que acompanha o desenrolar até o retorno ao cidadão e a finalização das manifestações; com objetivo de assegurar o equilíbrio e a qualidade, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

As manifestações classificam – se em: denúncia, solicitação, reclamação, informação, elogio e sugestão.

- **Denúncia**: Relato de irregularidades ou indício na administração ou atendimento por entidade pública ou privada de Saúde/SUS.
- **Solicitação**: Relato que indica insatisfação necessariamente contendo número de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde/SUS.
- **Reclamação**: Relato de insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
- **Informação**: Comunicação, instrução ou ensinamento a respeito do sistema de saúde.
- **Elogio**: Satisfação ou agradecimento por atendimento prestado por um serviço do SUS.
- **Sugestão**: Sugestões de ações e campanhas de saúde/SUS.
- **Disseminação de Informações**: é o ato de fornecer informações ao demandante, com a finalidade de evitar o registro de demandas no OuvidorSUS, resolver questões através de orientações e esclarecimentos.

  Os meios de comunicação são:
- Telefone: (67) 3314-9955;
- E-mail: ouvidoria@sesau.campogrande.ms.gov.br;
- Correspondência Oficial: Fala Campo Grande (gabinete do prefeito);
- Formulário Web: http://ouvprod02.saude.gov.br/ouvidor/CadastroDemandaPortal.do;

- Presencial: Rua Bahia, n. 280, Jardim dos Estados – CEP: 79002-530 – Campo Grande/MS.

As atribuições do Ouvidor Geral do SUS, observados os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência, publicidade da administração pública e preponderância do interesse público, é coordenar a Ouvidoria Geral do Sus, bem como, realizar o manejo das manifestações, promover participação do usuário e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços públicos, acionar os órgãos/ setores competentes para correção de problemas identificados, realizar a mediação de conflitos, resguardar o sigilo das manifestações, promover ações da Ouvidoria Itinerante, e outras ações previstas no art. 10 do Decreto 14.512.

A maior dificuldade encontrada pela Ouvidoria Geral do SUS, é a demora na resposta das manifestações, conforme prevê o disposto na Lei 13.460 de 26 de Junho de 2017 e da Portaria n. 8, de 28 de Maio de 2007 da SGEP/MS, **as manifestações devem ser apuradas no prazo de conclusão de 20 dias, ou a resposta com justificativa deve ser encaminhada a esta Ouvidoria.** E, muitas vezes estas ficam paradas nas caixas, e há necessidade de cobrança para que o direito do cidadão seja garantido.

A partir do Decreto n° 14.512 de 30/10/2020, foram criadas as gerências, quais sejam: **Ouvidoria do Servidor**; **Gerência Técnica** e **Gerência Administrativa de Tratamento de Demandas**, todas vinculadas à Ouvidoria Geral da Saúde.

No tocante à **Ouvidoria do Servidor,** a mesma foi regulamentada no art.13 do Decreto 14.512 de 30/10/2020. Esta é um canal de escuta qualificada, onde o servidor da Secretaria Municipal de Saúde pode registrar suas manifestações, sejam: elogios, solicitações, denúncias e reclamações, todos estes em ambiente de trabalho. Esta viabiliza a aproximação do servidor com a gestão, atuando na prevenção e mediação das questões apresentadas. Em parceria com **GERSAU**, esta promove ações para a melhoria da saúde física e mental do servidor, a fim de diminuir o absenteísmo, aumentar a qualidade de vida e reintegração ao serviço.

No que se refere à **Gerência Técnica**, descrita no art. 11 do mesmo decreto. Esta articula com toda a rede de Ouvidoria da SESAU, com a finalidade da melhoria dos serviços públicos prestados à população. Coordena a elaboração de material didático, realiza treinamentos e presta todo o suporte técnico para a rede. A gerência coordena também sistematicamente a Ouvidoria Ativa (Itinerante).

No que tange à **Gerência Administrativa de Tratamento de Demandas,** criada no art. 12 do Decreto 14.512 de 30/10/2020. É responsável por receber, examinar todas as manifestações oriundas dos cidadãos. Esta Coordena e acompanha o tratamento de demandas, que consiste em: registro, encaminhamento, acompanhamento e fechamento. É responsável também por elaborar relatório geral mensal, anual, bem como outros relatórios. Monitora o fluxo de documentação dos servidores lotados na Ouvidoria Geral da Saúde, acompanhando a vida funcional em conjunto com o Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Sua responsabilidade também é dirigir e acompanhar documentação administrativa.

A **Ouvidoria do Servidor**, diretamente subordinada a Ouvidoria Geral da Saúde, compete: viabilizar a aproximação do servidor com a administração pública atuando na prevenção e mediação das questões que lhe forem apresentadas; promover juntamente com o setor responsável pela saúde do servidor, ações que promovam a melhoria da saúde física e mental e bem estar do servidor, a fim de diminuir o absenteísmo, aumentar a qualidade de vida e reintegração ao serviço; garantir resposta ao servidor, no prazo vigente, com clareza e objetividade; coordenar a Ouvidoria do Servidor, expedindo instruções quanto aos procedimentos a serem adotados; resguardar o sigilo das manifestações recebidas e suas fontes, quando solicitado; providenciar a remessa, aos setores e chefias competentes, as manifestações recebidas, acompanhando a sua apreciação; dirigir-se diretamente às chefias responsáveis, por iniciativa própria ou atendendo manifestação do servidor, para correção de procedimentos, apuração de fatos ou adoção de providências administrativas, inclusive de natureza disciplinar; sistematizar e divulgar relatórios periódicos da atuação da Ouvidoria do Servidor; analisar os indicadores de avaliação da satisfação e motivação do servidor quanto a seu ambiente de trabalho e satisfação quanto a sua chefia imediata, visando prevenção de abuso de poder; desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área.

2.4.8 Economia em Saúde

A Superintendência de Economia em Saúde, como uma das Superintendências que compõem a Secretaria Municipal de Saúde, é diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde.

Sua estrutura interna é composta por 5 (cinco) gerências compreendidas entre gerência de Cooperação Mútua e Contratos Administrativos, Gerência de Gestão de Compras e Licitação, Gerência de Controle Orçamentário, Gerência de Captação de Recursos e Gerência de Suprimentos e Abastecimento.

De maneira geral, compete à Superintendência de Economia em Saúde, consolidar, através de relatórios, quadros demonstrativos e outros documentos/informações sobre os resultados das ações da Secretaria e custos/benefícios; acompanhar a execução de contratos, convênios e outros acordos firmados pela secretaria; promover o levantamento das necessidades de recursos, materiais e financeiros com o fim de atender as demandas dos do SUS; realizar estudos e levantamentos com vistas à captação de recursos junto a entidades oficiais governamentais e não governamentais para viabilização de programas e projetos de interesse da Secretaria.

Dentre as principais atribuições da Gerência de Cooperação Mútua e Contratos Administrativos, subordinada à Superintendência de Economia em Saúde, compete definir normas e fluxos de solicitação, elaboração, acompanhamento, monitoramento e formalização de Convênios, Cooperações Mútuas, Cooperações Técnicas, Compromissos, Doações, Autorizações, Cessões de Uso e Contratos celebrados pela SESAU, por meio do Fundo Municipal de Saúde e a Sociedade Civil Organizada, União, Estado e Município de maneira articulada com os diversos setores, conforme legislações vigentes; acompanhar, avaliar e zelar pela correta formalização dos instrumentos legais celebrados pela SESAU; elaborar e formalizar instrumentos como Convênios, Termos de Doação e outros que objetivam repasse de recursos financeiros, no âmbito Municipal, estadual e federal; garantir a correta formalização dos instrumentos contratuais celebrados pela SESAU, em compatibilidade com as especificações e obrigações pactuadas.

À Gerência de Gestão de Compras e Licitação, subordinada à Superintendência de Economia em Saúde, possui como principais atribuições de modo geral, coordenar, no âmbito da SESAU, todos os processos para aquisição de bens e serviços para envio a Diretoria Geral de Compras e Licitação; executar e controlar as atividades relacionadas às solicitações de aquisições/contratações de bens e serviços; executar e controlar as atividades relacionadas à classificação, padronização e codificações de materiais, com auxílio das áreas técnicas da SESAU, bem como acompanhar a tramitação das solicitações de aquisição de materiais e contratações de serviços desde a abertura dos processos administrativos até a finalização dos trâmites licitatórios.

Cumpre ressaltar que a Gerência de Gestão de Compras e Licitação é dividida da seguinte forma: Divisão de Compras de Material de Consumo; Divisão de Compras de Material Permanente; Divisão de Compras Judiciais e Divisão de Dispensação de Insumos Judicializados, divisões estas diretamente interligadas à gerência, com a finalidade de desempenhar os processos e fluxos de trabalho de maneira mais célere possível.

De maneira geral, à Gerência de Captação de Recursos, acompanhar diariamente publicação de legislação de interesse da SESAU e divulgar junto aos setores pertinentes oportunizando novos cadastros de captação de recurso para o FMS (investimentos/custeio), bem como contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Campo Grande/MS, através da captação de recursos para o fortalecimento dos investimentos e das ações de saúde, aumentando a efetividade das políticas públicas e a melhoria da gestão municipal.

À Gerência de Suprimentos e Abastecimento compete gerenciar todo o fluxo dos materiais de consumo do Almoxarifado, Patrimônio e Abastecimento da SESAU, e ao cumprimento das normas e instruções técnicas estabelecidas; participar na elaboração do plano de saúde, de estratégias, de projetos e demais instrumentos de gestão em consonância com a Política Nacional de Medicamentos (PNM); bem como planejar, programar, orientar, coordenar, executar, receber, conferir, armazenar, conservar, controlar e distribuir materiais de consumo às unidades da SESAU, inclusive registro de entradas e saídas e inventários físicos periódicos.

Do mesmo modo, com a finalidade de garantir a celeridade dos fluxos de trabalhos, bem como organização, a Gerência de Suprimentos e Abastecimento é dividida em Divisão de Almoxarifado, Divisão de Patrimônio e Divisão de Almoxarifado de Farmácia.

Por fim, à Gerência de Controle Orçamentário do Fundo Municipal de Saúde, tem como uma das principais atribuições coordenar a elaboração em conjunto com à coordenadoria de apoio ao planejamento de governo, programação orçamentária anual, de modo que proporcione alocação de recursos compatíveis com os objetivos e diretrizes estabelecidos no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual/PPA, em parceria com os setores da SESAU; controlar e supervisionar a utilização dos recursos orçamentários destinados a realização das despesas da secretaria; bem como acompanhar, controlar e distribuir os recursos recebidos por meio do Fundo Municipal de Saúde.

2.4.9 Financeiro

O apoio financeiro prestado ao município acontece através da Coordenadoria-Geral Financeira da rede municipal de saúde de Campo Grande- MS, disposta no decreto n. 14.513, de 30 de outubro de 2020, que aprova o Regimento Interno da SESAU, o qual possui como competências ações de coordenar a execução financeira do Fundo Municipal de Saúde, fornecer subsídios para a elaboração da Lei Orçamentária Anual e da Lei de Diretrizes Orçamentárias de Campo Grande, articular com a Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento, visando à perfeita integração e funcionamento do sistema de planejamento,

controlar e supervisionar a utilização dos recursos financeiros destinados às despesas da Secretaria, coordenar a execução dos procedimentos de definição do cronograma financeiro de desembolso do Fundo de Saúde e dos recursos alocados à Secretaria, acompanhar e controlar a execução das despesas contratadas através de processos licitatórios, de acordo com o orçamento aprovado para a Secretaria, estabelecer mecanismos para o cumprimento de leis e normas emitidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento e pelo Sistema Único de Saúde, supervisionar a concessão e a aplicação de suprimentos de fundos e diárias, zelando pela correta prestação de contas e orientar e supervisionar os balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis observadas às normas expedidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento.

Assim como, orientar e apoiar os diversos setores da SESAU em questões relacionadas ao financiamento do Sistema Municipal de Saúde e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A organização administrativa da Coordenadoria-Geral Financeira é composta por três divisões subordinadas:

a) Divisão de Prestação de Contas, cabe, acompanhar, controlar e avaliar a execução financeira de convênios com o Ministério da Saúde, Governo do Estado e outras Entidades, em conformidade com a legislação vigente; proceder a pré-análise de prestações de contas dos convênios de repasse de recursos para entidades; dos termos de colaboração e/ou fomento firmados com as Organizações da Sociedade Civil.
b) Divisão de Controladoria, que executa os estágios da Despesa Pública (Empenho, Liquidação e Pagamento).
c) Divisão de Contabilidade, é responsável por elaborar e expedir balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis do Fundo Municipal de Saúde, observadas as normas expedidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento e pela Controladoria-Geral de Fiscalização e Transparência.

2.4.10 Manutenção e Obras

A **Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras**, diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, é instituída oficialmente em organograma municipal a partir deste ano, com o intuito de realizar estudos, com objetivo de aperfeiçoar as ações voltadas à manutenção e conservação de bens móveis e imóveis. Compõe a CEMO, 3 (três) gerências:

A **Gerência de Manutenção - GM**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições:

planejar supervisionar e subsidiar as atividades específicas das Divisões sob a sua coordenação, propor melhoria dos serviços adequando-os ao bom desempenho das atividades, acompanhar e fiscalizar contratos referentes à sua área de atuação, como também, subsidiar o planejamento da adequação de bens móveis e imóveis a serem utilizados pela Secretaria de Saúde. Esta gerência possui 2 (duas) divisões e 1 (um) setor subordinados a ela.

A **Divisão de Manutenção Predial**, subordinada diretamente a GM, compete: promover a execução das atividades de manutenção das instalações e mobiliários da Secretaria, vistoriar os prédios integrantes da Secretaria para diagnóstico das condições físicas existentes e do reparo necessário para seu pleno funcionamento, desempenhando outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Divisão de Manutenção de Equipamentos**, subordinada diretamente a GM, compete: supervisiona, executa e gerencia os serviços de manutenção, estabelecendo normas e padrões que preservem o uso seguro e eficiente dos equipamentos de saúde, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

Ao **Setor de Almoxarifado da Manutenção**, subordinada diretamente a GM, compete: controle do almoxarifado, emitindo relatórios para o controle de materiais que se fazem necessários para as manutenções da Secretaria, manter sob sua responsabilidade o controle, a guarda e o zelo dos bens móveis e equipamentos, instalação e arquivos pertinentes ao seu departamento, fiscalizando o fluxo de materiais de consumo e mantendo o estoque real e virtual sempre atualizado, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Logística e Transporte – GLT**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: planejar supervisionar e subsidiar as atividades específicas das Divisões sob a sua coordenação, acompanhar e fiscalizar contratos referentes a sua área de atuação, prestar apoio e cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional das chefias e setores subordinados, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Obras e Arquitetura em Saúde – GOAS**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: Acompanhar, analisar, fiscalizar e supervisionar a execução das obras na área de saúde com profissional técnico credenciado no CREA e/ou CAU de acordo com as legislações da ANVISA, conforme item 1.6.1., da RDC n. 50/02 e dos projetos arquitetônicos

de estabelecimentos, sujeitos a vigilância sanitária, aprovados em conjunto com o órgão sanitário para verificação de conformidade e análise de projetos na VISA Municipal, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

Por ser uma nova Coordenadoria e com uma nova reestruturação nas Gerências, o quadro de servidores técnicos ainda não se encontra completo nas diversas gerências, com isso, as demandas solicitadas acabam tendo mais dificuldades para serem reparadas.

Para melhorar os processos e acompanhamentos da Secretaria Municipal de Saúde a CEMO foi criada com o objetivo de melhorar, otimizar e tornam mais eficiente os processos de manutenção e obras, para que assim, as demandas possam ser atendidas e reparadas de uma forma mais diligente e eficaz.

2.4.11 Trabalho e Educação na Saúde

À **Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde** está diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, dentre as atribuições estão, fortalecer e modernizar as estruturas de gestão de pessoas na SESAU e Regiões de Saúde, através do desenvolvimento de políticas e efetiva integração entre gestão do trabalho e educação na saúde, desenvolver a carreira dos trabalhadores em saúde, conforme princípios e diretrizes que orientam e que instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados, potencializar o Fórum permanente de negociação entre trabalhadores, implantar processos seletivos internos para avaliação de perfil e competências dos profissionais, objetivando atender às necessidades específicas da rede, desenvolver programa de atividade dirigida ao apoio às localidades de difícil provimento ou fixação de profissionais de saúde, podendo envolver áreas rurais, periferias urbanas e áreas remotas, coordenar e promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, participar, apoiar, estimular e integrar a política de apoio às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes do SUS, integrar ativamente nas instâncias de articulação interinstitucional e regional para a gestão de processos educativos significativos ao Sistema Único de Saúde, estabelecer mecanismos de cooperação entre SESAU e as escolas, visando tanto à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na formação técnica, graduação, pós-graduação e na educação permanente, efetivar projetos e programas de cooperação técnica, convênios entre outros, com os centros de formação, ensino, pesquisa e extensão com vistas tanto à qualificação do Sistema como ao fomento e à

disseminação do conhecimento em saúde, analisar e instruir processos relativos ao requerimento de servidores da SESAU, prestando informações com fundamento jurídico, sempre que solicitado, proceder abertura e dar andamento aos processos de sindicância administrativa, de conformidade com o respectivo ato de designação, orientando e acompanhando as comissões nos processos, propor a abertura de processo administrativo disciplinar, independente da realização de sindicância, articular com a Secretaria Municipal de Gestão e a Procuradoria-Geral do Município, visando orientação e soluções quanto ao desempenho das atividades dos servidores das Unidades de Saúde e demais, de competência da Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, cumprir e orientar quanto ao cumprimento das normas emanadas do órgão central do sistema de recursos humanos, participar do Comitê de Integração Ensino-Serviço-Comunidade no âmbito Municipal com apoio das demais Superintendências, apoiar e participar dos colegiados verticais, horizontais e transversais no âmbito da SESAU e do SUS, desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

À **Gerencia de Gestão de Pessoas** compete, coordenar as atividades de Gestão de Pessoas, acompanhar os indicadores de Gestão de Pessoas, estabelecer mecanismos de acompanhamento, controle e revisão da folha de pagamento de pessoal, no âmbito da SESAU, realizar projeções e estudos referentes à apuração de gastos com pessoal no âmbito da SESAU, acompanhar, coordenar e dar andamentos as demandas de Ouvidoria recebidas na Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Responsável também pela gestão dos plantões web, implantação do ponto eletrônico biométrico em toda a rede juntamente com CGSTI, publicação de ofícios e comunicações internas, convocação de concurso e processo seletivo, processos de benefícios, aposentadorias e licenças legais.

À **Gerência de Assistência Jurídica em RH**, diretamente subordinada à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde compete, analisar e instruir processos relativos ao requerimento de servidores da SESAU, prestando informações com fundamento jurídico, sempre que solicitado, propor à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, abertura de sindicância administrativa, responsabilizando-se pela sua tramitação, encaminhamentos e arquivo, realizar elaboração de Atos de Pessoal, nos seguintes casos: instauração sindicância, aplicação de penalidades de advertência e suspensão, despachos relacionados aos processos de sindicância administrativa, edital de convocação, quando se tratar de convocação para processo de sindicância administrativa.

Propor à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde abertura de processo administrativo disciplinar, independente da realização de sindicância, realizar, após a conclusão dos processos de sindicância administrativa, tramitações e encaminhamentos necessários, conforme especificações constantes no Relatório Final de cada processo

articular com as Secretarias e demais órgãos que compõe a estrutura do Poder Executivo Municipal, visando orientação e soluções quanto ao desempenho das atividades dos servidores lotados na SESAU, de competência da Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, cumprir e orientar quanto ao cumprimento das normas emanadas do órgão central do sistema de recursos humanos, orientar juridicamente assuntos relacionados à legislação de pessoal, observadas orientações emanadas da Procuradoria-Geral do Município e demais Secretarias e órgãos que compõe a estrutura do Poder Executivo Municipal, auxiliar nas demandas jurídicas de competência da Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, vinculadas a Direitos e Benefícios, articular com a Coordenadoria de Responsabilidade Técnica e suas respectivas Divisões, visando orientações e encaminhamentos, para fins de aplicação da legislação do código de ética de cada categoria, elaborar minutas de atos normativos (Resolução Normativa e Decretos), mediante solicitação da Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Saúde do Servidor** (GERSAU) realiza ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho do servidor da SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. De acordo com Art. 165. À Gerência de Saúde do Servidor, diretamente subordinada à Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, compete: Realizar estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho em saúde na SMS, reduzir as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e proporcionar melhor qualidade de vida aos trabalhadores em saúde, propor a implantação de mecanismos e medidas de controle de diminuição de riscos de acidentes no local de trabalho, realizar atendimento multiprofissional, conforme as demandas e necessidades dos servidores, realizar atendimentos psicossociais através de visitas domiciliares aos servidores afastados por mais de 60 dias, analisar, acompanhar e orientar os processos e desdobramentos dos acidentes no trabalho ocorridos com servidores da SESAU, realizar estudos do perfil epidemiológico sobre o absenteísmo e doenças do trabalho dos servidores da SESAU, em parceria com os trabalhadores em saúde, promover estudos para o estabelecimento de parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas e psicossociais dos servidores, de modo a propiciar o máximo de conforto ergonômico, segurança e desempenho eficiente, realizar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), realizar ações de prevenção e de avaliação de situações de risco nos ambientes de trabalho, promovendo atividades educativas e de informação na área de Saúde dos Servidores sobre questões referentes à biossegurança e aos cuidados com o meio ambiente, atuar de forma integrada com outros setores da Administração Municipal e da SESAU, para o desenvolvimento das ações voltadas para a

promoção e prevenção da saúde dos servidores, proceder à assistência técnica nas perícias judiciais, que envolvam servidores da SESAU e da Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS, a pedido da Procuradoria Geral do Município, implantar Núcleos de Atenção Saúde do Servidor em serviços específicos dentro da SESAU, ligada diretamente à essa coordenadoria, com parâmetros estabelecidos pela Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

Compete a **Coordenadoria de Responsabilidade Técnica** coordenar a lotação dos servidores, seguindo política de lotação da SESAU e ações estratégicas do SUS; coordenar, junto às divisões, as mudanças de lotação em conjunto com o Gestor imediato, o Responsável Técnico, a Gerência de Gestão de Pessoas e a Gerência de Saúde do Servidor; monitorar, avaliar e aperfeiçoar, junto às Divisões de Responsabilidade Técnica, as escalas de plantões visando melhorar a cobertura e a qualidade do atendimento, em consonância com as legislações vigentes; articular em conjunto com os Responsáveis Técnicos a execução das atividades pertinentes a cada Divisão com abordagem multidisciplinar e interdisciplinar segundo princípios e diretrizes do SUS; realizar estudos aprofundados de escopos de práticas profissionais, avaliação por desempenho dos serviços de saúde e dimensionamento conforme legislação vigente; coordenar todos os processos seletivos internos da SESAU a partir de uma Comissão de Seleção Interna em parceria com as demais Superintendências e áreas técnicas; fomentar os Comitês de Ética Profissional e Multiprofissional; apoiar e participar dos colegiados verticais, horizontais e transversais no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema Único de Saúde; monitorar preventivamente as ações profissionais dos servidores em saúde; desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

2.4.12 Relações Institucionais de Saúde

A Superintendência de Relações Institucionais (SUPRIS), em análise situacional com suas diversas gerências, de forma ascendente entende que o Plano Municipal de Saúde deve dialogar com as políticas públicas e dispositivos legais do SUS com foco na realidade loco regional, adequando as metas factíveis para articulação entre a gestão municipal e as diversas instituições que compõem a rede de atenção em saúde em Campo Grande e, consequentemente, em Mato Grosso do Sul

A portaria N° 1091 de 27 de abril de 2017 estabelece que o planejamento do Sistema Único de Saúde deve partir da construção dos planos municipais de saúde que, por sua vez, devem orientar o processo de planejamento regional subsidiando o plano estadual e, por fim, o nacional a partir de prioridades apontadas pelos Conselhos de Saúde.

Com subordinação direta ao Secretário Municipal de Saúde a SUPRIS é vital na gestão municipal para estabelecer rede de relações com a rede de saúde extramuros à secretaria; visando garantir integralidade assistencial, a equidade e o acesso adequado com os recursos disponíveis é necessária à participação de forma complementar da iniciativa privada no SUS.

A participação privada nos serviços de saúde, como demonstra a experiência histórica, são indispensáveis para a organização do sistema complementar de Campo Grande frente às mais diversas instituições que compõem a rede de assistência à saúde.

A Superintendência de Relações Institucionais de Saúde cumpre as orientações emanadas na Política Nacional no que tange aos processos de Regulação, Controle e Avaliação, Processamento de Informações em Saúde e Auditoria, para fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, garantindo o acesso igualitário aos serviços em nível ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico do Sistema Único de Saúde.

O grande desafio é desenvolver a habilidade de dialogar com os setores da SESAU e com os prestadores da rede complementar, uma vez que necessitamos de equilíbrio e parcimônia para realizar todas as tratativas, visando sempre o melhor resultado.

Com a interface entre as superintendências, as instituições de saúde e o poder público, a SUPRIS vêm aperfeiçoando progressivamente as ferramentas de gestão e trabalhando para o protagonismo de boas práticas nestas diversas esferas.

Atualmente, a Superintendência é composta pelas gerências abaixo relacionadas:

1. Gerência de Processamento (SIA, SIH, CNES, Cartão SUS)
2. Gerência de Controle e Avaliação - GCA
3. Gerência de Regulação Hospitalar - GRH
4. Gerência de Regulação Ambulatorial - GRA
5. Gerência de Auditoria em Saúde - GEA
6. Gerência de Pactuação Assistencial -GPA
7. Judicialização

Com a finalidade de elaborar um instrumento que contribua para melhor assertividade e superação de desafios, em especial para ampliar o espectro de rotinas de monitoramento na gestão municipal, as gerências vinculadas a SUPRIS, descrevem a análise situacional para nortear o planejamento às ações vindouras no PMS.

1. GERÊNCIA DE PROCESSAMENTO – SIA, SIH, CNES E CARTÃO SUS

A Gerência de Processamento SIA, SIH, CNES e Cartão SUS – GP tem como atribuição a responsabilidade técnica de operacionalizar os principais Sistemas de

Informações do SUS, cada divisão que a compõe alimenta os sistemas com os respectivos dados que competem a cada programa pertencente ao DATASUS, do Ministério da Saúde.

Além disso, dá apoio técnico e informacional às superintendências/coordenadorias-gerais da SESAU e também aos prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde.

Os principais desafios são:

- ✓ Atualização sincrônica entre os sistemas de informação, uma vez que é longo o tempo necessário para a sincronização dos sistemas, sendo necessário gerar os arquivos manualmente para que os sistemas de informação estejam sempre atualizados;
- ✓ Integração online entre os sistemas, sendo uma das prerrogativas para a melhoria da comunicação entre os sistemas de informação;
- ✓ Necessidade de infraestrutura tecnológica, tanto em termos de hardwares, softwares quanto em relação às redes de internet, sendo necessário máquinas com alto grau desempenho, memória e uma rede estável para operacionalização;
- ✓ Carência de recursos humanos fundamentais para aumentar a eficiência e a eficácia das atividades desenvolvidas pelo setor;
- ✓ Ampliação da formação continuada para os servidores, permitindo melhor desempenho dos setores como uma unidade;

A GP - Gerência de Processamento –SIA, SIH, CNES e Cartão SUS, é subordinada a Superintendência de Relações Institucionais em Saúde. A Gerência de processamento é composta pelas seguintes divisões:

1. Divisão do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS
2. Divisão de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES
3. Divisão de Processamento de Informações Ambulatorial – SIA
4. Divisão de Processamento de Informações Hospitalares – SIH

A gerência se organiza de modo a sincronizar os trabalhos entre Superintendência (SUPRIS), os Chefes de Divisão, e os servidores administrativos, visando cumprir o princípio da Universalidade previsto na Constituição federal de 1988 e as portarias que regem os Sistemas de Informação do SUS.

2. GERÊNCIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO - GCA

A Gerência de Controle e Avaliação possui uma atuação complexa que entrelaça as demais gerências da SUPRIS, atuando desde a participação da articulação das necessidades da Rede Municipal de Saúde, o apoio técnico ás Políticas Públicas e as Redes Temáticas do SUS aos colegiados e a gestão como um todo.

A Gerência de Controle e Avaliação – GCA tem como principais funções:

- ✓ Elaborar, monitorar e supervisionar contratos e convênios de diversos hospitais da Rede Municipal de Saúde, que atuam como referências assistenciais da Rede Complementar em Saúde nos âmbitos municipal e estadual;

- ✓ Participar da articulação, juntamente com as demais gerências da SUPRIS, em ampliação da rede assistencial e execução de serviços para apoio as necessidades da Rede Municipal de Saúde, favorecendo as Política Públicas de Saúde;

- ✓ Auxiliar os gestores nas tomadas de decisões sobre questões concernentes a melhoria da Rede Municipal de Saúde, monitorando a aplicação dos recursos públicos destinados a Rede Complementar em Saúde;

O processo gerencial contempla o processo de elaboração documental para habilitação junto ao Ministério da Saúde, supervisão e monitoramento da produção hospitalar e ambulatorial, de média e alta complexidade de acordo com as pactuações estabelecidas por contratos/ convênios e seus anexos (Documentos Descritivos). Dentre as atribuições gerenciais realiza interlocução a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para agendamentos de Tratamento Fora de Domicílio –TFD.

Esta gerencia realiza o controle através de monitoramento que contemplam visitas técnicas, revisões técnicas administrativas, elaboração de notas fiscais e tramitação de documentos para fins de cumprimento e execução contratual.

Os servidores lotados para exercício laboral nesta gerências são de diferentes áreas, sendo estes de cargos administrativos, médicos e demais profissionais de nível superior da área da saúde, contemplando uma equipe multidisciplinar. Esta GCA compromete-se com a qualificação de seus servidores, buscando aperfeiçoamento, treinamentos internos, e implantando com a equipe indicadores de qualidade resolutividade de problemas através de ferramentas de gestão.

A GCA possui as seguintes divisões:

2.1. Divisão de Monitoramento Ambulatorial – DMA
2.2. Divisão de Monitoramento Hospitalar – DMH
2.3. Divisão de Suporte Técnico e Apoio Técnico – DISAT
2.4. Divisão de Gestão de Contratos e Convênios – DGCC
2.5. Divisão de Tratamento Fora do Domicílio – DTFD
2.6. Divisão de Apoio à Fiscalização de Contratos e Convênios - DAFC

As principais dificuldades apontadas pelo setor são:

- ✓ Recursos humanos: déficit de supervisores para a efetiva ampliação de controle e avaliação, tendo em vista a complexidade da execução da função;

- ✓ Ausência de seleção e programas de treinamento para os profissionais que ingressam no setor.

2.1. DIVISÃO DE MONITORAMENTOAMBULATORIAL – DMA

A divisão está estruturada e possui como principal labor o monitoramento dos contratos e convênios de serviços ambulatoriais. É dividida setorialmente relacionando os contratos e convênios com as Rede Temáticas de Atenção à Saúde, contemplando a Rede de Deficiência, a Rede Psicossocial e a Rede de Doenças Crônicas.

Os Supervisores Ambulatoriais acompanham e monitoram os serviços ambulatoriais, as habilitações e as infraestruturas contratadas e conveniadas, com o objetivo do adequado cumprimento do pactuado e da qualificação dos serviços prestados.

2.2. DIVISÃO DE MONITORAMENTO HOSPITALAR–DMH

A divisão está estruturada e possui como principal labor o monitoramento dos contratos e convênios de serviços hospitalares. Está dividida setorialmente por hospitais onde possui uma equipe de apoio administrativo, supervisores hospitalares de nível superior e médicos.

Os supervisores possuem funções de monitoramento da produção, da infraestrutura pactuada com os serviços através de análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e visitas técnicas, dos indicadores, como por exemplo a Taxa de Ocupação de Leitos Hospitalares. Integram também os membros e supervisão da Comissão de Acompanhamento a Contratualização –CAC.

2.3. DIVISÃO DE SUPORTE TÉCNICO E APOIO TÉCNICO – DISAT

Esta divisão é responsável para subsidiar os planejamentos e relatórios de gestão da GCA para a Rede Municipal de Saúde, também em organizar todo o processo de habilitação dos prestadores de serviços da Rede Complementar em Saúde, encaminhando os dados e documentos ao setor de Planejamento, para a inserção no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

2.4. DIVISÃO DE GESTÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS – DGCC

Esta divisão é responsável pela elaboração das Minutas dos Contratos e Convênios após as pactuações e direcionamentos da gestão. Também exercendo o controle de prazos e apoio técnico da GCA em relação a tais documentos.

As elaborações das notas fiscais referente aos contratos e convênios, as quais são encaminhadas para a análise técnica dos supervisores e o atesto, também são confeccionadas e monitoradas por este setor.

2.5. DIVISÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – DTFD

Esta divisão tem como responsabilidade o acolhimento do usuário, ou seja, realiza o atendimento presencial para a construção do processo de Tratamento Fora de Domicílio - TFD e também a manutenção destes, recebendo as documentações padronizadas. Desta forma, encaminha a documentação à Secretaria Estadual de Saúde e realiza os agendamentos que não compete à Central de Regulação de Alta Complexidade –CNRAC.

2.6. DIVISÃO DE APOIO À FISCALIZAÇÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS – DAFC

A divisão possui como prerrogativa de apoio a fiscalização através do intermédio de conhecimento referente aos contratos e convênios da Rede Complementar em Saúde, fornecendo o subsídio técnico ao fiscal, nomeado pela Secretaria Municipal de Saúde, no que diz respeito aos documentos e processos da GCA.

3. GERÊNCIA DE REGULAÇÃO HOSPITALAR– GRH

A Portaria nº 1.159 de 01 de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Gerência de Regulação Hospitalar (GRH) está diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais em Saúde (SUPRIS), conforme organograma publicado no DIOGRANDE Nº 4.782 DE 23/01/2017, decreto 13.066.

Esta gerência atua na Secretaria Municipal de Saúde - SESAU desde 2016, com funcionamento de 24horas, e equipe composta por médicos reguladores, administrativos e enfermeiros, além de plantonistas eventuais médicos e enfermeiros.

A principal atribuição desta gerência é dar acesso em tempo oportuno aos usuários do SUS de acordo com suas necessidades imediatas, sem prejuízo a sua assistência, norteado por protocolos, fluxos, pactuações, grades de referência e portarias.

O setor é constituído por 02 divisões: Divisão de leitos Eletivos e a Divisão de leitos de Urgência.

A Divisão de leitos de Urgências caracteriza-se por:

- ✓ Utilizar o Sistema CORE, permitindo a interface entre o médico

assistente, a regulação e os hospitais;

- ✓ Regulamentar todas as internações eletivas e de urgência, disponibilizando senhas de acesso aos hospitais da Rede Complementar de Saúde;
- ✓ Fazer uso da Classificação de Risco (Protocolo de Manchester), que define o grau de urgência, colocando os pacientes em ordem de prioridade para o atendimento;
- ✓ Regular o acesso aos leitos hospitalares de urgência dos estabelecimentos de saúde contratados/conveniados e da rede complementar do SUS do município de Campo Grande;
- ✓ Garantir ao cidadão um atendimento oportuno de acordo com suas necessidades imediatas;

À Divisão de leitos Eletivos cabe:

- ✓ Utilizar o Sistema de Regulação Hospitalar (SISREG online), fornecido pelo Ministério da Saúde, através do qual se verifica a via de acesso do paciente (urgência ou ambulatorial), permitindo transparência no processo regulatório;
- ✓ Autorizar as internações de urgência e as eletivas dos estabelecimentos de saúde contratados/conveniados e da rede complementar do SUS;
- ✓ Qualificar as filas de espera para as cirurgias eletivas, através da adoção de critérios de prioridade, baseados na classificação de risco;
- ✓ Conferir melhor gestão dos leitos e maior celeridade no atendimento dos pacientes de maior gravidade;

Por fim, pontuamos como grandes desafios enfrentados pelo SISREG – Módulo Hospitalar:

- ✓ O retorno das cirurgias eletivas, suspensas devido a COVID-19. Neste contexto, far-se-á necessário o redimensionamento da rede, com o estabelecimento de novas pactuações e estratégias de contratualização com diversos serviços;
- ✓ A falta de leitos hospitalares que representa uma grande dificuldade no processo de regulação como um todo;
- ✓ E atualmente, a regulação dos leitos de urgência é realizada em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), restringindo a autonomia de gestão dos leitos hospitalares.

4. GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL – GRA

A Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo o gerenciamento de vagas por meio do acesso a consultas e exames especializados de média e alta complexidade.

À Gerência de Regulação Ambulatorial compete:

- ✓ Instituir e implementar a Política Municipal de Regulação no que se refere a Regulação Ambulatorial, de acordo com a legislação vigente;
- ✓ Elaborar normas técnicas referentes às ações da regulação ambulatorial no âmbito municipal, complementar e as esferas federal e estadual;
- ✓ Gerenciar as vagas de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade;
- ✓ Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- ✓ Elaborar protocolos de regulação para os fluxos assistenciais;
- ✓ Capacitar os gerentes e os médicos responsáveis técnicos das 71 Unidades de APS (Atenção Primária à Saúde) da Rede Municipal a fim de que os protocolos de acesso sejam integralmente seguidos;
- ✓ Capacitar os prestadores da Rede Complementar de Saúde (HUMAP, HRMS, Santa Casa);
- ✓ Capacitar os novos prestadores, do município de Campo Grande, em caso de nova unidade credenciada no Ministério da Saúde para transplantes;
- ✓ Contribuir na elaboração de indicadores da Programação Pactuada e Integrada (PPI), por meio da atualização constante das cotas físicas do executor, principalmente para a alta complexidade que tem como referência o município de Campo Grande;
- ✓ Subsidiar a Gerência de Pactuação quanto aos riscos na PPI através da avaliação analítica da produção, a fim de que se fortaleçam os pontos de fragilidade das pactuações;
- ✓ Avaliar o desempenho dos serviços e da satisfação dos usuários (PNASS);
- ✓ Avaliar os indicadores epidemiológicos e as ações e serviços de saúde;

Em virtude da Pandemia, foi implantado no Setor o Telemonitoramento dos pacientes sintomáticos respiratórios, casos suspeitos e confirmados de COVID-19, com horário de funcionamento das 06h00 à 00h00, todos os dias da semana, inclusive aos sábados e domingos, atualmente o serviço possui funcionamento das 07:00 às 19:00.

O município de Campo Grande- MS, referência em Saúde Pública, foi o 2º do país a implantar este serviço de monitoramento e cuidados. O setor também passoi a monitorar as gestantes vacinadas contra a COVID-19, a fim de estudar os impactos e os desfechos do binômio materno-infantil; uma vez que a pandemia representou importante

retrocesso nas taxas de mortalidade materna e neonatal em nosso município, estado e país.

Desafios:

- ✓ Dificuldades de Implantação do serviço da Telerregulação;
- ✓ Compra de mobiliário;
- ✓ Compra de equipamentos, eletrônicos e multimídias;
- ✓ Compra de Sistema de Informação que contemple as necessidades da implantação do trabalho de teleconsultoria e teleinterconsulta;
- ✓ Dificuldades em lotação de recursos Humanos para complementação do quadro de pessoal da equipe de regulação e também para implantação da Telerregulação;
- ✓ Aumento de Demanda Reprimida para acesso às consultas, exames e procedimentos especializados devido à suspensão e redução da oferta de vagas dos atendimentos no período de Pandemia devido às regras de biossegurança;

5. GERÊNCIA DE AUDITORIA EM SAÚDE – GEA

A Auditoria Municipal de Saúde, componente descentralizado do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SNA-SUS), atua sobre todos os contratos, despesas, investimentos e recursos vinculados ao SUS, abrangendo a Rede Complementares serviços conveniados e contratados nos setores hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, que estão sujeitos ao controle e fiscalização.

É composta por auditores graduados em diversas áreas, a saber: medicina, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, serviço social, análise de sistemas, psicologia, direito, contabilidade, os quais compõe a carreira específica de Auditor Municipal de Saúde, instituída recentemente por meio da Lei complementar n.°379, de 07 de abril de2020.

Quanto à natureza do trabalho prestado, a GEA atua em demanda ordinária (cronograma anual do setor) e extraordinária (não consta na intenção da programação anual do setor).

Assim, são atribuições desta gerência:

- ✓ Fiscalizar e regularizar os procedimentos realizados, no âmbito do SUS, pelos prestadores de serviços de saúde;
- ✓ Analisar tecnicamente se o serviços contratados estão em conformidade com as normas e os padrões de resolutividade e qualidade;
- ✓ Fornecer ao gestor as informações necessárias para um planejamento de estratégias em saúde resolutivo e eficiente;

✓ Alinhar seu processo de trabalho ao SNA-SUS, desempenhando as seguintes nas atividades: visitas e parecer técnicos, orientação e cooperação técnicas, conforme as Instruções Normativas aprovadas pela Resolução SESAU nº 325 de 29 de dezembro de 2016, publicadas no Diário Oficialnº4.762;

✓ Avaliar a qualidade, a viabilidade e sustentabilidade das ações e serviços de saúde;

✓ Avaliar a regularidade dos contratos firmados, dos leitos hospitalares, do uso adequado dos recursos públicos;

✓ Garantir assistência de qualidade ao usuários do SUS e plena atuação da Gestão de saúde;

São dificuldades enfrentadas pelo setor:

✓ Infraestrutura tecnológica: internet sem precisão, rede de computadores antigos, impossibilidade de credenciamento de *tablet* para auxílio em respostas rápidas;

✓ Recursos humanos: ainda insuficiente, com necessidade de maior número de auditores médicos, enfermeiros e da área de contabilidade;

✓ Auditoria atuante no próprio setor, ao invés de compor um setor independente da Secretaria de Saúde (acordado do Tribunal de Contas);

Sugestões de Melhoria:

✓ Instituir o teletrabalho

✓ Educação Permanente

No cenário excepcional da Pandemia, a auditoria atua acompanhando os leitos contratatualizados em caráter temporário, e fazendo apontamentos importantíssimos para a gestão municipal, sem os quais seria insustentável manter a Regulação de Fluxos dos Leitos Covid-19.

6. GERÊNCIA DE PACTUAÇÃO ASSISTENCIAL – GPA

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são mecanismos que asseguram o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. Assim, a gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, que através de seus órgãos gestores, utilizam-se de vários instrumentos com a finalidade de garantir o pleno funcionamento do sistema de saúde.

Existem diversos Instrumentos de Gestão em Saúde que são específicos de cada Município, Estado, Distrito Federal e União. Há outros, por sua vez, que coexistem e corroboram para a articulação das três esferas gestoras de governo, garantindo a operacionalização de um sistema de saúde nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Sua implantação ocorreu com o intuito de fortalecer os estados no processo de descentralização das ações e serviços para os municípios – processo conhecido como municipalização.

Através do artigo 198 da CF/88 foi estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Salientamos que para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS utiliza-se de diversos instrumentos de gestão, que são criados de acordo com a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e política dos gestores das três esferas de governo.

Enumerando os principais instrumentos de Gestão em Saúde ligados ao planejamento, temos:

1. Agendas de Saúde
2. Planos de Saúde
3. Relatórios de Gestão
4. Plano Diretor de Regionalização (PDR)
5. Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Neste contexto, com o intuito de fortalecimento das ações do SUS no município de Campo Grande, a Superintendência de Relações Institucionais de Saúde - SUPRIS fundamentou-se na existência de diversas gerências, dentre as quais enfatizamos a recém-criada Gerência de Pactuação Assistencial (GPA).

A GPA é um setor que comunica diferentes interfaces do sistema de saúde, tendo sido criada para fortalecer as pactuações e suas fragilidades, e consolidar suas potencialidades, além de reduzir as lacunas assistenciais locais e de nossas regiões de saúde.

Sendo assim, a atuação desta gerência está fundamentada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que fornece importantes subsídios para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, orientado na organização, regionalização e hierarquização da rede (conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90), além de garantir aos usuários integralidade no atendimento e acesso a todos os níveis de complexidade.

A efetividade deste plano diretor é garantida por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento importantíssimo no processo de planejamento do SUS, uma vez que determina: alocação de recursos, reorganização das redes de atenção à saúde, e consolidação das diretrizes e prioridades expressas nos demais processo do planejamento.

A PPI tendo como base o PDR faz a programação das ações que serão realizadas, visto que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas com a elaboração dos Planos de Saúde.

A Programação Pactuada e Integrada não tem a intenção de solucionar todas as necessidades de programação das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Restringe-se em alguns aspectos e questões de interesse ou de responsabilidade compartilhada, que envolvem a fixação de critérios de a locação de recursos do SUS.

A PPI traduz a autonomia de cada gestor, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente em um município específico, quer pelo encaminhamento a um município de referência, sempre por intermédio de negociações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

Cada município deverá programar as ações que irá executar, para então negociar com os outros gestores a programação das ações que serão referenciadas, conforme o Plano Diretor de Regionalização. Para tanto, o gestor municipal deve conhecer as necessidades em saúde de seu município, a quantidade de usuários que será atendida e encaminhada para os municípios de referência, e conhecer as especialidades profissionais (médicas ou outras) e os recursos tecnológicos demandados.

Por ser a capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande é referência em média e alta complexidade para a maioria absoluta dos municípios e regiões de saúde, monitora os entraves para a utilização dos recursos alocados e para a sustentabilidade do sistema. Desta forma, a gerência técnica traz à evidência os maiores gargalos do sistema, e propõe soluções viáveis de pactuação a fim de que o Plano Diretor seja integralmente cumprido.

Principais objetivos da Programação Pactuada e Integrada:

- ✓ Estimular o processo de planejamento e programação integrada entre os gestores municipais e o gestor estadual;
- ✓ Orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência de caráter microrregional, regional ou estadual, de acordo com as necessidades identificadas;
- ✓ Explicitar os fluxos de referências intermunicipais, acordados entre os gestores, de forma a garantir o acesso de toda a população a todos os níveis de atenção;
- ✓ Orientar a alocação de recursos financeiros pela lógica das necessidades de saúde da população e de acordo com as prioridades estabelecidas pelos gestores;
- ✓ Orientar a alocação de recursos financeiros entre os municípios para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, através da adoção de critérios claros e

adequados, e da explicitação da parcela correspondente às referências intermunicipais pactuadas;

Os pactos contidos na PPI serão atualizados periodicamente entre os gestores municipais e estadual mediante a aprovação nas Comissões Inter gestores Bipartite (CIB). Em Mato Grosso do Sul a última atualização ocorreu em 2008, necessitando ser revista, já que o aumento populacional e a incorporação de novas tecnologias e tratamentos vêm fragilizando a cadeia de ofertas.

A utilização de instrumentos eletrônicos para a elaboração das Programações Pactuadas e Integradas permitirá uma maior agilidade na atualização das metas pactuadas e em suas revisões permanentes.

A GPA segue em análise criteriosa de prioridades nas seguintes atividades:

- ✓ Revisão completa da MAC (Média e Alta Complexidade) Ambulatorial e Hospitalar com análise da produção pelo TABWIN (análise por abrangência e referência);
- ✓ Análise dos Documentos Descritivos (DD) dos Contratos estabelecidos com a rede de prestadores com a finalidade de avaliaras metas e os planos de trabalho (atuação conjunta com GCA para fortalecimento da ferramenta de gestão);
- ✓ Ação integrada com o setor de judicialização para monitoramento de riscos e pactuação com a rede para cobertura dos procedimentos com demanda reprimida;
- ✓ Avaliação das atas da CIB para revisão dos documentos comprobatórios das pactuações firmadas pelo município de Campo Grande;
- ✓ Diálogo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para ação sinérgica no estudo da próxima atualização, fundamental para a gestão municipal e estadual;
- ✓ Avaliação crítica dos processos de judicialização com grande sequestro de recurso municipal, comprometendo as políticas públicas;
- ✓ Análise do SISMAC (Sistema de Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade) dos anos de 2018, 2019 e 2020;
- ✓ Estudo da PAMAC (*Programação* Assistencial da Média e. Alta Complexidade), que em breve subsidiará as pactuações das Comissões Intergestores (CIB);

Desafio:

- ✓ Dificuldade de seguimento ao atendimento de pacientes oriundos de municípios do interior e/ou de outros Estados que não estão contemplados pela Programação Pactuada e Integrada e que, após atendimento no serviço de Urgência, acabam sendo incluídos e absorvidos pelo Sistema de Saúde Municipal na espera da

realização de atendimento cirúrgico eletivos, impactando na fila de espera por esses procedimentos.

6. JUDICIALIZAÇÃO

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno em crescente expansão. No município de Campo Grande o cenário não é diferente. O financiamento dos processos judiciais compromete de maneira impactante a verba destinada às políticas públicas.

O quadro da Judicialização no Município de Campo Grande-MS, sob a óptica da Procuradoria Geral do Município - PGM, é de que as ordens judiciais não estão sendo cumpridas pelos hospitais e demais prestadores de serviços, em desobediência ao que está disposto nas Resoluções Municipais e Estaduais. Estes processos tramitam nas Varas da Fazenda Pública, do Juizado Estadual da Fazenda Pública (96%), Justiça Federal e Juizado Federal.

Em consequência ao início da pandemia, houve um aumento das ações judiciais, interpelando bloqueios nos mais variados valores. Por esta razão, houve a necessidade de expansão do Setor de Assessoria judicialização SUPRIS.

O setor embora existente há mais de 10 anos, não fazia parte do Regime Interno da SESAU. Entretanto, o trabalho realizado pautará a inserção do setor em novo regimento no Diogrande (Diário Oficial do município de Campo Grande).

Ao Setor de Assessoria da Judicialização **(**diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais de Saúde) compete:

- ✓ Receber todas as demandas judiciais da UNIÃO, ESTADO e MUNICÍPIO, enviadas do Setor Jurídico / DDJS, no que compete ao encaminhamento para o atendimento na Rede Pública - SUS, disponibilizando: consultas especializadas, exames, procedimentos cirúrgicos, tratamento fora em domicílio, vagas hospitalares para leitos de UTI;
- ✓ Realizar contato com os hospitais e outros estabelecimentos e/ou prestadores para intermediar a execução dos procedimentos solicitados nos autos;
- ✓ Acompanhar os agendamentos das consultas, exames, cirurgias de todas as demanda judiciais até finalização do processo;
- ✓ Registrar nas Planilhas online todas as demandas judiciais, atentando – se quanto ao cumprimento dos prazos;
- ✓ Trabalhar o fluxo, mediante as demandas destinadas para cada Gerência:

Regulação Hospitalar, Regulação Ambulatorial, Processamento/SIA /SIH e CNES, Controle e Avaliação e Pactuação Assistencial;

- ✓ Oficializar as Instituições e demais prestadores, mediante necessidade de atendimento aos pacientes pertinentes de atendimentos Urgentes, em virtude do quadro clínico especificados nos autos;
- ✓ Colaborar na execução dos fluxos para resolução das Ações desfavoráveis à SESAU (Advogado Particular);
- ✓ Trabalhar em conjunto com o Núcleo de Apoio Técnico/NAT, o CAT/JUS e os representantes da SESAU/Defensoria e SES/CERA;
- ✓ Desempenhar outras atividades correlatas às competências das respectivas áreas de atuação;

A Judicialização, sem dúvida, faz o abortamento de processos de fundamental importância à sustentabilidade do sistema de saúde.

A ponte realizada entre a Judicialização e os demais setores da SUPRIS, também é de extremo valor, uma vez que representa o "termômetro" para as ações em conjunto necessárias para o fortalecimento da relação entre o setor assistencial e o poder judiciário.

Ressaltamos que a Superintendência realiza uma ação direta e preventiva para a inserção de novos casos no setor, estabelecendo medidas de enfrentamento e mudanças, que visam resguardara integridade e a saúde dos pacientes.

Desafios:

Ausência de um Sistema de informação eficiente para o acompanhamento das ações;

- ✓ Necessidade de uma Estrutura Institucional para gerir a Judicialização;
- ✓ Acompanhar todos os processos de judicialização, o perfil das demandas e os atores das ações;
- ✓ Racionalizar a judicialização, minorando a quantidade de casos evitáveis;
- ✓ Auxiliar no processo de informações, encaminhamento de casos e fornecer respostas rápidas às instituições judiciais, informando aos gestores as falhas verificadas no sistema de saúde;
- ✓ Interligar a entrada de ações, o procedimento de defesa e o cumprimento de decisões judiciais;
- ✓ Possibilitar o acesso compartilhado com a Procuradoria Geral Estadual – PGE, que também utiliza o sistema para instruir as contestações e os recursos, enquanto a equipe providencia pareceres técnicos para cada caso e organiza um processo de

compra eficiente e centralizado;

✓ Atualizar o *“follow up*” dos processos de judicialização da saúde com informações sobre as doenças mais comuns; consultas, exames e medicamentos mais solicitados; entes mais demandados e índice de resolução extrajudicial.

2.11 GESTÃO

2.11.1 Atenção à Saúde

As redes municipais de atenção à saúde estão em desenvolvimento necessitando ainda transpor diversos desafios para que possam atingir plenamente os objetivos e pressupostos contidos nos dispositivos legais que as regulamentam.

Esta demanda requer conjugação de esforços, uma vez que é necessária articulação de conhecimentos à vontade dos vários setores envolvidos na saúde, incluindo a administração pública em suas diversas esferas e instâncias, além das categorias profissionais da saúde e da sociedade civil organizada em instâncias participativas de deliberação.

Nesse ponto, foi realizado o redimensionamento territorial dos Distritos Sanitários, no sentido de reorganizar a coordenação, apoio, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde em sua base territorial o redimensionamento territorial em consonância às Redes de Atenção à Saúde – RAS.

No modelo distrital atual as unidades da atenção básica estão distribuídas entre 7 (sete) Distritos Sanitários (DS) sendo eles, DS Anhanduizinho, DS Bandeira, DS Centro, DS Imbirussu, DS Lagoa, DS Prosa, DS Segredo, cujos possuem processo organizacional de trabalho para atender às atividades de supervisão de programas ministeriais, ações estratégicas, vigilância epidemiológica, questões administrativas e apoio operacional.

Existem grandes desafios que podem ser divididos em quatro categorias: **financiamento; gestão; orientação dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) baseada na população; valorização social e política da APS**.

A não superação desses obstáculos implica a não implantação adequada das Redes e, portanto, a manutenção da lógica hegemônica de se estruturar o sistema de saúde e dos modos de se produzir saúde, para isso é necessário condições estruturais que permitam a concretização e manutenção destas redes ao longo do tempo.

Quando se trata de **financiamento da APS**, este deve ocorrer com a participação dos três entes federativos – União, Estados e Municípios/Distrito Federal, de forma tripartite, com a supervisão ativa de atores que ocupam espaços e instâncias de controle social, mormente os conselhos de saúde. Pesquisas demonstram que, tanto no Brasil quanto em vários outros países, o financiamento da APS é incipiente e figura como um grande fator limitador a ser superado, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Ou seja, constata-se que o montante orçamentário destinado à Atenção Primária em Saúde é insuficiente e sua alocação é gerencialmente ineficaz. Sendo assim, a insuficiência dos recursos contribui para

uma política remuneratória pouco atrativa para os profissionais de saúde de determinadas áreas.

Dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 2011 indicam que, quantitativamente, os investimentos públicos na APS brasileira têm aumentado progressivamente nos últimos anos, atingindo em 2009 um valor *per capita* 80% maior do que era investido em 2002. E, ainda assim, esse aumento pode ser considerado insuficiente para suprir as demandas de saúde, já que não vem acompanhado de melhorias da capacidade locativa e da vontade política por parte dos gestores. Assim, maiores investimentos nela, APS, acompanhados da capacitação dos gestores em termos econômicos poderão contribuir em grande medida para expansão e qualificação das ações e serviços de saúde.

No tocante à **gestão**, percebe-se que a dificuldade reside em efetivamente posicionar a APS – principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família – como centro coordenador e integrador dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Mais do que evidências científicas robustas, são necessárias decisões políticas e mecanismos de gestão que efetivamente garantam essa posição.

Assim, em nível local, a gestão deve priorizar a reorganização do sistema de saúde segundo os ditames da Atenção Primária em Saúde, prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família, devendo ser realizadas ações prévias de qualificação, com vistas à também à profissionalização gerencial. Esse processo deve incluir tanto gestores municipais, quanto regionais/distritais e das unidades de saúde, de modo a propiciar a implantação dos mecanismos gerenciais necessários para o pleno funcionamento da Atenção Primária e das Redes.

Quanto à orientação dos serviços básicos de saúde, por vezes os serviços ofertados não atendem as necessidades de saúde do território. Tal fato se dá pela dicotomia entre a necessidade de saúde local, situação epidemiológica e a aplicação de recursos financeiros, que inclusive recentemente sofreu alterações significativas com a incorporação do Programa Previne Brasil. Pode ocorrer também quando o sistema de saúde é reestruturado, de forma a combater uma situação epidemiológica (por exemplo: aguda) que não mais condiz com a realidade brasileira e/ou situação epidemiológica do local, onde crescentemente têm predominado as condições crônicas.

O modelo de atenção voltada aos processos curativos, como por exemplo, os serviços de Urgência e Emergência, por vezes se tornam atrativos à população, porém acabam por não atender as necessidade de saúde deste usuário, fazendo com que a oferta de atendimento não seja resolutiva em sua integralidade. E assim, este modelo insustentável, não reduz o dos agravos em saúde, papel esse que deve ser realizada pela atenção primária a partir do desenvolvimento de ações de caráter preventivo.

Para dar vazão às crescentes demandas relacionadas às condições crônicas, a atenção primária constitui-se como um grande potencial e, por este motivo, deve ser fortalecida e expandida em termos de orçamento, gestão e de processo de trabalho das equipes.

Coordenadoria da Rede de Atenção Básica

De acordo com o Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020 que dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), e dá outras providências, a Coordenadoria da Rede de Atenção Básica (CRAB) está subordinada à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS). Compete à esta CRAB a coordenação da Política Municipal de Atenção Básica em conformidade com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de modo a estruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e organizar a articulação e a integração destes com os demais serviços da Rede. Dentre outras atribuições estão: desenvolver ações e estratégias para implementar políticas estratégicas da APS e outras afins, bem como definir normas e diretrizes para operacionalização da APS.

Dentre os desafios está a necessidade de impulsionar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial a ser adotado pois alia a prática do cuidado individual com a abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios como universalidade, integralidade e equidade. De tal forma que os serviços ofertados atuem de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangências das Unidades de Saúde.

A incorporação de um novo modelo de financiamento, através do Programa Previne Brasil, com financiamento misto que engloba o incentivo financeiro per capita (capitação ponderada), por desempenho assistencial (indicadores) das equipes na APS, oferta de ampliação de horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), informatização (Informatiza-APS) e formação de especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional. O desafio está em adequar as ações de modo a atender os princípios e diretrizes do SUS, os atributo da Atenção Primária (acesso no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação) e as ações a serem realizadas para otimizar os recursos financeiros oriundos do Programa Previne Brasil e demais portarias vigentes. O financiamento da APS é uma longa discussão no qual uma das críticas é que o valor apresentado ainda está aquém das necessidades para estruturar de fato uma APS robusta, atendendo o usuário com estruturas (física, de recursos humanos e material) suficientes.

O cenário pós – pandemia ainda é incerto, porém vale ressaltar que a APS continuará a atuar como porta de entrada para 80% da demanda por cuidados em saúde

sendo também responsável pelas políticas de promoção e prevenção. Assim sendo o aumento e o agravo de doenças aliada ao menor crescimento econômico e aumento nas taxas de desemprego acarretará em maior demanda da população pelo SUS e especialmente pelo atendimento na APS. O fortalecimento da APS, seja na sua estrutura física, recursos humanos, recursos de materiais e equipamentos, como como recursos humanos em número suficiente, se faz primordial. O não investimento em uma APS robusta, com equipes de saúde da família e outras equipes estratégicas (equipe de saúde prisional, equipe Consultório na Rua, equipe NASF) acabará por demandar de outros dispositivos da rede que necessitam de maior densidade tecnológica e maior investimento de recursos financeiros.

Os demais desafios englobam a necessidade da manutenção de recursos humanos em número suficiente para atender a demanda, bem como estruturação dos espaços físicos e aquisição e manutenção de materiais e equipamentos em tempo oportuno.

Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO

Em relação ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde – SESAU do município de Campo Grande-MS, houve uma publicação no Diário Oficial do Município - DIOGRANDE em 2021 com novo organograma, através do Decreto n. 14.733, de 07 de maio de 2021, que altera dispositivos do Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020, onde a Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica – CRAO está subordinada diretamente à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde – SRAS.

De acordo com a estrutura operacional da SESAU, contida no Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020, compete à CRAO, coordenar, planejar, organizar, acompanhar e supervisionar as ações em saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde. A Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal, as Unidades Móveis de Atendimento Odontológico (ODONTOMÓVEL), os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e as Policlínicas Odontológicas são de responsabilidade direta da CRAO.

Observa-se uma redução gradativa nos indicadores de Saúde Bucal do município nos anos de 2017, 2018 e 2019, principalmente a primeira consulta odontológica que tem como objetivo, a avaliação e o planejamento de tratamento, e o tratamento completado que indica a resolutividade. Um dos motivos foi a mudança no processo de trabalho da atenção primária, estratégia adotada para ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (acolhimento e atendimento à demanda espontânea nas unidades).

Importante lembrar que, devido à pandemia do COVID-19, em 2020 foram suspensos os atendimentos odontológicos eletivos na Atenção Primária (Resolução SESAU n. 523, de 18 de março de 2020), impactando negativamente e de maneira expressiva nos números de atendimentos e ações em saúde bucal. Diante do exposto, a rede se organizou com o intuito de garantir os atendimentos de urgência e emergência em todas as Unidades de Atenção Primária e algumas unidades de Urgência e Emergência (Unidades de Pronto

Atendimento - UPA e Centros Regionais de Saúde - CRS), em consonância com as orientações do Ministério da Saúde.

A suspensão temporária de procedimentos eletivos e funcionamento dos serviços apenas para casos de emergência/urgência foi uma estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA é adotada em situações de pandemia para diminuir circulação de pessoas e reduzir procedimentos que possam gerar aerossóis e, consequentemente, transmissão e infecção cruzada.

Os atendimentos nos Centros de Especialidades Odontológicas retornaram em setembro de 2020 de forma planejada, gradativa seguindo todas as orientações do Ministério da Saúde e da ANVISA, visando o suporte dos casos mais complexos atendidos na Atenção Primária e nas Unidades de Urgência e Emergência (UPA e CRS).

Durante a pandemia, que ainda perdura (junho/2021), os cirurgiões-dentistas, também estão colaborando nas ações de enfrentamento e controle da doença, atuando em serviços de telemonitoramento, acolhimento, realização de testes rápidos e coleta de material biológico utilizando *swab* e ainda na aplicação de vacina contra o COVID-19; enquanto os auxiliares em Saúde Bucal estão atuando no acolhimento nas unidades de Atenção Primária e nas Unidades de Pronto Atendimento e Centros Regionais de Saúde, como Agentes Segregadores.

A SESAU, através da CRAO, mesmo com todas as dificuldades encontradas, preocupou-se em manter a assistência odontológica com as melhores condições de trabalho possíveis, realizando as ações dentro da realidade operacional. O grande desafio a partir de agora será organizar os serviços em saúde bucal após a pandemia, considerando os agravos e condições da saúde da população após todo este período sem oferta de atendimento odontológico ambulatorial eletivo. A Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica já elaborou o Plano de Retorno dos Atendimentos Eletivos, porém, aguarda um cenário epidemiológico favorável do município (junho/2021) para implantação da estratégia.

A Coordenadoria de Urgência está subordinada diretamente a Superintendência de Rede a Assistência à Saúde (SRAS), e dentre as principais atribuições compete:

- ✓ Fazer cumprir a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- ✓ Coordenar a elaboração e a execução da Política Municipal de Urgências;
- ✓ Estabelecer normas e protocolos ao bom funcionamento do Sistema Municipal de Atenção às Urgências;
- ✓ Desenvolver, de forma articulada com os demais órgãos da Rede de Atenção à Saúde, os planos de ação necessários para o funcionamento das Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo;

- ✓ Participar do Comitê Municipal de Urgência e Emergência, garantindo seu bom funcionamento, assim como a participação da sociedade civil organizada nas políticas públicas do setor, bem como de outros colegiados.

Nesta lógica, ainda está organizada com a Divisão de Qualificação das Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Divisão das Unidades de Atendimento Pré- Hospitalar Fixo e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

2.11.2 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Suas ações são desenvolvidas por 10 (dez) coordenadorias e é responsável, no âmbito municipal, por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Fazem parte das atribuições de Vigilância em Saúde: produção de análises que auxiliam no planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias; monitoramento e avaliação das ações de saúde; investigação de surtos de doenças; ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde; por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.

Para que tais ações aconteçam, a Vigilância em Saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde.

As análises de situação de saúde, abrangem as ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção.

Desde do início da pandemia da COVID-19, é responsável pela Coordenação do COE/SESAU: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Municipal - COE-COVID-19: formado por representantes de todas as áreas da SESAU envolvidas na atuação em situações de emergências de saúde.

Também é atribuição da Vigilância em Saúde a elaboração e atualização constante dos Planos de Contingência:

- Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19);
- Plano de Contingência para situação de epidemia de Dengue, Chikungunya e Zika;
- Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento da Influenza.

No ano de 2020, devido a pandemia da COVID-19, houve necessidade de reorganização de várias atividades da Vigilância em Saúde. Uma delas foi a transformação da Unidade de Resposta Rápida em Centro de Informações de Vigilância em Saúde.

Em 2020, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) do município de Campo Grande-MS foi instituído por meio do Decreto n. 14.558, de 8 de dezembro de 2020, com a finalidade de implementar a captação de notificações, análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática de vigilância em saúde , criando meios de identificação, caracterização e intervenção precoce nas emergências em saúde pública de relevância municipal, estimando o risco de expansão destes eventos.

Houve necessidade de aporte de recursos humanos, para uma equipe que até 2019 funcionava com somente três servidores. Em 2018, foi criada a Coordenadoria de Vigilância de Saúde Ambiental (CVSA), composta por Auditores Fiscais de Vigilância Sanitária, que desenvolvem as ações de Vigilância de Saúde Ambiental, ou seja, desenvolve um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias, com o intuito de promover e preservar a saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

Entendendo que a CVSA é uma coordenação nova na SESAU vem buscando aprimorar seu papel e difundir o conceito de vigilância de saúde ambiental. A CVSA é composta pelo coordenador e 03 (três) serviços, a saber: Serviço de Fiscalização em Vigilância de Saúde Ambiental, Serviço de Fiscalização em Saneamento Ambiental e Serviço de Apoio Estratégico e Fiscal em Vigilância de Saúde Ambiental.

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) são realizadas através de inspeções sanitárias, com foco prioritário na conscientização da população, com a finalidade de diminuir

os riscos à saúde humana, seja através de utilização de alimentos, medicamentos, produtos ou serviços, promovendo também a proteção da saúde do trabalhador.

O desafio da Vigilância Sanitária é conciliar o quantitativo de servidores para atender as demandas de diversos tipos de atribuições como licenciamento sanitário, atendimento de denúncias provenientes da Ouvidoria, ofícios de órgãos como Ministério Público, Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Contra Relação de Consumo (DECON), Delegacia Especializada de Repressão aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista (DECAT) etc., e em decorrência da pandemia as ações de combate ao COVID-19 também tem contribuído para o aumento de trabalho, como as fiscalizações para cumprimento dos decretos, cumprimento dos planos de biossegurança, fiscalizações noturnas, barreiras sanitárias, blitz sanitárias, além da elaboração de notas e pareceres técnicos .

Em relação a Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais, um dos maiores desafios está na Integração das ações dos Agentes de controle de endemias com agentes comunitários de saúde.

Segundo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as estratégias de controle da dengue devem ser pensadas e executadas com base nas realidades dos territórios e as ações de vigilância ao vetor nos domicílios devem ser integradas com uma perspectiva de educação e promoção em saúde. Uma forma de alcançar esse objetivo é a integração da vigilância ao vetor e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em termos operacionais, esta medida visa diminuir o índice de pendências nos domicílios visitados e reduzir o incômodo da sobreposição de visitas às famílias por diferentes equipes e serviços.

Em relação a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica a importância da notificação das doenças e agravos de notificação compulsória e a digitação das fichas em tempo oportuno, pois a notificação, no que diz respeito às ações de prevenção e controle de doenças e agravos, é a mais importante fonte de informação e ela subsidia boa parte do trabalho da vigilância em saúde.

A notificação pode ser realizada na suspeita ou na confirmação do caso ou evento, ou seja, não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir de forma eficaz.

Na saúde do trabalhador continuam como desafios o reconhecimento dos agravos de saúde do trabalhador para a notificação compulsória.

2.11.3 Assessoria Jurídica

Nos termos do decreto n. 14.513, de 30 de outubro de 2020, que aprova o Regimento Interno da SESAU, foram cometidas à Coordenadoria Geral Jurídica as seguintes atribuições:

Art. 16. À Coordenadoria-Geral Jurídica, diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, compete:

I - prestar assessoramento jurídico aos titulares das unidades que, no desdobramento operativo da Secretaria Municipal de Saúde, se encontrem nos níveis de direção superior gerencial, direção intermediária gerencial e gestão instrumental e operacional;

II - elaborar estudos de natureza eminentemente jurídica da Secretaria Municipal de Saúde;

III - prestar informações e articular com a Procuradoria-Geral do Município, cumprindo normas e procedimentos operacionais estabelecidos por esse órgão;

IV - emitir pareceres ao Secretário Municipal ou Secretário-Adjunto sobre os encaminhamentos à Procuradoria-Geral do Município de processos ou expedientes em tramitação na Secretaria;

V - ratificar os pareceres emitidos pela Divisão de Processos Administrativos exarados no âmbito da respectiva competência;

VI - expedir resposta aos ofícios emitidos por órgãos externos e de controle, com base nas informações coligidas junto às áreas técnicas da SESAU;

VII - apoiar e participar dos colegiados verticais, horizontais e transversais no âmbito da SESAU e do SUS;

VIII - desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A CGJ se desdobra em três divisões:

a) **Divisão de Processos administrativos**, que, grosso modo, concentra as atividades consultivas, tais como a emissão de pareceres;

b) **Divisão de Demanda Judicial em Saúde**, que acompanha, junto aos setores responsáveis pela gestão da oferta de serviços assistenciais da SESAU, o cumprimento de decisões judiciais que tenham por objeto o fornecimento de bens e serviços de saúde, tais como medicamentos, consultas, exames, cirurgias, internações etc.;

c) **Divisão de Acompanhamento ao Controle Externo**, que centraliza a formulação de resposta aos órgãos de controle da administração pública, tais como tribunais de contas, Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, Controladoria Geral da

União - CGU etc., conforme subsídios prestados pelas áreas técnicas da SESAU, responsáveis pela gestão das atividades fiscalizadas.

Sob a perspectiva desta unidade, os desafios mais relevantes para o período contemplado pelo próximo Plano Municipal são os seguintes:

a) Regularização da oferta de ações e serviços de saúde já contemplados em políticas públicas institucionalizadas pelo Ministério da Saúde (consultas, cirurgias etc.), a fim de evitar a judicialização indevida;

b) Para as ações e serviços não inseridos nas políticas mencionadas no item “a”, garantir que a atuação da Administração Pública seja tempestiva, a fim de evitar o descumprimento de decisões judiciais e a responsabilização de agentes públicos.

c) Capacitação dos agentes envolvidos na realização de compras públicas, considerando a publicação da nova lei de licitações (L. 14.133, de 1º/4/2021).

Salienta-se que o enfrentamento de tais desafios depende da atuação articulada de todas as Coordenadorias-Gerais e Superintendências da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU, além do suporte por parte dos demais órgãos municipais envolvidos nos processos acima mencionados, tais como: Controladoria Geral do Município-CGM, Procuradoria Geral do Município- PGM, Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento-SEFIN, Secretaria Executiva de Compras Governamentais- SECOMP; entre outros.

2.11.4 Planejamento e Gestão Participativa

O processo de Planejamento e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma atribuição inerente a Gestão Municipal de Saúde fortemente presente nos preceitos constitucionais, bem como é uma exigência de toda a sociedade. A Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do dispositivo no art. 20 do Decreto n. 14.513, de 30 de Outubro de 2020 compete no item primeiro a formulação da política de saúde do município. Dessa forma, cabe ao planejamento propor e implementar ações para aprimorar tal missão.

Assim, a Coordenação Geral de Planejamento e Gestão Participativa (CGEP), além de suas competências tem a incumbência de primar pela qualidade, aperfeiçoamento e transparência do Planejamento Estratégico e Gestão Participativa da SESAU (Secretaria Municipal de Saúde) com impacto Regional/Estadual, e podemos considerar até nacional. Compõem a CGEP, 5 (cinco) gerências de características de atuação peculiar.

A Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: demanda sobre a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de Planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde **(PMS);** Programação

Anual de Saúde **(PAS)** e Relatório Anual de Gestão **(RAG)**, representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação. Há em sua estrutura organizacional, subordinadas à GPSUS, a Divisão de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS – DiMSUS e Divisão de Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS – DAPSUS.

A Gerência de Apoio ao Planejamento de Governo (GAPGOV), diretamente subordinada à Coordenadoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa. Tem sob responsabilidade as seguintes funções: Plano Plurianual **(PPA)** e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior **(RDQA),** representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A Gerência de Articulação Intersetorial e de Relações Interfederativas, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa compete: a elaboração de documentos relacionados à SESAU para atender demandas de outras instituições; mobilizar as áreas técnicas da SESAU nas reuniões das Comissões Intergestoras Comissão Intergestora Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB, articular com outros órgãos e entidades públicas, articular com órgãos de gestão do SUS de outras esferas de governo, realizar estudos, pesquisas, levantamento de dados e informações técnicas sempre que solicitado, conduzir e apoiar os trabalhos realizados pelos servidores vinculados a Coordenadoria Geral, representar a Coordenadoria Geral sempre que designado pelo coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

O Escritório de Projetos possui função de criar, desenvolver e gerir projetos, tornando-se uma realidade que pode alavancar o crescimento, aumentar investimentos obter resultados expressivos, tanto na área de empreendimento como na área financeira. Cabe ao Escritório de Projetos ou *Project Management Office* (PMO), a responsabilidade pelo acompanhamento de todas as fases do Projeto, procurando aliar o conceito de eficiência, efetividade e eficácia em saúde. Considerando as necessidades de organização dos projetos inovadores do SUS local, regional e nacional do âmbito da SESAU. Representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado pelo Coordenador, além de desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A Gerência de Apoio ao Controle Social, diretamente subordinada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa, compete como função principal: fomentar, auxiliar e monitorar todas as ações relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde da cidade de Campo Grande – MS, além de representar a Coordenadoria-Geral sempre que designado

pelo Coordenador e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

Apesar de todo o setor estar organizado, o quadro de servidores ainda não se encontra completo nas diversas gerências, principalmente na Gerência de Escritório de Projetos e Inovação em Saúde. Além da exiguidade de espaços e carência de material de informática e mobiliário.

Para melhorar sua performance, a CGEP necessita de renovação de modernização de seu aparato de informática e ferramentas de gestão, de maneira a otimizar o fluxo e proteger a fidedignidade das informações. Concomitantemente a essa modernização é necessária a instalação de ferramentas para *Backup*, sendo importante para armazenamento de dados em caso da perda dos dados originais, o que pode envolver exclusões acidentais ou corrupção de dados. Outro ponto importante é a implementação de novas ferramentas de gestão, e acréscimo de qualificação dos colaboradores para o desenvolvimento de projetos.

2.11.5 Suporte Tecnológico e Informação

A Coordenadoria Geral de Suporte Tecnológico de Informação é o setor responsável por coordenar, estruturar, reestruturar, monitorar a implantação e desenvolvimento e a manutenção dos sistemas de informação conforme diretrizes do Sistema Único De Saúde, bem como coordenar as rotinas de aquisição e manutenção de equipamentos, em articulação com os demais setores e com a Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação - AGETEC, apoiando em conjunto com a AGETEC a implantação e a produção dos Sistemas de Informações em Saúde de abrangência nacional, em articulação com o Ministério da Saúde, cuja obrigatoriedade conste na legislação do SUS.

Promove sempre que necessário em articulação com a Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação, ações de educação permanente, na área de tecnologia de informações e informática, destinada aos trabalhadores de saúde, atua com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) relacionada à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov), e-Saúde para o Brasil.

A Coordenadoria Geral de Suporte Tecnológico e Informação (CGSTI) conta com as seguintes gerências: Gerência de Suporte à Rede de Informática, Gerência de Suporte à Rede de Informática, Gerência de Processos e Informações em Saúde, Gerência de Soluções em Tecnologias da Informação em Saúde, Gerência de Suporte à Rede de Informática, controla e mantem atualizado o parque de Tecnológico da SESAU, no que tange a sua aquisição, cadastro, lotação, histórico de manutenção e informações de *hardware*, realiza a

manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos equipamentos da secretaria, tanto de *hardware* quanto de *software*; em conjunto com a AGETEC; bem como as reformas prediais das unidades de saúde, distritos ou departamentos administrativos, onde haja alterações de infraestrutura de rede lógica e elétrica.

As atribuições são definidas através da organização administrativa e suas especificidades competem a uma gestão integrada com todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde e com a AGETEC- Agência de Tecnologia da Informação e Inovação para assim definir uma política de tecnologia voltada para atender todas as necessidades da gestão.

As dificuldades estão voltadas ao déficit de recursos humanos capacitados em relação a tecnologia, para maior autonomia no desenvolvimento de ferramentas tendo em vista que a evolução tecnológica é constante.

Outro ponto importante se refere a investimentos financeiros voltados para esta área tendo somente como opção a captação de recursos ou emendas parlamentares, ocasionando um atraso em investimentos tecnológicos, pois a importância da constante atualização de maquinário no negócio é evidente. O uso de aparelhos obsoletos pode trazer uma série de danos para as organizações

2.11.6 Gestão do Cuidado

A Superintendência de Gestão do Cuidado planeja, monitora e avalia o sistema da qualidade do cuidado e da assistência à saúde em todos os níveis, conforme requisitos previstos na legislação, clínica ampliada, gestão da clínica com enfoque na gestão de risco, atenção, prevenção, promoção e educação. Tem a missão de implantar o Programa de Segurança do Paciente e as boas práticas de processamento de produtos para saúde; gerenciar os serviços de Hotelaria, os serviços de resíduos sólidos de atenção à saúde, os casos complexos e o serviço de Transporte Sanitário Eletivo, bem como ofertar apoio técnico – científico nos processos de judicialização na saúde.

O **Programa de Segurança do Paciente** na Secretaria Municipal de Saúde é regulamentado pela Resolução SESAU n. 345 de 04 de agosto de 2017 que instituiu ações para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Plano de Segurança do Paciente em serviços de saúde. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem o objetivo de investigar as falhas na assistência de modo a construir plano de melhorias, bem como gerenciar riscos inerentes aos processos assistenciais a fim de organizar estratégias e ações que possam preveni-los ou minimizá-los. O Plano de Segurança do Paciente (PNS) é composto por todos os Protocolos de Segurança do Paciente, conforme prevê a RDC n. 36 de 25 de julho de 2013, adaptados para realidade municipal.

O NSP instituiu as notificações da falhas na assistência, bem como o colegiado de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente para produção de protocolos municipais aplicáveis a realidade municipal. Ampliar as ações do NSP nas regiões de saúde ainda é um desafio.

A **gestão de casos complexos** envolve o controle de dispensação de insumos médico-hospitalares para uso em domicílio – inclusive sondas de gastrostomia/botton, demandas judiciais de oxigenoterapia e devolutivas dos requerimentos preenchidos no Protocolo SESAU. O Programa de Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares é regido pela Resolução SESAU n. 512, de 18 de fevereiro de 2020. Já o Programa de Dispensação de Dispositivos de Gastrostomia segue a Resolução SESAU n. 556, de 18 de agosto de 2020. No município estão cadastrados nas Unidades de Saúde 1.352 pacientes em cuidados domiciliares.

O **Programa de Transporte Sanitário Eletivo** (PTSE) tem por finalidade o transporte para deslocamento programado de usuários para realização de procedimentos, consultas e tratamentos de saúde, de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência ou risco de vida, em situações previsíveis de atenção programada dentro do Município de Campo Grande – MS. O PTSE no âmbito da secretaria municipal de saúde de Campo Grande-MS é normatizado pela Resolução SESAU n. 599, de 14 de setembro de 2020, que rege sobre o fluxo de acesso ao serviço e dá outras providências.

No que diz respeito aos **resíduos sólidos de serviços de atenção à saúde** é necessário monitorar os serviços de saúde quanto ao manejo e destinação correta de seus resíduos, de acordo com as legislações vigentes. A implantação de um sistema de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde torna-se uma alternativa para minimizar o impacto causado pelo descarte de resíduos no meio ambiente, proporcionando economia para os cofres públicos.

Em relação à **Central de Material e Esterilização,** a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS, na sua composição em atenção à Rede de Assistência à Saúde, oferece atendimentos e procedimentos invasivos e não invasivos aos usuários, nesta perspectiva é necessário assegurar boas práticas de processamento de produtos para saúde com qualidade, garantindo segurança ao paciente e ao profissional de saúde que executa, evitando danos. Cabe então, acompanhar e avaliar as fragilidades de cada serviço e manejar suas centrais de materiais, considerando a variedade de serviços oferecidos na rede.

2.11.7 Ouvidoria

A Ouvidoria Geral do SUS apoia-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços de saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90. É um canal de escuta qualificada que recebe manifestações oriundas dos cidadãos munícipes de Campo Grande/MS, é também responsável por disseminar informações em saúde, registrar e encaminhar as manifestações acolhidas pelos órgãos e setores competentes pela análise e providências, e acompanhar para dar a devolutiva ao cidadão.

As manifestações registradas são protocoladas pelos cidadãos nesta Ouvidoria que podem ser acompanhadas posteriormente pelos usuários através do número de protocolo gerado no Sistema OUVIDORSUS. Esta realiza o devido acolhimento e escuta qualificada ao cidadão, são registradas, analisadas, classificadas, tipificadas e encaminhadas para a rede de ouvidorias e parceiros pela equipe técnica, que acompanha o desenrolar até o retorno ao cidadão e a finalização das manifestações; com objetivo de assegurar o equilíbrio e a qualidade, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

As manifestações classificam – se em: denúncia, solicitação, reclamação, informação, elogio e sugestão.

- **Denúncia**: Relato de irregularidades ou indício na administração ou atendimento por entidade pública ou privada de Saúde/SUS.
- **Solicitação**: Relato que indica insatisfação necessariamente contendo número de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde/SUS.
- **Reclamação**: Relato de insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
- **Informação**: Comunicação, instrução ou ensinamento a respeito do sistema de saúde.
- **Elogio**: Satisfação ou agradecimento por atendimento prestado por um serviço do SUS.
- **Sugestão**: Sugestões de ações e campanhas de saúde/SUS.
- **Disseminação de Informações**: é o ato de fornecer informações ao demandante, com a finalidade de evitar o registro de demandas no OuvidorSUS, resolver questões através de orientações e esclarecimentos.

  Os meios de comunicação são:
- Telefone: (67) 3314-9955;
- E-mail: ouvidoria@sesau.campogrande.ms.gov.br;
- Correspondência Oficial: Fala Campo Grande (gabinete do prefeito);
- Formulário Web: http://ouvprod02.saude.gov.br/ouvidor/CadastroDemandaPortal.do;

- Presencial: Rua Bahia, n. 280, Jardim dos Estados – CEP: 79002-530 – Campo Grande/MS.

As atribuições do Ouvidor Geral do SUS, observados os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência, publicidade da administração pública e preponderância do interesse público, é coordenar a Ouvidoria Geral do Sus, bem como, realizar o manejo das manifestações, promover participação do usuário e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços públicos, acionar os órgãos/ setores competentes para correção de problemas identificados, realizar a mediação de conflitos, resguardar o sigilo das manifestações, promover ações da Ouvidoria Itinerante, e outras ações previstas no art. 10 do Decreto 14.512.

A maior dificuldade encontrada pela Ouvidoria Geral do SUS, é a demora na resposta das manifestações, conforme prevê o disposto na Lei 13.460 de 26 de Junho de 2017 e da Portaria n. 8, de 28 de Maio de 2007 da SGEP/MS, **as manifestações devem ser apuradas no prazo de conclusão de 20 dias, ou a resposta com justificativa deve ser encaminhada a esta Ouvidoria.** E, muitas vezes estas ficam paradas nas caixas, e há necessidade de cobrança para que o direito do cidadão seja garantido.

A partir do Decreto n° 14.512 de 30/10/2020, foram criadas as gerências, quais sejam: **Ouvidoria do Servidor**; **Gerência Técnica** e **Gerência Administrativa de Tratamento de Demandas**, todas vinculadas à Ouvidoria Geral da Saúde.

No tocante à **Ouvidoria do Servidor,** a mesma foi regulamentada no art.13 do Decreto 14.512 de 30/10/2020. Esta é um canal de escuta qualificada, onde o servidor da Secretaria Municipal de Saúde pode registrar suas manifestações, sejam: elogios, solicitações, denúncias e reclamações, todos estes em ambiente de trabalho. Esta viabiliza a aproximação do servidor com a gestão, atuando na prevenção e mediação das questões apresentadas. Em parceria com **GERSAU**, esta promove ações para a melhoria da saúde física e mental do servidor, a fim de diminuir o absenteísmo, aumentar a qualidade de vida e reintegração ao serviço.

No que se refere à **Gerência Técnica**, descrita no art. 11 do mesmo decreto. Esta articula com toda a rede de Ouvidoria da SESAU, com a finalidade da melhoria dos serviços públicos prestados à população. Coordena a elaboração de material didático, realiza treinamentos e presta todo o suporte técnico para a rede. A gerência coordena também sistematicamente a Ouvidoria Ativa (Itinerante).

No que tange à **Gerência Administrativa de Tratamento de Demandas,** criada no art. 12 do Decreto 14.512 de 30/10/2020. É responsável por receber, examinar todas as manifestações oriundas dos cidadãos. Esta Coordena e acompanha o tratamento de demandas, que consiste em: registro, encaminhamento, acompanhamento e fechamento. É responsável também por elaborar relatório geral mensal, anual, bem como outros relatórios. Monitora o fluxo de documentação dos servidores lotados na Ouvidoria Geral da Saúde, acompanhando a vida funcional em conjunto com o Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Sua responsabilidade também é dirigir e acompanhar documentação administrativa.

A **Ouvidoria do Servidor**, diretamente subordinada a Ouvidoria Geral da Saúde, compete: viabilizar a aproximação do servidor com a administração pública atuando na prevenção e mediação das questões que lhe forem apresentadas; promover juntamente com o setor responsável pela saúde do servidor, ações que promovam a melhoria da saúde física e mental e bem estar do servidor, a fim de diminuir o absenteísmo, aumentar a qualidade de vida e reintegração ao serviço; garantir resposta ao servidor, no prazo vigente, com clareza e objetividade; coordenar a Ouvidoria do Servidor, expedindo instruções quanto aos procedimentos a serem adotados; resguardar o sigilo das manifestações recebidas e suas fontes, quando solicitado; providenciar a remessa, aos setores e chefias competentes, as manifestações recebidas, acompanhando a sua apreciação; dirigir-se diretamente às chefias responsáveis, por iniciativa própria ou atendendo manifestação do servidor, para correção de procedimentos, apuração de fatos ou adoção de providências administrativas, inclusive de natureza disciplinar; sistematizar e divulgar relatórios periódicos da atuação da Ouvidoria do Servidor; analisar os indicadores de avaliação da satisfação e motivação do servidor quanto a seu ambiente de trabalho e satisfação quanto a sua chefia imediata, visando prevenção de abuso de poder; desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área.

2.4.8 Economia em Saúde

A Superintendência de Economia em Saúde, como uma das Superintendências que compõem a Secretaria Municipal de Saúde, é diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde.

Sua estrutura interna é composta por 5 (cinco) gerências compreendidas entre gerência de Cooperação Mútua e Contratos Administrativos, Gerência de Gestão de Compras e Licitação, Gerência de Controle Orçamentário, Gerência de Captação de Recursos e Gerência de Suprimentos e Abastecimento.

De maneira geral, compete à Superintendência de Economia em Saúde, consolidar, através de relatórios, quadros demonstrativos e outros documentos/informações sobre os resultados das ações da Secretaria e custos/benefícios; acompanhar a execução de contratos, convênios e outros acordos firmados pela secretaria; promover o levantamento das necessidades de recursos, materiais e financeiros com o fim de atender as demandas dos do SUS; realizar estudos e levantamentos com vistas à captação de recursos junto a entidades oficiais governamentais e não governamentais para viabilização de programas e projetos de interesse da Secretaria.

Dentre as principais atribuições da Gerência de Cooperação Mútua e Contratos Administrativos, subordinada à Superintendência de Economia em Saúde, compete definir normas e fluxos de solicitação, elaboração, acompanhamento, monitoramento e formalização de Convênios, Cooperações Mútuas, Cooperações Técnicas, Compromissos, Doações, Autorizações, Cessões de Uso e Contratos celebrados pela SESAU, por meio do Fundo Municipal de Saúde e a Sociedade Civil Organizada, União, Estado e Município de maneira articulada com os diversos setores, conforme legislações vigentes; acompanhar, avaliar e zelar pela correta formalização dos instrumentos legais celebrados pela SESAU; elaborar e formalizar instrumentos como Convênios, Termos de Doação e outros que objetivam repasse de recursos financeiros, no âmbito Municipal, estadual e federal; garantir a correta formalização dos instrumentos contratuais celebrados pela SESAU, em compatibilidade com as especificações e obrigações pactuadas.

À Gerência de Gestão de Compras e Licitação, subordinada à Superintendência de Economia em Saúde, possui como principais atribuições de modo geral, coordenar, no âmbito da SESAU, todos os processos para aquisição de bens e serviços para envio a Diretoria Geral de Compras e Licitação; executar e controlar as atividades relacionadas às solicitações de aquisições/contratações de bens e serviços; executar e controlar as atividades relacionadas à classificação, padronização e codificações de materiais, com auxílio das áreas técnicas da SESAU, bem como acompanhar a tramitação das solicitações de aquisição de materiais e contratações de serviços desde a abertura dos processos administrativos até a finalização dos trâmites licitatórios.

Cumpre ressaltar que a Gerência de Gestão de Compras e Licitação é dividida da seguinte forma: Divisão de Compras de Material de Consumo; Divisão de Compras de Material Permanente; Divisão de Compras Judiciais e Divisão de Dispensação de Insumos Judicializados, divisões estas diretamente interligadas à gerência, com a finalidade de desempenhar os processos e fluxos de trabalho de maneira mais célere possível.

De maneira geral, à Gerência de Captação de Recursos, acompanhar diariamente publicação de legislação de interesse da SESAU e divulgar junto aos setores pertinentes oportunizando novos cadastros de captação de recurso para o FMS (investimentos/custeio), bem como contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Campo Grande/MS, através da captação de recursos para o fortalecimento dos investimentos e das ações de saúde, aumentando a efetividade das políticas públicas e a melhoria da gestão municipal.

À Gerência de Suprimentos e Abastecimento compete gerenciar todo o fluxo dos materiais de consumo do Almoxarifado, Patrimônio e Abastecimento da SESAU, e ao cumprimento das normas e instruções técnicas estabelecidas; participar na elaboração do plano de saúde, de estratégias, de projetos e demais instrumentos de gestão em consonância com a Política Nacional de Medicamentos (PNM); bem como planejar, programar, orientar, coordenar, executar, receber, conferir, armazenar, conservar, controlar e distribuir materiais de consumo às unidades da SESAU, inclusive registro de entradas e saídas e inventários físicos periódicos.

Do mesmo modo, com a finalidade de garantir a celeridade dos fluxos de trabalhos, bem como organização, a Gerência de Suprimentos e Abastecimento é dividida em Divisão de Almoxarifado, Divisão de Patrimônio e Divisão de Almoxarifado de Farmácia.

Por fim, à Gerência de Controle Orçamentário do Fundo Municipal de Saúde, tem como uma das principais atribuições coordenar a elaboração em conjunto com à coordenadoria de apoio ao planejamento de governo, programação orçamentária anual, de modo que proporcione alocação de recursos compatíveis com os objetivos e diretrizes estabelecidos no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual/PPA, em parceria com os setores da SESAU; controlar e supervisionar a utilização dos recursos orçamentários destinados a realização das despesas da secretaria; bem como acompanhar, controlar e distribuir os recursos recebidos por meio do Fundo Municipal de Saúde.

2.4.9 Financeiro

O apoio financeiro prestado ao município acontece através da Coordenadoria-Geral Financeira da rede municipal de saúde de Campo Grande- MS, disposta no decreto n. 14.513, de 30 de outubro de 2020, que aprova o Regimento Interno da SESAU, o qual possui como competências ações de coordenar a execução financeira do Fundo Municipal de Saúde, fornecer subsídios para a elaboração da Lei Orçamentária Anual e da Lei de Diretrizes Orçamentárias de Campo Grande, articular com a Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento, visando à perfeita integração e funcionamento do sistema de planejamento,

controlar e supervisionar a utilização dos recursos financeiros destinados às despesas da Secretaria, coordenar a execução dos procedimentos de definição do cronograma financeiro de desembolso do Fundo de Saúde e dos recursos alocados à Secretaria, acompanhar e controlar a execução das despesas contratadas através de processos licitatórios, de acordo com o orçamento aprovado para a Secretaria, estabelecer mecanismos para o cumprimento de leis e normas emitidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento e pelo Sistema Único de Saúde, supervisionar a concessão e a aplicação de suprimentos de fundos e diárias, zelando pela correta prestação de contas e orientar e supervisionar os balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis observadas às normas expedidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento.

Assim como, orientar e apoiar os diversos setores da SESAU em questões relacionadas ao financiamento do Sistema Municipal de Saúde e desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A organização administrativa da Coordenadoria-Geral Financeira é composta por três divisões subordinadas:

a) Divisão de Prestação de Contas, cabe, acompanhar, controlar e avaliar a execução financeira de convênios com o Ministério da Saúde, Governo do Estado e outras Entidades, em conformidade com a legislação vigente; proceder a pré-análise de prestações de contas dos convênios de repasse de recursos para entidades; dos termos de colaboração e/ou fomento firmados com as Organizações da Sociedade Civil.
b) Divisão de Controladoria, que executa os estágios da Despesa Pública (Empenho, Liquidação e Pagamento).
c) Divisão de Contabilidade, é responsável por elaborar e expedir balancetes, balanços e outros demonstrativos contábeis do Fundo Municipal de Saúde, observadas as normas expedidas pela Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento e pela Controladoria-Geral de Fiscalização e Transparência.

2.4.10 Manutenção e Obras

A **Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras**, diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, é instituída oficialmente em organograma municipal a partir deste ano, com o intuito de realizar estudos, com objetivo de aperfeiçoar as ações voltadas à manutenção e conservação de bens móveis e imóveis. Compõe a CEMO, 3 (três) gerências:

A **Gerência de Manutenção - GM**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições:

planejar supervisionar e subsidiar as atividades específicas das Divisões sob a sua coordenação, propor melhoria dos serviços adequando-os ao bom desempenho das atividades, acompanhar e fiscalizar contratos referentes à sua área de atuação, como também, subsidiar o planejamento da adequação de bens móveis e imóveis a serem utilizados pela Secretaria de Saúde. Esta gerência possui 2 (duas) divisões e 1 (um) setor subordinados a ela.

A **Divisão de Manutenção Predial**, subordinada diretamente a GM, compete: promover a execução das atividades de manutenção das instalações e mobiliários da Secretaria, vistoriar os prédios integrantes da Secretaria para diagnóstico das condições físicas existentes e do reparo necessário para seu pleno funcionamento, desempenhando outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Divisão de Manutenção de Equipamentos**, subordinada diretamente a GM, compete: supervisiona, executa e gerencia os serviços de manutenção, estabelecendo normas e padrões que preservem o uso seguro e eficiente dos equipamentos de saúde, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

Ao **Setor de Almoxarifado da Manutenção**, subordinada diretamente a GM, compete: controle do almoxarifado, emitindo relatórios para o controle de materiais que se fazem necessários para as manutenções da Secretaria, manter sob sua responsabilidade o controle, a guarda e o zelo dos bens móveis e equipamentos, instalação e arquivos pertinentes ao seu departamento, fiscalizando o fluxo de materiais de consumo e mantendo o estoque real e virtual sempre atualizado, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Logística e Transporte – GLT**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: planejar supervisionar e subsidiar as atividades específicas das Divisões sob a sua coordenação, acompanhar e fiscalizar contratos referentes a sua área de atuação, prestar apoio e cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional das chefias e setores subordinados, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Obras e Arquitetura em Saúde – GOAS**, diretamente subordinada a Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, possui atribuições próprias, sendo essas atribuições: Acompanhar, analisar, fiscalizar e supervisionar a execução das obras na área de saúde com profissional técnico credenciado no CREA e/ou CAU de acordo com as legislações da ANVISA, conforme item 1.6.1., da RDC n. 50/02 e dos projetos arquitetônicos

de estabelecimentos, sujeitos a vigilância sanitária, aprovados em conjunto com o órgão sanitário para verificação de conformidade e análise de projetos na VISA Municipal, desempenhando também, outras atividades às competências da respectiva área de atuação.

Por ser uma nova Coordenadoria e com uma nova reestruturação nas Gerências, o quadro de servidores técnicos ainda não se encontra completo nas diversas gerências, com isso, as demandas solicitadas acabam tendo mais dificuldades para serem reparadas.

Para melhorar os processos e acompanhamentos da Secretaria Municipal de Saúde a CEMO foi criada com o objetivo de melhorar, otimizar e tornam mais eficiente os processos de manutenção e obras, para que assim, as demandas possam ser atendidas e reparadas de uma forma mais diligente e eficaz.

2.4.11 Trabalho e Educação na Saúde

À **Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde** está diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, dentre as atribuições estão, fortalecer e modernizar as estruturas de gestão de pessoas na SESAU e Regiões de Saúde, através do desenvolvimento de políticas e efetiva integração entre gestão do trabalho e educação na saúde, desenvolver a carreira dos trabalhadores em saúde, conforme princípios e diretrizes que orientam e que instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados, potencializar o Fórum permanente de negociação entre trabalhadores, implantar processos seletivos internos para avaliação de perfil e competências dos profissionais, objetivando atender às necessidades específicas da rede, desenvolver programa de atividade dirigida ao apoio às localidades de difícil provimento ou fixação de profissionais de saúde, podendo envolver áreas rurais, periferias urbanas e áreas remotas, coordenar e promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, participar, apoiar, estimular e integrar a política de apoio às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes do SUS, integrar ativamente nas instâncias de articulação interinstitucional e regional para a gestão de processos educativos significativos ao Sistema Único de Saúde, estabelecer mecanismos de cooperação entre SESAU e as escolas, visando tanto à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na formação técnica, graduação, pós-graduação e na educação permanente, efetivar projetos e programas de cooperação técnica, convênios entre outros, com os centros de formação, ensino, pesquisa e extensão com vistas tanto à qualificação do Sistema como ao fomento e à

disseminação do conhecimento em saúde, analisar e instruir processos relativos ao requerimento de servidores da SESAU, prestando informações com fundamento jurídico, sempre que solicitado, proceder abertura e dar andamento aos processos de sindicância administrativa, de conformidade com o respectivo ato de designação, orientando e acompanhando as comissões nos processos, propor a abertura de processo administrativo disciplinar, independente da realização de sindicância, articular com a Secretaria Municipal de Gestão e a Procuradoria-Geral do Município, visando orientação e soluções quanto ao desempenho das atividades dos servidores das Unidades de Saúde e demais, de competência da Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, cumprir e orientar quanto ao cumprimento das normas emanadas do órgão central do sistema de recursos humanos, participar do Comitê de Integração Ensino-Serviço-Comunidade no âmbito Municipal com apoio das demais Superintendências, apoiar e participar dos colegiados verticais, horizontais e transversais no âmbito da SESAU e do SUS, desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

À **Gerencia de Gestão de Pessoas** compete, coordenar as atividades de Gestão de Pessoas, acompanhar os indicadores de Gestão de Pessoas, estabelecer mecanismos de acompanhamento, controle e revisão da folha de pagamento de pessoal, no âmbito da SESAU, realizar projeções e estudos referentes à apuração de gastos com pessoal no âmbito da SESAU, acompanhar, coordenar e dar andamentos as demandas de Ouvidoria recebidas na Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Responsável também pela gestão dos plantões web, implantação do ponto eletrônico biométrico em toda a rede juntamente com CGSTI, publicação de ofícios e comunicações internas, convocação de concurso e processo seletivo, processos de benefícios, aposentadorias e licenças legais.

À **Gerência de Assistência Jurídica em RH**, diretamente subordinada à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde compete, analisar e instruir processos relativos ao requerimento de servidores da SESAU, prestando informações com fundamento jurídico, sempre que solicitado, propor à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, abertura de sindicância administrativa, responsabilizando-se pela sua tramitação, encaminhamentos e arquivo, realizar elaboração de Atos de Pessoal, nos seguintes casos: instauração sindicância, aplicação de penalidades de advertência e suspensão, despachos relacionados aos processos de sindicância administrativa, edital de convocação, quando se tratar de convocação para processo de sindicância administrativa.

Propor à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde abertura de processo administrativo disciplinar, independente da realização de sindicância, realizar, após a conclusão dos processos de sindicância administrativa, tramitações e encaminhamentos necessários, conforme especificações constantes no Relatório Final de cada processo

articular com as Secretarias e demais órgãos que compõe a estrutura do Poder Executivo Municipal, visando orientação e soluções quanto ao desempenho das atividades dos servidores lotados na SESAU, de competência da Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, cumprir e orientar quanto ao cumprimento das normas emanadas do órgão central do sistema de recursos humanos, orientar juridicamente assuntos relacionados à legislação de pessoal, observadas orientações emanadas da Procuradoria-Geral do Município e demais Secretarias e órgãos que compõe a estrutura do Poder Executivo Municipal, auxiliar nas demandas jurídicas de competência da Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, vinculadas a Direitos e Benefícios, articular com a Coordenadoria de Responsabilidade Técnica e suas respectivas Divisões, visando orientações e encaminhamentos, para fins de aplicação da legislação do código de ética de cada categoria, elaborar minutas de atos normativos (Resolução Normativa e Decretos), mediante solicitação da Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde, desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

A **Gerência de Saúde do Servidor** (GERSAU) realiza ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho do servidor da SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. De acordo com Art. 165. À Gerência de Saúde do Servidor, diretamente subordinada à Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, compete: Realizar estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho em saúde na SMS, reduzir as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e proporcionar melhor qualidade de vida aos trabalhadores em saúde, propor a implantação de mecanismos e medidas de controle de diminuição de riscos de acidentes no local de trabalho, realizar atendimento multiprofissional, conforme as demandas e necessidades dos servidores, realizar atendimentos psicossociais através de visitas domiciliares aos servidores afastados por mais de 60 dias, analisar, acompanhar e orientar os processos e desdobramentos dos acidentes no trabalho ocorridos com servidores da SESAU, realizar estudos do perfil epidemiológico sobre o absenteísmo e doenças do trabalho dos servidores da SESAU, em parceria com os trabalhadores em saúde, promover estudos para o estabelecimento de parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas e psicossociais dos servidores, de modo a propiciar o máximo de conforto ergonômico, segurança e desempenho eficiente, realizar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), realizar ações de prevenção e de avaliação de situações de risco nos ambientes de trabalho, promovendo atividades educativas e de informação na área de Saúde dos Servidores sobre questões referentes à biossegurança e aos cuidados com o meio ambiente, atuar de forma integrada com outros setores da Administração Municipal e da SESAU, para o desenvolvimento das ações voltadas para a

promoção e prevenção da saúde dos servidores, proceder à assistência técnica nas perícias judiciais, que envolvam servidores da SESAU e da Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS, a pedido da Procuradoria Geral do Município, implantar Núcleos de Atenção Saúde do Servidor em serviços específicos dentro da SESAU, ligada diretamente à essa coordenadoria, com parâmetros estabelecidos pela Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

Compete a **Coordenadoria de Responsabilidade Técnica** coordenar a lotação dos servidores, seguindo política de lotação da SESAU e ações estratégicas do SUS; coordenar, junto às divisões, as mudanças de lotação em conjunto com o Gestor imediato, o Responsável Técnico, a Gerência de Gestão de Pessoas e a Gerência de Saúde do Servidor; monitorar, avaliar e aperfeiçoar, junto às Divisões de Responsabilidade Técnica, as escalas de plantões visando melhorar a cobertura e a qualidade do atendimento, em consonância com as legislações vigentes; articular em conjunto com os Responsáveis Técnicos a execução das atividades pertinentes a cada Divisão com abordagem multidisciplinar e interdisciplinar segundo princípios e diretrizes do SUS; realizar estudos aprofundados de escopos de práticas profissionais, avaliação por desempenho dos serviços de saúde e dimensionamento conforme legislação vigente; coordenar todos os processos seletivos internos da SESAU a partir de uma Comissão de Seleção Interna em parceria com as demais Superintendências e áreas técnicas; fomentar os Comitês de Ética Profissional e Multiprofissional; apoiar e participar dos colegiados verticais, horizontais e transversais no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema Único de Saúde; monitorar preventivamente as ações profissionais dos servidores em saúde; desempenhar outras atividades correlatas às competências da respectiva área de atuação.

2.4.12 Relações Institucionais de Saúde

A Superintendência de Relações Institucionais (SUPRIS), em análise situacional com suas diversas gerências, de forma ascendente entende que o Plano Municipal de Saúde deve dialogar com as políticas públicas e dispositivos legais do SUS com foco na realidade loco regional, adequando as metas factíveis para articulação entre a gestão municipal e as diversas instituições que compõem a rede de atenção em saúde em Campo Grande e, consequentemente, em Mato Grosso do Sul

A portaria N° 1091 de 27 de abril de 2017 estabelece que o planejamento do Sistema Único de Saúde deve partir da construção dos planos municipais de saúde que, por sua vez, devem orientar o processo de planejamento regional subsidiando o plano estadual e, por fim, o nacional a partir de prioridades apontadas pelos Conselhos de Saúde.

Com subordinação direta ao Secretário Municipal de Saúde a SUPRIS é vital na gestão municipal para estabelecer rede de relações com a rede de saúde extramuros à secretaria; visando garantir integralidade assistencial, a equidade e o acesso adequado com os recursos disponíveis é necessária à participação de forma complementar da iniciativa privada no SUS.

A participação privada nos serviços de saúde, como demonstra a experiência histórica, são indispensáveis para a organização do sistema complementar de Campo Grande frente às mais diversas instituições que compõem a rede de assistência à saúde.

A Superintendência de Relações Institucionais de Saúde cumpre as orientações emanadas na Política Nacional no que tange aos processos de Regulação, Controle e Avaliação, Processamento de Informações em Saúde e Auditoria, para fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, garantindo o acesso igualitário aos serviços em nível ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico do Sistema Único de Saúde.

O grande desafio é desenvolver a habilidade de dialogar com os setores da SESAU e com os prestadores da rede complementar, uma vez que necessitamos de equilíbrio e parcimônia para realizar todas as tratativas, visando sempre o melhor resultado.

Com a interface entre as superintendências, as instituições de saúde e o poder público, a SUPRIS vêm aperfeiçoando progressivamente as ferramentas de gestão e trabalhando para o protagonismo de boas práticas nestas diversas esferas.

Atualmente, a Superintendência é composta pelas gerências abaixo relacionadas:

1. Gerência de Processamento (SIA, SIH, CNES, Cartão SUS)
2. Gerência de Controle e Avaliação - GCA
3. Gerência de Regulação Hospitalar - GRH
4. Gerência de Regulação Ambulatorial - GRA
5. Gerência de Auditoria em Saúde - GEA
6. Gerência de Pactuação Assistencial
7. Judicialização - SUPRIS

Com a finalidade de elaborar um instrumento que contribua para melhor assertividade e superação de desafios, em especial para ampliar o espectro de rotinas de monitoramento na gestão municipal, as gerências vinculadas a SUPRIS, descrevem a análise situacional para nortear o planejamento às ações vindouras no PMS.

1. GERÊNCIA DE PROCESSAMENTO – SIA, SIH, CNES E CARTÃO SUS

A Gerência de Processamento SIA, SIH, CNES e Cartão SUS – GP tem como atribuição a responsabilidade técnica de operacionalizar os principais Sistemas de

Informações do SUS, cada divisão que a compõe alimenta os sistemas com os respectivos dados que competem a cada programa pertencente ao DATASUS, do Ministério da Saúde.

Além disso, dá apoio técnico e informacional às superintendências/coordenadorias-gerais da SESAU e também aos prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde.

Os principais desafios são:

- ✓ Atualização sincrônica entre os sistemas de informação, uma vez que é longo o tempo necessário para a sincronização dos sistemas, sendo necessário gerar os arquivos manualmente para que os sistemas de informação estejam sempre atualizados;
- ✓ Integração online entre os sistemas, sendo uma das prerrogativas para a melhoria da comunicação entre os sistemas de informação;
- ✓ Necessidade de infraestrutura tecnológica, tanto em termos de hardwares, softwares quanto em relação às redes de internet, sendo necessário máquinas com alto grau desempenho, memória e uma rede estável para operacionalização;
- ✓ Carência de recursos humanos fundamentais para aumentar a eficiência e a eficácia das atividades desenvolvidas pelo setor;
- ✓ Ampliação da formação continuada para os servidores, permitindo melhor desempenho dos setores como uma unidade;

A GP - Gerência de Processamento –SIA, SIH, CNES e Cartão SUS, é subordinada a Superintendência de Relações Institucionais em Saúde. A Gerência de processamento é composta pelas seguintes divisões:

1. Divisão do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS
2. Divisão de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – CNES
3. Divisão de Processamento de Informações Ambulatorial – SIA
4. Divisão de Processamento de Informações Hospitalares – SIH

A gerência se organiza de modo a sincronizar os trabalhos entre Superintendência (SUPRIS), os Chefes de Divisão, e os servidores administrativos, visando cumprir o princípio da Universalidade previsto na Constituição federal de 1988 e as portarias que regem os Sistemas de Informação do SUS.

2. GERÊNCIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

A Gerência de Controle e Avaliação possui uma atuação complexa que entrelaça as demais gerências da SUPRIS, atuando desde a participação da articulação das necessidades da Rede Municipal de Saúde, o apoio técnico ás Políticas Públicas e as Redes Temáticas do SUS aos colegiados e a gestão como um todo.

A Gerência de Controle e Avaliação – GCA tem como principais funções:

- ✓ Elaborar, monitorar e supervisionar contratos e convênios de diversos hospitais da Rede Municipal de Saúde, que atuam como referências assistenciais da Rede Complementar em Saúde nos âmbitos municipal e estadual;

- ✓ Participar da articulação, juntamente com as demais gerências da SUPRIS, em ampliação da rede assistencial e execução de serviços para apoio as necessidades da Rede Municipal de Saúde, favorecendo as Política Públicas de Saúde;

- ✓ Auxiliar os gestores nas tomadas de decisões sobre questões concernentes a melhoria da Rede Municipal de Saúde, monitorando a aplicação dos recursos públicos destinados a Rede Complementar em Saúde;

O processo gerencial contempla o processo de elaboração documental para habilitação junto ao Ministério da Saúde, supervisão e monitoramento da produção hospitalar e ambulatorial, de média e alta complexidade de acordo com as pactuações estabelecidas por contratos/ convênios e seus anexos (Documentos Descritivos). Dentre as atribuições gerenciais realiza interlocução a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para agendamentos de Tratamento Fora de Domicílio –TFD.

Esta gerencia realiza o controle através de monitoramento que contemplam visitas técnicas, revisões técnicas administrativas, elaboração de notas fiscais e tramitação de documentos para fins de cumprimento e execução contratual.

Os servidores lotados para exercício laboral nesta gerências são de diferentes áreas, sendo estes de cargos administrativos, médicos e demais profissionais de nível superior da área da saúde, contemplando uma equipe multidisciplinar. Esta GCA compromete-se com a qualificação de seus servidores, buscando aperfeiçoamento, treinamentos internos, e implantando com a equipe indicadores de qualidade resolutividade de problemas através de ferramentas de gestão.

A GCA possui as seguintes divisões:

2.1. Divisão de Monitoramento Ambulatorial – DMA
2.2. Divisão de Monitoramento Hospitalar – DMH
2.3. Divisão de Suporte Técnico e Apoio Técnico – DISAT
2.4. Divisão de Gestão de Contratos e Convênios – DGCC
2.5. Divisão de Tratamento Fora do Domicílio – DTFD
2.6. Divisão de Apoio à Fiscalização de Contratos e Convênios - DAFC

As principais dificuldades apontadas pelo setor são:

- ✓ Recursos humanos: déficit de supervisores para a efetiva ampliação de controle e avaliação, tendo em vista a complexidade da execução da função;

- ✓ Ausência de seleção e programas de treinamento para os profissionais que ingressam no setor.

2.1. DIVISÃO DE MONITORAMENTOAMBULATORIAL – DMA

A divisão está estruturada e possui como principal labor o monitoramento dos contratos e convênios de serviços ambulatoriais. É dividida setorialmente relacionando os contratos e convênios com as Rede Temáticas de Atenção à Saúde, contemplando a Rede de Deficiência, a Rede Psicossocial e a Rede de Doenças Crônicas.

Os Supervisores Ambulatoriais acompanham e monitoram os serviços ambulatoriais, as habilitações e as infraestruturas contratadas e conveniadas, com o objetivo do adequado cumprimento do pactuado e da qualificação dos serviços prestados.

2.2. DIVISÃO DE MONITORAMENTO HOSPITALAR–DMH

A divisão está estruturada e possui como principal labor o monitoramento dos contratos e convênios de serviços hospitalares. Está dividida setorialmente por hospitais onde possui uma equipe de apoio administrativo, supervisores hospitalares de nível superior e médicos.

Os supervisores possuem funções de monitoramento da produção, da infraestrutura pactuada com os serviços através de análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e visitas técnicas, dos indicadores, como por exemplo a Taxa de Ocupação de Leitos Hospitalares. Integram também os membros e supervisão da Comissão de Acompanhamento a Contratualização –CAC.

2.3. DIVISÃO DE SUPORTE TÉCNICO E APOIO TÉCNICO – DISAT

Esta divisão é responsável para subsidiar os planejamentos e relatórios de gestão da GCA para a Rede Municipal de Saúde, também em organizar todo o processo de habilitação dos prestadores de serviços da Rede Complementar em Saúde, encaminhando os dados e documentos ao setor de Planejamento, para a inserção no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

2.4. DIVISÃO DE GESTÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS – DGCC

Esta divisão é responsável pela elaboração das Minutas dos Contratos e Convênios após as pactuações e direcionamentos da gestão. Também exercendo o controle de prazos e apoio técnico da GCA em relação a tais documentos.

As elaborações das notas fiscais referente aos contratos e convênios, as quais são encaminhadas para a análise técnica dos supervisores e o atesto, também são confeccionadas e monitoradas por este setor.

2.5. DIVISÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – DTFD

Esta divisão tem como responsabilidade o acolhimento do usuário, ou seja, realiza o atendimento presencial para a construção do processo de Tratamento Fora de Domicílio - TFD e também a manutenção destes, recebendo as documentações padronizadas. Desta forma, encaminha a documentação à Secretaria Estadual de Saúde e realiza os agendamentos que não compete à Central de Regulação de Alta Complexidade –CNRAC.

2.6. DIVISÃO DE APOIO À FISCALIZAÇÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS – DAFC

A divisão possui como prerrogativa de apoio a fiscalização através do intermédio de conhecimento referente aos contratos e convênios da Rede Complementar em Saúde, fornecendo o subsídio técnico ao fiscal, nomeado pela Secretaria Municipal de Saúde, no que diz respeito aos documentos e processos da GCA.

3. GERÊNCIA DE REGULAÇÃO HOSPITALAR– GRH

A Portaria nº 1.159 de 01 de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Gerência de Regulação Hospitalar (GRH) está diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais em Saúde (SUPRIS), conforme organograma publicado no DIOGRANDE Nº 4.782 DE 23/01/2017, decreto 13.066.

Esta gerência atua na Secretaria Municipal de Saúde - SESAU desde 2016, com funcionamento de 24horas, e equipe composta por médicos reguladores, administrativos e enfermeiros, além de plantonistas eventuais médicos e enfermeiros.

A principal atribuição desta gerência é dar acesso em tempo oportuno aos usuários do SUS de acordo com suas necessidades imediatas, sem prejuízo a sua assistência, norteado por protocolos, fluxos, pactuações, grades de referência e portarias.

O setor é constituído por 02 divisões: Divisão de leitos Eletivos e a Divisão de leitos de Urgência.

A Divisão de leitos de Urgências caracteriza-se por:

- ✓ Utilizar o Sistema CORE, permitindo a interface entre o médico

assistente, a regulação e os hospitais;

- ✓ Regulamentar todas as internações eletivas e de urgência, disponibilizando senhas de acesso aos hospitais da Rede Complementar de Saúde;
- ✓ Fazer uso da Classificação de Risco (Protocolo de Manchester), que define o grau de urgência, colocando os pacientes em ordem de prioridade para o atendimento;
- ✓ Regular o acesso aos leitos hospitalares de urgência dos estabelecimentos de saúde contratados/conveniados e da rede complementar do SUS do município de Campo Grande;
- ✓ Garantir ao cidadão um atendimento oportuno de acordo com suas necessidades imediatas;

À Divisão de leitos Eletivos cabe:

- ✓ Utilizar o Sistema de Regulação Hospitalar (SISREG online), fornecido pelo Ministério da Saúde, através do qual se verifica a via de acesso do paciente (urgência ou ambulatorial), permitindo transparência no processo regulatório;
- ✓ Autorizar as internações de urgência e as eletivas dos estabelecimentos de saúde contratados/conveniados e da rede complementar do SUS;
- ✓ Qualificar as filas de espera para as cirurgias eletivas, através da adoção de critérios de prioridade, baseados na classificação de risco;
- ✓ Conferir melhor gestão dos leitos e maior celeridade no atendimento dos pacientes de maior gravidade;

Por fim, pontuamos como grandes desafios enfrentados pelo SISREG – Módulo Hospitalar:

- ✓ O retorno das cirurgias eletivas, suspensas devido a COVID-19. Neste contexto, far-se-á necessário o redimensionamento da rede, com o estabelecimento de novas pactuações e estratégias de contratualização com diversos serviços;
- ✓ A falta de leitos hospitalares que representa uma grande dificuldade no processo de regulação como um todo;
- ✓ E atualmente, a regulação dos leitos de urgência é realizada em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), restringindo a autonomia de gestão dos leitos hospitalares.

4. GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL – GRA

A Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo o gerenciamento de vagas por meio do acesso a consultas e exames especializados de média e alta complexidade.

À Gerência de Regulação Ambulatorial compete:

- ✓ Instituir e implementar a Política Municipal de Regulação no que se refere a Regulação Ambulatorial, de acordo com a legislação vigente;
- ✓ Elaborar normas técnicas referentes às ações da regulação ambulatorial no âmbito municipal, complementar e as esferas federal e estadual;
- ✓ Gerenciar as vagas de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade;
- ✓ Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- ✓ Elaborar protocolos de regulação para os fluxos assistenciais;
- ✓ Capacitar os gerentes e os médicos responsáveis técnicos das 71 Unidades de APS (Atenção Primária à Saúde) da Rede Municipal a fim de que os protocolos de acesso sejam integralmente seguidos;
- ✓ Capacitar os prestadores da Rede Complementar de Saúde (HUMAP, HRMS, Santa Casa);
- ✓ Capacitar os novos prestadores, do município de Campo Grande, em caso de nova unidade credenciada no Ministério da Saúde para transplantes;
- ✓ Contribuir na elaboração de indicadores da Programação Pactuada e Integrada (PPI), por meio da atualização constante das cotas físicas do executor, principalmente para a alta complexidade que tem como referência o município de Campo Grande;
- ✓ Subsidiar a Gerência de Pactuação quanto aos riscos na PPI através da avaliação analítica da produção, a fim de que se fortaleçam os pontos de fragilidade das pactuações;
- ✓ Avaliar o desempenho dos serviços e da satisfação dos usuários (PNASS);
- ✓ Avaliar os indicadores epidemiológicos e as ações e serviços de saúde;

Em virtude da Pandemia, foi implantado no Setor o Telemonitoramento dos pacientes sintomáticos respiratórios, casos suspeitos e confirmados de COVID-19, com horário de funcionamento das 06h00 à 00h00, todos os dias da semana, inclusive aos sábados e domingos, atualmente o serviço possui funcionamento das 07:00 às 19:00.

O município de Campo Grande- MS, referência em Saúde Pública, foi o 2º do país a implantar este serviço de monitoramento e cuidados. O setor também passoi a monitorar as gestantes vacinadas contra a COVID-19, a fim de estudar os impactos e os desfechos do binômio materno-infantil; uma vez que a pandemia representou importante

retrocesso nas taxas de mortalidade materna e neonatal em nosso município, estado e país.

Desafios:

- ✓ Dificuldades de Implantação do serviço da Telerregulação;
- ✓ Compra de mobiliário;
- ✓ Compra de equipamentos, eletrônicos e multimídias;
- ✓ Compra de Sistema de Informação que contemple as necessidades da implantação do trabalho de teleconsultoria e teleinterconsulta;
- ✓ Dificuldades em lotação de recursos Humanos para complementação do quadro de pessoal da equipe de regulação e também para implantação da Telerregulação;
- ✓ Aumento de Demanda Reprimida para acesso às consultas, exames e procedimentos especializados devido à suspensão e redução da oferta de vagas dos atendimentos no período de Pandemia devido às regras de biossegurança;

5. GERÊNCIA DE AUDITORIA EM SAÚDE – GEA

A Auditoria Municipal de Saúde, componente descentralizado do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SNA-SUS), atua sobre todos os contratos, despesas, investimentos e recursos vinculados ao SUS, abrangendo a Rede Complementares serviços conveniados e contratados nos setores hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, que estão sujeitos ao controle e fiscalização.

É composta por auditores graduados em diversas áreas, a saber: medicina, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, serviço social, análise de sistemas, psicologia, direito, contabilidade, os quais compõe a carreira específica de Auditor Municipal de Saúde, instituída recentemente por meio da Lei complementar n.°379, de 07 de abril de2020.

Quanto à natureza do trabalho prestado, a GEA atua em demanda ordinária (cronograma anual do setor) e extraordinária (não consta na intenção da programação anual do setor).

Assim, são atribuições desta gerência:

- ✓ Fiscalizar e regularizar os procedimentos realizados, no âmbito do SUS, pelos prestadores de serviços de saúde;
- ✓ Analisar tecnicamente se o serviços contratados estão em conformidade com as normas e os padrões de resolutividade e qualidade;
- ✓ Fornecer ao gestor as informações necessárias para um planejamento de estratégias em saúde resolutivo e eficiente;

✓ Alinhar seu processo de trabalho ao SNA-SUS, desempenhando as seguintes nas atividades: visitas e parecer técnicos, orientação e cooperação técnicas, conforme as Instruções Normativas aprovadas pela Resolução SESAU nº 325 de 29 de dezembro de 2016, publicadas no Diário Oficialnº4.762;

✓ Avaliar a qualidade, a viabilidade e sustentabilidade das ações e serviços de saúde;

✓ Avaliar a regularidade dos contratos firmados, dos leitos hospitalares, do uso adequado dos recursos públicos;

✓ Garantir assistência de qualidade ao usuários do SUS e plena atuação da Gestão de saúde;

São dificuldades enfrentadas pelo setor:

✓ Infraestrutura tecnológica: internet sem precisão, rede de computadores antigos, impossibilidade de credenciamento de *tablet* para auxílio em respostas rápidas;

✓ Recursos humanos: ainda insuficiente, com necessidade de maior número de auditores médicos, enfermeiros e da área de contabilidade;

✓ Auditoria atuante no próprio setor, ao invés de compor um setor independente da Secretaria de Saúde (acordado do Tribunal de Contas);

Sugestões de Melhoria:

✓ Instituir o teletrabalho

✓ Educação Permanente

No cenário excepcional da Pandemia, a auditoria atua acompanhando os leitos contratatualizados em caráter temporário, e fazendo apontamentos importantíssimos para a gestão municipal, sem os quais seria insustentável manter a Regulação de Fluxos dos Leitos Covid-19.

6. GERÊNCIA DE PACTUAÇÃO ASSISTENCIAL – GPA

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são mecanismos que asseguram o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. Assim, a gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, que através de seus órgãos gestores, utilizam-se de vários instrumentos com a finalidade de garantir o pleno funcionamento do sistema de saúde.

Existem diversos Instrumentos de Gestão em Saúde que são específicos de cada Município, Estado, Distrito Federal e União. Há outros, por sua vez, que coexistem e corroboram para a articulação das três esferas gestoras de governo, garantindo a operacionalização de um sistema de saúde nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Sua implantação ocorreu com o intuito de fortalecer os estados no processo de descentralização das ações e serviços para os municípios – processo conhecido como municipalização.

Através do artigo 198 da CF/88 foi estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Salientamos que para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS utiliza-se de diversos instrumentos de gestão, que são criados de acordo com a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e política dos gestores das três esferas de governo.

Enumerando os principais instrumentos de Gestão em Saúde ligados ao planejamento, temos:

1. Agendas de Saúde
2. Planos de Saúde
3. Relatórios de Gestão
4. Plano Diretor de Regionalização (PDR)
5. Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Neste contexto, com o intuito de fortalecimento das ações do SUS no município de Campo Grande, a Superintendência de Relações Institucionais de Saúde - SUPRIS fundamentou-se na existência de diversas gerências, dentre as quais enfatizamos a recém-criada Gerência de Pactuação Assistencial (GPA).

A GPA é um setor que comunica diferentes interfaces do sistema de saúde, tendo sido criada para fortalecer as pactuações e suas fragilidades, e consolidar suas potencialidades, além de reduzir as lacunas assistenciais locais e de nossas regiões de saúde.

Sendo assim, a atuação desta gerência está fundamentada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que fornece importantes subsídios para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, orientado na organização, regionalização e hierarquização da rede (conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90), além de garantir aos usuários integralidade no atendimento e acesso a todos os níveis de complexidade.

A efetividade deste plano diretor é garantida por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento importantíssimo no processo de planejamento do SUS, uma vez que determina: alocação de recursos, reorganização das redes de atenção à saúde, e consolidação das diretrizes e prioridades expressas nos demais processo do planejamento.

A PPI tendo como base o PDR faz a programação das ações que serão realizadas, visto que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas com a elaboração dos Planos de Saúde.

A Programação Pactuada e Integrada não tem a intenção de solucionar todas as necessidades de programação das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Restringe-se em alguns aspectos e questões de interesse ou de responsabilidade compartilhada, que envolvem a fixação de critérios de a locação de recursos do SUS.

A PPI traduz a autonomia de cada gestor, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente em um município específico, quer pelo encaminhamento a um município de referência, sempre por intermédio de negociações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

Cada município deverá programar as ações que irá executar, para então negociar com os outros gestores a programação das ações que serão referenciadas, conforme o Plano Diretor de Regionalização. Para tanto, o gestor municipal deve conhecer as necessidades em saúde de seu município, a quantidade de usuários que será atendida e encaminhada para os municípios de referência, e conhecer as especialidades profissionais (médicas ou outras) e os recursos tecnológicos demandados.

Por ser a capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande é referência em média e alta complexidade para a maioria absoluta dos municípios e regiões de saúde, monitora os entraves para a utilização dos recursos alocados e para a sustentabilidade do sistema. Desta forma, a gerência técnica traz à evidência os maiores gargalos do sistema, e propõe soluções viáveis de pactuação a fim de que o Plano Diretor seja integralmente cumprido.

Principais objetivos da Programação Pactuada e Integrada:

- ✓ Estimular o processo de planejamento e programação integrada entre os gestores municipais e o gestor estadual;
- ✓ Orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência de caráter microrregional, regional ou estadual, de acordo com as necessidades identificadas;
- ✓ Explicitar os fluxos de referências intermunicipais, acordados entre os gestores, de forma a garantir o acesso de toda a população a todos os níveis de atenção;
- ✓ Orientar a alocação de recursos financeiros pela lógica das necessidades de saúde da população e de acordo com as prioridades estabelecidas pelos gestores;
- ✓ Orientar a alocação de recursos financeiros entre os municípios para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, através da adoção de critérios claros e

adequados, e da explicitação da parcela correspondente às referências intermunicipais pactuadas;

Os pactos contidos na PPI serão atualizados periodicamente entre os gestores municipais e estadual mediante a aprovação nas Comissões Inter gestores Bipartite (CIB). Em Mato Grosso do Sul a última atualização ocorreu em 2008, necessitando ser revista, já que o aumento populacional e a incorporação de novas tecnologias e tratamentos vêm fragilizando a cadeia de ofertas.

A utilização de instrumentos eletrônicos para a elaboração das Programações Pactuadas e Integradas permitirá uma maior agilidade na atualização das metas pactuadas e em suas revisões permanentes.

A GPA segue em análise criteriosa de prioridades nas seguintes atividades:

- ✓ Revisão completa da MAC (Média e Alta Complexidade) Ambulatorial e Hospitalar com análise da produção pelo TABWIN (análise por abrangência e referência);
- ✓ Análise dos Documentos Descritivos (DD) dos Contratos estabelecidos com a rede de prestadores com a finalidade de avaliaras metas e os planos de trabalho (atuação conjunta com GCA para fortalecimento da ferramenta de gestão);
- ✓ Ação integrada com o setor de judicialização para monitoramento de riscos e pactuação com a rede para cobertura dos procedimentos com demanda reprimida;
- ✓ Avaliação das atas da CIB para revisão dos documentos comprobatórios das pactuações firmadas pelo município de Campo Grande;
- ✓ Diálogo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para ação sinérgica no estudo da próxima atualização, fundamental para a gestão municipal e estadual;
- ✓ Avaliação crítica dos processos de judicialização com grande sequestro de recurso municipal, comprometendo as políticas públicas;
- ✓ Análise do SISMAC (Sistema de Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade) dos anos de 2018, 2019 e 2020;
- ✓ Estudo da PAMAC (*Programação* Assistencial da Média e. Alta Complexidade), que em breve subsidiará as pactuações das Comissões Intergestores (CIB);

Desafio:

- ✓ Dificuldade de seguimento ao atendimento de pacientes oriundos de municípios do interior e/ou de outros Estados que não estão contemplados pela Programação Pactuada e Integrada e que, após atendimento no serviço de Urgência, acabam sendo incluídos e absorvidos pelo Sistema de Saúde Municipal na espera da

realização de atendimento cirúrgico eletivos, impactando na fila de espera por esses procedimentos.

6. JUDICIALIZAÇÃO - SUPRIS

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno em crescente expansão. No município de Campo Grande o cenário não é diferente. O financiamento dos processos judiciais compromete de maneira impactante a verba destinada às políticas públicas.

O quadro da Judicialização no Município de Campo Grande-MS, sob a óptica da Procuradoria Geral do Município - PGM, é de que as ordens judiciais não estão sendo cumpridas pelos hospitais e demais prestadores de serviços, em desobediência ao que está disposto nas Resoluções Municipais e Estaduais. Estes processos tramitam nas Varas da Fazenda Pública, do Juizado Estadual da Fazenda Pública (96%), Justiça Federal e Juizado Federal.

Em consequência ao início da pandemia, houve um aumento das ações judiciais, interpelando bloqueios nos mais variados valores. Por esta razão, houve a necessidade de expansão do Setor de Assessoria judicialização SUPRIS.

O setor embora existente há mais de 10 anos, não fazia parte do Regime Interno da SESAU. Entretanto, o trabalho realizado pautará a inserção do setor em novo regimento no Diogrande (Diário Oficial do município de Campo Grande).

Ao Setor de Assessoria da Judicialização **(**diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais de Saúde) compete:

- ✓ Receber todas as demandas judiciais da UNIÃO, ESTADO e MUNICÍPIO, enviadas do Setor Jurídico / DDJS, no que compete ao encaminhamento para o atendimento na Rede Pública - SUS, disponibilizando: consultas especializadas, exames, procedimentos cirúrgicos, tratamento fora em domicílio, vagas hospitalares para leitos de UTI;
- ✓ Realizar contato com os hospitais e outros estabelecimentos e/ou prestadores para intermediar a execução dos procedimentos solicitados nos autos;
- ✓ Acompanhar os agendamentos das consultas, exames, cirurgias de todas as demanda judiciais até finalização do processo;
- ✓ Registrar nas Planilhas online todas as demandas judiciais, atentando – se quanto ao cumprimento dos prazos;
- ✓ Trabalhar o fluxo, mediante as demandas destinadas para cada Gerência:

Regulação Hospitalar, Regulação Ambulatorial, Processamento/SIA /SIH e CNES, Controle e Avaliação e Pactuação Assistencial;

- ✓ Oficializar as Instituições e demais prestadores, mediante necessidade de atendimento aos pacientes pertinentes de atendimentos Urgentes, em virtude do quadro clínico especificados nos autos;
- ✓ Colaborar na execução dos fluxos para resolução das Ações desfavoráveis à SESAU (Advogado Particular);
- ✓ Trabalhar em conjunto com o Núcleo de Apoio Técnico/NAT, o CAT/JUS e os representantes da SESAU/Defensoria e SES/CERA;
- ✓ Desempenhar outras atividades correlatas às competências das respectivas áreas de atuação;

A Judicialização, sem dúvida, faz o abortamento de processos de fundamental importância à sustentabilidade do sistema de saúde.

A ponte realizada entre a Judicialização e os demais setores da SUPRIS, também é de extremo valor, uma vez que representa o "termômetro" para as ações em conjunto necessárias para o fortalecimento da relação entre o setor assistencial e o poder judiciário.

Ressaltamos que a Superintendência realiza uma ação direta e preventiva para a inserção de novos casos no setor, estabelecendo medidas de enfrentamento e mudanças, que visam resguardara integridade e a saúde dos pacientes.

Desafios:

Ausência de um Sistema de informação eficiente para o acompanhamento das ações;

- ✓ Necessidade de uma Estrutura Institucional para gerir a Judicialização;
- ✓ Acompanhar todos os processos de judicialização, o perfil das demandas e os atores das ações;
- ✓ Racionalizar a judicialização, minorando a quantidade de casos evitáveis;
- ✓ Auxiliar no processo de informações, encaminhamento de casos e fornecer respostas rápidas às instituições judiciais, informando aos gestores as falhas verificadas no sistema de saúde;
- ✓ Interligar a entrada de ações, o procedimento de defesa e o cumprimento de decisões judiciais;
- ✓ Possibilitar o acesso compartilhado com a Procuradoria Geral Estadual – PGE, que também utiliza o sistema para instruir as contestações e os recursos, enquanto a equipe providencia pareceres técnicos para cada caso e organiza um processo de

compra eficiente e centralizado;

✓ Atualizar o *“follow up*” dos processos de judicialização da saúde com informações sobre as doenças mais comuns; consultas, exames e medicamentos mais solicitados; entes mais demandados e índice de resolução extrajudicial.

2.12 CONTROLE SOCIAL

A participação e o controle social no SUS estão previstos na Constituição Federal (1988) e na Lei nº 8080/90 desde os anos noventa. O Conselho de Saúde é uma das instâncias de controle social prevista na Lei 8.142/90, que afirma:

> "§ 2° – O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, [...]".

Por meio dos conselhos, é possível reconhecer a participação social como uma das diretrizes do SUS, incorporando a concepção de que a participação da comunidade é fundamental para a ampliação da democracia e para a efetivação das Políticas Públicas de Saúde.

O controle social no SUS em Campo Grande/MS destaca-se por sua atuação na esfera local (Conselhos Locais de Saúde, que estão dentro das Unidades de Saúde) e esfera distrital (que se organizam nos 7 Distritos Sanitários do município).

O Conselho Municipal de Saúde do município de Campo Grande/MS foi criado pela Lei nº 2.784, de 27 de dezembro de 1.990, modificada pela Lei nº 2.811, de 07 de junho de 1.991, regulamentada pelo Decreto nº 6.340, de 02 de agosto de 1.991 e, alteradas pelas Leis nº 3.013, de 30 de novembro de 1.993, nº 3.780, de 21 de agosto de 2000, nº 4.234 de 18 de novembro de 2004, e legislações vigentes e pelos Decretos nº 8.099, de 31 de outubro de 2000, nº 8.100, de 31 de outubro de 2000, e nº 10.275, de 22 de novembro de 2007.

Órgão deliberativo na formulação e execução da política municipal de saúde inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção e controle social, sendo composto por representantes de Usuários (50%), de Trabalhadores de Saúde (25%), Gestores/Prestadores de Serviços de Saúde (25%).

O Conselho Municipal de Saúde possui em sua estrutura as comissões técnicas, que são constituídas por um número ímpar de até 07 (sete) membros, indicados pelos respectivos segmentos.

São as seguintes as comissões técnicas do Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande/MS e suas competências:

I - **Comissão de Acompanhamento da Elaboração e da Execução do Plano Municipal de Saúde:**

a) propor a elaboração do planejamento estratégico situacional, devendo considerar as diretrizes definidas pelo conselho municipal de saúde e conferências de saúde, de forma participativa em conjunto com a gestão;

b) analisar e emitir parecer sobre o Plano Municipal de Saúde;

c) propor atualização do Plano Municipal de Saúde a partir das recomendações apontadas nos relatórios quadrimestrais e anuais, bem como das propostas da programação anual de saúde e emitir posteriormente parecer sobre a matéria;

d) analisar e emitir parecer sobre a Programação Anual de Saúde (PAS);

e) analisar e emitir parecer sobre a implantação e funcionamento dos serviços de saúde não previstos nos instrumentos de planejamento do SUS;

f) analisar e emitir parecer em conjunto com as demais comissões sobre o relatório anual de gestão, a ser apresentado pela SESAU/CG.

g) analisar e emitir parecer a cada quadrimestre o relatório consolidado das condições de saúde e na qualidade dos serviços oferecidos.

h) analisar e emitir parecer sobre a proposta de metas de indicadores relacionados a prioridades em saúde de acordo com a Política Nacional de Saúde.

II - **Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Política de Recursos Humanos da área de Saúde do Município de Campo Grande/MS:**

a) propor critérios e diretrizes a serem observados na formação e desenvolvimento de recursos humanos em consonância com as deliberações das conferências de recursos humanos em saúde;

b) propor e Acompanhar a Política de Recursos Humanos adequada ao Perfil epidemiológico de Campo Grande/MS e as Diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS;

c) acompanhar os resultados das negociações realizadas pela Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema único de Saúde/SUS.

III - Comissão de Legislação e Normas:

a) propor normas e procedimentos que visem à adequação permanente dos Conselhos Municipal, Distrital e Local de Campo Grande - MS, as deliberações das instâncias do SUS;

b) examinar e emitir parecer sobre as solicitações dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde nos aspectos de organização e funcionamento;

c) examinar e emitir parecer a respeito dos recursos referentes ás Deliberações dos Conselhos: Municipal, Distritais e Locais de Saúde;

d) examinar e emitir parecer sobre outras questões que lhes forem apresentadas pelas Comissões ou pela Mesa Diretora do Conselho Municipal de

Saúde e por unidades integrantes da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS.

IV - Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da Execução Orçamentária e Financeira do Fundo Municipal de Saúde:

a) examinar e emitir parecer a cada quadrimestre, referente ao relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira, indicando medidas corretivas se necessárias,

b) examinar e emitir parecer sobre os critérios para a programação e execução orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde;

c) analisar e emitir parecer sobre a proposta orçamentária anual do Fundo Municipal de Saúde, antes de seu encaminhamento à Câmara Municipal de Campo Grande/MS;

d) examinar e emitir parecer nos contratos e convênios estabelecidos com os prestadores de serviço ao SUS e monitorar a execução dos mesmos;

e) avaliar e emitir parecer sobre o Relatório Anual de Gestão apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com as demais comissões;

f) examinar e emitir parecer sobre a movimentação e o destino dos recursos orçamentários e financeiros repassados ao Fundo Municipais de Saúde através dos balancetes,

g) analisar e elaborar parecer em conjunto com as demais comissões quando se fizer necessário para tratar de projetos para implantação de novos serviços não previstos nos instrumentos de orçamento de finanças.

V - Comissão de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde do Município, Próprios, Conveniados e Contratados do Sistema Único de Saúde/SUS:

a) examinar propostas e denúncias, emitindo parecer, a respeito dos Assuntos, pertinentes às ações e serviços de saúde prestados pela rede pública, conveniada e contratada ao Sistema Único de Saúde, no âmbito do município;

b) avaliar e propor alterações quando constatar a necessidade na Rede própria, Conveniada e Contatado ao SUS, afim de melhor adequar a necessidade da população;

c) apreciar previamente os contratos e convênios a serem estabelecidos com os prestadores de serviços para o SUS de acordo com a legislação vigente;

d) analisar e emitir parecer em conjunto com as demais comissões sobre o relatório anual de gestão, a ser apresentado pela SESAU/CG.

e) avaliar a cada quadrimestre o relatório consolidado das condições de saúde e na qualidade dos serviços oferecidos.

VI - Comissão de Controle Social, Comunicação, Informação e Educação Permanente no Sistema Único de Saúde:

a) propor a convocação das Conferências de Saúde, Seminários, Congressos, Encontros e Plenárias de Conselhos e participar das comissões organizadoras;

b) propor critérios e diretrizes para implementação do controle social na esfera municipal de acordo com as propostas das Conferências de Saúde;

c) analisar e emitir parecer sobre as estratégias relacionadas a Controle Social e de Comunicação, Informação em Saúde Político Administrativo, bem como avaliar e monitorar as ações pertinentes.

d) garantir o processo de comunicação de forma clara e objetiva e ampliar as formas de abordagem e circulação de temas de interesse dos conselhos de saúde e da sociedade;

e) propor e articular convênios e contratos de cooperação técnica com instituições atuantes no campo da documentação e informação que corroboram para caracterização de informação como bem público e um elemento fundamental de transparência do Estado;

f) sistematizar e aprimorar o conhecimento gerado no exercício da participação e do controle social em base dados, com a possibilidade de acesso remoto aos registros dos trabalhos produzidos;

g) articular-se com os demais órgãos do Conselho Municipal de Saúde, visando os cumprimentos das suas atribuições.

Sabendo que diversas conquistas sociais podem ser alcançadas por meio da atuação dos Conselhos de Saúde e com objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria Municipal de Saúde possui em sua estrutura a Gerência de Apoio ao Controle Social subordinada à Coordenadoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa. Por meio da Gerência de Apoio ao Controle Social é feita a articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e Conselho de Saúde. Esta por sua vez, tem como competência estimular o processo de discussão e de organização do Controle Social, através da consolidação de suas instâncias, não medindo esforços para realizar suas competências na defesa de um controle social participativo.

Acredita-se que o fortalecimento e ampliação da participação ativa da população nas decisões e processos de controle social podem contribuir grandemente para consolidação do SUS e realinhamento de seus objetivos econômicos e sanitários.

2.13 AUDITORIA

A concepção sistêmica do Sistema Único de Saúde - SUS pressupõe que ele seja permanentemente avaliado e, consequentemente, que os resultados dessas avaliações ofereçam subsídios para o seu aperfeiçoamento. A Constituição Federal de 1988 previu que o SUS deveria ser regulamentado, fiscalizado e controlado.

A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, instituiu o Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto na Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90, conferindo a responsabilidade de controle e fiscalização do SUS ao SNA, organizado de forma descentralizada, com atribuições definidas para os três entes federativos.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS, compete ao Sistema Municipal de Auditoria - SMA, representado pela Gerência Municipal de Auditoria em Saúde, como componente descentralizado do SNA, a missão de exercer ações de auditoria, no âmbito do SUS, para a melhoria da atenção à saúde, conferindo ao seu trabalho a abrangência técnica-científica, contábil, financeira e patrimonial.

Instituído pelo Decreto Municipal n. 11.758, de 14 de fevereiro de 2012, o Sistema Municipal de Auditoria tem por finalidade aferir a regularidade dos procedimentos praticados por agentes e organizações que prestam serviços de saúde à população, para averiguar se estão sendo executados de conformidade com as normas e padrões de resolutividade e qualidade, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Dessa maneira, a Gerência Municipal de Auditoria em Saúde atua sobre todos os atos, despesas, investimentos e obrigações no que se refere ao SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados, abrangendo os serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde, com suas diversas unidades organizacionais; e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, conveniadas ou contratadas com a municipalidade, que atuem na área hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, sujeitos ao controle e fiscalização do SUS.

Para abarcar todas suas atribuições e demandas, o SMA instituiu e alinhou seu processo de trabalho ao SNA, utilizando diferentes tipos de atividades de auditoria, como Auditoria, Visita Técnica, Parecer Técnico, Orientação Técnica, Supervisão e Cooperação Técnica, cujas Instruções Normativas foram aprovadas pela Resolução SESAU nº 325 de 29 de Dezembro de 2016, publicadas no Diário Oficial nº 4.762/2016.

No organograma, a Gerência Municipal de Auditoria em Saúde está diretamente vinculada à Superintendência de Relações Institucionais de Saúde, juntamente com a Gerência de Controle e Avaliação, Gerência de Regulação

Ambulatorial, Gerência de Regulação Hospitalar, Gerência de Pactuação Assistencial e Gerência de Processamento SIA/SIH e CNES.

Atualmente é composta por vinte auditores municipais de saúde concursados, com formação nas áreas de medicina, odontologia, fonoaudiologia, enfermagem, análise de sistemas, serviço social, psicologia, direito e contabilidade.

A programação das atividades do setor ocorre a partir do Plano Municipal de Saúde, dos achados das atividades de auditoria anteriores, das demandas provenientes da gestão, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público, Ouvidor SUS, entre outros e sua realização pode ocorrer de forma direta, integrada ou compartilhada.

Atua com 100% de suas ações inseridas no sistema de informação SISAUD/SUS (Sistema de Auditoria do SUS) do Ministério da Saúde, instituído pela Portaria MS/GM n.1.467, de 10 de julho de 2006, viabilizando a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria de todos os componentes do SNA, permitindo a uniformização dos processos de trabalho, registrando e protegendo as informações de auditoria, gerando informações para a tomada de decisão e possibilitando a publicidade dos relatórios, com vistas à transparência dos trabalhos.

Diante do exposto, é fundamental que a Auditoria no SUS seja consolidada, como instrumento capaz de subsidiar o processo decisório do gestor da saúde, contribuindo assim para a contínua construção e fortalecimento do SUS.

3- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2022-2025

3.1 – OPERACIONALIZAÇÃO

O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 está pautado na Lei Complementar nº 141, Seção I: Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde, Art. 31, parágrafo único, cujo versa que ambas serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde.

Pauta-se também na PORTARIA GM N. 750, de 29 abril de 2019, publicada em 6 de maio de 2019 na Seção 1 ISSN 1677-7042 Nº 85 do Diário Oficial da União, que institui o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28/09/17.

No intuito de atender a legislação vigente, foram realizadas na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS, reuniões virtuais e presenciais com as várias áreas técnicas, para elaboração do Plano Municipal de Saúde com metas mensuráveis e factíveis para o quadriênio 2022-2025. As etapas de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 compreenderam:

1) **Análise Situacional:** foi realizado o levantamento de dados para contextualização da situação de saúde do município, compondo os capítulos a seguir: perfil socioeconômico; estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; Condições sóciossanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e educação na saúde; ciência tecnologia produção e inovação em saúde; gestão; controle social e auditoria.
2) **Cartilha "Como elaborar metas?": (anexo 11.1)** e disponível no link http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/audiencia-publica/ : foi elaborada pela Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS e disponibilizada às áreas técnicas como norteadora para a construção de metas. Contém basicamente:

   - explicativo do que são metas e indicadores, sobre o que é o Plano Municipal de Saúde, sobre o que é a Programação Anual de Saúde;

   - sugestões de verbos mensuráveis e sua correlação com os instrumentos de Planejamento, sendo: Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano Plurianual (PPA) e Programação Anual de Saúde (PAS);

   - tendências de metas, sendo: crescentes ou decrescentes, sem tendência;

   - tipos de metas: numéricas, demanda;

   - Modelo de Plano de Saúde com exemplificação de meta e seus respectivos indicadores;

- modelo de Programação Anual de Saúde com exemplificação de ações físicas e seus componentes;

- Roteiro para a proposição de metas e respectivos indicadores – Plano Municipal de Saúde contendo perguntas básicas norteadoras para a análise situacional das metas, e

- informações sobre metas de outros instrumentos de planejamento e gestão.

3) Conferência Municipal de Saúde: Apropriação das informações do relatório Final da 8º Conferência Municipal de Saúde " Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS", realizada nos dias 12 e 13 de abril de 2019, conforme consta em seu relatório final disponível no link: http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/audiencia-publica/ .

3.1) Categorização das Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde (anexo 11.2): realizada pela Gerência de Planejamento do SUS, a categorização de cada propostas está de acordo com a característica de sua descrição, podendo ser para: Plano Municipal de Saúde; Programação Anual de Saúde; Planejamento de Governo Processo de Trabalho e/ou Outros (de governabilidade de outras secretarias ou órgão governamentais), a fim de que possibilitasse a análise de viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira das mesmas pelas áreas técnicas;

3.2) A**nálise de Viabilidade das propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde e respectivo alinhamento para proposição das metas:** foi realizada pelas áreas técnicas e as propostas consideradas viáveis se tornaram metas do PMS. Já as inviáveis foram justificadas e constam no capítulo **"JUSTIFICATIVAS DE INVIABILIDADE DE PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE – 2019",** deste Plano;

4) Problematização: Entendendo-se "problema" como questões que trazem transtornos e que exigem grande esforço e determinação para serem solucionadas, foi solicitado às áreas técnicas que elencassem preferencialmente os problemas sentidos pela população, devendo assim o usuário ser contemplado como benificiário na meta proposta.

Foi solicitado que fossem consideradas as seguintes situações para a proposição de metas a partir da problematização:

- Continuidade das metas do PMS 2028-2021;

- Pactuações ocorridas na Comissão Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestoras Bipartite (CIB);

- Questionários de Governança e Gestão em Saúde, Auditorias e solicitações constantes em pareceres do Conselho Municipal de Saúde;

- Novas legislações, como a Nota Técnica Explicativa CONASEMS: Lei Complementar 181 de 06 de maio e Nota Técnica 20/2021-DGIP/SE/MS que revoga a Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2021, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que trata do processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Cabe destacar que, para ser incluída no rol de metas deste PMS, a meta formulada necessitou *ter viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira,* para sua resolução, com objetivo de superar, reduzir, eliminar ou controlar o problema elencado, a partir da contextualização situacional prévia do problema.

5) Apresentação da proposta de elaboração do referido Plano:

- Apresentação da proposta de trabalho de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) na Comissão de Acompanhamento da Elaboração e da Execução do Plano Municipal de Saúde em 22/07/2021;
- Seguida de apresentação da proposta na Comissão de Controle Social Comunicação, Informação e Educação Permanente no SUS em 03/08/2021; e
- Pactuação na Comissão do Plano sobre a Audiência Pública de proposição de metas para o PMS, sendo: condução da Audiência Pública pela SESAU em parceria com o Conselho Municipal de Saúde; condução da Priorização das propostas da Audiência pela Comissão do Plano; priorização das propostas da Audiência pelas Comissões Permanentes e Intersetoriais do Conselho Municipal de Saúde;
- Em 22/07/2021, foi apresentada a proposta de trabalho de elaboração do Plano Municipal de Saúde no pleno do Conselho Municipal de Saúde, onde foram acatados os itens conforme apresentados acima, porém a priorização das propostas da Audiência se dará pela Comissão de Acompanhamento da Elaboração e da Execução do Plano Municipal de Saúde.

6) Audiência Pública Virtual - Propostas para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025: (anexo 11.3) em respeito à "Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012", foi realizada em 30 de agosto de 2021 no Auditório do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande a referida audiência para escuta de reconhecimento das necessidades da população.

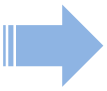
6.1) Relatório das Propostas da Audiência Pública Virtual: realizada pela Gerência de Planejamento do SUS. Foi realizado o agrupamento das propostas similares e disponibilizado às áreas técnicas a fim de que possibilitasse a análise de viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira das mesmas. Foram elencadas 52 propostas, conforme consta **(anexo 11.4)** e link: http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/audiencia-publica/ .

6.2) Análise de viabilidade das Propostas da Audiência Pública Virtual e respectivo alinhamento para proposição das metas: Propostas para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025. As propostas viáveis se tornaram metas do PMS e as inviáveis foram justificadas e constam como capítulo deste Plano.

A Priorização das propostas da Audiência Pública pelo Conselho Municipal de Saúde não foi necessária, visto que as metas consideradas viáveis já estão compondo as metas do Plano **"JUSTIFICATIVAS DE INVIABILIDADE DE PROPOSTAS DA AUDIÊNCIA PÚBLICA – 2021"** deste Plano;

Por fim, o processo de elaboração do PMS2022-2025 findou com os produtos que se seguem a partir deste capítulo, vinculando-se diretamente indicadores, metas, objetivos e diretrizes, apresentando-se em: 5 (cinco) Diretrizes; 13 (treze) Objetivos e 71 (sessenta e um) Metas.

PMS 2022 - 2025	
Diretrizes	5 (cinco)
Objetivos	13 (treze)
Metas	71 (setenta e um)



DIRETRIZES	OBJETIVOS	METAS
Diretriz 1	Objetivo 1.1 Objetivo 1.2 Objetivo 1.3 Objetivo 1.4 Objetivo 1.5 Objetivo 1.6 Objetivo 1.7	8 metas 15 metas 1 meta 3 metas 3 metas 4 metas 1 meta
	7	35
Diretriz 2	Objetivo 2.1	23 metas
	1	23
Diretriz 3	Objetivo 3.1 Objetivo 3.2	2 metas 2 metas
	2	4
Diretriz 4	Objetivo 4.1 Objetivo 4.2	5 metas 2 metas
	2	7
Diretriz 5	Objetivo 5.1	2 metas
	1	2
5	13	71

3.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

Objetivo 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Reduzir de 22 minutos para 19 minutos o "tempo resposta" médio das ocorrências primárias classificadas com prioridade máxima de urgência. (Nº Absoluto)	Tempo resposta médio das ocorrências primárias reduzido (3 minutos). (Nº Absoluto)
3	2- Promover 480 capacitações para as equipes multiprofissionais das unidades de urgência e emergência. (Nº Absoluto)	Número de capacitações por unidade de urgência e emergência. (Nº Absoluto)
3	3- Reduzir em 4% a proporção de atendimentos de pacientes adultos classificados na cor azul nas unidades de urgência e emergência. (%)	Proporção dos atendimentos de pacientes classificados na cor azul nas unidades de urgência e emergência. (%)
1	4- Ampliar de 05 para 08 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). (Nº Absoluto)	Número de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). (Nº Absoluto)
1	5- Ampliar de 01 para 04 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). (Nº Absoluto)	Número de Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) implantadas. (Nº Absoluto)
3	6- Reativar o Hospital "Vó Honória Martins Pereira" com novo escopo de prática. (Nº Absoluto)	Hospital "Vó Honória Martins Pereira" reativado com novo escopo de prática. (Nº Absoluto)
3	7- Elaborar projeto denominado Hospital Municipal de Campo Grande – HMCG. (Nº Absoluto)	Projeto Hospital Municipal de Campo Grande elaborado – HMCG. (Nº Absoluto)
3	8- Qualificar as 07 Regiões urbanas da Atenção Primária para escuta qualificada, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e urgências e/ou emergências. (Nº Absoluto)	Número de Regiões urbanas qualificadas na APS. (Nº Absoluto)

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

Objetivo 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Executar o Plano de Segurança do Paciente. (N° Absoluto)	Plano de Segurança do Paciente executado. (Nº Absoluto)
3	2- Implantar 02 equipes de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento à população privada de liberdade. (Nº Absoluto)	Número de equipes prisionais implantadas. (Nº Absoluto)
3	3- Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da criança (PNAISC) através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)	Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde da criança. (Nº Absoluto)
3	4- Fortalecer as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens com foco nos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)	Número de distritos sanitários com ações de fortalecimento nos eixos temáticos estratégicos da saúde adolescente. (Nº Absoluto)
3	5- Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)	Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde da mulher. (Nº Absoluto)
3	6- Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem – PNAISH através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)	Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde do homem. (Nº Absoluto)
3	7- Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Idoso através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)	Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde do Idoso. (Nº Absoluto)
1	8- Qualificar a Política de Promoção da Equidade através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)	Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da equidade em saúde. (Nº Absoluto)

ORIGEM	META	INDICADOR
3	9- Qualificar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)	Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos das doenças crônicas. (Nº Absoluto)
3	10- Ampliar em 10% a oferta de exames de diagnóstico por imagem e métodos gráficos em rede própria. (%)	Números de exames de diagnóstico por imagem e métodos gráficos em rede própria. (Nº Absoluto)
3	11- Ampliar em 10% a oferta de consulta especializada em Neurologia Adulto na rede própria. (%)	Número de consulta especializada em Neurologia Adulto em rede própria. (Nº Absoluto)
3	12- Ampliar em 10% a oferta de fisioterapia pela rede própria especializada. (%)	Número de atendimentos de fisioterapia em rede própria especializada. (Nº Absoluto)
1	13- Ampliar em 6% a oferta de procedimentos de diagnose da Rede Complementar em Saúde. (%)	Número de procedimentos de diagnose. (Nº Absoluto)
3	14- Repactuar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) com 23 municípios da Macrorregião e Microrregião de Campo Grande. (Nº Absoluto)	Número de municípios da Macrorregião e Microrregião de Campo Grande com PPI repactuada. (N° Absoluto)
2	15- Ampliar em 100% a oferta de procedimentos especializados (Biópsia de tireoide, Punção de mama, Cintilografia e Fisioterapia). (%)	Oferta de procedimentos especializados. (N° Absoluto)

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

Objetivo 1.3 - Propiciar atenção integral à saúde qualificada para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação visando assegurar a igualdade como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

ORIGEM	META	INDICADOR
1	1- Ampliar em 2% a oferta em reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (%)	Número de Procedimentos nos Subgrupos: 0211, 0301 e 0302. (Nº Absoluto)

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

Objetivo 1.4 - Ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, a promoção do acesso aos pontos de atenção da população alvo e de sua família, fim de prover cuidado qualificado por meio do acolhimento de pessoas com transtornos mentais, para uma nova forma de olhar, escutar e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, reinventando a prática do trabalho sustentado no modelo psicossocial.

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de 10 para 18 serviços da rede própria. (N° Absoluto)	Número de serviços da Rede de Atenção Psicossocial. (Nº Absoluto)
3	2- Realizar o apoio matricial, em saúde mental, nas 07 Regiões de Saúde do município. (N° Absoluto)	Número de regiões de saúde com apoio matricial em saúde mental. (Nº Absoluto)
1	3- Ampliar de 508 para 2.300 a oferta de atendimento aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional, no Ambulatório de Saúde Mental. (N° Absoluto)	Número de atendimentos aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional, no Ambulatório de Saúde Mental. (Nº Absoluto)

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

Objetivo 1.5 - Desenvolver ações coletivas de Assistência Odontológica para o usuário em sua integralidade biopsicossocial, assim garantido acesso humanizado por meio da equipe multiprofissional contribuindo para o aumento da resolutividade.

ORIGEM	META	INDICADOR
1	1- Ampliar de 147 para 173 equipes de Saúde Bucal - eSB na Estratégia de Saúde da Família - ESF. (N° Absoluto)	Número de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. (Nº Absoluto)
1	2- Ampliar de 05 para 06 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. (N° Absoluto)	Número de Centro de Especialidades Odontológicas. (Nº Absoluto)
1	3- Ofertar 6.521 próteses dentárias. (N° Absoluto)	Número de prótese dentária confeccionada. (Nº Absoluto)

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

Objetivo 1.6 - Ofertar cuidados próprios da Atenção Primária à Saúde com base na integralidade (abrangência do cuidado), tanto de serviços clínicos como de vigilância em saúde, promovendo, assim, maior subsídio para o controle da população dos serviços ofertados.

ORIGEM	META	INDICADOR
1	1- Ampliar de 16 para 24 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família / Atenção Primária - NASF/AP. (Nº Absoluto)	Número de equipes NASF/AP. (N° Absoluto)
1	2- Implantar 21 Equipes de Saúde da Família (ESF). (N° Absoluto)	Número de equipes de Saúde da Família implantadas. (N° Absoluto)
3	3- Ampliar o acesso do paciente disponibilizando o agendamento on-line em 30 unidades da Atenção Primária de Saúde. (Nº Absoluto)	Número de unidades de saúde com agendamento on-line. (Nº Absoluto)
3	4- Fortalecer a Atenção Primária à Saúde através da estratégia de territorialização/adstrição nos 07 Distritos Sanitários. (Nº Absoluto)	Número de Distritos Sanitários com estratégia de territorialização / adstrição. (Nº Absoluto)

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

Objetivo 1.7 - Qualificar os ambientes da rede de saúde promovendo a proteção e segurança dos usuários e trabalhadores do SUS através da manutenção preventiva e corretiva a modo a evitar prejuízo ao atendimento à população.

ORIGEM	META	INDICADOR
2	1- Implantar o Plano Básico de Manutenção predial-civil, elétrica e hidráulica. (Nº Absoluto)	Plano Básico de manutenção predial-civil, elétrica e hidráulica implantado. (Nº Absoluto)

Diretriz 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.

Objetivo 2.1 – Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Implementar sistema SOSWEB, através de atualização do módulo Vigilância Sanitária. (Nº Absoluto)	Módulo Vigilância Sanitária do sistema SOSWEB atualizado. (Nº Absoluto)
3	2- Implantar 04 atividades educativas anuais, para divulgação e conscientização sobre educação sanitária, para o setor regulado. (Nº Absoluto)	Número de atividades educativas realizadas para o setor regulado. (Nº Absoluto)
3	3- Ampliar anualmente em 5% as inspeções em estabelecimentos classificados como alto risco sanitário. (%)	Número de inspeções realizadas em estabelecimentos classificados como alto risco sanitário. (Nº Absoluto)

ORIGEM	META	INDICADOR
3	4- Reduzir de 10 para 08 (02) dias úteis o tempo de espera pelo resultado de exames de Leishmaniose Visceral Canina para cães que são levados ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) para coleta de material biológico para diagnóstico. (Nº Absoluto)	Número de dias esperados pelo resultado de exames de Leishmaniose Visceral Canina. (Nº Absoluto)
3	5- Reduzir de 14 para 05 dias (09), o prazo para o recolhimento de animais doentes, suspeitos ou positivos de zoonoses. (Nº Absoluto)	Número de dias para recolhimento de animais doentes, suspeitos ou positivos de zoonoses. (Nº Absoluto)
3	6- Implantar o Programa de Saúde Única nos bairros com maior vulnerabilidade social. (Nº Absoluto)	Número de bairros com maior vulnerabilidade social assistidos pelo Programa de Saúde Única. (Nº Absoluto)
3	7- Executar 25 ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) para fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na microrregião de Campo Grande. (Nº Absoluto)	Número de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas. (Nº Absoluto)
3	8- Elaborar o Programa Municipal de Controle de Leishmaniose Visceral. (Nº Absoluto)	Programa Municipal de Controle de Leishmaniose Visceral elaborado. (Nº Absoluto)
3	9- Reduzir o Índice de Infestação Predial por *Aedes aegypti* para abaixo de 2%. (%)	Índice de Infestação Predial por *Aedes aegypti* abaixo de 2% por Levantamento de Índice Rápido – LIRAa realizado. (%)
3	10- Ampliar de 66 para 86 (20) o número de postos de coleta de exames laboratoriais nas unidades de saúde da Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto).	Número de postos de coleta de exames laboratoriais das unidades da Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)

ORIGEM	META	INDICADOR
3	11- Qualificar 86 profissionais responsáveis pela coleta de material biológico para exames laboratoriais na Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)	Número de profissionais responsáveis pela coleta de material biológico para exames laboratoriais na Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)
3	12- Implantar na Rede Municipal de Saúde 08 novos tipos de exames laboratoriais executados pelo Laboratório Central Municipal (LABCEM) (Nº Absoluto)	Número de exames laboratoriais ofertados na Rede Municipal de saúde (Nº Absoluto).
3	13- Cumprir anualmente 100% do número de coletas analisadas de água da rede pública de abastecimento, quanto aos parâmetros turbidez, Cloro Residual Livre e Coliformes totais, segundo a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Programa de Vigilância da Qualidade da Água. (%)	Número de coletas analisadas de água da rede pública de abastecimento, quanto aos parâmetros turbidez, Cloro Residual Livre e Coliformes Totais, segundo a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Programa de Vigilância da Qualidade da Água. (Nº Absoluto)
3	14- Reduzir a transmissão vertical da Sífilis de 90 para 58 (32) casos. (N° Absoluto)	Número de casos de Sífilis Congênita. (Nº Absoluto)
3	15- Reduzir a transmissão vertical de Hepatite B de 10 para 6 (4) casos. (Nº Absoluto)	Número de casos de Hepatite B por transmissão vertical. (Nº Absoluto)
3	16- Reduzir a transmissão vertical de HIV de 10 para 06 (04) número de casos. (Nº Absoluto)	Número de casos de HIV por transmissão vertical. (Nº Absoluto)
3	17- Reduzir de 78 para 42 (36) o número de óbitos por AIDS. (Nº Absoluto)	Número de óbitos por AIDS. (N° Absoluto)
3	18- Monitorar o Plano Municipal de Redução das Mortes e Lesões por Acidentes de Trânsito. (Nº Absoluto)	Plano Municipal de Redução das Mortes e Lesões por Acidentes de Trânsito monitorado. (Nº Absoluto)

ORIGEM	META	INDICADOR
3	19- Elaborar Plano de Contingência para Emergências de interesse da Saúde Pública. (Nº Absoluto)	Número de Planos de Contingência para Emergências de interesse da Saúde Pública elaborados. (Nº Absoluto)
3	20- Qualificar os profissionais de saúde de 58 unidades de Atenção Primária À Saúde (APS) quanto ao Protocolo de Infecção Latente pelo *Mycobacterium Tuberculosis* (ILTB). (Nº Absoluto)	Número de capacitações em ILTB realizadas nas unidades de atenção primária à saúde. (N° Absoluto)
1	21- Implantar Sistema de Monitoramento quanto ao início de tratamento dos pacientes oncológicos. (Nº Absoluto)	Sistema de Monitoramento quanto ao início do tratamento de pacientes oncológicos implantado. (Nº Absoluto)
3	22- Ofertar 10 turmas de qualificação para trabalhadores das salas de vacina das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). (Nº Absoluto)	Número de turmas de atualização de calendário vacinal e atuação em sala de vacina a servidores de sala de vacina da atenção primária à saúde. (Nº Absoluto)
3	23- Elaborar o Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. (Nº Absoluto)	Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis implantado. (Nº Absoluto)

Diretriz 3 - Fortalecer o desenvolvimento científico com apoio de ferramentas importantes de tecnologias visando a melhoria do acesso à saúde, proporcionando interfaces com o desenvolvimento econômico, social e sustentável possibilitando o compartilhamento de informações e a construção de conhecimentos.

Objetivo 3.1 – Modernizar o parque tecnológico de a SESAU (computadores, tablets e impressoras), e reestruturação da comunicação de dados com fibra ótica.

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Renovar em 25% o parque tecnológico em toda a rede municipal de saúde. (%)	Número de equipamentos do parque tecnológico renovado. (Nº Absoluto)
3	2- Renovar em 25% a rede de comunicação de dados para fibra ótica em toda a rede municipal de saúde e gestão administrativa. (%)	Número de ponto de rede de comunicação de dados para fibra ótica renovada. (Nº Absoluto)

Diretriz 3 - Fortalecer o desenvolvimento científico com apoio de ferramentas importantes de tecnologias visando a melhoria do acesso à saúde, proporcionando interfaces com o desenvolvimento econômico, social e sustentável possibilitando o compartilhamento de informações e a construção de conhecimentos.

Objetivo 3.2 – Desburocratizar o acesso a informação e aos serviços online (cartão SUS exames laboratoriais, agendamentos e outros).

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Implantar serviço de telefonia gratuito de ouvidoria da saúde. (Nº Absoluto)	Serviço de telefonia de ouvidoria da saúde gratuito implantado. (Nº Absoluto)
3	2- Implantar novo Sistema de Informação, Gestão, Regulação, Urgência e Emergência em Saúde. (Nº Absoluto)	Sistema novo de Informação Gestão, Regulação, Urgência e Emergência em Saúde Implantado. (Nº Absoluto)

Diretriz 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

Objetivo 4.1 - Fortalecer a Política de Educação Permanente com foco na Humanização do atendimento multiprofissional e com inovações nas práticas metodológicas.

ORIGEM	META	INDICADOR
2	1- Aprimorar a educação permanente dos servidores da rede através da execução do plano de capacitação. (Nº Absoluto)	Plano de capacitação executado. (Nº Absoluto)
3	2- Renovar o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Serviço - COAPES. (Nº Absoluto)	Contrato Organizativo renovado. (Nº Absoluto)
3	3- Implantar Sistema de Monitoramento dos Residentes. (Nº Absoluto)	Sistema de Monitoramento implantado. (Nº Absoluto)
3	4- Ampliar de 120 para 180 vagas de ofertas pós-graduação *lato sensu* para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS. (Nº Absoluto)	Número de vagas de pós-graduação lato sensu para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS. (Nº Absoluto)
3	5- Implantar Serviço de Educação à Distância para atender as necessidades dos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde – RAS. (Nº Absoluto)	Número de serviço de Educação à Distância implantado. (Nº Absoluto)

Diretriz 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

Objetivo 4.2 - Fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Ampliar em 12,50% os atendimentos do Projeto "Cuidar de Quem Cuida". (%)	Número de atendimentos do "Projeto Cuidar de Quem Cuida". (Nº Absoluto)
3	2- Implantar o Projeto "Banco de Talentos" na Secretaria Municipal de Saúde - SESAU. (Nº Absoluto)	Número de projeto implantado. (Nº Absoluto)

Diretriz 5 - Garantir a permanência e a execução das políticas públicas de saúde com a participação do controle social através da fiscalização dos instrumentos de gestão como estratégia de assegurar a saúde como direito.

Objetivo 5.1 – Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.

ORIGEM	META	INDICADOR
3	1- Estabelecer apoio técnico em 80% (64) dos Conselhos Locais de Saúde nas unidades da rede própria de assistência à saúde. (Nº Absoluto)	Número de conselhos locais de saúde da rede própria. (Nº Absoluto)
3	2- Executar saldos financeiros remanescentes, conforme Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, alterada pela Lei Complementar nº 181, de 6 de maio de 2021. (Nº absoluto)	Saldos financeiros remanescentes executados, conforme Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, alterada pela Lei Complementar nº 181, de 6 de maio de 2021 atendida. (Nº absoluto)

Legenda:

Origem	**1- Conferência Municipal de Saúde**
	2 - Audiência Pública
	3 – Problematização

3.3 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Atendimento Móvel de Urgência	**1- Reduzir de 22 minutos para 19 minutos o "tempo resposta" médio das ocorrências primárias classificadas com prioridade máxima de urgência. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Tempo resposta médio das ocorrências primárias reduzido (3 minutos). (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: TEMPO RESPOSTA DAS OCORRÊNCIAS = N (Hora de chegada da equipe móvel no local da ocorrência primária classificada como prioridade máxima de urgência) – N (Hora de entrada da ligação no telefone 192) TEMPO RESPOSTA MÉDIO = nº de minutos do tempo resposta das ocorrências primárias de prioridade máxima de urgência/ nº de ocorrências primárias de prioridade máxima de urgência. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	22

Análise Situacional:

O ano de referência para análise situacional é agosto de 2021. A referência para linha de base é a série histórica de janeiro a junho de 2021 baseado na média do tempo resposta médio de 22 minutos para ocorrências primárias classificadas com prioridade máxima. Sendo assim, a linha de base correspondente é 22 minutos.

Essa meta se originou da meta do PMS 2018-2021 "Reduzir de 21 minutos para 19 minutos (9,6%) o "tempo resposta" médio das unidades móveis SAMU em ocorrências de prioridade máxima de urgência", sendo reprogramada para PMS 2022-2025 descrita da

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

seguinte forma: “Reduzir de 22 minutos para 19 minutos o “tempo resposta” médio das ocorrências primárias classificadas com prioridade máxima de urgência.”

Um dos indicadores de avaliação de desempenho referente à qualidade da atenção pré-hospitalar mais utilizado em estudos no Brasil e no mundo é o TEMPO RESPOSTA. Este compreende o horário inicial de entrada da ligação do solicitante no telefone 192, solicitando o socorro, até a chegada da primeira equipe de atendimento no local do evento. A classificação do grau de urgência é realizada pelo médico regulador, bem como o tipo de viatura a ser empenhada na ocorrência.

A sua relevância se dá pelo fato de que várias causas de morbimortalidade são minimizadas e obtém melhores resultados assistenciais (redução de mortes, sequelas e sofrimento) quando ocorre o início precoce do tratamento em ambiente pré-hospitalar e posterior encaminhamento para a rede hospitalar pactuada, apropriada para o caso (grade de referência). Exemplos de situações comuns e de alta prevalência são as síndromes coronarianas, doenças cardiológicas diversas, acidentes vasculares cerebrais, outras doenças cerebrovasculares, paradas cardiorrespiratórias, politraumas, insuficiência respiratória, distúrbios metabólicos agudos, diversas causas externas como ferimentos por arma de fogo, dentre outros.

Uma variedade de fatores pode interferir neste tempo resposta do socorro, uma vez que temos 4 etapas:

1) recepção do chamado: pelo telefonista auxiliar de regulação médica,

2) tempo de decisão sobre a demanda: pelo médico regulador,

3) tempo de preparo da equipe,

4) tempo de deslocamento até o endereço da ocorrência: realizada pelas equipes de suporte básico e/ou avançado de vida, além das motolâncias.

Este indicador norteia e direciona várias ações possíveis para melhoria do serviço, por isto está sendo utilizado como meta para o quadriênio de 2022-2025, repetindo a meta de 2018-2021, mas com nova proposta de alcance e inclusão de outras ações estratégicas.

Se a presteza é essencial para o atendimento de urgências, é necessário que haja ambulâncias para garantir o tempo resposta adequado. Além disso, há nas diversas etapas elementos indispensáveis para que haja fluidez no atendimento, sendo eles, quantidade adequada de recursos humanos para recepção do chamado, regulação e assistência, protocolos bem definidos em todas as etapas deste processo, bases descentralizadas para as viaturas, treinamentos de todas as equipes, logística adequada e tecnologias em prol desta finalidade.

Mantivemos a meta de reduzir o tempo resposta por esta ser um indicador confiável de qualidade do serviço pré-hospitalar. No PMS 2018-2021, quando tínhamos uma média de 21

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

minutos (linha de base), traçamos esta mesma meta de redução do tempo resposta de 21 para 19 minutos, entretanto ficou bastante prejudicado seu alcance por conta dos seguintes aspectos:

1) Entre os anos de 2018 e 2019 a disponibilidade da frota completa estava bastante reduzida, só sendo superada a partir de 2019 com a aquisição e substituição de 11 viaturas,

2) Alta demanda de transportes de unidades de saúde para hospitais, o que diminui a disponibilidade das unidades móveis para atenderem ocorrências primárias (Gráfico 1),

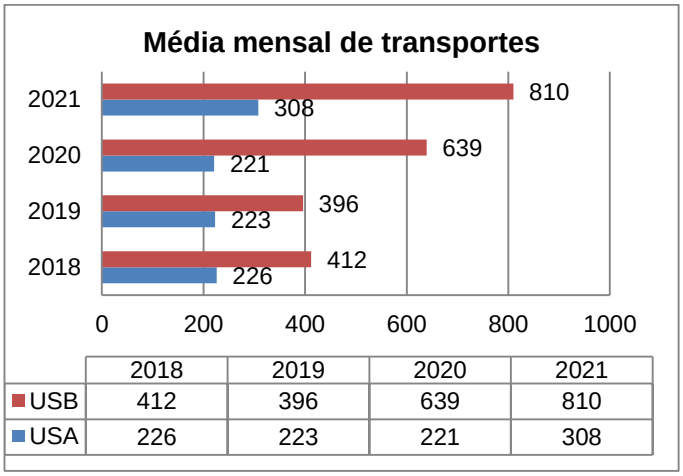
3) Sistema E-SUS SAMU lento e com muitos travamentos,

4) Déficit persistente de recursos humanos para atendimento das chamadas de socorro (quadro fixo de TARM),

5) Pandemia por COVID-19 iniciada no ano de 2020 que aumentou a demanda de transportes e agravou a retenção de viaturas (macas);

6) Retenção frequente de macas de viatura/equipes em hospitais.

Gráfico 1 – Média mensal de transportes realizados pelo SAMU Campo Grande, nos anos de 2018 a junho de 2021;



	2018	2019	2020	2021
USB	412	396	639	810
USA	226	223	221	308

USB: Unidade de Suporte Básico de Vida

USA: Unidade de Suporte Avançado de Vida

A média mensal de transporte foi aumentando gradativamente desde 2018, com o agravante de que, nos anos 2020 e 2021 a maioria foi de pacientes com suspeita ou confirmados de infecção pelo COVID-19, o que gera maior tempo de viatura ocupada no transporte. Após o transporte de pacientes nesta condição citada é realizada uma desinfecção da viatura, após o tempo de passagem do paciente no destino, que está em torno de 20 a 30 minutos para ação dos produtos desinfetantes.

Para traçar o valor da meta utilizamos como referência os parâmetros definidos pelo *Committee on Trauma Of surgeons* (EUA) em seus manuais de instrução de cursos (ATLS, PHTLS) onde o ideal para atendimento ao paciente vítima de trauma é de até 20 minutos e

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

da *American Heart Association* (EUA) em conjunto com comitês internacionais de reanimação que define como ideal para desfibrilação de pacientes em parada cardiorrespiratória o tempo inferior a 5 minutos;

Optou-se por analisar e acompanhar as ocorrências primárias classificadas pelo médico regulador com grau máximo de urgência (vermelha), pois nestes casos, todos os recursos logísticos do momento em que a ocorrência é gerada são redirecionados para o alcance do melhor tempo resposta possível. É neste momento mais crítico que é criteriosa a escolha de viaturas, equipes, código de deslocamento nas vias de tráfego e apoios para o local, tendo ciência que a intervenção precoce vai determinar o melhor resultado possível em ambiente pré-hospitalar.

Em termos de impacto financeiro para inserção de outras estratégias destacamos as ações que serão adicionadas.

Sendo assim, algumas ações já são rotineiras e fazem parte do processo de trabalho do SAMU Campo Grande - MS, tais como, os treinamentos de todas as equipes baseadas em protocolos vigentes que ocorrem a cada dois anos na forma de re-certificação e bimestralmente nas reuniões e atualizações de temas.

Em relação aos protocolos, sua última atualização foi em 2018, atendendo ainda aos quesitos atuais.

A frota está renovada e realizando rotineiramente suas manutenções preventivas e reparadoras, que foi apontada como sugestão de meta na 8ª Conferência Municipal de Saúde -2019.

As bases permanecem descentralizadas e possuem uma programação de reformas e adequações.

Destacaremos na Programação Anual de Saúde (PAS) as ações que julgamos mais impactantes para o alcance da meta e que não fazem parte da rotina ou do processo de trabalho do SAMU Campo Grande - MS.

As ações compreendem a reposição de telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e médicos reguladores na Central de Regulação do SAMU, a fim de agilizar o fluxo interno dos chamados de socorro e adequar o quantitativo de recursos humanos exigido na Portaria de Consolidação n. 6/2017 conforme o porte da nossa Central. Além do quadro fixo será necessário ampliar o número de plantonistas (noturno, feriado e finais de semana) dos TARM's, acompanhando o quadro estabelecido nas 24 horas de funcionamento da Central de Regulação.

As outras ações são as ampliações (habilitação/qualificação) de mais uma equipe de Suporte Básico de Vida e duas equipes de motolância, oferecendo recursos móveis para redução do tempo resposta e absorção da demanda. A anualização da meta se baseará:

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

2022 - redução de 22 minutos para 21,5 minutos;

2023 - redução de 21,5 minutos para 21 minutos;

2024 - redução de 21 para 20 minutos;

2025 - redução de 20 para 19 minutos.

As principais dificuldades para alcance da meta envolve disponibilidade dos veículos da frota, alta demanda de transportes, sistema operacional com travamentos e falhas, déficit de recursos humanos nas áreas operacionais e retenção de macas do SAMU em unidades hospitalares.

O custo previsto para o ano de 2022, conforme o mês em que a ação física for executada/iniciada, está descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Impacto financeiro para o quadriênio do PMS 2022-2025 do SAMU Regional Campo Grande, 2021.

Item	Valor (mensal)
Repor servidores da Central de regulação (médico regulador e TARM)	R$ **3.281.964,94**
Ampliar o número de plantonistas TARM na Central de Regulação	R$ **1.130.610,70**
Ampliação de 1 equipe de suporte básico de vida	R$ **2.157.748,10**
Ampliação de 2 equipes de motolância	R$ **1.413.808,80**
TOTAL	**R$ 7.984.132,50**

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Urgências</td><td>2 - Promover 480 capacitações para as equipes multiprofissionais das unidades de urgência e emergência. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de capacitações por unidade de urgência e emergência. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de capacitações por unidade de urgência e emergência. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>30</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O ano de referência da análise situacional é agosto de 2021. Portanto a referência para linha de base são 30 capacitações no ano de 2019.

A meta se originou da problematização identificada pela área técnica a partir da preocupação com a qualidade da assistência prestada durante atendimento pré-hospitalar móvel e fixo.

Com o objetivo de prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento, conforme Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017.

Uma das principais diretrizes que norteia a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é a qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para trabalhadores e gestores.

Em uma série histórica e considerando a linha de base 30 capacitações, referente ao ano de 2019, podemos observar que foram realizadas capacitações, porém não por unidade:

- ✓ No ano de 2017 foram realizadas 21 capacitações;
- ✓ No ano de 2018 foram realizadas 34 capacitações;

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

- ✓ No ano de 2019 foram realizadas 30 capacitações;

A proposta é realizar 01 capacitação por mês/unidade. Totalizando 120 capacitações/ano para fins de comprovação da execução de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação, conforme Portaria de Consolidação n° 3, de 28 de setembro de 2017.

A proposta de anualização para os 04 anos da vigência deste Plano é:

2022: Promover 120 capacitações para as equipes multiprofissionais das unidades de urgência e emergência;

2023: Promover 120 capacitações para as equipes multiprofissionais das unidades de urgência e emergência;

2024: Promover 120 capacitações para as equipes multiprofissionais das unidades de urgência e emergência;

2025: Promover 120 capacitações para as equipes multiprofissionais das unidades de urgência e emergência.

Em relação às dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar o déficit de recursos humanos por atestados, férias, licenças médicas, além das Emergências em Saúde Pública, em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população. As capacitações propostas serão realizadas pelos próprios profissionais das unidades de urgência e emergência, neste sentido sem custo acrescido para quadriênio.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Urgência	**3 - Reduzir em 4% a proporção de atendimentos de pacientes adultos classificados na cor azul nas unidades de urgência e emergência. (%)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Proporção dos atendimentos de pacientes classificados na cor azul nas unidades de urgência e emergência. (%)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Numerador: Número de atendimentos adultos classificados na cor azul nas unidades de urgência e emergência. Denominador: Total de atendimentos adultos classificados nas unidades de urgência e emergência, referente ao ano anterior x 100	**%**	18,97%

Análise Situacional:

O ano de referência da análise situacional é agosto de 2021. Portanto, o ano de referência é 2020, sendo o valor de referência 141.246 (Nº de Atendimentos Classificados na cor azul adulto nas unidades 24h em 2020) / 744.392 (Total de Atendimentos classificados Adulto nas unidades 24h em 2020) X 100 = 18,97%.

A meta se originou da problematização a partir do PMS 2018-2021: “Reduzir de 33,59% para 25,59% a proporção de atendimentos dos pacientes ambulatoriais (pacientes adultos - classificados como azuis) nas unidades 24 horas”, sendo identificada pela área técnica a partir da alta demanda de pacientes classificados como azuis nas unidades de urgência e emergência, superlotando as unidades.

A proporção ideal é reduzir em 4% no período de execução do plano.

Com o objetivo de reduzir o tempo de espera dos pacientes classificados na cor azul, garantindo a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando a territorialização, conforme Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Em 2017 essa proporção foi de 31,50% - 192.192 (Nº de atendimentos Classificados na cor azul adulto nas Unidades 24h em 2017) / 610.062 (Total de atendimentos classificados Adulto nas Unidades 24h em 2017) x 100 = 31,50%.

Em 2018 essa proporção foi de 26,64% - 186.699 (Nº de Atendimentos Classificados na cor azul adulto nas unidades 24h em 2018) / 700.751 (Total de atendimentos classificados Adulto nas unidades 24h em 2018) x 100 = 26,64%.

No ano de 2019 esse valor foi de 20,59% - 175.716 (Nº de Atendimentos Classificados na cor azul adulto nas Unidades 24h em 2019) /853.202 (Total de atendimentos classificados Adulto nas Unidades 24h em 2019) x 100 = 20,59%.

A fonte utilizada para captação dos dados foi o sistema HYGIA/SMS.

A proposta de anualização para os 04 anos da vigência deste Plano é reduzir 1% ao ano os pacientes adultos classificados na cor azul: 2022 - 1%; 2023 - 1%; 2024 - 1%; 2025 - 1%.

Considerando que as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Centros Regionais de Saúde (CRS) são porta de entrada para casos de Urgência e Emergência a proporção ideal seria não haver atendimento aos pacientes com Classificação azul, devendo esses serem referenciados para a Rede de Atenção Básica, porém devido a facilidade no acesso e a resolutividade no atendimento, bem como, na realização de exames laboratoriais, com resultados em curto espaço de tempo, a população opta por procurar as Unidades de Saúde 24h.

As unidades de urgência e emergência vêm trabalhando nos últimos anos com a contrarreferência dos pacientes classificados na cor azul. Tal ação é realizada em parceria com o Serviço Social, orientando-os quanto ao serviço ofertado na área adscrita.

Observamos como principal dificuldade o tipo de serviço ofertado, ou seja, o tempo resposta do atendimento médico e dos exames laboratoriais e de imagem disponíveis nas unidades de urgência e emergência.

Não há impacto financeiro previsto para esta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

<table>
<tr><th>Setor</th><th colspan="2">Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Urgência</td><td colspan="2">4 - Ampliar de 05 para 08 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). (Nº Absoluto).</td><td>N° Absoluto</td><td>5</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é agosto de 2021.

A meta “Ampliar de 05 para 08 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)” foi originada da Proposta da 8ª Conferência Municipal de Saúde, no Eixo I – Saúde como direito, item 13: “Ampliar o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD (SESAU) com as condições necessárias para a execução do trabalho” e continuidade do PMS 2018-2021 como “21 - Habilitar 3 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). (Nº absoluto)”.

O componente de atenção domiciliar tem por objetivo a redução de demanda por atendimentos hospitalares e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, bem como a humanização da atenção, a desinstitucionalização / desospitalização e ampliação da autonomia dos usuários. É uma modalidade de atenção à saúde integrada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

Dessa forma, desde de 2014 até julho de 2021, o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD possui 05 equipes EMAD habilitadas sendo:

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

• Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), **2** EMAD Portaria nº 1.094, de 28 de maio de 2012 e Portaria nº 169, de 11 de março de 2014.

• Hospital de Câncer Alfredo Abrão (HCAA)- Campo Grande/MS, **1** EMAD, conforme Portaria nº 263, de 31 de março de 2014.

• Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS (SESAU), **2** EMAD habilitadas pela Portaria GM/MS n° 1.810 de 22 de Julho de 2019.

Não houve habilitação nos anos de 2020 e 2021 (até o mês de julho/2021), conforme demonstrado na série histórica abaixo:

ANO	EMAD	Localização	Região / Abrangência
2018	**Não houve habilitação**	-	-
2019	**4ª**	EMAD - SESAU	Prosa / Segredo
	5ª	EMAD - SESAU	Bandeira
2020	**Não houve habilitação**	-	-
2021	**Em andamento**	-	-

De acordo com a portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 onde define no capitulo III – Art. 26, que os Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo I e no Art. 28 que os municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 novos habitantes.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2018, o município de Campo Grande - MS, capital de Mato Grosso do Sul, possuía uma população estimada em 885.711 pessoas, e para suporte às necessidades de saúde voltadas à atenção primária, conforme Diário Oficial de Campo Grande – MS (DIOGRANDE), Decreto n.13.529 de 29 de maio de 2018, estimou-se dessa forma, que o município de Campo Grande/MS alcançara 100% de cobertura habilitando 03 novas equipes, alcançando assim o somatório de 08 EMAD com as 05 equipes já implantadas e habilitadas até a presente data.

Considerando o envelhecimento populacional, entende-se que a medida que esse fenômeno acontece, há um aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumentando também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos.

O período pandêmico da COVID-19 que gerou sequelas transitórias e permanentes nos usuários acometidos, houve aumento considerável dos casos de problemas pulmonares com necessidade de oxigenoterapia, cuidados em reabilitação e/ou paliativos.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Dessa forma, a proposta/previsão de anualização da meta para os próximos anos é:

ANO	EMAD
2022	1 EMAD
2023	1 EMAD
2024	1 EMAD
2025	-

As maiores dificuldades para o alcance da meta são disponibilidade de recursos humanos, espaço físico para comportar as equipes de profissionais (principalmente dentro das UPAS que, conforme a Portaria é o mais indicado), veículos/transporte exclusivo e qualificado para as equipes e seus materiais Medico/Hospitalares, permanentes e de consumo.

O impacto financeiro ao final dos 4 anos da vigência deste Plano seria de R$ 2.289.000,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

<table>
<tr><th>Setor</th><th colspan="2">Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Urgência</td><td colspan="2">5 - Ampliar de 01 para 04 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) implantadas. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) implantadas. (Nº Absoluto)</td><td>N° Absoluto</td><td>1</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é agosto de 2021.

A meta “Ampliar de 01 para 03 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)” foi originada da Proposta da 8ª Conferência Municipal de Saúde, no Eixo I - Saúde como direito, item 13: “Ampliar o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD (SESAU) com as condições necessárias para a execução do trabalho” e continuidade do PMS 2018-2021 “22- Habilitar 2 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). (Nº absoluto)”.

O componente de atenção domiciliar tem por objetivo a redução de demanda por atendimentos hospitalares e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, bem como a humanização da atenção, a desinstitucionalização / desospitalização e ampliação da autonomia dos usuários. É uma modalidade de atenção à saúde integrada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

Dessa forma, até 02 de agosto de 2021, o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD possui 01 equipe EMAP habilitada em 2012 sendo:

- Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) – 1 EMAP conforme Portaria nº 1.094, de 28 de maio de 2012.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Não houve habilitação nos anos de 2018 e 2021 (até o mês de julho/2021), conforme demonstrado na série histórica abaixo:

ANO	EMAD	Localização	Região/Abrangência
2018	**Não houve habilitação**	-	-
2019	**Não houve habilitação**	-	-
2020	**Não houve habilitação**	-	-
2021	**Em andamento**	-	-

Considerando a portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 onde define no capitulo III - Art. 26, que os Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1 e no Art. 28 que os Municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

Considerando a portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 onde define no capitulo III - Art. 29, que todos os Municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas.

Considerando ainda os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2018, o município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, possuía uma população estimada em 885.711 pessoas, e para suporte às necessidades de saúde voltadas à atenção primária, conforme Diário Oficial de Campo Grande - MS (DIOGRANDE), Decreto n.13.529 de 29 de maio de 2018, estimou-se dessa forma, que o município de Campo Grande/MS alcançaria 100% de cobertura habilitando 3 novas equipes EMAP.

O cálculo foi realizado considerando a população do município e já prevê a cobertura de EMAP para as EMAD que necessitam de habilitação para cumprimento da meta.

No envelhecimento populacional, entende-se que a medida que esse fenômeno acontece, há um aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumentando também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos.

O período pandêmico da COVID-19 que gerou sequelas transitórias e permanentes nos usuários acometidos, houve aumento considerável dos casos de problemas pulmonares com necessidade de oxigenoterapia, cuidados em reabilitação e/ou paliativos.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Dessa forma, a proposta/previsão de anualização da meta para os próximos anos é:

ANO	EMAP
2022	**1 EMAP**
2023	**1 EMAP**
2024	**1 EMAP**
2025	**-**

As maiores dificuldades para o alcance da meta são disponibilidade de recursos humanos, espaço físico para comportar as equipes de profissionais (principalmente dentro das UPAS que, conforme a Portaria é o mais indicado), veículos/transporte exclusivo e qualificado para as equipes e seus materiais Medico/Hospitalares, permanentes e de consumo.

O impacto financeiro ao final dos 4 anos da vigência deste Plano seria de R$ 892.500,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Especializada</td><td>6 – Reativar o Hospital “Vó Honória Martins Pereira” com novo escopo de prática. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Hospital “Vó Honória Martins Pereira” reativado com novo escopo de prática. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Hospital “Vó Honória Martins Pereira” reativado com novo escopo de prática. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é Agosto de 2021.

A meta se originou do PMS 2018-2021 como “15 - Elaborar projeto de reforma e ampliação do Hospital *Day* Clinic “Vó Honória Martins Pereira”. (Nº absoluto)”.

A partir da necessidade da população e demanda elevada de procedimentos na rede, considerando a insuficiência de oferta de cirurgias eletivas de pequeno e médio porte nas diversas especialidades, principalmente em ortopedia, oftalmologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, angiologia, urologia e ginecologia. Além disso, a insuficiência de exames de média e alta complexidade tem sido considerada um dos fatores responsáveis pela demora no acesso do paciente ao tratamento, comprometendo sua resolutividade.

Com a reativação do Hospital “Vó Honória Martins Pereira” pretende-se propiciar aos usuários do SUS de Campo Grande - MS e sua Macrorregião a realização de cirurgias eletivas com internação de curta permanência e em tempo oportuno evitando a urgencialização das cirurgias eletivas, e ainda, ofertará exames de ultrassonografia, raio-x, tomografia, endoscopia e colonoscopia reduzindo custos e ampliando acesso.

O edifício contará com 03 salas de cirurgias e 24 leitos de enfermaria. Considerando o tempo de permanência no leito de até 24 horas, a capacidade média de produção será de 24 cirurgias /dia, podendo variar de acordo com a especialidade e tipo de cirurgia a ser realizada.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A ação física proposta em 2022: Realizar 02 reuniões com grupo técnico de planejamento sobre Hospital “Vó Honória Martins Pereira”. Em, 2023 pretende-se equipar o parque tecnológico do Hospital “Vó Honória Martins Pereira”. E, em 2024 Operacionalizar os serviços do Hospital “Vó Honória Martins Pereira”, e 2025, criar instrumento de monitoramento e avaliação dos serviços prestados no Hospital “Vó Honória Martins Pereira”.

As dificuldades para alcance da meta se baseiam nos entraves financeiros, processos de reforma, ampliação e aquisição de equipamentos.

O Impacto financeiro ao final dos 4 anos de vigência deste plano será de R$ 21.281.440,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

<table>
<tr><th>Setor</th><th colspan="2">Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Planejamento e Gestão Participativa e Escritório de Projetos</td><td colspan="2">7 – Elaborar projeto denominado Hospital Municipal de Campo Grande – HMCG. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Projeto Hospital Municipal de Campo Grande elaborado – HMCG. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Projeto Hospital Municipal de Campo Grande elaborado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O ano de referência para análise situacional é agosto de 2020.

Essa meta se originou da meta do PMS 2018-2021 “Elaborar projeto denominado Hospital Municipal de Campo Grande – HMCG”, sendo reprogramada para PMS 2022-2025, tendo em vista que a meta não foi realizada. Considerando o Decreto n° 14.189 de 15 de março de 2020 que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Novo Coronavírus COVID-19; o Decreto n° 14.195, de 18 de março 2020, que declarou situação de emergência no Município de Campo Grande e definiu medidas de prevenção e enfrentamento à COVID-19, bem como o Decreto n° 14.683 de 19 de março de 2021, que determinou a restrição de diversas atividades no município de Campo Grande - MS.

Pelo exposto, em razão da pandemia instalada no Brasil, no Município de Campo Grande, com a publicação de todos os Decretos descriminados de medidas de isolamento social e disposições de medidas para o enfrentamento da pandemia, as reuniões e trabalhos da comissão técnica foram suspensas, impossibilitando a conclusão da Meta, vale ressaltar

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

que a referida Meta foi incorporada ao Plano Municipal de Saúde quando de sua revisão em 2019.

A insuficiência de exames de média e alta complexidade tem sido considerada um dos fatores responsáveis pela demora no acesso do paciente ao tratamento, o que pode comprometer em sua resolutividade.

Um dos prováveis fatores responsáveis pela demanda reprimida é o aumento populacional em detrimento do não incremento financeiro pelo Ministério da Saúde no teto do município, o que tem impossibilitado a ampliação efetiva dos procedimentos de média e alta complexidade.

Além da manutenção do teto financeiro de média e alta complexidade, sem incrementos, o fato de os valores da Tabela SUS estarem totalmente defasados dos valores praticados no mercado, tem gerado a necessidade de aquisição destes procedimentos com suplementação financeira da fonte do município, sendo, portanto urgente a necessidade de ampliação/readequação do teto financeiro de Campo Grande.

Outro fator a contribuir para a grande demanda aos procedimentos de maior complexidade e aporte tecnológico é a baixa resolutividade da Atenção Básica, com baixa cobertura assistencial.

Vale destacar ainda o alto índice de absenteísmo dos usuários em consultas, exames e procedimentos especializados agendados através da Regulação Ambulatorial de Campo Grande/MS, onde o índice geral de absenteísmo no primeiro quadrimestre de 2017 foi de 47%.

O projeto de Cirurgias Eletivas, que corresponde à estratégia no âmbito federal para dar conta das necessidades da população, ampliando a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação– FAEC, recurso extra-teto federal, não foi renovado no ano de 2016. Como este projeto visa diminuir o tempo de espera da população a determinados procedimentos e aumentar a resolutividade do serviço, e não houve a renovação, notou-se a redução do número de cirurgias eletivas em 2016 em comparação ao ano de 2015.

A insuficiência de oferta de cirurgias eletivas nas diversas especialidades, principalmente em Ortopedia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Angiologia, Urologia e Ginecologia tem ocasionado urgencialização das cirurgias eletivas.

Os hospitais que realizam as cirurgias eletivas no município são: Santa Casa, Hospital Regional, Hospital Universitário Maria Rosa Pedrossian – HUMAP/EBSERH, Maternidade Cândido Mariano e Hospital São Julião e Hospital do Câncer.

De acordo com informações da base de dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, do Sistema de Informação Hospitalar – SIH, foram processadas nos estabelecimentos hospitalares de Campo Grande em 2015, 12.270 procedimentos cirúrgicos

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

eletivos e 25.052 procedimentos cirúrgicos de caráter de urgência, o que correspondem a 32,88% de cirurgias eletivas e 67,12% de urgência.

Em relação ao ano de 2016, foram processados 10.142 cirurgias eletivas e 26.042 cirurgias de caráter de urgência, o que correspondem a 28,02% e 71,97% respectivamente.

O município tem sofrido com a insuficiência de leitos de UTI rotineiramente, visto o quantitativo de pacientes advindos de outros municípios da região e também de fora do Estado. Consta nos censos de leitos dos hospitais credenciados ao SUS, regularmente a insuficiência de leitos hospitalares, bem como, nos Centros Regionais de Saúde – CRS e Unidades de Pronto Atendimento – UPA estão sempre lotados, com pacientes aguardando vagas em área amarela e vermelha nos hospitais, o que tem gerado a urgencialização de casos. Desta forma, ações de regulação como visitas técnicas aos hospitais de Campo Grande que compõem a rede SUS, tem contribuído com a otimização da ocupação de leitos.

Há 128 leitos de Retaguarda nos Hospitais Santa Casa e Regional, que correspondem no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, os leitos de cardiologia, clínica geral, Dermatologia, Nefro-urologia, Neurologia, Pneumologia e Pediatria.

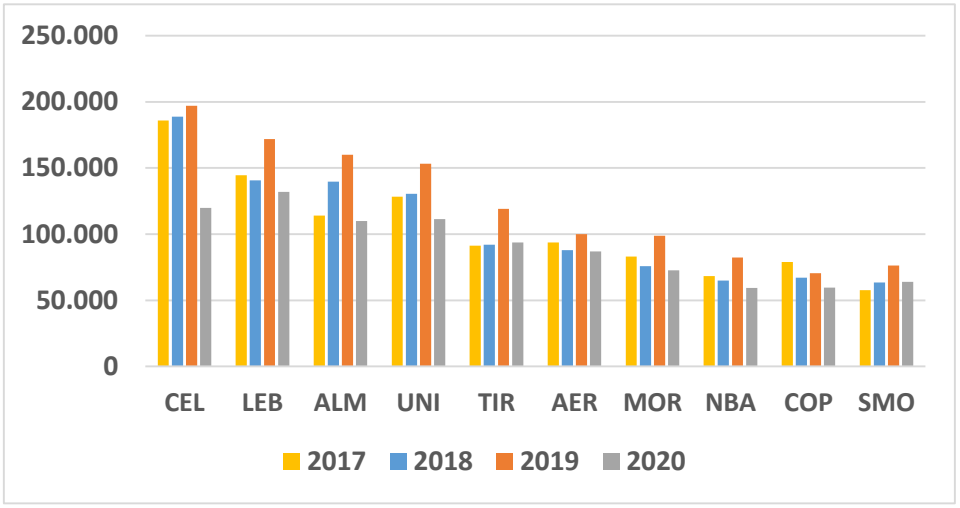
Em março de 2017, a Rede de Atenção à Saúde conta com 116 leitos de UTI adulto habilitados pelo SUS, nos seguintes hospitais: Santa Casa, Hospital Regional, Hospital Universitário, Hospital do Câncer.

Um fator discutível é a desatualização da Programação Pactuada e Integrada – PPI hospitalar, sendo a PPI um processo no qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, com o objetivo de estabelecer e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

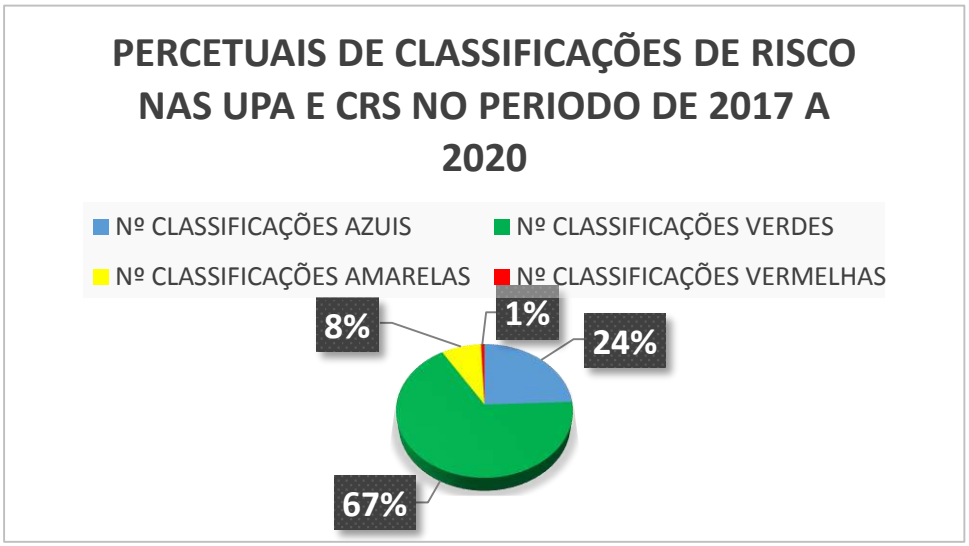
Essa dificuldade se traduz em pacientes do interior e de outros Estados, que não estão contemplados pela PPI e acabam se inserindo no Sistema de Saúde municipal pela Urgência, o que tem inflado sobremaneira a fila de espera por procedimentos de média e alta complexidade, cirurgias eletivas e leitos de UTI.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

TOTAL DE ATENDIMENTOS MÉDICOS NAS UPA E CRS NO PERÍODO DE 2017 A 2020



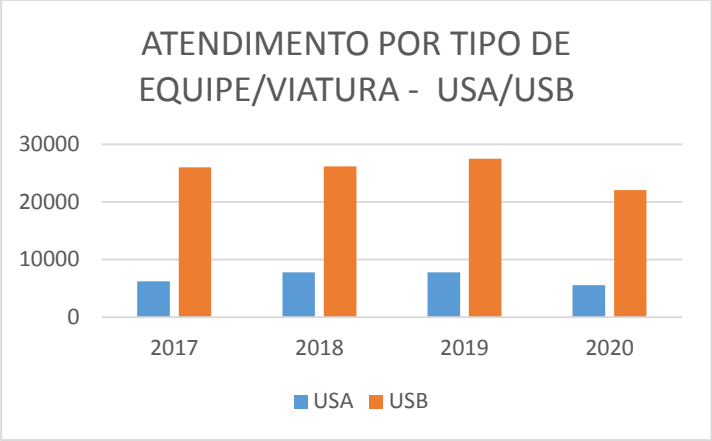
Fonte: Relatório Gerencial da Coordenadoria da Urgência, 2021.



Fonte: Relatório Gerencial da Coordenadoria da Urgência, 2021.

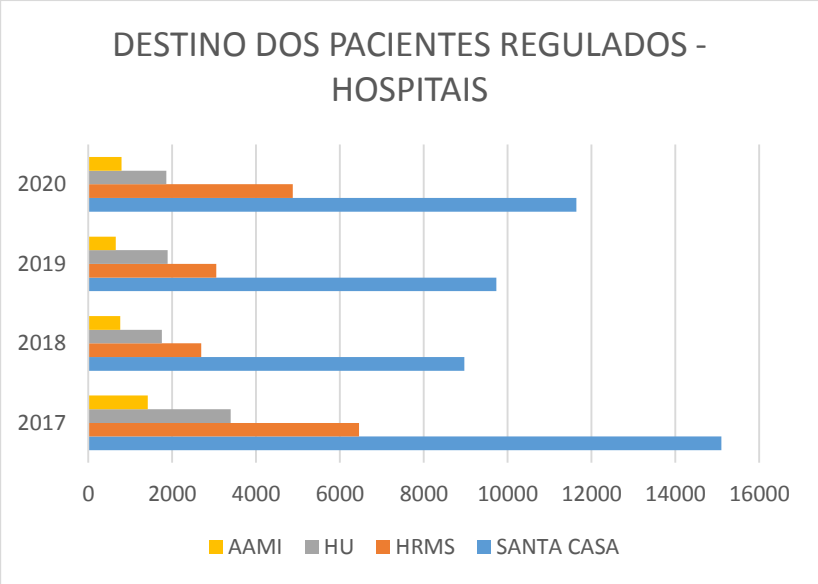
Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

GRÁFICO 1 – Distribuição absoluta das ocorrências segundo o tipo de equipe/viatura empenhada no atendimento, no período de 2017 a 2020, SAMU Regional Campo Grande, 2021.



Fonte: SAMU Regional Campo Grande, 2021.

GRÁFICO 2 – Distribuição absoluta dos atendimentos primários e secundários segundo o destino dos pacientes, no período de 2017 a 2020, SAMU Regional Campo Grande, 2021.



Fonte: SAMU Regional Campo Grande, 2021.

OBS: A partir da segunda quinzena de 2017 as regulações dos pacientes secundários, oriundos de Unidades de Pronto Atendimento e Centros Regionais de Saúde de Campo Grande, passou a ser realizada pela Gerência de Regulação Hospitalar (GRH), vinculada à Supris/SESAU. Os dados do SAMU acima correspondem às regulações dos pacientes primários e transportes dos pacientes secundários com destino já definido pela GRH.

Diante da problemática e a realidade de se propor uma estratégia para o enfrentamento da situação, esta gestão apresenta a proposta de Construção do Hospital Municipal de Campo

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Grande / MS que tem como objetivo ampliar a oferta da atenção Hospitalar assegurando acesso, resolutividade e qualidade na assistência prestada aos munícipes de Campo Grande e em torno.

De acordo com a Resolução SESAU Nº 485, de 14 de Agosto de 2019 foi criada a Comissão técnica para criação, execução do projeto denominado Hospital Municipal de Campo Grande – HMCG.

À Comissão compete realizar o levantamento das características e estruturas assistenciais necessárias, elaborar plano de administração hospitalar e acompanhar as fases de criação, execução e implantação do HMCG.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.1 - Qualificar o acesso e estimular o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.

Setor	**Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025**	**Origem**	
Atenção Básica	**8 - Qualificar as 07 Regiões urbanas da Atenção Primária para escuta qualificada, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e urgências e/ou emergências. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de Regiões urbanas qualificadas na APS. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de Regiões urbanas qualificadas na APS. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	0

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

Esta meta é oriunda de problematização analisada pela área técnica. Até a data 30/07/2021 a Atenção Primária à Saúde (APS) está composta por 72 unidades, sendo 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 58 Unidades de Saúde da Família (USF) em 07 regiões distritais no município.

Considerando que a APS atua como principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede e orienta-se pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário.

A APS objetiva resolução em 85% das demandas do território, e para tal faz-se necessária a ampliação do acesso, humanização da assistência, fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, equidade e integralidade nas unidades de saúde.

Vale ressaltar que o tema escuta qualificada, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e urgências e/ou emergências sempre foi desafiador na prática cotidiana da atenção primária, e que faz parte da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e presente no Caderno de Atenção Básica nº 28 volume I e II, sendo necessária sua qualificação e fortalecimento adequando as políticas vigentes.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A qualificação envolve três eixos:

1) Confecção de documento norteador sobre o fluxo de atendimento à demanda espontânea e urgências e/ou emergências na APS;

2) Capacitação dos 07 distritos sanitários para implantação/implementação do fluxo de atendimento à demanda espontânea e urgências e/ou emergências na APS; e

3) Monitoramento através de visitas de supervisão nas unidades da APS.

A escuta qualificada, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e urgências e/ou emergências são realizadas rotineiramente nas unidades da APS, entretanto há necessidade de qualificação dentro desta temática visto que a pandemia de COVID-19 impactou diretamente nos processos de trabalho, com mudança de fluxos e protocolos de atendimento.

Considerando o número atual de 07 Regiões urbanas da APS, a meta anualizada para o quadriênio será “Qualificar as 07 Regiões urbanas da Atenção Primária para escuta qualificada, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e urgências e/ou emergências. ”

Os entraves para alcance da meta podem ser os adventos como a pandemia e demais situações adversas e/ou imprevisíveis ao longo do quadriênio.

Em relação ao alcance da meta com a implantação do fluxo, capacitação e monitoramento não há impacto financeiro.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Segurança do Paciente	**1 - Executar o Plano de Segurança do Paciente. (N° Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Plano de Segurança do Paciente executado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Plano de Segurança do Paciente executado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	0

Análise Situacional:

A análise situacional teve como referência o primeiro semestre de 2021.

Está meta se originou como continuidade do PMS 2018-2021 “16- Implantar o Programa de Segurança do Paciente. (Nº Absoluto)”.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde mediante a publicação da Portaria n° 529, de 1º de abril de 2013, que tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território Nacional e Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 36, de 25 de Julho de 2013, que institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

No município de Campo Grande- MS, a Resolução SESAU n. 345, de 04 de agosto de 2017, instituiu as ações para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e deu outras providências. O regimento interno do Núcleo de Segurança do Paciente – SESAU é estabelecido pela Resolução SESAU n. 502, de 11 de dezembro de 2019.

Compete ao NSP: promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias. O monitoramento dos incidentes e eventos adversos é realizado pelo NSP através das notificações de incidentes e eventos adversos.

Os protocolos de Segurança do Paciente (protocolo de Identificação do Paciente, de Higiene das mãos, de Cirurgia Segura, de Medicação Segura, de Prevenção de Quedas e de Prevenção de Lesão por Pressão) são instituídos pelas portarias MS nº. 1377 de 9 de julho de 2013 e Portaria MS nº. 2095 de 24 de setembro de 2013. Estes são adaptados no município para a realidade da rede de saúde através do Colegiado da Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, estabelecido pela Resolução SESAU n. 544, de 02 de Julho de 2020, garantindo a participação multiprofissional nessas adaptações, uma vez que originalmente enfatizam a vertente hospitalar.

Nesse sentido, a Resolução SESAU n. 511, de 14 de fevereiro de 2020, aprovou os protocolos de higiene das mãos e de identificação do paciente do Núcleo de Segurança do Paciente. A Resolução SESAU n. 585, de12 de fevereiro de 2021, aprovou o Protocolo de Contenção de Pacientes com Agitação Psicomotora e Agressividade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS e deu outras providências, que constitui anexo ao protocolo de prevenção de quedas e a Resolução SESAU n. 597, de 6 de abril de 2021, aprovou o protocolo de Cirurgia Segura da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS.

Os Protocolos de medicação segura, de Prevenção de quedas e de prevenção de lesão por pressão encontram-se em fase final de conclusão para seguimento em consulta pública por toda rede e por fim publicação em diário oficial.

As notificações de incidentes, eventos adversos e circunstâncias notificáveis são discutidas em reuniões ordinárias do Núcleo de Segurança do Paciente, bem como são convocadas extraordinárias para conclusão de eventos adversos graves ou rumores de óbitos por falha na assistência.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Desse modo, a partir da publicação de todos os protocolos citados, será possível concluir o Plano de Segurança do Paciente (PSP) – SESAU, pois este estabelece as diretrizes para as ações de segurança do Paciente no âmbito municipal, tornando possível a construção do PSP em cada Unidade de Saúde e sua execução.

Portanto, o PSP deve conter as ações físicas para implementação dos protocolos de Segurança do paciente (Identificação segura de pacientes, higiene das mãos, cirurgia segura, medicação segura, Prevenção de quedas e contenção e Lesão por pressão), notificação de incidentes e eventos adversos, bem como circunstâncias notificáveis e ainda investigação dos mesmos se a Unidade de Saúde optar por constituir seu próprio Núcleo de Segurança do Paciente. Ressalta-se que os incidentes sem danos, de grau leve a moderado podem ser investigados pelas Unidades de Saúde notificantes. Ressalta-se também que os protocolos de identificação do Paciente, higiene das mãos e cirurgia segura já estão implantados, soma-se a eles o protocolo de contenção de pacientes com agitação psicomotora e agressividade. Os protocolos de medicação segura, prevenção de quedas e de prevenção de lesão por pressão serão implantados em 2021.

O indicador de 2017 até 2021 é zero, pois somente após a conclusão de todos os componentes da RDC 36 é possível concluir os PSP das Unidades de Saúde assistenciais do município. O ideal é que cada Unidade de Saúde possua seu PSP e execute-o.

Por fim, para execução do Plano de Segurança do Paciente são necessárias as seguintes estratégias: Capacitar os Distritos Sanitários das Regiões de Saúde sobre a construção do Plano de Segurança do Paciente das Unidades de Saúde (2022); Capacitar as Unidades de Saúde da Rede de Atenção às Urgências, Especializada, Psicossocial e Odontológica sobre a construção do Plano de Segurança do Paciente (2023); Capacitar as Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica sobre a construção do Plano de Segurança do Paciente (2024); Promover o Encontro sobre boas práticas em Segurança do Paciente no âmbito municipal (2025).

Em relação às dificuldades quanto ao alcance da meta é importante descrever que cada Protocolo de Segurança do Paciente é dependente de investimentos. O Protocolo de Identificação do paciente orienta o uso de pulseiras de identificação que apenas para Rede de Atenção ás Urgências envolve o investimento de R$ 1,6 milhões anuais, em atenção ao indicador recomendado pelo Ministério da Saúde. O Protocolo de higiene das mãos é dependente de disponibilidade de estrutura física, materiais e insumos necessários a higiene das mãos.

O Protocolo de Cirurgia segura, bem como o Protocolo de Medicação Segura é dependente de Sistema de Informação que no primeiro caso agregue o registro correto do *checklist* e no segundo caso que agregue a distribuição segura de medicamentos, que permita

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

rastreabilidade e alertas, desde alergias até interações medicamentosas e principalmente que agregue o processo de trabalho das categorias profissionais que são exigidos pelos conselhos de fiscalização. Em relação ao Protocolo de Prevenção de quedas e de Lesão por Pressão são necessários investimentos em estrutura física, ambiente de trabalho e em mobiliários e enxovais no primeiro protocolo e no segundo em padronização e aquisição de coberturas para prevenção/tratamento das lesões.

Contudo, considerando que o programa ainda não dispõe de Portaria Ministerial de financiamento, os protocolos são adaptados em colegiados, partindo da premissa de recursos financeiros disponíveis ou não, principalmente pela necessidade de institucionalizar a cultura de Segurança do Paciente.

Em relação ao impacto financeiro quanto à execução do Plano de Segurança do Paciente, destaca-se que deixar de implantar o Programa de Segurança do Paciente eleva os gastos em saúde, pois 134 milhões de eventos adversos no cuidado de saúde ocorrem a cada ano, devido a cuidados inseguros em hospitais em países de baixa e média renda, contribuindo para 2,6 milhões de óbitos a cada ano. Estima-se que 1 em cada 10 pacientes internados em países de alta renda sofre algum dano, e que 1 em cada 4 atendimentos na atenção primária e ambulatorial resulta em dano ao paciente e desses 80% são evitáveis.

Entretanto, o impacto financeiro ao final dos quatro anos da vigência deste plano seria de R$ 406.304,25 com implantação das pulseiras de identificação do paciente nas Unidades de Saúde que mantém pacientes em observação até que sejam regulados para hospitais conveniados ou em regime de internação, além dos custos com impressos necessários ao cumprimento de *checklists* de cirurgia segura e ainda os custos com faixas de contenção. Os demais custos com higienização, conservadoria e limpeza já são contemplados pela empresa contratualizada.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>2 - Implantar 02 equipes de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento à população privada de liberdade. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de equipes prisionais implantadas. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de equipes prisionais implantadas. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>6</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

A meta surgiu da problematização setorial, pela necessidade do município em avançar no credenciamento de novas equipes, além de seguir as recomendações previstas no termo de adesão firmado em 2014 entre estado e município com vistas a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que disciplina os objetivos, as diretrizes, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, dos estados e do Distrito Federal, representados pelas Secretarias de Saúde, de Justiça ou congêneres e dos municípios.

As normas de operacionalização dessa política no SUS estão instituídas pelo Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que disciplina os tipos de equipes de saúde prisional e os profissionais que compõem essas equipes. O financiamento federal em caráter de incentivo às equipes habilitadas está disposto no Título II, Capítulo II, Seção IV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Adicionalmente, a Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, redefine normas para o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Com o objetivo

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Primária no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

Estes dados embasam a necessidade do município em avançar no credenciamento de novas equipes, além de seguir as recomendações previstas no termo de adesão firmado em 2014 entre estado e município com vistas a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Considerando a meta de Implantar 02 equipes prisionais, a meta anualizada será "implantar 02 equipes de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento à população privada de liberdade". Sendo 01 equipe em 2022 e 01 equipe em 2023.

As dificuldades para alcance da meta seriam a adequação da estrutura física das unidades prisionais e os recursos humanos para a composição das equipes.

O impacto financeiro será R$ 36.375,00/equipe/mês e R$ 436.500,00/equipe por ano.
Esta estratégia é financiada tanto pelo governo federal, como também pelo Estadual. Considerando que o tipo de equipe a ser implantada está relacionado aos recursos humanos dísponiveis, informamos que financiamento por equipe de Atenção Básica Prisional tipo II é de R$ 19.191,65 mensal e R$ 230.299,80 anual de recursos federais e de aproximadamente R$ 2.111,00 mensal e R$ 25.332,00 anual de recursos estaduais, para equipes de Atenção Básica Prisional do tipo III é de R$ 42.949,96 mensal e R$ 515.399,52 anual de recursos federais e de aproximadamente R$ 4.724,50 mensal e R$ 56.693,95 anual de recursos estaduais.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>3 - Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde da criança. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de distritos sanitários com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde da criança. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

A meta surgiu da problematização setorial, pela necessidade do município em avançar nos cuidados integrais desde a gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 2º).

A PNAISC se estrutura em 07 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados:

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável:

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

A atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado, desenvolve ações para saúde intersetoriais no formato de rede de atenção na qualificação de linha de cuidado em consonância com políticas de saúde e com necessidades da realidade local.

A área da saúde da mulher, da criança/adolescente, tabagismo, equidade em saúde e da alimentação e nutrição têm como proposta ser a meta anualizada a mesma do Plano Municipal: “Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança (PNAISC) com a realização de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários”.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande - MS.

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>4 - Fortalecer as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens com foco nos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de distritos sanitários com ações de fortalecimento nos eixos temáticos estratégicos da saúde adolescente. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de distritos sanitários com ações de fortalecimento nos eixos temáticos estratégicos da saúde adolescente. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

A meta surgiu da problematização setorial, pela necessidade do município em avançar na Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que fazem parte do processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. (Ministério da Saúde, 2010).

Os Temas Estruturantes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens:

1. Participação Juvenil
2. Equidade de Gêneros
3. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
4. Projeto de Vida
5. Cultura de Paz
6. Ética e Cidadania
7. Igualdade Racial e Étnica

A atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado, desenvolve ações para saúde intersetoriais no formato de rede de atenção na qualificação de linha de cuidado em consonância com políticas de saúde e com necessidades da realidade local.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A meta anualizada a mesma do Plano Municipal: Fortalecer as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens com foco nos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários contemplará a área da saúde da mulher, da criança/adolescente, tabagismo, equidade em saúde e da alimentação e nutrição.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande – MS.

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>5 - Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde da mulher. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de distritos sanitários com ações de fortalecimento nos eixos temáticos estratégicos da saúde adolescente. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

A meta surgiu da problematização setorial, pela necessidade do município em avançar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual;

A qualificação das atenção às gestantes, puérperas e crianças no sentido de prevenir a morbimortalidade materna e infantil é uma prioridade nacional, aponta para a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança.

A atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado, desenvolve ações para saúde intersetoriais no formato de rede de atenção na qualificação de linha de cuidado em consonância com políticas de saúde e com necessidades da realidade local.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande - MS.

A anualização da meta do plano para os quatro anos será de “Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários”.

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>6 - Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem – PNAISH através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde do homem. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de distritos sanitários com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde do homem. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

A meta surgiu da problematização setorial, pela necessidade do município em avançar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem (PNAISH) da Portaria nº 1.994, o objetivo de contemplar os cinco eixos: Acesso e acolhimento; Paternidade e cuidado; Prevenção de violência; saúde sexual e reprodutiva e principais agravos/condições crônicas. Considerando que a população masculina, não tem a frequência de procurar atendimentos de saúde, a Atenção Primária de Saúde visa proporcionar um vínculo mais forte com essa população relacionada ao cuidado.

A atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado, desenvolve ações para saúde intersetoriais no formato de rede de atenção na qualificação de linha de cuidado em consonância com políticas de saúde e com necessidades da realidade local.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande - MS.

A anualização da meta para os quatro anos será a mesma meta do plano “Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem – PNAISH através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 7 distritos sanitários”.

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>7 - Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Idoso através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde do Idoso. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da saúde do Idoso. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

A meta surgiu da problematização setorial, pela necessidade do município em avançar na Política de saúde para contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

A atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado, desenvolve ações para saúde intersetoriais no formato de rede de atenção na qualificação de linha de cuidado em consonância com políticas de saúde e com necessidades da realidade local.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande - MS.

A anualização da meta para os quatro anos será a mesma meta do plano “Qualificar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Idoso através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 7 distritos sanitários.”

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>8 - Qualificar a Política de Promoção da Equidade através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da equidade em saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos da equidade em saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

Esta meta se originou da 8° Conferência Municipal de Saúde de 2019 no “Eixo 1- Saúde como direito, na proposta 43 - Ampliar a equipe do consultório na rua e 71- Implantar e implementar política de prevenção para homens trans e lésbicas”, onde há a nova terminologia utilizada no Brasil, LGBTQIA+. Esta meta é pioneira e visa cobertura de toda população, inclusive, a população afrodescendente, conforme a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

Por ser a principal porta de entrada no SUS, cabe também à Atenção Primária à Saúde (APS) ser espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado, desenvolve ações para saúde intersetoriais no formato de rede de atenção na qualificação de linha de cuidado em consonância com políticas de saúde e com necessidades da realidade local.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande – MS.

A anualização da meta para os quatro anos será a mesma meta do plano “Qualificar a Política de Promoção da Equidade através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários”.

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>9 - Qualificar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 07 distritos sanitários. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos das doenças crônicas. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de distritos sanitários qualificados com ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos das doenças crônicas. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

A meta surgiu da problematização setorial, pela necessidade do município em avançar na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) considera as doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) considera as doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. Segundo o VIGITEL, a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos. O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social. O Estudo de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis.

A qualificação da linha de cuidado do paciente portador de doenças crônicas objetiva o fortalecimento das ações em todos os pontos de atenção da rede de saúde, em especial a APS por ser a porta de entrada prioritária do usuário na RAS e também a ordenadora das redes e coordenadora do cuidado.

Em atenção à Lei dos 60 dias e a proposta da Ampliar e agilizar o acesso do paciente oncológico cumprindo a lei 12.732/12 oriunda da 8ª CMS-2019, a meta de promover a qualificação da linha de cuidado na atenção primária objetiva o fortalecimento das ações em todos os pontos de atenção da rede de saúde, em especial a APS por ser a porta de entrada prioritária do usuário na RAS e também a ordenadora das redes e coordenadora do cuidado. Sendo a identificação do diagnóstico precoce preferencialmente pela APS, bem como devidos encaminhamentos aos outros níveis de atenção para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. É imprescindível os profissionais conheçam os fatores de risco, bem como fluxos e protocolos existentes no município.

Sendo a identificação do diagnóstico precoce preferencialmente pela APS, o estadiamento e manejo bem como devidos encaminhamentos aos outros níveis de atenção para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

Considerando que a hipertensão e diabetes são os principais fatores de risco de desenvolvimento da doença renal crônica, quando não manejados adequadamente. É imprescindível os profissionais conheçam os fatores de risco, bem como fluxos e protocolos existentes no município.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande - MS.

A anualização da meta para os quatro anos será a mesma meta do plano “Qualificar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas através de ações de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos nos 7 distritos sanitários”.

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Especializada</td><td>10 - Ampliar em 10% a oferta de exames de diagnóstico por imagem e métodos gráficos em rede própria. (%)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Nº de exames de diagnóstico por imagem e métodos gráficos em rede própria. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Nº de exames de diagnóstico por imagem e métodos gráficos ofertados em rede própria. (Nº Absoluto)</td><td>N° Absoluto</td><td>163.166</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é agosto de 2021.

Essa meta foi composta com reprogramação das metas do PMS 2018-2021 “Ampliar em 10% a oferta de exames diagnósticos de ultrassonografia na rede própria (%)”, “Ampliar em 75% a oferta de exames de eletroneuromiografia”, além da necessidade de ampliação da oferta dos demais exames citados acima. E, oriunda da proposta da 8° Conferência Municipal de Saúde “Ampliar a oferta de serviço de exames e procedimentos especializados como Ultrassom, ressonância, tomografia, Eletroneuromiografia, endoscopia, Holter e audiometria através da rede própria e ou contratada”.

A rede própria oferta vários exames de diagnóstico por imagem (Ultrassom, Raio-X, Endoscopia, Laringoscopia) e por métodos gráficos (Audiometria, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia, Ecocardiograma, Holter e Teste Ergométrico). Considerando a grande demanda para esses exames e ainda a necessidade de ofertar os mesmos em tempo oportuno para fins de diagnósticos e proporcionando tratamento em tempo hábil, se faz necessária a ampliação da oferta.

Considerando o período de pandemia da COVID-19 a partir de março de 2020, houve a redução da oferta de atendimentos ambulatoriais em consonância aos decretos municipais de enfrentamento à COVID-19. Sendo assim, foi utilizada como linha de base a produção média dos anos de 2019 e 2020. Desta forma a média anual corresponde à 163.166 exames.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Com o acréscimo de 10% à linha de base a projeção é acrescer 2,5% ao ano (4079 exames/ano), sendo que até 2025 será ofertado 179.482 exames de diagnóstico por imagem e métodos gráficos no ano.

Nas unidades próprias foram ofertados em 2017, 217.001 exames, em 2018, 161.096 exames, em 2019 199.200 exames e em 2020 127.131 exames.

A proposta de anualização da meta será de “Ampliar em 2,5% a oferta de exames de diagnóstico por imagem e métodos gráficos em rede própria” ao ano, o qual estão representados em número Absoluto respectivamente, no ano de 2022 167.245 exames, 171.324 exames em 2023, 175.403 exames em 2024 e 179.482 exames em 2025.

As dificuldades para alcance da meta se baseiam em problemas técnicos com equipamentos médicos hospitalares e a vacâncias dos profissionais médicos.

O impacto financeiro da meta considerando a resolução SESAU nº 412 de 14 de setembro de 2018, que estabelece valores de procedimentos diagnósticos realizados por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde será de até R$ 416.704,00 até 2025, sendo R$ 104.076,00 por ano.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Especializada</td><td>11 - Ampliar em 10% a oferta de consulta especializada em Neurologia Adulto na rede própria. (%)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de consulta especializada em Neurologia Adulto em rede própria. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de consulta especializada em Neurologia Adulto na rede própria. (Nº Absoluto)</td><td>N° Absoluto</td><td>4.054</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é Agosto de 2021.

Essa meta se originou do PMS 2018-2021 “Ampliar a oferta de consulta especializada em neurologia adulto, pelo sistema de regulação em 100%”, sendo reprogramada para o próximo plano (2022-2025), com uma nova descrição “Ampliar em 10% a oferta de consulta especializada em Neurologia Adulto na rede própria”.

A Neurologia é uma especialidade médica que apresenta escassez de profissional especialista, em contraponto a demanda de pacientes, o que gerou a necessidade de ampliação da oferta de consulta em Neurologia Adulto, sendo proposta a ampliação da oferta em 10% sendo 2,5% ao ano. Atualmente a Demanda Reprimida para consulta em Neurologia - Adulto é de 1637 usuários (Fonte: Gerência de Regulação Ambulatorial - GRA julho/2021).

Foram realizados em 2017 2.343 consultas, em 2018 2.943 consultas, em 2019 4.798 consultas e em 2020 foram realizadas 3.309 consultas em Neurologia. De janeiro até junho de 2021 foram realizadas1992 consultas em Neurologia Adulto.

Considerando o período de pandemia da COVID-19 a partir de março de 2020, houve a redução da oferta de atendimentos ambulatoriais em consonância aos decretos municipais de enfrentamento à COVID-19. Assim sendo, a **linha de base** será a média anual (2019 e 2020) de consultas especializadas em Neurologia Adulto totalizando 4.054 consultas anuais.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Considerando não haver um parâmetro de referência nacional vigente para a especialidade, foi feita a previsão com o acréscimo de 10% à linha de base, sendo que serão acrescidos 2,5% ao ano (101 consultas/ano), ofertando até 2025 4.459 consultas em Neurologia Adulto em rede própria por ano.

A proposta de anualização da meta para os quatro anos da vigência deste plano é de "Ampliar em 2,5% a oferta de consulta especializada em Neurologia Adulto na rede própria", sendo representadas em número Absoluto para os anos respectivamente, em 2022 oferta de 4.155 consultas, 4.256 consultas em 2023, 4.358 consultas em 2024 e 4.459 consultas em neurologia adulto em 2025.

A dificuldade para alcance desta meta se baseia na possível vacância dos profissionais neurologistas.

Não haverá impacto financeiro com a ampliação pois a mesma será realizada através de reorganização do serviço e monitoramento do aproveitamento das vagas.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Especializada</td><td>12 - Ampliar em 10% a oferta de fisioterapia pela rede própria especializada. (%)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de atendimentos de fisioterapia em rede própria especializada. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Nº de atendimento em Fisioterapia na rede própria especializada. (Nº Absoluto)</td><td>N° Absoluto</td><td>7.337</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é Agosto de 2021.

Essa meta se originou do PMS 2018-2021 “Ampliar em 25% a oferta de fisioterapia pela rede própria especializada”, sendo reprogramada para o próximo plano (2022-2025), com uma nova descrição “Ampliar em 10% a oferta de fisioterapia pela rede própria especializada”.

A grande demanda para o atendimento em Fisioterapia Músculo Esquelética que atualmente é de 5.914 pacientes aguardando (Fonte: Gerência de Regulação Ambulatorial - GRA julho/2021) gerou a necessidade de ampliação da oferta. Em rede própria especializada esse atendimento é ofertado na Unidade Especializada em Diagnóstico e Reabilitação - UERD.

Foram realizados na UERD em 2017 12.800 atendimentos, em 2018 10.573 atendimentos, em 2019 9.798 atendimentos e em 2020 foram realizadas 4.876 consultas em Fisioterapia.

Considerando o período de Pandemia do COVID-19 a partir de março de 2020, houve a redução da oferta de atendimentos ambulatoriais em consonância aos decretos municipais de enfrentamento à COVID-19. Desta forma a linha de base será a média anual (2019 e 2020) dos atendimentos que é de 7.337 atendimentos em Fisioterapia por ano.

Considerando não haver um parâmetro de referência nacional e considerando orientações do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO - MS) que limita os atendimentos à dois pacientes por hora, foi previsto o acréscimo de 10% à linha

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

de base, sendo que serão acrescidos 2,5% ao ano (183 atendimentos/ano), ofertando até 2025 8.071 atendimentos em Fisioterapia na rede própria especializada por ano.

A proposta de anualização da meta para os quatro anos da vigência deste plano é de “Ampliar em 2,5 % a oferta de fisioterapia pela rede própria especializada ao ano.” A anualização da meta representada em número Absoluto será de 7.520 atendimentos em 2022, 7.704 atendimentos em 2023, 7.887 atendimentos em 2024 e 8.071 atendimentos de fisioterapia em 2025.

As dificuldades para alcance da meta poderão ocorrer com as vacâncias de profissionais ou a impossibilidade da ampliação do quadro funcional de fisioterapeutas.

A partir da contratação de um profissional Fisioterapeuta através de concurso/contrato haverá um acréscimo de 252 atendimentos/mês no total, com impacto financeiro de R$ 62.402,76 durante o período de um ano.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Controle e avaliação</td><td>13 - Ampliar em 6% a oferta de procedimentos de diagnose da Rede Complementar em Saúde. (%)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de procedimentos de diagnose. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de procedimentos de diagnose. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>45.003</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Em agosto de 2021, foi realizada a ánalise situacional, na qual teve como linha de base o ano de 2019, considerando que 2020 foi um ano Em agosto de 2020, foi realizada a ánalise situacional, na qual teve como linha de base o ano de 2019, considerando que 2020 foi um ano atípico, em virtude da publicação da Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).

Essa meta se originou da Proposta da 8ª Conferência Municipal de Saúde: “11 - Ampliar e agilizar o acesso do paciente oncológico cumprindo a lei 12.732/12”, uma vez que os procedimentos em questão compreendem exames de tomografia, ressonância e colonoscopia, porém a Lei se refere ao paciente oncológico iniciar o tratamento em no máximo 60 dias, o que já é cumprido pelo munícipio e portanto a ampliação da oferta de procedimentos de diagnose dá celeridade ao início do tratamento, e “46- Ampliar a oferta de serviços de exames e procedimentos especializados como ultrassom, ressonância magnética, tomografia, eletroneuromiografia, endoscopia, *holter* e audiometria, através da rede própria e/ou contratada”.

Os procedimentos elencados para esta meta foram os de Tomografia Computadorizada, Colonoscopia e Ressonância Magnética, os quais corroboram para a grande demanda reprimida de procedimentos de alta e média complexidade e integram o rol de procedimentos diagnósticos das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Outrossim, inteiramos que estes exames de diagnose são realizados em sua totalidade na Rede Complementar em Saúde.

No âmbito ambulatorial, a série histórica do número de procedimentos supramencionados em 2017 foi de 38.634, em 2018 de 38.509, sendo que os hospitais que realizam os três procedimentos são a Santa Casa - ABCG, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS e Hospital do Câncer - HCAA. O hospital que realiza tomografia e colonoscopia é o Hospital Universitário - HUMAP/EBSERH e o Hospital São Julião - HSJ realiza apenas colonoscopia, conforme produção registrada no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA.

A Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada por Frequência por Ano de Atendimento segundo Estabelecimentos CNES - MS, no ano de 2019, correspondeu a 45.003, conforme dados extraídos em 11 de agosto de 2021 no Sistema de Tabulação do DATASUS - TABWIN.

O aumento da oferta em 6% corresponderá ao valor total de 2.700 procedimentos a mais no quadriênio 2022-2025 a partir da linha de base 2019, ou seja, incremento de 675 por ano, o qual totalizará 47.703 exames realizados e registrados no SIA ao final de 2025. A cada ano haverá ampliação de 1,5%.

EM 2019 – LINHA DE BASE = 45.003

45.003 – 100%

x – 6%

45.003 . 6 = 2.700,

x= 45.003 + 2.700 ao final de 2025 o totalizará 47.703.

A Gerência de Controle e Avaliação - GCA busca viabilizar ações para ampliação das ofertas através de pactuações com os estabelecimentos sem fins lucrativos já conveniados, e também os habilitados como serviço de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON.

A proposta para anualização da meta será:

2022, 2023, 2024 e 2025: Ampliar em 1,5% a oferta de procedimentos de diagnose da Rede complementar em saúde.

O impacto financeiro correspondente a ampliação de 2.704 procedimentos ao final dos 4 anos seria de aproximadamente R$ 349 mil reais.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Pactuação Assistencial	**14 - Repactuar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) com 23 municípios da Macrorregião e Microrregião de Campo Grande. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Número de municípios da Macrorregião e Microrregião de Campo Grande com PPI repactuada. (N° Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de municípios da Macrorregião e Microrregião de Campo Grande com PPI repactuada. (N° Absoluto)	N° Absoluto	10

Análise Situacional:

Em agosto de 2021, foi realizada a análise situacional para a construção desta meta.

Esta meta se originou de problematização setorial. A Programação Pactuada e Integrada - PPI é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

O Estado do Mato Grosso do Sul possui 79 municípios divididos em quatro regiões de saúde, conforme aprovado pela Resolução nº 59/SES/MS, de 27 de junho de 2012. A regionalização do estado reflete as condições sanitárias de saúde de cada região, ocasião que possibilita a organização dos municípios em torno de uma sede de microrregião com capacidade resolutiva no atendimento de parte das demandas de atendimento da região inserida.

A **Macrorregião de Campo Grande** é composta por trinta e quatro municípios, constitui a maior microrregião do Estado do Mato Grosso do Sul (MS) com um volume

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

populacional de aproximadamente 1.419.255 habitantes, sendo, portanto, a maior e mais densa região do Estado.

A Macrorregião de Campo Grande é constituída pelas seguintes Microrregiões: **Jardim** (municípios: Jardim, Caracol, Guia Lopes da Laguna, Porto Murtinho, Bela Vista e Bonito); **Aquidauana** (municípios: Aquidauana, Anastácio, Dois Irmãos do Buriti, Nioaque, Bodoquena e Miranda); **Coxim** (municípios: Coxim, Alcinópolis, Pedro Gomes, Rio Verde de Mato Grosso e Sonora); **Campo Grande** (município**s:** Campo Grande, Chapadão do Sul, Costa Rica, São Gabriel do Oeste, Camapuã, Maracaju, Rio Negro, Bandeirantes, Corguinho, Nova Alvorada do Sul, Jaraguari, Paraíso das Águas, Figueirão, Rochedo, Terenos, Sidrolândia e Ribas do Rio Pardo.

Considerando a dificuldade de avaliação e monitoramento das ações e serviços pactuados entre os municípios, assim como as dificuldades de acesso da população para procedimentos ambulatoriais e/ou hospitalares de média e alta complexidade, e a insuficiência de recursos financeiros alocados, surgiu a necessidade de reavaliação dos parâmetros de necessidades locorregionais que foram estabelecidos e discutidos pela última vez na PPI em 2008.

A revisão desses parâmetros deve levar em consideração o conhecimento da realidade de cada município, o planejamento e a reorganização da sua rede de serviços em saúde, visando sobretudo a equidade de acesso da sua população, a descentralização e a regionalização dos municípios envolvidos, além de permitir uma maior transparência na alocação dos recursos financeiros.

Entre as dificuldades apresentadas para a pactuação entre os gestores municipais podem ser elencadas: desconhecimento ou mesmo deficiência da capacidade instalada, inexistência de uma agenda de prioridades que determine o que deve ser pactuado e seu quantitativo, discrepância significativa nos repasses financeiros, não existindo uma correlação fidedigna entre nº total de habitantes/município e o valor financiado (teto MAC – média e alta complexidade).

Nesse contexto foi criada recentemente a Gerência de Pactuação Assistencial (GPA), que compõe uma das gerências da Superintendência de Relações Institucionais em Saúde (SUPRIS). Portanto, não há uma série histórica que permita definir metas quantitativas para o Plano Municipal de 2022 – 2025. Além disso, no momento, as metas definidas pela GPA não determinam impacto financeiro para o município.

Em 2021, até o momento foram estabelecidas as repactuações, já homologadas em CIB (Comissão Intergestores Bipartite), com os seguintes municípios: Terenos, Rio Negro e Ribas do Rio Pardo (microrregiões de Campo Grande); Rio Brilhante (microrregião de

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Dourados), Caarapó (microrregião de Dourados), Bela Vista (microrregião de Jardim e macrorregião de Campo Grande).

Já encaminhadas, porém ainda em análise, as propostas para alteração da repactuação dos municípios de São Gabriel do Oeste (microrregião de Campo Grande), Aparecida do Taboado (microrregião de Paranaíba e macrorregião de Três Lagoas/ Campo Grande), Coronel Sapucaia (microrregião de Ponta Porã e macrorregião de Dourados/ Campo Grande), Aquidauana (microrregião de Campo Grande) e Sidrolândia (microrregião de Campo Grande). Totalizando 11 repactuações, restando portanto 23 municípios para o PMS 2022-2025.

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio da GPA reestabeleceu as discussões presenciais com sua microrregião, tendo ocorrido a primeira reunião de retomada em 21 de setembro de 2021, em que foi discutido o impacto da pandemia e do Pós Covid na situação de saúde de cada município. Solicitou-se que os municípios da microrregião realizassem um levantamento sobre suas reais demandas, sua capacidade instalada e a resolutividade com os recursos já existentes no próprio município. As reuniões para discussão das necessidades em saúde serão realizadas em intervalos curtos, regulares e individualmente com cada município a fim de garantirmos maior resolutividade e efetividade nas pactuações intergestores.

A Gerência de Pactuação Assistêncial - GPA busca viabilizar a elaboração de plano de ação com cada munícipio para levantamento das necessidades da macro e microrregião de Campo Grande, a fim de estabelecer repactuações de acordo com as demandas necessárias.

A proposta para anualização da meta será:

Para 2022: Ampliar de 11 para 23 munícipios repactuados com a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

Para 2023: Ampliar de 23 para 34 munícipios repactuados com a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

Não haverá impacto financeiro para a realização das metas, visto que serão realizadas reuniões com os representantes municipais para elaboração de plano de ação e homologação em CIB.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.2 - Promover a ampliação da oferta integral de cuidados, aos indivíduos que apresentam fatores de risco e comorbidades, investigando e monitorando determinantes sociais garantindo promoção e prevenção aos agravos de saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Relações Institucionais de Saúde</td><td>15 - Ampliar em 100% a oferta de procedimentos especializados (Biópsia de tireoide, Punção de mama, Cintilografia e Fisioterapia). (%)</td><td colspan="2">2</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Oferta de procedimentos especializados. (N° Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Oferta de procedimentos especializados ampliados. (N° Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>20.583</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Em outubro de 2021, foi realizada a construção desta análise situacional.

Essa meta se originou da Audiência Pública Virtual 2021 – Propostas para o Plano Municiapl de Saúde 2022-2025.

A linha de base dos procedimentos a serem ampliados é de março/2020 a fevereiro de 2021, totalizando a oferta de 20.583 procedimentos.

Essa meta se originou da Proposta da Audiência Pública Municipal de Saúde, categorizado pela proposta: “45 - Reduzir as filas de espera nas especialidades”.

A Regulação do acesso aos serviços de saúde foi implantada no município de Campo Grande em novembro de 2008, por meio do Sistema de Regulação - SISREG (ferramenta eletrônica), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, tendo como base de dados o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES, a tabela SIGTAP e o Cartão Nacional de Saúde.

O SISREG atua como ferramenta na organização do fluxo ambulatorial através da Regulação das especialidades, exames e procedimentos, que anteriormente era realizada através do Sistema HYGIA, que efetuava o agendamento de forma manual, comprometendo a classificação de risco e os critérios de prioridades.

A ampliação da oferta de consultas especializadas, exames de diagnóstico e demais procedimentos representa um grande desafio para os profissionais envolvidos nos processos regulatórios, exigindo capacitação constante para melhoria técnica. Desde modo, a atuação destes profissionais tornou o Sistema de Regulação uma importante ferramenta junto aos

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

gestores municipais, proporcionando a identificação das necessidades dos usuários, e permitindo o planejamento de ações futuras de promoção de saúde. A Portaria de Consolidação de 28 de setembro de 2017 estabelece a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, que tem como objetos: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e como sujeitos seus respectivos gestores públicos.

É estabelecida pelo Complexo Regulador e por suas unidades operacionais, e esta dimensão abrange a regulação médica, que atuando como autoridade sanitária, garante o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Os Protocolos de Acesso do SISREG ambulatorial foram elaborados com a participação das câmaras técnicas compostas por médicos especialistas dos estabelecimentos de saúde, possibilitando que os usuários fossem priorizados de acordo com suas necessidades e vulnerabilidades. O protocolo de acesso a exames, consultas e procedimentos da Rede Municipal de Saúde visa propiciar aos usuários do SUS do município de Campo Grande e da sua macrorregião o acesso aos serviços credenciados. O protocolo revisado em 2020, inseriu o protocolo de encaminhamento para as especialidades odontológicas e outras especialidades não médicas, com o intuito de consolidar o atendimento integral do usuário aos serviços de saúde do município. A última atualização norteadora do protocolo de regulação foi em 2015.

Os protocolos de acesso às consultas especializadas médicas e odontológicas, e os de exames de média e alta complexidades são integrantes do processo de regulação dos Sistemas Municipal e Estadual de Saúde. Estes objetivam introduzir mecanismos e procedimentos capazes de otimizar o acesso e as práticas de assistência do SUS, favorecendo a integralidade, a equidade e o fortalecimento da gestão dos recursos, através do monitoramento contínuo e em tempo real dos procedimentos realizados pelas unidades de saúde e pelos serviços contratados e conveniados.

A regulação de leitos hospitalares é responsável por definir o acesso do usuário do SUS a um serviço de referência de acordo com a patologia, conferindo transparência e agilidade no processo de regulação. Ela é compreendida por diferentes perspectivas. Entretanto, de forma geral tem como objetivo equilibrar a oferta e a demanda do Sistema, de modo a contribuir para a resolutividade dos problemas de saúde. A Central de Regulação de Internações Hospitalares regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

Dentre as dificuldades encontradas pode-se apontar: necessidade de consolidar a Regulação Assistencial na RAS; operacionalizar os fluxos regulatórios entre estabelecimentos de saúde da RAS, baseados nas contratualizações e pactuações vigentes; carência de leito

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

hospitalar para as necessidades do usuário; mudança no perfil demográfico/epidemiológico da população; falta de rotatividade de leitos, entre outras. Neste contexto, o Sistema de Regulação, módulo hospitalar, promove a capacitação recorrente das equipes assistenciais, a promoção de encontros seriados da Câmara Técnica, a fim de atualizar a grade de referência dos serviços de urgência. A última revisão ocorreu através da Resolução SESAU nº 258, em 06 de junho de 2016. A contratualização é um processo pelo qual as partes, o gestor municipal/estadual do SUS e o representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual: convênio, contrato, Termo de Ajuste, PCEP ou outro. Este instrumento é composto por duas partes: o contrato propriamente dito e o documento com a descrição das metas qualitativas e quantitativas, que serão acompanhados e avaliados por uma Comissão de Acompanhamento formada pelo gestor, hospital, usuários e outros.

A Pandemia decorrente da COVID-19, ocorrida em 2020, determinou um aumento da demanda reprimida em consultas, exames e cirurgias eletivas. A revisão dos contratos/convênios e a qualificação dos serviços visam ampliar a oferta assistencial, e consequentemente, reduzir fila de espera nas especialidades e nas de cirurgias eletivas. Mediante a retomada dos atendimentos pós-Pandemia, a SUPRIS realizou um planejamento junto ao Hospital Adventista do Pênfigo para a redução do número de cirurgias eletivas e de urgência, e estabeleceu um Termo Aditivo com o Hospital São Julião e com a Maternidade Cândido Mariano.

Para os 4 anos, proposta para anualização da meta será:

Em 2022: Ampliar a oferta de procedimentos especializados (Biópsia de tiroide, Punção de mama, Cintilografia e Fisioterapia) de 20.583 para 41.166;

Em 2023: Ampliar a oferta de procedimentos especializados (Biópsia de tiroide, Punção de mama, Cintilografia e Fisioterapia) de 41.166 para 61.749;

Em 2024: Ampliar a oferta de procedimentos especializados (Biópsia de tiroide, Punção de mama, Cintilografia e Fisioterapia) de 61.749 para 82.332;

E em 2025: Ampliar a oferta de procedimentos especializados (Biópsia de tiroide, Punção de mama, Cintilografia e Fisioterapia) de 82.332 para 102.915.

O impacto financeiro correspondente a ampliação de procedimentos seria de aproximadamente R$ 1.429.000,00 reais ao ano.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.3 - Propiciar atenção integral à saúde qualificada para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação visando assegurar a igualdade como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Controle e avaliação</td><td>1 - Ampliar em 2% a oferta em reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (%)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de Procedimentos nos Subgrupos: 0211, 0301 e 0302. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de Procedimentos nos Subgrupos: 0211, 0301 e 0302. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>312.607</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Em agosto de 2021, foi realizada a ánalise situacional, na qual teve como linha de base o ano de 2019, considerando que 2020 foi um ano atípico, em virtude da publicação da Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).

Essa meta se originou da 8ª Proposta da Conferência Municipal de Saúde, categorizado pelas propostas: “45 - Ampliar a oferta de Fisioterapia pela Rede Própria e Contratualizada” e “47 - Ampliar a oferta pelo SUS de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção para a pessoa com deficiência”.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2021, visando à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

No âmbito da linha de cuidado da pessoa com deficiência, a Rede Municipal de Saúde possui contratos/convênios celebrados com as instituições: Cotolengo Sul Matogrossense, Associação Pestalozzi de Campo Grande MS - Pestalozzi, Instituto Sul Mato Grossense para Cegos Florivaldo Vargas - ISMAC, Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais - FUNCRAF, Universidade Católica Dom Bosco - UCDB e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - CER/APAE. Em 2021, houve a habilitação do estabelecimento Cotolengo em Centro Especializado em Reabilitação tipo II através da publicação da Portaria

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

nº 3.531, em 17 de dezembro de 2020, com ampliação da oferta de serviços de reabilitação na modalidade física e intelectual.

No âmbito ambulatorial, a série histórica do número de procedimentos supramencionados em 2017 foi de 269.884, em 2018 de 320.706, sendo as instituições que realizam os três procedimentos: UCDB e CER/APAE. As instituições que realiza os Subgrupos 0211 – Procedimento com finalidade diagnóstica/Métodos diagnósticos em especialidades e 0301 – Procedimentos Clínicos/Consultas, atendimentos e acompanhamentos são a FUNCRAF e o ISMAC, e as instituições que realizam os subgrupos 0301 – Procedimentos Clínicos/Consultas, atendimentos e acompanhamentos e 0302 – Procedimentos Clínicos/Fisioterapia são a Pestalozzi e o Cotolengo, conforme o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.

A produção processada de procedimentos no ano de 2019 correspondeu a 312.607 sendo a linha de base, conforme dados extraídos em 11 de agosto de 2021 no Sistema de Tabulação do DATASUS – TABWIN.

O aumento da oferta em 2% corresponde ao valor total de 6.252 procedimentos no quadriênio, ou seja, incremento de aproximadamente 1.563 por ano, o qual totalizará 318.859 procedimentos realizados e registrados no SIA ao final de 2025. A cada ano haverá ampliação de 0,5%. A Gerência de Controle e Avaliação - GCA busca viabilizar ações para ampliação das ofertas através de pactuações com os estabelecimentos sem fins lucrativos já conveniados e habilitados para atendimento à Pessoa com Deficiência.

O cálculo a ser utilizado será:

312.607 – 100%
X – 2%
312.607 . 2 = 625,21 /100
= 6.252

O total a ser alcançado para os 4 anos será de: 318.85.

A proposta para anualização da meta será:

2022, 2023, 2024 e 2025: Ampliar em 0,5% a oferta em reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

O impacto financeiro correspondente a ampliação de 6.252 procedimentos ao final dos 04 anos seria de aproximadamente R$ 111 mil reais.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.4 - Ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, a promoção do acesso aos pontos de atenção da população alvo e de sua família, fim de prover cuidado qualificado por meio do acolhimento de pessoas com transtornos mentais, para uma nova forma de olhar, escutar e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, reinventando a prática do trabalho sustentado no modelo psicossocial.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Atenção Psicossocial	**1 - Ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de 10 para 18 serviços da rede própria. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de serviços da Rede de Atenção Psicossocial. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de serviços da Rede de Atenção Psicossocial. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	10

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é agosto de 2021.

A referida meta originou-se do Plano Municipal de Saúde 2018-2021: “Efetivar o Plano de Expansão da RAPS" e está contemplada na 8ª Conferência Municipal de Saúde de 2019 no Eixo I - Saúde como direito: “1- Efetivar o Plano de Expansão da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial” e “58 - Implantar CAPS por regiões de saúde” e no Eixo I - Saúde como direito: “42 - Revisar e ampliar as metas da saúde mental de saúde mental em todos os seus aspectos”.

A partir da problematização e considerando a linha de base referente à 2020, a meta proposta para 2022-2025 será descrita como: “Ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de 10 para 18 serviços da rede própria”.

O objetivo de proposta é de atender a necessidade da população em consonância com as portarias federais existentes e facilitando o acesso ao serviço.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída através da portaria GM/MS n° 3089/2011 e posteriormente sendo consolidada através da portaria nº 03 e 06 de 2017, que tem por objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento continuo e da atenção às urgências. A necessidade de implementação da RAPS foi construída a partir da dos atendimentos à população em situação de rua e com extrema vulnerabilidade social e psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Campo Grande é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente.

Modalidades:

CAPS III: Funcionamento: 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. População municipal: Acima de 200.000 habitantes. Equipe mínima: 02 médicos, 01 enfermeiro, 05 profissionais nível superior, 08 profissionais nível médio.

CAPS IJ: Funcionamento: 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. População municipal: Acima de 200.000 habitantes. Equipe mínima: 02 médicos, 01 enfermeiro, 05 profissionais nível superior, 08 profissionais nível médio.

CAPS AD IV: Funcionamento: 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. População municipal: Acima de 500.000 habitantes. Equipe mínima: 03 médicos, 02 enfermeiros, 06 profissionais nível superior, 06 técnicos de enfermagem, 04 nível médio.

Unidade de Acolhimento Adulto: Funcionamento: 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

Equipe mínima: 04 cuidadores em saúde mental 12hx36h e 01 profissional nível superior

Residência Terapêutica tipo II: Funcionamento: 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

Equipe mínima: 04 cuidadores em saúde mental 12hx36h e 01 profissional nível superior.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A ampliação do serviço da RAPS objetiva ampliar o acesso dos usuários por meio da implantação de Centro de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas e unidades de acolhimento, equipes de saúde mental e qualificação dos CAPS.

As 02 (duas) qualificações de CAPS serão: CAPS II Afrodite Doris Contis para CAPS III e CAPS Infanto juvenil para CAPS III.

A meta conta ainda com a proposta de ampliação de 02 (duas) equipes especializadas em saúde mental e implantações de: 01 (um) CAPS AD IV novo, 01 (uma) unidade de acolhimento adulto e 02 (duas) Residências Terapêuticas.

Com a implantação das residências terapêuticas conseguiremos inserir os usuários já se encontram em atendimento pela equipe de saúde mental nos diversos dispositivos da RAPS.

Nos anos de 2017 a 2020 houve expansão da rede, com a qualificação do CAPS AD III para CAPS AD IV melhorando o acesso à população em situação de vulnerabilidade ligadas ao uso de álcool e/ outras drogas, implantação de 01 Residência Terapêutica tipo II, porém não alcançamos a meta de Qualificação dos CAPS II Afrodite Doris Contis e CAPS Infanto Juvenil.

O resultado dos indicador de 2017 a 2020 correspondente: tendo como referência o ano de 2020:

- 2017 – 03 CAPS III, 01 CAPS II, 01 CAPS AD III, 01 CAPS IJ, 01 Residência Terapêutica, 01 Unidade de Acolhimento Adulto, 01 Ambulatório de Saúde Mental, com 01 equipe habilitada.
- 2018 – 03 CAPS III ,01 CAPS II, 01 CAPS AD III, 01 CAPS IJ, 01 Residência Terapêutica, 01 Unidade de Acolhimento Adulto, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 equipe habilitada.
- 2019 – 03 CAPS III, 01 CAPS II, 01 CAPS AD IV, 02 Residências Terapêuticas tipo II, 01 CAPS IJ, 01 Unidade de Acolhimento Adulto, 01 Ambulatório de Saúde Mental, com 01 equipe habilitada
- 2020 – 03 CAPS III, 01 CAPS II, 01 CAPS AD IV, 02 Residências Terapêuticas, 01 CAPS IJ, 01 Unidade de Acolhimento Adulto, 01 Ambulatório de Saúde Mental, com 01 equipe habilitada. Sendo 10 a linha de base, o que representa o número total de serviços da Rede de Atenção Psicossocial no município.

A anualização da meta para os 4 anos da vigência deste Plano é:

- 2022: Ampliar de 10 para 15 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- 2023: Ampliar de 15 para 17 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- 2024: Ampliar de 17 para 18 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A dificuldade em ampliar a RAPS se dá devido à falta de recursos humanos, déficit no repasse estadual, demora na habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde, impactando consideravelmente no orçamento municipal.

O impacto financeiro ao final dos 4 anos da vigência deste Plano seria de R$ 631.000,00/mês somando um total de R$ 7.572.000,00/ano e R$ 30.288.000,00 nos 4 anos, oriundos de portaria federal.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.4 - Ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, a promoção do acesso aos pontos de atenção da população alvo e de sua família, fim de prover cuidado qualificado por meio do acolhimento de pessoas com transtornos mentais, para uma nova forma de olhar, escutar e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, reinventando a prática do trabalho sustentado no modelo psicossocial.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Atenção Psicossocial	**2 - Realizar o apoio matricial, em Saúde Mental, nas 07 Regiões de Saúde do município. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de regiões de saúde com apoio matricial em Saúde Mental. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de regiões de saúde com apoio matricial em Saúde Mental. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	7

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é agosto de 2021.

A proposta desta meta de realização do apoio matricial em Saúde Mental nas regiões de saúde originou-se da necessidade evidenciada pela problematização setorial e discussão pela área técnica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sua versão anterior está apresentada no PMS 2018-2021 a partir da meta: “Executar 7 capacitações com as equipes multiprofissionais da Atenção Primária para fortalecimento da Política de Saúde Mental”.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei n° 10.216/2002, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. Para que possamos colocar em prática a Política de Saúde Mental precisamos sensibilizar e capacitar os atores envolvidos nos equipamentos pertencentes a RAPS.

O apoio matricial consiste na atribuição das equipes dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) junto a atenção primária e urgência do seu território. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

Essa proposta visa integrar os profissionais da equipe de saúde da família e urgência com profissionais especialistas de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas nos territórios. Os 04 Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste foram reorganizados em 07 Distritos Sanitários, por meio da publicação no Diário Oficial do Município - DIOGRANDE n. 5.076 PÁGINA 3, de 4 de dezembro 2017, no qual foram designadas as sete Regiões de Distritos sanitários: Anhanduizinho, Centro, Lagoa, Imbirussu, Bandeira, Prosa e Segredo, considerando assim a linha base, 7 distritos.

Resultados:

2017: 04 capacitações.

2018: não houveram capacitações.

2019: 08 capacitações.

2020: não houveram capacitações devido a pandemia do Coronavírus.

Em 2019 foram realizadas 08 (oito) capacitações da Saúde Mental com a Atenção Primária de Saúde nas 07 regiões de saúde, referente ao ano de 2019, sendo: 01 capacitação em cada região (Bandeira, Lagoa, Imbirussu, Anhanduizinho, Centro, Prosa e Segredo) e 01 no Serviço de Urgência, todas as capacitações foram devidamente inseridos no *Scap Web*.

Foi necessário a realização de 01 seminário a mais do que estava previsto nesta programação devido a organização e expansão da Rede de Atenção Psicossocial, onde foram repassados conteúdos acerca da Nova Política de Saúde Mental nas suas diversas modalidades e Atenção às Urgências nas 07 regiões de saúde do município, A proposta de anualização para quadriênio deste Plano é:

2022: Realizar o apoio matricial nas 07 regiões de saúde (Bandeira, Lagoa, Imbirussu, Anhanduizinho, Centro, Prosa e Segredo);

2023: Realizar o apoio matricial nas 07 regiões de saúde (Bandeira, Lagoa, Imbirussu, Anhanduizinho, Centro, Prosa e Segredo);

2024: Realizar o apoio matricial nas 07 regiões de saúde (Bandeira, Lagoa, Imbirussu, Anhanduizinho, Centro, Prosa e Segredo);

2025: Realizar o apoio matricial nas 07 regiões de saúde (Bandeira, Lagoa, Imbirussu, Anhanduizinho, Centro, Prosa e Segredo).

As dificuldades para o alcance da meta se dão devido ao déficit de Recursos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial e falta de veículo oficial para o deslocamento dos mesmos aos territórios onde são realizados os apoios matriciais.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

O impacto financeiro para alcance da meta prevista para o quadriênio 2022-2025 será de R$ 72.768,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.4 - Ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, a promoção do acesso aos pontos de atenção da população alvo e de sua família, fim de prover cuidado qualificado por meio do acolhimento de pessoas com transtornos mentais, para uma nova forma de olhar, escutar e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, reinventando a prática do trabalho sustentado no modelo psicossocial.

Setor	**Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025**	**Origem**	
Atenção Psicossocial	**3 - Ampliar de 508 para 2.300 a oferta de atendimento aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional, no Ambulatório de Saúde Mental. (Nº Absoluto)**	**1**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de atendimentos aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional, no Ambulatório de Saúde Mental. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de atendimentos aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional, no Ambulatório de Saúde Mental. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	508

Análise Situacional:

O período de referência da análise situacional é agosto de 2021.

A referida meta originou-se da 8ª Conferência Municipal de Saúde em 2019 no Eixo I- Saúde como direito: “54 - Ampliar a oferta de atendimentos aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional no Ambulatório de Saúde Mental e implantar serviço continuo nos respectivos territórios de saúde” e no Eixo I- Saúde como direito: “42 - Revisar e ampliar as metas da saúde mental de saúde mental em todos os seus aspectos”.

No Brasil, entre 2011 a 2016, foram registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net) 48.204 casos de tentativas de suicídio, dentre os quais 69% foram perpetrados por mulheres e 31%, por homens. Quanto aos de óbitos por suicídio no Brasil,

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015, foram de 55.649, representando uma taxa de 5,5/100 mil habitantes. Os maiores índices se concentraram entre pessoas acima de 70 anos, representando a taxa de 8,9/100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2017).

No ano de 2017, ocorreram 12.495 casos notificados de suicídio (SIM/Ministério da Saúde, 2018). Sabe-se, porém, que o número de óbitos advindos de lesões autoprovacadas no país são falhos e escassos, uma vez que são subnotificados (Laurenti, Jorge, Lebrão, Gotlieb & Almeida, 2005).

O Atendimento aos usuários do SUS vítimas de tentativas de suicídios e violências, são realizados no ambulatório de Saúde Mental realizados por uma equipe multiprofissional todos através de demandas encaminhadas da Atenção Primária e outros serviços da Rede, segue abaixo série histórica de atendimentos nos anos de 2019 a 2020:

2019: 457 atendimentos

2020: 508 atendimentos

Utilizamos nessa análise a linha de base referente ao ano de 2020 onde obtivemos 508 (quinhentos e oito) atendimentos realizados pelos profissionais do ambulatório de Saúde Mental para esse público alvo.

Anualização da proposta da meta do Plano:
- 2022: Ampliar de 508 para 956 (448) a oferta de atendimento aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional no Ambulatório de Saúde Mental.
- 2023: Ampliar de 956 para 1.404 (448) a oferta de atendimento aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional no Ambulatório de Saúde Mental.
- 2024: Ampliar de 1404 para 1.852 (448) a oferta de atendimento aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional no Ambulatório de Saúde Mental.
- 2025: Ampliar de 1852 para 2.300 (448) a oferta de atendimento aos usuários vítimas de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional no Ambulatório de Saúde Mental.

As dificuldades enfrentadas para o alcance da meta é a alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, que induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma mais humanizada. Não há impacto financeiro para esta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.5 - Desenvolver ações coletivas de Assistência Odontológica para o usuário em sua integralidade biopsicossocial, assim garantido acesso humanizado por meio da equipe multiprofissional contribuindo para o aumento da resolutividade.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Atenção Odontológica	**1 - Ampliar de 147 para 173 equipes de Saúde Bucal – eSB na Estratégia de Saúde da Família – ESF. (Nº Absoluto)**	**1**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	147

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano agosto de 2021. Sendo como referência da linha de base o mês de dezembro de 2020.

Esta meta se originou da proposta n° 23 do Eixo I – Saúde como Direito da 8ª Conferência Municipal de Saúde: “Implantar e equipar as equipes de Saúde Bucal conforme expansão das ESF”. A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Primária de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É reconhecida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos, além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, propiciando uma importante relação custo-efetividade.

A equipe de Saúde Bucal – eSB na Estratégia Saúde da Família – ESF representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

O processo de trabalho das eSB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

A rede própria consiste na estrutura própria de unidades de saúde do município para o atendimento aos usuários do SUS. A série histórica do número de eSB na ESF traz: 2017: 92 eSB; 2018: 118 eSB; 2019: 125 eSB (Fonte: Site e-Gestor AB).

Em 2020 eram 147 equipes de Saúde Bucal cadastradas no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. É necessário ampliar o número de equipes de 147 para 173 em virtude do Plano de Expansão da Estratégia de Saúde da Família da Coordenadoria da Rede de Atenção Básica visando aumentar a cobertura populacional por essas equipes. A expansão de eSB será através de implantação de novas equipes em novas unidades de saúde, ampliação de equipes em unidades já existentes ou através de transformação de Unidade Básica de Saúde - UBS em Unidade de Saúde da Família - USF.

A proposta de anualização para os 4 anos de vigência deste Plano é:

2022: Ampliar de 147 para 154 equipes de Saúde Bucal - eSB na Estratégia de Saúde da Família - ESF;

2023: Ampliar de 154 para 161 equipes de Saúde Bucal - eSB na Estratégia de Saúde da Família - ESF;

2024: Ampliar de 161 para 167 equipes de Saúde Bucal - eSB na Estratégia de Saúde da Família - ESF;

2025: Ampliar de 167 para 173 equipes de Saúde Bucal - eSB na Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Em relação às dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar a conclusão de obras das novas unidades de saúde, reformas de unidades já existentes para ampliação ou transformação de UBS em USF, além de convocação de novos profissionais para comporem as equipes.

O custo médio para implantar uma equipe de saúde bucal é de R$ 86.500,00 (equipamentos e instrumentais odontológicos, mobiliário, computadores, aparelho de ar condicionado), sem contabilizar gastos com recursos humanos (R$ 123.800,00/ano/equipe). O impacto financeiro ao final dos 4 anos da vigência deste Plano para implantação das equipes seria de, aproximadamente, R$ 5.467.800,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.5 - Desenvolver ações coletivas de Assistência Odontológica para o usuário em sua integralidade biopsicossocial, assim garantido acesso humanizado por meio da equipe multiprofissional contribuindo para o aumento da resolutividade.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Odontológica</td><td>2 - Ampliar de 05 para 06 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de Centro de Especialidades Odontológicas. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de Centro de Especialidades Odontológicas. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>05</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto de 2021.

Esta meta se originou da proposta do Eixo I - Saúde como Direito da 8ª Conferência Municipal de Saúde: “38 - Ampliar o número de Centro de Especialidades Odontológicas” e da proposta do Eixo III – Financiamento do Sistema Único de Saúde “49 - Transformar Policlínica em CEO”. Apresenta-se também como continuidade do PMS 2018-2021 “18- Implantar Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. (Nº Absoluto)”

O desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados favoreceu a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. Os Centros de Especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Atendimento a pessoa com deficiência.

O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Primária e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal.

Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Além dos serviços mínimos obrigatórios, o município ainda oferece: Radiologia, Odontopediatria e Prótese Dentária.

O município possui 05 CEO em funcionamento: CEO “Dr. Nasri Siufi” - CEO III/CEM (2005); CEO “Dra. Maria de Lourdes Massako Minei - CEO II Cidade Morena (2007); CEO “Dr. Édio de Figueiredo” - CEO II Guanandy (2014); CEO “Dr. Rudá Azambuja Santos” - CEO II Sílvia Regina (2016); CEO “Dr. José Carlos Ortolan Júnior” - CEO II Nova Bahia (2021).

Com a expansão do conceito de Atenção Primária e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis especializados.

A proposta de implantação de mais um CEO está prevista para o ano de 2024 na Região Lagoa, através da transformação da Policlínica Odontológica Santa Emília em CEO.

Em relação às dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar a realização de reforma da unidade já existente para transformação em CEO, além de convocação de novos profissionais para compor a equipe do CEO.

O custo médio para implantar um CEO é de R$ 395.000,00 (reforma, equipamentos e instrumentais odontológicos, mobiliário, computadores, aparelho de ar condicionado), sem contabilizar gastos com recursos humanos (R$ 625.000,00/ano/CEO). Portanto, o impacto financeiro para implantação de 01 CEO é, em média, de R$ 1.020.000,00.

.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.5 - Desenvolver ações coletivas de Assistência Odontológica para o usuário em sua integralidade biopsicossocial, assim garantido acesso humanizado por meio da equipe multiprofissional contribuindo para o aumento da resolutividade.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Odontológica</td><td>3 - Ofertar 6.521 próteses dentárias. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de prótese dentária confeccionada. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de prótese dentária confeccionada. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>5.523</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência dezembro 2019.

Esta meta se originou da proposta do Eixo I - Saúde como Direito da 8ª Conferência Municipal de Saúde: “3 - Ampliar o serviço de prótese dentária, incluindo também próteses parciais posteriores com estrutura metálica” e da proposta do Eixo I - Saúde como Direito: “37 - Ampliar a oferta de serviços de confecção prótese odontológica”, além da continuidade da meta contida no Plano Municipal 2018-2021: “Reduzir 10% da demanda reprimida de prótese dentária (%)”.

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde passou a financiar, desde 2004, o credenciamento de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). O LRPD é um estabelecimento que oferece o serviço de prótese dentária.

O município possui um Laboratório de Prótese credenciado. A série histórica do número de prótese dentária confeccionadas nos anos, respectivamente são: 2016: 1.609; 2017: 1.471; 2018: 1.213; 2019: 1.230.

No ano de 2020, foram confeccionadas apenas 415 próteses dentárias devido à situação de pandemia do COVID-19, onde todos os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos desde março do mesmo ano. E, em 2021, a pandemia ainda persiste, porém com a discreta melhora do cenário epidemiológico, os atendimentos dos CEO (incluindo Prótese Dentária) retornaram de forma reduzida e gradual, onde foram confeccionadas 490 próteses dentárias (até junho/2021).

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

É necessário ampliar o número de confecção de próteses dentárias visando a diminuição da demanda reprimida da especialidade, além de possibilitar alteração no teto de produção de prótese dentária credenciado pelo Ministério da Saúde e aumento de recebimento de recursos financeiros.

Até dezembro de 2020, 1.216 usuários do SUS aguardavam atendimento na especialidade.

A linha de base é a soma da produção dos anos de 2016 a 2019 (5.523 próteses dentária confeccionadas em 4 anos), pois os anos de 2020 e 2021 não são referências de produção devido à situação de pandemia do COVID-19, onde os atendimentos eletivos foram suspensos e prejudicaram a oferta da especialidade de Prótese Dentária.

A proposta de ofertar 6.521 próteses dentárias representa a soma da produção para os anos de 2022 a 2025. E, a proposta de anualização para os 4 anos de vigência deste Plano é de ofertar em: 2022 - 1.452; 2023 - 1.689; 2024 - 1.689; e 2025 - 1.691 próteses dentárias.

Em relação às dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar a organização e qualificação do laboratório próprio para aumento da produção, convocação de 01 profissional Técnico em Prótese Dentária - TPD em substituição ao servidor que aposentou, além de dificuldade de realização de processo licitatório (dificuldade na realização de Estudo Técnico Preliminar - ETP e cotação de preço) para contratação de um laboratório de prótese dentária para ampliação da confecção de próteses dentárias.

O impacto financeiro ao final dos 04 anos da vigência deste Plano será de, aproximadamente, R$ 3.532.300,00 (soma da contratação do laboratório e dos gastos do laboratório próprio com materiais e recursos humanos - Cirurgiões-Dentistas especialistas e Técnicos em Prótese Dentária).

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVOS 1.6 - Ofertar cuidados próprios da Atenção Primária à Saúde com base na integralidade (abrangência do cuidado), tanto de serviços clínicos como de vigilância em saúde, promovendo, assim, maior subsídio para o controle da população dos serviços ofertados.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>1 - Ampliar de 16 para 24 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família/ Atenção Primária - NASF/AP. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de equipes NASF/AP. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de equipes NASF/AP. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>16</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

Esta meta é oriunda da 8ª Conferência Municipal de Saúde – 2019 com texto original: “21- Ampliar as equipes NASF com equipe completa para maior cobertura as equipes de saúde da família, com ênfase nas unidades rurais e equipar com carro de uso exclusivo”, consta no Plano Plurianual (PPA 2022-2025) meta iniciativa: “2. Implantar 08 Equipes do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Primária (NASF/AP)” e no projeto aprovado “Diretrizes para organização e funcionamento das Equipes do NASF/AP”.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família/ Atenção Primária (NASF/AP) constitui-se de um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio de compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Trata – se de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diversas categorias profissionais, complementar às equipes que atuam na APS. Estes profissionais devem atuar de maneira integrada, ofertando suporte (clínico, sanitário e pedagógico) as equipes de saúde da atenção primária. O principal objetivo do NASF/AP é aumentar efetivamente a resolubilidade e a qualidade da APS por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, amplia-se o repertório de ações da Atenção Primária, a capacidade de

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.

As equipes NASF/AP são compostas por 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo, 01 Terapeuta ocupacional, 01 profissional de educação física, 01 psicólogo, 01 assistente de serviços de saúde, 01 ginecologista e 01 pediatra.

O NASF/AP tem sido usado como estratégia de fortalecimento da APS em Campo Grande-MS desde 2010 quando foi implantada a primeira equipe. A cobertura de NASF/AP em USF no ano 2017 era 57.84%, sendo que após a expansão de 05 equipes em 2018 e 04 equipes em 2021, a cobertura em 30/07/2021 é de 83,05% em USF e de 23,04% em UBS, totalizando 16 equipes. Foi no ano de 2020 que houve a ampliação do apoio para as unidades básicas tradicionais, até então o apoio do NASF/AP acontecia apenas em USF.

A Portaria n° 2.979, publicada em novembro de 2019, e que trata do novo modelo de financiamento da APS revogou as normativas referentes ao NASF/AP, ficando a cargo de cada município a organização das equipes multiprofissionais, considerando as especificidades e capacidade de atuação. Frente à necessidade de organização das equipes multiprofissionais foi criada a Comissão Provisória para Elaboração da Proposta NASF/AP por meio da Deliberação nº 713/2019 do Conselho Municipal de Saúde, no qual foi elaborado o projeto “Diretrizes para organização e funcionamento das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF/AP)”, que através da deliberação n° 735/2020/CM, publicado no Diogrande n° 6.053 de 09 de setembro de 2020, aprova o referido projeto.

Ademais de ampliar o acesso e os serviços ofertados, as equipes multiprofissionais podem atuar auxiliando a unidade de saúde no alcance das metas propostas pelo novo modelo de financiamento, através de estratégias pactuadas com a unidade de saúde.

Com a implantação de oito novas equipes a proposição é ofertar apoio a todas as unidades da APS, sendo a meta de implantação de duas equipes por ano (2022-2025).

Considerando o número atual de 16 equipes NASF/AP, a meta anualizada será:

2022: Ampliar de 16 para 18 equipes de NASF/AP.

2023: Ampliar de 18 para 20 equipes de NASF/AP.

2024: Ampliar de 20 para 22 equipes de NASF/AP.

2025: Ampliar de 22 para 24 equipes de NASF/AP.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

As dificuldades para alcance da meta englobam principalmente a lotação de profissionais para compor a equipe NASF/AP considerando o perfil epidemiológico e demais necessidades de território.

Em relação ao impacto financeiro para implantar as 08 novas equipes como retaguarda especializada da APS é de aproximadamente R$ 54.375,00/mês e R$ 652.500,00/ano.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.6 - Ofertar cuidados próprios da Atenção Primária à Saúde com base na integralidade (abrangência do cuidado), tanto de serviços clínicos como de vigilância em saúde, promovendo, assim, maior subsídio para o controle da população dos serviços ofertados.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Atenção Básica	**2 - Implantar 21 Equipes de Saúde da Família (ESF). (Nº Absoluto)**	**1**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de equipes de saúde da família implantadas. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de equipes de saúde da família implantadas. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	177

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

Esta meta é oriunda da 8ª Conferência Municipal de Saúde – 2019 com texto original “Ampliar e implementar a cobertura de UBSF das unidades de saúde da REMUS” e também consta no Plano Plurianual (PPA 2022-2025).

Segundo a Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, atualizada e inserida na Portaria de consolidação n° 2 de 28 de setembro de 2017, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multidisciplinar e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A ampliação do número de equipes impacta no acesso do usuário aos serviços de saúde, em especial da APS, que é a porta de entrada preferencial deste, com consequente aumento da cobertura populacional da APS, sendo este um indicador proposto na pactuação interfederativa.

Segundo dados do e-gestor em 2017 no município de Campo Grande - MS a APS era composta por 78 equipes, já em 2020 avançando para 177 equipes de saúde da família e 47 equipes do modelo tradicional (antigas eACS), com cobertura de 62,76%. Destacamos que devido erro ministerial de cadastro no e-gestor constam 178 equipes.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Considerando a estrutura física, construção de novas unidades, ampliação e reformas das unidades, recursos humanos disponíveis, crescimento populacional, critérios de vulnerabilidades a proposta é de ampliação de mais 21 equipes de saúde da família nos próximos quatro anos, totalizando 198 equipes de saúde da família. Sendo 06 equipes em 2022, 07 equipes em 2023, 04 equipes em 2024 e 04 equipes em 2025.

Considerando o número atual de 177 equipes de saúde da família, a meta anualizada será: Implantar 06 equipes de saúde da família no ano de 2022.

Os entraves para alcance da meta podem ser: déficit de RH, estrutura física, distribuição espacial das unidades de saúde, credenciamento do Ministério da Saúde, recursos financeiros para ampliação, construção e/ou reformas das unidades e demais situações adversas e/ou imprevisíveis ao longo do quadriênio.

O impacto financeiro será R$ 61.805,00/equipe/mês e R$ 741.660,00/equipe por ano.

O Financiamento através do programa informatiza (Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019), do Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019) e o Programa “Saúde na Hora” (Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020 e decreto estadual 15.261 de 18/07/2019), na possibilidade de 100% de cumprimento das metas e requisitos mínimos, será de aproximadamente R$ 1.270.000,00 em 2022, R$ 1.328.600,00 em 2023, R$ 1.151.300,00 em 2024 e de R$ 694.000,00 em 2025.

Considerando a portaria n° 650 de 28/03/2006 sobre o incentivo financeiro de investimento de R$ 20.000,00 por equipe de Saúde da Família implantada, a previsão de incentivo de investimento é de R$ 120.000,00 em 2022, R$ 140.000,00 em 2023, R$ 80.000,00 em 2024 e R$ 80.000,00 em 2025.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.6 - Ofertar cuidados próprios da Atenção Primária à Saúde com base na integralidade (abrangência do cuidado), tanto de serviços clínicos como de vigilância em saúde, promovendo, assim, maior subsídio para o controle da população dos serviços ofertados.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Atenção Básica	**3 - Ampliar o acesso do paciente disponibilizando o agendamento on-line em 30 unidades da Atenção Primária de Saúde. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de unidades de saúde com agendamento on-line. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de unidades de saúde com agendamento on-line. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	0

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021.

Esta meta é oriunda da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019 com texto original: "Disponibilizar acesso do paciente ao agendamento através de plataformas digitais em 30 unidades da APS."

No ano de 2021, o uso das tecnologias se faz cada vez mais necessário, e na saúde essas ferramentas facilitam o processo de trabalho e a interação do profissional com o paciente.

O uso da Saúde Digital tem constantemente mudado a forma de organização e disponibilização dos serviços de saúde. Iniciativas como o Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o Registro Eletrônico de Saúde (RES) são exemplos deste cenário.

Neste contexto, o Ministério da Saúde instituiu a estratégia de saúde digital no Brasil - DigiSUS, que foi aprovado pela Resolução CIT nº 19, de 22 junho de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Meu DigiSUS é um aplicativo oficial do Ministério da Saúde para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Em maio de 2020 houve uma atualização da nomenclatura para ConecteSUS Cidadão. O Conecte SUS Cidadão é o novo aplicativo do Ministério da Saúde, reestruturado a partir do Meu DigiSUS, compatível com celulares *Android* e *iPhone* (iOS), o app permite visualizar o seu histórico de saúde, encontrar postos, hospitais e farmácias, marcar consultas, acompanhar agendamentos e muito mais.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

O agendamento on-line de consultas tem por objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde, possibilitar maior comodidade e reduzir burocracias.

O município de Campo Grande - MS, possui 30 unidades de Atenção Primária à Saúde homologadas o Programa Saúde na Hora com funcionamento em horário estendido, e o agendamento on-line possibilita a ampliação do acesso dos usuários nestes períodos. O resultado do indicador de 2017 a 2020 é 0, uma vez que esta estratégia é pioneira no município.

Considerando a meta de "Ampliar o acesso do paciente disponibilizando o agendamento on-line em 30 unidades da Atenção Primária de Saúde (APS)", a meta anualizada será, "Ampliar o acesso do paciente disponibilizando o agendamento on-line em 08 unidades em 2022, 08 unidades em 2023, 08 unidades em 2024 e 06 unidades em 2025".

As dificuldades para alcance da meta seriam a modernização do parque tecnológico da SESAU e a reestruturação da comunicação de dados.

Não há impacto financeiro, pois trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.6 - Ofertar cuidados próprios da Atenção Primária à Saúde com base na integralida (abrangência do cuidado), tanto de serviços clínicos como de vigilância em saúde, promoven assim, maior subsídio para o controle da população dos serviços ofertados.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Atenção Básica	**4 - Fortalecer a Atenção Primária à Saúde através da estratégia de territorialização / adstrição nos 07 Distritos Sanitários. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de Distritos Sanitários com estratégia de territorialização / adstrição. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de Distritos Sanitários com estratégia de territorialização / adstrição. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	7

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência agosto/2021 e se originou de problematização setorial pautada na Política Nacional de Atenção Básica, consolidada através da Portaria de Consolicidação Nº 2 na forma do Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017, que define a Territorialização e Adstrição como forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.

Considerando a meta “Fortalecer a Atenção Primária à Saúde através da estratégia de territorialização / adstrição nos 07 Distritos Sanitários”, a meta anualizada será de “Fortalecer a Atenção Primária à Saúde através da estratégia de territorialização / adstrição nos 07 Distritos Sanitários” no quadriênio.

A linha de base é calculada pelo número de regiões de saúde no município de Campo Grande - MS.

Não há impacto financeiro para o alcance desta meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização.

OBJETIVO 1.7 - Qualificar os ambientes da rede de saúde promovendo a proteção e segurança dos usuários e trabalhadores do SUS através da manutenção preventiva e corretiva a modo a evitar prejuízo ao atendimento à população.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Manutenção e Obras</td><td>1 - Implantar o Plano Básico de Manutenção Predial-Civil, Elétrica e Hidráulica. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">2</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Plano Básico de Manutenção Predial-Civil, Elétrica e Hidráulica implantado. (N° Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Plano Básico de Manutenção Predial-Civil, Elétrica e Hidráulica implantado. (N° Absoluto)</td><td>N° Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência Outubro de 2021.

A meta possui origem da proposta n° 27 da Audiência Pública Virtual – Propostas para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025: “Garantir condições de trabalho ao servidor da saúde que implicam em: materiais disponíveis, espaço salubre, condições de desenvolver o trabalho, (carro) meio de transporte seguro”.

Diante da necessidade de conservação das instalações e condições técnicas dos prédios, a autoridade pública não pode dispensar a obrigação de realizar uma manutenção predial, visando, portanto, o bem estar, à segurança e proteção dos que ali se encontram, sendo os servidores e usuários.

Como conceito de manutenção predial não pode ser definido apenas no objetivo de manter as condições de desempenho originais do edifício construído, mas também em acompanhar a dinâmica das necessidades dos seus usuários, incluindo também a consideração de aspectos de modernização e desenvolvimento da edificação e quando se fala em modernização, pode-se entender que está se superando o desempenho original do edifício.

Assim, a Gerência de Manutenção/CEMO, que tem por finalidade realizar manutenções prediais de forma preventiva e corretiva nos espaços físicos da SESAU, ao prestar serviços de manutenção e conservação predial, por isso, acusa a necessidade de elaboração de

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

plano básico de manutenção, para implementação de maior sobrevida útil aos prédios da Secretaria Municipal de Saúde.

No sentido de adotarmos ações e procedimentos rotineiros que resultem na manutenção de suas edificações com bom aspecto visual, em perfeitas condições de uso, funcionando, de tal forma que seus usuários possam trabalhar em locais agradáveis e confortáveis. O intuito, não é elaborar uma norma, mas um Plano Básico de Procedimentos, com as principais atividades destinadas à conservação das edificações e utilidades prediais, da SESAU, tendo como base os produtos e materiais utilizados pela Gerência de Manutenção, que são adquiridos através de ATA DE REGISTRO DE PREÇOS.

A Coordenadoria Especial de Manutenção e Obras, que tem por finalidade planejar e coordenar as atividades pertinentes, dentre outras à manutenção predial das edificações da SESAU, bem como acompanhar e articular as necessidades de suprimentos para realização de manutenção junto à gerência de manutenção específica. A gerência de Manutenção conta atualmente com corpo técnico de servidores capacitados e empresas terceirizadas especializadas em suas áreas de competência para a realização de manutenção nas unidades de saúde.

É importante entender que existem diversas formas de classificação dos tipos de manutenção, vamos nos ater apenas a classificação quanto a estratégia adotada que se divide em manutenção corretiva, manutenção preditiva e a manutenção preventiva.

O objetivo de desenvolver um plano básico de manutenção, vêm à garantir o melhor desempenho possível dos prédios para atender às necessidades dos usuários, com confiabilidade e disponibilidade, ao menor custo possível. O objetivo principal do Plano é o de estabelecer uma sistemática e rotina mais eficiente e eficaz de gestão de manutenção predial, com foco na manutenção preventiva. Portanto, uma atuação preventiva traz impactos positivos no que se refere a economicidade de gastos públicos, e confiabilidade dos sistemas que integram as edificações.

A gerência de Logística e Transporte vêm realizando manutenções nos veículos oficiais, periodicamente, através de empresa terceirizada em manutenção veicular. Tendo, ainda, proposta de plano de renovação dos veículos oficiais desta Secretaria Municipal de Saúde, contemplando as áreas de especialidades que contam com recursos orçamentários disponíveis para aquisição de novos veículos.

A proposta de anualização da meta será de Implantar o Plano Básico de Manutenção predial-civil, elétrica e hidráulica, sendo necessários apenas contempla-las na Programação Anual de Saúde 2022 e 2023 as seguintes ações físicas:

2022: - Elaborar o Plano Básico de Manutenção predial-civil, elétrica e hidráulica.

2023: - Executar o Plano Básico de Manutenção predial-civil, elétrica e hidráulica.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

As dificuldades para o alcance da meta baseiam-se na rotatividade dos recursos humanos.

Não há impacto financeiro para a realização da meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Sanitária</td><td>1 - Implementar sistema SOSWEB, através de atualização do módulo Vigilância Sanitária. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Módulo Vigilância Sanitária do sistema SOSWEB atualizado. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Módulo Vigilância Sanitária do sistema SOSWEB atualizado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>00</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta Análise Situacional, tem como referência o mês de agosto de 2021.

A metal se originou do PMS 2018-2021: “12- Implantar sistema informatizado próprio na Vigilância Sanitária. (Nº Absoluto)”.

A Vigilância Sanitária possui desde 2008 um sistema de banco de dados, denominado de SOSWEB (Athena), desenvolvido pelo antigo IMTI (Instituto Municipal de Tecnologia da Informação), hoje AGETEC (Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação), no entanto o mesmo era apenas um cadastrador de empresas. Com isso, a Vigilância Sanitária tem mantido contínuo contato com a AGETEC com a finalidade de proporcionar melhorias no sistema de banco de dados da Vigilância Sanitária (Sistema SOSWEB).

Durante o período de 2018-2021 foram realizadas diversas melhorias no sistema disponibilizado, no entanto o foco foi mudado em virtude da publicação da Lei da Liberdade Econômica no dia 20/09/2019, quando para adequação das atividades da vigilância sanitária a esta Lei, foi publicada a Resolução SESAU nº 558 em 15/09/2020, onde foram classificados os CNAES (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) de estabelecimentos de alto risco, sendo que aqueles de baixo risco não necessitam de licença sanitária. No intuito de corrigir a referida resolução, foi publicada a Resolução nº 584 em 11/02/2021, revogando-se a anterior.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Com a publicação da Resolução SESAU n.º 584 de 11/02/2021 uma grande quantidade de empresas foi dispensada do licenciamento sanitário, o que facilitou em muito para a população, visto que estas empresas não necessitam nem mesmo dar entrada no processo de licenciamento sanitário.

As empresas classificadas como alto risco sanitário são licenciadas anualmente e, como a equipe de fiscalização está em constante contato com estes estabelecimentos, os documentos então solicitados pelos auditores fiscais são encaminhados para a Vigilância Sanitária pessoalmente ou por e-mail.

Ademais, os contribuintes já se deslocam para protocolar os documentos para a abertura do processo de licença sanitária, de forma presencial, na Central de Atendimento do Cidadão, devido a necessidade de recolhimento de taxa.

Com relação às dificuldades tem-se que o cadastramento dos estabelecimentos no SOSWEB é feito a partir do processo de licença sanitária e apesar da publicação ser importante para a desburocratização pública, no sistema são necessários os dados de licenciamento sanitário para a realização do monitoramento dos estabelecimentos.

Os estabelecimentos de baixo risco não são licenciáveis, no entanto a vigilância sanitária realiza o monitoramento destes estabelecimentos com a finalidade de verificação do cumprimento das normas sanitárias, portanto estes estabelecimentos são passíveis de autuações e interdições.

Além disso, também pode-se elencar como dificultador para a implantação de um módulo externo do sistema SOSWEB: Aquisição de um servidor para comportar o carregamento de todos os documentos enviados pelo contribuinte de forma online, armazenamento da licença sanitária digital; aquisição de assinatura eletrônica para os fiscais sanitários.

Em julho de 2021 iniciou-se uma conversa com a AGETEC, com a abertura de chamado para que o sistema SOSWEB tenha integração com o sistema SIAT (Sistema Integrado de Administração Tributária), a fim de que a Vigilância Sanitária possua dados completos e corretos de todas as empresas, além da possibilidade de emissão de relatórios para realização de monitoramentos in loco.

Diante do cenário mencionado foi necessário estabelecer a meta de “Implementar sistema SOSWEB, através de atualização do módulo Vigilância Sanitária (Nº Absoluto)” para fins de emissão de relatórios de monitoramento.

Em relação ao impacto financeiro, por se tratar de um sistema desenvolvido pela AGETEC, não serão alocados novos recursos, visto que as melhorias serão realizadas pela própria AGETEC.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

Setor	**Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025**	**Origem**	
Vigilância Sanitária	**2 - Implantar 04 atividades educativas anuais, para divulgação e conscientização sobre educação sanitária, para o setor regulado. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Número de atividades educativas realizadas para o setor regulado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de atividades educativas realizadas para o setor regulado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	00

Análise Situacional:

Esta Análise Situacional, tem como referência o mês de agosto de 2021. A meta se originou de problematização setorial.

A Vigilância Sanitária tem como função realizar um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. A Vigilância Sanitária (VISA) é responsável por promover e proteger a saúde e prevenir a doença por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização.

É dever da Vigilância Sanitária divulgar normas sanitárias ao público externo de forma a garantir serviços e produtos mais seguros para o uso humano, visto que quando estas normas são pouco divulgadas podem afetar a saúde da população.

Nota-se falta de conhecimento da população, no que se refere às normas sanitárias, no momento da aquisição de produtos e/ou serviços. Dito isso, faz-se necessário um trabalho de informação e orientação, através de atividades educativas, para que os consumidores estejam mais conscientes dos seus direitos, evitando com isso agravos a sua saúde.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

O Setor regulado é a parcela do setor produtivo (indústria, comércio e serviços) sujeito ao controle de algum órgão regulatório. No caso da Vigilância Sanitária, o setor regulado engloba indústrias, comércios e serviços sujeitos ao controle sanitário.

A vigilância sanitária objetiva realizar ações educativas nas instituições de ensino, escolas municipais, escolas técnicas e universidades, empresas, unidades de saúde, etc.

Já são realizados, anualmente, 30 turmas de cursos de higiene e manipulação de alimentos para a população em geral e o acompanhamento de 35 escolas no Projeto Educanvisa, além de capacitações para a equipe fiscal e para o setor regulado.

No entanto, será fixado como meta a realização de 04 cursos (atividades educativas) para o setor regulado, por ano, totalizando 16 cursos em 4 anos.

Não foram realizadas atividades educativas em anos anteriores, portanto não há indicadores e resultados.

Em relação ao impacto financeiro, para que estas atividades educativas sejam realizadas não serão alocados recursos, visto que o auditor fiscal sanitário irá realizar estas atividades educativas na própria empresa, em horário de expediente e pelo mesmo motivo não haverá gastos com alimentação, aluguel de espaço, etc.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th colspan="2">Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Sanitária</td><td colspan="2">3 - Ampliar anualmente em 5% as inspeções em estabelecimentos classificados como alto risco sanitário. (%)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de inspeções realizadas em estabelecimentos classificados como alto risco sanitário. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de inspeções realizadas em estabelecimentos classificados como alto risco sanitário. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>7.192</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta Análise Situacional, tem como referência o mês de agosto de 2021. A meta se originou de problematização setorial.

A Vigilância Sanitária busca atender com prioridade e rigor as atividades de alto risco sanitário, pois nelas encontra-se a maior possibilidade de ocorrência de evento que possam causar danos para a saúde da população, ou seja, refere-se à possibilidade de algo (produto, processo, serviço, ambiente) causar danos à saúde de forma direta ou indiretamente.

As atividades com alto risco sanitário são então, aquelas em que são produzidos ou comercializados produtos ou oferecidos serviços que podem causar danos à saúde, como por exemplo: contaminação dos produtos, contágios de doença, acidentes aos trabalhadores etc.

A Vigilância Sanitária também atende outros serviços considerados prioritários, realizados devido ao risco e necessitam ser feitos com agilidade, como o atendimento de denúncias e solicitações de Órgãos Públicos (Ministério Público Estadual, Programa de Proteção e Defesa do Consumidor – PROCON, Delegacia de Polícia de Defesa do Consumidor – DECON, Delegacia Especializada de Representação aos Crimes Ambientais e de Atendimento ao Turista - DECAT).

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A Vigilância Sanitária possui cadastrados 24.023 estabelecimentos (fonte: banco de dados sistema SOSWEB em 18/06/2021) para realizar a fiscalização e licenciamento desses locais, além de uma série de atividades, como, a coleta de amostras e apreensões de alimentos, de medicamentos e produtos, atendimento de denúncias, investigação de acidentes e mortes no trabalho e vistoria locais para controle do Aedes aegypti. O prazo concedido para os estabelecimentos adotarem as providências sanitárias é 30 dias, podendo ser prorrogado mediante solicitação, conforme a Lei nº 148/2009 - Código Sanitário Municipal.

Ampliar a quantidade de inspeções em estabelecimentos classificados como alto risco sanitário é uma necessidade, visto que com a pandemia a Vigilância Sanitária demandou muitos esforços em ações específicas o que atrasou as inspeções sanitárias, sendo assim, pretende-se colocar em dia todas as inspeções de alto risco, visto que a primeira inspeção é a mais importante, pois o auditor fiscal juntamente com o responsável pelo empreendimento busca minimizar o risco a saúde das pessoas.

Considerando que foram realizadas no ano de 2018 um quantitativo de 7.344; 8.210 inspeções em 2019 e 6.020 inspeções em 2020, totalizando em uma média anual de 7.192 inspeções (nos 3 anos), este será o valor considerado como linha de base.

As demais atividades não deixarão de ser monitoradas, no entanto, não serão priorizadas pela Vigilância Sanitária exatamente pelo fato de não oferecerem risco iminente para a saúde da população. No entanto, em caso de denúncia, esta demanda será imediatamente atendida.

Diante deste quadro houve um acordo entre os setores da vigilância sanitária onde instituiu-se que será realizada a ampliação anual de 5% de inspeções de fiscalização de estabelecimentos classificados como alto risco.

Sendo assim para a anualização da meta tem-se:

2022: 7.551;

2023: 7.928;

2024: 8.324;

2025: 8.740.

Em relação ao impacto financeiro, para o atendimento desta demanda não serão alocados recursos financeiros, visto que o auditor fiscal sanitário irá realizar as inspeções e será de responsabilidade do supervisor a priorização na inspeção de estabelecimentos classificados como alto risco sanitário.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Controle de Zoonoses	**4 - Reduzir de 10 para 08 (02) dias úteis o tempo de espera pelo resultado de exames de Leishmaniose Visceral Canina para cães que são levados ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) para coleta de material biológico para diagnóstico. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de dias esperados pelo resultado de exames de Leishmaniose Visceral Canina. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: número de dias esperados pelo resultado de exames de Leishmaniose Visceral Canina. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	10

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de julho de 2021.

O município de Campo Grande está situado geograficamente em área endêmica para a Leishmaniose Visceral Canina (LVC), que é uma zoonose parasitária de evolução crônica, com acometimento sistêmico. É transmitida aos canídeos e ao homem pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado, denominado flebotomínio e conhecido popularmente como mosquito palha.

A importância de se reduzir o tempo de espera para o resultado do diagnóstico para a enfermidade em cães é que até a conclusão do diagnóstico, o animal permanece no seu local de moradia, e se for portador da doença acaba expondo outros cães e principalmente a comunidade do entorno.

Caso o resultado seja positivo, o tutor deverá estar ciente da condição de saúde/doença do animal e orientado que como medida de saúde pública e de acordo com a missão primordial em defesa da vida humana e do marco legal que regem as Secretarias Estadual e Municipal de

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Saúde, os cães com LVC devem ser submetidos à eutanásia para que se possa interromper a cadeia de transmissão da doença.

A proposta tem origem da meta do Plano Municipal de Saúde 2018-2021: “9- Reduzir de 20 para 10 dias (50%), o tempo de espera pelo resultado do exame de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) pelo proprietário de cão suspeito da doença. (%)” e também da meta: “4- Elaborar o Programa Municipal de Controle de Leishmaniose Visceral. (Nº Absoluto) tratando-se de uma política pública para o controle e prevenção da doença em cães e consequentemente prezando pela vida de humanos.

O município já realiza diversas ações voltadas para o controle da doença como manejo do reservatório (eutanásia de cães com sorologia positiva conforme disposto na Portaria nº 1.138 de 23 de maio de 2014 e Decreto nº 51.838/1963, educação em saúde voltada à prevenção e principais manifestações clinicas em cães sinais da enfermidade conforme Lei Federal Nº 12.604.

O resultado do indicador no ano de 2017 era de 20 dias, em 2018 de 18 dias, em 2019 e 2020 de 10 dias úteis, ou seja, 12 dias transcorridos. Ressalta-se que no mês de julho de 2021 este foi o prazo aguardado por tutores em relação ao diagnóstico pelo método ELISA para a Leishmaniose Visceral Canina (12 dias).

A proposta de anualização para os 4 anos do plano é de:

2022: Reduzir de 10 para 9 (01) dias úteis o tempo de espera pelo resultado de exames de Leishmaniose Visceral Canina para cães que são levados ao CCZ para coleta de material biológico para diagnóstico. (%)

2023: Não se aplica.

2024: Não se aplica.

2025: Reduzir de 9 para 8 (01) dias úteis o tempo de espera pelo resultado de exames de Leishmaniose Visceral Canina para cães que são levados ao CCZ para coleta de material biológico para diagnóstico.

O indicador ideal para tal meta seria obter o resultado o mais rápido possível, lembrando que o animal permanece aguardando o resultado na residência do tutor.

Como parâmetro de referência é utilizado o próprio município de Campo Grande que se configura como um dos municípios pioneiros de menor tempo de espera para o diagnóstico da enfermidade, sendo que em 2016 eram 30 dias, em 2017 20 dias, já em 2018 e 2019 18 dias.

No ano de 2020, atendendo aos decretos e as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) referente ao enfrentamento e prevenção contra o Novo Coronavírus (COVID-19) onde a orientação era para que a população mantivesse o distanciamento social, houve uma redução de tutores de cães no CCZ à procura do diagnóstico de LVC. Consequentemente houve um menor número de amostras coletadas. Em decorrência do número reduzido de

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

amostras e a limitação do equipamento de leitora de microplacas ELISA para o diagnóstico para LVC com poucas amostras, houve a necessidade de armazenamento das mesmas, o que implicou em um discreto aumento de tempo e elaboração dos exames, porém, este fato foi temporário.

A dificuldade em cumprir a meta proposta é sobre o não comparecimento de empresas interessadas no fornecimento dos equipamentos para aquisição da Prefeitura Municipal de Campo Grande (licitação deserta) ou a descontinuidade dos kits para o diagnóstico de Leishmaniose Visceral Canina disponibilizados à Coordenadoria de Controle de Zoonoses, via Ministério da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Ressalta-se ainda que não houve possibilidade de contratualização de equipamento laboratorial que atendesse tal quesito de leitura de microplaca de ELISA com poucos exames. O processo de aquisição dos equipamentos está em andamento e possui reserva orçamentária para este fim, dependendo somente dos trâmites de licitação. Assim, o tempo de espera poderá sim ser reduzido conforme planejado acima.

O impacto financeiro para atingir a meta é de aproximadamente R$ 356.500,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Controle de Zoonoses</td><td>5 - Reduzir de 14 para 05 dias (09), o prazo para o recolhimento de animais doentes, suspeitos ou positivos de zoonoses. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de dias para recolhimento de animais doentes, suspeitos ou positivos de zoonoses. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de dias para recolhimento de animais doentes, suspeitos ou positivos de zoonoses. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>14</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês de referência setembro de 2021.

Em fevereiro de 2021 foi firmado o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre a Prefeitura Municipal de Campo Grande e o Ministério Público Estadual do Meio Ambiente - Inquérito Civil nº 06.2006.00000328-1 com uma série de considerações a serem implantadas no município relacionadas às políticas públicas voltadas aos animais.

A Coordenadoria de Controle de Zoonoses em cumprimento ao TAC, deve realizar ações mais efetivas elevando em consideração a proteção animal, a obrigatoriedade de realizar o manejo, transporte e a guarda assegurando o bem-estar dos animais recolhidos no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) (Cláusula 9ª alíneas a, b, c).

A meta é uma problematização setorial em virtude da necessidade em retirar com maior brevidade possível animais com enfermidades e principalmente os com diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral Canina (LVC). Para o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 propôs-se “Reduzir de 20 para 7 dias (65%), o prazo para o recolhimento de animais doentes, suspeitos ou positivos de zoonoses. (%)”, porém há a necessidade de reprogramação para seu cumprimento no ciclo 2022-2025, que se dará a partir da aquisição de veículo

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

adaptado. Para o controle das zoonoses e evitar condições de comprometimento de bem-estar para o animal que se encontra aguardando recolhimento, a viatura disponível até o momento (setembro de 2021) atende as demandas conforme a prioridade de urgência e está sendo solicitado à população que traga os animais que necessitam de recolhimento até o CCZ. Estão disponíveis horários flexíveis a fim de atender paulatinamente a meta.

Desta forma, nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021 realizou-se o recolhimento de animais doentes, suspeitos ou positivos de zoonoses com tempo de espera de 20,20,18 e na data de hoje (10 de setembro de 2021) está sendo realizado o recolhimento de tais animais com 14 dias de tempo de espera, sendo que o resultado ideal na média nacional é de 5 dias.

A realização de tal meta será possível após a aquisição de um veículo de recolhimento adaptado no ano de 2022, atingindo a meta no citado ano e mantendo nos demais anos subsequentes.

A previsão para a anualização da meta é que se faça o recolhimento dos referidos animais nos anos de 2022, 2023, 2024 e 2025 em 12, 09, 07 e 05.

Em relação à dificuldade para alcance da meta pode-se considerar a destinação de captação de recursos que se pretende obter por intermédio do Ministério Público do Meio Ambiente, originários de Fundos Ambientais utilizados como instrumentos de gestão pública local e a aplicação destes em ferramentas voltadas ao controle de zoonoses. O impacto financeiro para a aquisição do veículo adaptado para alcançar a meta são de R$170.000,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th colspan="2">Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Controle de Zoonoses</td><td colspan="2">6 - Implantar o Programa de Saúde Única nos bairros com maior vulnerabilidade social. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td colspan="2">Descrição: Número de bairros com maior vulnerabilidade social assistidos pelo Programa de Saúde Única. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td colspan="2">Metodologia de Cálculo: Número de bairros com maior vulnerabilidade social assistidos no ano de 2021 pelo Programa de Saúde Única. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>9</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de julho 2021. A meta se originou de problematização setorial.

O conceito de Saúde Única é definido como o esforço colaborativo multiprofissional e multidisciplinar dentro das áreas da ciência e da saúde aplicadas a níveis locais, nacionais e internacionais buscando promover a saúde indissociável entre humanos, animais e meio ambiente. É apoiado pela Tríplice Aliança formada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas da Agricultura e alimentação (FAO) e Organização da Saúde Animal (OIE).

Animais domésticos estão cada vez mais inseridos em nossa sociedade inclusive com a formação de famílias multiespécies. Segundo a (OIE) 60% das doenças infecciosas humanas tem origem animal, bem como 75% das doenças humanas são emergentes.

Esta proposta de trabalho teve início das necessidades observadas nos territórios em atividades realizadas a partir do segundo semestre de 2020, também do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) nº 06.2016.00000328-1 firmado entre a PMCG e o Ministério do Meio Ambiente de Mato Grosso do Sul, Plano Plurianual (2022 -2025), Resolução do Conselho

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Regional de Medicina Veterinária nº091 de 09/01/2020 e o Plano de Manejo Populacional de Cães e Gatos que se encontra em estágio inicial de execução.

A implantação do Programa de Saúde Única visa fomentar e articular junto à população problemas relacionados à interação humana, animal e ambiental com o desenvolvimento de projetos e ações em educação continuada e permanente para diversos nichos populacionais e servidores do SUS como multiplicadores de informações ligados aos diversos temas compreendidos na Saúde Única. Sua necessidade de implantação se dá pela crescente interação entre animais, humanos e ambiente que tem gerado uma série de problemas e agravos relacionados à saúde pública comprometendo diretamente recursos destinados aos SUS.

De acordo com a Secretaria Municipal de Assistência Social os bairros com maior vulnerabilidade e risco social do município são: Caiobá, Centro Oeste, Lageado, Los Angeles, Mata do Segredo, Noroeste, Núcleo Industrial, São Conrado e Veraneio.

O resultado do indicador atual de julho de 2021 é 1 bairro com vulnerabilidade social assistido, lembrando que a meta ainda será implantada. É possível ampliar em mais 1 bairro as atividades de educação em saúde, de forma permanente e continuada, considerando que as ações devem ser realizadas em Unidades Básicas de Saúde da Família, escolas, centros comunitários ou onde haja atuação do Sistema Único de Saúde no território a ser trabalhado no ano.

A proposta de anualização para os 4 anos de vigência do Plano é de implantar anualmente o Programa de Saúde Única em dois bairros dos nove listados como de maior vulnerabilidade, sendo no último, três bairros.

Como dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar a baixa adesão das Unidades de Saúde ao Programa e consequentemente a menor quantidade de Equipes da Saúde da Família sensibilizadas, o que pode interferir na replicação das informações de educação em saúde à comunidade.

Considerando que esta meta engloba as outras metas da Coordenadoria de Controle de Zoonoses (CCZ) para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 a previsão de impacto financeiro na implantação do Programa terá um custo de aproximadamente R$ 338.000,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

Setor	**Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025**	**Origem**	
Saúde do Trabalhador	**7 - Executar 25 ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) para fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na microrregião de Campo Grande. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: 25 ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador- VISAT realizadas. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	05

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de julho 2021.

Essa meta se originou do PMS de 2018-2021: “Implantar o Plano de Trabalho de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 100% dos municípios da microrregião de Campo Grande” e “Implantar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos municípios da microrregião, que foram alcançadas em sua totalidade”.

Apesar do alcance das metas, os municípios realizam parcialmente atuações de vigilância em saúde do trabalhador em suas atividades rotineiras, o que incide em uma descontinuidade das ações. Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização; urbana ou rural; de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal; de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos da Política e devem ser protegidos pelo SUS.

Através dessas ações buscamos capacitar e dar subsídio técnico às equipes de saúde dos municípios, para que possam estar aptos para atenderem o usuário do SUS na sua integralidade, considerando que aquele hipertenso, o diabético e demais usuários são

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

trabalhadores, o perfil produtivo do território da equipe de saúde pode ter a resposta epidemiológica para determinados agravos que estejam atingindo determinados grupos de trabalhadores que não tem sua doença relacionada com seu processo de trabalho, não se atentando a equipe para a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Analisando os anos de 2017 a 2020 observamos que em 2017 realizamos 2 ações, em 2018: 2, em 2019: 4 e 2020: 5, vimos que as metas estão em tendência crescente, entretanto o que dificulta a realização das ações é a parte burocrática, que devido a necessidade de deslocamento aos municípios de abrangência do CEREST ocorre demora na liberação de recursos financeiros para concretização das ações. A meta vem ao encontro dos indicadores propostos pela Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, o qual criou um instrumento de avaliação dos CEREST Regionais denominado: Qualifica CEREST.

Qualificar esses profissionais atuantes na vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e na atenção básica (ordenadora do cuidado) é um desafio a ser superado, pretende-se continuar desenvolvendo a *r*etaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS. A proposta de anualização da meta para os 4 anos de vigência deste plano é: 2022:6; 2023:7; 2024: 6; 2025:6.

O impacto financeiro ao final de 4 anos de vigência deste plano para a execução dessa meta é de aproximadamente R$ 486.000,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Endemias Vetoriais</td><td>8 - Elaborar o Programa Municipal de Controle de Leishmaniose Visceral. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Programa Municipal de Controle de Leishmaniose Visceral elaborado. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Programa Municipal de Controle de Leishmaniose Visceral elaborado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de setembro de 2021.

A meta tem origem na 7ª Conferência Municipal de Saúde - 2015 e foi proposta no PMS 2018-2021: “Elaborar um Programa Municipal de Controle Leishmaniose Visceral. (Nº Absoluto)”, reconhecendo-se essa necessidade, essa a fim de identificar as áreas de risco e controle nas áreas e transmissão intensa e moderada, bloqueando a expansão dos casos.

As Coordenadorias de Vetores e Zoonoses realizam atividades para controle de Leishmaniose Visceral Canina e para uma padronização dos procedimentos de orientações dirigidas à população, proprietários de animais e usuários em consonância com as normas e legislação vigentes bem como desenvolvimentos de atividades de campo como coletas de amostras de soro em inquéritos, recolhimento de animais, educação em saúde e monitoramento de animais é essencial a elaboração de um Programa Municipal de Leishmaniose Visceral.

O Programa será construído com apoio dos técnicos dos setores envolvidos e em parceria com Secretaria Estadual de Saúde.

A ação física da Programação Anual de Saúde (PAS) de Elaboração de Plano Municipal de Controle de Leishmaniose Visceral foi alcançada no ano de 2020 conforme previsto. No entanto, há a necessidade de continuidade da meta, de maneira conjunta entre Endemias

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Vetoriais e Zoonoses, diante da problematização setorial, logo se faz necessária para 2022 a realização de reuniões técnicas entre as coordenadorias envolvidas para discussão da elaboração do referido programa.

Para elaboração do Programa não há custos adicionais.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.

OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Endemias Vetoriais</td><td>9 - Reduzir o Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti para abaixo de 2%. (%)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Índice de Infestação Predial por Aedes aegypti abaixo de 2% por Levantamento de Índice Rápido – LIRAa realizado. (%)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo:
Numerador: Número de Imóveis Positivos
Denominador: Número de Imóveis Pesquisados
X100</td><td>%</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de setembro de 2021. A meta se originou do PMS 2018-2021: “5- Reduzir o Índice de Infestação Predial por *Aedes aegypti* para abaixo de 1%. (%)”

Considerando que o índice de infestação predial é a relação entre imóveis positivos dividido por imóveis pesquisados x 100, e por meio deste índice, pode-se levantar o percentual de edifícios positivos (com a presença de larvas de *A. aegypti*).

Sendo a meta proposta a partir de uma problematização da própria atividade de controle de vetores transmissores de Dengue, *Chikungunya* e *Zika*. Logo a manutenção de índices elevados expõe a população aos riscos de ocorrências de epidemia destas doenças, que podem produzir gastos significativos com internação, tratamentos, problemas de superlotação das unidades de saúde o que gera um caos social, podendo ocasionar óbitos por estas doenças, por estes motivos é importante reduzir o LIRAa a margem menor de 2% que é aceitável pelo Ministério da Saúde como controlado, tendo em vista que o Índice de Infestação

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Predial por *Aedes aegypti* acima de 1% e abaixo de 3,9% já é considerado alerta e acima de 3,9% risco iminente de surto para as doenças transmitidas pelo *Aedes*.

Considerando que os índices de infestação em 2018 foram (jan) 3,6; (mar) 1,1; (mai) 1,1; (nov) 3,6; em 2019 (jan) 2,9; (mai) 2,3; (jul) 0,6; (set) 0,5; (nov) 0,9. Em 2020 (jan) 3,6; (mar) 1,1; (nov) 1,0. E em 2021 (mar) 1,4; (mai) 0,5; (jul) 0,2, ou seja, todos dentro do percentual aceitável pelo Ministério da Saúde, porém com índices próximos ao risco iminente de surto.

Assim propõe-se o fortalecimento das ações de controle para redução destes percentuais em cada execução, com a previsão de redução para abaixo de 2% em cada levantamento a ser realizado ao longo dos anos de 2022 a 2025.

Considerando que o cumprimento desta meta sofre influência significativa de condições ambientais favoráveis à reprodução do *Aedes aegypti* no território dos estratos do Levantamento de Índices do *Aedes aegypti* - LIRAa com Índice de Infestação igual ou superior a 2%, propõe-se relatórios anuais com base nos resultados de cada levantamento para demonstrar quais as dificuldades encontradas em cada período para o cumprimento ou não da meta.

O impacto financeiro para execução da meta será de aproximadamente R$7.573.760,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Diagnósticos e Exames Laboratoriais</td><td>10 - Ampliar de 66 para 86 (20) o número de postos de coleta de exames laboratoriais nas unidades de saúde da Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de postos de coleta de exames laboratoriais das unidades da Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de postos de coleta de exames laboratoriais das unidades da Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>66</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

A análise situacional tem como referência o mês de setembro de 2021. Nas propostas da 8ª Conferencia Municipal de Saúde – 2019 em seu Eixo I consta: “24 – Implantar e implementar o Sistema de coletas de exames laboratoriais em todos as unidades de saúde da REMUS. Esta meta se originou do PMS 2018-2021: “Ampliar de 44 para 58 o número de unidades de saúde da atenção básica que fazem coleta para exames. (Nº Absoluto)”, e também está de acordo com o que foi descrito no Plano Plurianual (PPA) 2022 – 2025: “Ampliar em 20 unidades a rede de coleta de material biológico para a realização de exames laboratoriais”, sendo as unidades que possuem postos de coleta elencadas abaixo:

Atenção Primária à Saúde:

1. UBS Dr. Jair Garcia de Freitas - 26 de Agosto
2. UBS Eng. Arthur Hokama - Dona Neta
3. UBS Dr. Sebastião Ely Pereira - Aero Rancho
4. USF Nova Bahia
5. UBS Dr. Jorge David Nasser - Jockey Club

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

6. UBS Coronel Antonino
7. USF Dr. Milton Kojo Chinen - Vila Nasser
8. USF São Francisco
9. UBS Alfredo Neder - Coophavilla II
10. UBS Dr. Antonio Pereira - Tiradentes
11. USF Aquino Dias Bezerra - Vida Nova
12. USF Dr. Judson Tadeu Ribas - Moreninha III
13. USF Dr. Benjamim Asato - Parque do Sol
14. USF Edson Quintino Mendes – Jardim Itamaracá
15. USF Jardim Batistão
16. USF Dr. Cláudio Luiz Fontanillas - Jardim Noroeste
17. USF Benedito Martins Gonçalves - Jardim Oliveira
18. UBS Dr. Germano Barros de Souza - Universitário
19. USF Maria Aparecida Pedrossian - MAPE
20. UBS Dr. Celso Lacerda de Azevedo - Pioneira
21. USF Albino Coimbra Filho - Santa Carmélia
22. USF Dra. Sôni Lydia Souza Wolf - Macaúbas
23. USF Paulo Coelho Machado
24. USF Dr. Walfrido Ferreira de Azambuja - Alves Pereira
25. USF Dr. Bento Assis Machado - Anhanduí
26. USF Jurandyr de Castro Coimbra - Zé Pereira
27. UBS Dr. Astrogildo Carmona - Carlota
28. USF Dr. Herbert R. Calado - Aero Itália
29. USF Dra. Jeanne Elizabeth Wanderley Tobaru - Jardim Botafogo
30. USF Dr. Wagner Jorge Bortotto Garcia - Mario Covas
31. USF Sebastião Luiz Nogueira - Jardim Los Angeles
32. USF Dr. Olímpio Cavalheiro - COHAB
33. USF Dra. Márcia Guedes de Sá Earp - Nova Lima
34. USF Dr. Manoel Secco Tomé - Indubrasil
35. USF Dr. Sumie Ikeda Rodrigues - Serradinho
36. USF Dra. Eleonora Moura Quevedo Gomes - Silvia Regina
37. UBS Dr. Nicolau Fragelli - Lar do Trabalhador
38. UBS Dr. Ivan Idelbrand da Costa - Buriti
39. USF Dr. Vicente Fragelli - Cidade Morena
40. UBS Dr. Vespasiano B. Martins – Popular
41. USF Maria de Lourdes dos Santos - Portal Caiobá

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

42. USF Dr. Emílio Garbeloti Neto – Tarumã
43. USF Vila Fernanda
44. UBS Dr. Alberto Neder - Caiçara
45. USF Dra. Maria José de Pauli - Três Barras
46. USF Manoel Cordeiro - Aguão
47. USF Dr. Roger Buainain - Rochedinho
48. USF Azaleia
49. Clínica da Família Iracy Coelho
50. USF Ana Maria do Couto
51. USF São Conrado
52. Presídio Feminino
53. Presídio Segurança Máxima
54. Módulo de Saúde

Atenção Especializada:

1. Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA.
2. Centro Especializado em tratamento de doenças infecto-parasitárias - CEDIP.

Urgência e Emergência:

1. UPA - Vila Almeida
2. UPA - Santa Mônica
3. UPA - Jardim Leblon
4. UPA - Universitário
5. UPA - Moreninhas
6. UPA - Coronel Antonino
7. CRS - Nova Bahia
8. CRS - Aero Rancho
9. CRS - Tiradentes
10. CRS - Coophavila II

Considerando o ano de 2020 como parâmetro para as projeções e elaboração das metas para os anos de 2022 – 2025, entende-se que a oferta de exames laboratoriais para toda a Rede Municipal de Saúde é fundamental no processo de elucidação do diagnóstico precoce.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, o funcionamento do laboratório clínico deve ser inserido em um processo de planejamento global do conjunto de ações e serviços de saúde, de forma coerente com o modelo assistencial adotado. Buscando garantir: a universalidade e

oportunidade de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários, a integralidade da atenção, a equidade na alocação de recursos e no acesso e a subordinação das diretrizes de política para essa área ao controle social.

Desse modo, quanto maior o número de postos de coleta de material biológico distribuídos nas unidades de saúde, melhoraremos o acesso da população a este serviço essencial.

A anualização das implantações deverá seguir:

- 2022: USF Aero Rancho Granja; USF Corumbá; USF Carvalho; USF Marabá e USF São Benedito.
- 2023: USF Seminário; USF José Abrão; USF Santa Emília; USF Jardim Presidente e USF Paradiso.
- 2024: USF Nova Esperança e mais 4 novas unidades de saúde.
- 2025: 05 novas unidades de saúde.

Até setembro de 2021 totalizava-se 66 postos de coleta. Até 2025 pretende-se um total de 86 postos de coleta. Sendo assim, na anualização da meta haverá 5 novos postos de coleta ao ano. Conforme Proposta para Elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) 2022, o custo para a ampliação de 20 (vinte) novos postos de coleta em relação à contratação de empresa de transporte de material biológico será de R$492.900,00, no entanto a previsão para o funcionamento das 86 unidades terá o custo de R$ 1.262.570,00, em 2022.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.

OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Diagnósticos e Exames Laboratoriais</td><td>11 - Qualificar 86 profissionais responsáveis pela coleta de material biológico para exames laboratoriais na Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de profissionais responsáveis pela coleta de material biológico para exames laboratoriais na Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de profissionais responsáveis pela coleta de material biológico para exames laboratoriais na Rede Municipal de Saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional se refere ao mês de setembro de 2021. A meta se originou da problematização setorial.

Implantar indicadores de qualidade dentro do Laboratório Central Municipal (LABCEM) é uma opção para diminuir a insatisfação do usuário e reduzir custos para determinadas situações.

Portanto, para garantirmos a qualidade da fase pré-analítica de nosso laboratório, fase esta que consiste na preparação do paciente, coleta, manipulação e armazenamento do espécime diagnóstico, antes da determinação analítica, a equipe técnica do laboratório oferece treinamento contínuo para os profissionais que realizam a coleta de amostras biológicas.

Com a grande rotatividade dos profissionais que atuam diretamente na recepção, orientação do paciente e coleta do material, a equipe técnica do LABCEM disponibiliza, também, os Procedimentos Operacionais Padrões (POP) relacionados à coleta, recepção,

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

orientação ao paciente, critérios de aceitação e rejeição de amostras, armazenamento e transporte de materiais biológicos.

Sendo assim, pretende-se aumentar a oferta de treinamento para os profissionais responsáveis pelos postos de coleta distribuídos na Rede Municipal de Saúde, tornando estes treinamentos cíclicos, de forma contínua, a fim de garantir a qualidade do exame laboratorial ofertado; garantir a confiabilidade na identificação das amostras biológicas enviadas ao laboratório; além da celeridade na liberação dos resultados, uma vez que não haja inconformidade com a amostra biológica recebida.

Desta forma, a Coordenadoria de Diagnósticos e Exames Laboratoriais (CDEL) terá como objetivo capacitar ao menos um profissional responsável pela coleta de material biológico em cada unidade de saúde.

A proposta/previsão de anualização da meta do Plano para os 4 anos prevê:

2022: 23; 2023: 23; 2024: 20 e 2025: 20 profissionais de saúde.

Informamos que os treinamentos e capacitações são executadas continuamente pela área técnica do Laboratório Central Municipal (LABCEM). Com isso, os profissionais da Rede Municipal de Saúde que atuam nas salas de coleta já foram treinados, e continuarão a receber este treinamento. Destaca-se que no primeiro quadrimestre de 2021 foi alcançado 26,66% dos 30% previstos.

Destaca-se que a qualidade do serviço prestado é a maior preocupação e compromisso desta instituição. Portanto, acredita-se que esta meta terá grande impacto para os pacientes atendidos pela Rede Municipal de Saúde.

Por tratar-se de qualificação de servidores, esta meta não haverá custo adicionais para Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), visto que será desenvolvida pelos próprios servidores.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Diagnósticos e Exames Laboratoriais</td><td>12 - Implantar na Rede Municipal de Saúde 08 novos tipos de exames laboratoriais executados pelo Laboratório Central Municipal (LABCEM). (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de exames laboratoriais ofertados na Rede Municipal de saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de exames laboratoriais ofertados na Rede Municipal de saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>82</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta Análise Situacional tem como referência o mês de setembro de 2021. A meta se originou da problematização setorial.

Garantir o acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização é a diretriz do plano municipal de saúde que norteia o trabalho do Laboratório Central Municipal (LABCEM).

O Laboratório Central Municipal (LABCEM) realiza 82 tipos de exames laboratoriais, de acordo com a demanda expontânea e necessidade das unidades de saúde. Porém, é preciso aumentar a capacidade de operacionalização e oferecer cada vez mais exames laboratoriais para a população. Nesse sentido, pretende-se implantar 8 novos tipos de exames até o final de 2025, totalizando 90.

Destaca-se que com este aumento poderá ser contemplada a totalidade da lista de exames da Rede Cegonha, incluindo, por exemplo, o exame de identificação de *Streptococcus beta* hemolítico do grupo B, um exame importante, pois este agente pode causar doença grave

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

em bebês e pessoas com sistema imunológico comprometido, incluindo gestantes, pacientes com diabetes grave, câncer e problemas do fígado.

Os custos dessa ampliação se darão a partir dos estudos técnicos preliminares caso sejam aprovados. E deverão ser previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância de Saúde Ambiental</td><td>13 - Cumprir anualmente 100% do número de coletas analisadas de água da rede pública de abastecimento, quanto aos parâmetros turbidez, Cloro Residual Livre e Coliformes totais, segundo a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Programa de Vigilância da Qualidade da Água. (%)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de coletas analisadas de água da rede pública de abastecimento, quanto aos parâmetros turbidez, Cloro Residual Livre e Coliformes Totais, segundo a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Programa de Vigilância da Qualidade da Água. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de coletas analisadas de água da rede pública de abastecimento, quanto aos parâmetros Turbidez, Cloro Residual Livre e Coliformes Totais, segundo a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Programa de Vigilância da Qualidade da Água. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>810</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de setembro de 2021.

Esta meta se originou do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 “Ampliar em 10% a coleta de amostras de água na rede e distribuição pública para análise dos parâmetros de potabilidade da água para consumo humano. (%)”, consta também como indicador da Pactuação Interfederativa 2017-2021: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros Coliformes totais, Cloro Residual Livre e turbidez.”

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A água utilizada para consumo humano é um bem essencial que garante saúde e qualidade de vida à população, quando distribuída em quantidade suficiente e com qualidade que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente.

O instrumento de implementação das ações de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano é o VIGIAGUA que consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública que garante o acesso à agua com qualidade, parte integrante das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água.

Conforme determinação da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem que determina o número de coletas necessárias, per capta, sendo um número de coletas representativo quanto à qualidade da água para consumo humano consumida pela população. Aumentar o número de coletas representa desperdício de insumos sem alteração no resultado do monitoramento.

A referência para o cálculo de amostras é baseada na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, conforme disposto na Portaria GM/MS 888 de 04/05/2021, que definiu os parâmetros básicos a serem monitorados e o quantitativo de amostras mínimas a serem analisadas para o município de 636 análises/ano obrigatórias.

O resultado do indicador em 2017(205), 2018 (561), 2019 (988), 2020 (810) e até setembro de 2021 (430).

O impacto financeiro para execução da meta previsto é de R$ 90.000,00 anualmente.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.

OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

Setor	**Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025**	**Origem**	
Vigilância Epidemiológica	**14 - Reduzir a transmissão vertical da Sífilis de 90 para 58 (32) casos. (N° Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de casos de Sífilis Congênita. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de casos de Sífilis Congênita. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	90

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de agosto de 2021.

Esta meta se originou da seguinte proposta do Plano Municipal 2018-2021: “Reduzir a transmissão vertical da Sífilis Congênitas para abaixo de 90 casos novos/ano (Nº Absoluto)”.

A Sífilis Congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* por via transplacentária, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto. Ocasionalmente, pode ocorrer por contato direto com a lesão no momento do parto ou em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna (transmissão vertical) e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas. Apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento.

A maioria dos casos acontece porque a mãe não foi testada para Sífilis durante o planejamento reprodutivo, no pré-natal ou porque recebeu tratamento não adequado para Sífilis antes ou durante a gestação.

A prevenção da transmissão vertical da Sífilis é uma prioridade nas ações estratégias para o enfrentamento no território, alinhada ao Ministério da Saúde, que

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

reafirmou o compromisso na redução dos casos de Sífilis no Brasil e publicou no ano de 2017 a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no país.

No Brasil, em geral, nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de Sífilis Congênita: em 2009, a taxa era de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos e em 2018 chegou a 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, reduzindo-se para 8,2 casos/1.000 nascidos vivos em 2019. Dentre as capitais, Campo Grande está entre as que apresentaram as maiores taxas de incidência em 2019, (8,4/1.000 nascidos vivos).

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2017, o município de Campo Grande notificou 533 gestantes com sífilis o que culminou com 155 casos de Sífilis Congênitas, o maior número expresso de casos nos últimos quatro anos, reflexo da falta de matéria-prima, no país, para fabricação da Penicilina G Benzatina, tratamento prioritário para gestante com Sífilis e parceria. No ano seguinte, o número de casos de sífilis em gestante foi de 688 gestantes com Sífilis e 100 de Sífilis Congênita. Em 2019, foram 561 gestantes com Sífilis e 120 casos de Sífilis Congênita. Em 2020, apesar do município não ter apresentado aumento no número de gestantes com sífilis comparado ao ano de 2019, o que totalizou 657 notificações, houve uma redução expressiva no número da Sífilis Congênita com a queda para 87 casos notificados no ano.

Diante do desafio e dos dados apresentados, o Município de Campo Grande propõe a meta, a redução do número de casos de Sífilis Congênita de 90 para 58 casos de Sífilis Congênita para os próximos quatro anos, tendo como meta anualizada a redução de 8 casos de Sífilis Congênita/ano de 2022 a 2025, tendo como linha de base 90 casos, a partir da meta proposta em 2018-2021, visto a inviabilidade de utilização do resultado de 2020 (87) por se tratar de ano atípico em virtude da Pandemia pelo Novo Coronavírus.

A meta estabelecida tem como parâmetro o Plano Nacional de Saúde (2020-2023), cujo Ministério da Saúde pactuou a redução da Sífilis Congênita em 35%, o que corresponde a redução de 90 casos de Sífilis Congênita para 58 casos até o ano de 2025.

As dificuldades em atingir a meta estão relacionadas ao pré-natal irregular, falha no tratamento Penicilina G Benzatina e reinfecções causadas pela bactéria *Treponema pallidum* durante a gestação.

Para atingir a meta estabelecida, o município de Campo Grande não terá custos adicionais, pois o tratamento é fornecido pelo Ministério da Saúde.

A redução do número de casos de Sífilis Congênita, implica na melhoria da qualidade do pré-natal e na redução do abandono do tratamento. Esta ação impacta na redução dos gastos públicos municipais em R$ 6.480.000,00 (seis milhões e quatrocentos e oitenta mil reais) com internações prolongadas por casos muito graves clinicamente decorrentes a prematuridade ou amplo espectro de manifestações clínicas que necessitam de internações em

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

unidade de terapia intensiva neonatal para os 04 (quatro) anos da vigência deste Plano Municipal de Saúde.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Vigilância Epidemiológica	**15 - Reduzir a transmissão vertical de Hepatite B de 10 para 06 (04) casos. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de casos de Hepatite B por transmissão vertical. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de casos de Hepatite B por transmissão vertical. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	10

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de agosto de 2021.

Esta meta se originou da seguinte proposta do Plano Municipal 2018-2021: “Reduzir a transmissão vertical da Hepatite B pata abaixo de 10 casos confirmados em gestantes/ano. (Nº Absoluto)”.

As Hepatites Virais são causadas por diferentes agentes etiológicos com tropismo primário pelo tecido hepático, sendo um grande desafio para a saúde pública em todo mundo por sua alta transmissibilidade.

Especificamente a Hepatite Viral B (HBV) é uma infecção aguda que pode evoluir para cronicidade, com significante taxa de morbidade e mortalidade, de transmissão parenteral, sexual e vertical (perinatal e intrauterina), sendo a transmissão perinatal, no momento do parto, umas das vias mais importantes e, também, a principal forma de transmissão para os recém-nascidos (RN).

A transmissão vertical da Hepatite B pode ocorrer durante a infecção materna aguda ou crônica, porém a presença de sinais e sintomas da infecção na gestante não é determinante da infecção para o RN.

De acordo com os dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em Campo Grande nos anos de 2017 e 2018 foram registrados 04 casos

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

de Hepatite B em gestante, sendo 02 casos em cada ano. Já no ano de 2019 houve um aumento de casos de gestante com Hepatite B, sendo notificado 04 novos casos. Já no ano de 2020, houve um declínio para 02 casos de gestantes com Hepatite B.

Considerando a meta estabelecida no Plano Nacional de Saúde (2020-2023), cujo Ministério da Saúde pactuou a redução dos casos de transmissão vertical da Hepatite B, o Município de Campo Grande propõe como meta do Plano Municipal de Saúde (2022 a 2025), a redução da transmissão vertical da Hepatite B de 10 para 06 caso transmissão vertical até o ano 2025 (1 caso/ano), tendo como linha de base 10 casos, a partir da meta proposta em 2018-2021, visto a inviabilidade de utilização do resultado de 2020 (2) por se tratar de ano atípico em virtude da Pandemia pelo Novo Coronavírus.

Vale ressaltar que o monitoramento dos casos de crianças expostas ao vírus da Hepatite B se dá a partir da ficha de notificação da gestante com Hepatite B, pois não há ficha de notificação especifica do RN exposto ao vírus da Hepatite B.

Recomenda-se que todas as gestantes realizem teste rápido (TR) para HBV na primeira consulta, ou no primeiro trimestre de gestação, ou quando iniciarem o pré-natal. Gestantes diagnosticadas com infecção pelo HBV devem ser encaminhadas para unidades referência que assegurem a administração de vacina e da imunoglobulina específica para o vírus da hepatite B (HBIg) ao RN.

Para que seja efetiva a redução da transmissão vertical da Hepatite B é imprescindível que seja ofertada a vacina para a hepatite B durante a gestação para todas as pacientes com resultado HBsAg não reagente, podendo ser administrada em qualquer trimestre. No caso de mulheres expostas ao HBV em qualquer idade gestacional, estas deverão receber associação de vacina e Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHABHB).

Para atingir a meta estabelecida, o município de Campo Grande não terá custos adicionais, pois o tratamento é fornecido pelo Ministério da Saúde.

Esta ação impacta na redução dos gastos públicos municipais com leitos de internações em unidade de terapia intensiva neonatal nos 04 (quatro) anos da vigência deste Plano Municipal de Saúde em média de R$ 720.000,00 (setecentos e vinte mil reais) com internações prolongadas por casos muito graves clinicamente decorrentes a prematuridade ou amplo espectro de manifestações clínicas.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Epidemiológica</td><td>16 - Reduzir a transmissão vertical de HIV de 10 para 06 (04) número de casos. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de casos de HIV por transmissão vertical. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de casos de HIV por transmissão vertical. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>10</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de agosto de 2021.

Esta meta se originou da seguinte proposta do Plano Municipal 2018-2021: “Reduzir a transmissão vertical do HIV reduzindo os casos de Aids para abaixo de 03 casos/ano em menores de 5 anos. (Nº Absoluto)”.

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ataca o sistema imunológico do indivíduo, deixando-o fragilizado. O retrovírus atinge principalmente os linfócitos denominados T CD4+. Sua transmissão pode ser disseminada através do contato com sangue contaminado, assim como sêmen, fluidos vaginais, líquido peritoneal, pleural, pericárdico, articular, líquor e líquido amniótico, muito comum em infecções infantis, ou seja, pela transmissão vertical.

A transmissão vertical do HIV ocorre da mãe para o feto ainda no período de gestação, durante o parto ou na amamentação do bebê. Nestas fases, o contato com fluidos contaminados, tanto no líquido amniótico quanto no leite materno, pode levar a criança a desenvolver a doença antes mesmo dos primeiros anos de vida. Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, o primeiro caso de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana foi diagnosticado no ano de 1985.

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 5,8% das gestantes eram residentes da região Centro-

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Oeste. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes, em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e em 2019 essa taxa passou para 2,8 casos/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas pelo HIV (27,6%), notificadas no SINAN entre 2000 e junho de 2020. Segundo a escolaridade, observa-se que o maior percentual das gestantes infectadas com HIV estudou da 5ª à 8ª série incompleta, representando 28,3% do acumulado de casos notificados no período. Cabe ressaltar que a proporção de gestantes com pelo menos o nível médio completo vem apresentando tendência acentuada de aumento, tendo passado de 14,6% em 2009 para 27,8% em 2019. Enquanto isso, a proporção de gestantes com no máximo até o fundamental completo apresenta declínio: em 2009 era de 56,1%, e em 2019 foi de 40%. Quanto à raça/cor autodeclarada, há um predomínio de casos entre gestantes pardas, seguidas de brancas, em 2019, esses grupos representaram 49,5% e 32,2% dos casos, respectivamente. As gestantes pretas corresponderam a 13,7% nesse mesmo ano. A tendência entre as gestantes pardas vem crescendo desde o início da série, as quais, em 2012, se tornaram a maior parte dos casos no país, ficando à frente das gestantes brancas desde então.

De acordo com Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2017, o município de Campo Grande diagnosticou 47 gestantes com HIV, mantendo o mesmo quantitativo no ano seguinte. Em 2019, o número de gestantes diagnosticadas com HIV aumentou para 49 casos, reduzindo em 2020 o número de gestantes diagnósticas com HIV para 40, sendo que destas, 10 não realizaram Terapia com Antirretroviral (TARV), portanto ocorreram 10 casos de transmissão vertical.

Diante do desafio e dos dados apresentados, o Município de Campo Grande propõe como meta do Plano Municipal de Saúde, a redução da transmissão vertical de 10 crianças, que foram expostas ao vírus do HIV decorrentes a não adesão da gestante ao tratamento com TARV, para 6 crianças expostas ao vírus do HIV nos próximos quatro anos, tendo como meta anualizada a redução de 1 caso/ ano de 2022 a 2025.

A meta anualizada estabelecida baseou-se na pactuação da redução da transmissão vertical do HIV em 40%, o que corresponde a redução de 10 casos de crianças expostas ao vírus do HIV (2020) para 06 casos de crianças exposta ao vírus do HIV até o ano de 2025, de acordo com as possibilidades existentes, tendo o resultado do ano de 2020 como linha de base.

O pré-natal regular, a testagem para HIV e ampliação do tratamento destas gestantes, assim como a intensificação da busca ativa daquelas testadas positivo são ações que contribuirão para reduzir o risco das crianças expostas ao HIV contraírem o vírus, reduzindo os

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

casos graves que requerem períodos de internações prolongados, impactando financeiramente no Sistema Único de Saúde e/ou elevando o coeficiente de mortalidade por AIDS em menores de 05 anos.

Uma dificuldade enfrentada que poderá interferir no alcance da meta é a falta de adesão do tratamento com TARV de gestantes com HIV que apresentam outras clínicas de difícil manejo, com transtorno de adaptações ao novo diagnóstico e saúde mental. A redução do número de casos de crianças expostas ao vírus do HIV, implica na melhoria da qualidade do pré-natal e na redução do abandono do tratamento das gestantes com HIV.

Para atingir a meta estabelecida, o município de Campo Grande não terá custos adicionais, pois o tratamento é fornecido pelo Ministério da Saúde. Esta ação impacta na redução dos gastos públicos municipais com leitos de internações em unidade de terapia intensiva neonatal nos 04 (quatro) anos da vigência deste Plano Municipal de Saúde em média de R$ 720.000,00 (setecentos e vinte mil reais) com internações prolongadas por casos muito graves clinicamente decorrentes a prematuridade ou amplo espectro de manifestações clínicas.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Epidemiológica</td><td>17 - Reduzir de 78 para 42 (36) o número de óbitos por AIDS. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de óbitos por AIDS. (N° Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de óbitos por AIDS. (N° Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>78</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de agosto de 2021.

Esta meta se originou de problematização setorial, a partir da proposta no Plano Nacional de Saúde (2020-2023), cujo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) pactuou a redução do coeficiente de óbitos por Aids em 3,9 por 100 mil habitantes até o ano de 2023.

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constitui-se um importante problema de saúde pública, apresentando-se como uma das principais causas de morte prematura no mundo. A tuberculose é a principal causa de morte entre os pacientes com HIV, causando uma em cada três mortes relacionadas à AIDS.

Desde o início da epidemia de aids (1980) até 31 de dezembro de 2019, foram notificados no Brasil 349.784 óbitos tendo o HIV/Aids como causa básica.

Em 2019, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) um total de 10.565 óbitos por causa básica aids (CID10: B20 a B24), a distribuição proporcional foi de e 7,0% no Centro-Oeste. No período de 2009 a 2019, verificou-se uma queda de 29,3% no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,8 para 4,1 óbitos por 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 28,1% entre 2014

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

e 2019. O Estado do Mato Grosso do Sul apresentou o coeficiente mortalidade de 5,3 óbitos/100 mil habitantes, superior a nacional.

Do total de óbitos por AIDS registrados no Brasil no período entre 1980 e 2019 (n=349.784), 70,4% ocorreram entre homens (n=246.091) e 29,6% entre mulheres (n=103.558). A razão de sexos observada em 2019 foi de dois óbitos entre homens para cada óbito entre mulheres, taxa que vem apresentando comportamento linear desde 2003. Quando distribuídos proporcionalmente os óbitos notificados no ano de 2019 por raça/cor, observaram-se 61,7% de óbitos entre negros (47,2% pardos e 14,5% pretos), 37,7% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas.

No munícipio de Campo Grande foram registrados 96 óbitos no ano de 2017, em 2018 o número caiu para 79 óbitos e 106 óbitos registrados no ano de 2019.

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade, no ano de 2020, houve uma redução para 78 óbitos, cujo coeficiente de mortalidade foi de 8,6 por 100 mil habitantes, apresentando-se ainda acima do coeficiente nacional de 4,1 óbitos por 100 mil habitantes.

Diante do desafio e dos dados apresentados, o Município de Campo Grande propõe como meta do Plano Municipal de Saúde, a partir da linha de base de 2020, a redução de 78 para 42 número de óbitos por AIDS em 4 anos, tendo como meta anualizada a redução de 09 óbitos/ano de 2022 a 2025, o que corresponderá a atingir o coeficiente nacional (3,9) pactuado pelo Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde.

Atingir esse percentual, implica no município ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, introduzir a profilaxia com Isoniazida as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) que apresentam CD4 menor que 350, bem como, reduzir das PVHIV em abandono com a Terapia Antirretroviral (TARV). Essas ações contribuirão para reduzir o impacto financeiro com internações prolongadas.

Para atingir a meta estabelecida, o município de Campo Grande não terá custos adicionais, pois o tratamento é fornecido pelo Ministério da Saúde. Esta ação impacta na redução dos gastos públicos municipais com leitos de internações em unidade de terapia intensiva neonatal nos 4 (quatro) anos da vigência deste Plano Municipal de Saúde em média de R$ 6.552.000,00 (seis milhões e quinhentos e cinquenta e dois mil reais) com internações prolongadas por casos muito graves clinicamente ou amplo espectro de manifestações clínicas que necessitam de internações em unidade de terapia intensiva adulto.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Epidemiológica</td><td>18 - Monitorar o Plano Municipal de Redução das Mortes e Lesões por Acidentes de Trânsito. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Plano Municipal de Redução das Mortes e Lesões por Acidentes de Trânsito monitorado. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Plano Municipal de Redução das Mortes e Lesões por Acidentes de Trânsito monitorado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>1</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de setembro de 2021.

Essa meta originou-se das seguintes Metas do Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021: “Reduzir 10% a razão da mortalidade por acidentes de trânsito” e “reduzir 6% das internações por acidentes de trânsito”, e tem como objetivo monitorar as principais ações intersetoriais realizadas no município, que impactam na redução das mortes e lesões por acidentes de trânsito, no que compete à governabilidade dessa Secretaria.

As principais ações a serem monitoradas que contribuem para a redução das mortes e lesões no trânsito no que compete a essa secretária, são: ações de infraestrutura viária, ações de fiscalização e de educação para o trânsito.

Compete ainda a esta Secretaria colaborar com as ações intersetoriais, tais como: realizar ações educativas intra e intersetoriais e qualificar os profissionais visando o aprimoramento das ações de vigilância e prevenção dos acidentes de trânsito.

Para a elaboração dessa meta foram considerados os resultados obtidos em dezembro de 2020, onde foi possível avaliar o desempenho das ações do programa do ano. No período de 2018 a 2020, obtivemos uma redução de 11% de redução das mortes. No período de 2018

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

a 2020, obtivemos um aumento de 60% na taxa de internação por acidentes de trânsito, sendo que 70% das vítimas são motociclistas, o que representa um grande desafio para a prevenção.

Considera - se de grande relevância o monitoramento dessas ações, tendo em vista que os acidentes de transporte terrestre representam um dos maiores problemas para a saúde pública, impactando no aumento da mortalidade e lesões que afetam a saúde e a qualidade de vida da população, sobretudo na faixa etária jovem do sexo masculino.

As lesões causadas pelos acidentes de trânsito impactam de maneira acentuada nos custos da saúde pública, na família, na previdência e na economia. Para além dos custos financeiros apontamos o sofrimento da vítima com as lesões que podem ser temporárias ou permanentes, e o sofrimentos psíquicos para a vítima e seus familiares.

Considerando que as principais ações de redução, controle e prevenção são realizadas por instituições da área da segurança pública e trânsito, em 2010 foi instituído pelo Ministério da Saúde o Projeto Vida no Trânsito cujo objetivo é subsidiar os gestores municipais nas ações de vigilância e prevenção dos acidentes de trânsito.

Este programa foi lançado a partir da promulgação da Década de Ação pela Segurança Viária decretada pela ONU/OMS com a meta de redução de 50% das mortes no período de 2011 a 2020.

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), estabeleceram a continuidade das ações associadas a mobilidade segura para o período de 2021 a 2030, reforçando o compromisso e a importância das políticas públicas de segurança viária. Em 2019 Campo Grande apresentou redução de 15% na taxa de mortalidade em relação a 2016, mesmo com a população e frota veicular crescente, apontando resultados positivos nas ações de intervenção, porém o número de acidentes com vítimas continua elevado, o que nos impõem ainda muitos desafios nas ações de prevenção. Para a meta estabelecida no quadriênio 2022/2025 foram considerados os resultados alcançados no período janeiro a dezembro de 2020, sendo esse o ano de referência para a programação 2022 – 2025.

As análises dos fatores e condutas de risco para os acidentes fatais, realizadas pelo Grupo de Análise de Acidentes de Trânsito (G.A.A.T), coordenado pelo Serviço do Núcleo de Prevenção às Violências e Acidentes, em parceria com a Agência Municipal de Transporte e Trânsito (AGETRAN), apontam como as principais causas dos acidentes de trânsito o comportamento dos motoristas em conduzir seus veículos acima da velocidade permitida para as vias, dirigir sobre efeito de bebida alcoólica e dirigir sem habilitação. Observa-se a priorização da população do transporte individual em detrimento ao transporte coletivo nas vias urbanas.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Campo Grande apresenta elevadas taxas de motorização com tendência crescente. A taxa de motorização é de 1.6 habitantes por veículos (ano 2019) com elevada frota de motocicleta, sendo os motociclistas as principais vítimas dos acidentes de trânsito na capital.

Como consequência desse cenário temos a perda da vida precoce, lesões que impactam em incapacidades temporárias ou permanentes, número elevado de pessoas acamadas, sobretudo os jovens, absenteísmo ao trabalho e escola, perda da renda familiar parcial ou total e elevadíssimos gastos com a saúde pública e previdência. Como estratégia de prevenção o Programa Vida no Trânsito propõe as intervenções integradas e intersetoriais, com base em evidências, priorizando áreas como a Infraestrutura Viária, Fiscalização e Educação para o Trânsito.

Destaca-se que o papel da Secretaria Municipal de Saúde é realizar a vigilância dos eventos por meio da qualificação das informações, identificação dos fatores e condutas de risco, colaborar com o planejamento e algumas estratégias de intervenção como ações educativas e treinamentos específicos junto aos parceiros do Comitê e grupo de análise, realizar o monitoramento das ações e avaliar o processo de trabalho.

Cita-se como dificuldades no alcance de melhores resultados na redução dos acidentes a necessidade de implementação das ações de mobilidade e segurança viária como intensificação da fiscalização, incremento nas ações de infraestrutura viária voltadas para o controle e redução da velocidade e ações de educação para o trânsito, que possam impactar em maior segurança, sobretudo, dos motociclistas, pedestres e ciclistas, o que demanda recursos financeiros elevados para garantir ações mais céleres e continuas.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA/ 2015, estima que os gastos com acidentes de trânsito chegam a 40 bilhões por ano. Uma significativa parte dos leitos hospitalares são ocupados com vítimas desse tipo de trauma, aumentando as demandas para intervenções especializadas e ocupação de leitos de UTI.

Ressalta-se que não é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde fazer a gestão das intervenções voltadas para a segurança viária como engenharia e fiscalização, porém o Ministério da Saúde, desde o ano 2014, realiza repasses financeiros, na ordem de R$17.000,00 (dezessete mil reais) / mês para custeio, conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, para apoiar ações educativas, qualificação de pessoal e implementação da vigilância de lesões e mortes por acidentes de trânsito no Município e também pode-se utilizar os recursos do teto de vigilância em saúde.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Vigilância em Saúde	**19 - Elaborar Plano de Contingência para Emergências de interesse da Saúde Pública. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição:** Número de Planos de Contingência para Emergências de interesse da Saúde Pública elaborados. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de Planos de Contingência para Emergências de interesse da Saúde Pública elaborados. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	3

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês de referência setembro de 2021. A meta se originou do PMS 2018-2021: “15 - Elaborar Plano de Contingência para Emergências de interesse da Saúde Pública. (Nº Absoluto)”.

As emergências em saúde pública contribuem de forma expressiva com a morbimortalidade no mundo contemporâneo, exigindo, dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta. A vulnerabilidade social, econômica e ambiental amplia o risco de impacto à saúde humana decorrente de emergências em saúde pública. A preparação e a resposta às emergências reduzem os impactos na saúde pública e a coordenação entre as esferas de gestão do SUS, e a integração dos serviços de saúde é essencial para uma resposta oportuna.

A elaboração do Plano permite a atuação da Secretaria Municipal de Saúde em situações de epidemias, que demandem emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública, em tempo oportuno, de forma qualificada e cooperativa.

Série histórica: até 2019 o município possuía dois planos de Contingência:

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

- PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA SITUAÇÃO DE EPIDEMIA DE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA;

- PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO DA INFLUENZA.

Em virtude da pandemia do Novo Coronavírus, em 2020 passou-se a elaborar o PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL PARA INFECÇÃO HUMANA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS - COVID -2019.

Os eventos de interesse à saúde pública são monitorados de rotina pelo Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS de Campo Grande, bem como das demais áreas técnicas da Vigilância em Saúde - VS.

A elaboração de Planos de Contingência não gera custos adicionais à Secretaria, mas sim a sua execução.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Epidemiológica</td><td>20 - Qualificar os profissionais de saúde de 58 unidades de Atenção Primária à saúde (APS) quanto ao Protocolo de Infecção Latente pelo Mycobacterium Tuberculosis (ILTB). (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de capacitações em ILTB realizadas nas unidades de Atenção Primária à saúde. (N° Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de capacitações em ILTB realizadas nas unidades de Atenção Primária à saúde. (N° Absoluto)</td><td>N° Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de agosto de 2021. A meta se originou da problematização setorial.

De acordo com informações da Coordenadoria de Atenção Básica (CRAB), a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS possui em agosto de 2020, 72 unidades de Atenção Primária a Saúde, sendo: 58 Unidades Saúde da Família, 3 Clínicas da Família e 14 Unidades Básica de Saúde, onde 58 unidades corresponderá à 80%.

A meta é uma oferta do Programa Municipal de Controle a Tuberculose e Hanseníase (PMCTH), de capacitação no Protocolo de Infecção Latente pelo *Mycobacterium Tuberculosis* (ILTB)**,** aos profissionais da equipe multiprofissional das unidades da Atenção Primária à Saúde (APS).

No ano de 2020, não houve capacitações referentes à temática proposta.

Considerando a importância do tratamento dos casos de ILTB para redução da Tuberculose no município de Campo Grande, faz-se necessário ofertar treinamento do protocolo de ILTB.

Não foram encontrados registros de capacitações efetuados sobre a referida temática no quadriênio proposto para série histórica (2017-2020).

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

O ideal é que seja ofertado o treinamento em 100% das unidades de APS, considerando um parâmetro municipal, entretanto, considerando as múltiplas demandas da equipe de trabalho do PMCTH e as dificuldades das equipes da APS, propõe-se capacitar 80% das unidades.

A referida proposta baseia-se na seguinte metodologia: Ofertar treinamento *in loco* nas unidades da APS, utilizando-se de metodologias ativas, problematização, *brainstorming*, bem como aulas expositivas e dialogadas. O público-alvo desta capacitação será: enfermeiro, farmacêutico, médico, técnico de enfermagem.

A capacitação será disponibilizada via *scap web*, para inscrição e posterior emissão de certificados.

Os recursos utilizados serão: projetor multimídia, cartilhas impressas com conteúdo a ser abordados; utilização de pré e pós teste coma ferramenta *Google Forms* para validar os conhecimentos adquiridos após a capacitação.

A avaliação do número de participantes dar-se-á mediante lista de presença que ficará arquivada no setor.

A proposta de anualização da meta contempla a realização das capacitações distribuídas em três anos, da seguinte forma: 2022- 20; 2023-19; 2024-19.

Em realização às dificuldades/barreiras encontradas, pode-se elencar: agenda da unidade (disponibilidade dos profissionais da equipe multiprofissional), espaço físico adequado e recurso audiovisual não disponível no PMCTH.

O impacto financeiro no final do período de vigência deste plano seria de 20.760,00 (R$14.960,00 com alimentação e R$5.960,00 material de expediente), considerando custos com pastas, canetas, impressões, *coffee-break*, estima-se a participação de pelo menos dez profissionais, do público-alvo, de cada unidade de saúde.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Epidemiológica</td><td>21 - Implantar Sistema de Monitoramento quanto ao início de tratamento dos pacientes oncológicos. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Sistema de Monitoramento quanto ao início do tratamento de pacientes oncológicos implantado. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Sistema de Monitoramento quanto ao início do tratamento de pacientes oncológicos implantado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de agosto de 2021. A meta se originou da 8ª Conferencia Municipal de Saúde: “11 – Ampliar e agilizar o acesso do paciente oncológico cumprindo a Lei 12.732/12”.

O câncer é classificado como uma doença crônico-degenerativa, lenta e progressiva, de etiologia multicausal, sendo sua incidência e prognóstico definidos por fatores relacionados à genética e ao estilo de vida. É considerado um problema de saúde pública, em âmbito nacional e mundial, de grande relevância epidemiológica, no que tange à incidência e à morbimortalidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, serão 27 milhões de casos incidentes de câncer, com 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas anualmente com câncer.

No Brasil foi estimado mais de 685 mil novos casos de câncer. No estado do Mato Grosso do Sul a estimativa 2020 foi de mais de 47 mil novos casos, sendo que para Campo Grande - MS foram 8.430 que corresponde a 17,7% dos casos de incidência.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Desta forma, é necessário implantar ações de vigilância e monitoramento do tratamento oncológico, considerando que o câncer é a segunda causa de óbito no município de Campo Grande - MS, sendo este responsável por: 965 óbitos em 2016; 1.010 em 2017; 1.082 em 2019 e 1.016 em 2020;

Diante deste cenário e em cumprimento da Lei n. 12.732/12, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, a qual está descrito em seu Art. 2° - O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único, planeja-se ações em vigilância anualizadas em 4 anos que visem a diminuição de os diversos impactos que a doença provoca na vida do doente e sua família.

As ações previstas para o alcance da meta, são: 2022 - Elaborar estudo técnico através do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas para o monitoramento o início do tratamento do paciente oncológico; 2023 - Produzir juntamente com a Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação (AGETEC) o Sistema de Vigilância para o monitoramento da Lei 12.732/2012 – Lei dos 60 dias; 2024 - Capacitar todos os profissionais das UNACON para o manuseio do Sistema de monitoramento da Lei 12.732/2012 - Lei dos 60 dias; 2025 - Elaborar boletim de monitoramento quadrimestral dos casos incidentes de neoplasia inseridos pelas UNACON, conveniados ao Sistema Único de Saúde, no município de Campo Grande.

Em relação às dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar a articulação com outros seguimentos que não são da Secretaria Municipal de Saúde, como a AGETEC e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade, tendo que seguir fluxos já estabelecidos dentro destes serviços.

Não há previsão de impacto financeiro ao final dos 04 anos do Plano Municipal de Saúde, uma vez que para a produção do sistema será elaborado pela AGETEC, agência da Prefeitura Municipal de Campo Grande, assim como os recursos humanos para a inserção dos casos incidentes no sistema de monitoramento será de responsabilidade das UNACON.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Epidemiológica</td><td>22 - Ofertar 10 turmas de qualificação para trabalhadores das salas de vacina das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de turmas de atualização de calendário vacinal e atuação em sala de vacina a servidores de sala de vacina da atenção primária à saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de turmas de atualização de calendário vacinal e atuação em sala de vacina a servidores de sala de vacina da atenção primária à saúde. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês de referência setembro de 2021. A meta se originou da problematização setorial.

De acordo com informações da Coordenadoria de Atenção Básica (CRAB), a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande- MS possui em agosto de 2021, 72 unidades de Atenção Primária a Saúde, sendo: 58 Unidades Saúde da Família, 3 Clínicas da Família e 14 Unidades Básica de Saúde, que realizam vacinação do calendário vacinal à população.

O Objetivo da meta é de qualificação trabalhadores de sala de vacina das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), pelo Serviço de Imunização (SEI), de forma presencial ou online na modalidade aula gravada, com carga horária mínima de 04 horas, em atualização de calendário vacinal e atuação em sala de vacina, com a oferta de no mínimo 10 turmas no município se dá pela importância da atualização de informes técnicos de sala de vacina, bem como processos de vacinação.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

A quantidade mínima estipulada se dá pois no ano de 2020 e 2021 devido à pandemia da COVID-19 o serviço de imunização teve aumento de demanda de atividades de maneira exponencial, demandando ainda ações das equipes da APS não tendo oportunidades para capacitação, tendo sidas realizadas somente 02 turmas e outras 06 turmas canceladas.

A referida proposta baseia-se na seguinte metodologia: Ofertar treinamento in loco nas unidades da APS, utilizando-se de metodologias ativas, problematização, brainstorming, bem como aulas expositivas e dialogadas.

O público-alvo desta capacitação será: enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em sala de vacina.

A capacitação será realizada de forma articulada com a Coordenadoria- Geral de Educação Permanente (COGEP) e/ou Escola de Governo (EGOV) e ofertada de forma presencial ou de forma online gravada.

Os recursos necessários serão: computador, microfone, projetor, webcam, impressora, papel para certificados, portanto não haverá custos adicionais para a Secretaria ao final dos 4 anos do Plano Municipal de Saúde, uma vez que para a capacitação será realizada pelos servidores da imunização com os materiais que já dispõem.

O registro do número de participantes dar-se-á mediante lista de presença que ficará arquivada no setor.

A proposta de anualização da meta contempla a realização das capacitações distribuídas em três anos, da seguinte forma: 2022- 01; 2023-02; 2024-03; 2025-04.

Em relação às dificuldades/barreiras encontradas, pode-se elencar: agendas das unidades (disponibilidade dos profissionais da equipe multiprofissional) e espaço físico adequado.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 2 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de proteção, promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aprimoramento do controle das doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses.
OBJETIVO 2.1 - Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública, prevenção de doenças transmissíveis, não transmissíveis, por exposição aos riscos ambientais e de atividades de trabalho, violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Vigilância Epidemiológica</td><td>23 - Elaborar o Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis implantado. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis implantado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência o mês de agosto de 2021. Consta como indicador da Pactuação Interfederativa 2017-2021: Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por aproximadamente 40 milhões de óbitos anuais no mundo, e a grande maioria ocorre em países de baixa e média rendas, afetando em grande escala a mortalidade prematura. Apesar da diminuição nas taxas de mortalidade padronizada, o cenário no Brasil não é diferente do verificado no resto do mundo, e as DCNT representam cerca de 75% do total de óbitos ocorridos no país. Em virtude da magnitude das DCNT, em 2015, foi incluída no objetivo 3, saúde e bem-estar, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), onde a meta 3.4, de até 2.030 reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNT (diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e neoplasias), por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

No município as DCNT vêm apresentado índices significativos de mortalidade, sendo 5574 óbitos em 2016, 5.423 em 2017, 5.545 em 2018, 5.539 em 2019 e 6.588 óbitos em 2020.

Diante deste cenário, a elaboração de um Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT torna-se fundamental, visando o monitoramento e a redução dessas causas de morte no município e assim subsidiar a gestão pública mediante as análises para planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

As ações previstas para o alcance da meta, são: 2022: Elaborar um estudo técnico junto ao Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; 2023: Construir indicadores visando a redução e controle das DCNT junto ao Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; 2024: Produzir juntamente com a Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação (AGETEC) o Sistema para o Monitoramento do Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; 2025: Capacitar todos os profissionais envolvidos para o manuseio do Sistema de Monitoramento Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Em relação as dificuldades para o alcance da meta podem-se considerar a articulação com outros seguimentos que não são da Secretaria Municipal de Saúde, como a AGETEC, tendo que seguir fluxos já estabelecidos dentro destes serviços.

Não há previsão de impacto financeiro ao final dos 4 anos do Plano Municipal de Saúde, uma vez que para a produção do sistema será elaborado pela AGETEC, agência da Prefeitura Municipal de Campo Grande.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 3 - Fortalecer o desenvolvimento científico com apoio de ferramentas importantes de tecnologias visando a melhoria do acesso à saúde, proporcionando interfaces com o desenvolvimento econômico, social e sustentável possibilitando o compartilhamento de informações e a construção de conhecimentos.

OBJETIVO 3.1 - Modernizar o parque tecnológico da SESAU (computadores, *tablets* e impressoras), e reestruturação da comunicação de dados com fibra ótica.

<table>
<tr><th>Setor</th><th colspan="2">Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Suporte Tecnológico e Informação</td><td colspan="2">1 - Renovar em 25% o Parque Tecnológico em toda a Rede Municipal de Saúde. (%)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Número de Equipamentos do Parque Tecnológico renovado. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Número de Equipamentos do Parque Tecnológico renovado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>3.000</td></tr>
</table>

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência 2017.

Em 2017 foi realizado o inventário dos equipamentos da Rede Municipal de Saúde da Gestão Administrativa através da Agencia de tecnologia da Inovação e Informação – AGETEC, totalizando 3.000 equipamentos.

Essa meta se originou da meta do PMS 2018-2021: “Atualizar o sistema de informação e gestão em saúde garantindo o interfaceamento com os sistemas nacionais de informação e renovação do parque tecnológico” e da proposta da 8ª Conferência Municipal de Saúde em 2019: Eixo I, 33 – Modernizar o Parque Tecnológico da SESAU (computadores, *tablets* e impressoras) e reestruturação da comunicação de dados com fibra ótica.

O resultado do indicador 2017,2018,2019,2020 foi 0(zero).

O Parque Tecnológico é o termo utilizado para definir todos os equipamentos tecnológicos, sendo os compõe esta secretaria: computadores básicos e avançados, nobreak, Notebook, Switch, leitores de código de barras, televisão, *Data show*, Tela de Projeção, *Wifi*, Tablet, Hd Interno e Externo, etc.

Mesmo um órgão público deve-se investir e inovar, aliás, a inovação é uma vantagem competitiva e um dos caminhos para a qualidade dos serviços executados. Então, o uso de novas tecnologias ou de equipamentos modernos pode ser um grande aliado acompanhando as novas tendências, pois à medida que surgem atualizações, as máquinas ficam lentas, causando a redução na capacidade de processamento prejudicando a produtividade dos

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

funcionários, que demoram mais tempo do que o necessário para realizar as tarefas, pois trabalhar com um equipamento lento gera insatisfação, o que é outro fator que atrapalha o bom desempenho. Um dos principais objetivos da atualização de parque tecnológico é garantir a segurança das informações do negócio. Modernizar a estrutura de Tecnologia da Informação (TI) não somente melhora a qualidade do serviço, mas também reduz custos com manutenção. Os equipamentos tecnológicos que já estão desgastados exigem mais reparos, como trocas de peças e formatação frequente. O ponto é que nem sempre o conserto resolve, o que gera um custo maior, além dos recursos financeiros, há indiretamente consequência da redução do ritmo de trabalho dos colaboradores diretamente impactados pelos problemas já relacionados.

Através do inventário realizado em 2017 detectou-se a obsolescência e a necessidade de renovação dos mesmos por equipamentos com configurações avançadas para atender as demandas de todos os setores e unidades de Saúde. Considerando a expansão da Rede Municipal de Saúde e da Gestão Administrativa o quantitativo de equipamentos sofreu alterações, considerando que esse levantamento é realizado pela AGETEC, será solicitado para realizar novamente o inventário para que possamos ter conhecimento do quantitativo atual.

Baseado neste contexto, foi elaborado um Projeto de Aquisição de Equipamentos e encaminhado ao Ministério da Saúde, aonde foi aprovado através das propostas e de Portarias Ministeriais, sendo elas:

- Portaria 3.555, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2019 – ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE;
- Portaria 3.690, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2019 – CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL;
- Portaria 2.792, DE 23 DE OUTUBRO DE 2019 – ESPECIALIDADES;
- Portaria 3.301, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2019 – ESPECIALIDADES;
- Portaria 2.750, DE 17 DE OUTUBRO DE 2019 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;
- Portaria 2.913, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2019 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE;
- Portaria 2.717, DE 15 DE OUTUBRO DE 2019 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde dentro das suas regras não atende alguns níveis de atenção, devido a isso é de fundamental importância a manutenção desta meta para o quadriênio, para contemplar o restante das unidades de saúde e da gestão administrativa que não serão atendidos.

As dificuldades estão na captação de recursos na área de tecnologia, visto que não há previsões orçamentárias asseguradas pelo Fundo Municipal de Saúde, o que nos remete a Portarias Ministeriais que comtemplem o uso para compra de tecnologia, emendas parlamentares, etc. O impacto do orçamento de TI nas finanças é bem inferior ao que se supõe. Em compensação, seu resultado é essencial pois setores que contam com um planejamento

para essa área e realizam investimentos bem-direcionados se tornam menos vulneráveis a problemas pontuais que impactariam as finanças de forma negativa, destacando-se que quando se realiza esse investimento há ganho de capacidade produtiva, aumento na lucratividade e conquista de diferenciais competitivos relevantes para uma boa gestão pública.

A anualização da Meta será da seguinte forma: Ano 2022 em 6%, Ano 2023 em 8%, Ano 2024 em 7%, Ano 2025 em 4%. O impacto financeiro desta meta é de 2.500.000,00.

Item	Valor
TOTAL	**R$ 2.500.000,00**

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 3 - Fortalecer o desenvolvimento científico com apoio de ferramentas importantes de tecnologias visando a melhoria do acesso à saúde, proporcionando interfaces com o desenvolvimento econômico, social e sustentável possibilitando o compartilhamento de informações e a construção de conhecimentos.

OBJETIVO 3.1 - Modernizar o parque tecnológico da SESAU (computadores, *tablets* e impressoras), e reestruturação da comunicação de dados com fibra ótica.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Suporto Tecnológico e Informação	**2 - Renovar em 25% a Rede de Comunicação de Dados para fibra ótica em toda a Rede Municipal de Saúde e Gestão Administrativa. (%)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Número de ponto de Rede de Comunicação de Dados para fibra ótica renovada. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de ponto de Rede de Comunicação de Dados para fibra ótica renovada. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	107

Análise Situacional

Esta análise situacional tem como mês/ano referência Agosto de 2021 considerando 107 unidades de rede de dados de rádio.

Essa meta originou-se da meta do PMS 2018-2021: Renovar a rede de comunicação de dados em 80%, e proposta da 8ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 2019: Eixo I, 33 – Modernizar o Parque Tecnológico da SESAU (computadores, *tablets* e impressoras) e reestruturação da comunicação de dados com fibra ótica, além de problematização setorial a partir das solicitações e reclamações oriundas da Rede Municipal de Saúde.

O resultado do indicador foi 0 (zero) no quadriênio de 2018 – 2021, através da sua ação física "Troca de Equipamentos de Transmissão de Dados (Via Rádio) nas Unidades de Saúde, porem ressaltamos que os indicadores não foram alcançados na sua integralidade por fatores administrativos já relatados no Relatório Anual Setorial 2020. A meta não será alcançada na sua totalidade em 2021, porém o levantamento técnico das necessidades das unidades já foram iniciados juntamente com a AGETEC para a troca por fibra ótica.

Rede de computadores ou Rede de dados, na informática e na telecomunicação é um conjunto de dois ou mais dispositivos eletrônicos de computação (ou módulos processadores ou nós da rede) interligados por um sistema de comunicação digital (ou link de dados através

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

de fibra ópticas), guiados por um conjunto de regras (protocolo de rede) para compartilhar entre si informação, serviços e, recursos físicos e lógicos.

As fibras ópticas utilizam princípios da ótica geométrica para transmitirem dados em grandes velocidades. As fibras óticas podem ser usadas para transmitir dados de internet, telefone, televisão, redes, rádio etc. As suas vantagens são: Velocidade de transmissão, Resistência a interferências eletromagnéticas, Baixa atenuação de sinal, o Custo visto que os cabos de fibra óptica são mais baratos que os cabos condutores de cobre, Vida útil, e Espaço.

A maioria dos especialistas e dos conteúdos do segmento apontam as dimensões reduzidas como sendo a primeira vantagem da utilização da fibra ótica. No entanto, há muitas outras características que contam pontos positivos na escolha da tecnologia.

Considerando que em Agosto/2021 a Rede Municipal de Saúde em praticamente todas as unidades de saúde ainda utilizam-se de Rede de Dados Via Rádio onde em alguns pontos já detectados há muita interferência ocasionando deficiência na transmissão de dados e intervindo negativamente no processo de trabalho, essa meta é de fundamental importância para a melhora da comunicação e dos processos de trabalhos.

Considerando a necessidade de apoiar a melhoria da informatização e da qualificação dos dados na Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Portanto instituindo o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS e estabelecendo um incentivo financeiro federal mensal aos municípios e Distrito Federal que aderirem ao Programa.

Sendo o valor de R$ 1.700,00 (mil e setecentos reais) por equipe.

Considerando que em Agosto de 2021 possuímos 224 equipes de Atenção Básica, a estimativa anual de recebimento de incentivo de custeio para este programa em 2022 (230 equipes) é de R$ 4.692.000,00, para 2023 (237 equipes) é de R$ 4.834.800,00, para 2024 (241 equipes) é de R$ 4.916.400,00 e para 2025 (245 equipes) é de R$ 4.998.000,00.

As dificuldades estão na falta do recurso financeiro público destinado para investimentos na área de tecnologia que agregue todas as demandas tecnológicas.

Diante desse novo cenário, as organizações públicas têm a certeza de que precisam investir em TI, sua única questão é como otimizar esse orçamento, priorizando fatores essenciais, tendo impacto financeiro positivo.

A fibra ótica apresenta várias vantagens que compensam a relação custo-benefício. Um dos pontos positivos ao seu favor é a capacidade de oferecer uma velocidade na transmissão de dados garantindo a simetria e se diferencia por sua Qualidade de Serviço (QoS), facilidade

de instalação e manutenção, além de flexibilidade, otimizando e garantindo um processo de trabalho eficaz e eficiente, evitando assim perda de produtividade dos executores e o comprometimento dos sistemas de rede.

A anualização da Meta será da seguinte forma: Ano 2022 em 6%, Ano 2023 em 8%, Ano 2024 em 7%, Ano 2025 em 4%.

O impacto financeiro desta meta é de 720.000,00.

Item	Valor (mensal)
Fibra Óptica	R$ 15.000,00
TOTAL	R$ 720.000,00

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 3 - Fortalecer o desenvolvimento científico com apoio de ferramentas importantes de tecnologias visando a melhoria do acesso à saúde, proporcionando interfaces com o desenvolvimento econômico, social e sustentável possibilitando o compartilhamento de informações e a construção de conhecimentos.

OBJETIVO 3.2 - Desburocratizar o acesso a informação e aos serviços online (cartão SUS exames laboratoriais, agendamentos e outros).

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Ouvidoria da Saúde	**1 - Implantar serviço de telefonia gratuito de Ouvidoria da Saúde. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição** Serviço de telefonia de Ouvidoria da Saúde gratuito implantado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Serviço de telefonia de Ouvidoria da Saúde gratuito implantado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	0

Análise Situacional:

O ano de referência é julho de 2021.

A meta se originou por meio da problematização setorial. Em 2020, não havia o serviço de telefonia gratuito disponível para os cidadãos munícipes, as ligações se enquadram na Central Telefônica disponível pela *Via Express* Tecnologia e Telecomunicações LTDA (VETT), instituída desde 2018.

No ano de 2018, quando implantada a central telefônica, o número de ligações recebidas foram de 7.897, em 2019 este setor recebeu o total de ligações 59.028. No ano de 2020, obtivemos o número de 63.214 ligações recebidas.

O número de ligações recebidas mensais no ano de 2021 está sendo em média de 25.385 ligações/ mês. A contabilização de janeiro a julho totalizou 177.697 ligações.

O fluxo de ligações é constante e na maioria das vezes o cidadão aguardam no modo espera, que duram de minutos ou até horas dependendo do número de ligações e atendentes disponíveis. Em consequência disso, há muitas desistências, pois na maioria das vezes as ligações se originam de telefone celular.

No ano de 2021, a central telefônica já recebe ligações a cobrar, e com a implantação do serviço gratuito de telefonia programado para o quadriênio pela Secretaria Municipal de Saúde - SESAU, através desta coordenadoria será possível atender toda a população do município.

A Prefeitura de Campo Grande- MS, por meio da Coordenadoria Geral de Atendimento ao Cidadão, já possui o serviço gratuito 156. E, por meio do 156, o cidadão tem acesso a informações referentes às atividades e atribuições desenvolvidas por todas as secretarias

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

municipais e demais unidades administrativas pertencentes à Administração Pública Municipal Direta e Indireta.

Há necessidade deste serviço para que possamos prestar atendimento com qualidade, presteza de modo a atender toda a população do município de Campo Grande/MS.

Será necessário firmar parceria com a Prefeitura de Campo Grande, AGETEC e/ ou com a Empresa de Telefonia - VETT.

A implantação do serviço de telefonia gratuito está programado para este quadriênio, espera-se que em 2022 seja firmada a parceria com a Prefeitura Municipal/AGETEC/VETT, em 2023 seja promovido e ofertado este serviço, em 2024 ocorra a ampliação dos recursos humanos.

A dificuldade evidenciada será a aquisição de recursos financeiros e tempo hábil para abertura do processo licitatório.

O impacto financeiro estimado para o alcance dessa meta nesta quadriênio será de R$ 700.000,00.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 3 - Fortalecer o desenvolvimento científico com apoio de ferramentas importantes de tecnologias visando a melhoria do acesso à saúde, proporcionando interfaces com o desenvolvimento econômico, social e sustentável possibilitando o compartilhamento de informações e a construção de conhecimentos.

OBJETIVO 3.2- Desburocratizar o acesso a informação e aos serviços online (cartão SUS, exames laboratoriais, agendamentos e outros).

<table>
<tr><th>Setor</th><th>Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025</th><th colspan="2">Origem</th></tr>
<tr><td>Suporte Tecnológico e Informação</td><td>2 - Implantar novo Sistema de Informação, Gestão, Regulação, Urgência e Emergência em Saúde. (Nº Absoluto)</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador da Meta</td><td>Descrição: Sistema novo de Informação Gestão, Regulação, Urgência e Emergência em Saúde Implantado. (Nº Absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Sistema novo de Informação Gestão e Regulação, Urgência e Emergência em Saúde Implantado. (Nº Absoluto)</td><td>Nº Absoluto</td><td>0</td></tr>
</table>

Análise Situacional

Esta análise situacional tem como referência Agosto de 2021.

Essa meta se originou da meta do PMS 2018-2021: “Atualizar o sistema de informação e gestão em saúde garantindo o interfaceamento com os sistemas nacionais de informação e renovação do parque tecnológico” e da proposta da 8ª Conferência Municipal de Saúde em 2019: Eixo I, 33 – Modernizar o Parque Tecnológico da SESAU (computadores, *tablets* e impressoras) e reestruturação da comunicação de dados com fibra ótica.

O resultado do indicador 2017,2018,2019,2020 foi 0 (zero).

O prontuário eletrônico do paciente (conhecido como PEP) é uma ferramenta que moderniza, armazena e disponibiliza o acesso às informações e histórico de saúde de um paciente. Ele tem como base a definição do Conselho Federal de Medicina sobre prontuário, que o define como um documento com todos os dados clínicos de uma pessoa. É um sistema que possibilita aos profissionais de saúde registrarem informações (anotações, exames, prescrições) que podem ser acessadas facilmente.

Um bom prontuário eletrônico possui uma interface intuitiva, com recursos a poucos cliques de distância e funcionalidades inovadoras, como integração de dados. Por contar com dados digitais, sua integração com outros sistemas ministeriais bem como sua transferência dos dados, logo, para o paciente que começou um tratamento em uma clínica ou UBS e vai dar continuidade em outra, seus dados poderão ser acessados de maneira mais ágil. Como

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

qualquer sistema de gestão o prontuário eletrônico potencializa a produtividade do time. Com isso, é possível prever um maior e melhor fluxo de pacientes atendidos.

A saúde pública requer uma atenção especial, um sistema deve solucionar as demandas específicas das políticas públicas de saúde nas áreas de atendimento, faturamento, controladoria, logística e médica, vigilância sanitária e controle de zoonoses e epidemiologias e urgência e emergência bem como também o Serviço Móvel de Urgência. Deve contemplar também a gerir de forma efetiva toda a rede de atendimento de saúde do município.

O Sistema de Informação em Saúde utilizado parcialmente na Rede Municipal de Saúde (Rede de Urgência, Emergência e Especialidades) o HYGIA foi implantado em 1994 sendo um avanço tecnológico para o município de Campo Grande – MS na época, com prontuário eletrônico individualizado, portanto encontra-se obsoleto, impedindo as atualizações e interfaceamento com as regras do Ministério da Saúde.

Essa meta originou-se do PMS 2018 – 2021, através de levantamento técnico de obsolescência realizado por técnicos da Coordenadoria Geral de Suporte Tecnológico e Informação - CGSTI e também da Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação – AGETEC.

Em Julho de 2019 foi iniciado a implantação do E-Sus em toda Rede de Atenção Primária iniciando-se com visitas técnicas, capacitação e implantação em 25 unidades, e finalizando posteriormente nas 71 Unidades Primárias em Saúde. Em Janeiro de 2020, iniciou o processo de treinamento e capacitação por vídeo sobre o manuseio do Sistema E-SUS nas 46 unidades com a finalização em março de 2020.

O E-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) que é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população, atendendo a Portaria Nº 1.976, de 12 de setembro de 2014, que define que a partir da competência de junho de 2015 as informações deverão ser enviadas obrigatoriamente para a base de dados do SISAB. Em Campo Grande – MS. A estratégia e-SUS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico estruturando as informações da APS em nível nacional. A ferramenta, que é gratuita, permite que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) mantenham prontuários eletrônicos com os dados de seus usuários.

Vale ressaltar que o E-SUS só contempla a APS (Atenção Primária em Saúde). Considerando que o Sistema de Informação em Saúde engloba toda a Rede de Atenção sendo a Atenção Primária, Urgência e Emergência, Vigilância Sanitária, Especialidades (Média e Alta Complexidade) e Gestão Administrativa, sendo assim o objetivo dessa meta no Plano Municipal

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

de Saúde 2018 – 2021 foi executado somente na APS. Portanto é de fundamental importância um Sistema de Informação que faça todo interfaceamento com os sistemas Ministeriais e que contemple toda a Rede de Atenção em Saúde.

O resultado ideal é 1, ou seja, a implantação do novo Sistema de Informação Gestão e Regulação, Urgência e Emergência em Saúde.

A anualização da meta será a seguinte forma: Ano 2022 em 0, Ano 2023 em 1, Ano 2024 em 0, Ano 2025 em 0.

A dificuldade é em relação ao orçamento de tecnologia da informação inferior ao que se supõe. Em compensação, seu resultado é essencial pois setores que contam com um planejamento para essa área e realizam investimentos bem-direcionados se tornam menos vulneráveis a problemas pontuais que impactariam as finanças de forma negativa, destacando-se que quando se realiza esse investimento há ganho de capacidade produtiva, aumento na lucratividade e conquista de diferenciais competitivos relevantes para uma boa gestão pública.

O impacto financeiro desta meta é 2.280.000,00.

Item	Valor (mensal)
Software	R$ 60.000,00
TOTAL	R$ 2.280.000,00

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

OBJETIVO 4.1 - Fortalecer a Política de Educação Permanente com foco na Humanização do atendimento multiprofissional e com inovações nas práticas metodológicas.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Educação Permanente	**1 - Aprimorar a educação permanente dos servidores da rede através da execução do plano de capacitação. (Nº Absoluto)**	**2**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Plano de capacitação executado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Plano de capacitação executado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	**1**

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência Agosto/2021.

A meta se originou da Audiência Pública Virtual – Propostas para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025: n° 24 “Fortalecer a educação popular para trabalhadores, conselheiros e gestores por meio de seminários e/ou encontros, sendo programada para quadriênio 2022-2025 descrita como “Aprimorar a educação permanente dos servidores da rede através da execução do plano de capacitação”.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

O plano de capacitação é composto pelo cronograma anual de capacitações voltados para os trabalhadores do SUS e conselheiros de saúde. Sendo assim, é primordial manter a realização periódica de capacitações e qualificação dos profissionais em saúde, com o objetivo de aprimorar o processo ensino-aprendizagem e efetivar um modelo de educação, no qual o profissional em saúde em suas atribuições. Nesse sentido, o apoio institucional tem sido adotado como ferramenta que promove um espaço coletivo de articulação entre gestão e cuidado, visando inovar o planejamento, a supervisão e a avaliação em saúde, com objetivo de fomentar e acompanhar os processos de mudança nas organizações, redefinir conceitos e tecnologias, de forma a estimular a autonomia dos profissionais em saúde.

Periodicamente, a Gerência de Educação Permanente recebe solicitações de capacitações em diversas linhas de aprendizado de áreas técnicas, diante desta necessidade, a gerência elabora um plano de capacitações para contemplar tais áreas em suas necessidades.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Apesar dos avanços alcançados na implementação de ações e serviço de saúde, as dificuldades permanecem como problemas de ordem gerencial e assistencial que repercutem negativamente sobre a qualidade da atenção à saúde. A complexidade dos processos de gestão próprios de um sistema de saúde descentralizado no cenário federativo brasileiro e processo de reorientação do modelo de atenção no SUS exigem dos gestores e profissionais constante desenvolvimento não só de conhecimentos, mas também atualização em ferramentas de gestão e de assistência.

A meta problematizada trouxe em suas ações físicas as capacitações programadas para o Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025 sendo elas anualizadas da seguinte maneira:

A proposta de anualização da meta será “Aprimorar a educação permanente dos servidores da rede através da execução do plano de capacitação” para os 4 anos, contempladas na Programação Anual de Saúde 2022, 2023, 2024 e 2025 as seguintes ações físicas:

- Capacitar ministrantes da SESAU em metodologias de ensino (02);
- Realizar capacitações em Humanização do Atendimento para a Rede de Atenção em Saúde (02);
- Realizar capacitação de Educação Popular para trabalhadores do SUS (01);
- Realizar capacitações para os trabalhadores da Rede de Atenção em Saúde (150);
- Capacitar os Gestores das Unidades de Saúde (20). A execução do Plano de Capacitação será realizada conforme o cronograma das metas anualizadas. Não haverá impacto financeiro para a execução da meta.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

OBJETIVO 4.1 - Fortalecer a Política de Educação Permanente com foco na Humanização do atendimento multiprofissional e com inovações nas práticas metodológicas.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Educação Permanente	**2 - Renovar o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Serviço - COAPES. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Contrato Organizativo renovado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Contrato Organizativo renovado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	**1**

Análise Situacional:

Ano de referência para a construção desta análise: agosto/2021

A meta se originou do PMS 2018-2021 “Implantar Política de Integração Ensino- Serviço e Educação Permanente com a certificação das unidades no Programa de Certificação da Qualidade do SUS - Unidade de Saúde Escola (USE)” havendo necessidade de um novo contrato, com isso a meta comporá o PMS 2022-2025 com a seguinte descrição: “Renovar o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Serviço - COAPES.

A política de Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente advém da Portaria Interministerial nº 1.127/MEC/MS, de 04 de agosto de 2015, que instituiu diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se de um dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ofertado aos atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes) para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS. O contrato do COAPES é válido por 5 anos a partir de sua assinatura, sendo a última renovação vigente do COAPES em 27 de junho de 2017, se encerrando em junho de 2022.

Este eixo parte do entendimento de que a Educação Permanente em Saúde (EPS) guarda uma interface importante com o sistema de ensino. Levando em consideração o potencial formativo dos serviços de saúde e a capacidade como contribuição, das instituições de ensino destaca-se a importância da articulação das ações de integração para redefinir e refletir sobre as práticas docente-assistencial.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Nesse sentido, este eixo agrupa as experiências que demonstram a relação entre as instituições de ensino (docentes e estudantes), serviços de saúde (gestores, profissionais e trabalhadores) e comunidade (usuários e cidadãos), como um espaço de aprendizagem nas experiências de formação profissional.

As práticas de ensino e aprendizagem, na perspectiva da educação permanente em saúde, têm como objetivo a produção de conhecimento, a partir dos problemas construídos na experiência do cotidiano dos cenários de formação, que muitas vezes são os serviços de saúde e os territórios.

Diante da Implantação da Política de Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente com a Implementação do Comitê Gestor Local doa COAPES os campos para a prática de atividades de ensino, pesquisa, extensão, educação popular na área da saúde apresentarão qualidade nas boas práticas em gestão, clínica, educação e controle social.

As dificuldades para o alcance da meta dizem respeito a mobilização dos interlocutores institucionais no apoio para facilitar o diálogo entre as Instituições Formadoras (IFs) e as unidades de saúde; o acompanhamento do preenchimento do plano de atividades e demais relatórios da integração Ensino-Serviço; Mediação de conflitos entre as IFs e as unidades de saúde; demandas da integração ensino-serviço das unidades de saúde e IFs para os encaminhamentos corretos e o apoio das unidades para atingir os requisitos mínimos de excelência.

No ano de 2021, são 19 IFs, sendo elas:

1 - Uniderp matriz (Preceptoria)

2 - Uniderp agrárias (Preceptoria)

3 - Unigran (Preceptoria)

4 - UCDB (Preceptoria)

5 - UEMS (Preceptoria)

6 - Anhanguera de Campo Grande (Preceptoria)

7 - CEGRAN (Escola técnica)

8 - CENTEC Paulo Freire (Escola técnica)

9 - CETEPS (Escola técnica)

10 - Padrão (Escola técnica)

11 - UCDB (Ensino superior)

12 - UCDB NASF (Ensino superior)

13 - Unigran (Ensino superior)

14 - UEMS (Ensino superior)

15 - FACSUL (Ensino superior)

16 - Anhanguera de Campo Grande (Ensino superior)

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

17 - UFMS (Ensino superior)

18 - Uniderp (Ensino superior)

19 - Estácio de Sá (Ensino superior)

A proposta de anualização da meta será de Renovar o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Serviço - COAPES para os 4 anos, contempladas na Programação Anual de Saúde 2022, 2023, 2024 e 2025 as seguintes ações físicas:

- Renovar anualmente as parcerias com instituições formadoras (19).
- Atualizar anualmente o Comitê Gestor local do COAPES (01);

A Publicação do COMITÊ GESTOR LOCAL DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE – COAPES (DIOGRANDE n. 5.324 PÁGINA 16 - sexta-feira, 17 de agosto de 2018).

Não há impacto financeiro.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

OBJETIVO 4.1 - Fortalecer a Política de Educação Permanente com foco na Humanização do atendimento multiprofissional e com inovações nas práticas metodológicas.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Educação Permanente	**3 - Implantar Sistema de Monitoramento dos Residentes. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Sistema de Monitoramento implantado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Sistema de Monitoramento implantado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	**0**

Análise Situacional:

Ano de referência para a construção desta análise: agosto/2021.

A meta é oriunda da problematização setorial, a partir da necessidade evidenciada no setor para monitoramento dos residentes. A necessidade de implantar um sistema de monitoramento dos residentes afim de realizar o monitoramento dos profissionais de residência, se refere a extensão, essa ocorre em nossa rede atendimento, observamos a necessidade de Feedback, alinhamento das ações junto as instituições, para tal propõe-se equipe multiprofissional para ir a campo acompanhar, mensurar dados e dar visibilidades aos resultados.

Em relação a pós-graduação no que se refere as residências multiprofissionais em saúde da família e medicina de família e comunidade, registradas no CNPJ da SESAU e desenvolvida em parcerias com outras instituições, cuja a responsabilidade e compartilhada.

Ainda sobre os programas de residências o cenário nacional demostra pouca adesão a Saúde da Família, por isso visando estímulo a adesão e permanência propõe pontuação nos processos seletivos/concursos aos egressos das residências e implementar acompanhamento dos mesmos, dando vazão aos casos de progresso profissional, capacitando nossos servidores com mestrado para atuar junto as residências e núcleo docente assistencial estruturante, conforme determina as legislações pertinentes. O cenário local apresenta a necessidade de fomentar especialização lato senso em Saúde da Família, melhorando associação teórica e prática, entre outros minimizando a procura pelos plantões priorizando a carga horária por 40 horas/semanal.

A proposta de anualização da meta será de Implantar Sistema de Monitoramento dos Residentes para os 4 anos, contempladas na Programação Anual de Saúde 2022, 2023, 2024 e 2025 as seguintes ações físicas:

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

2022: - Elaborar estudo de viabilidade.

2023: - Firmar parceria com Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação (AGETEC).

2024: - Habilitar o sistema de monitoramento.

2025: - Elaborar relatório de avaliação do sistema de monitoramento.

As dificuldades para o alcance da meta se baseia na operacionalização e processos de aquisição do sistema.

Não há impacto financeiro para a realização da meta, pois será realizado em parceria com a AGETEC.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

OBJETIVO 4.1 - Fortalecer a Política de Educação Permanente com foco na Humanização do atendimento multiprofissional e com inovações nas práticas metodológicas.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Educação Permanente	**4 - Ampliar de 120 para 180 vagas de ofertas de pós-graduação *Lato sensu* para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Número de vagas de pós-graduação lato sensu para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de vagas de pós-graduação lato sensu para trabalhadores da Rede de Atenção a Salde – RAS. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	**120**

Análise Situacional:

O ano de referência é julho/2021.

Essa meta se originou do PMS 2018-2021: "1- Ampliar em até 120 vagas a oferta de pós-graduações *lato sensu e stricto sensu* para trabalhadores do SUS. (Nº absoluto), sendo 120 vagas contempladas, porém com necessidade da ampliação da mesma, sendo reprogramada para 2022-2025. Faz-se importante a ampliação da oferta de vagas de pós-graduações, em virtude da necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho tanto no âmbito assistencial quanto na gestão, sendo o parâmetro de referência à necessidade indicada pelas áreas técnicas.

Para tanto, para a ampliação das 60 vagas, é necessário na Programação Anual de Saúde 2022, 2023, 2024 e 2025 as seguintes metas anualizadas:

2022: Ampliar de 120 para 140 vagas de ofertas pós-graduação *Lato Sensu* para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS.

2023: Ampliar de 140 para 160 vagas de ofertas pós-graduação *Lato Sensu* para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS.

2024: Ampliar de 160 para 170 vagas de ofertas pós-graduação *Lato Sensu* para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS.

2025: Ampliar de 170 para 180 vagas de ofertas pós-graduação *Lato Sensu* para trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Existe previsão de contrapartida econômica por meio de convênios pactuados com as instituições de ensino superior através do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Não há impacto financeiro.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

OBJETIVO 4.1 - Fortalecer a Política de Educação Permanente com foco na Humanização do atendimento multiprofissional e com inovações nas práticas metodológicas.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Educação Permanente	**5 - Implantar Serviço de Educação à Distância para atender as necessidades dos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde – RAS. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Número de serviço de Educação à Distância implantado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de serviço de Educação à Distância implantado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	**0**

Análise Situacional:

A referência da análise situacional corresponde a julho de 2021.

Esta meta se originou da problematização setorial, a partir da preocupação evidenciada no setor em ofertar ensino à distância e qualificar os trabalhadores do SUS.

Com o advento das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC pode-se registrar o crescimento exponencial da Educação a distância, EAD no país e no mundo, bem como a constatação de que vivenciamos uma mudança paradigmática que está a exigir uma nova postura no modo de ensino, a adoção de novas metodologias de ensino e de trabalho e investimento na capacitação e qualificação dos servidores da RAS. Com a EAD mediada pelas TIC, tem-se um novo espaço, valorizar o trabalho multidisciplinar, as comunidades da aprendizagem, o trabalho colaborativo e ampliar o número de servidores capacitados.

Esta proposta se originou da problematização da área técnica. Ficou evidenciado a necessidade de implementação EAD com o advento da pandemia, a utilização das plataformas poderá ser ampliada a diversidade dos cursos oferecidos e a redução de investimento para a realização dos cursos.

A proposta de anualização da meta será de Implantar Serviço de Educação à Distância para atender as necessidades dos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde - RAS para os 4 anos, contempladas na Programação Anual de Saúde 2022, 2023, 2024 e 2025 as seguintes ações físicas:

2022: Elaborar estudo de viabilidade.

2023: Firmar parceria com Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação (AGETEC).

2024: Habilitar o serviço EAD.

2025: Elaborar relatório de avaliação da plataforma de educação à distância.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

As dificuldades para o alcance da meta se baseia na operacionalização e processos de aquisição do sistema.

Não há impacto financeiro para a realização da meta, pois será realizado em parceria com a AGETEC.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

OBJETIVO 4.2 - Fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Saúde do Servidor	**1 - Ampliar em 12,50% os atendimentos do Projeto "Cuidar de Quem Cuida". (%)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição** Número de atendimentos do "Projeto Cuidar de Quem Cuida". (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de atendimentos do "Projeto Cuidar de Quem Cuida". (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	40

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como mês/ano referência Agosto/2021. Consta no PMS 2018-2021: "Implantar o "Projeto Cuidar de Quem Cuida"" e "Ampliar em 25% os atendimentos do "Projeto Cuidar de quem Cuida"", já executadas no Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Esta meta se originou da seguinte proposta da 8ª Conferência Municipal de Saúde: Eixo I – Saúde como Direito: "Ampliar a equipe da GERSAU e fortalecer as ações em prol à saúde do servidor e assegurar programa de assistência à saúde mental dos trabalhadores, que contemple todos os agravos conforme descrito no ministério da saúde, sem ônus (desconto) financeiro ao servidor" e da proposta "Fortalecer a saúde do trabalhador com mais investimentos no cuidado com o servidor"

A Gerência de Saúde do Servidor (GERSAU) iniciou suas atividades em 26/10/2009 com o nome de Serviço de Saúde do Servidor sendo alterado em 29 de maio de 2018. Realiza ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho do servidor da SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Levando em conta o número de servidores afastados para tratamento médico, sendo o maior número relacionado à saúde mental e para minimizar esses números, em agosto de 2017 foi implantado o Projeto Cuidar de Quem Cuida, com o objetivo de prevenir agravamentos e identificar as consequências destes quando acontecem, estabelecendo quando possível, o nexo entre trabalho e adoecimento mental, da demanda gerada pelo projeto "GERSAU AQUI". O projeto "Cuidar de Quem Cuida" foi implementado com acréscimos de mais profissionais de psicologia, bem como um profissional de psiquiatria e homeopatia. Devido a Pandemia do Covid-19, os atendimentos presenciais foram suspensos e passaram a serem realizados de forma remota, utilizando o telefone, chamada normal ou de vídeo, continuando a ser em horário alternativo, com um acréscimo, no mês de julho/2020, aproximadamente 40 atendimentos semanais,160 mensais, totalizando 1280 no ano de 2020.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Com o intuito de diminuir a fila de espera para atendimento é necessário à ampliação do atendimento, com mais um profissional da área de psicologia, passando de 40 para 45 atendimentos por servidor (12,5% de ampliação, em comparação ao ano anterior) e consequentemente a diminuição da fila de espera de 50% para 25%.

Até 2021, são 8 profissionais, cada profissional realiza 5 atendimentos, perfazendo 40 atendimentos semanais, 160 mensal e 1.280 anual.

Com realização da ação física para 2022 – Disponibilizar 4 horas de plantão para 1 profissional psicólogo no Projeto “Cuidar de Quem Cuida” passará de 40 para 45 atendimentos semanais, totalizando 2.160 atendimentos anual, resultando em 12,5% de ampliação dos atendimentos, para o alcance do resultado esperado, esta gerência pretende viabilizar as ações de valorização do servidor da saúde retomando a revisão e execução do plano de trabalho programado para o ano de 2018 com a ação física de “Elaborar o plano de trabalho para viabilizar ações de valorização do trabalhador da saúde” retomadas neste ciclo para revisão e execução.

A proposta de anualização da meta será Ampliar em 12,50% os atendimentos do Projeto “Cuidar de Quem Cuida” (%), contempladas na Programação Anual de Saúde 2022 e 2023 as seguintes ações físicas:

2022 Ação 1: Ampliar em 12,50% os atendimentos do Projeto “Cuidar de Quem Cuida” (%);

2022 Ação 2: Revisar o plano de trabalho para viabilizar ações de valorização do trabalhador da saúde (01);

2023 Ação 1: Elaborar relatório de atendimentos do Projeto “Cuidar de Quem Cuida” (01);

2023 Ação 2: Executar o plano de trabalho de valorização do trabalhador da saúde (01).

Em relação às dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar apenas a demanda da fila de espera, que está crescente.

O impacto financeiro para a execução da meta é de R$ 9.101.56.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 4 - Proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde a adequada formação, alocação e qualificação valorizando e democratizando as relações de trabalho.

OBJETIVO 4.2 - Fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Escritório de Projetos	**2 - Implantar o Projeto "Banco de Talentos" na Secretaria Municipal de Saúde - SESAU. (Nº Absoluto)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Número de projeto implantado. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de projeto implantado. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	0

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência julho de 2021.

A meta possui origem na problematização setorial, uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde não possui um cadastro funcional de seus funcionários com relação as suas competências acadêmicas, profissionais, seus cursos extracurriculares e atividades sociais. Essa ausência de cadastro funcional relacionadas as competências acadêmicas e sociais dos funcionários dificulta a realização de seleções meritocráticas dos funcionários, para que exerçam cargos técnicos e de gestão.

O projeto banco de talentos foi implantado no mês de agosto de 2021, com a abertura da plataforma online, que pode ser acessado através do link http://sistemas.sesau.campogrande.ms.gov.br:8090. O Banco de Talentos é uma ferramenta que reúne dados dos servidores, como informações sobre formação acadêmica, experiências anteriores, projetos, entre outros dados do servidor com o intuito de mapear o perfil profissional de cada servidor da SESAU.

O Banco de Talentos contém várias, sendo: (i) aba Talentos: colocar os dados pessoais e cargo que ocupa no momento na secretaria; (ii) aba escolaridade: obrigatoriedade de Certificado. Nível médio e fundamental não é necessário preencher; (iii) aba Certificados: todos devem preencher, anexar os certificados e obrigatório para cadastra-los; (iv) aba Experiência: cadastrar as experiências profissionais, inclusive as da SESAU/ Prefeitura; (v) aba Atividades Sociais: atividades extra curriculares, ONGs, conselhos, teatro, esporte, sindicatos.

A implantação do projeto "Banco de Talento" faz-se necessário para a valorização do capital intangível da organização, melhorar o processo de seleção para cargos de chefia, cursos de especialização e principalmente valorizar a meritocracia.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

O resultado do indicador de 2017 a 2020 é zero pois, esse projeto é pioneiro na rede municipal. A SESAU possui 7.500 funcionários, dentre eles, funcionários concursados, contratados e comissionados. O objetivo desta gerência é cadastrar 50% dos colaboradores nas diversas áreas da SESAU até o final do exercício de 2022, e até 2023 efetuar 100% dos cadastros.

Em relação à meta anualizada de implantar o projeto “Banco de talentos” para o quadriênio, a programação para o ano de 2022 é de criar sistema “Banco de Talentos” e cadastrar 50% dos servidores da SESAU, em 2022 cadastrar 50% dos servidores e 2023 criar relatório final de banco de talentos dos servidores da SESAU.

As dificuldades possíveis para o alcance da meta são complexidade do cadastro e a falta de motivação do servidor, pois o medo das mudanças pode gerar resistência e demonstra insegurança por desconhecer a finalidade e desdobramentos futuros.

O impacto financeiro não pode ser calculado, pois é interno da SESAU, o sistema foi desenvolvido com recursos próprios, em parceria com a CGSTI (Coordenadoria-Geral de Suporte Tecnológico e Informação.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 5 - Garantir a permanência e a execução das políticas públicas de saúde com a participação do controle social através da fiscalização dos instrumentos de gestão como estratégia de assegurar a saúde como direito.

OBJETIVO 5.1 - Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Controle Social	**1 - Estabelecer apoio técnico em 80% (64) dos Conselhos Locais de Saúde nas unidades da rede própria de assistência à saúde. (%)**	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Número de conselhos locais de saúde da rede própria. (Nº Absoluto)	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Número de conselhos locais de saúde da rede própria. (Nº Absoluto)	Nº Absoluto	80

Análise Situacional:

Esta análise situacional tem como referência Agosto 2021.

A meta “Estabelecer apoio técnico em 80% (64) dos Conselhos Locais de Saúde nas unidades da rede própria de assistência à saúde” se originou da problematização setorial e como continuidade da meta do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021: “Consolidar 50% dos conselhos locais existentes nas unidades da rede própria de assistência à saúde”.

Os Conselhos Locais de Saúde são a instâncias máximas deliberativas e com participação da comunidade na área de abrangência de cada Unidade de Saúde, atuando no planejamento, na cogestão, na fiscalização e exercendo atuação descentralizada, possibilitando a proximidade da comunidade, da dinâmica dos serviços de saúde e na interação com as demais organizações do bairro.

Vale ressaltar que os conselhos locais são instâncias colegiadas integrantes da estrutura do Conselho Municipal de Saúde e que sua criação não depende unicamente do gestor, pois são formados por três segmentos (usuário, trabalhador e gestor), conforme Regimento Interno aprovado pela Deliberação n. 540/2016/CMS, publicado no DIOGRANDE n° 4.710 de 27/10/2016. Sendo assim, há necessidade de ampliar a meta para 80% para que haja consolidação dos conselhos locais.

No município, até o mês de agosto de 2021, há 80 Conselhos Locais instituídos na rede própria de assistência à saúde, conforme informações do Conselho Municipal de Saúde, oficio nº. 7.201 de 11 de agosto de 2021. O parâmetro utilizado para mensuração da meta será o número de conselhos existentes.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

Dentre as dificuldades, o maior desafio na consolidação dos conselhos é o comprometimento entre representantes dos três segmentos nas reuniões.

A meta anualizada para quadriênio será:

- 2022: 20%
- 2023: 20%
- 2024: 20%
- 2025: 20%.

O impacto financeiro será de R$ 16.000,00 para 4 anos.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

DIRETRIZ 5 - Garantir a permanência e a execução das políticas públicas de saúde com a participação do controle social através da fiscalização dos instrumentos de gestão como estratégia de assegurar a saúde como direito.

OBJETIVO 5.1 - Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.

Setor	Meta - Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Origem	
Economia em Saúde	2- Executar saldos financeiros remanescentes, conforme Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, alterada pela Lei Complementar nº 181, de 6 de maio de 2021. (Nº absoluto)	**3**	
Indicador da Meta	**Descrição**: Saldos financeiros remanescentes executados, conforme Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, alterada pela Lei Complementar nº 181, de 6 de maio de 2021 atendida.	**Unidade de Medida**	**Linha de Base**
	Metodologia de Cálculo: Saldos financeiros remanescentes executados, conforme Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, alterada pela Lei Complementar nº 181, de 6 de maio de 2021 atendida.	Nº Absoluto	0

Análise Situacional:

O ano de referência desta análise situacional é 2021.

Esta meta se originou do PMS 2018-2021 “Atender a Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, alterada pela Lei Complementar nº 181, de 6 de maio de 2021, para transposição e transferência de saldos financeiros. (Nº absoluto)”.

Abaixo segue transcrição da Nota Explicativa CONASEMS: Lei Complementar nº 181, de 06 de maio de 2021 que originou a criação desta meta:

“Há muito o CONASEMS vem se empenhando em viabilizar meios legais que possibilitem aos municípios a execução dos recursos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes nos Fundos Municipais de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde.

Uma das iniciativas foi buscar a necessária autorização legislativa para permitir aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios realizarem a transposição e a transferência destes saldos financeiros visando a utilização destes valores em outras ações da saúde do Município. Esta autorização Legislativa foi alcançada pela publicação da Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020.

No entanto, a LC 172 sancionada disciplinou que a transposição e a transferência de saldos financeiros aplicavam-se tão somente durante a vigência do estado de calamidade

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

pública de que tratou o Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, ou seja, até dia 31 de dezembro de 2020. Desta forma, para viabilizar a reprogramação dos saldos em 2021 era necessária a alteração do prazo previsto na Lei Complementar nº 172.

Desta forma, a Lei Complementar nº 181, sancionada e publicada em 06 de maio de 2021, promoveu a devida prorrogação da vigência da Lei Complementar 172 para até 31 de dezembro de 2021.

A Lei Complementar nº 181, dispõe sobre a alteração das seguintes normas:

- Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, para alterar o prazo de aplicação da transposição e transferência dos saldos financeiros de que trata esta lei;
- Lei nº 14.029, de 28 de julho de 2020, para conceder prazo para que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios executem atos de transposição e de transferência e atos de transposição e de reprogramação, respectivamente;
- Lei Complementar nº 156, de 28 de dezembro de 2016, para conceder prazo adicional para celebração de aditivos contratuais e permitir mudança de critérios de indexação dos contratos de refinanciamento de dívidas;
- Lei Complementar nº 159, 19 de maio de 2017, para permitir o afastamento de vedações durante o Regime de Recuperação Fiscal desde que previsto no Plano de Recuperação Fiscal;
- Lei Complementar nº 178, de 13 de janeiro de 2021, para conceder prazo adicional para celebração de contratos e disciplinar a apuração de valores inadimplidos de Estado com Regime de Recuperação Fiscal vigente em 31 de agosto de 2020; e revogar o seu artigo 27.

A LC 181 possui uma pauta transversal que disciplina diversas normas em diferentes setores.

Desta forma, esta nota técnica tem objetivo em se dedicar a alteração da LEI COMPLEMENTAR Nº 172, que prorrogou até 31 de dezembro de 2021 a autorização para reprogramação dos saldos remanescentes.

MAS O QUE SÃO TRANSPOSIÇÕES E TRANSFERÊNCIAS?

Transposição: É a realocação de recursos financeiros entre programas de trabalho, no âmbito do orçamento de um mesmo órgão: a Secretaria Municipal de Saúde. Ou seja, trata-se da possibilidade da utilização do recurso de uma dotação orçamentária, dedicada a um programa em um outro programa desde que previsto no Plano Municipal de Saúde.

Exemplo: Município finalizou em 2017, com recursos próprios do tesouro municipal, a construção de uma Unidade Básica de Saúde, projeto que foi pactuado com o Ministério da

Saúde. Cumprido o objeto da pactuação o gestor vai realizar transposição do saldo remanescente para a compra de um equipamento de Raio X.

Transferência: É a realocação de recursos financeiros entre as categorias econômicas de despesas, no orçamento de um órgão (Secretaria Municipal de Saúde) e do mesmo programa de trabalho. Esta operação possibilita realocações de recursos entre categorias econômicas (corrente e capital), na mesma categoria programática (Atividade, Projeto ou Operação Especial).

Exemplo: Em função do aumento de casos de dengue, procede-se ao reforço das ações da Vigilância Epidemiológica do Município (categoria corrente) à custa do elemento Material Permanente (categoria de capital), mantendo-se na categoria programática.

TODOS OS MUNICÍPIOS PODEM FAZER, TEM ALGUM REQUISITO?

Todos os municípios que têm saldos financeiros em conta no dia 31 de dezembro de 2020 podem fazer a reprogramação destes recursos por meio da transposição e transferências. Mas para isso é preciso atender aos seguintes requisitos:

● Cumprimento dos objetos e dos compromissos previamente estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do SUS, compromissos estes pactuados na CIT e que tem como instrumento de repasse Portarias do Ministério da Saúde.

● Que os objetos e os compromissos que foram executados constem nos Relatório Anual de Gestão. As metas devem aparecer no RAG como cumpridas demonstrando que o planejado foi executado.

O MUNICÍPIO PREENCHE OS REQUISITOS, ENTÃO O QUE TEM DE SER FEITO?

• Inclusão dos recursos financeiros transpostos e transferidos na Programação Anual de Saúde, lembrando de realizar as alterações necessárias no DigiSUS.

• Inclusão dos recursos financeiros transpostos e transferidos na Lei Orçamentária Anual, com indicação da nova categoria econômica a ser vinculada.

• Ciência ao Conselho Municipal de Saúde.

MAS COMO AGIR EM RELAÇÃO AO ORÇAMENTO DA SAÚDE?

Transposições e transferências são reprogramação por (re)priorização das ações e devem ser registradas no orçamento como movimentação orçamentária.

Importante lembrar que estas movimentações não são créditos adicionais (suplementares, especiais ou extraordinários). A transposição e a transferência são previstas na Constituição Federal de 1988 (art. 167, VI) e estão associadas à realocação de recursos de uma categoria de programação para outra ou à destinação de recursos de um órgão para outro

e exige prévia autorização legislativa, já os créditos adicionais foram estabelecidos pela Lei nº 4.320, de 1964 (art. 40 a 46).

Como transposição e transferência não são créditos adicionais, são provenientes de repasses da União e têm na Lei Complementar nº 172/2020 a necessária autorização legislativa não há necessidade desta movimentação orçamentária ser informada, ou ser aprovada pela Câmara Municipal.

Outros pontos importantes que devem ser esclarecidos:

- O Município não terá de fazer plano de aplicação específico para execução destes recursos, bastando apenas inserir as ações e a nova origem dos recursos no Plano Municipal de Saúde vigente.
- A transição possibilita que os recursos disponíveis nas contas federais sejam destinados tanto às despesas correntes (GND3), quanto às despesas de capital (GND4), bastando apenas fazer a correta alocação orçamentária no Plano Municipal de Saúde e na Lei Orçamentária Anual do Município.
- Quanto aos valores financeiros não se deve transferir os recursos para as contas dos Blocos de Manutenção (CUSTEIO) e Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO) que são atualmente utilizadas pelo Ministério da Saúde para o repasse dos recursos federais. As modificações são apenas orçamentárias e os valores serão executados a partir das respectivas contas. Vale lembrar que em decorrência do Termo de Ajuste de Conduta, assinado entre os Agentes Financeiros - Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal e o Ministério Público Federal, o Município está impedido de transferir os recursos disponíveis nas contas financeiras abertas pelo Fundo Nacional de Saúde.
- De forma alguma é autorizado abrir subcontas bancárias de recursos federais. Todos os recursos devem ser executados na conta que originou o repasse aberta pelo Fundo Nacional de Saúde.

E COMO É POSSÍVEL REALIZAR ESTA MODIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA?

Além da inclusão dos recursos financeiros transpostos e transferidos na Programação Anual de Saúde será necessária a modificação na Lei Orçamentária Anual. As alterações ocorrem da mesma forma de outras movimentações orçamentária: deve se reduzir a dotação orçamentária de origem dos recursos a serem disponibilizados e suplementar a dotação orçamentária do destino no mesmo valor.

POSSO UTILIZAR OS SALDOS PARA O ENFRENTAMENTO DO COVID19?

Sim, o Município poderá promover a mudança no orçamento e direcionar os saldos para ações e serviços dedicados ao enfrentamento do COVID19.

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

É recomendável que os recursos direcionados a pandemia sejam mantidos para as medidas de enfrentamento e mitigação dos efeitos gerados pela pandemia.

Verifique no Portal do CONASEMS todas as notas elaboradas pelo CONASEMS dedicadas a execução dos recursos COVID.

MAS SE AS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIA RELATIVAS AO SALDOS SE PERDERAM NOS ORÇAMENTOS DOS ÚLTIMOS ANOS E NÃO CONSTAM NO ORÇAMENTO DE 2021?

Esta é uma situação que não deveria acontecer, mas neste caso sugerimos que a movimentação orçamentária ocorra da seguinte forma:

- Realizando a suplementação das dotações orçamentária do programa que irá receber os recursos deve-se registrar a informando se tratar de transposição e/ou transferência realizadas com fundamentação na autorização legislativa estabelecida pela LC 172/2020, e que os valores de suplementação são provenientes de saldos financeiros de anos anteriores. Além do valor, é importante informar qual Portaria do Ministério da Saúde deu origem ao recurso, bem como o banco, agências e contas corrente dos recursos.
- Informar formalmente o Conselho Municipal de Saúde das movimentações orçamentárias ocorridas.
- Informar formalmente a Câmara dos Vereadores das movimentações orçamentárias ocorridas.

ATÉ QUANDO ESTAS MOVIMENTAÇÕES DE RECURSOS SERÃO POSSÍVEIS?

Conforme disciplina a LC 172/2020 a transposição e a transferência de saldos financeiros remanescentes aferidos em 31/12/2020 poderão ser reprogramados até dia 31 de dezembro de 2021.

Daí a importância da atual gestão municipal de saúde ter agilidade na modificação orçamentária. Afinal, trata-se de uma janela de oportunidade, já que todas as modificações realizadas até dia 31 de dezembro de 2021 serão mantidas nos orçamentos dos próximos anos.

MAS COM O QUE É POSSÍVEL EXECUTAR ESTES RECURSO?

Com todas as ações e serviços públicos de saúde previstos no Plano Municipal de Saúde assim como as ações e serviços constantes nos respectivos planos de contingência municipais ou regionais para o enfrentamento do COVI19.

Importante alertar que, mesmo no âmbito do covid19, a LC 172/2020 disciplina que as novas destinações dos saldos são exclusivamente para a realização de ações e serviços públicos de saúde, conforme critérios disciplinados pelos arts. 2º e 3º da Lei Complementar nº 141/2012:

- Sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;
- Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde; e
- A realização de despesas para a prestação de ações e serviços de saúde que envolvam ações de:

1. Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
2. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
3. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
4. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
5. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
6. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas em lei;
7. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
8. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
9. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
10. Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
11. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
12. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

SALDOS DE EMENDAS PARLAMENTARES PODEM SER TRANSPOSTOS/ TRANSFERIDOS?

Transposições e transferências são mecanismos estabelecidos pelo art. 167 da Constituição Federal que permitem a movimentação de recursos orçamentários de uma

categoria de programação para outra. Para que seja possível realizar a transposição e a transferência é necessária uma prévia autorização legislativa, a qual foi dada pela LC 172/2020.

Considerando:

- Que os objetos das emendas tenham sido cumpridos conforme o que foi estabelecido nos Instrumentos de Planejamento do SUS (PMS e PAS);
- Que o saldo é residual;
- Que a transposição e transferências são mecanismos constitucionais que liberam todas as amarras das dotações orçamentárias anteriores; e
- Que a LC 172/2020 é a necessária autorização legislativa para realizar transposições e transferências.

Entende-se que os recursos residuais provenientes de Emendas Parlamentares podem ser utilizados livremente, inclusive para o pagamento de pessoal ou encargos sociais.

ONDE É POSSÍVEL SABER SOBRE AS CONTAS E OS VALORES DOS SALDOS?

- Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil

O gestor poderá consultar os agentes financeiros de posse do CNPJ do respectivo Fundo Municipal de Saúde para verificar as contas abertas e os respectivos saldos.

- Acesse o link “PAINEL DE APOIO À GESTÃO” na Página do CONASEMS

Na aba principal acesse “SALDOS EM CONTAS”.

Selecione o Município - Verifique origem, bancos, agências, contas corrente e valores.

- Acesse a página do Fundo Nacional de Saúde

Na aba “Painel de Saldos de Repasses”

Selecionar “ESTADO” e “MUNICÍPIO”.

Na listagem existe a possibilidade de saber mais sobre cada um dos repasses.

FIQUEM ATENTOS

- Todos os saldos financeiros das contas de custeio abertas antes do exercício de 2018, na forma dos antigos blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS, Assistência Farmacêutica), estão aptos a reprogramação.
- Os saldos das contas abertas nos Blocos de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO) e InvestiSUS para construção/Ampliação de Unidades de Saúde somente poderão ser reprogramados caso a obra tiver concluída.

Os saldos das contas abertas nos Blocos de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO) e InvestiSUS para aquisição de equipamentos somente poderão ser reprogramados se os equipamentos pactuados tiverem sido adquiridos. Vale

lembrar que a Resolução CIT 22/2017 autoriza que no caso de frustração do diagnóstico de necessidade que ensejou a definição de um ou mais equipamentos inicialmente aprovados pelo Ministério da Saúde, o ente beneficiário poderá utilizar os recursos disponíveis para aquisição de equipamento ou material permanente mais adequado à necessidade atual. “

Legenda: ORIGEM – lugar do qual surgiu a proposta que originou a meta do Plano, sendo: **1-** Conferência Municipal de Saúde; **2 -** Audiência Pública; **3 –** Problematização.

3.4 JUSTIFICATIVAS DE INVIABILIDADE DE PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE - 2019

<table>
<tr><th colspan="3">JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019</th></tr>
<tr><td colspan="2">Setor Responsável</td><td>Atenção à Saúde e Gestão do Trabalho em Saúde</td></tr>
<tr><td>Eixo</td><td>I</td><td>SAÚDE COMO DIREITO</td></tr>
<tr><td>PROPOSTA</td><td>6</td><td>Reestruturar o horário estendido com RH completo e insumos com quantidade adequada de acordo com a necessidade do território com monitoramento periódico seguindo os critérios do Caderno 28.</td></tr>
<tr><td colspan="3">JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A portaria ministerial nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, e que a mesma estabelece critérios quanto aos horários de funcionamento das unidades de saúde, que são as unidades com horário estendido. Quanto ao RH completo o mesmo está de acordo com os critérios mínimos da composição das equipes de saúde conforme a portaria nº 2436, de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Conforme meta do PMS 2018 – 2021 “Ampliar o horário de atendimento de 60% das unidades de saúde da atenção primária” esta meta já foi alcançada em 2019. O horário de atendimento na atenção primária foi ampliado em 67,60% (Equivalente à 48 unidades com horário estendido das 71 unidades no município) (Fonte: Relatório Anual de Gestão - RAG 2020). Até outubro de 2021, no município de Campo Grande - MS existem 18 unidades da Atenção Primária a Saúde funcionando com horário estendido, e 30 unidades homologadas ao Programa Saúde na Hora, totalizando 48 unidades com horário de atendimento ampliado. Segue relação das 48 unidades que funcionam com horário ampliado para atendimento: USF Los Angeles, USF Paulo Coelho Machado, USF Mário Covas, USF Macaúbas, USF Aero Rancho IV, USF Jardim Botafogo, USF Parque do Sol, UBS Dona Neta, UBS Jockey Clube, UBS Aero Rancho, CF Iracy Coelho, USF MAPE, USF Jardim Itamaracá, USF Moreninha, UBS Universitário, UBS Carlota, UBS 26 de agosto, USF Aero Itália, USF Serradinho, USF Santa Carmélia, USF Ana Maria do Couto, USF São Conrado, USF Jardim Antártica, USF Jardim Batistão, USF Tarumã, CF Portal Caiobá, USF Nova Bahia, USF Jardim Noroeste, USF Estrela Dalva, USF Mata do Jacinto, USF Vila Cox, USF São Francisco, USF Jardim Azaleia, USF Vila Nasser, USF José Tavares, USF Vida Nova, UBS Estrela do Sul, UBS Coronel Antonino, CF Nova Lima, UBS Caiçara, UBS Buriti, USF Alves Pereira, USF Dom Antônio Barbosa, USF Jardim Oliveira II, USF Coophavila, USF Vila Fernanda, USF Zé Pereira e USF Tiradentes. A realização do suporte no fornecimento de recursos humanos disponíveis para atender a reestruturação do horário estendido nas unidade são gerenciados pela Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS), compete à Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde à solicitação após a SRAS solicitar a substituição para a cobertura das vacâncias. A SGTS analisa quanto ao cumprimento de Leis/Decretos vigentes que implique aumento de despesas para a PMCG/SESAU. Desta forma a meta já foi alcançada, não cabendo a reprogramação no PMS 2022 – 2025.</td></tr>
<tr><td colspan="3">JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.</td></tr>
</table>

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**8**	**Implantar o Plano de Cargos e Carreiras e Salários pelo SUS para motivação do servidor aprovada nova redação.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Conforme previsto nas Leis Complementares n. 376, n. 377, n. 378, n. 379, n. 380, n. 381, n. 383 e n. 384, de 07 de abril de 2020, onde trata sobre a instituição e organização dos Plano de Carreiras e Remuneração dos Profissionais da área de Saúde da Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS, sendo as despesas decorrentes pela implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários correrão à conta de dotações orçamentárias para despesas de pessoal destinadas na Lei Orçamentária Anual da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente os Planos de Carreiras e Remuneração necessitam regulamentação para prosseguimento nos cronogramas pré-estabelecidos.		
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário Federal, Estadual e Municipal o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	I	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**9**	**Aplicar a Lei federal 13.342/16 para o pagamento de insalubridade/periculosidade e outros itens a todos os profissionais de saúde, incluindo os administrativos lotados na SESAU.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A aplicação da referida Lei federal é inviável no momento considerando a força da Lei Complementar n. 173/2020 (auxílio emergencial aos municípios, editada pelo Governo federal), não há a possibilidade de aumento de despesas. A Gratificação de Insalubridade no âmbito desta SESAU/PMCG depende de diversos procedimentos administrativos e etapas prévias complexas conforme requisitos legais a seguir expressos, além da análise quanto à disponibilização financeira/orçamentária as quais somente ao final poderão ou não culminar em um Decreto Regulamentador próprio.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário federal, estadual e municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Vigilância em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**14**	**Contemplar com câmaras frias todas as unidades de saúde para armazenamento das vacinas com suporte em caso de queda de energia**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O município de Campo Grande tem na data de hoje, 03/09/2021 55 salas de vacina em unidades de saúde já contempladas com Câmaras Frias. Em 2020 foi realizado processo de compra de 60 unidades de Câmaras Frias (2020-2021), destas 15 já empenhadas e entregues. Com a finalização da ata de registro será elaborado nova solicitação de aquisição para contemplar as demais unidades, sendo um processo de trabalho da SESAU.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: o Serviço de Imunização não recebe recurso próprio Federal e depende do recurso do Teto Fixo da Vigilância em Saúde, onde não pode ser usado para materiais permanentes, dependendo apenas do recurso do tesouro municipal.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Relações Institucionais de Saúde**
EIXO	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**15**	**Manter a contratualização da Unidade do Trauma.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A Unidade do Trauma funciona em estrutura física anexa à Santa Casa, utilizando os recursos do nosocômio. Em meados de 2019, houve pactuação entre esta Secretaria Municipal de Saúde – SESAU e a instituição, através de instrumento contratual, para a utilização da estrutura da Unidade do Trauma e execução de serviços de saúde, bem como havia planejamento de ampliação de serviços no decorrer dos anos. A ampliação dependia de futuras negociações junto ao Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, SESAU e a Santa Casa para verificação de linhas de financiamento para custear as ações. Com o advento da Pandemia de COVID-19, em 2020, a estrutura do trauma teve que ser reorganizada e passou disponibilizar leitos de retaguarda COVID-19 clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Desta forma, inteiramos que após finalizar a pandemia a configuração de 2019 na referida unidade será retomada, uma vez que consta pactuação prevista, em virtude disso não se faz necessária a inclusão da proposta como Meta no PMS 2022-2025.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não há.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**16**	**Incluir o profissional farmacêutico em todas as unidades em tempo integral**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO – OPERACIONAL: Os profissionais de saúde Farmacêuticos não integram a equipe mínima das unidades da Atenção Primária de Saúde - APS e considerando a Lei Federal n. 13.021, de 08 de agosto de 2014, a Secretaria Municipal de Saúde realiza a lotação de farmacêuticos em período integral nas Unidades de Pronto Atendimento e Centro Regionais de Saúde e durante o funcionamento nas Unidades da Atenção Primária de Saúde - APS que realizam a dispensação de medicamentos controlados. Informamos que para atender a esta proposta, seria necessário um aumento considerável no quadro de servidores farmacêuticos e não existem linhas de financiamento federal/estadual/municipal para custear esta ação.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário federal, estadual e municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**17**	**Implantar e implementar academia ao ar livre com cobertura para as unidades de saúde da REMUS.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO – OPERACIONAL: Esta ação já consta como meta do Plano Plurianual (PPA) 2022 -2025, que se trata de instrumento de planejamento de governo. Desta forma, entendemos que o planejamento já está contemplado, não cabendo nova inclusão no PMS 2022 - 2025.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	I	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**19**	**Estender o acesso da comunidade na academia da terceira idade com profissional de educação física durante os turnos matutino, vespertino e noturno.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: As academias da terceira idade ou academias ao ar livre (AAL) são espaços para o desenvolvimento de atividades físicas e tem seu horário de funcionamento atrelado à unidade de saúde e a disponibilidade de profissional de educação física. Os Profissionais de Educação Física não integram a equipe mínima das unidades da Atenção Primária de Saúde – APS e hoje são lotados nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família – NASF, onde atuam com as Equipes Multiprofissionais em todo município de Campo Grande – MS. Para atender a esta proposta, seria necessário um aumento considerável no quadro de Profissionais de Educação Física e não existem linhas de financiamento federal/estadual/municipal para custear esta ação.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário federal, estadual e municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Cuidado**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**20**	**Implantar meio de transporte conforme necessidade do paciente para locomoção em consulta e exames especializados fora da área de abrangência no âmbito municipal.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O serviço de Transporte Sanitário Eletivo (TSE) foi estruturado na Gerência de Gestão de Casos Complexos (GGCC) em junho de 2019, após desligamento da Divisão de Dispensação de Insumos Judicializados (DDIJ), localizada no Centro Especializado Municipal (CEM). Desde então a Divisão de Transporte Sanitário Eletivo (DTSE) coordena o serviço (Pacientes e equipe de enfermagem) em compartilhamento com a Divisão de Transportes SESAU que gerencia a manutenção veicular de toda a Secretaria de Saúde. Por meio da Resolução SESAU 553 publicada em 14 de setembro de 2020 o serviço implantado foi regulamentado dentro do município de Campo Grande. Desta forma, os munícipes têm acesso ao transporte sanitário eletivo que é aquele destinado ao deslocamento programado de usuários para realização de procedimentos, consultas e tratamento de sua saúde, de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência ou risco de vida, em situações previsíveis de atenção programada no próprio município de residência, conforme os critérios de elegibilidade. Em 2021 o município conta com 09 veículos de passeio e 01 Ambulância tipo A para atender uma população de 906.092 (novecentos e seis mil e noventa e dois) habitantes (IBGE,2020), e o atendimento de cada usuário se dá mediante a disponibilidade de vagas, veículo e escala de		

elegibilidade, respeitando a ordem cronológica de solicitação, além da avaliação de vulnerabilidade utilizando a escala de Coelho e Savassi (disponível na resolução 533).
Consideramos transporte contínuo aquele realizado semanalmente para tratamentos regulares sem previsão de término como hemodiálise, quimioterapia e fisioterapia e transporte esporádico aquele solicitado para uma consulta, exame, ou outro procedimento específico e pontual.
O serviço atende 99 pessoas em transporte contínuo: 69 pacientes, e 30 acompanhantes a fim de garantir os direitos regulamentados por Lei à pacientes Idosos e Portadores de Deficiência. Destes 16% são atendidos mediante ordem judicial.
Em 2020 foram solicitados 71 transportes esporádicos dos quais foram atendidos 57% (41 atendimentos). Haviam 02 ambulâncias em funcionamento até setembro do referido ano. Já em 2021, nos primeiros 7 meses, foram solicitados 42 transportes esporádicos dos quais 55% puderam ser atendidos (23 atendimentos).
Há uma demanda reprimida de 107 pacientes aguardando atendimento para transporte contínuo no município de Campo Grande. Além da demanda silenciosa ainda não dimensionada e com aumento progressivo devido momento epidêmico vivido (COVID-19).
Desta forma, a ampliação do serviço se dará por meio da Emenda Parlamentar FIS 2019, que prevê recursos para aquisição de veículo Doblô (7 lugares), que está em fase de elaboração do Estudo Técnico Preliminar pela Gerência responsável pela Divisão de Transporte - SESAU.
Também está em tramitação no Ministério da Saúde a proposta de aquisição de equipamento/material permanente (proposta nº 11228.564000/1210-08), que conforme especificações da Portaria GM/MS nº 1483, de 01 de julho de 2021, incorporará 04 ambulâncias tipo A para o município.
Conforme a Portaria 2.563 de 03 de outubro de 20217, é considerado Transporte Sanitário Eletivo o veículo destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS. Aplica-se ao deslocamento programado, aquele realizado no próprio município de residência ou municípios dentro da região de saúde, conforme pactuação. No caso do município de Campo Grande os deslocamentos são realizados apenas dentro dos limites do município – que inclui os Distritos de Anhanduí e Rochedinho.
Tratamentos de saúde fora do domicilio (TFD) não são contemplados dentro das descrições de serviço do programa de transporte sanitário eletivo, portanto a proposta é inviável.

JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**22**	**Promover concurso público da secretaria municipal de saúde a fim de suprir o déficit de RH e manter as equipes completas para efetividade e qualidade do atendimento.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS através da Secretaria Municipal de Gestão (SEGES) realizou levantamento das necessidades de ampliação e reposição no quadro de recursos humanos junto a Secretaria Municipal de Saúde para realização de novo Público PMCG/2021-2022, no qual será inserido cargos/funções que não estão presentes no Concurso Público SESAU/2019.		
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: Não existem objeções financeiras, apenas justificativas técnico-operacionais.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**25**	**Ampliar os atendimentos das especialidades médicas com a criação de mais um Centro de Especialidades Médicas) CEM por região urbana**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Não é viável tecnicamente por escassez de profissionais especialistas.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	I	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**30**	**Implantar a farmácia itinerante, com a presença de um farmacêutico e com carro adequado nas unidades de saúde da zona rural do município de Campo Grande.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Durante o período em que as escalas forem necessárias e justificadas em razão de atividades estritamente vinculadas à PANDEMIA (COVID-19) e fora do expediente regular da categoria, o pedido é inviável, pois demandaria suporte de outros cargos para aplicação de forma itinerante, considerando que, tendo em vista a natureza excepcional, requer adequações e atividades extras, inclusive em parceria com outros setores da SESAU, destacando-se o repasse de verbas específicas para ser justificada. Ressalta-se também que apoiaríamos no fornecimento de recursos humanos, não sendo gerenciadores diretos da demanda, mas também poderia haver desvio de finalidade das escalas, uma vez que há categorias que recebem valor específico de indenização de transporte para o desempenho de suas funções, e o uso de veículo oficial pressupõe gasto de verba pública (combustível e próprio bem).		
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: Por força da Lei Complementar n. 173/2020, não há a possibilidade de aumento de despesas.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**35**	**Regulamentar a jornada de 30 horas semanais de trabalho para todos profissionais da saúde de Campo Grande.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Considerando que os profissionais de saúde foram admitidos através de Concurso Público para cargos de 40 (quarenta) horas semanais, que não existe a obrigatoriedade, através do Ministério da Saúde, quanto ao atendimento ininterrupto nas Unidades da Atenção Primária de Saúde. Ressaltamos que a Secretaria Municipal de Saúde está trabalhando com número de profissionais adequado para a carga horária existente, caso ocorra a regulamentação da jornada de 30 horas semanais, ocorrerá ampliação no número de profissionais para manutenção dos serviços, além do aumento expressivo na folha de pagamento.		
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário federal, estadual e municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**39**	**Incluir todas as especialidades odontológicas no SISREG.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Todas as especialidades odontológicas já estão reguladas pelo Sistema de Regulação - SISREG desde 2020.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**44**	**Disponibilizar reserva técnica de RH, considerando férias, atestados e outros.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde possui número adequado de profissionais de saúde e que na Lei Complementar n. 190 (Estatuto do Servidor Público Municipal) não existe a previsão de reserva técnica de profissionais, esta Coordenadoria de Responsabilidade Técnica entende pela inviabilidade desta proposta para o PMS 2022-2025. Sendo que as ampliações de recursos humanos deverão ser justificadas conforme abertura de novos postos de trabalhos e não sendo possível mensurar no momento.		
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário Federal, Estadual e Municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Economia em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**48**	**Descentralizar a dispensação de medicamentos especiais do CEM para unidades que tenham o profissional farmacêutico, mediante avaliação da comissão de farmacoterapêutica sanitária**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Considerando que os medicamentos são do componente especializado, por isso os medicamentos são dispensados no CEM. Considerando que para descentralização dos medicamentos é necessário a composição de Recursos Humanos (RH, considerando que seria necessária a ampliação do estoque para disponibilização as demais farmácias, ocasionando um aumento de custo para gestão, sendo inviável a descentralização.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**49**	**Ampliar as especialidades médicas e de outros profissionais de acordo com a demanda no CEM; (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, dermatologista, neurologista, psicólogo, nutricionista, geriatra, psiquiatra).**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Considerando que a referência em relação à demanda está ligada a complexidade de assistência e não somente a uma unidade prestadora de serviço. Considerando que a dinamicidade da demanda, e ainda, que a oferta de serviços é ajustada e proposta com base nesta, a capacidade instalada e escassez de recursos humanos/mão de obra restringem tais ações. Alguns atendimentos especializados citados na proposta têm pouca demanda de atendimento que inviabiliza a programação da meta como: Fonoaudiólogo – 1 paciente na fila enquanto são ofertadas 128 vagas/mês, Dermatologia - 182 pacientes aguardando enquanto são ofertadas 1336 vagas/mês, Nutrição – 602 pacientes aguardando enquanto a oferta é de 245 vagas/mês, e Psicologia – 1235 pacientes aguardando enquanto há a oferta de 1445 vagas/mês. Nos casos da Neurologia e Fisioterapia serão programadas metas específicas. A Geriatria não é ofertada em rede própria, somente contratualizada de governabilidade da SUPRIS, e a psiquiatria é ofertada no Ambulatório de Saúde Mental que é de responsabilidade da Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial. A Geriatria é ofertada em rede contratualizada pela SUPRIS, nos serviços do HUMAP e da CEMED; a psiquiatria é ofertada no Ambulatório de Saúde Mental que é de responsabilidade da Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial. Em detrimento da ampliação de oferta de vagas nas especialidades médicas, a Gerência de Controle e Avaliação (GCA) propôs apoio à Rede Complementar de Saúde com a ampliação de 2% na oferta em Reabilitação na Rede de Cuidados à pessoa com deficiência.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**50**	**Ampliar para REMUS o teste do pezinho para detecção de 37 tipos de patologias.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Considerando a LEI Nº 14.154, de 26 de maio de 2021, que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho. Os testes para o rastreamento de doenças no recém-nascido serão disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, na forma da regulamentação elaborada pelo Ministério da Saúde, com implementação de forma escalonada, o exame passará a abranger 14 grupos de doenças.		

JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Considerando que ampliação ocorrerá de forma escalonada e caberá ao Ministério da Saúde estabelecer os prazos para implementação de cada etapa do processo, que os procedimentos SUS são através da alteração na estrutura da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, dos procedimentos de finalidade diagnóstica. Atualmente os procedimentos da triagem neonatal são disponibilizados pelo SUS através de contratualização de serviços. Desta forma, não é necessário incluir a proposta como meta no PMS 2022-2025, em virtude dos procedimentos do teste do pezinho no SUS estarem no rol de Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**51**	**Implementar ações do CEAM para qualificar a assistência às mulheres com deficiência.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: No CEAM já são ofertados atendimentos de forma inclusiva seguindo as diretrizes do SUS, inviabilizando a meta pois os serviços já são prestados.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**52**	**Lotar profissional psicólogo nas unidades de saúde.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A Secretaria Municipal de Saúde realiza a lotação dos profissionais psicólogos no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que atuam conjuntamente com as Equipes de Saúde da Família ondem prestam suporte nos atendimentos nas Unidades de Atenção Primária de Saúde, conforme previsto na Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008.		
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário Federal, Estadual e Municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação, sendo ligados diretamente à composição mínima das Equipes de Saúde da Família.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**55**	**Criar centros de referência de práticas integrativas e complementares em todos os distritos sanitários, capacitar recursos humanos nas terapias das PICS com apoio das universidades e ampliar a oferta de vagas e especialidades.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) tem por objetivo incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS), na perspectiva de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto não há previsibilidade de criar centros de referência na atenção primária, devendo suas ações serem incorporadas nas unidades e dispositivos estratégicos da APS.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**57**	**Promover isonomia em relação à produtividade do SUS.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Considerando a iniciativa à promoção da isonomia através das publicações da Lei Complementar nº 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384 publicadas no DIOGRANDE nº 5.893 de 07 de abril de 2020, sobre a instituição e organização da carreira dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, integrante do Plano de Carreiras e Remuneração da área de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS, assegurando equidade de oportunidades para qualificação profissional e evolução funcional, não sendo possível o seu cumprimento na integralidade (inviável momentaneamente), por força da Lei Complementar n. 173/2020 (auxílio emergencial aos municípios, editada pelo Governo federal), não havendo a possibilidade de aumento de despesa e atos de enquadramento.		
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário Federal, Estadual e Municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

Setor Responsável		Atenção à Saúde
EIXO:	I	**Saúde como Direito**
PROPOSTA	**58**	**Implantar CAPS por Região de Saúde**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O município de Campo Grande tem uma população estimada de **906.092** habitantes (Fonte: IBGE 2020). Considerando que a cobertura populacional do CAPS conforme previsto na Portaria nº 336/2002 é de um CAPS III a cada 200.000 habitantes. Considerando que o município já está contemplado com a cobertura de 100% da população conforme portaria acima descrita e já possui 06 CAPS, a proposta é inviável, sendo 03 Tipologia III (Vila Almeida, Margarida, Aero Rancho) 01 CAPS II Afrodite Doris Contis (aguardando habilitação como CAPS III), 01 CAPS Infanto Juvenil (aguardando habilitação como CAPS IJ III) e 01 CAPS AD IV. Tendo os CAPS as regiões de saúde definidas para o atendimento à população, sendo: CAPS III Aero Rancho – Região de Saúde Anhanduizinho; CAPS III Vila Almeida – Regiões de Saúde Lagoa e Imbirussu; CAPS III Afrodite Doris Contis – Regiões de Saúde Centro e Segredo; CAPS III Margarida – Prosa e Bandeira; CAPS Infanto Juvenil – Todo município; CAPS AD IV – Todo município.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não existem linhas de financiamento federais no momento para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**59**	**Ofertar a realização de exames periódicos aos servidores, sem ônus aos mesmos.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A oferta de exames periódicos está sendo realizada aos servidores apenas do cargo de Técnico em Radiologia considerando a peculiaridade do cargo e do serviço, e são gerenciados pela Gerência de Saúde do Servidor/GERSAU. Referente aos outros cargos é inviável a realização no momento, fato que causaria alta demanda junto À GERSAU e aumento de despesas para fins de adequação.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário federal, estadual e municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**60**	**Implantar serviço de psicodiagnóstico na rede de saúde**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Já é uma oferta de Rede própria a consulta/avaliação psicológica. O psicodiagnóstico é ofertado para pacientes em acompanhamento pela psicologia do CEI – Centro de Especialidades Infantil, conforme conduta profissional do Psicólogo. Alguns testes mais específicos são ofertados pelo CER APAE através de convênio com o município.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica .		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**65**	**Implantar o serviço de capoterapia como PIC nas unidades de saúde.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) contribuem para superação do modelo de atenção biomédico, são baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. As PIC foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que normatiza sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, numa visão ampliada do processo saúde-doença. Esses sistemas e recursos envolvem estratégias que procuram estimular mecanismos de prevenção de doenças e recuperação da saúde por meio de aplicação de tecnologias seguras e eficazes, baseadas na escuta acolhedora, no desenvolvimento de vínculo e na integração do usuário com o meio ambiente e a sociedade. As práticas institucionalizadas pelo Ministério da Saúde são: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais. Considerando que a capoterapia ainda não entra no rol de práticas reconhecidas e institucionalizadas pela PNPIC e nem por outra instituição.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Considerando ainda que a PNPIC não possui financiamento específico e para implantação das práticas homologadas faz-se necessária o uso dos recursos que integram o financiamento da Atenção Primária à Saúde, por meio do Programa Previne Brasil, devendo assim otimizar o uso deste recurso para práticas já homologadas.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Relações Institucionais de Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**66**	**Emitir CNS da criança recém-nascida já na maternidade, assim como é realizado o registro de nascimento**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Todas as Maternidades e ou Hospitais, por meio de um convênio entre os Cartórios de Registro Civil com a Receita Federal, desde 2015, o CPF passou a ser emitido gratuitamente diretamente na certidão de nascimento, no ato de registro do recém-nascido. Desde 2018, visando maior autonomia dos estabelecimentos de saúde acerca do controle de acesso dos operadores do CadSus Web e melhoria na segurança deste sistema, foi gerada a aplicação Sistema de Gestão de Operadores – SGOP. A aplicação web é acessória ao CadSus Web, permitindo o cadastro e manutenção dos operadores, solicitação e aprovação de acesso a um estabelecimento de saúde e troca e recuperação de senha. Neste sentido, todas as instituições fazem e tem acesso ao CADSU WEB, para a confecção do CNS, seguindo o protocolo e pensando no acesso da criança e na gratuidade das documentações.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**I**	**SAÚDE COMO DIREITO**
PROPOSTA	**67**	**Cumprir a lei que garante o benefício de insalubridade para os ACS.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O cumprimento da referida Lei não é viável no momento devido a inviabilidades econômico-financeiras, sendo as despesas decorrentes pelo pagamento de pessoal destinadas na Lei Orçamentária Anual da Secretaria Municipal de Saúde.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: As limitações financeiras no cenário Federal, Estadual e Municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação, e também por força da Lei Complementar n. 173/2020, não havendo a possibilidade de aumento de despesa.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado**
EIXO:	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**1**	**Implementar o serviço de hotelaria de forma eficiente com fornecimento de alimentação aos pacientes internados nas unidades 24 horas bem como fraldas e demais necessidades.**

JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL A Gerência de Hotelaria, diretamente subordinada à Superintendência de Gestão do Cuidado, conforme Decreto n° 14152, de 30 de outubro de 2020, que dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e dá outras providências, tem por competências as ações dentre as quais estão elencadas:

- Manter o fluxo dos processos operacionais nos serviços de higienização e conservadoria dos serviços da rede municipal de saúde;
- Coordenar, monitorar e avaliar os processos relacionados à rouparia e lavanderia, priorizando as condições de bem-estar, assistência, segurança, conforto e qualidade no atendimento aos usuários;
- Planejar, coordenar e monitorar, juntamente com as áreas técnicas da Superintendência da Rede de Atenção à Saúde, o processo de padronização de identidade visual e ambiência dos serviços da rede Municipal de Saúde;

Diante do exposto, ressalta-se que esta Gerência está intimamente ligada aos processos de trabalho de limpeza e lavanderia, bem como nos processos de aquisição de rouparia hospitalar e dos processos de padronização de identidade visual dos serviços da rede Municipal de Saúde em conformidade com os Manuais do Ministério da Saúde.

A dispensação de fraldas descartáveis por meio da Gerência de Gestão de Casos Complexos (GGCC) acontecerá de acordo com a Resolução SESAU n. 498, de 13 de novembro de 2019. Sendo assim, o fornecimento desses insumos acontecerá apenas para os usuários da Atenção Primária em Saúde, previamente cadastrados no Programa de Dispensação de Fraldas, conforme critérios estabelecidos pela resolução citada. Diante do exposto, solicita-se que a Coordenadoria de Urgências avalie a referida meta da conferência.

Sobre a Coordenadoria de Urgências e suas atribuições que está diretamente subordinada à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde destacamos:

I - Coordenar a elaboração e a execução da Política Municipal de Urgências;

II - Estabelecer normas e protocolos ao bom funcionamento do Sistema Municipal de Atenção às Urgências;

III - implantar medidas de humanização da atenção às urgências, tanto no que diz respeito às relações de trabalho da área e referente à assistência;

IV - Desenvolver, de forma articulada com os demais órgãos da Rede de Atenção à Saúde, os planos de ação necessários para o funcionamento das Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo;

V - Participar e acompanhar as diretrizes táticas e operacionais para as Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo.

Para tanto, esta Coordenadoria tem a visão de ser um equipamento de saúde integrante da Rede Municipal de Saúde do município de Campo Grande, garantindo resolutividade e qualidade no cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde, além de manter processos e tecnologias de cuidado atualizadas, adotando estratégias para prestar atendimento humanizado, acolhedor e modelo de gestão participativa.

Ressaltamos que as competências e atribuições das Coordenadorias são elaboradas conforme o cenário e devem ser dinâmicas, no sentido de atender as demandas necessárias.

Durante a internação dos pacientes intubados por COVID-19 e por outras patologias e da necessidade de cuidados intensivos diante da gravidade dos casos e haja vista a superlotação e a

demora para regulação de leito em unidade terciária o que demandou ajustes na linha de cuidados dessa Coordenadoria de Urgência que mesmo sem previsão do cenário catastrófico que urgia aplicação de cuidados a pacientes críticos, sedados em suporte de ventilação mecânica e com necessidade de terapia nutricional entre outras. Tendo como média de observação 7 dias, a Coordenadoria de Urgência, por meio da Pactuação com Hospital Regional do Matogrosso do Sul-HRMS, viabilizou a oferta de dietas aos pacientes com necessidades de Terapia Nutricional enteral nas unidades de Pronto atendimento e CRS, no período de 26/03/2021 a 30/09/2021, tendo como média de atendimento do período 1.109 pacientes e média de volume de dieta de 830 litros, tendo ainda de nota que essa Coordenadoria ainda viabilizou 2 profissionais nutricionistas cedidas pelo NASF, que durante o período de forma diuturnamente, avaliavam, cada paciente e faziam a devida prescrição a fim de atender as necessidades nutricionais, tendo ainda disponibilizado transporte para visitas e consultas destes pacientes no leito das unidades de emergência.

A logística da entrega das dietas e o monitoramento contou com serviço de transporte e censo respondido pelas unidades durante as 24 horas.

A Coordenadoria de Urgência tem o processo de solicitação de compra do serviço de fornecimento lavrado na CI- 101/2021, para aquisição de dieta enteral já incluso no catalogo SIGA (21171), e com código padronizado para iniciar processo de ETP (Estudo Técnico Preliminar), como: Serviço de fornecimento de dieta enteral para pacientes das UPAS E CRS, conforme condições e especificações constantes no Termo de Referência. Aguardando trâmites.

Tendo ainda concomitantemente a necessidade de oferta de alimentação aos pacientes internados nas unidades 24 horas, acometidos de agravos agudos, ou agudizados, e que se encontram em fase de elaboração de ETP (Estudo Técnico Preliminar), aquisição de serviço, ETP 00057/2021 Serviço de fornecimento de alimentação para pacientes e acompanhantes das UPAS E CRS, conforme condições e especificações constantes no Termo de Referência. Sendo assim não comporá as metas do PMS 2022-2025 visto que a necessidade de implementação deste serviço é processo de trabalho desta coordenadoria está em fase de ETP (Estudo Técnico Preliminar)

Entendemos que o setor de Hotelaria deve ter uma visão holística das necessidades do paciente e da organização, com participação e parceria efetiva na elaboração do planejamento estratégico, compreendendo a amplitude destes serviços. Proporcionando a hospitalidade dos usuários, prestando serviços de apoio como, por exemplo: higienização e conservadoria, lavanderia, nutrição e dietética, gerenciamento de resíduos, segurança, sinalização, dentre outros.

Destaca-se que está em tramitação Estudo Técnico elaborado pela Coordenadoria de Urgência (CURG) que prevê fornecimento de alimentação (refeições prontas) para pacientes e acompanhantes amparados legalmente, atendidos nas unidades de pronto atendimento (UPA) e Centros Regionais de Saúde (CRS) garantindo o apoio diagnóstico e terapêutico, conforme a sua complexidade juntamente com a Superintendência de Gestão do Cuidado.

Portanto, as propostas em demanda já estão em andamento, de acordo com os documentos citados, não necessitando de proposta de meta para o Plano Municipal de Saúde (2022-2025).

JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: A estratégia de fornecer alimentação aos pacientes internados nas unidades 24 horas que já está em tramitação, encontra-se em processo de capitação para atender a necessidade do objeto.

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**II**	**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**2**	**Criar o Núcleo de Evidência da secretaria de saúde em parceria com as universidades públicas e garantir um profissional técnico para nortear as demandas e necessidades da Secretaria.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O Núcleo de Evidência (NEv) em Saúde no Município de Campo Grande criado pela Lei n. 6.201, no dia 9 de maio de 2019 e que teve a operacionalização publicada no Diário Oficial (DIOGRANDE) em 21 de maio de 2019. O objetivo do NEv é promover e facilitar o uso de evidências científicas para informar o gestor de políticas públicas de saúde no processo de tomada de decisão. A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) pode estabelecer parcerias com Instituições de Ensino, Pesquisa, Autarquias, Serviços de Saúde, outras Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, bem como demais Núcleos de Evidência no país e no mundo. As atividades básicas do NEv consistem na produção de estudos primários (revisões sistemáticas), overviews, scoping reviews; revisões rápidas, avaliações econômicas; produção de sínteses de evidências; preparação de diálogos deliberativos; elaboração de produtos de tradução científica; promover a divulgação científica; e desempenhar outras atividades da área de atuação. No dia 03 de setembro de 2021, DIOGRANDE nº 6.406, página dois (02) foi criado na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, a Coordenadoria do Núcleo de Evidências, subordinado a Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Relações Institucionais de Saúde**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**3**	**Ampliar a oferta de leitos hospitalares do SUS.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Esta proposta foi abordada no PMS 2018-2021, porém, devido a situação pandêmica, não houve tempo hábil para tal ampliação direcionados às linhas de UCO, AVC e leitos de UTI, entretanto, foram autorizados 180 leitos hospitalares COVID durante o decorrer da pandemia. Constam no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência – RUE a habilitação de 10 leitos de Unidade Coronariana da Santa Casa, 20 leitos de Unidade de Acidente Vascular Cerebral – AVC, sendo 10 leitos no EBSERH Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e 10 leitos no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, em virtude disso não se faz necessária a inclusão da proposta como Meta no PMS 2022-2025.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**6**	**Implantar Plano de Cargos e Carreiras Especifico do SUS**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Conforme previsto nas Leis Complementares n. 376, n. 377, n. 378, n. 379, n. 380, n. 381, n. 383 e n. 384, de 07 de abril de 2020, onde trata sobre a instituição e organização dos Plano de Carreiras e Remuneração dos Profissionais da área de Saúde da Prefeitura Municipal de Campo Grande, sendo as despesas decorrentes pela implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários correrão à conta de dotações orçamentarias para despesas de pessoal destinadas na Lei Orçamentária Anual da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente os Planos de Carreiras e Remuneração necessitam regulamentação para prosseguimento nos cronogramas pré-estabelecidos.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário federal, estadual e municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Manutenção de obras**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**7**	**Realizar manutenção preventiva e corretiva regular dos materiais e equipamentos dos serviços de saúde da REMUS com maior agilidade.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Trata-se de um serviço programado do setor, a manutenção preventiva e corretiva dos materiais e equipamentos são o conjunto de atividades para garantir plena capacidade e condições de funcionamento contínuo, seguro e confiável dos ambientes de trabalho, preservando as características e desempenhos, mantendo o estado de uso ou de operação, bem como na recuperação deste estado, e ainda manter contratação constitui-se na alternativa mais eficiente e eficaz para a secretaria, na sua tarefa de zelar pelo patrimônio público e mantê-lo funcionando adequadamente para atender as atividades afins. O serviço continuado que pode ser contratado de terceiros para apoiar a realização das atividades essenciais ao cumprimento da missão institucional da contratação da prestação dos serviços especializados visando a execução das atividades de manutenção – preventiva e corretiva - de forma ininterrupta e continuada, com disponibilidade de serviços emergenciais e eventuais, prezando pela economicidade dos investimentos, a segurança e conforto dos usuários, das instalações, dos sistemas e dos equipamentos. Os contratos foram executados até 2019, em 2021 está sendo realizado levantamento de necessidade e estudos técnicos preliminares (ETP) para novos contratos afim de regularizar os serviços de manutenções e prevenções, portanto não é necessário reprogramar para 2022-2025.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**10**	**Ofertar novas ações de saúde mental específica para trabalhadores do SUS, tanto na prevenção como na assistência**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O Projeto de Intervenção de Atendimento Psicológico a equipe multidisciplinar nas unidades de pronto atendimento e centros regionais de saúde (UPA e CRS) e o Projeto Cuidar de Quem Cuida (todos os servidores da SESAU) atendem com a proposta de atendimentos psicossociais e Prática Integrativas e Complementares (PICS), tanto para servidores afastados e ativos. Partindo desta premissa, a proposta foi discutida e consentida pelos psicólogos da SESAU, com objetivo de acolherem a demanda emergencial dos servidores, a fim de contribuir para o atendimento humanizado através da intervenção psicológica apropriada para a especificidade que o serviço requer. Após esta primeira intervenção, o servidor é encaminhado ao projeto “Cuidar de Quem Cuida” onde serão prestados os atendimentos, ofertados as PIC frente às demandas e avaliações, de acordo com a expertise de cada profissional, as PIC são realizadas desde 2019, porém, devido à Pandemia, 2020 e 2021 ainda não foram retomados. O Projeto físico está arquivado na Gerência de Saúde do Servidor (GERSAU). Estes projetos contemplam as ações de saúde mental para os trabalhadores do SUS, sendo rotina de trabalho desta gerência, em virtude disso não se faz necessária a inclusão da proposta como Meta no PMS 2022-2025.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**11**	**Lotar 01 enfermeiro responsável técnico nas unidades de saúde**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Atualmente (agosto de 2021) esta função é exercida por todos enfermeiros das unidades assistenciais que prestam serviços de enfermagem. Nas unidades de atenção primária, todos os enfermeiros vinculados às equipes desenvolvem atribuições de enfermeiros responsáveis técnicos, consulta de enfermagem, ações de vigilância em saúde e supervisão e instrução dos agentes comunitários de saúde. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros Regionais de Saúde (CRS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro Especializado Municipal (CEM), Centro Especializado de Doença Infecto-parasitárias (CEDIP), já possuem de enfermeiros que exercem a função de responsável técnico exclusivamente, devido a quantidade de profissionais de enfermagem. A lotação do enfermeiro Responsável Técnico faz parte do processo de trabalho desta coordenadoria.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
EIXO:	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**12**	**Ampliar atendimento odontológico diurno de urgência durante a semana em todas as unidades de urgência.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Existem 02 Unidades de Pronto Atendimento - UPA com presença de cirurgião-dentista durante 24 horas (UPA Coronel Antonino e UPA Leblon). As demais unidades de emergência possuem profissionais de saúde bucal durante o período noturno na semana e 24 horas nos finais de semana e feriados. No momento (agosto de 2021), a principal estratégia do município é o fortalecimento da Atenção Primária (APS), onde também é oferecido o atendimento de urgência odontológica, porém, pode ser estudado e discutido essa ampliação posteriormente. Também há dificuldade de quantitativo de profissionais 20 horas semanais na rede por não haver mais concurso público para esta carga horária (necessária realização de plantão eventual no contra turno).		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Há limitações financeiras, do momento, no cenário Federal, Estadual e Municipal, pois será necessária a realização de plantão eventual no contra turno de profissionais com carga horária 20 horas, aumentando os custos ao município.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Planejamento e Gestão Participativa**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**13**	**Criar Conselho Local de Saúde para o CAPS**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Os conselhos locais são instâncias colegiadas integrantes da estrutura do Conselho Municipal de Saúde. A criação de um conselho local de saúde, não depende apenas do gestor, inviabilizando assim o cumprimento da proposta, pois estes são formados por três segmentos (usuário, trabalhador e gestor), conforme Regimento Interno aprovado pela Deliberação n. 540/2016/CMS, publicado no DIOGRANDE n° 4.710 de 27/10/2016. Entretanto, a gestão poderá estabelecer apoio técnico ao Conselho Municipal de Saúde quando o conselho local da referida unidade for instituído, assim como, consta programado no Plano Municipal de Saúde 2022-2025.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
EIXO:	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**16**	**Proporcionar a criação de um espaço destinado ao atendimento infantil com 2 consultórios odontopediátricos para somar com o atendimento do CEONORTE.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Falta de estrutura física para dois consultórios de Odontopediatria, sendo que não é uma das especialidades obrigatórias (existem metas das especialidades obrigatórias para recebimento de recursos). No momento, o CEO II Nova Bahia possui um consultório (uma cadeira odontológica exclusiva para Odontopediatria), que contará com dois profissionais especialistas. Portanto, a proposta é inviável. Porém, há um planejamento para construção de uma nova unidade em outro endereço, onde pode ser analisada a presença de dois consultórios para Odontopediatria.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: limitações financeiras do momento no cenário Federal, Estadual e Municipal.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Vigilância em Saúde**
EIXO	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**17**	**Fornecer Vacina da Leishmaniose para cães no município de Campo Grande via Ministério da Saúde**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: de acordo com o Ministério da Saúde existe uma vacina registrada no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA, no entanto não existem estudos que comprovem a efetividade do uso dessa vacina na redução da incidência da Leishmaniose Visceral em humanos desta forma, seu uso está restrito à proteção individual (ação exclusiva de saúde dos cães) e não como uma ferramenta/medida de saúde pública, conforme disposto na Portaria nº 1.138 de 23 de maio de 2014 e Decreto nº 51.838/1963. Acesso https://www.gov.br//saude/pt-br/assuntos/saude-d-a-a-z/l/leishamniose-visceral em 11/08/2021 às 18h43min. Portanto, não existe a possibilidade de viabilização desta vacina pelo Ministério da Saúde		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: o fato desta vacina não ser recomendada pelo Ministério da Saúde e não havendo, portanto, financiamento por este, deixaria o município com uma carga de aquisição de 3 doses de vacina para os 170.000.00 cães (Censo 2015) no primeiro ano e uma dose nos anos seguintes. Estimamos que de acordo com o preço de mercado atual da vacina disponibilizada pra aquisição por estabelecimentos médicos veterinários, em torno de R$ 92,00, o município gastaria aproximadamente 47 milhões de reais somente no primeiro no ano, o que inviabiliza a adoção da proposta.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**18**	**Transferir a UBSF Nova Bahia para a região do Novo Paraná entre as Ruas Capita / Guarapuá (Diretriz 2 – Objetivo 2.1)**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A USF Nova Bahia está localizada na região Prosa, possui (3) três equipes de saúde da família tendo sob sua responsabilidade 65.108 pessoas vinculadas e adstritas a ela. O endereço de proposto para mudança de estabelecimento fica na área de abrangência da USF Estrela Dalva a qual possui (4) quatro equipes responsáveis pelos cuidados em saúde de 14.203 pessoas. Ocorre que esta região se encontra com teto de cobertura adequado à área supramencionada. Considerando o redimensionamento territorial realizado nos anos de 2019/2020 as famílias e pessoas acompanhadas na USF Nova Bahia encontram-se próximas ao endereço atual 13.309 conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual considera a importância da territorialização para manutenção do vínculo, do cuidado integral, longitudinal e identificação de risco e vulnerabilidade. Ademais destacamos que consta projeto de reforma para o complexo Nova Bahia abrangendo CRS, UBS, Policlínica prevendo adequações que confiram a identidade dos serviços através de delimitações claras e funcionais em suas estruturas promovendo fluxo de assistência bem definido.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**III**	**Financiamento do Sistema Único de Saúde**
PROPOSTA	**21**	**Realizar a manutenção preventiva das ambulâncias do SAMU**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A manutenção preventiva já faz parte da rotina do serviço, não sendo necessária incluí-la como meta do PMS.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**II**	**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**34**	**Ofertar agenda e profissionais de pequenas cirurgias infantis.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A proposta é inviável tecnicamente por conta da operacionalização para a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, devido a necessidade de sedação para a maioria dos procedimentos por ser dependente da colaboração da criança para realização do mesmo sem sedação.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Relações Institucionais de Saúde**
Eixo	**III**	**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**3**	**Ampliar os leitos de infectologia nas unidades específicas (CEDIP, ESTERINA CORSINI)**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Não é viável tecnicamente por não haver capacidade instalada para ampliação de leitos no CEDIP/HOSPITAL DIA, não havendo demanda para ampliação de leitos no CEDIP/Hospital Dia. A unidade Esterina Corsini, embora seja de governabilidade da SUPRIS, não possui demanda reprimida que justifique a ampliação.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
Eixo	**III**	**Financiamento do Sistema Único de Saúde**
PROPOSTA	**21**	**Realizar a manutenção preventiva das ambulâncias do SAMU**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A manutenção preventiva já faz parte da rotina do serviço, não sendo necessária incluí-la como meta do PMS.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

Setor Responsável		Atenção à Saúde
Eixo	**III**	**Financiamento do Sistema Único de Saúde**
PROPOSTA	**22**	**Implantar um posto de atendimento 24h com leito de estabilização até a transferência para Campo Grande, garantindo a lotação da equipe no distrito de Anhanduí**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Considerando que Sala de Estabilização é um ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ougraves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde pela Central de Regulação das Urgências, conforme Portaria de Consolidação n. 3/2017; Considerando que a Unidade de Saúde da Família "Dr. Bento Assis Machado" – USF Anhanduí é unidade integrante do Distrito Sanitário Anhanduizinho, da área de abrangência do CRS Aero Rancho, ou em qualquer outra unidade de saúde 24 horas objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados do Plano de Ação Regional; Considerando que o Distrito de Anhanduí conta com uma base descentralizada do SAMU 192, com equipe intermediária 24 horas otimizando o tempo-resposta para atendimento e encaminhamento para os serviços de referência; Considerando a reestruturação dos Centros Regionais de Saúde (CRS) para Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com o objetivo de pleitear, junto ao Ministério da Saúde, recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde para os Centros Regionais de Saúde – CRS, para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. O município de Campo Grande tem uma população estimada de 916.001 habitantes e já possui 06 UPA (Coronel Antonino, Leblon, Moreninha, Universitário, Vila Almeida e Santa Mônica), além dos 04 CRS (Aero Rancho, Tiradentes, Coophavila e Nova Bahia) e esta possui uma área de abrangência que contempla a população da região citada.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras, do momento, no cenário federal, estadual e municipal, Campo Grande está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis. Não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Vigilância em Saúde**
Eixo	**III**	**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**30**	**Criar um biotério e laboratório de diagnóstico da Raiva no CCZ**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: a Vigilância da Raiva encontra-se norteada por Programa Federal e cabe aos Estados o apoio e insumos para sua realização. Dentro deste, podemos citar a vacinação antirrábica animal e insumos para o programa de profilaxia em humanos. A realização do diagnóstico amostral para vigilância da Raiva em animais, de amostras enviadas pelos municípios do Estado, incluindo Campo Grande, encontra-se a cargo da Agência Estadual de Defesa Sanitária Animal e Vegetal (IAGRO). Acredita-se que a criação de um Biotério		

e Laboratório para diagnóstico da Raiva deva ser pactuado com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), a fim de atender a todo o Estado.
JUSTIFICATIVA ECONÔMICO – FINANCEIRO: não existe atualmente (setembro de 2021) previsão orçamentária para tal, já que tais diagnósticos são realizados pelo Estado.

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**III**	**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**35**	**Implementar núcleo de atendimento aos profissionais da área da saúde, com ofertas de terapias ocupacionais, atendimento psicossocial e PICS, para servidores afastados e ativos**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O Projeto de Intervenção de Atendimento Psicológico a equipe multidisciplinar nas unidades de pronto atendimento e centros regionais de saúde (UPA e CRS) e o Projeto Cuidar de Quem Cuida (todos os servidores da SESAU) atendem com a proposta de atendimentos psicossociais e Praticas Integrativas e Complementares (PIC), tanto para servidores afastados e ativos. Partindo desta premissa, a proposta foi discutida e consentida pelos psicólogos da SESAU, com objetivo de acolherem a demanda emergencial dos servidores, a fim de contribuir para o atendimento humanizado através da intervenção psicológica apropriada para a especificidade que o serviço requer. Após está primeira intervenção, o servidor é encaminhado ao projeto “Cuidar de Quem Cuida” onde serão prestados os atendimentos, ofertadas as PIC frente as demandas e avaliações, de acordo com a expertise de cada profissional. As PIC são realizadas desde 2019, porém, devido à Pandemia, 2020 e 2021 ainda não foram retomados. O Projeto físico está arquivado na Gerência de Saúde do Servidor (GERSAU).		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE – Propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde - 2019		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
Eixo	**III**	**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
PROPOSTA	**44**	**Liberar os servidores para qualificação sem prejuízo financeiro e/ou carga horária de trabalho**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A liberação para qualificação já é realizada pelo próprio servidor através do Requerimento para Licença Capacitação, devidamente preenchido. Após análise Jurídica de alguns critérios, é encaminhado para abertura de processo de Licença Capacitação e publicação em Diário Oficial.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

3.5 JUSTIFICATIVAS DE INVIABILIDADE DE PROPOSTAS DA AUDIÊNCIA PÚBLICA – 2021

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**1**	**Realizar abertura de concurso público para Odontólogos do Programa de Saúde da Família (PSF), Odontólogos Especialistas para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico de Saúde Bucal (TSB), Técnico de Prótese Dentária.**
	2	**Realizar concurso público para atendimento adequado às demandas.**
	3	**Realizar concurso público para saúde.**
	4	**Realizar concurso público.**
	5	**Realizar concursos públicos para o quadro próprio da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU).**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A Prefeitura Municipal de Campo Grande através da Secretaria Municipal de Gestão (SEGES) realizou levantamento das necessidades de ampliação e reposição no quadro de recursos humanos junto à Secretaria Municipal de Saúde para realização de novo Concurso Público PMCG/2021-2022, no qual será inserido cargos/funções que não estão presentes no Concurso Público SESAU/2019. Será encaminhado à SEGES a solicitação do concurso público para provimentos de cargos.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Análise situação econômica do município de Campo Grande/MS, em consonância com o Limite de despesas com Pessoal, conforme a Lei 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**7**	**Adequar a remuneração dos odontólogos**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: As revisões salariais dos servidores públicos municipais, em especial dos profissionais odontólogos, são baseadas conforme a tabela salarial vigente, cabendo ao Chefe do Poder Executivo Municipal, encaminhar as propostas de reajustes salariais junto à Secretaria Municipal de Finanças e posteriormente à Câmara Municipal de Campo Grande/MS para aprovação. A proposta não é viável e o piso salarial já está regularizada conforme a Lei 6.050 de 23 de julho de 2018, que dispõe sobre o reajuste da tabela salarial dos odontólogos do quadro de remuneração dos servidores do município de Campo grande, publicada no DIOGRANDE nº 5.299 de 24 de julho de 2018.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Análise situação econômica do município de Campo Grande/MS, em consonância com o Limite de despesas com Pessoal, conforme a Lei 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), e também a força da Lei Complementar n. 173/2020, não há a possibilidade de aumento de despesas.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**11**	"**Criar atendimento especializado para profissionais que tiveram sequelas decorrentes do COVID-19 em cem por cento (100%) da assistência e a custo zero"**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A proposta da Audiência Pública que sugere criar atendimentos especializados para reabilitação de sequelas decorrentes do COVID-19 (Pneumologista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Neurologista, Cardiologista, Ortopedia, Fonoaudiólogo, entre outros) é de suma relevância, porém inviável para a GERSAU, uma vez que ainda não há profissionais para atendimento especializado lotados nesta gerência. A Gerência de Saúde do Servidor - GERSAU através da Equipe Psicossocial (assistente social e psicólogo) realiza o acompanhamento dos servidores que necessitam de afastamento para tratamento das sequelas do pós COVID-19 com visitas domiciliares a fim de auxiliar na sua recuperação, bem como proporcionar encaminhamentos que se fizerem necessários. Dentre os encaminhamentos possíveis a GERSAU tem, o Projeto "CUIDAR DE QUEM CUIDA" que atende servidores no pós covid-19 com serviços de psicologia, psiquiatria e homeopatia de forma gratuita e a meta proposta para o ciclo 2022-2025 irá aumentar os atendimentos voltados à saúde mental do servidor. Vale ressaltar que a Gerência de Saúde do Servidor orienta ao servidor acometido com COVID-19 a realizar o registro do Acidente de Trabalho e acompanha o andamento do pedido, mas, a homologação e validação ocorrerá somente e após investigação da doença relacionada ou não ao trabalho, bem como o estabelecimento do nexo causal dado em parecer pela perícia médica do IMPCG – Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande MS. Sendo homologada e validada como acidente de trabalho, a assistência médica será de custo zero para o servidor. Ao servidor com sequelas decorrente do COVID-19 é proporcionado ainda, na sede da GERSAU, o exame médico de retorno ao trabalho que possui a intenção de diagnosticar se realmente recuperou sua capacidade física e/ou mental após um período de enfermidade e se está em plenas condições de reassumir seu posto de trabalho. Caso haja necessidade de mudança de função o exame tem como objetivo comprovar a aptidão do servidor para ocupar o novo posto de trabalho, sem que haja prejuízo à saúde.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: A Gerência de Saúde do Servidor - GERSAU NÃO possui recurso financeiro para contratação dos profissionais especializados para reabilitação de sequelas decorrentes do COVID-19 (Pneumologista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Neurologista, Cardiologista, Ortopedia, Fonoaudiólogo, entre outros), tornando inviável a proposta.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**13**	**Criar a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Columbia.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O bairro Jardim Columbia está localizado na região do Segredo, tendo como área de abrangência para referência de atendimento a USF São Francisco, nesta unidade de saúde há (4) quatro equipes de saúde da família e possui teto para cobertura de até 16.000 usuários, até outubro de 2021, a unidade possui sob sua responsabilidade 13.606 pessoas cadastradas. Destacamos que na região existe a Clínica da Família Nova Lima que possui 04 equipes e possui sob sua responsabilidade 12.749 pessoas cadastradas, e USF Vida Nova que possui 03 equipes e possui sob sua responsabilidade 15.529 pessoas cadastradas. Conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 a qual considera a importância da territorialização para manutenção do vínculo, do cuidado integral, longitudinal e identificação de risco e vulnerabilidade, as equipes de saúde da família tem capacidade de cuidados em saúde de até 4.000 pessoas por equipe. Assim, com o redimensionamento territorial realizado nos anos de 2019/2020 a USF São Francisco encontra-se com teto de cobertura adequado a área supramencionada não havendo justificativa técnica para novas construções.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**15**	**Criar metas com remuneração (produtividade) para atenção básica e especialista, Odontólogos e Médicos como já previsto pelo Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR).**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Já está previsto que aconteça no ano de 2022, conforme as Leis Complementares nº 376 a 384, de 07 de abril de 2020, onde trata sobre a instituição e organização dos Planos de Carreiras e Remuneração dos Profissionais da área de Saúde da Prefeitura Municipal de Campo Grande, sendo as despesas decorrentes da implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários correrão à conta de dotações orçamentárias para despesas de pessoal destinadas na Lei Orçamentária Anual da Secretaria Municipal de Saúde. Para prosseguimento nos cronogramas pré-estabelecidos, o Plano de Carreiras e Remuneração necessita de regulamentação.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeira, em análise da situação econômica do município de Campo Grande/MS, está em consonância com o Limite de despesas com Pessoal, conforme a Lei 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), e também a força da Lei Complementar n. 173/2020, não há a possibilidade de aumento de despesas.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**16**	**Criar o cargo de auxiliar de farmácia para auxiliar o farmacêutico nas demandas administrativas.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Informamos que a Prefeitura Municipal de Campo Grande através da Secretaria Municipal de Gestão (SEGES) realizou levantamento das necessidades de ampliação e reposição no quadro de recursos humanos junto à Secretaria Municipal de Saúde para realização de novo Público PMCG/2021-2022, sendo inserido a sugestão para criação do cargo de Auxiliar de Farmácia, sendo que será submetido ao Chefe do Executivo Municipal e posteriormente encaminhado para aprovação junto à Câmara Municipal de Campo Grande/MS.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Análise situação econômica do município de Campo Grande/MS, em consonância com o Limite de despesas com Pessoal, conforme a Lei 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). De acordo com a Lei Complementar n. 173/2020, ficam proibidos criar cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa, que estará vigente até 31/12/2021 podendo ser prorrogada.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**17**	**Criar o serviço de psicologia nas unidades de atenção primária e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas**
PROPOSTA	**18**	**Criar o serviço de psicologia nas unidades de Pronto Atendimento (UPA) para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO – OPERACIONAL: As Unidades de Urgências conforme definido pelas Portarias de consolidação n 03 e 06 de 2017, são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população. Considerando que as Unidades de Pronto Atendimento, são unidades intermediárias, e possuem equipe multiprofissional, para o primeiro atendimento, mesmo nas questões de saúde mental, a implementação do serviço de Psicologia se caracterizaria como atendimento ambulatorial, o atendimento a essa proposta implicaria no descumprimento de critérios		

definidos pelo Ministério da Saúde na manutenção da Qualificação das Unidades de Pronto Atendimento, pois descaracteriza a finalidade do serviço de urgência. A rede de atenção à saúde já está desenhada para o atendimento deste paciente.

Cabe nos ressaltar que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem por finalidade estabelecer os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, bem como garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (atenção básica, atenção especializada, serviços de urgência, pré-hospitalar e hospitalar), qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Na atenção Básica a RAPS está presente por meio das Unidades Básica de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e Consultório na Rua e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). A Unidade Básica de Saúde, como ponto de atenção da RAPS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

Salientamos ainda que na Atenção Primária à Saúde (APS) a inserção e atuação do Psicólogo se dá através das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF/AP). O Núcleo constitui - se de um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da APS e trata – se de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diversas categorias profissionais, complementar às equipes que atuam na APS. Atualmente o município possui 16 equipes NASF/AP, com cobertura de 83,05% das Unidades de Saúde da Família (USF) e 24,4% das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 16 profissionais Psicólogos atuando nestas unidades de saúde, no suporte assistencial aos usuários e no suporte técnico pedagógico às equipes da APS no que se refere à saúde mental.

Vale destacar que o NASF/AP tem sido a principal estratégia de fortalecimento da APS desde 2010 quando foi implantada a primeira equipe no município. Conforme consta no projeto “Diretrizes para organização e funcionamento das equipes do NASF/AP”, aprovado junto ao Conselho Municipal de Saúde, através da Deliberação n. 735/2020/CMS de 09 de setembro de 2020, o profissional Psicólogo está previsto na composição destas equipes, bem como na expansão previstas tanto no projeto como no Plano Plurianual (2022-2025). Desta forma, consideramos a ação proposta na APS encontra-se contemplada, uma vez que os Psicólogos já atuam nesta através das equipes NASF/AP, ademais ressaltamos que o município conta com o planejamento de ampliação destas equipes com a inclusão do profissional Psicólogo nas unidades de saúde ainda não contempladas, de modo a ampliar o acesso dos usuários a este profissional de saúde contribuindo para que o atendimento seja resolutivo. No que tange aos atendimentos de urgência, de acordo com a portaria n° 3.088 de dezembro de 2011 a qual institui as diretrizes da RAPS, os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência (CRS,UPAS, SAMU) deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: A implementação desse serviço poderá implicar no descumprimento dos critérios definidos na Portaria de Consolidação n. 03 e 06/2017, uma vez que se trata de atendimento ambulatorial, podendo inviabilizar o recebimento de custeio das Unidades de Pronto Atendimento. Ademais os atendimentos previstos, sejam na urgência, atenção psicossocial, especializada e atenção primária, já estão organizados como pontos de atenção da Rede Assistencial, seguindo todas as normativas do Ministério da Saúde.

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Gestão do Trabalho e Educação**
PROPOSTA	**19**	**Criar, no modelo equipe móvel, de apoio ao aumento de fluxo e cobertura de férias e licenças de técnicos de enfermagem em serviços diurno em apoio à equipe fixa de Centros Regionais de (CRS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: As Unidades de Urgência e Emergência (Unidade de Pronto Atendimento e Centro Regional de Saúde) da Secretaria Municipal de Saúde possuí equipes de Enfermagem compostas por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam 30 (trinta) horas semanais, conforme previsto no Decreto n. 13.231, de 1º de agosto de 2017, estes profissionais não possuí turno de trabalho fixo, e por necessidade do serviço, por motivo de afastamentos médicos e férias, os mesmos poderão ser remanejados de turno para atender de forma integral as unidades mencionadas. Informamos também, que a Divisão de Enfermagem da Coordenadoria de Responsabilidade Técnica/SGTE, possuí em seu quadro profissionais de enfermagem, entre eles Técnicos de Enfermagem, que atendem a Rede Municipal de Saúde em locais que necessitam de profissionais de forma emergencial, até a convocação de novo profissional através de Concurso Público ou Processo Seletivo quando for o caso. Ressaltamos também que em períodos emergenciais como o período da Pandemia COVID-19, ocorre a contratação emergencial de profissionais de saúde, como Técnicos de Enfermagem, para auxiliar e atender ao aumento de fluxo de pacientes nesta Unidades de Urgência e Emergência. Por fim, informamos que não existe previsão legal, tanto nas legislações federais quanto municipais, quanto à criação de equipes móvel ou quadro de reserva técnica na Secretaria Municipal de Saúde. A SRAS não porta reserva técnica de Técnicos de Enfermagem para implementar equipe volante, nos moldes da equipe móvel, não sendo uma proposta viável.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Relações Institucionais de Saúde**
PROPOSTA	**20**	**Criar o Centro de Diagnóstico do município ou conveniado**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: No que tange a exames diagnósticos por imagem e métodos gráficos já temos o CADIM – Centro de Apoio e Diagnóstico Municipal, instalado no complexo do CEM o qual oferta exames de Ultrassonografia; Raio X; Eletroneuromiografia; Eletrocardiograma; Eletroencefalograma; Ecocardiograma; Holter 24hs; Teste Ergométrico; Endoscopia; Laringoscopia e Audiometria. No que tange os exames de imagem os mesmos serão ampliados com a implantação do Hospital Day Clinic "Vó Honória Martins Pereira". Porém no que tange a outros exames, a exemplo os laboratoriais, e ainda a serviços conveniados, estes não são de governabilidade desta CRAE, sendo necessário verificar junto à SUPRIS e LABCEN**.** Serviços de diagnósticos conveniados IPED/APAE, LACEN, Laboratório Diagnose Cunha, atendem a necessidade laboratorial conveniada. Já existe rede diagnóstica conveniada e contratada. Os hospitais que ofertam os exames diagnósticos possuem seus Termos Aditivos reavaliados e repactuados anualmente, de acordo com as ofertas e as demandas apresentadas pelos municípios. A GCA propôs a meta de ampliação em 6% dos exames diagnósticos. Em relação aos exames laboratoriais há previsão contratual para a sua realização utilizando a reserva orçamentária.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho e Saúde**
PROPOSTA	**23**	**Instituir assistência funeral gratuita em casos de óbito do profissional por COVID-19 para o familiar.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A assistência funeral não é de governabilidade desta secretaria, uma vez que IMPCG já fornece esse serviço, o qual contempla não só óbito pela COVID-19, mas todas as demais causas. O gerenciamento é realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social/SAS.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**25**	**Fortalecer o Hospital DIA/ Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP)**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Meta não é viável pois faz parte do processo de trabalho e já está contemplada pela ampliação do projeto “A Hora é Agora”, uma parceria do Ministério da Saúde, FIOCRUZ, CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças – dos Estados Unidos) e SESAU, a partir de outubro de 2021, e ainda pelo processo de matriciamento da Atenção Primária.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**26**	**Fortalecer o serviço de farmácia clínica sobre gratificação de cinquenta por cento (50%) do salário base dos profissionais lotados na Atenção Primária à Saúde (APS)**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A proposta é inviável momento, considerando que a análise da situação do município de Campo Grande/MS, considerando que a gratificações no âmbito desta SESAU/PMCG depende de diversos procedimentos administrativos e etapas prévias complexas conforme requisitos legais a seguir expressos, além da análise quanto à disponibilização financeira/orçamentária as quais somente ao final poderão ou não culminar em um Decreto Regulamentador próprio. Em consonância como Limite de Despesas com o Pessoal, conforme a Lei 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**28**	**Garantir as equipes de trabalho e quadros de funcionários adequados.**
	29	**Garantir o atendimento básico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) através de equipes completas.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O acompanhamento constante das vacâncias (aposentadorias, exonerações, demissões e/ou falecimentos) da Secretaria Municipal de Saúde, sendo requisitado a substituição dos profissionais desligados através das convocação de novos profissionais aprovados em Concurso Público, Cadastro Temporário de Médicos e/ou Processo Seletivo Simplificado, através de publicação no Diário Oficial do Município.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não existem objeções financeiras, apenas justificativas técnico-operacionais.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Manutenção e Obras**
PROPOSTA	**30**	**Garantir segurança patrimonial.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Garantir segurança patrimonial faz parte das atribuições da SESDES - Secretaria Especial de Segurança e Defesa Social, no seu art. 10, incisos II a VI. Portanto não é de governabilidade desta Secretaria Municipal de Saúde.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**31**	**Garantir insalubridade para os profissionais da saúde.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A Prefeitura Municipal de Campo Grande através da Secretaria Municipal de Gestão (SEGES) e Secretaria Municipal de Saúde, retomará as discussões a partir do ano de 2022, considerando que a Gratificação de Insalubridade no âmbito desta SESAU/PMCG depende de diversos procedimentos administrativos e etapas prévias complexas conforme requisitos legais a seguir expressos, além da análise quanto à disponibilização financeira/orçamentária as quais somente ao final poderão ou não culminar em um Decreto Regulamentador próprio. A Gerência de Saúde do Servidor informa que está sendo elaborado laudo técnico onde este apontará o grau de risco de exposição dos servidores, e a previsão de conclusão a partir de 2022.		

JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Em análise situação econômica do município de Campo Grande/MS, está em consonância com o Limite de despesas com Pessoal, conforme a Lei 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), e também a força da Lei Complementar nº 173/2020, não há a possibilidade de aumento de despesas.

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**33**	**Implantar o terceiro turno para especialidades médicas no Centro Especializado Municipal (CEM), conveniados e contratados para diminuir o tempo na fila de espera da regulação.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: No CEM a oferta de atendimentos ambulatoriais especializados já ocorre das 06h às 22h de segunda a sexta-feira, as agendas são configuradas conforme capacidade instalada e disponibilidade dos profissionais especialistas. Nos serviços conveniados e contratados, as agendas são configuradas conforme a capacidade instalada e a disponibilidade de horário dos estabelecimentos, sendo a meta quantitativa a principal ferramenta de avaliação da produção desses serviços.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**35**	**Implantar o serviço de psicodiagnóstico e avaliação psicológica na rede própria**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Já é uma oferta de Rede própria a consulta/avaliação psicológica. O psicodiagnóstico é ofertado para pacientes em acompanhamento pela psicologia do CEI – Centro de Especialidades Infantil, conforme conduta profissional do Psicólogo. Alguns testes mais específicos são ofertados pelo CER APAE através de convênio com o município.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**36**	**Incentivar as doações às entidades filantrópicas, devendo conter um plano de ressarcimento ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) através de prestação de serviços de saúde.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Informamos a inviabilidade da proposta no momento, em contribuição desta Gerência de Cooperação Mútua e Contratos Administrativos, de acordo com o limite de nossas competências, temos a informar que não há recursos o suficiente para implantar doações em nosso planejamento. O que a Prefeitura de Campo Grande, esta Secretaria Municipal		

de Saúde realizam anualmente, são formalizações de parcerias diversas, cito a exemplo: Termos de Fomentos, oriundos dos repasses de emendas parlamentares, em que as instituições são definidas através de publicação de Lei denominada como: Plano de Aplicação de Recursos do Fundo de Investimentos Sociais, devendo cumprir os requisitos conforme determina a Lei Federal de n.13.019/2014 e Decreto Municipal de n. 13.022/2016, em que apresentarão projetos de promoção a saúde.
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**37**	**Incluir CEDIP no segmento de serviços com direito à produtividade pagas em Centro Regionais de Saúde (CRS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), visto o serviço especializado infecto oferecido e Riscos à Saúde dos trabalhadores da Enfermagem.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Informamos a inviabilidade da proposta no momento, tendo em vista que não esta inserida no Decreto nº 13.667 de 09 de outubro de 2018, publicado no DIOGRANDE nº 5.375 de 10 de outubro de 2018, que dispõe sobre normas e procedimentos para pagamento de produtividade aos servidores Técnicos a Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiro com Responsabilidade Técnica, dos CAPS III, dos CRS, do SAMU, das UPAS, Hospital da Mulher, conforme o inciso VII do Art. 4º do Decreto nº 8.930, vigorando com a nova redação. Considerando a recente vigência do Decreto nº 13.667, não há previsão para sua revisão.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**38**	**Instituir insalubridade para os profissionais da saúde.**
	39	**Instituir insalubridade para os trabalhadores do SUS de Campo Grande.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A Prefeitura Municipal de Campo Grande através da Secretaria Municipal de Gestão (SEGES) e Secretaria Municipal de Saúde, retomará as discussões a partir do ano de 2022, considerando que a Gratificação de Insalubridade no âmbito desta SESAU/PMCG depende de diversos procedimentos administrativos e etapas prévias complexas conforme requisitos legais a seguir expressos, além da análise quanto à disponibilização financeira/orçamentária as quais somente ao final poderão ou não culminar em um Decreto Regulamentador próprio.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Análise situação econômica do município de Campo Grande/MS, em consonância com o Limite de despesas com Pessoal, conforme a Lei 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), e também a força da Lei Complementar n. 173/2020, não há a possibilidade de aumento de despesas.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**40**	**Inserir o médico veterinário nas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O Médico Veterinário faz parte do rol de profissionais que podem compor uma equipe de NASF/AP, ademais conforme consta no Projeto "Diretrizes para organização e funcionamento das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF/AP)" aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, através da deliberação N. 735/2020/CMS de 09 de setembro de 2020): "A composição será definida conforme diagnóstico situacional do território, considerando critérios técnicos como indicadores/cadastro/levantamento de necessidades de saúde/entre outros pactuados entre unidade de saúde e órgão responsável (Dnasf-AB/CRAB)."O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) passou por restruturação com ampliação dos serviços através da lotação de médicos veterinários em seu quadro atingindo cobertura de 100% do município de Campo Grande – MS, entendemos que o serviço já está contemplado, não havendo necessidade de inserir o médico veterinário nas equipes do NASF.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**41**	**Implantar jornada de trabalho trinta horas semanais para todo o serviço de saúde.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Os profissionais de saúde são admitidos através de Concurso Público e/ou Processo Seletivo para atuação de 40 (quarenta) horas semanais, salvo os cargos com regulamentação especifica, sendo o dimensionamento dos número de profissionais é realizado conforme a carga horária, caso ocorra a regulamentação da jornada de trabalho 30 horas semanais, ocorrerá a necessidade de grande ampliação no número de profissionais para manutenção dos serviços, acarretando aumento expressivo na folha de pagamento.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Devido às limitações financeiras no cenário federal, estadual e municipal, o município de Campo Grande - MS está priorizando ações compatíveis com os recursos disponíveis e não existem linhas de financiamento federais para custear esta ação.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**42**	**Lotar assistentes sociais nas equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Esclarecemos que o Assistente Social faz parte do rol de profissionais que podem compor uma equipe de NASF/AP, ademais conforme consta no Projeto "Diretrizes para organização e funcionamento das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF/AP)" aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, através da deliberação N. 735/2020/CMS de 09 de setembro de 2020): "A composição será definida conforme diagnóstico situacional do território." Todavia é importante destacar que a gestão municipal compreendendo a importância da atuação do assistente social nas unidades de atenção primária, além da equipe mínima sugerida pelo ministério da saúde, e que este enriquece e amplia o fazer de todos, fortalece o conceito ampliado de saúde, potencializa a integralidade e a organização do serviço. Neste sentido decidiu por lotar ao menos 01 profissional assistente social por unidade de saúde, assim o modelo adotado por esta secretaria desde 1999 oportuniza ampliação do acesso aos usuários ao atendimento com assistente social vinculando este há uma unidade de referência. Através do contato com Coordenadoria de Responsabilidade Técnica–CRT sobre a lotação dos assistentes sociais, aguarda realização do concurso público previsto para quadriênio para chamamento destes profissionais.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**43**	**Padronizar o fármaco Risperidona na atenção em saúde mental do município de Campo Grande.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A inclusão do Risperidona na rede pública de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) foi A risperidona é um fármaco derivado de benzisoxazólico e faz parte do grupo de antipsicóticos atípicos. Esse princípio ativo foi desenvolvido pelo laboratório Janssen, em 1994. Lançado então com o nome de Risperidal, trouxe uma fórmula potente e com menos efeitos extrapiramidais. Ou seja, efeitos extrapiramidais são efeitos adversos de um remédio e se caracterizam principalmente por movimentos involuntários. A risperidona é um antipsicótico usado, principalmente, para tratar psicoses como o próprio nome da categoria já sugere. Além disso, os seus efeitos no cérebro podem ser benéficos para o cuidado de outros transtornos, inclusive os sintomas decorrentes do estado mental alterado pelas desordens mentais. O medicamento é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) de cada município, para o tratamento de diversas patologias. Entendemos que a proposta já é atendida, uma vez que já disponibilizamos tal medicação para a maioria das indicações em bula da mesma, psicoses em geral, Transtorno Afetivo Bipolar e Autismos, por meio da Casa da Saúde.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Esta coordenação não possui recurso financeiro previsto para a referida aquisição.		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Relações Institucionais de Saúde**
PROPOSTA	**46**	**Reduzir filas de espera nas cirurgias eletivas e próteses.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A proposta sobre a redução de fila de espera nas cirurgias eletivas é inviável devido aos hospitais que realizam as cirurgias eletivas serem os mesmos que compõe a Rede de Urgência e Emergência, não havendo garantia da disponibilidade de leitos para as cirurgias eletivas, uma vez que podem ser ocupados pelos pacientes da urgência. A falta de materiais de órteses e próteses para as cirurgias eletivas são de responsabilidade dos hospitais, e inviabilizam a redução das filas de espera por serem de alto custo e de grande demanda de utilização. Porém, sobre a proposta da redução da fila de espera em próteses, está sendo contemplada na proposta do Plano 2022-2025 na meta "Ampliar em 2% a oferta em reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência".		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Gestão do Trabalho em Saúde**
PROPOSTA	**47**	**Reduzir fator do IMPCG para exames e consultas (reduzir para cinco por cento) com incorporação para o vencimento até dois salários para exames e condutos.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: Esta proposta não é de governabilidade desta Secretaria de Saúde, sendo de governabilidade no próprio Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica		

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde e Economia em Saúde**
PROPOSTA	**49**	**Regularizar o estoque de psicofármacos na rede municipal de saúde.**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: A competência desta Divisão de Almoxarifado de farmácia é indicar os medicamentos para compras, receber e distribuir. A responsabilidade de aquisição dos medicamentos é da Gerencia de Compras e Licitações e Secretaria de Compras da Prefeitura Municipal de Campo Grande. A responsabilidade desta divisão é fazer as solicitações de acordo com os registros publicados em Diário Oficial. Portanto a proposta é inviável por não ser de competência desta Secretaria.		

JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica

JUSTIFICATIVA DE INVIABILIDADE - Propostas da Audiência Pública Virtual - 2021		
Setor Responsável		**Atenção à Saúde**
PROPOSTA	**50**	**Separar a UBS Nova Bahia do CRS Nova Bahia criando a UBSF Novo Rio Grande do Sul**
JUSTIFICATIVA TÉCNICO - OPERACIONAL: O Bairro Novo Rio Grande do Sul está localizado na região Prosa, entre a USF Nova Bahia e USF Estrela Dalva. A USF Nova Bahia possui (03) três equipes de saúde da família (eSF) com aproximadamente 13.309 pessoas cadastradas, a USF Estrela Dalva possui (04) quatro equipes de saúde da família (eSF) com aproximadamente 14.203 pessoas cadastradas, e USF Mata do Jacinto possui (03) três equipes de saúde da família (eSF) com aproximadamente 10.107 pessoas cadastradas. Conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual considera a importância da territorialização para manutenção do vínculo, do cuidado integral, longitudinal e identificação de risco e vulnerabilidade, com capacidade de cuidados em saúde de até 4.000 pessoas por equipe de saúde da família. Considerando esta prerrogativa as unidades acima mencionadas possuem capacidade de cobertura desta população sendo responsáveis por realizar /garantir o acesso de primeiro contato ao cuidado na atenção primária dos cidadãos residentes no bairro Novo Rio Grande do Sul. Considerando a portaria nº 397 de 16/03/2020 do Programa Saúde na Hora que permite a ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde, otimizando a utilização da estrutura física, pois possibilita a habilitação demais equipes de saúde da família no mesmo local. Ademais destacamos que consta projeto de reforma para o complexo Nova Bahia abrangendo CRS, USF e CEO prevendo adequações que confiram a identidade dos serviços, infraestrutura adequada através de delimitações claras e funcionais em suas estruturas promovendo fluxo de assistência bem definido para o pleno funcionamento dos serviços de saúde alocados neste prédio. Desta maneira, esta coordenação entende que não há justificativa técnica para construção de uma nova unidade de saúde para atendimento a esta população pois a mesma encontra-se bem amparada conforme as portarias e normativas ministeriais. Salienta-se ainda que está previsto a transferência do CEO para prédio que será construído no terreno da USF Mata do Jacinto.		
JUSTIFICATIVA ECONOMICO – FINANCEIRO: Não se aplica.		

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. De acordo com a **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, 28 DE SETEMBRO DE 2017**, na elaboração do Plano de Saúde deve ser definido o processo de monitoramento e avaliação deste.

No âmbito da racionalização dos processos de gestão, o monitoramento e avaliação vem se destacando principalmente a partir dos anos 1990, promovendo um processo de reforma do Estado, associado aos critérios, além de destinar recursos para a implementação de políticas e programas, planos e ações que possam garantir o acompanhamento ao longo de sua implementação e a avaliação de seus resultados.

O monitoramento representa o rol de esforços para o acompanhamento sistemático a respeito de algum dos aspectos de uma determinada intervenção enquanto a avaliação corresponde ao exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada intervenção.

O **monitoramento** do SUS é o acompanhamento dos compromissos (objetivos, metas, ações e indicadores), explicitados nos Instrumentos Básicos do Planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão) e nos pactos firmados entre os entes federativos.

A **avaliação** do Plano tem importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão, da resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população e para a implementação e consolidação do Sistema de Planejamento do SUS.

A **avaliação** possui três objetivos primários, quais sejam: (a) julgar os resultados produzidos por uma ação, programa ou política; (b) contribuir para o seu desenvolvimento e (c) apoiar a construção de conhecimento a respeito do fenômeno avaliado. No caso do Plano, a avaliação acontece no final da sua vigência, assim como no monitoramento (anual), deverá guardar estreita relação com as diretrizes, objetivos e metas definidas quando da sua elaboração.

A partir dessa ideia, o monitoramento e a avaliação apresentam fortes elementos de complementariedade, na medida em que as atividades relacionadas com o processo de monitoramento podem contribuir, sobremaneira, para a produção de informações que ancorem a realização de processos avaliativos. E, podem contribuir para a alimentação de certa dinamicidade e alcance das metas, sendo capaz de confrontar o instituído e apresentar alternativas, ajustes a novas situações, compreensões da realidade e demandas.

Embora o Plano de Saúde, seja um instrumento com vigência de 4 anos, elaborado no 1º ano de uma gestão para início de vigência no 2º ano desta, deve ser monitorado anualmente, através do desempenho das suas metas, sendo qualificadas a partir dos indicadores que facilitam o seu monitoramento.

Desta forma o monitoramento mostra-se como importante estratégia no processo de avaliação, com registros sistemáticos (anuais), com relação ao alcance das metas propostas, podendo indicar mudanças de rumo, com inclusão de novas ações, nas Programações Anuais de Saúde.

Neste, sentido reforça-se o Relatório de Gestão como principal ferramenta de acompanhamento da gestão na saúde, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde, tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, cabendo assim, revisá-lo anualmente.

Sendo assim, o monitoramento é um requisito imprescindível para que o exercício da avaliação possa ser um instrumento que subsidia a gestão com informações simples e em quantidade adequada para a tomada de decisão e com periodicidade que permita reação no desempenho do Plano dentro de um ciclo de execução.

Desta forma, o monitoramento e a avaliação são práticas importantes na busca de melhorias da qualidade das ações e serviços de saúde, devendo retroalimentar o planejamento com informações que permitam os ajustes estratégicos necessários fundamentando a tomada de decisão.

Busca-se então, essencialmente, induzir a adoção do monitoramento e avaliação como procedimentos de rotina, habituais e cotidianos na rede, com resultados que contribuam e repercutam em termos de melhoria e aperfeiçoamento da própria gestão, assim como das ações e serviços prestados à população.

5. INDICADORES PREVINE BRASIL

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada dos serviços de saúde com acesso universal e os indicadores de saúde conseguem mensurar a qualidade dos serviços e a efetividade de suas intervenções poder de fortalecer a universalidade e de organizar os serviços de saúde.

No Mato Grosso do Sul, a cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) estima-se em 80,31% e com 630 Estratégias de Saúde da Família. Em Campo Grande-MS até dezembro de 2020, a cobertura da Atenção Básica é de 66,97% e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 62,76%.

A pactuação de indicadores reforça as responsabilidades do gestor, em função das necessidades de saúde da população e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde, devendo as metas ser definidas a cada ano. A análise dos indicadores é capaz de auxiliar nas tomadas de decisão e no planejamento estratégico na área da saúde, para que atinjam melhores resultados de saúde

O Programa Previne Brasil que foi instituído pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 estabelecendo um novo financiamento da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da alteração da portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Antes do Previne Brasil ser instituído, o financiamento da Atenção Primária era composto pelos Piso de Atenção Básica Fixo e Variável. O valor fixo *per capita* era com base na população IBGE, ou seja, eram consideradas todas as pessoas do município para calcular o repasse, variando de R$ 23,00 a R$ 28,00.

O novo modelo de financiamento veio para substituir esse modo de cálculo, permitindo a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a efetividade da cobertura da Atenção Primária de Saúde, a qualificação da assistência e o resultado dos indicadores de saúde.

Os três componentes de repasse financeiro federal a municípios e ao Distrito Federal são: capitação ponderada (cadastro de pessoas), incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde) e pagamento por desempenho (indicadores de saúde).

De acordo com a portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 a qual dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil sendo eles:

I- Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;

II- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

III- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

IV- Cobertura de exame citopatológicos;

V- Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;

VI- Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;

VII- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

INDICADOR 1
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação. (%)
CONSIDERAÇÕES
O indicador 1 mensura a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, os seis atendimentos, sendo que a primeira consulta até a 20ª semana gestacional. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento correto em relação a quantidade de gestantes estimadas que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador com finalidade de avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal, incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições vulneráveis da gestante e da criança.

INDICADOR 2
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. (%)
CONSIDERAÇÕES
O indicador 2 mensura a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada e teste rápido realizado. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador com finalidade de avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal, incentivar a realização dos exames de sífilis e HIV visando triar gestantes com essas patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.

INDICADOR 3
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. (%)
CONSIDERAÇÕES
O indicador 3 mensura a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no curso do pré-natal na APS. Compreende o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador com a finalidade de avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal, avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal.

INDICADOR 4
Cobertura de exame citopatológico. (%)
CONSIDERAÇÕES
O indicador 4 mensura a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram 1 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município com a finalidade de avaliar a adequação do acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero, avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero e subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.

INDICADOR 5
Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente. (%)
CONSIDERAÇÕES
O objetivo do indicador 5 é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreviníveis selecionadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, em relação a quantidade de crianças do município com a finalidade de avaliar o acesso às ações de imunização, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização e avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS.

INDICADOR 6
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre. (%)
CONSIDERAÇÕES
O indicador 6 mensura a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada de hipertensos do município com a finalidade de avaliar se a aferição de Pressão Arterial (PA) em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas, ao controle da PA desses usuários, avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS, subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.

INDICADOR 7
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. (%)
CONSIDERAÇÕES
O indicador 7 mensura a proporção de pessoas com Diabetes que são consultadas pelas equipes de APS e possuem exame de hemoglobina glicada solicitado pelo menos uma vez no ano, em relação a quantidade estimada de diabéticos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador e incentivar a medição da hemoglobina glicada pela equipe da APS presumindo uma avaliação sobre o resultado do tratamento para cada pessoa. A finalidade é de avaliar se a solicitação do exame de hemoglobina glicada, pelo menos uma vez ao ano, em pessoas com diabetes está incorporada na rotina de atendimento das equipes, avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com Diabetes na APS e subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.

ANEXOS

312510	Extrema	101.751,77	8.479,31
312710	Frutal	121.451,34	10.120,95
312770	Governador Valadares	150.501,10	12.541,76
312980	Ibirité	109.615,39	9.134,62
313130	Ipatinga	286.317,03	23.859,75
313170	Itabira	103.226,10	8.602,17
313190	Itabirito	59.813,94	4.984,50
313240	Itajubá	125.667,81	10.472,32
313330	Itaobim	64.583,31	5.381,94
313380	Itaúna	52.457,13	4.371,43
313420	Ituiutaba	147.365,99	12.280,50
313510	Janaúba	66.734,98	5.561,25
313620	João Monlevade	87.490,02	7.290,84
313670	Juiz de Fora	838.373,57	69.864,46
313820	Lavras	128.037,84	10.669,82
313940	Manhuaçu	148.232,18	12.352,68
313960	Mantena	50.106,06	4.175,51
314330	Montes Claros	292.179,14	24.348,26
314390	Muriaé	141.915,16	11.826,26
314480	Nova Lima	99.444,47	8.287,04
314610	Ouro Preto	75.141,26	6.261,77
314730	Paraisópolis	94.429,34	7.869,11
314790	Passos	129.525,70	10.793,81
314800	Patos de Minas	215.798,38	17.983,20
314810	Patrocínio	50.618,70	4.218,23
315120	Pirapora	91.247,03	7.603,92
315180	Poços de Caldas	154.666,48	12.888,87
315210	Ponte Nova	114.375,90	9.531,33
315250	Pouso Alegre	151.657,67	12.638,14
315460	Ribeirão das Neves	130.531,70	10.877,64
315670	Sabará	111.846,93	9.320,58
315780	Santa Luzia	109.947,41	9.162,28
315960	Santa Rita do Sapucaí	91.568,88	7.630,74
316070	Santos Dumont	71.705,33	5.975,44
316250	São João Del Rei	121.193,42	10.099,45
316370	São Lourenço	120.521,73	10.043,48
316470	São Sebastião do Paraíso	121.989,27	10.165,77
316720	Sete Lagoas	225.297,89	18.774,82
316860	Teófilo Otoni	167.086,19	13.923,85
316870	Timóteo	104.456,00	8.704,67
316930	Três Corações	113.141,44	9.428,45
316940	Três Pontas	122.441,79	10.203,48
316990	Ubá	58.138,94	4.844,91
317010	Uberaba	329.024,02	27.418,67
317020	Uberlândia	819.128,15	68.260,68
317040	Unaí	101.925,43	8.493,79
317070	Varginha	127.254,84	10.604,57
317120	Vespasiano	131.076,81	10.923,07
317130	Viçosa	107.887,54	8.990,63
Total		16.003.421,00	1.333.618,42

PORTARIA Nº 750, DE 29 DE ABRIL DE 2019

Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 96. .....

.....

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP." (NR)

"Art. 99. .....

.....

§ 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP." (NR)

"Seção II

Do Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP

Art. 435. Esta seção dispõe sobre a instituição do Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS." (NR)

"Art. 436. O DGMP deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para:

I - registro de informações e documentos relativos:

a) ao Plano de Saúde;

b) à Programação Anual de Saúde; e

c) às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores;

II - elaboração de:

a) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA; e

b) Relatório Anual de Gestão - RAG; e

III - envio ao Conselho de Saúde respectivo:

a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT para a Pactuação Interfederativa de Indicadores;

b) do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e

c) do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012." (NR)

"Art. 437. O registro das informações e a inserção de documentos no DGMP não substitui a obrigatoriedade de elaboração e de apresentação desses instrumentos ao conselho de saúde, à Casa Legislativa e a órgãos de controle, quando for o caso." (NR)

"Art. 438. São objetivos do DGMP:

I - o aperfeiçoamento da gestão em saúde;

II - a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde;

III - o aprimoramento do uso dos recursos públicos;

IV - o apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde; e

V - a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde." (NR)

"Art. 439. As informações registradas e os documentos inseridos no DGMP estarão disponíveis para acesso público por meio da plataforma DigiSUS Gestor, após conclusão do procedimento de registro ou de inserção pelos gestores locais e conselhos de saúde.

Parágrafo único. A veracidade das informações registradas e dos documentos inseridos no DGMP é de responsabilidade do gestor local do SUS." (NR)

"Art. 440. O cadastro para acesso ao DGMP será feito por meio do Sistema de Cadastro e Permissões de Acesso - SCPA do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O órgão da Secretaria-Executiva responsável pela articulação e gestão interfederativa será responsável pela gestão do sistema e pelo acompanhamento da manutenção junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS." (NR)

"Art. 441. As estratégias de implementação, divulgação e treinamento para utilização do sistema DGMP serão acordadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, no âmbito nacional, e nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito estadual." (NR)

Art. 2º A partir de 2019, o DGMP substituirá os sistemas SARGSUS e SISPACTO, para fins de inserção de informações de documentos referentes ao ano de 2018 em diante.

§ 1º O SARGSUS, até a sua descontinuidade, será utilizado para envio dos relatórios de gestão e documentos de anos anteriores a 2018 e apreciação pelos conselhos de saúde.

§ 2º A descontinuidade dos sistemas SARGSUS e SISPACTO deverá ser objeto de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 3º Os arquivos gerados e anexados ao SARGSUS e SISPACTO estarão disponíveis para consulta pública na plataforma do DigiSUS Gestor.

Art. 3º Ficam revogados os seguintes dispositivos da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

I - incisos IV a VII do caput do art. 436;

II - parágrafo único do art. 437; e

III - §§ 1º a 6º do art. 438.

Art. 4º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

PORTARIA Nº 755, DE 29 DE ABRIL DE 2019

Suspende a transferência de incentivos financeiros referente à Estratégia Saúde da Família do Município de Nova Canaã (BA).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os esforços do Ministério da Saúde pela transparência nos repasses de recursos para a Atenção Básica;

Considerando o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos Municípios e Distrito Federal; e

Considerando a existência de irregularidades na gestão das ações financiadas por meio do Incentivo Financeiro, Parte Variável do Piso da Atenção Básica (PAB), para a Estratégia Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Fica suspensa, a partir da competência fevereiro/2019, a transferência do incentivo financeiro referente às Equipes de Saúde Bucal do Município de Nova Canaã/BA, em virtude de irregularidades/impropriedades detectadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, especialmente no que tange ao descumprimento da carga horária, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 2º Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, a suspensão, ora formalizada, dar-se-á em 2 (duas) Equipes de Saúde Bucal e perdurará até a adequação das irregularidades por parte do Município, devidamente comprovadas por meio de supervisão técnica por parte da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

PORTARIA Nº 759, DE 30 DE ABRIL DE 2019

Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família, no Município de Carmo da Cachoeira (MG).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os esforços do Ministério da Saúde pela transparência nos repasses de recursos para a Atenção Básica;

Considerando o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, instituída pelo Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos Municípios e Distrito Federal; e

Considerando a existência de irregularidades na gestão das ações financiadas por meio do Incentivo Financeiro, Parte Variável do Piso da Atenção Básica - PAB, para a Estratégia Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Fica suspensa, a partir da competência financeira fevereiro/2019, a transferência do incentivo financeiro referente às Equipes de Saúde da Família do Município de Carmo da Cachoeira - MG, em virtude de irregularidades/impropriedades detectadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, especialmente no que tange ao descumprimento de carga horária, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 2º Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, a suspensão ora formalizada dar-se-á em 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família e perdurará até a adequação das irregularidades por parte do Município, devidamente comprovadas por supervisão técnica da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

Valor/Funcional Programática: **R$ 124.682,80,** em parcela única, por conta da fonte 0120, Funcional Programática: 12.367.2046.4092.0002, Localizador: COVEN 4092, sendo: Custeio: R$ 124.682,80, ND 33504101, item 335041101, Nota de Empenho 2021NE004458 de 17/8/2021.
Vigência: a partir da data da assinatura e término em 31/12/2022.
Assinatura: 3/9/2021.
MARIA CECILIA AMENDOLA DA MOTTA - CPF/MF N. 724.551.958-72
Secretária de Estado de Educação – CONCEDENTE
CÉLIA ORTOLAN DE REZENDE – CPF/MF N. 209.626.819-20
Presidente da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Camapuã – MS –CONVENENTE.

Extrato do Termo de Convênio n. cadastral 30.661.
Processo n: 29/035.408/2021.
Partes: Estado de Mato Grosso do Sul, por intermédio da Secretaria de Estado de Educação – CNPJ/MFN. 02.585.924/0001-22, denominada CONCEDENTE, e a Associação de Educação Especial Marcelo Takahashi de Campo Grande/MS - CNPJ/MF N. 33.741.612/0001-94, denominada CONVENENTE.
Amparo Legal: Decreto Estadual n. 11.261/2003, Lei Federal n. 8.666/1993 e alterações posteriores, Resolução SEFAZ n.2093/2007, Portaria Interministerial n.1/2021, lei Federal n. 9.394/1996, Lei Federal n. 14.113/2007, Decreto Federal n. 10.656/2021 e alterações posteriores, Decreto Federal n. 7.611, de 17 de novembro de 2011.
Objeto: destinar recursos financeiros provenientes do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB, para ações de manutenção e desenvolvimento do ensino na modalidade Educação Especial.
Valor/Funcional Programática: **R$ 109.947,56,** em parcela única, por conta da fonte 0120, Funcional Programática: 12.367.2046.4092.0002, Localizador: COVEN 4092, sendo: Custeio: R$ 109.947,56, ND 33504101, item 34101, Nota de Empenho 2021NE004472 de 19/8/2021.
Vigência: a partir da data da assinatura e término em 30/6/2023.
Assinatura: 8/9/2021.
MARIA CECILIA AMENDOLA DA MOTTA - CPF/MF N. 724.551.958-72
Secretária de Estado de Educação – CONCEDENTE
NERY PINTO RIBEIRO – CPF/MF N. 409.178.437-20
Presidente da Associação de Educação Especial Marcelo Takahashi-Campo Grande–MS– CONVENENTE.

REPUBLICAÇÂO.
Republicar por ter havido incorreção na publicação constante no Diário Oficial n.10.629 de 9 de setembro de 2021, página 15, onde constou Processo n.29/033.308/2021, passe a constar: Processo n. 29/034456/2021.

Secretaria de Estado de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 197/CIB/SES CAMPO GRANDE, 27 DE AGOSTO DE 2021

Aprovar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e considerando as decisões da Comissão Intergestores Bipartite, em reunião ordinária realizada no dia 20 de agosto de 2021;

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a solicitação de prorrogação de prazo que os municípios sul-mato-grossenses regularizem a inserção dos instrumentos de planejamento do SUS Sistema DigiSUS para o dia 30 de setembro de 2021.

Art. 2º Aprovar a pactuação do prazo de entrega ds Planos Municipais de Saúde dos municípios sul-mato-grossenses para dezembro de 2021.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor, na data de sua publicação.

Art. 4º Ficam revogadas as disposições em contrário.

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

ROGÉRIO SANTOS LEITE
Presidente do COSEMS

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa

NOTA TÉCNICA Nº 20/2021-DGIP/SE/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Revogação da Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que trata do processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores.

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

2.1. Em observância ao Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde (MS) e suas Secretarias, em diálogo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), vem desenvolvendo estudos para revisão e consolidação de portarias vigentes das Secretarias do Ministério da Saúde e das resoluções da CIT, com o intuito de aprimorar o marco normativo do Sistema Único de Saúde (SUS). Na análise das resoluções tripartite visando à sua consolidação, foram identificados dispositivos que estavam exauridos, expirados, em desuso e/ou inadequados ao cenário atual, motivos estes que ensejaram sua revogação.

2.2. A Resolução CIT nº 8/2016 estabelecia o "processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde". O rol de indicadores para o quinquênio 2017-2021 foi definido em conformidade com as Diretrizes da 15ª Conferência Nacional de Saúde de 2015, com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, e com base na avaliação pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde.

2.3. No parágrafo único do art. 4º, a Resolução CIT nº 8/2016 asseverava que: "Os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de cada ente". Assim, os indicadores da Pactuação Interfederativa do referido ciclo deveriam ser incorporados aos planos de saúde de estados e municípios após a publicação da resolução. Em função da lógica sequencial do planejamento em saúde, estes indicadores consequentemente estariam refletidos nas programações anuais de saúde e respectivos relatórios de gestão.

2.4. Há que se considerar, ainda, o cenário aportado ao processo de planejamento ascendente do SUS, com a edição das Resoluções CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017 e nº 37, de 22 de março de 2018, que abordam o Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

2.5. A Resolução CIT nº 23/2017 estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI) e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. A fim de preservar o estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o PRI deve ser construído de forma ascendente e deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado, no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado.

2.6. Por sua vez, em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a Resolução CIT nº 37/2018 estabelece que o Plano Regional consiste no produto do processo de PRI e deve expressar:

a) A identificação do espaço regional ampliado;

b) A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;

c) As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;

d) As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;

e) A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;

f) A programação geral das ações e serviços de saúde;

g) A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

2.7. Verifica-se que o conjunto dessas normas trouxe uma nova perspectiva para o processo de pactuação interfederativa de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, assegurando o princípio constitucional de ascendência do processo, como também evidenciando, de forma pragmática, o procedimento e instrumento a ser utilizado pelos gestores do SUS, no caso, dando cumprimento ao uso de instrumento e processo já instituídos na legislação do SUS (Lei nº 8.080/1990 e LC nº 141/2012), em vez de constituir outros instrumentos e processos por dispositivo infralegal.

2.8. Associada a essa questão, o Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, estabeleceu o regramento sobre a revisão e a consolidação dos atos normativos inferiores a decreto, editados por órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, cuja aplicação abrangeu portarias e resoluções, inclusive.

2.9. Entre os regramentos aportados pelo Decreto supra, destaca-se a necessidade de eliminação de ambiguidades existentes entre normas, como também a revogação expressa daquelas já revogadas tacitamente; cujos efeitos tenham se exaurido no tempo; e vigentes, cuja necessidade ou significado não pôde ser identificado. Além da redução de carga administrativa e de custos de transação ocasionados pelo excesso de normas, é preciso destacar que processo de consolidação buscou, também, proporcionar maior segurança jurídica aos gestores na aplicação das normas pactuadas de forma Triparte, as quais são editadas enquanto resoluções dessa Comissão.

2.10. Desse modo, a CIT considerou que, no momento atual, já não era necessário manter a pactuação para além dos instrumentos de planejamento em saúde previstos na legislação, motivo pelo qual decidiu pela revogação da referida resolução, com efeito a partir de 2 de junho de 2021.

3. ORIENTAÇÕES AOS ENTES FEDERATIVOS

3.1. A revogação da Resolução CIT nº 8/2016 não desobriga os entes de registrar no sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) as metas para os indicadores da Pactuação Interfederativa do período de 2018 a 2021, tendo em vista que o prazo legal para a definição de metas para os indicadores era 31 de março de cada ano, data em que a resolução ainda estava em vigor até 2021.

3.2. Os entes são livres para utilizar na elaboração de seus planos para o próximo período indicadores do rol constante do Anexo da Resolução CIT nº 8/2016 ou outros que considerem pertinentes de acordo com as necessidades de saúde da população em seu território de abrangência].

3.3. A regionalização da Saúde constitui-se enquanto processo de pactuação política entre os entes federativos, que decidem solidariamente acerca da utilização da capacidade instalada no território. Assim, na perspectiva da regionalização e da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), recomenda-se que os esforços da gestão concentrem-se no processo de planejamento regional integrado, em que também ocorre a discussão acerca de diretrizes, objetivos, metas e indicadores a serem perseguidos pelo conjunto de municípios, pelos estados e pela União, no âmbito de um espaço territorial ampliado que é a macrorregião de saúde.

3.4. O § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141/2012 assevera que “caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades”. O § 1º do art. 1º da Lei nº 8.142/1990 estabelece que “a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde”. Por sua vez, o § 7º do art. 96 da Portaria de Consolidação nº 1/2017 prevê que “o Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde”. Desse modo, os entes federativos encontram nas diretrizes municipais, estaduais e nacionais estabelecidas no âmbito das conferências de saúde e aprovadas pelos conselhos de saúde subsídios para elaboração de seus planos. Ao incorporar em sua elaboração as diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde e as diretrizes da Conferência Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde também contribui para nortear a elaboração dos planos estaduais e municipais, fortalecendo a coerência entre os instrumentos de planejamento nas diferentes esferas.

4. CONCLUSÃO

4.1. As informações apresentadas nesta nota técnica visam orientar os gestores acerca da Pactuação Interfederativa de Indicadores no contexto de revogação da Resolução CIT nº 8/2016.

4.2. Diante do exposto, reforça-se o papel do plano de saúde como instrumento central da coordenação do sistema de saúde e no qual devem estar expressos as responsabilidades sanitárias e os compromissos da gestão

com as necessidades da população bem como as situações de cooperação com os demais atores que atuam no território para a gestão e o financiamento das ações e serviços de saúde no território

MAURÍCIO BARROS OTTONI

Coordenador-Geral Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS

ALVIMAR BOTEGA

Coordenador-Geral Substituto Coordenação-Geral de Articulação Tripartite

TERESA MARIA PASSARELLA

Coordenadora-Geral Coordenação-Geral de Cooperação à Gestão Interfederativa

De acordo.

REGINALDO RAMOS MACAHDO

Diretor Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa

Documento assinado eletronicamente por **Mauricio Barros Ottoni**, **Coordenador(a)-Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS**, em 29/07/2021, às 18:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Alvimar Botega**, **Coordenador(a)-Geral de Articulação Tripartite substituto(a)**, em 30/07/2021, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Teresa Maria Passarella**, **Coordenador(a)-Geral de Cooperação à Gestão Interfederativa**, em 30/07/2021, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Reginaldo Ramos Machado**, **Diretor(a) do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa**, em 03/08/2021, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0021872904** e o código CRC **3257E00F**.

Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa - DGIP
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

SP	BARRETOS	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000281662201900	2.400.000,00	31340002 22950013 37610018	400.000,00 1.000.000,00 1.000.000,00	1030220152E900035 1030220152E900035 1030220152E903428	2092611 2092611 2092611	400.000,00 1.000.000,00 1.000.000,00
SP	BRAGANCA PAULISTA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BRAGANCA PAULISTA	36000281807201900	150.000,00	28070003	150.000,00	1030220152E900035	6537936	150.000,00
SP	CAIEIRAS	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000281578201900	91.947,00	30370001	91.947,00	1030220152E900035	6853102	91.947,00
SP	CAIEIRAS	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000281582201900	398.053,00	30370001	398.053,00	1030220152E900035	9360913	398.053,00
SP	CAJAMAR	FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE	36000281801201900	1.121.395,00	37730005	1.121.395,00	1030220152E900035	2028190	1.121.395,00
SP	CAMPOS DO JORDAO	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPOS DO JORDAO	36000281505201900	238.998,00	31600003	238.998,00	1030220152E900035	6583954	238.998,00
SP	CONCHAL	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000281560201900	200.000,00	37300008	200.000,00	1030220152E900035	2084430	200.000,00
SP	CUBATAO	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CUBATAO	36000281487201900	150.000,00	36900007	150.000,00	1030220152E903515	6980392	150.000,00
SP	ITU	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000281603201900	200.000,00	10660004	200.000,00	1030220152E900035	6436862	200.000,00
SP	MOGI DAS CRUZES	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE MOGI DAS CRUZES	36000281496201900	2.151.153,00	30370001 31600003	1.951.153,00 200.000,00	1030220152E900035 1030220152E900035	5824990 5824990	1.951.153,00 200.000,00
SP	PIRACICABA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000281503201900	220.000,00	31600003	220.000,00	1030220152E900035	2057476	220.000,00
SP	PRAIA GRANDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DA ESTANCIA BALNEARIA DE PRAIA GRANDE	36000281611201900	100.000,00	36900014	100.000,00	1030220152E903825	3326888	100.000,00
SP	SANTOS	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SANTOS	36000281924201900	120.000,00	36900008	120.000,00	1030220152E903908	5676959	120.000,00
SP	SAO JOSE DO RIO PRETO	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	36000282054201900	300.000,00	22950013	300.000,00	1030220152E900035	2705648	300.000,00
SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO JOSE DOS CAMPOS	36000281714201900	100.000,00	15680020	100.000,00	1030220152E903923	0009601	100.000,00
SP	SAO SEBASTIAO	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO SEBASTIAO	36000281500201900	350.000,00	37160016	350.000,00	1030220152E903932	2765934	350.000,00
SP	SUZANO	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SUZANO	36000281869201900	20.884,00	37170005	20.884,00	1030220152E900035	5702844	20.884,00
SP	TATUI	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	36000281522201900	150.000,00	10660004	150.000,00	1030220152E900035	2042657	150.000,00
TOTAL			230 PROPOSTAS	74.502.939,00					

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019

Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando o disposto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização;

Considerando a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde a fim de garantir a universalidade do SUS;

Considerando a necessidade de implantação de ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas e espacial, entre outras;

Considerando o reconhecimento da Estratégia Saúde da Família como orientadora da Atenção Primária à Saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde no país;

Considerando a importância da territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços da Atenção Primária à Saúde e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida;

Considerando a necessidade de ampliação da capacidade instalada e abrangência da oferta dos serviços da Atenção Primária à Saúde com atuação de equipes multiprofissionais;

Considerando os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, que são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural;

Considerando a necessidade da valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde para o alcance de resultados em saúde; e

Considerando a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio referente à Atenção Primária à Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde - APS no âmbito do Sistema Única de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Art. 2º O Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, "Do Custeio da Atenção Básica", passa a vigorar com as seguintes alterações:

"TÍTULO II DO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"

Seção I

Do Custeio da Atenção Primária à Saúde

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

I - capitação ponderada;

II - pagamento por desempenho; e

III - incentivo para ações estratégicas.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Seção II

Da Capitação Ponderada

Art. 10. O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);

II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;

III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e

IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Parágrafo único. O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Art. 11. Para fins de repasse do incentivo financeiro será considerada a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal.

§1º O limite de cadastro por município ou Distrito Federal corresponde ao resultado da multiplicação do número de suas eSF e eAP, credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe estabelecido no Anexo XCIX, não podendo ultrapassar a população total definida pelo IBGE.

§ 2º No caso em que o limite de cadastro por município ou Distrito Federal seja ultrapassado, serão priorizadas no cálculo para definição do incentivo financeiro, as pessoas cadastradas que atendem aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico.

§ 3º No caso de municípios ou Distrito Federal com população total definida pelo IBGE inferior a quantidade potencial de pessoas cadastradas por equipe conforme definido no Anexo XCIX, e que possua 1 (uma) eSF credenciada e cadastrada no SCNES, o município ou Distrito Federal fará jus:

I - ao recebimento do valor correspondente ao quantitativo de pessoas cadastradas, aplicado os critérios previstos nesta Seção; e

II - ao recebimento do valor relativo à diferença entre o quantitativo potencial de pessoas cadastradas estabelecido no Anexo XCIX e o quantitativo de pessoas cadastradas de que trata o inciso I, atribuído à diferença somente o peso do critério classificação geográfica.

§ 4º O incentivo financeiro de que trata o inciso II do § 3º será transferido apenas ao município ou Distrito Federal que cadastrar a totalidade da população definida pelo IBGE.

Art. 12. O valor do incentivo financeiro da capitação ponderada será transferido mensalmente e recalculado simultaneamente para todos os municípios ou Distrito Federal a cada 4 (quatro) competências financeiras, observado o disposto no parágrafo único do art. 10.

Art. 12-A. O peso por pessoa cadastrada de que trata o parágrafo único do art. 10 corresponde a:

I - 1,3 (um inteiro e três décimos) para as pessoas que atendam aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico;

II - 1 (um inteiro) para as pessoas que não se enquadrem o inciso I do caput; e

III - 1 (um inteiro), 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos) ou 2 (dois inteiros), de acordo com a classificação geográfica do município ou Distrito Federal, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE nos termos do §4º deste artigo.

§1º O critério de vulnerabilidade socioeconômica contempla pessoas cadastradas beneficiárias:

I - do Programa Bolsa Família (PBF);

II - do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou

III - de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos.

§2º O critério de perfil demográfico por faixa etária contempla pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.

§3º Nos casos em que a pessoa cadastrada se enquadrar tanto na vulnerabilidade socioeconômica quanto no perfil demográfico, o peso de 1,3 (um inteiro e três décimos) será aplicado uma única vez.

§4º O critério de classificação geográfica será estabelecido por município ou Distrito Federal, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE:

I - município urbano: peso 1 (um);

II - município intermediário adjacente: peso 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos);

III - município rural adjacente: peso 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos);

IV - município intermediário remoto: peso 2 (dois); e

V - município rural remoto: peso 2 (dois).

§ 5º A pontuação do município ou Distrito Federal para definição do cálculo de repasse será obtida pela multiplicação dos pesos estabelecido nos incisos I e II do caput pelos pesos previstos no §4º e pelo quantitativo da população cadastrada, observado o limite estabelecido no art. 11.

§6º O valor total a ser repassado por município ou Distrito Federal será a multiplicação da pontuação estabelecida no §5º pelo valor per capita definido em ato do Ministério da Saúde.

Art. 12-B. A transferência do incentivo financeiro de custeio referente à capitação ponderada está condicionada:

I - ao credenciamento das eSF e eAP pelo Ministério da Saúde;

II - ao cadastro das eSF e eAP no SCNES pela gestão municipal ou Distrito Federal; e

III - à ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência conforme disposto na PNAB (Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação 2).

Parágrafo único. No caso de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a um novo credenciamento, o incentivo financeiro da capitação ponderada será transferido ao município ou Distrito Federal mensalmente até o 2º (segundo) recálculo subsequente de que trata o art. 12, observado o limite estabelecido no art. 11, considerando:

I - a quantidade potencial de pessoas cadastradas por equipe conforme o Anexo XCIX; e

II - o critério de classificação geográfica.

Seção III

Do Pagamento por Desempenho

Art. 12-C. O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.

§1º O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe.

§ 2º O incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponde ao somatório dos resultados obtidos por equipe, nos termos do § 1º.

Art. 12-D. Para o pagamento por desempenho deverão ser observadas as seguintes categorias de indicadores:

I - processo e resultados intermediários das equipes;

II - resultados em saúde; e

III - globais de APS.

Parágrafo único. Os indicadores de que trata o caput deverão considerar ainda a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade.

Art. 12-E. O valor do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será transferido mensalmente e recalculado simultaneamente para todos os municípios ou Distrito Federal a cada 4 (quatro) competências financeiras.

Parágrafo único. No caso de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a um novo credenciamento, o incentivo financeiro do pagamento por desempenho será transferido ao município ou Distrito Federal mensalmente até o 2º (segundo) recálculo subsequente de que trata o caput, considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por eSF e eAP.

Art. 12-F. Ato do Ministro de Estado da Saúde definirá os indicadores e as metas para o pagamento por desempenho, após pactuação na CIT.

§ 1º Cabe ao Ministério da Saúde a realização do cálculo dos indicadores para a transferência do incentivo de pagamento por desempenho.

§ 2º A especificação técnica dos indicadores será definida em ficha de qualificação a ser disponibilizada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Seção IV

Incentivo para Ações Estratégicas

Art. 12-G. O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar:

I - as especificidades e prioridades em saúde;

II - os aspectos estruturais das equipes; e

III - a produção em ações estratégicas em saúde.

Art. 12-H. O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

I - Programa Saúde na Hora;

II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);

III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);

VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);

VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);

VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);

IX - Microscopista;

X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);

XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;

XII - Programa Saúde na Escola (PSE);

XIII - Programa Academia da Saúde;

XIV- Programas de apoio à informatização da APS;

XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;

XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e

XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Parágrafo único. As transferências financeiras observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias.

Seção V

Da Suspensão da Transferência dos Incentivos Financeiros

Art. 12-I. No caso de irregularidades, o incentivo financeiro da capitação ponderada será suspenso, de acordo com o disposto na PNAB.

§1º A suspensão de que trata o caput será aplicada proporcionalmente de acordo com a irregularidade praticada por cada eSF e eAP.

§2º Para fins de suspensão de que trata este artigo, não será considerada a ausência de envio de informação sobre a produção por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica, que será monitorada por meio do cumprimento das metas do pagamento de desempenho.

§3º A suspensão de que trata o caput será equivalente a:

I - 25% (vinte e cinco por cento) por eSF para os casos de ausência do profissional auxiliar ou técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias;

II - 50% (cinquenta por cento) por eSF e eAP para os casos de ausência do profissional médico ou enfermeiro na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias; e

III - 100% (cem por cento) por eSF e eAP para os casos:

a. de ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro na eSF por um período superior a 60 (sessenta) dias; ou

b. de ausência total de eSF ou eAP; ou

c. em que haja verificação de dano ao erário.

§ 4º A suspensão que trata o caput será mantida até a adequação das irregularidades identificadas, na forma estabelecida na PNAB e em normativos específicos.

Art. 12-J. O incentivo para ações estratégicas adotará as regras de suspensão estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e em normativas específicas.

Art. 12-K. Nos casos de irregularidade em que haja verificação de ocorrência de fraude ou informação irregular de cumprimento de metas e indicadores, haverá suspensão de 100% (cem por cento) da transferência de pagamento por desempenho por equipe.

Art. 12-L. O início da suspensão da transferência dos recursos de incentivo financeiro se dará mediante Portaria do Ministro de Estado da Saúde.

§1º A suspensão permanecerá até a adequação das irregularidades identificadas e não acarretará transferência retroativa.

§2º Comprovada a inexistência de irregularidade pelo Estado, município ou Distrito Federal o pagamento retroagirá à data do início da suspensão.

Seção VI

Disposições Finais

Art. 12-M. O Ministério da Saúde dará ampla divulgação dos valores dos incentivos transferidos aos municípios ou Distrito Federal.

Art. 12-N. A aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao financiamento de que tratam os art. 9º ao art. 12-L do Título II desta Portaria devem ser destinados, de forma autônoma, a ações e serviços da APS, de acordo com o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde.

Parágrafo único. A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios referente as ações e serviços públicos de saúde da APS deverá ser realizada por meio do Relatório de Gestão da respectiva unidade da federação, conforme disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e as demais normas aplicáveis.

Art. 12-O. Os recursos orçamentários, de que tratam os art. 9º ao art. 12-L do Título II desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar as Funcionais Programáticas 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde, 10.301.5019.217U - Apoio a Manutenção dos Polos de Academia da Saúde, mediante disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidos nesta Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamento instruídos." (NR)

Art. 3º A transição para o modelo de financiamento de custeio da APS do SUS de que trata essa Portaria será definida pelos seguintes grupos:

I - municípios que apresentarem manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS desta Portaria; e

II - municípios que apresentarem decréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS desta Portaria.

§1º A classificação desses grupos será efetivada a partir da comparação entre os valores que o município ou Distrito Federal fez jus nas 12 (doze) competências financeiras do ano de 2019 e o resultado da aplicação das regras de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas.

§2º Para fins do disposto na parte final do § 1º:

I - a aplicação da capitação ponderada considera o quantitativo de pessoas potencialmente cadastradas, conforme o Anexo XCIX da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, aplicando os pesos estabelecidos para os critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico por faixa etária, e de classificação geográfica;

II - o pagamento por desempenho considera o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do município ou Distrito Federal;

III - incentivos para ações estratégicas considera:

a. ações e programas já credenciados e custeados pelo Ministério da Saúde;

b. atualização do piso salarial do agente comunitário de saúde, nos termos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006;

c. equipes informatizadas na data de publicação desta Portaria;

d. potencial adesão ao incentivo de custeio para os municípios ou Distrito Federal com residência médica e multiprofissional; e

e. potencial implantação das adesões ao Programa Saúde na Hora homologadas.

§ 3º A metodologia de cálculo de que trata este artigo será publicada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Art. 4º São etapas de transição do ano de 2020 para o grupo de municípios previsto no inciso I do art. 3º:

I - capitação ponderada - o equivalente a 100% (cem por cento) do incentivo financeiro da capitação ponderada que os municípios ou Distrito Federal fariam jus caso atendessem a todos os requisitos, nas 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2020;

II - pagamento por desempenho - o equivalente ao valor definido pela Portaria nº 874/GM/MS, de 10 de maio de 2019, nas 8 (oito) primeiras competências financeiras do ano de 2020;

III - incentivo para ações estratégicas - o incentivo financeiro equivalente aos parâmetros das portarias vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das estratégias e programas, a partir da 1º (primeira) competência financeira do ano de 2020; e

IV - incentivo financeiro per capita de transição - incentivo fixo com base na população municipal ou do Distrito Federal transferido por 12 (doze) competências financeiras do ano de 2020, calculado da seguinte forma: valor per capita fixo anual de R$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) multiplicado pela estimativa da população dos municípios ou do Distrito Federal, estabelecida em publicação de portaria específica do Ministério da Saúde, de acordo com os dados populacionais divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

Parágrafo único. Para cálculo do 100% (cem por cento) da capitação ponderada por município ou Distrito Federal são utilizados parâmetros proporcionais à população que atende aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico por faixa etária por município ou Distrito Federal.

Art. 5º A transição para os municípios previstos no inciso II do art. 3º será a manutenção, durante 12 (doze) competências financeiras do ano de 2020, da transferência do maior valor dentre as competências financeiras do ano de 2019 do Piso de Atenção Básica, com exceção dos valores referentes às ações, programas e estratégias do incentivo para ações estratégicas.

§1º No caso de irregularidades, o valor do caput será suspenso proporcionalmente ao número de eSF e eAP cadastradas e credenciadas, considerada a competência utilizada para o cálculo de que trata este artigo, da seguinte forma:

I - 25% (vinte e cinco por cento) por eSF para os casos de ausência do profissional auxiliar ou técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias;

II - 50% (cinquenta por cento) por eSF e eAP para os casos de ausência do profissional médico ou enfermeiro na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias; e

III - 100% (cem por cento) por eSF e eAP para os casos:

a. de ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro na eSF por um período superior a 60 (sessenta) dias;

b. de ausência total de eSF ou eAP ; ou

c. em que haja verificação de dano ao erário.

§ 2º A lista de municípios e o valor da transferência de que trata o caput serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

§ 3º Os municípios de que trata este artigo poderão a qualquer tempo optar por seguir as regras de custeio da APS previstas nesta Portaria.

Art. 6º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, passa a vigorar acrescida do Anexo XCIX, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor em 1º de janeiro de 2020.

Art. 8º Ficam revogados:

I - da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

a. a Seção II, Seção III, Seção IV, Seção VI, Seção VII, Seção XIII do Capítulo I do Título II; e

b. Seção II, Seção X do Capítulo II do Título II, que trata Do Custeio da Atenção Básica;

II - Portaria nº 3.947/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017;

III - Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013;

IV - Portaria nº 1.798/SE/MS, de 11 de julho de 2019; e

V - da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Seção I, Seção II, Anexo 2 e Anexo 3 do Capítulo II do Anexo XXII.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

ANEXO

DA METODOLOGIA DE CÁLCULO DA CAPITAÇÃO PONDERADA
(Anexo XCIX à Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017)
Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe - de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE)

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I -20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade II - 30 h
1 - Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2- Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Rural Adjacente			
4 - Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 - Rural Remoto			

Fórmula para cálculo da pontuação do município ou Distrito Federal para definição do valor total da capitação ponderada, conforme definido no § 5º do art. 12 A.
Pontuação do município ou Distrito Federal = [(população cadastrada que se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica ou no perfil demográfico X 1,3) + (população cadastrada que não se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica nem no perfil demográfico X 1]) X peso da classificação geográfica
Fórmula para cálculo do valor total da capitação ponderada a ser repassado por município ou Distrito Federal, conforme definido § 6º do art. 12 A.
Valor total da capitação ponderada = pontuação do município ou Distrito Federal X valor per capita

PORTARIA Nº 2.983, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019

Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a necessidade de apoiar a melhoria da informatização e da qualificação dos dados na Atenção Primária à Saúde dos entes federativos, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS e estabelecido incentivo financeiro federal mensal aos municípios e Distrito Federal que aderirem ao Programa, conforme disposto nos arts. 2º e 3º da presente Portaria.

Art. 2º A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Seção I-A

Do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS

Art. 504-A. Fica instituído o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, com o objetivo de informatizar todas as equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária à Saúde - eAP do País e de qualificar os dados em saúde dos municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os municípios e Distrito Federal que aderirem ao Programa Informatiza APS farão jus ao recebimento de incentivos financeiros de custeio mensal nos termos dos arts. 172-A a 172-D da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017." (NR)

"Art. 504-B. Para fins desta Portaria, considera-se:

I - informatização: uso de sistema de prontuário eletrônico nos ambientes de atendimento direto ao cidadão, devidamente preenchido a cada atendimento e com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde, de acordo com os requisitos definidos nas normas vigentes;

II - sistema de prontuário eletrônico: sistema a ser utilizado em toda a rede de Atenção Primária à Saúde, preferencialmente o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC da estratégia e-SUS APS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, ou outro sistema compatível com o modelo de dados adotado pelo Ministério da Saúde, devendo ser observado, para fins de integração com a base de dados do sistema de informação da Atenção Primária à Saúde, o modelo mais recente do padrão Layout e-SUS APS de Dados de Interface (LEDI) de comunicação entre os sistemas, conforme especificação técnica do sistema e-SUS APS; e

III - prontuário eletrônico: repositório de informações mantidas de forma eletrônica, compreendendo as informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS, ao longo da vida de um indivíduo.

Parágrafo único. O sistema de prontuário eletrônico deve atender aos requisitos definidos pelo Ministério da Saúde, inclusive para fins de interoperabilidade, e possuir as seguintes características principais:

I - registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;
II - prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos;
III - emissão de atestados e outros documentos clínicos;
IV - solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
V - encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; e
VI - acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais." (NR)

"Art. 504-C. Poderão aderir ao Programa Informatiza APS, por meio de sistema a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde, os municípios e o Distrito Federal que possuírem eSF ou eAP informatizadas e cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de acordo com as normas vigentes.

§ 1º Serão consideradas eSF ou eAP informatizadas aquelas que, em pelo menos uma das três competências anteriores à solicitação de adesão ao Programa Informatiza APS, tiverem enviado informações ao Ministério da Saúde provenientes de sistema de prontuário eletrônico.

§ 2º A solicitação de adesão será submetida à análise da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, que avaliará o cumprimento dos requisitos do Programa Informatiza APS e a existência de disponibilidade orçamentária e financeira.

§ 3º Caso deferida a solicitação de adesão, será publicada portaria de homologação da adesão no Diário Oficial da União." (NR)

"Art. 504-D. No âmbito do Programa Informatiza APS, compete:

I - ao Ministério da Saúde:

a) definir os parâmetros mínimos a serem observados no Programa, inclusive quanto ao envio de dados pelos entes federativos ao Ministério da Saúde;

b) realizar a transferência do incentivo financeiro federal previsto nos arts. 172-A a 172-D da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, a partir do recebimento dos dados da Atenção Primária à Saúde provenientes de sistema de prontuário eletrônico;

c) monitorar e avaliar a qualidade dos dados enviados pelos municípios e Distrito Federal ao Ministério da Saúde, consoante previsto no art. 504-E;

d) cooperar tecnicamente com os estados e municípios para qualificação, controle, avaliação e auditoria do Programa Informatiza APS;

e) suspender a transferência dos incentivos nas hipóteses previstas no art. 172-C da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017;

f) cancelar a adesão dos municípios e Distrito Federal nas hipóteses do art. 504-F; e

g) fornecer modelos de editais, contratos e outros documentos para licitação e contratação relativas à informatização;

II - às Secretarias Estaduais de Saúde:

a) apoiar os municípios na melhoria do serviço de informatização no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

b) apoiar os municípios no monitoramento do envio e na qualidade dos dados da Atenção Primária à Saúde encaminhados ao Ministério da Saúde;

c) cooperar tecnicamente com o Ministério da Saúde e os municípios para qualificação, controle, avaliação e auditoria do Programa Informatiza APS; e

d) mapear os municípios com dificuldade na condução de processo licitatório relativo à informatização, preferencialmente por região de saúde, e apoiá-los nesse processo; e

III - às Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal aderentes ao Programa Informatiza APS:

a) implantar e aperfeiçoar sistema de prontuário eletrônico em toda sua rede de Atenção Primária à Saúde, observado o disposto no art. 504-B;

b) enviar regularmente os dados e as informações do sistema de prontuário eletrônico ao Ministério da Saúde, consoante requisitos e parâmetros mínimos do Programa Informatiza APS;

c) quando for utilizado o sistema PEC da estratégia e-SUS APS, enviar ao Ministério da Saúde, pela plataforma de pesquisa de opinião do e-SUS APS, contribuições sobre a utilização do sistema, com o objetivo de auxiliar na sua constante melhoria e desenvolvimento;

d) monitorar a regularidade do envio e a qualidade dos dados da Atenção Primária à Saúde encaminhados ao Ministério da Saúde, com observância dos parâmetros mínimos do Programa Informatiza APS; e

e) realizar os processos licitatórios e as contratações relativas à informatização necessárias para o adequado envio dos dados da Atenção Primária à Saúde ao Ministério da Saúde, bem como fiscalizar as aquisições e os serviços de informatização eventualmente contratados." (NR)

"Art. 504-E. O monitoramento e a avaliação da qualidade dos dados da Atenção Primária à Saúde enviados pelos municípios e Distrito Federal ao Ministério da Saúde serão realizados de acordo com plano de monitoramento do Programa Informatiza APS, que deverá ser informado às Secretarias de Saúde dos municípios e Distrito Federal aderentes e divulgado na internet pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

§ 1º O plano de monitoramento deverá estabelecer anualmente parâmetros mínimos de quantidade e qualidade em relação aos dados da Atenção Primária à Saúde, tendo como referência a eSF ou a eAP, a serem enviados ao Ministério da Saúde pelos municípios e Distrito Federal aderentes.

§ 2º O plano de monitoramento deverá prever prazo para os municípios e Distrito Federal aderentes se adequarem aos novos parâmetros mínimos fixados a cada ano.

§ 3º A não observância dos parâmetros mínimos de que trata este artigo poderá acarretar a suspensão da transferência mensal do incentivo financeiro, nos termos do art. 172-C da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, ou até o cancelamento automático da adesão ao Programa Informatiza APS, nos termos do art. 504-F." (NR)

"Art. 504-F. A adesão dos municípios e Distrito Federal ao Programa Informatiza APS será cancelada automaticamente:

I - na hipótese de não serem enviados os dados da Atenção Primária à Saúde ao Ministério da Saúde, por meio de sistema de prontuário eletrônico, nas seis competências consecutivas a contar da data de publicação da portaria de homologação da adesão; ou

II - após seis competências consecutivas de ocorrência das hipóteses de suspensão da transferência do incentivo mensal previstas no art. 172-C da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017." (NR)

"Art. 504-G. Compete ao Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, caso entenda necessário, dispor sobre normas complementares para a execução do Programa Informatiza APS." (NR)

Art. 3º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Seção X

Do Financiamento do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS

Art. 172-A. Fica definido o incentivo financeiro federal de custeio mensal para os municípios e o Distrito Federal que aderirem ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, de que tratam os arts. 504-A a 504-G da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

§ 1º O incentivo será devido para cada equipe de Saúde da Família - eSF ou equipe de Atenção Primária à Saúde - eAP informatizada devidamente cadastrada no SCNES que tiver enviado adequadamente ao Ministério da Saúde os dados do sistema de prontuário eletrônico nos estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde, consoante os requisitos e parâmetros mínimos do Programa Informatiza APS.

§ 2º Observada a classificação geográfica rural-urbana estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o valor do incentivo para cada eSF de município ou Distrito Federal aderente que observar o disposto no § 1º será de:

I - R$ 1.700,00 (mil e setecentos reais), nos casos de município urbano ou município intermediário adjacente;

II - R$ 2.000,00 (dois mil reais), nos casos de município intermediário remoto ou município rural adjacente; ou

III - R$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais), nos casos de município rural remoto.

§ 3º O valor do incentivo para cada eAP de município ou Distrito Federal aderente que observar o disposto no § 1º será proporcional a:

I - 50% do valor do incentivo definido para a eSF, nos termos do § 2º, quando se tratar de eAP na Modalidade I; ou

II - 75% do valor do incentivo definido para a eSF, nos termos do § 2º, quando se tratar de eAP na Modalidade II." (NR)

"Art. 172-B. O incentivo de que trata o art. 172-A será transferido mensalmente aos municípios e Distrito Federal aderentes ao Programa Informatiza APS, na modalidade fundo a fundo, nos termos da portaria de homologação da adesão, desde que observado o disposto no § 1º do art. 172-A.

§ 1º O município ou Distrito Federal aderente apenas fará jus ao recebimento do incentivo mensal a partir do primeiro envio dos dados da Atenção Primária à Saúde ao Ministério da Saúde após a publicação da portaria de homologação da adesão, observados os requisitos e parâmetros mínimos do Programa Informatiza APS.

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde - FNS adotará as medidas necessárias para as transferências dos recursos relativos ao incentivo previsto neste artigo aos Fundos de Saúde dos municípios e Distrito Federal aderentes, em conformidade com os processos de pagamento instruídos.

§ 3º A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos de que trata este artigo deverá ser realizada por meio do Relatório de Gestão do ente federativo, nos termos das normas aplicáveis." (NR)

"Art. 172-C. O Ministério da Saúde suspenderá a transferência do incentivo mensal de que trata o art. 172-A nos casos de:

I - ausência do envio de dados da Atenção Primária à Saúde, por meio de prontuário eletrônico, por três competências consecutivas;

II - incorreção no cadastro da eSF ou eAP no SCNES;

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família

NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS

ASSUNTO

Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020).

ANÁLISE

Trata-se de nota técnica para apresentação das fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previne Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O presente documento tem por objetivo qualificar os indicadores selecionados para o pagamento por desempenho, conforme previsto na Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, bem como detalhar o método de aferição e avaliação.

Cumpre destacar que monitorar e avaliar o desempenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, primordialmente, das ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária é uma das funções essenciais do Estado. O monitoramento e a avaliação se transformam em ferramentas de transparência a fim de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde. Eles também auxiliam a analisar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando, assim, a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, o monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações buscam:

I - Definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por Município e Distrito Federal;

II - Subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS;

III - Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV - Orientar o processo de pagamento por desempenho no âmbito da gestão municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;

V - Promover a democratização e transparência da gestão da APS e o fortalecimento da participação das pessoas, por meio da publicização de metas e resultados alcançados.

Buscando atender a essas premissas, foi definido um conjunto de indicadores que pudessem ser acompanhados de forma sistemática e cujo acesso às informações possibilitasse a avaliação dos dados agregados por equipe, tendo, portanto, prioritariamente, o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab) como principal fonte de dados. Nesse processo, foram estabelecidos 07 (sete) indicadores, já definidos na Portaria 3.222, de 10 de dezembro de 2019.

A avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no conjunto dos indicadores será consolidada em um Indicador Sintético Final (ISF), que

determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse indicador será aferido a cada 04 (quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se repetirá quadrimestralmente.

As etapas da construção do Indicador Sintético Final – ISF, serão apresentadas neste documento na seguinte ordem:

As etapas da construção do Indicador Sintético Final – ISF, serão apresentadas neste documento na seguinte ordem:

VI - Indicadores de pagamento por desempenho;

VII - Parâmetros, metas e pesos;

VIII - Padronização;

IX - Ponderação;

X - Agregação e formação do ISF;

XI - Fórmula de cálculo do ISF.

Indicadores do pagamento por desempenho para o ano de 2020

Os indicadores definidos para o incentivo de pagamento por desempenho para 2020 atendem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. A escolha dessas áreas considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Os indicadores selecionados atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo.

Diante dos elementos citados, optou-se por indicadores que pudessem ser calculados diretamente por meio dos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Assim, determinados indicadores rotineiramente acompanhados (normalmente tidos como “clássicos”) tiveram suas fórmulas aprimoradas, considerando a possibilidade de verificação de dados individualizados que o Sisab apresenta, e não apenas quantitativos consolidados.

Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e o cálculo do indicador sintético, medido na mesma periodicidade. O valor do incentivo financeiro do Pagamento por Desempenho para os municípios e Distrito Federal será vinculado ao desempenho obtido pelo indicador sintético final e não pelos valores individualizados pelos sete indicadores. Os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento por desempenho 2020 são os seguintes:

- **Indicador 1**: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
- **Indicador 2**: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- **Indicador 3:** Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- **Indicador 4:** Cobertura de exame citopatológico;
- **Indicador 5:** Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
- **Indicador 6:** Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
- **Indicador 7:** Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Quadro 1. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, por período de aferição de medição e a granularidade.

Indicador	Aferição	Medição	Granularidade	Fonte de origem	Fonte de controle

Indicador 1	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC
Indicador 2	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC
Indicador 3	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC
Indicador 4	Quadrimestral	Últimos 36 meses	Município	SISAB	IBGE
Indicador 5	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB+SIPNI	SINASC
Indicador 6	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	PNS+IBGE
Indicador 7	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	PNS+IBGE

Apesar de serem aferidos por município para o pagamento, será apresentado no Sisab uma aferição por equipe de modo a auxiliar o gestor na tomada de decisão. Por se tratar de uma granularidade menor, será calculada uma estimativa do denominador, caso o resultado encontrado seja aquém do esperado, para evitar a subnotificação de registros pelas equipes. Este será mensurado utilizando uma estatística de fonte externa ao Sisab referente ao indicador, com a correção da expectativa de atendimento pela tipologia e população do município, que é apresentada para cada indicador no Quadro 1 acima.

Independentemente dos tipos de sistema, as regras de validação dos dados serão as mesmas para todas as entradas de dados no Sisab. Contudo, alguns indicadores apresentam regras específicas de extração para considerar se o dado compõe ou não o numerador e denominador. Essas e outras questões são sanadas mais adiante, na etapa do método de cálculo.

Parâmetros, metas e pesos

O parâmetro representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador. Os parâmetros descritos revelam o que as literaturas nacional e internacional apontam sobre os processos aferidos nos indicadores.

As metas definidas para os indicadores selecionados representam valores de referência, resultado de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e são consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS no contexto do incentivo de pagamento por desempenho e válidas para o ano de 2020.

Para cada um dos sete indicadores foram atribuídos pesos com valores de 1 ou 2, cuja soma total é igual a 10. A atribuição de pesos diferentes considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de dificuldade no atingimento das metas, que traduzem o esforço da gestão e equipes para realização das ações, programas e estratégias. O Quadro 2 apresenta os valores de parâmetros, metas e pesos para o conjunto dos indicadores.

Nesse sentido, devem ser consideradas as seguintes definições:

- Parâmetro: ponto, a partir do zero, no qual um indicador atinge até 100% do seu valor de referência;
- Peso: fator de multiplicação de cada indicador na composição da nota final;
- Indicador Sintético Final: Indicador síntese do desempenho das equipes que variará de (0) zero a (10) dez, sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros, e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador, definidos em conformidade com o esforço necessário para seu alcance.

Quadro 2. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020, com peso e parâmetro.

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta 2020	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
Saúde da	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1

mulher				
Saúde da criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2
Doenças crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

Pontuação dos indicadores

As notas serão atribuídas individualmente para cada indicador de maneira linear e variando de zero a dez, considerando o resultado obtido entre o menor valor possível (normalmente zero) e a meta atribuída para aquele indicador. Assim, se o resultado de um determinado indicador para aquele município for 30% e a meta for 60%, a nota final para esse indicador será 5,0 (50% da nota máxima possível, já que o resultado foi 50% da meta proposta). Ainda, caso o valor atribuído for maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0. As metas podem ser verificadas no Quadro 2. Adicionalmente, no painel de indicadores exibidos no Sisab, os resultados serão estratificados por faixa apenas para facilitar a visualização por padrão de cores, sem qualquer interferência na atribuição linear da nota.

Ponderação

Uma vez atribuída a nota ao indicador, essa será ponderada conforme o peso descrito no Quadro 2. A multiplicação da nota com o peso resultará na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI).

Indicador Sintético Final

A última etapa consiste na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação é realizada somando as NPI de todos os indicadores e dividindo por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho do município.

Financiamento

O valor do incentivo financeiro do Componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil será calculado para cada município e Distrito Federal multiplicando o resultado do ISF pelo valor máximo do incentivo do Pagamento por Desempenho por equipe e pelo quantitativo de equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) no quadrimestre avaliado.

O valor do referido incentivo será transferido mensalmente, e a apuração dos indicadores será recalculada quadrimestralmente (janeiro-abril, maio-agosto, setembro-dezembro) e simultaneamente para todos os municípios e Distrito Federal. Assim, o pagamento mensal por desempenho de cada quadrimestre estará vinculado ao resultado obtido pelo município e pelo Distrito Federal no quadrimestre anterior.

O valor máximo do incentivo do Pagamento por Desempenho por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Primária será estabelecido em portaria específica do Ministério da Saúde. Haverá suspensão de 100% (cem por cento) da transferência de pagamento por desempenho por equipe nos casos de irregularidade em que haja verificação de ocorrência de fraude ou informação irregular de cumprimento de metas e indicadores.

Além disso, nos casos de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a um novo credenciamento, o incentivo financeiro do pagamento por desempenho será transferido ao município ou Distrito Federal mensalmente até o 2º (segundo) recálculo subsequente considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por eSF e eAP. Somente a partir do 2º recálculo subsequente, essas novas equipes serão consideradas para cálculo do ISF.

Anexo

Fichas de Qualificação dos Indicadores

Apresentam-se, abaixo, as fichas de qualificação dos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, 2020:

Indicador 1	
TÍTULO	**Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação**
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, 6 atendimentos sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 20ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes estimadas do município. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento correto em relação a quantidade de gestantes estimadas que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; Incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=80%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{Nº\,gestantes\ com\ 6\ consultas\ pré-natal, com\ 1ª\ até\ 20\ semanas\ de\ gestação}{\left(\frac{Paramêtro\ de\ Cadastro}{População\ IBGE} \times SINASC\ \ \textbf{ou}\ \ Nº\ gestantes\ identificadas\right)^{1}}$ *[1]O denominador será o que apresentar o maior valor*
MÉTODO DE CÁLCULO	**Numerador:** Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe com pelo menos 6 atendimentos onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente), sendo que a primeira consulta realizada possui uma diferença de no máximo 20 semanas da data da DUM registrada no atendimento. **Denominador:** Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: **1- Estimado:** O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou **2- Informado :** Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção

	populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde há maior necessidade de atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 2	
TÍTULO	**Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV**
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada e teste rápido realizado. Em relação ao total de gestantes estimadas do município. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.
USO (Para que fim?)	Avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar a realização dos exames de sífilis e HIV visando triar gestantes com essas patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=95%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$$\frac{Nº\,gestantes\ com\ sorologia\ avaliada\ ou\ teste\ rápido\ realizado\ para\ HIV\ e\ SIFILIS}{\left(\frac{Paramêtro\ de\ Cadastro}{População\ IBGE} \times SINASC\ \ \textbf{ou}\ \ Nº\ gestantes\ identificadas\right)^{1}}$$ *¹O denominador será o que apresentar o maior valor*
MÉTODO DE CÁLCULO	**Numerador:** Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe que tiveram um atendimento individual Exame avaliado com exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizou o procedimento de teste rápido para Sífilis e avaliou o exame de Sorologia de HIV ou realizou o procedimento de teste rápido para HIV (é aceito a marcação do campo rápido ou o SIGTAP correspondente em ambos os casos) **Denominador:** Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: **1- Estimado** : O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na

	tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou **2- Informado :** Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ter realizado o exame por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 3	
TÍTULO	**Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado**
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no curso do pré-natal na APS. Compreende o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico, em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; Avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{Nº gestantes\ com\ pré-natal\ na\ APS\ e\ atendimento\ odontológico}{\left(\frac{Paramêtro\ de\ Cadastro}{População\ IBGE} \times SINASC\ \ \textbf{ou}\ \ Nº\ gestantes\ identificadas\right)^{1}}$ *[1]O denominador será o que apresentar o maior valor*
MÉTODO DE	**Numerador:** Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas,

CÁLCULO	identificadas e que realizaram uma consulta de pré-natal e um atendimento odontológico individual, ambos na APS. **Denominador:** Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: **1-Estimado :** O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou **2-Informado :** Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ter realizado o exame por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 4	
TÍTULO	**Cobertura de exame citopatológico**
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram 1 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município. Para a mensuração correta da quantidade de mulheres e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando a projeção da população sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
USO (Para que fim?)	Avaliar a adequação do acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero. Expressa a realização de um exame a cada três anos, segundo as Diretrizes Nacionais. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Projeção populacional 2020 – IBGE
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=80%
META	40%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{Nº\ de\ mulheres\ de\ 25\ a\ 64\ anos\ que\ realizaram\ exame\ citopatológico\ nos\ últimos\ 3\ anos}{\left(\frac{Parametro\ de\ Cadastro}{População\ IBGE} \times Projeção\ de\ mulheres\ de\ 25\ a\ 64\ anos\ \ \mathbf{ou}\ \ Nº\ mulheres\ de\ 25\ a\ 64\ anos\ cadastradas\right)^{1}}$ [1] *O denominador será o que apresentar o maior valor*
MÉTODO DE CÁLCULO	**Numerador:** Número de mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe com idade entre 25 a 64 anos no quadrimestre analisado, que realizaram um

	procedimento de Coleta de citopatológico de colo uterino em até 3 anos (podendo ser marcação de campo rápido ou SIGTAP correspondente). **Denominador:** Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: **1- Estimado:** A projeção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos do município estimada pelo IBGE para o ano corrente, corrigido pela população coberta pelas equipes APS do município dividido pela população IBGE, ou **2- Informado** : Quantidade de mulheres com idade entre 25 a 64 anos cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período analisado.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVI-DADE	Cumulativo dentro de 3 anos
LIMITAÇÕES	A cobertura deste indicador se refere à população que faz o exame citopatológico na APS. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de mulheres cadastradas pela equipe/município supera a quantidade projetada de mulheres no ano para o município pelo IBGE é utilizado o número de mulheres cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 5	
TÍTULO	**Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente**
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	O objetivo desse indicador é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreviníveis selecionadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, em relação a quantidade de crianças que o município possui. Para a mensuração correta da quantidade de crianças e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. O número de doses necessárias e os intervalos recomendados entre as doses, para cada tipo de vacina, constam de normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para as vacinas de poliomielite (VIP) e pentavalente a faixa etária utilizada para o cálculo do indicador será menores de 1 ano.
USO	Avaliar o acesso às ações de imunização; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS;
FONTE	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=95%
META	>=95%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$$\frac{Nº\ de\ 3ª\ doses\ aplicadas\ de\ Polio\ e\ Penta\ em\ menores\ de\ 1\ ano}{\left(\frac{Paramêtro\ de\ Cadastro}{População\ IBGE} \times SINASC\ \ \textbf{ou}\ \ Nº\ crianças\ cadastradas\right)^{1}}$$ [1]O denominador será o que apresentar o maior valor

MÉTODO DE CÁLCULO	**Numerador:** Considera-se o menor número de doses aplicadas entre a 3ª doses de pólio ou 3ª dose de pentavalente em menores de 1 ano **Denominador:** Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: **1- Estimado:** O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou **2- Informado:** Quantidade de crianças menores de 1 ano cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	O numerador não traduz a aplicação de ambas as 3ª doses na mesma criança. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de crianças que deveriam ter tomado a vacina por cada município dado os resultados do SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de crianças cadastradas pelo município supera a quantidade estimada de crianças é utilizado o número de crianças cadastradas. O indicador somente será apresentado na granulação município, devido ao formato mensurado pelo SISPNI

Indicador 6	
TÍTULO	**Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre**
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada de hipertensos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
USO	Avaliar se a aferição de PA em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas ao controle da PA desses usuários; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{Nº\ hipertensos\ com\ a\ PA\ aferida\ semestralmente\ nos\ últimos\ 12\ meses}{(Paramêtro\ de\ Cadastro \times \%\ hipertensos\ PNS\ \ \mathbf{ou}\ \ Nº\ hipertensos\ identificados)^{1}}$ *¹O denominador será o que apresentar o maior valor*
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a hipertensão (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente) e teve a realização do

	procedimento de Pressão Arterial (pelo SIGTAP correspondente) uma vez a cada 6 meses dentro de 1 ano. Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: **1- Estimado:** A porcentagem de hipertensos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou **2-Informado:** Quantidade de hipertensos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	A porcentagem de diagnosticados com hipertensão só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimação para a parâmetro de cadastro do município. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de hipertensos cadastrados pela equipe/município supera a quantidade estimada de hipertensos por meio da PNS é utilizado o número de hipertensos cadastrados. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Indicador 7	
TÍTULO	**Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada**
TIPO	Pagamento
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO	Mede a proporção de pessoas com Diabetes que são consultadas pelas equipes de APS e possuem exame de hemoglobina glicada solicitado pelo menos uma vez no ano, em relação a quantidade estimada de diabéticos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. A medição da hemoglobina glicada pela equipe de APS pressupõe uma avaliação sobre o resultado do tratamento para cada pessoa.
USO	Avaliar se a solicitação do exame de hemoglobina glicada, pelo menos uma vez ao ano, em pessoas com diabetes está incorporada na rotina de atendimento das equipes; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com Diabetes na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2020
PARÂMETRO	>=90%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{Nº\ diabéticos\ com\ solicitação\ de\ HbA1c\ nos\ últimos\ 12\ meses}{(Paramêtro\ de\ Cadastro \times \%\ diabéticos\ PNS\ \ \mathbf{ou}\ \ Nº\ diabéticos\ identificados)^{1}}$ *[1]O denominador será o que apresentar o maior valor*
MÉTODO DE CÁLCULO	**Numerador:** Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a diabetes com a solicitação de Hemoglobina Glicada no intervalo de 12 meses (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/SIGTAP correspondente).

	Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: **1- Estimado:** A porcentagem de diabéticos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou **2- Informado:** Quantidade de diabéticos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 12 meses
LIMITAÇÕES	A porcentagem de diagnosticados com diabetes só é apresentada por estado pela PNS, por esse motivo, realiza-se uma estimação para a parâmetro de cadastro do município/tipologia. O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas.
OBSERVAÇÕES	Para fins de financiamento o indicador será calculado por quadrimestre; Quando o número de diabéticos cadastradas pela equipe/município supera a quantidade estimada de diabéticos pela PNS é utilizado o número de diabéticos cadastrados. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.

Documento assinado eletronicamente por **Lucas Alexandre Pedebôs**, **Coordenador(a)-Geral de Informação da Atenção Primária**, em 29/01/2020, às 19:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Otavio Pereira D Avila**, **Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 30/01/2020, às 11:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Erno Harzheim**, **Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 31/01/2020, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013327270** e o código CRC **34BF367A**.

Nota Explicativa CONASEMS: Lei Complementar nº 181, de 06 de maio de 2021.

Há muito o CONASEMS vem se empenhando em viabilizar meios legais que possibilitem aos municípios a execução dos recursos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes nos Fundos Municipais de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde.
Uma das iniciativas foi buscar a necessária autorização legislativa para permitir aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios realizarem a transposição e a transferência destes saldos financeiros visando a utilização destes valores em outras ações da saúde do Município. Esta autorização Legislativa foi alcançada pela publicação da **Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020.**

No entanto, a LC 172 sancionada disciplinou que a transposição e a transferência de saldos financeiros aplicavam-se tão somente durante a vigência do estado de calamidade pública de que tratou o Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, ou seja, **até dia 31 de dezembro de 2020**. Desta forma, para viabilizar a reprogramação dos saldos em 2021 era necessária a alteração do prazo previsto na Lei Complementar nº 172.

Desta forma, a Lei Complementar nº 181, sancionada e publicada em 06 de maio de 2021, promoveu a devida prorrogação da vigência da Lei Complementar 172 para até 31 de dezembro de 2021.

A Lei Complementar nº 181, dispõe sobre a alteração das seguintes normas:

- ⇒ Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, para alterar o prazo de aplicação da transposição e transferência dos saldos financeiros de que trata esta lei;
- ⇒ Lei nº 14.029, de 28 de julho de 2020, para conceder prazo para que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios executem atos de transposição e de transferência e atos de transposição e de reprogramação, respectivamente;
- ⇒ Lei Complementar nº 156, de 28 de dezembro de 2016, para conceder prazo adicional para celebração de aditivos contratuais e permitir mudança de critérios de indexação dos contratos de refinanciamento de dívidas;
- ⇒ Lei Complementar nº 159, 19 de maio de 2017, para permitir o afastamento de vedações durante o Regime de Recuperação Fiscal desde que previsto no Plano de Recuperação Fiscal;
- ⇒ Lei Complementar nº 178, de 13 de janeiro de 2021, para conceder prazo adicional para celebração de contratos e disciplinar a apuração de valores inadimplidos de Estado com Regime de Recuperação Fiscal vigente em 31 de agosto de 2020; e revogar o seu artigo 27.

A LC 181 possui um pauta transversal que disciplina diversas normas em diferentes setores.

Desta forma, esta nota técnica tem objetivo em se dedicar a **alteração da LEI COMPLEMENTAR Nº 172**, que prorrogou até 31 de dezembro de 2021 a autorização para reprogramação dos saldos remanescentes.

MAS O QUE SÃO TRANSPOSIÇÕES E TRANSFERÊNCIAS?

Transposição: É a **realocação de recursos financeiros entre programas de trabalho**, no âmbito do orçamento de um mesmo órgão: a Secretaria Municipal de Saúde. Ou seja, trata-se da possibilidade da utilização do recurso de uma dotação orçamentária, dedicada a um programa em um outro programa desde que previsto no Plano Municipal de Saúde.

Exemplo: Município finalizou em 2017, com recursos próprios do tesouro municipal, a construção de uma Unidade Básica de Saúde, projeto que foi pactuado com o Ministério da Saúde. Cumprido o objeto da pactuação o gestor vai realizar transposição do saldo remanescente para a compra de um equipamento de Raio X.

Transferência: É a **realocação de recursos financeiros entre as categorias econômicas de despesas**, no orçamento de um órgão (Secretaria Municipal de Saúde) e do mesmo programa de trabalho. Esta operação possibilita realocações de recursos entre categorias econômicas (corrente e capital), na mesma categoria programática (Atividade, Projeto ou Operação Especial).

Exemplo: Em função do aumento de casos de dengue, procede-se ao reforço das ações da Vigilância Epidemiológica do Município (categoria corrente) à custa do elemento Material Permanente (categoria de capital), mantendo-se na categoria programática.

TODOS OS MUNICÍPIOS PODEM FAZER, TEM ALGUM REQUISITO?

Todos os municípios que têm saldos financeiros em conta **no dia 31 de dezembro de 2020** podem fazer a reprogramação destes recursos por meio da transposição e transferências. Mas para isso é preciso atender aos seguintes requisitos:

● **Cumprimento dos objetos e dos compromissos previamente estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do SUS, compromissos estes pactuados na CIT e que tem como instrumento de repasse Portarias do Ministério da Saúde .**

● Que os objetos e os compromissos que foram executados constem nos Relatório Anual de Gestão. As metas devem aparecer no RAG como cumpridas demonstrando que o planejado foi executado.

O MUNICÍPIO PREENCHE OS REQUISITOS, ENTÃO O QUE TEM DE SER FEITO?

- Inclusão dos recursos financeiros transpostos e transferidos na Programação Anual de Saúde, lembrando de realizar as alterações necessárias no DigiSUS.

- Inclusão dos recursos financeiros transpostos e transferidos na Lei Orçamentária Anual, com indicação da nova categoria econômica a ser vinculada.

- Ciência ao Conselho Municipal de Saúde.

MAS COMO AGIR EM RELAÇÃO AO ORÇAMENTO DA SAÚDE?

Transposições e transferências são reprogramação por (re)priorização das ações e devem ser registradas no orçamento como movimentação orçamentária.

Importante lembrar que estas movimentações não são créditos adicionais (suplementares, especiais ou extraordinários). A transposição e a transferência são previstas na Constituição Federal de 1988 (art. 167, VI) e estão associadas à realocação de recursos de uma categoria de programação para outra ou à destinação de recursos de um órgão para outro e exige prévia autorização legislativa, já os créditos adicionais foram estabelecidos pela Lei nº 4.320, de 1964 (art. 40 a 46).

Como transposição e transferência não são créditos adicionais, são provenientes de repasses da União e têm na Lei Complementar nº 172/2020 a necessária autorização legislativa não há necessidade desta movimentação orçamentária ser informada, ou ser aprovada pela Câmara Municipal.

Outros pontos importantes que devem ser esclarecidos:

- O **Município não terá de fazer plano de aplicação específico** para execução destes recursos, bastando apenas inserir as ações e a nova origem dos recursos no Plano Municipal de Saúde vigente.

- A transição possibilita que os recursos disponíveis nas contas federais sejam **destinados tanto às despesas correntes (GND3), quanto às despesas de capital (GND4),** bastando apenas fazer a correta alocação orçamentária no Plano Municipal de Saúde e na Lei Orçamentária Anual do Município.

- Quanto aos valores financeiros não se deve transferir os recursos para as contas dos **Blocos de Manutenção (CUSTEIO) e Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)** que são atualmente utilizadas pelo Ministério da Saúde para o repasse dos recursos federais. As **modificações são apenas orçamentárias e os valores serão executados a partir das respectivas contas**. Vale lembrar que em decorrência do Termo de Ajuste de Conduta, assinado entre os Agentes Financeiros - Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal e o Ministério Público Federal, o Município está impedido de transferir os recursos disponíveis nas contas financeiras abertas pelo Fundo Nacional de Saúde.

- De forma alguma é autorizado abrir subcontas bancárias de recursos federais. Todos os recursos devem ser executados na conta que originou o repasse aberta pelo Fundo Nacional de Saúde.

E COMO É POSSÍVEL REALIZAR ESTA MODIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA?

Além da inclusão dos recursos financeiros transpostos e transferidos na Programação Anual de Saúde será necessária a modificação na Lei Orçamentária Anual.

As alterações ocorrem da mesma forma de outras movimentações orçamentária: **deve se reduzir a dotação orçamentária de origem dos recursos a serem disponibilizados e suplementar a dotação orçamentária do destino no mesmo valor**.

POSSO UTILIZAR OS SALDOS PARA O ENFRENTAMENTO DO COVID19?

Sim, o Município poderá promover a mudança no orçamento e direcionar os saldos para ações e serviços dedicados ao enfrentamento do COVID19.

É recomendável que os recursos direcionados a pandemia sejam mantidos para as medidas de enfrentamento e mitigação dos efeitos gerados pela pandemia.

Verifique no Portal do CONASEMS todas as notas elaboradas pelo CONASEMS dedicadas a execução dos recursos COVID.

MAS SE AS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIA RELATIVAS AO SALDOS SE PERDERAM NOS ORÇAMENTOS DOS ÚLTIMOS ANOS E NÃO CONSTAM NO ORÇAMENTO DE 2021?

Esta é uma situação que não deveria acontecer, mas neste caso sugerimos que a movimentação orçamentária ocorra da seguinte forma:

- Realizando a suplementação das dotações orçamentária do programa que irá receber os recursos deve-se registrar a informando se tratar de transposição e/ou transferência realizadas com fundamentação na autorização legislativa estabelecida pela LC 172/2020, e que os valores de suplementação são provenientes de saldos financeiros de anos anteriores. Além do valor, é importante informar qual Portaria do Ministério da Saúde deu origem ao recurso, bem como o banco, agências e contas corrente dos recursos.

- Informar formalmente o Conselho Municipal de Saúde das movimentações orçamentárias ocorridas.

- Informar formalmente a Câmara dos Vereadores das movimentações orçamentárias ocorridas.

ATÉ QUANDO ESTAS MOVIMENTAÇÕES DE RECURSOS SERÃO POSSÍVEIS?

Conforme disciplina a LC 172/2020 a transposição e a transferência de saldos financeiros remanescentes **aferidos em 31/12/2020** poderão ser reprogramados **até dia 31 de dezembro de 2021**.

Daí a importância da atual gestão municipal de saúde ter agilidade na modificação orçamentária**. Afinal, trata-se de uma janela de oportunidade, já que todas as modificações realizadas até dia 31 de dezembro de 2021 serão mantidas nos orçamentos dos próximos anos.**

MAS COM O QUE É POSSÍVEL EXECUTAR ESTES RECURSO?

Com todas as ações e serviços públicos de saúde previstos no Plano Municipal de Saúde assim como as ações e serviços constantes nos respectivos planos de contingência municipais ou regionais para o enfrentamento do COVI19.

Importante alertar que, **mesmo no âmbito do covid19**, a LC 172/2020 disciplina que as novas destinações dos saldos são exclusivamente para a realização de ações e serviços públicos de saúde, conforme critérios disciplinados pelos arts. 2º e 3º da Lei Complementar nº 141/2012:

- Sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;
- Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde; e
- A realização de despesas para a prestação de ações e serviços de saúde que envolvam ações de:

1. Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
2. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
3. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
4. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
5. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
6. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas em lei;
7. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
8. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
9. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
10. Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
11. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
12. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

CONASEMS
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

SALDOS DE EMENDAS PARLAMENTARES PODEM SER TRANSPOSTOS/ TRANSFERIDOS?

Transposições e transferências são mecanismos estabelecidos pelo art. 167 da Constituição Federal que permitem a movimentação de recursos orçamentários de uma categoria de programação para outra. Para que seja possível realizar a transposição e a transferência é necessária uma prévia autorização legislativa, a qual foi dada pela LC 172/2020.

Considerando:

- Que os objetos das emendas tenham sido cumpridos conforme o que foi estabelecido nos Instrumentos de Planejamento do SUS (PMS e PAS);
- Que o saldo é residual;
- Que a transposição e transferências são mecanismos constitucionais que liberam todas as amarras das dotações orçamentárias anteriores; e
- Que a LC 172/2020 é a necessária autorização legislativa para realizar transposições e transferências.

Entende-se que os recursos residuais provenientes de Emendas Parlamentares podem ser utilizados livremente, inclusive para o pagamento de pessoal ou encargos sociais.

ONDE É POSSÍVEL SABER SOBRE AS CONTAS E OS VALORES DOS SALDOS?

- **Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil**
  O gestor poderá consultar os agentes financeiros de posse do CNPJ do respectivo Fundo Municipal de Saúde para verificar as contas abertas e os respectivos saldos.

- **Acesse o link "PAINEL DE APOIO À GESTÃO" na Pagina do CONASEMS**

  Na aba principal acesse "SALDOS EM CONTAS"
  Selecione o Município - Verifique origem, bancos, agências, contas corrente e valores.

- **Acesse a página do Fundo Nacional de Saúde**
  Na aba "Painel de Saldos de Repasses"
  Selecionar "ESTADO" e "MUNICÍPIO"
  Na listagem existe a possibilidade de saber mais sobre cada um dos repasses.

FIQUEM ATENTOS

- Todos os saldos financeiros das contas de custeio abertas antes do exercício de 2018, na forma dos antigos blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS, Assistência Farmacêutica), estão aptos a reprogramação.

- Os saldos das contas abertas nos **Blocos de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO) e InvestiSUS** para construção/Ampliação de Unidades de Saúde somente poderão ser reprogramados caso a obra tiver concluída.

- Os saldos das contas abertas nos **Blocos de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO) e InvestiSUS** para aquisição de equipamentos somente poderão ser reprogramados se os equipamentos pactuados tiverem sido adquiridos. Vale lembrar que a Resolução CIT 22/2017 autoriza que no caso de frustração do diagnóstico de necessidade que ensejou a definição de um ou mais equipamentos inicialmente aprovados pelo Ministério da Saúde, o ente beneficiário poderá utilizar os recursos disponíveis para aquisição de equipamento ou material permanente mais adequado à necessidade atual.

ACESSE AQUI A LEI COMPLEMENTAR 172/2020

ACESSE AQUI A LEI COMPLEMENTAR 181/2021

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA-GERAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO PARTICIPATIVA-CGEP
GERÊNCIA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS- GPSUS

CARTILHA Nº 002/2021/CGEP/GPSUS

“ Como elaborar metas? ”

Informações Básicas para Atores do Planejamento

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS

Hena Dianna Moreira Lopes da Silva

Allana Gabrielle Ferreira da Silva

Bianca Reis Oruê

Jéssica Priscilla Resende Magalhães

Juliane do Valle Medeiros

Thais de Neves Carvalho

Contribuição técnica PPA

Gerência de Apoio ao Planejamento de Governo

Elaine Cardoso Machado de Oliveira

Daiane de Oliveira dos Santos

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....4
2. METAS.....4
3. SISTEMA DIGISUS GESTOR - MÓDULO PLANEJAMENTO.....8
4. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS).....10
4.1. INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 162
4. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS).....126
5. PRODUÇÃO.....222
6. INDICADORES DA PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 24
7. PLANO PLURIANUAL (PPA).....27

1. INTRODUÇÃO

A elaboração de Metas pelo poder executivo municipal significa, antes de tudo, investir no aperfeiçoamento da administração pública, na sua modernização democrática e na busca pela eficiência e qualidade dos serviços prestados à população.

2. METAS

Metas são expressões quantitativas para alcance de um objetivo. Elas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam o que vai ser feito, para quem vai ser feito e quando vai ser feito. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados (Ortiga, Thiele e Silva, 2010).

As metas são um dos elementos que diferenciam os objetivos de outros elementos de planejamento, que posteriormente podem ser detalhados, como políticas, diretrizes e ações. Se há um objetivo, deve haver uma meta. Dito de outra forma, se há uma situação desejada, há necessidade de se quantificar a representação do alcance da situação desejada (Redorat et al, 2017).

As principais características das metas

- **Ser comprovável –** Identificar os resultados propostos nos objetivos.
- **Ser atingível –** Ser realisticamente formulada e praticável sob circunstâncias razoáveis.
- **Ser valiosa –** Compensar esforços, com benefícios relevantes.
- **Pertencer a todos** – Gerar capacidade de comprometimento pelos envolvidos.
- **Ser aplicável –** Pressupor o conhecimento pelos executantes do que precisam fazer para cumprir a meta.

(Novelli, 2021)

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

Metas devem iniciar com verbo no infinitivo e os verbos utilizados nas metas devem ser quantificáveis, desta maneira selecionamos alguns exemplos para facilitar a elaboração da meta.

Tabela 1. Sugestões de verbos mensuráveis e sua correlação com os instrumentos de Planejamento.

Plano Municipal de Saúde (PMS) e Plano Plurianual (PPA)	Plano Plurianual (PPA)	Programação Anual de Saúde (PAS)
Ampliar	Operacionalizar	Ampliar
Reduzir	Ofertar	Reduzir
Implantar	Monitorar	Implantar
Implementar *	Reformar	Incluir
Instituir	Adequar	Instituir
Qualificar	Construir	Qualificar
Executar	Instalar	Executar
Criar	Disponibilizar	Realizar
Efetivar	Adquirir	Ofertar
Incluir	Fornecer	Capacitar
	Transferir	Habilitar
	Equipar	Certificar
	Transformar	Contratar
		Promover
		Produzir
		Disponibilizar
		Adquirir
		Fornecer
		Revisar
		Firmar
		Atualizar
		Transformar

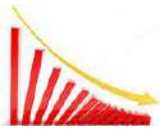
Nota: para o verbo *implementar* para o planejamento adotou-se como padrão que este significa incrementar algo naquilo que já está implantando, ou seja, vem após a implantação.

2.1 TENDÊNCIAS DE METAS



Tendência crescente: tem como objetivo ***ampliar*** os resultados.

Exemplo: Indicador da Pactuação Interfederativa - Razão de exames citopatológicos de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.



Tendência decrescente: tem como objetivo ***reduzir*** os resultados.

Exemplo: Indicador da Pactuação Interfederativa - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.



Sem tendência: tem como objetivo ***estabilizar*** um resultado, ou seja, manter um padrão.

Exemplo: Meta/Iniciativa do Plano Plurianual - Manter a rede de urgências.

2.2 TIPOS DE METAS



2.2.1 Metas numéricas: são metas quantificadas e que exigem o estabelecimento de **Parâmetros**.

O "parâmetro" diz respeito à meta quantificada, ou seja, é ele quem explica como a meta foi estabelecida, a partir de uma "referência".

"Referência" é a linha de base para a quantificação da meta e representa a totalidade (100%). Sendo assim, a referência se constitui como parte do parâmetro.

2.2.2 Metas Demanda*:



São metas que não são quantificadas, pois dependem geralmente da "procura pelo serviço", de encaminhamentos de outros profissionais e/ou necessidades pontuais.

Os resultados de metas tipo "Demanda" também precisam ser avaliados, visto que as análises subsidiam redirecionamentos do planejamento, fazendo jus à gestão dos resultados.

Nota: Cabe lembrar que para o planejamento a manutenção, ao longo do tempo, de Metas **Tipo Demanda** não são interessantes, pois podem e devem ser substituídas por metas numéricas após avaliadas as séries históricas.

3. SISTEMA DIGISUS GESTOR – MÓDULO PLANEJAMENTO

LEGISLAÇÃO

- **NOTA INFORMATIVA Nº 2/2018-CGAIG/DAI/SE/MS** de **21 de dezembro de 2018**: a partir de Janeiro de 2019, estará disponível o Sistema DigiSUS Gestor _ Módulo Planejamento _ DGMP, para registro de informações relativas aos instrumentos de planejamento em saúde: Plano Municipal de Saúde (PMS); Programação Anual de Saúde (PAS); Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA); Relatório Anual de Gestão (RAG) e Pactuação Interfederativa de Indicadores.

- **PORTARIA GM N. 750**, de **29 abril de 2019**, publicada **em 6 de maio de 2019** na **Seção 1 ISSN 1677-7042 Nº 85 do Diário Oficial da União**, institui o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28/09/17;

  "Art. 2º, **a partir de 2019,** o DGMP substituirá os sistemas SARGSUS e SISPACTO, **para fins de inserção de informações de documentos referentes ao ano de 2018 em**

O QUE MUDOU?

O DigiSUS obriga o REGISTRO SEQUENCIAL das informações do Plano, Programação e Relatórios (RDQA e RAG), ou seja, vinculados uns aos outros e que não há como avançar no sistema sem finalizar o preenchimento das telas do menu Plano e assim por diante e RDQA e RAG recebem as informações da Pactuação Interfederativa de Indicadores quando já cadastradas.

IMPORTANTE

O DigiSUS não aceita metas demanda, tampouco metas sem quantificação e exige para cada meta quantificada do Plano a vinculação de indicadores a estas metas, de modo que possibilite seu monitoramento e avaliação.

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

Resumo do Plano de Saúde

Estado: Mato Grosso Do Sul

Município: Campo Grande - MS

Região de Saúde: Campo Grande

Período do Plano de Saúde: 2018-2021

Data de finalização: 16/04/2021 17:29:20

Status atual do Plano de Saúde: Aprovado

Relação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde

DIRETRIZ Nº 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.

OBJETIVO Nº 1.1 - Fortalecer a Atenção Básica como eixo principal da SESAU ampliando e garantindo acesso em tempo oportuno à 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
1.1.1	Ampliar o horário de atendimento de 60% das unidades de saúde da atenção primária. (%)	Percentual de unidades da atenção primária com horário de atendimento ampliado. (%)	0,00	2017	Percentual	60,00	Percentual	-	-	-	-
1.1.2	Ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família para 60%. (%)	Cobertura populacional estimada da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica. (%)	37,99	2017	Percentual	60,00	Percentual	-	-	-	-
1.1.3	Implantar o Programa Saúde na Hora em 60% das unidades de saúde da família aptas ao programa. (%)	Total de unidades de saúde da família com Programa Saúde na Hora implantado. (Nº Absoluto)	0	2017	Número	60,00	Percentual	-	-	-	-
1.1.4	Executar 6 ações intersetoriais anuais para fortalecer a Política de Saúde da População em Situação de Risco e Vulnerabilidade. (Nº Absoluto)	Número de ações intersetoriais anuais com foco na saúde da população em situação de rua. (Nº Absoluto)	6	2017	Número	6	Número	-	-	-	-
1.1.5	Reduzir 0,5% ao ano o excesso de peso da população em grupo de atendimento multiprofissional. (%)	Percentual de redução do índice de excesso de peso da população em grupo de atendimento multiprofissional. (%)	0,00	2017	Percentual	0,50	Percentual	-	-	-	-
1.1.6	Ampliar em 40% o atendimento dos casos de presença de acumuladores de resíduos sólidos diagnosticados no território pela atenção básica dos Distritos Sanitários e pela Ouvidoria do SUS. (%)	Proporção de atendimentos de casos com presença de acumuladores de resíduos sólidos no território dos Distritos Sanitários. (%)	40,00	2018	Percentual	40,00	Percentual	-	-	-	-

Informações de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2018

Status atual da Programação Anual de Saúde: Aprovado

DIRETRIZ Nº 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.

OBJETIVO Nº 1.1 - Fortalecer a Atenção Básica como eixo principal da SESAU ampliando e garantindo acesso em tempo oportuno à população.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2018	Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
1.1.1	Ampliar o horário de atendimento de 60% das unidades de saúde da atenção primária. (%)	Percentual de unidades da atenção primária com horário de atendimento ampliado. (%)	0,00	2017	Percentual	0,00	60,00	Percentual
Ação Nº 1 - Ampliar o horário de atendimento nas unidades básicas de saúde de segunda a sexta-feira das 07h às 17h (Meta: 15%)								
Ação Nº 2 - Ampliar o horário de atendimento nas unidades básicas de saúde: de segunda a sexta-feira das 07h às 21h. (Meta:5%)								

4. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)

O Plano de Saúde (PS) é instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, portanto é composto por etapas: análise situacional e elaboração de objetivos, diretrizes, metas e indicadores.

O PS que deve ser baseado em uma análise situacional, a fim de definir intenções e resultados, que devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas, de forma coletiva e participativa visando atender as necessidades locais, de forma ascendente, do nível local até o federal.



Figura 1. Bases para construção do Plano Municipal de Saúde

É importante relembrar que os objetivos, diretrizes e metas são para um período de quatro anos. Portanto, devem ser elaboradas pensando no fato de que deverão ser verificados os reais impactos de sua implantação sobre a situação inicial, descrita na análise situacional.

Assim, as metas devem ser devidamente qualificadas, o que significa analisar de que forma elas serão apuradas. Por exemplo: que indicadores serão usados e quais são as fontes de dados ou que estudos deverão ser desenvolvidos, inclusive como, quando e quem os desenvolverá.

O valor numérico da meta pode ser número absoluto ou percentual, uma vez que optado por porcentagem, o valor em número absoluto deve constar na análise situacional da meta como referência. Sendo assim, é preferível que a meta seja proposta em número absoluto, pois facilitará seu monitoramento.

Tabela 2. Exemplo 1 - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 1: Fortalecer a Atenção Básica como eixo principal da SESAU ampliando e garantindo acesso em tempo oportuno à população.
Meta: Ampliar o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família de 50% para 60% (10%). (%)

Tabela 3. Exemplo 2 - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Reduzir de 20% para 10% (10%) da demanda reprimida de prótese dentária. (%)

Tabela 4. Exemplo 3 - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Implantar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria. (nº absoluto)

Tabela 5. Exemplo 4 - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Implementar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria através da Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (nº absoluto)

Tabela 6. Exemplo 5 - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 3: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
Meta: Instituir o serviço de farmácia clínica em 50% das unidades de saúde da atenção primária. (%)

Tabela 7. Exemplo 6 - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Qualificar 50% das unidades de atenção primária para a assistência em saúde nos ciclos de vida. (%)

Tabela 8. Exemplo 7 - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Fortalecer a Atenção Básica como eixo principal da SESAU ampliando e garantindo acesso em tempo oportuno à população.
Meta: Executar 6 ações intersetoriais anuais para fortalecer a Política de Saúde da População em Situação de Risco e Vulnerabilidade. (Nº absoluto)

4.1 INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)

Os indicadores representam ferramentas de medição de determinado resultado, comunicando o mecanismo através do qual o desempenho do objetivo será mensurado. O indicador é o núcleo de um planejamento, pois fornece a medida por meio da qual a organização, instituição ou área se guiará. O indicador permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas.

Vejamos:



O indicador, portanto, é o *termômetro* do desempenho. A analogia pode ser esclarecedora. Como um profissional da saúde consegue verificar se um paciente encontra-se com febre? A resposta comporta diversas alternativas, sem, preliminarmente, um juízo de valor sobre qual seria a mais adequada:

a) Pelo exame das características faciais do pacientes (palidez, olhar arqueado, debilidade, prostração etc.);

b) Pelo nível da temperatura, obtida por meio do tato da mão do profissional junto à testa do paciente;

c) Pela utilização de uma ferramenta específica (termômetro). Todos podem ser indicadores da verificação de febre num paciente, mas aquele que mensura com maior precisão se e qual a intensidade da febre do paciente Portanto, este é o indicador recomendável para o objetivo de verificar a existência de febre.

Tabela 9. Exemplo 1: Indicador das Metas - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Meta: Ampliar o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família de 50% para 60% (10%). (%)
Indicador: Número de equipes da Estratégia de Saúde da Família. (nº absoluto)

Tabela 10. Exemplo 2: Indicador das Metas - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Meta: Reduzir de 20% para 10% (10%) da demanda reprimida de prótese dentária. (%)
Indicador: Número de pacientes aguardando atendimento na especialidade de Prótese Dentária no Sistema de Regulação – SISREG. (nº absoluto)

Tabela 11. Exemplo 3: Indicador das Metas - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Meta: Implantar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria. (nº absoluto)
Indicador: Programa de Segurança do Paciente na rede própria implantado. (nº absoluto)

Tabela 12. Exemplo 4: Indicador das Metas - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Meta: Implementar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria através da Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (nº absoluto)
Indicador: Núcleo de Segurança do Paciente implantado. (nº absoluto)

Tabela 13. Exemplo 5: Indicador das Metas - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Meta: Instituir o serviço de farmácia clínica em 50% das unidades de saúde da atenção primária. (%)
Indicador: Número de unidades com o serviço de farmácia clínica implantado. (nº absoluto)

Tabela 14. Exemplo 6: Indicador das Metas - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Meta: Qualificar 50% das unidades de atenção primária para a assistência em saúde nos ciclos de vida. (%)
Indicador: Número de unidades de atenção primária qualificadas para a assistência em saúde nos ciclos de vida. (nº absoluto)

Tabela 15. Exemplo 7: Indicador das Metas - Plano Municipal de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Meta: Executar 6 ações intersetoriais anuais para fortalecer a Política de Saúde da População em Situação de Risco e Vulnerabilidade. (Nº absoluto)
Indicador: Número de ações intersetoriais anuais para fortalecer a Política de Saúde da População em Situação de Risco e Vulnerabilidade. (nº absoluto)

Conforme a Lei Complementar nº 141/2012, os indicadores propostos para o Plano de Saúde devem ser monitorados e avaliados quadrimestralmente (conforme metodologia de cálculo), para composição do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral, e ao final do exercício para a construção do Relatório Anual de Gestão (RAG), por meio do DigiSUS.

Legenda:

Origem da Proposta	**1- Conferência Municipal de Saúde**	De onde se originou a proposta de meta, podendo haver outras origens.
	2 - Audiência Pública	
	3 - Problematização	

<table>
<tr><th colspan="4">Tabela 16. Roteiro para a proposição de metas e respectivos indicadores – Plano Municipal de Saúde.</th></tr>
<tr><th>Setor</th><th>Meta</th><th colspan="2">Origem da Proposta</th></tr>
<tr><td>Campo preenchido com o nome do setor responsável</td><td>Campo preenchido com a Meta do PMS 2022-2025. “As metas são expressões quantitativas de um objetivo que o concretizam no tempo, esclarecem e quantificam o que, para quem, quando”.
A meta deve ser obrigatoriamente quantificável (em percentual ou em nº absoluto) possibilitando seu monitoramento e avaliação.</td><td colspan="2">Campo preenchido com ao número de referência de onde surgiu a meta</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador</td><td>Descrição: NOME DO INDICADOR
“Indicadores são medidas-síntese que devem servir para a vigilância do desempenho do sistema de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados”. No entanto, neste momento, orientamos/sugerimos o uso das unidades de apenas em nº absoluto para simplificar esta construção e minimizar erros.</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo: Fórmula utilizada para calcular o indicador e que define precisamente os elementos que a compõem.</td><td>Campo obrigatório que deve conter o símbolo (Nº) de acordo com a escolha do indicador.</td><td>Campo obrigatório que deve conter o resultado do indicador, no mês/ano de referência, em (Nº), para fins de comparação.</td></tr>
<tr><td>Análise Situacional</td><td colspan="3">A análise situacional consiste no processo de identificação da situação em que se encontra determinada realidade. Em outras palavras, é aquilo que justifica a proposta da meta. Nela, devem ser contextualizados, de forma breve e objetiva, minimamente: o mês/ano de referência, a linha de base, parâmetros de referência, as dificuldades para atingir a proposta da meta e o impacto financeiro.
Este campo obrigatório, deverá conter devidas justificativas para a meta a partir de perguntas norteadoras elencadas no exemplo.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="4">Tabela 17. Exemplo para proposição de metas e respectivos indicadores – Plano Municipal de Saúde.</th></tr>
<tr><th>Setor</th><th>Meta</th><th colspan="2">Origem
da Proposta</th></tr>
<tr><td>Atenção Básica</td><td>Ampliar o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família de 50% para 60% (10%). (%)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador</td><td>Descrição:
Número de equipes da Estratégia de Saúde da Família. (nº absoluto)</td><td>Unidade de Medida</td><td>Linha de Base</td></tr>
<tr><td>Metodologia de Cálculo:
Número de equipes da Estratégia de Saúde da Família. (nº absoluto)</td><td>Nº absoluto</td><td>20</td></tr>
<tr><td>Análise Situacional</td><td colspan="3">
1- Qual o mês/ano de referência da análise situacional?
2- CASO A PROPOSTA TENHA SE ORIGINADO DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, AUDIÊNCIA PÚBLICA, DE META DO PMS 2018-2021, FAVOR TRANSCREVÊ-LA AQUI DA SEGUINTE FORMA: Esta meta se originou da seguinte (descrever desta forma as seguintes origens da meta quando for o caso: PROPOSTA DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, PROPOSTA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA, META DO PMS 2018-2021) e ...
3- O que significa (a sua meta: oferta; plano; política...)?
4- Por que é necessário (ampliar, reduzir, implantar) a meta?
5- Qual é o resultado do indicador em 2017, 2018,2019 e 2020?
6- Qual é o resultado do indicador atual (favor referir mês/ano)?
7- Qual é o resultado ideal do indicador?
8- Qual o parâmetro de referência (nacional, estadual, municipal)?
9- Quanto é possível realizar? A partir disso tem-se a proposta de meta.
10- Descrever obrigatoriamente a proposta/previsão de anualização da meta do Plano para os 4 anos (2022, 2023, 2024 e 2025)!
11- Quais as dificuldades para o alcance da meta? A partir dessas informações também é possível obter ações físicas para Programação Anual de Saúde
12- Qual é o impacto financeiro da meta (R$)?
Ex.: esta análise situacional tem como mês/ano referência dezembro de 2020.
A rede própria consiste na estrutura própria de unidades de saúde do município para o atendimento aos usuários do SUS. A série histórica do número de equipes de Estratégia de Saúde da Família traz: 2017: J; 2018: L; 2019: M
Em 2020 eram de N equipes, sendo que até julho de 2021 haviam P equipes. É necessário ampliar o número de equipes de N para Q em virtude de... considerando-se 5% N em números absolutos e 15% P em números absolutos.
A proposta de anualização para os 4 anos da vigência deste Plano é: 2022 – Q; 2023 – R; 2024 – S; 2025 – T.
Em relação às dificuldades para o alcance da meta pode-se considerar...
O impacto financeiro ao final dos 4 anos da vigência deste Plano seria de ...
</td></tr>
</table>

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, em **ações concretas**, a fim de garantir o alcance dos objetivos/metas do Plano de Saúde, abaixo estão explicitados os vínculos das ações propostas neste Instrumento.

Nota: A quantificação da **meta da ação física** da PAS deverá ser número absoluto ou percentual. Destaca-se a importância de o planejador guardar a memória de cálculo, considerando mês ano/referência e linha de base. Sendo assim, sobretudo quando escolhida a opção percentual, o planejador deverá ter como memória de cálculo o valor da meta em número absoluto, para posteriormente obter corretamente o resultado quadrimestral da PAS.

Figura 1. Inferface dos Instrumentos, 2014.



Fonte: Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Estado Paraná.

Tabela 18. Modelo – Programação Anual de Saúde
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz: *Diretriz do PMS 2022-2025*
Objetivo: *Objetivo do PMS 2022-2025*
Meta: *Meta do PMS 2022-2025 a ser trabalhada em 2022*

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022
Meta Anualizada do Plano: *está diretamente relacionada à "Meta do Plano Municipal de Saúde 2022-2025" e sua quantificação deve ser em percentual (%) ou número absoluto conforme proposta no Plano, ou seja, a "Meta Anualizada do Plano" deve estar redigida, conforme a meta Plano, alterando-se a quantificação, visto que é um parcelamento desta meta.*

Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Responsável**
			Ação	**Previsão de Alocação**		
Número de Ordem da Ação Física da PAS 2022	*Ação Física da PAS 2022 que se define como estratégia para o cumprimento da Meta Anualizada do PMS 2022-2025*	*Meta da Ação Física quantificada em (%) ou número absoluto*	*Ação Orçamentária com 4 algarismos*	*Previsão de valores em R$*	*Aquilo que se espera com o resultado da ação*	*Campo para inserção da grande área responsável. Ex: Vigilância em Saúde*
			Ação Orçamentária com 4 algarismos	*Previsão de valores em R$*		*Campo para inserção da grande área responsável. Ex: Assistência à Saúde*

ORÇAMENTO					
MEMÓRIA DE CÁLCULO					
Nº	**Ação Física**	**Atividades**	**Natureza de Despesa**	**Origem do Recurso**	**Valor (R$)**
Número de Ordem da Ação Física da PAS 2022	*Campo destinado à repetição da Ação Física da PAS 2022, programada no quadro anterior*	*Descrição da Natureza de Despesa publicada no Decreto n. 14.121, de 20 de Janeiro de 2020, ou seja, descrição específica (nome) daquilo que é necessário para executar a ação. Ex.: Vencimentos e vantagens fixas – pessoal civil (salários e produtividade)*	*Nº da Natureza de despesa da Atividade com 6 algarismos*	*Origem de recursos para a Atividade*	*Previsão de valores em R$ para a atividade elencada*

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

Tabela 19. Exemplo 1 – Programação Anual de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 1: Fortalecer a Atenção Básica como eixo principal da SESAU ampliando e garantindo acesso em tempo oportuno à população.
Meta: Ampliar o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família de 50% para 60% (10%). (%)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - 2022						
Meta Anualizada do Plano: Ampliar o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família de 50% (50) para 53% (53) (3%=3). (%)						
Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Setor Responsável**
			Ação Orçamentária	**Previsão de Alocação (R$)**		
01	Implantar equipes de Estratégia de Saúde da Família	**3**	4012	10.463.592,00	Equipes implantadas	Atenção Básica

Tabela 20. Exemplo 2 – Programação Anual de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Reduzir de 20% para 10% (10%) a demanda reprimida de prótese dentária. (%)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - 2022						
Meta Anualizada do Plano: Reduzir de 20% (20) para 17% (17) (3%=3) a demanda reprimida de prótese dentária. (%)						
Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Setor Responsável**
			Ação Orçamentária	**Previsão de Alocação (R$)**		
01	Contratar serviço de laboratório de prótese dentária para implementar a confecção de próteses no município.	01	4012	222.300,00	Serviço de laboratório de prótese dentária contratado	**Atenção Odontológica**
02	Ampliar o número de atendimentos de prótese dentária	03	4012	222.300,00	Número de atendimentos de prótese dentária ampliado	

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

Tabela 21. Exemplo 3 – Programação Anual de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Implantar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria. (nº absoluto)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - 2022						
Meta anualizada do Plano: Implantar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria. (nº absoluto)						
Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Setor Responsável**
			Ação Orçamentária	**Previsão de Alocação (R$)**		
01	Capacitar os profissionais de Saúde da Rede de Atenção Especializada, Atenção Psicossocial e Atenção Odontológica sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente	**03**	-	-	Redes com profissionais capacitados	Gestão do Cuidado

Tabela 22. Exemplo 4 – Programação Anual de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Implementar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria **através da** Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (nº absoluto)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - 2022						
Meta Anualizada do Plano: Implementar o Programa de Segurança do Paciente na rede própria **através da** Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (nº absoluto)						
Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Setor Responsável**
			Ação Orçamentária	**Previsão de Alocação (R$)**		
01	Capacitar os profissionais de Saúde sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente	**01**	-	-	Profissionais capacitados	Gestão do Cuidado

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

Tabela 23. Exemplo 5 – Programação Anual de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 3: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
Meta: Instituir o serviço de farmácia clínica em 50% (50) das unidades de saúde da atenção primária. (%)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - 2022						
Meta Anualizada do Plano: Instituir o serviço de farmácia clínica em 13% (13) das unidades de saúde da atenção primária. (%)						
Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Setor Responsável**
			Ação Orçamentária	**Previsão de Alocação (R$)**		
01	Capacitar profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre a farmácia clínica	**13**	-	-	Unidades de Saúde da Família com profissionais capacitados sobre farmácia clínica	Atenção Básica

Tabela 24. Exemplo 6 – Programação Anual de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde e a promoção do cuidado integral.
Meta: Qualificar 50% (50) das unidades de atenção primária para a assistência em saúde nos ciclos de vida. (%)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - 2022						
Meta Anualizada do Plano: Qualificar 13% (13) das unidades de atenção primária para a assistência em saúde nos ciclos de vida. (%)						
Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Setor Responsável**
			Ação Orçamentária	**Previsão de Alocação (R$)**		
01	Realizar o Fórum Perinatal Municipal	**1**	4012	15.000,00	Fórum Perinatal Municipal realizado	Atenção Básica

Tabela 25. Exemplo 7 – Programação Anual de Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025
Diretriz 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase nos dispositivos da Política de Humanização do SUS, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.
Objetivo 2: Fortalecer a Atenção Básica como eixo principal da SESAU ampliando e garantindo acesso em tempo oportuno à população.
Meta: Executar 6 ações intersetoriais **anuais** para fortalecer a Política de Saúde da População em Situação de Risco e Vulnerabilidade. (Nº absoluto)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - 2022						
Meta Anualizada do Plano: Executar 6 ações intersetoriais **anuais** para fortalecer a Política de Saúde da População em Situação de Risco e Vulnerabilidade. (Nº absoluto)						
Nº	**Ação Física**	**Meta**	**Orçamento**		**Produto**	**Setor Responsável**
			Ação Orçamentária	**Previsão de Alocação (R$)**		
01	Realizar ações intersetoriais de triagem a COVID-19, para acolhimento e ingresso aos moradores em situação de rua, nas escolas que funcionaram como abrigos no período da pandemia	**11**	-	-	Ações intersetoriais de triagem realizadas	Atenção Básica
02	Realizar capacitação dos profissionais do Módulo de Saúde do Complexo Penitenciário (IPCG) em parceria com a URR	**01**	-	-	Capacitação realizada	
03	Realizar capacitação sobre rastreamento e monitoramento dos casos de COVID-19 para as equipes de saúde do sistema prisional	**01**	-	-	Capacitação realizada	
04	Elaborar plano de ação conjunto com Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Distrito Sanitário Indígena (DSEI), Conselho Tutelar e outros parceiros, conforme realidade local, para a busca ativa de crianças e adolescentes vulneráveis e acompanhamento do desenvolvimento na atenção básica	**01**	-	-	Plano de ação elaborado	
05	Realizar visitas de apoio matricial e institucional para a população indígena	**11**	-	-	Visitas de apoio matricial realizadas	
06	Realizar visitas de apoio institucional nas Instituições de Longa Permanência à Pessoa Idosa junto à equipe de Vigilância em Saúde para orientações de prevenção ao coronavírus e testagens nos cuidadores e idosos sintomáticos	**11**	-	-	Vistas de apoio institucional realizadas	

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

6. PRODUÇÃO

Trata-se das atividades monitoradas no Menu PRODUÇÃO do Sistema de Apoio ao Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS (SCAM).

Entenda-se ATIVIDADE como PRODUÇÃO DE SERVIÇO, realizada pelos diversos setores da SESAU, por exemplo: ATENDIMENTOS, CONSULTAS, PROCEDIMENTOS, INSPEÇÕES.

Para a descrição da Atividade não é utilizado verbo, sendo ela escrita de maneira direta àquilo que se deseja monitorar.

É possível considerar metas ***"Numéricas"*** ou ***"Demandas".***

Nota: *As metas de produção podem auxiliar na avaliação do alcance não das metas das ações físicas da Programação Anual de Saúde, quando relacionadas a estas.*

Tabela 26. Como descrever atividades – Produção

NOTA	EXEMPLO	OBSERVAÇÃO
A descrição da **atividade** deve ser objetiva, sucinta e de fácil entendimento. A **atividade** deve estar no singular, sem a utilização de verbos na descrição.	*"CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL"*	-
O **parâmetro** é a referência de cálculo para a determinação da meta numérica.	*"2 CONSULTAS/ GESTANTES PARA 95% DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL"*	*Deve ser citada a fonte dos dados neste item.*
A **meta numérica** deve ser um número inteiro e estar diretamente relacionada ao parâmetro.	*"16.150"*	*100% = 8.500* *95% = 8.075* *2 consultas/gestante = 16.150*
A **referência** é um número inteiro a partir do qual será calculada a meta (população alvo)	*"8.500"*	*Total das gestantes cadastradas no SISPRENATAL.*

Tabela 27. Exemplo 1 – Meta numérica - Produção

Descrição	Meta Numérica	Parâmetro	Referência	Resultado
Consulta de Enfermagem de Pré-Natal de Risco Habitual	16.150	2 consultas / gestantes para 95% das gestantes Cadastradas no SISPRENATAL (Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000)	8.500 gestantes cadastradas no SISPRENATAL	DENTRO DO ESPERADO ABAIXO DO ESPERADO MUITO ABAIXO DO ES PERADO ACIMA DO ESPERADO

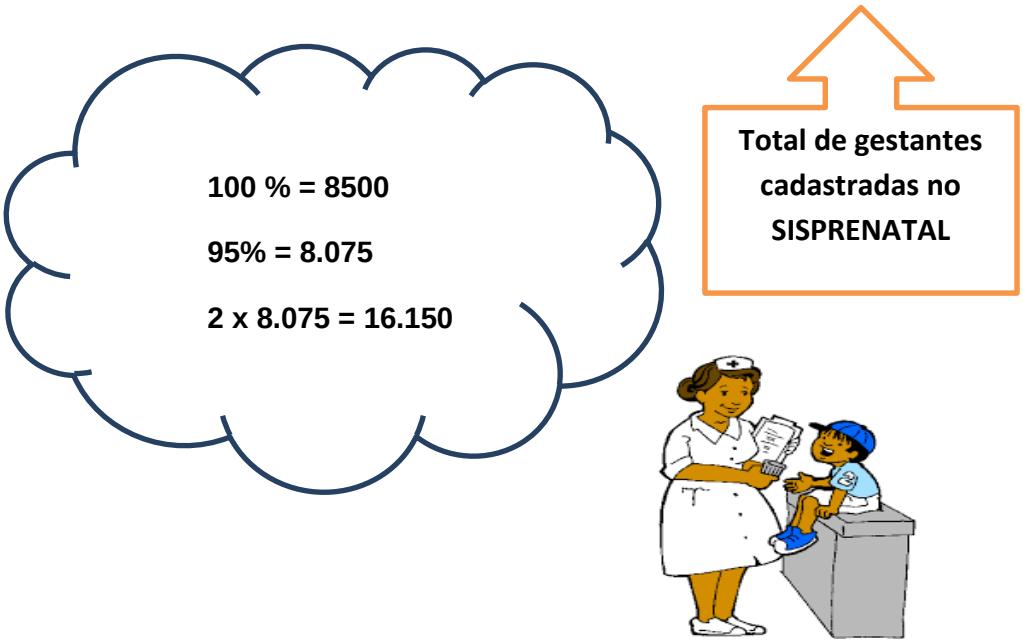


Tabela 28. Exemplo 2 – Meta demanda - Produção

Atividades	Meta	Realizado
Número de pacientes classificados para área verde	Demanda	172.071
Número de pacientes classificados para área azul	Demanda	79.299

7. INDICADORES DA PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

Para proposição de metas de indicadores da Pactuação Interfederativa deve-se atentar à:

- **TENDÊNCIA DO INDICADOR -** conforme página 6 desta cartilha.
- **PARÂMETROS RECOMENDADOS -** (Nacionais ou Estaduais) – Fichas de Qualificação dos Indicadores e Notas Técnicas;
- **SÉRIE HISTÓRICA -** Resultados oficiais obtidos ao longo dos anos.

PARA INDICADORES COM TENDÊNCIA CRESCENTE:

1) Se o resultado do ano anterior for inferior à respectiva meta, indica-se manutenção na proposta do ano sequencial;

Tabela 29. Exemplo 1 – Pactuação Interfederativa de Indicadores

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES 2017-2021											
INDICADOR		2017		2018		2019		2020		PROPOSTA 2021	
		META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	SES	SESAU
U11	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 (razão)	0,61	0,49	0,62	0,50	0,62	0,53	0,62	0,24	**0,62**	**0,62**
EMBASAMENTO (SRAS): Indicador com tendência crescente, contudo propõe-se manter a meta de 2020, considerando que a série histórica apresenta o não alcance da meta nos anos anteriores e que também em 2020 os índices ficaram mais longínquos do alcance da meta em decorrência da pandemia pelo Novo Coronavírus. Espera-se melhora dos resultados com a intensificação das ações de coleta, busca ativa para o rastreamento do câncer de colo de útero para a população-alvo.											

Dados extraídos do SCAM em 26/04/2021 15h.

Legenda:
U – Indicador Universal
E – Indicador Específico
SCAM – SISTEMA DE APOIO AO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

2) Se o resultado do ano anterior for igual ou superior à respectiva meta, indica-se realizar incremento na proposta do ano sequencial.

Tabela 30. Exemplo 2 – Pactuação Interfederativa de Indicadores

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES 2017-2021												
INDICADOR		2017		2018		2019		2020		PROPOSTA 2021	
		META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	SES	SESAU
U23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	95,00	100,00	96,00	100,00	96,00	99,95	96,00	100,00	**96,00**	**97,00**
EMBASAMENTO (SVS): Indicador com tendência crescente. O indicador permite avaliar e acompanhar o preenchimento correto do campo ocupação, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada. Considerando a tendência do indicador e uma série histórica robusta de resultados sempre acima da meta pactuada, opta-se por aumentar em 1 percentil na meta de 2020 para 2021.												

Dados extraídos do SCAM em 26/04/2021 15h.

Legenda:
U – Indicador Universal
E – Indicador Específico
SCAM – SISTEMA DE APOIO AO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

PARA INDICADORES COM TENDÊNCIA DECRESCENTE:

1) Se o resultado do ano do ano anterior for inferior à respectiva meta, indica-se redução na proposta do ano sequencial;

Tabela 31. Exemplo 1 – Pactuação Interfederativa de Indicadores

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES 2017-2021											
INDICADOR		2017		2018		2019		2020		PROPOSTA 2021	
		META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	SES	SESAU
U9	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (nº absoluto)	3	4	3	1	3	1	3	0	**3**	**2**
EMBASAMENTO (SVS): A meta será reduzida para 2 por se tratar de um indicador com tendência decrescente e a série histórica demonstrar decréscimo dos resultados.											

Dados extraídos do SCAM em 26/04/2021 15h.

Legenda:
U – Indicador Universal
E – Indicador Específico
SCAM – SISTEMA DE APOIO AO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

2) Se o resultado do ano anterior for igual à respectiva meta, indica-se manutenção ou ligeira redução na proposta do ano sequencial;

Tabela 32. Exemplo 2 – Pactuação Interfederativa de Indicadores

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES 2017-2021												
INDICADOR		2017		2018		2019		2020		PROPOSTA 2021	
		META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	SES	SESAU
U8	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade (nº absoluto)	90	155	90	93	90	114	90	90	**90**	**90**
EMBASAMENTO (SVS): Considerando a tendência decrescente do indicador e que o resultado se manteve igual a meta, opta-se por sua manutenção.												

Dados extraídos do SCAM em 26/04/2021 15h.

Legenda:
U – Indicador Universal
E – Indicador Específico
SCAM – SISTEMA DE APOIO AO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

3) Se o resultado do ano anterior for superior à respectiva meta, indica-se manutenção na proposta do ano sequencial.

Tabela 33. Exemplo 3 – Pactuação Interfederativa de Indicadores

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES 2017-2021											
INDICADOR		2017		2018		2019		2020		PROPOSTA 2021	
		META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	META	ANUAL	SES	SESAU
U1	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (/100.000)	333,02	334,74	333,02	344,61	333,02	328,81	333,02	343,62	**333,02**	**333,02**
EMBASAMENTO (SVS): Indicador com tendência crescente, porém opta-se pela manutenção da meta de 2020, pois embora o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2011-2021) estabeleça redução de 2% ao ano, destaca-se que apenas em 2019 houve melhora no resultado atingido a meta proposta. Ressalta-se ainda, que para redução dos óbitos causados pelas 4 principais DCNT é necessária a adoção de hábitos saudáveis, o que implica em corresponsabilização da população. Além disso é prudente considerar o atual cenário da pandemia de COVID- 19, que reduziu as atividades coletivas voltadas à diminuição dos fatores de risco para as DCNT.										

Dados extraídos do SCAM em 26/04/2021 15h.

Legenda:
U – Indicador Universal
E – Indicador Específico
SCAM – SISTEMA DE APOIO AO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

8. PLANO PLURIANUAL (PPA)

O planejamento das políticas públicas do governo tem como um de seus principais instrumentos o Plano Plurianual (PPA), com a função de aprimorar a ação governamental, juntamente com outras ferramentas importantes, como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Plano Plurianual é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, estabelecendo as diretrizes, objetivos e metas do Plano de Governo a serem seguidos pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal ao longo de um período de quatro anos e é referência básica para os demais instrumentos que integram o sistema orçamentário (LDO e LOA).



O **PPA** conterá o programas do governo e plano municipal de saúde com seus objetivos, iniciativa e metas iniciativas.

O **LDO** explicitará metas e riscos fiscais.

A **LOA** reservará recursos para a execução de cada meta iniciativa.

Legislação

- **Constituição Federal/1988**

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

II - as diretrizes orçamentárias;

III - os orçamentos anuais.

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

- **Lei Orgânica do Município de Campo Grande – MS / 1990**

CAPÍTULO II - DO ORÇAMENTO

Art. 98. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

...

*§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, por distritos, bairros e regiões, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública municipal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada***.**

Metodologia

O **Mapeamento PPA** é o instrumento pelo qual o Governo Municipal, através da Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento - SEFIN orienta o planejamento e a gestão da administração pública para um período de quatro anos. No Plano Plurianual são definidas por áreas de resultados, diretrizes estratégicas de governo e, em atendimento a elas, programas com objetivos claramente definidos.

Os programas, respeitando a disponibilidade de recursos, são detalhados em ações que correspondem à estratégia a ser adotada pelo governo do Município para alcançar os objetivos detalhados em metas físicas e recursos financeiros, tornando-se referências para os orçamentos anuais.

O projeto de **Lei do PPA (PLPPA) do município** deve ser encaminhado à **Câmara Municipal de Campo Grande** até o dia **31 de agosto do primeiro ano** de cada mandato governamental. A Secretaria de Saúde, como parte da gestão municipal, deve encaminhar a Secretaria de Finanças e Planejamento em **meados de maio do primeiro ano de mandato.**

1. PROGRAMA:	< Retrata a agenda de governo, organizada por recortes selecionados de Políticas Públicas que orientam a ação governamental. Sua abrangência representa os desafios e orienta a gestão do Plano, no que diz respeito ao monitoramento e avaliação da dimensão tática e são classificado entre Programas de Gestão e Manutenção, Programas Temáticos e Programas de Operações Especiais >	
1.1 TIPO PROGRAMA:	☐ Gestão e Manutenção	☐ Temático
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO:	< **Deve abordar os seguintes aspectos:** * Interpretação completa e objetiva da temática tratada; * Oportunidades e os desafios associados; * Contornos regionais que a política pública deverá assumir; * Transformações que se deseja realizar; * Desafios que devem ser considerados pelos objetivos. Quando pertinente, o texto conterá gráficos e tabelas com a síntese das informações e mapas que permitam a análise temática no território. Se disponíveis, a contextualização deve também fazer referência a planejamentos setoriais.>	
2. OBJETIVO:	< Expressa o resultado que se deseja alcançar, ou seja, a transformação da situação a que o Programa se propõe. Deve ser expresso com concisão e precisão evitando a generalidade, dando a ideia do que se pretende de forma clara, categórica e determinante. O objetivo sempre se inicia por verbo no infinitivo.>	

2.1 CARACTERIZAÇÃO:	< A caracterização será elaborada pelo Órgão Responsável pelo Objetivo e deve descrever sucintamente o contexto e a estratégia de implementação, indicando de maneira clara e direta a situação a ser alterada pelo Objetivo. Deverá expor a forma como os atributos subordinados (metas, iniciativas, empreendimentos individualizados, ações orçamentárias e financiamentos extra orçamentários) se relacionam entre si. Na caracterização, devem ser detalhados o escopo (**o que fazer, como fazer, para quê, em qual lugar e quando**) e as informações relevantes para o Objetivo, tais como aspectos legais, dimensão territorial, a articulação federativa necessária, segmentos prioritários da política, além de questões tecnológicas, de gestão, recursos humanos e de financiamento envolvidas. As meta iniciativa deve conter um histórico com parâmetros utilizados como linha de base para quantifica-la ao quadriênio.>
3. ÓRGÃO RESPONSÁVEL	< Órgão cujas atribuições melhor contribuem para a implementação do objetivo.>

Atributos da Meta				
Meta iniciativa	< Descritivo da meta iniciativa conforme publicação. São compromissos expressos em termos de um objeto a ser realizado, em certa quantidade e em certo período de tempo>			
Origem da Meta:	<Informar se a meta teve origem de algum instrumento legal, plano complementar ou do próprio planejamento da unidade>			
Público-Alvo:	<Um conjunto específico de pessoas, com características comuns (idade, sexo, escolaridade, profissão, interesses, ...) do qual a meta irá atingir>			
Produto:	<Entrega final a sociedade decorrente das ações previstas para o alcance da meta>			
Meta da ODS:	<Informar a PRINCIPAL meta da ODS que será atingida pela META INICIATIVA do PPA.>			
Desdobramento da Meta inciativa				
Unidade de Medida: <percentual ou número absoluto>				
Região: <descrever a região que contemplará a meta inciativa>				
Ano:	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
*** Meta Física:**	*****	*****	*****	*****

∗ **Colocar em valores seguindo a unidade de medida por ano definido na meta o quantitativo para os 4 anos do Plano.**

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38

A **metodologia do PPA** tem preservado a essência da estrutura e dos conceitos consolidados nas edições anteriores, também incorporou algumas novidades. As mudanças concentraram-se essencialmente em dois pontos.

O primeiro foi reforçar o caráter estratégico do Plano Plurianual, na medida em que contém uma visão de futuro e um conjunto com **Plano Municipal de Saúde, Conferência de Saúde, Plano de Governo Municipal** que orientam a construção dos programas temáticos, expressando os cursos de ação propostos para o alcance dos resultados planejados. Avaliar os resultados dos **Indicadores da Pactuação Interfederativa** como parâmetros de série histórica.

O **Monitoramento do resultado do Plano Plurianual—PPA** parcial de 3 (três) anos, subsidiará uma conexão lógica que permite visualizar como a proposta anunciada na dimensão estratégica, orientar as escolhas das políticas públicas materializadas em objetivos, metas, iniciativas e empreendimentos, expostos na dimensão programática para a construção da elaboração do novo Projeto de Plano Plurianual.

O segundo ponto de mudança teve como foco quantificar e regionalizar o conteúdo das metas inciativas, que passam a expressar com maior clareza os resultados previstos para entrega ao final do quadriênio proposto.

EXEMPLO:

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Superintendência da Rede de Atenção em Saúde - SRAS
Bruna Czarneski Hoslbach Peró – Coordenadora CRAO
Marcelo Nakaya Kanomata – Assessor Técnico CRAO

Caracterização da meta iniciativa

Atualmente (abril/2021), possuímos 05 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO: CEO III/CEM (2005), CEO II Cidade Morena (2007), CEO II Guanandy (2014), CEO II Sílvia Regina (2016) e CEO II Nova Bahia (2021).
Com a expansão do conceito de Atenção Primária e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis especializados. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Os Centros de Especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e

detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Atendimento a pessoas com deficiência.
O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Primária.
Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos.
O objetivo é implantar mais um CEO no município, através da transformação da Policlínica Odontológica Santa Emília (unidade já existente) em CEO.

META INICIATIVA				
Implantar 01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO				
Origem da Meta:	**Plano Municipal de Saúde (2022-2025)** - DIRETRIZ 1 - Garantir acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, fortalecendo todas as redes de atenção pública e otimizando o acesso com ênfase na humanização **8ª Conferência Municipal de Saúde** - EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO **Plano de Governo (2021-2024)** - 38 - Avançar na expansão do acesso aos serviços de saúde da população			
Público-Alvo	Usuários do SUS			
Produto:	Centro de Especialidades Odontológicas implantado			
Meta da ODS:	3.8 – Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.			
Desdobramento da Meta				
Unidade de Medida:	Número absoluto			
Região:	Lagoa			
Ano	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Meta Física	00	00	01	00

Desejamos a todos um ótimo trabalho
e
nos colocamos à disposição para apoio!

Obrigada!

Deus abençoe-nos!

GPSUS 2020-1575
gpsus.sesau@gmail.com

Campo Grande – MS, 06/08/2021 09:22:38



CATEGORIZAÇÃO DAS PROPOSTAS

8ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

"DEMOCRACIA E SAÚDE"

2019

Nota: as propostas assinaladas com **(X)** nas colunas PMS e/ou PAS devem obrigatoriamente ser consideradas para análise de viabilidade de inclusão no Plano Municipal de Saúde (PMS) ou Programação Anual de Saúde (PAS), visto que o campo "Processo de Trabalho e Outros" dizem respeito à propostas que não necessariamente precisam constar num instrumento de planejamento do SUS ou de Governo desta Secretaria para acontecerem ou dependem de outros órgãos que não a SESAU, e o campo "Planejamento de Governo" se refere aos instrumentos do planejamento governamental denominados: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Categorização das Propostas Conferência Municipal de Saúde – 8ª CMS 2019				
EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO				
Propostas	**Processo de Trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
1 Efetivar o plano de expansão da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial.		X		X
2 Aumentar quantitativa e qualitativamente a relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME).		X		X
3 Ampliar o serviço de prótese dentária, incluindo também próteses parciais posteriores com estrutura metálica.		X		X
4 Garantir a distribuição de kits odontológicos.				X
5 Descentralizar a dispensação de alguns medicamentos que são entregues somente no CEM, para que as unidades que têm o profissional farmacêutico lotado possa dispensá-los (por exemplo, Diosmina, Cálcio, etc.).	X		X	X
6 Reestruturar o horário estendido com RH completo e insumos com quantidade adequada de acordo com a necessidade do território com monitoramento periódico seguindo os critérios do Caderno 28.		X		X
7 Fortalecer a saúde do trabalhador com mais investimentos no cuidado com o servidor.		X		X
8 Implantar o Plano de Cargos e Carreiras e Salários pelo SUS para motivação do servidor aprovada nova redação.		X		X
9 Aplicar a Lei federal 13.342/16 para o pagamento de insalubridade/periculosidade e outros itens a todos os profissionais de saúde, incluindo os administrativos lotados na SESAU.			X	X
10 Implantar/implementar um centro de atendimento em psicoterapia individual por região de saúde.		X		X
11 Ampliar e agilizar o acesso do paciente oncológico cumprindo a lei 12.732/12.		X	X	X
12 Respeitar e cumprir a lei brasileira de inclusão 13.146/15. (Lei de inclusão da pessoa com deficiência)	X			X
13 Ampliar o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD (SESAU) com as condições necessárias para a execução do trabalho.			X	X
14 Contemplar com câmaras frias todas as unidades de saúde para armazenamento das vacinas com suporte em caso de queda de energia.			X	X
15 Manter a contratualização da unidade do trauma.			X	X
16 Incluir o profissional farmacêutico em todas as unidades em tempo integral**.**			X	X
17 Implantar e implementar academia ao ar livre com cobertura para as unidades de saúde da REMUS.			X	X
18 Adquirir, fornecer e equipar as unidades de saúde da REMUS com materiais permanentes e insumos necessários com qualidade e quantidade suficientes dentro dos parâmetros ergonômicos, físicos, químicos e biológicos e recursos áudio visuais, insumos para ação em saúde.				X
19 Estender o acesso da comunidade na academia da terceira idade com profissional de educação física durante os turnos matutino, vespertino e noturno.			X	X
20 Implantar meio de transporte conforme necessidade do paciente para locomoção em consulta e exames especializados fora da área de abrangência no âmbito municipal.		X		X
21 Ampliar as equipes NASF com equipe completa para maior cobertura as equipes de saúde da família, com ênfase nas unidades rurais e equipar com carro de uso exclusivo.		X		X
22 Promover concurso público da secretaria municipal de saúde a fim de suprir o déficit de RH e manter as equipes completas para efetividade e qualidade do atendimento.		X		X

Categorização das Propostas Conferência Municipal de Saúde – 8ª CMS 2019				
EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO				
Propostas	**Processo de Trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
23 Implantar e equipar as equipes de saúde bucal conforme expansão das ESF.		X	X	X
24 Implantar e implementar o sistema de coleta de exames laboratoriais em todas as unidades de saúde da REMUS.		X		X
25 Ampliar os atendimentos das especialidades médicas com a criação de mais um CEM por região urbana (Centro de Especialidades Médicas).		X		X
26 Ampliar e implementar a cobertura de UBSF das unidades saúde da REMUS.		X		X
27 Construir, reformar e ampliar as unidades de saúde REMUS conforme a necessidade, proporcionando ambientes climatizados.				X
28 Fornecer uniformes, EPI´S com CA (Certificado de Aprovação) com periodicidade quadrimestral, incluindo protetor solar com maior fator de proteção (60) para os ACS/ACE (mensal) e crachá de identificação para todos os profissionais (anual).				X
29 Ampliar a equipe da GERSAU e fortalecer as ações em prol à saúde do servidor e assegurar programa de assistência à saúde mental dos trabalhadores, que contemple todos os agravos conforme descrito no ministério da saúde, sem ônus (desconto) financeiro ao servidor.			X	X
30 Implantar a farmácia itinerante, com a presença de um farmacêutico e com carro adequado nas unidades de saúde da zona rural do município de Campo Grande.		X		X
31 Disponibilizar ambulância/SAMU fixa na zona rural do município de campo grande provendo manutenção.			X	X
32 Construir banheiro/ lavatório/ vestiário apropriado para o uso dos usuários.				X
33 Modernizar o parque tecnológico de a SESAU (computadores, tablets e impressoras), e reestruturação da comunicação de dados com fibra ótica.	X			X
34 Ofertar agenda e profissionais de pequenas cirurgias infantis.			X	X
35 Regulamentar a jornada de 30 horas semanais de trabalho para todos os profissionais da saúde de Campo Grande.	X	X	X	X
36 Regulamentar o recebimento da insalubridade e periculosidade para todos os profissionais da saúde, de acordo com riscos biológicos, ergonômico e estresse do ambiente de trabalho.				X
37 Ampliar a oferta de serviços de confecção prótese odontológica.		X		X
38 Ampliar o número centro de especialidades odontológicas.		X		X
39 Incluir todas as especialidades odontológicas no SISREG.			X	X
40 Desburocratizar o acesso a informação e aos serviços online (cartão SUS, exames laboratoriais, agendamentos e outros).	X			X
41 Disponibilizar na quantidade necessária os materiais médico hospitalares aos pacientes acamados (álcool 70, frascos, luvas, seringa e outros), garantindo reserva para dispensação imediata nas unidades para novo paciente até que inicie o recebimento;				X
42 Revisar e ampliar as metas de saúde mental em todos os seus aspectos;			X	X
43 Ampliar a equipe do consultório na rua;			X	X
44 Disponibilizar reserva técnica de RH, considerando férias, atestados e outros.	X		X	X
45 Ampliar a oferta de Fisioterapia pela Rede Própria e Contratualizada.		X		X

Categorização das Propostas Conferência Municipal de Saúde – 8ª CMS 2019				
EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO				
Propostas	**Processo de Trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
46 Ampliar a oferta de serviços de exames e procedimentos especializados como ultrassom, ressonância magnética, tomografia, eletroneuromiografia, endoscopia, holter e audiometria, através da rede própria e/ou contratada.		X		X
47 Ampliar a oferta pelo sus de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção para a pessoa com deficiência;		X		X
48 Descentralizar a dispensação de medicamentos especiais do CEM para unidades que tenham o profissional farmacêutico, mediante avaliação da comissão de farmacoterapêutica sanitária;			X	X
49 Ampliar as especialidades médicas e de outros profissionais de acordo com a demanda no CEM; (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, dermatologista, neurologista, psicólogo, nutricionista, geriatra, psiquiatra).		X		X
50 Ampliar para REMUS o teste do pezinho para detecção de 37 tipos de patologias;			X	X
51 Implementar ações do CEAM para qualificar a assistência às mulheres com deficiência;		X		X
52 Lotar profissional psicólogo nas unidades de saúde			X	X
53 Realocar o distrito sanitário da região do bandeira, agregar a estrutura física do local a UBS Carlota e promover as devidas reformas, ampliações e adequações de espaço para atendimentos dos trabalhadores e usuários.	X			X
54 Ampliar a oferta de atendimento aos usuários vítima de tentativas de suicídios e violência para adultos, adolescentes e crianças, na modalidade multiprofissional e implantar o serviço continuo nos respectivos territórios de saúde.		X		X
55 Criar centros de referências de pratica integrativas e complementares em todos os distritos sanitários, capacitar recursos humanos nas terapias das PICS com apoio das universidades e ampliar a oferta de vagas e especialidades.		X		X
56 Revisar PNAB quanto a inserção da equipe de saúde bucal, assistentes sociais e outros na equipe mínima da saúde da família.	X			X
57 Promover isonomia em relação à produtividade do SUS.				X
58 Implantar CAPS por região de saúde.		X		X
59 Ofertar a realização de exames periódicos aos servidores, sem ônus aos mesmos;			X	X
60 Implantar o serviço de psicodiagnóstico na rede de saúde.	X	X	X	X
61 Instalar placas de energia solar nas unidades de saúde para maior economia do dinheiro público.				X
62 Construir uma unidade de saúde para atender a chácara das mansões. (ANHANDUI)				X
63 Construir uma unidade de saúde para atender o assentamento três corações ou garantir um ônibus para trazer os pacientes até a unidade. (ANHANDUI)				X
64 Instalar painel eletrônico para chamadas e controlador de senha (maquininha) para usuários.				X
65 Implantar o serviço de capoterapia como PICS nas unidades de saúde.			X	X
66 Emitir CNS da criança recém-nascida já na maternidade, assim como é realizado o registro de nascimento.			X	X
67 Cumprir a lei que garante o benefício de insalubridade para os ACS.				X
68 Implantar serviço de agendamento de consultas online.			X	X
69 Garantir a aquisição e manutenção de dois veículos no CEDIP; (ambulância para translado dos pacientes e um veículo para equipe de ASSISTÊNCIA DOMICILIAR).				X
70 Implementar repasse da vigilância para o CTA ITINERANTE.				X
71 Implantar e implementar política de prevenção para homens trans. e lésbicas.		X		X
72 Construir a UBSF Novo Rio Grande do Sul.				X
73 Criar programa de dispensação e distribuição de medicamentos especiais para doenças raras junto ao ministério da saúde			X	X
74 Cumprir a Lei Nº 2990 de 10 maio sobre a posse responsável de animais.				X
75 Realizar fabricação do medicamento Canabidiol e outros pelo laboratório FIOCRUZ em Mato Grosso do Sul	X			X
76 Implantar e implementar o cumprimento da lei 5381 sobre o programa distribuição medicamentos 24 horas nos UPAS/ CRS da rede.			X	X
77 Implementar lei 5258 de 2 de janeiro de 2014 para o atendimento dos farmacêuticos nas UPAS/ CRS 24hs.			X	X

Categorização das Propostas Conferência Municipal de Saúde – 8ª CMS 2019				
EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Propostas	**Processo de Trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
1 Implementar o serviço de hotelaria de forma eficiente com fornecimento de alimentação aos pacientes internados nas unidades 24 horas bem como fraldas e demais necessidades.			X	X
2 Criar o Núcleo de Evidência da secretaria de saúde em parceria com as universidades públicas e garantir um profissional técnico para nortear as demandas e necessidades da Secretaria.		X		X
3 Ampliar a oferta de leitos hospitalares do SUS.		X	X	X
4 Construir hospital municipal geral ampliando a oferta de especialistas, exames de alta complexidade e procedimentos eletivos.				X
5 Construir uma piscina de hidroginástica para reabilitação, acompanhamento de fisioterapia e atividades para os usuários do SUS por distrito sanitário.				X
6 Implantar Plano de Cargos e Carreiras Especifico do SUS;	X	X		X
7 Realizar manutenção preventiva e corretiva regular dos materiais e equipamentos dos serviços de saúde da REMUS com maior agilidade.			X	X
8 Disponibilizar veículo oficial para a realização das atividades externas, como visitas domiciliares, atividades extra muro ou disponibilizar ajuda de custo aos servidores para realização de tais atividades com utilização de meios próprios.				X
9 Disponibilizar acesso do paciente ao agendamento através de plataformas digitais.	X		X	X
10 Ofertar novas ações de saúde mental especifica para trabalhadores do sus, tanto na prevenção como na assistência.			X	X
11 Lotar 01 enfermeiro responsável técnico nas unidades de saúde;			X	X
12 Ampliar atendimento odontológico diurno de urgência durante a semana em todas as unidades de urgência			X	X
13 Criar conselho local de saúde para o CAPS.			X	X
14 Adquirir aparelho de ultrassom periodontal para todas as unidades.				X
15 Implantar política de fortalecimento do CEDIP.		X		X
16 Proporcionar a criação de um espaço destinado ao atendimento infantil com 2 consultórios odontopediátricos para somar com o atendimento do CEONORTE.			X	X
17 Fornecer vacina leishmaniose para cães no município de Campo Grande via Ministério da Saúde	X		X	X
18 Transferir a UBSF Nova Bahia para a região do Novo Paraná entre as Ruas Capita/Guarapuá.			X	X

Categorização das Propostas Conferência Municipal de Saúde – 8ª CMS 2019				
EIXO III – FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Propostas	**Processo de Trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
1 Revogar o Decreto 13.752/2019.	**X**			**X**
2 Cumprir a lei de reajuste financeiro anual para os trabalhadores do sus.				**X**
3 Ampliar os leitos de infectologia nas unidades específicas (CEDIP, ESTERINA CORSINI).			**X**	**X**
4 Vincular 10% do PIB para a saúde.				**X**
5 Cumprir a política nacional de resíduos sólidos, construindo / reformando, em cada unidade, abrigos externos de resíduos de serviço de saúde conforme normas da ANVISA e CONAMA.				**X**
6 Viabilizar autonomia para a SESAU realizar as compras dos materiais de consumo, garantindo a qualidade e a necessidade dos materiais, disponibilizando um período de teste pelos profissionais da assistência para aprovação. Reduzindo a burocracia nos serviços de saúde no que tange o processo de licitação de compras, separando-o e priorizando-o, para evitar prejuízo no abastecimento das unidades por falta de insumos essenciais.				**X**
7 Descongelar o investimento destinado à saúde (PEC 95), que se iniciou em 2016 com prazo de 20 anos, tendo em vista que este fato afeta diretamente a falta de leitos hospitalares, falta de médicos, falta de remédios e insumos.	**X**			**X**
8 Revisar a portaria n 978, de 16 de maio de 2012, que define valores de financiamento do piso da atenção básica variável para as equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e aos núcleos de apoio à saúde da família, para que sejam aumentados os valores dos incentivos financeiros repassados aos municípios para o custeio das equipes de saúde da família (ESF) e equipes de saúde bucal (MODALIDADES I E II).	**X**			**X**
9 Revisar a portaria 4217 GM/2010 no que se trata do co-financiamento para a aquisição de medicamentos e insumos para pacientes diabéticos, com vistas à ampliação de recursos.	**X**			**X**
10 efetivar a câmara de compensação para o repasse financeiro dos pacientes atendidos fora do município de origem.	**X**			**X**
11 Aumentar o repasse do DPVAT para o SUS.	**X**			**X**
12 Firmar parceria com o poder judiciário para que destinem valores recebidos em multas ou fianças para investimentos em saúde.	**X**			**X**
13 Destinar os 12% de verba vinda do governo estadual para a saúde, sem o rateio.	**X**			**X**
14 Conceder vale transporte a pacientes em situação de vulnerabilidade social, durante o atendimento de saúde garantindo a integralidade no seu atendimento.	**X**			**X**
15 Incentivar financeiramente os trabalhadores que exercem suas funções durante o horário estendido.	**X**			**X**
16 Revisar decreto/ resolução para maior incentivo de equipe de saúde em região rural				**X**
17 Equipar todas as unidades de saúde com equipamento de multimídia.				**X**
18 Construir e equipar sala de RX com manutenção regular no CRS aero rancho.				**X**
19 Construir UBSF Aero Rancho e desacoplar a mesma do CRS.				**X**
20 Adquirir um aparelho USG avançado para UBS Aero Rancho e UBS Tiradentes.				**X**
21 Realizar a manutenção preventiva das ambulâncias do SAMU.			**X**	**X**
22 Implantar um posto de atendimento 24 horas com leito de estabilização até transferência para campo grande, garantindo a lotação da equipe no distrito de Anhanduí.			**X**	**X**

Categorização das Propostas Conferência Municipal de Saúde – 8ª CMS 2019				
EIXO III – FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Propostas	**Processo de Trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
23 Disponibilizar refeição para os funcionários das áreas rurais e plantonistas.				**X**
24 Reservar recursos para realização das conferências locais e distritais.				**X**
25 Retornar o fornecimento de produtos alimentícios para as atividades das unidades. (Copo, café, chá, bolacha, adoçante e etc.).				**X**
26 Construir UBSF do bairro Taquarussu.				**X**
27 Construir sede dos distritos Centro e Anhanduizinho.				**X**
28 Adquirir viaturas para o CCZ.				**X**
29 Reformar e ampliar o CCZ.				**X**
30 Criar um biotério e laboratório de diagnóstico de raiva no CCZ.			**X**	**X**
31 Construir um muro em volta do CCZ.				**X**
32 Instalar câmeras segurança para todas as unidades de saúde e CCZ.				**X**
33 Substituir rede elétrica do CCZ.				**X**
34 Construir outro espaço físico para a UBSF Vila Carvalho, afim de aumentar a área de abrangência territorial, aumentando o número de equipes de saúde da família, desta forma aumentar a cobertura da população na região do centro.				**X**
35 Implementar núcleo de atendimento aos profissionais da área da saúde, com ofertas de terapias ocupacionais, atendimento psicossocial e PICS, para servidores afastados e ativos.			**X**	**X**
36 Construir polo de academias de saúde contemplando e vinculando a UBSF Vila Carvalho.				**X**
37 Ampliar quantidade de kits de higiene bucal.				**X**
38 Disponibilizar suprimento de fundo para as unidades de saúde e distritos sanitários.	**X**			**X**
39 Criar produtividade para os profissionais que atuam na RAPS.	**X**			**X**
40 Revisar valores da tabela do SUS.	**X**			**X**
41 Incluir o direito a LIP para os agentes comunitários de saúde e agentes de endemias.	**X**			**X**
42 Desburocratizar parcerias com empresas da comunidade para manutenção e pequenos reparos na estrutura física das unidades.				**X**
43 Contratar funcionários da equipe de limpeza de acordo com as necessidades do serviço, ampliando a quantidade no contrato, lotar individualmente equipes de limpeza nas unidades que são acopladas aos 24 horas.	**X**			**X**
44 Liberar os servidores para qualificação sem prejuízo financeiro e/ou carga horária de trabalho.			**X**	**X**
45 Identificar a unidade de acordo com o manual de sinalização das unidades de saúde.				**X**
46 Manter funcionamento e manutenção contínua do Raio X, mantendo profissionais durante todo o período de funcionamento nas unidades 24 horas.				**X**
47 Atualizar os valores referentes ao financiamento da PAB Fixo e Variável que se encontram desatualizados**.**				**X**
48 Enquadrar e equipar conforme Portaria N° 2775/3/9/18, a receber recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimento da saúde UPAS/CRS/CEM (equipamentos oftalmológicos Campimetria e outros).				**X**
49 Transformar Policlínicas em CEO.			**X**	**X**
50 Realizar convênio com laboratório Fiocruz MS para fabricar medicamentos para Atenção Básica da REMUS.				**X**

CATEGORIZAÇÃO PROPOSTAS APROVADAS PARA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE				
EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO				
PROPOSTAS APROVADAS PARA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	**Processo de trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
I. Ampliar e agilizar o acesso do paciente oncológico cumprindo a Lei 12.732/12.		X	X	X
II. Regulamentar a jornada de 30 horas semanais de trabalho para todos os profissionais da saúde de Campo Grande.	X	X	X	X
III. Revisar PNAB quanta a inserção da equipe de saúde bucal, assistentes sociais e outros na equipe mínima da saúde da família.	X			X
IV. Implantar o serviço de psicodiagnóstico na rede de saúde.	X	X	X	X
V. Realizar fabricação do medicamento canabidiol e outros pelo laboratório FIOCRUZ em Mato Grosso do Sul.	X			X
VI. Desburocratizar o acesso a informação e aos serviços online (cartão SUS, exames laboratoriais, agendamentos e outros).	X			X

EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
PROPOSTAS APROVADAS PARA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	**Processo de trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
I. Ampliar a oferta de leitos hospitalares do sus.		X	X	X
II. Fornecer vacina coleira de leishmaniose para cães no município de Campo Grande via Ministério da Saúde.	X		X	X
III. Implantar plano de cargos e carreiras específico do SUS.	X	X		X
IV. Implantar e implementar política de prevenção para homens trans. e lésbicas.		X		X
V. Disponibilizar acesso do paciente ao agendamento através de plataformas digitais.	X			X
VI. Regulamentar a jornada de 30 horas semanais de trabalho para todos os profissionais da saúde de Campo Grande.		X		X

EIXO III - FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
PROPOSTAS APROVADAS PARA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	**Processo de trabalho e Outros**	**PMS**	**PAS**	**Planejamento de Governo**
I. Vincular 10% do PIB para a saúde.				**X**
II. Descongelar o investimento destinado à saúde (PEC 95), que se iniciou em 2016 com prazo de 20 anos, tendo em vista que este fato afeta diretamente a falta de leitos hospitalares, falta de médicos, falta de remédios e insumos.	**X**			**X**
III. Revisar a Portaria n 978, de 16 de maio de 2012, que define valores de financiamento do piso da atenção básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, para que sejam aumentados os valores dos incentivos financeiros repassados aos municípios para o custeio das Equipes de Saúde da Família (ESF) e equipes de saúde bucal (modalidades I e II).	**X**			**X**
IV. Revisar a Portaria 4217 GM/2010 no que se trata do co-financiamento para a aquisição de medicamentos e insumos para pacientes diabéticos, com vistas à ampliação de recursos.	**X**			**X**
V. Efetivar a câmara de compensação para o repasse financeiro dos pacientes atendidos fora do município de origem.	**X**			**X**
VI. Aumentar o repasse do DPVAT para o SUS.	**X**			**X**
VII. Firmar parceria com o poder judiciário para que destinem valores recebidos em multas ou fianças para investimentos em saúde.	**X**			**X**
VIII. Destinar os 12% de verba vinda do governo estadual para a saúde, sem o rateio.	**X**			**X**
IX. Revisar valores da tabela do SUS.	**X**			**X**
X. Atualizar os valores referentes ao financiamento da PAB fixo e variável.	**X**			**X**
XI. Realizar convênio com laboratório FIOCRUZ MS para fabricar medicamentos para Atenção Básica da REMUS	**X**			**X**

ANEXO III DO EDITAL n. 16/2021-01

PROVA DE TÍTULOS

Função: Inspetor de alunos

ITEM	TÍTULOS	PONTUAÇÃO		
		Quantidade	Unitário	Máximo
1	Experiência profissional comprovada em atribuições na área de atuação, com pontuação para cada 1 (um) ano completo de trabalho, podendo ser concedido meio ponto para período fracionado entre 6 e 11 meses e 29 dias	5	10	50
2	Curso na área de educação com carga horária mínima de 20h, realizados a partir do ano 2016.	5	10	50
Pontuação Máxima				**100**

ANEXO IV DO EDITAL n. n. 16/2021-01

PROVA DE TÍTULOS

Função: Agente de Patrimônio

ITEM	TÍTULOS	PONTUAÇÃO		
		Quantidade	Unitário	Máximo
1	Experiência profissional comprovada em atribuições na área de atuação, com pontuação para cada 1 (um) ano completo de trabalho, podendo ser concedido meio ponto para período fracionado entre 6 e 11 meses e 29 dias	5	10	50
2	Comprovante de participação em cursos realizados na área de vigilância e segurança, realizados a partir do ano 2016.	5	10	50
Pontuação Máxima				**100**

ANEXO V DO EDITAL n. 16/2021-01

PROVA DE TÍTULOS

Função: Auxiliar de Manutenção

ITEM	TÍTULOS	PONTUAÇÃO		
		Quantidade	Unitário	Máximo
1	Experiência profissional comprovada em atribuições na área de atuação, com pontuação para cada 1 (um) ano completo de trabalho, podendo ser concedido meio ponto para período fracionado entre 6 e 11 meses e 29 dias	5	20	100
Pontuação Máxima				**100**

ANEXO VI DO EDITAL n. 16/2021-01

PROVA DE TÍTULOS

Função: Merendeiro

ITEM	TÍTULO	Quantidade	Unitário	Máximo
1	Comprovante de Conclusão de Curso de Higiene e Manipulação de Alimentos.	1	30	30
2	- Comprovante de participação em cursos e eventos de qualificação profissional na área de alimentação, nutrição e culinária, com carga horária mínima de 10 horas, realizados a partir do ano 2016.	2	10	20
3	Experiência profissional comprovada em atribuições na função de Merendeiro ou similar, com pontuação para cada 01 (um) ano completo de trabalho, podendo ser concedido 5 (cinco pontos) para período fracionado entre 6 e 11 meses de trabalho.	5	10	50
Pontuação Máxima				**100**

ANEXO VII DO EDITAL n. 16/2021-01

FICHA DE INSCRIÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

ESCOLA MUNICIPAL: _____

FUNÇÃO:
( ) Assistente de Secretaria **( ) Inspetor de Alunos**
( ) Agente de Patrimônio **( ) Merendeiro**
( ) Auxiliar de Manutenção

NOME DO CANDIDATO

DATA DE NASCIMENTO (DIA / MÊS / ANO) | SEXO (M / F) | DOCUMENTO DE IDENTIDADE (NÚMERO / ORG. EXP.)

CPF | TELEFONE CELULAR

ENDEREÇO
Rua, Avenida, Nº, Apto, Bloco

BAIRRO | CEP

MUNICIPIO | UF | DDD | TELEFONE RESIDENCIAL

E-MAIL

01	Possui deficiência ( ) sim Anexo Laudo de Comprovação de Deficiência ( ) sim Se autodeclara: ( ) negro ( ) índio

QUANTIDADE DE FOLHAS ENTREGUES PARA ANÁLISE:_____

Declaro que aceito as condições descritas no Edital que rege processo seletivo e, se convocado para contratação, que apresentarei todos os documentos comprobatórios dos requisitos pessoais, de escolaridade e profissionais para assinar o contrato.

Campo Grande, _____de _____de 2021.

_____
ASSINATURA DO CANDIDATO

ESCOLA MUNICIPAL:

NOME DE CANDIDATO:

FUNÇÃO:
( ) Assistente de secretaria **( ) Inspetor de alunos**
( ) Agente de Patrimônio **( ) Merendeiro**
( ) Auxiliar de Manutenção

QUANTIDADE DE FOLHAS ENTREGUES PARA ANÁLISE:

INFORMAÇÕES PELO SITE: www.campogrande.ms.gov.br/diogrande

ASSINATURA DA RECEPÇÃO:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REPUBLICA-SE POR CONSTAR INCORREÇÃO NO ORIGNAL, PUBLICADO NO DIOGRANDE N. 6.378, DE 9 DE AGOSTO DE 2021.

REGULAMENTO PARA AUDIÊNCIA PÚBLICA – PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2022-2025

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE do município de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais e, considerando o disposto no Art. 31, Parágrafo Único da Lei Complementar Nº 141 de 13 de Janeiro de 2012, torna público o regulamento da Audiência Pública para obtenção de propostas para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, nos seguintes termos e condições:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A Audiência Pública é uma reunião onde a Administração Pública informa, esclarece dúvidas e realiza ampla divulgação sobre ações, planos e projetos, públicos ou privados, relativos à política de saúde, de interesse dos cidadãos direta e indiretamente atingidos pela decisão administrativa, sendo obrigatória, sob pena de nulidade do ato de aprovação.

Art. 2º A Audiência Pública tem como objetivo específico a obtenção de dados, subsídios, informações, sugestões e críticas sobre o objeto do edital de convocação, com vistas a democratizar, conferir transparência e assegurar a participação popular na gestão da saúde do município.

§ 1º A Audiência será de livre acesso a qualquer pessoa, bem como aos meios de comunicação, respeitados os limites impostos pela instalação física do local.

§ 2º A realização de Audiência pública virtual e remota é considerada preferencial em virtude do contexto atual da Pandemia pelo Novo Coronavírus.

CAPÍTULO II
DO OBJETO

Art. 3º O Objetivo específico desta Audiência pública é o levantamento de propostas para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

§ 1º em virtude do contexto atual de Pandemia pelo Novo Coronavírus será realizada, a partir da cidade de Campo Grande-MS, na data de 30 de agosto de 2021 Audiência Pública Virtual via link https://telessaude.saude.ms.gov.br/forms/participe, com início às 08 horas e término às 12 horas.

Art. 4º A convocação para a realização da Audiência Pública será feita no período de no mínimo 10 (dez) dias que a antecederem, por meio de publicação em Diário Oficial do município de Campo Grande/MS. A publicização da Audiência será por meio da divulgação escrita no site oficial e nas redes sociais da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS, Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, divulgação e fixação de cartazes em locais de fácil acesso, todas as unidades de saúde, sede da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS, bem como do Conselho Municipal de Saúde, Fórum Permanente das Entidades Representativas dos Usuários do Sistema Único de Saúde de Campo Grande – MS (FORSUS) e Fórum Municipal dos Trabalhadores em Saúde de campo Grande – MS (FONTES).

CAPÍTULO II
DA CONDUÇÃO DA AUDIÊNCIA

Art. 5º A organização da audiência Pública se dará pela Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS (GPSUS), vinculada à Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa (CGEP), da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS.

Art. 6º A Audiência Pública Virtual se iniciará às 08 (oito) horas com o acolhimento dos participantes e demais autoridades pelo cerimonial da Audiência Pública.

Parágrafo único. O quórum para abertura será o número de presentes à sessão pública.

Art. 7º Todos os participantes terão o registro da presença, através da Plataforma virtual onde ocorrerá a Audiência Pública com indicação do nome completo, data da participação no evento, cidade, instituição, profissão e e-mail.

Art. 8º Dar-se-á a composição de mesa virtual com as seguintes autoridades: Secretário Municipal de Saúde e/ou seu representante, coordenador da mesa diretora do CMS - Conselho Municipal de Saúde e/ou seu representante, coordenador do Fórum Permanente das Entidades Representativas dos Usuários do Sistema Único de Saúde de Campo Grande – MS (FORSUS), coordenador do Fórum Municipal dos Trabalhadores em Saúde de Campo Grande – MS (FONTES) e presidente e/ou representante da Comissão Permanente de Saúde da Câmara dos Vereadores com fala aberta de até 03 (três) minutos para cada autoridade.

Art. 9º A referida mesa será coordenada por um representante a ser indicado pela Organização da Audiência Pública Virtual, o qual após a fala de abertura das autoridades solicitará que a composição da mesa seja desfeita.

§ 1º São prerrogativas do coordenador da mesa:

I. Conduzir a mesa de apresentação e controlar o tempo das falas;
II. Mediar os trabalhos de perguntas e respostas e respectivo tempo de fala;
III. Decidir sobre a pertinência das questões formuladas;
IV. Autorizar intervenções orais.

§ 2º Após a leitura deste regimento e com inscrição dos participantes para perguntas, será determinado um tempo de 08 (oito) minutos para esclarecimentos das dúvidas.

Art. 10º Um representante da Gerência dos Instrumentos de Planejamento SUS (GPSUS), com um tempo prévio de até 60 (sessenta) minutos, realizará apresentação dos elementos norteadores, disponibilizados previamente em acesso público através do link http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/audiencia-publica/ demoninados:
- Para PMS 2022-2025 Relatório final da VIII Conferência Municipal de Saúde - 2019;
- Para PMS 2022-2025 - Regulamento Audiência - Propostas PMS 2022-2025;
- Para PMS 2022-2025 - Como elaborar metas e
- Plano Municipal de Saúde 2018-2021 se encontra no link http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/plano-municipal-de-saude-pms/ , a fim de que norteiem a elaboração de outras Propostas para Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025.

Parágrafo único. Após apresentação, com inscrição dos participantes para perguntas, será determinado um tempo de até 8 (oito) minutos para esclarecimentos das dúvidas.

Art. 11º Serão designados pela Organização da Audiência Pública Virtual um ou mais secretários para auxílio na condução dos trabalhos, os quais terão entre suas atribuições:

I. Recolher as perguntas formuladas pelos participantes, de acordo com a ordem de oferecimento e encaminhá-las ao Coordenador da Mesa;
II. Controlar o tempo das manifestações orais, quando autorizadas, registrando-as;
III. Redigir a Ata da Audiência Pública;
IV. Encaminhar o relatório consolidando as sugestões recebidas e as perguntas e respostas da Audiência para o Executivo Municipal.

CAPITULO III
DOS PARTICIPANTES

Art. 12º. Será considerado participante da Audiência Pública qualquer cidadão residente na cidade de Campo Grande/MS, que esteja participando da Audiência Virtual sem distinção de qualquer natureza, interessado em contribuir com o processo de discussão mencionado no presente regulamento.

Art. 13º. Após a exposição dos elementos norteadores quando sanadas as dúvidas e findado o tempo de 8 (oito) minutos, os participantes poderão formular suas propostas ou realizar questionamentos que deverão ser apresentados por escrito, e/ou oral com a indicação de seu autor, sob pena de não serem aceitos.

Parágrafo único. As formulações ou perguntas que eventualmente não se limitarem às questões objetivadas na Audiência Pública serão desconsideradas.

Art. 14º. Os participantes deverão respeitar o tempo estabelecido para apresentação das perguntas, a ordem de oferecimento, o tempo de manifestações orais e, tratar com respeito e civilidade os demais participantes da Audiência, seus organizadores e expositores.

Art. 15º. São direitos dos participantes:

I – Manifestar opiniões sobre as quaestões tratadas no âmbito da audiência pública, respeitando as disposições previstas neste regimento;
II – Debater as questões tratadas no âmbito da Audiência Pública.

Art 16º. São deveres dos participantes:

I – Respeitar o Regimento Interno da Audiência Pública;
II – Manter o vídeo e o microfone fechados durante as apresentações, a fim de garantir a qualidade de transmissão da apresentação;
III – Tratar com respeito e civilidade os participantes da audiência e seus organizadores.
IV – Identificar-se corretamente na solicitação de acesso à sala virtual, sob pena de não poder manifestar-se no debate.

SEÇÃO I
Da Inscrição

Art. 17º. É condição para a participação nos debates a prévia inscrição.

Parágrafo único. A ordem de inscrição determinará a sequência dos debatedores.

Art. 18º. A inscrição deverá ser realizada após a exposição dos elementos norteadores, através do sistema eletrônico de mensagens (“chat”) e/ou microfone disponível na sala virtual.

CAPÍTULO IV
DA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA

Art. 19º. A Audiência Pública terá a seguinte ordem:

I. Acolhimento aos participantes e demais autoridades presentes;
II. Formação e composição da Mesa de Autoridades com suas respectivas falas;
III. Composição e condução da mesa principal de apresentação dos objetivos e regras de funcionamento;
IV. Formulação de perguntas para esclarecimentos de dúvidas quanto ao regramento da Audiência Pública;
V. Apresentação dos elementos norteadores disponibilizados previamente em acesso público;
VI. Formulação de perguntas para esclarecimentos de dúvidas quanto aos elementos norteadores;
VII. Elaboração de Propostas;
VIII. Encerramento com a leitura resumida dos pontos principais da Audiência.

SEÇÃO I
Dos Procedimentos

Art. 20º. Os participantes disporão de até 08 (oito) minutos, após a exposição dos elementos norteadores para apresentar questionamentos e pedidos de esclarecimentos ou mais informações, obedecido o disposto no Art. 10º deste regulamento.

Parágrafo único. Poderá ser permitida 01 (uma) réplica oral de 02 (dois) minutos, após a resposta, desde que, autorizada pelo Coordenador da mesa principal.

Art. 21º. As questões formuladas serão lidas e respondidas oralmente ao público pelo Secretário Municipal de Saúde ou seu representante e na necessidade pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, que terá 02 (dois) minutos para responder cada pergunta elaborada pelos participantes, e esclarecimentos adicionais de mais 01 (um) minuto, após a manifestação oral do participante.

Parágrafo único. Se houver excesso de questões formuladas, levando-se em conta a necessidade de observar o horário previsto para o término da Audiência Pública, as respectivas respostas poderão ser apresentadas por blocos, organizados por coerência de conteúdo, caso em que, não serão permitidas manifestações orais.

Art. 22º. O encerramento da Audiência Pública será efetuado pelo Coordenador da mesa e pelo Secretário Municipal de Saúde ou seu representante, dentro do horário previsto no Edital Convocatório, com a leitura resumida dos pontos principais da sessão.

Art. 23º. Ao final da Audiência será lavrada Ata que será subscrita pela Organização da Audiência Pública e pelos secretários, devendo ser anexadas a esta a lista de presença e relatório consolidando as propostas recebidas e as perguntas e respostas, que será submetida a Secretaria Municipal de Saúde e publicadas na página eletrônica do Município.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º. As propostas, opiniões, críticas e informações colhidas na Audiência Pública terão caráter consultivo e não vinculante, destinando-se a subsidiar a motivação do Executivo Municipal quando da tomada de decisão acerca da matéria objeto da Audiência.

CAMPO GRANDE, 09/08/2021.

JOSÉ MAURO PINTO CASTRO FILHO
Secretário Municipal de Saúde

EDITAL CONVOCATÓRIO – PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2022-2025

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE do município de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais e, considerando o disposto no Art. 31, Parágrafo Único da Lei Complementar Nº 141 de 13 de Janeiro de 2012, com vistas a democratizar, conferir transparência e assegurar a participação popular na gestão da saúde do município, convoca Audiência Pública Virtual para obtenção de propostas para o Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Considerando o contexto atual de Pandemia pelo Novo Coronavírus será realizada, conforme regulamento, a partir da cidade de Campo Grande-MS, na data de 30 de

agosto de 2021, Audiência Pública Virtual, via link https://telessaude.saude.ms.gov.br/forms/participe, com início às 8 horas e término às 12 horas.

Campo Grande, 09/08/2021.

José Mauro Pinto Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

EDITAL DE AUTUAÇÃO N.º 0005/2021/CJC

Em atendimento ao disposto no parágrafo único do artigo 144 da Lei Complementar n. 148, de 23 de dezembro de 2009, a Prefeitura Municipal de Campo Grande, através da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU faz saber que constatou irregularidades conforme abaixo:

Processo: 6955/2021-51

Auto de Infração: 29538

Autuado: Otávio Walfrido Gonçalves

Endereço: Rua Calarge, 475, Quadra 07BIS, Lote 05, Vila Glória

Inscrição Imobiliária: 05640040574

Fundamento Legal: Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, artigos 79 caput e 80 caput c/c a Lei n. 2.909, de 28/07/1992, artigo 75.

Pelo presente Edital, fica o interessado ciente de que foi autuado e de que responderá a Processo Administrativo Sanitário, estando sujeito às penalidades de Advertência e/ou Multa compreendida entre os valores de R$ 100,00 até R$ 15.000,00, conforme artigos 130 e 140 incisos III, XVIII, XXI, XXXV e LXIV da Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, podendo apresentar defesa ou impugnação do Auto de Infração à Coordenadoria de Julgamento e Consultas – CJC, sito à Rua Barão do Rio Branco, n. 2760 – Jardim dos Estados, no prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da efetivação deste Edital, sob pena de revelia.

Processo: 6953/2021-25

Auto de Infração: 29537

Autuado: Otávio Walfrido Gonçalves

Endereço: Rua Calarge, 465, Quadra 07BIS, Lote 05, Vila Glória

Inscrição Imobiliária: 05640040566

Fundamento Legal: Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, artigos 79 caput e 80 caput c/c a Lei n. 2.909, de 28/07/1992, artigo 75.

Pelo presente Edital, fica o interessado ciente de que foi autuado e de que responderá a Processo Administrativo Sanitário, estando sujeito às penalidades de Advertência e/ou Multa compreendida entre os valores de R$ 100,00 até R$ 15.000,00, conforme artigos 130 e 140 incisos III, XVIII, XXI, XXXV e LXIV da Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, podendo apresentar defesa ou impugnação do Auto de Infração à Coordenadoria de Julgamento e Consultas – CJC, sito à Rua Barão do Rio Branco, n. 2760 – Jardim dos Estados, no prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da efetivação deste Edital, sob pena de revelia.

Processo: 6958/2021-49

Auto de Infração: 29539

Autuado: Otávio Walfrido Gonçalves

Endereço: Rua Ronaldo Monteiro, 200, Quadra 07BIS, Lote 05, Vila Glória

Inscrição Imobiliária: 05640040582

Fundamento Legal: Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, artigos 79 caput e 80 caput c/c a Lei n. 2.909, de 28/07/1992, artigo 75.

Pelo presente Edital, fica o interessado ciente de que foi autuado e de que responderá a Processo Administrativo Sanitário, estando sujeito às penalidades de Advertência e/ou Multa compreendida entre os valores de R$ 100,00 até R$ 15.000,00, conforme artigos 130 e 140 incisos III, XVIII, XXI, XXXV e LXIV da Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, podendo apresentar defesa ou impugnação do Auto de Infração à Coordenadoria de Julgamento e Consultas – CJC, sito à Rua Barão do Rio Branco, n. 2760 – Jardim dos Estados, no prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da efetivação deste Edital, sob pena de revelia.

Processo: 6960/2021-90

Auto de Infração: 29540

Autuado: Otávio Walfrido Gonçalves

Endereço: Rua Ronaldo Monteiro, 202, Quadra 07BIS, Lote 05, Vila Glória

Inscrição Imobiliária: 05640041112

Fundamento Legal: Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, artigos 79 caput e 80 caput c/c a Lei n. 2.909, de 28/07/1992, artigo 75.

Pelo presente Edital, fica o interessado ciente de que foi autuado e de que responderá a Processo Administrativo Sanitário, estando sujeito às penalidades de Advertência e/ou Multa compreendida entre os valores de R$ 100,00 até R$ 15.000,00, conforme artigos 130 e 140 incisos III, XVIII, XXI, XXXV e LXIV da Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, podendo apresentar defesa ou impugnação do Auto de Infração à Coordenadoria de Julgamento e Consultas – CJC, sito à Rua Barão do Rio Branco, n. 2760 – Jardim dos Estados, no prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da efetivação deste Edital, sob pena de revelia.

CAMPO GRANDE – MS, 02 DE AGOSTO DE 2.021.

JOSÉ MAURO PINTO DE CASTRO FILHO
Secretário Municipal de Saúde

EDITAL DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE N.º 005/2021/CJC

Em atendimento à Lei Complementar n. 149, de 23 de dezembro de 2009, artigos 11 e 13 inciso III, a Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS, através da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU faz saber a quem possa interessar os resultados dos Julgamentos de 1ª Instância dos Processos Administrativos Sanitários abaixo relacionados:

Processo: 81670/2016-87

Auto de Infração: 63332

Autuado: Carlos Alberto Gonçalves Reginaldo

Endereço: Rua Serapião Alves Pereira, 25 - Alves Pereira

CPF/MF: 032.081.871-30

Fundamentos: Lei Complementar n. 149, de 23/12/2009, artigo 45 parágrafo único c/c a Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, artigos 67 parágrafo único, 69 caput, 130, 132 inciso II, 133 inciso I, 134 inciso I e § 2º, 135 incisos I, II e III, 136 inciso V, 138 e 140 incisos XVIII e XX c/c a Lei Complementar n. 79, de 09/12/2005, artigo 9º inciso I, parágrafo único e 13 caput c/c o Decreto n. 9.882, de 16/03/2007, artigos 2º inciso II e 17 caput c/c a Lei n. 2.909, de 28/07/1992, artigo 73 § 1º.

Penalidade: MULTA no valor de R$ 800,00 (oitocentos reais).

Processo: 30452/2020-15

Auto de Infração: 23

Autuada: J. Aparecida da Silva – ME

Endereço: Avenida Das Bandeiras, n. 1.707 - Jardim Jockey Club

Inscrição Municipal: 0022684100-8

Fundamentos: Lei Complementar n. 148, de 23/12/2009, artigos 41, 107, 108, 109, 130, 140 incisos I, XI, XIII, XVIII, XIX, XXXVII, XXXIX e artigo 142 c/c a Lei Legislativa n. 3.643, de 01/09/1999, artigos 1°e 5° c/c a Lei n. 1.293, de 21/09/1992, artigos 205 inciso VI e 253 c/c a Lei Complementar n. 149, de 23/12/2009, artigo 1° c/c a Resolução RDC n. 216, de 15/09/2004, artigos 1° e 3°, Anexo itens 4.1.3, 4.1.14, 4.3.1, 4.6.1, 7.12 e 7.13 c/c a Lei Legislativa n. 82, artigo 81 inciso V e artigo 103.

Penalidade: MULTA no valor de R$ 500,00 (quinhentos reais).

Pelo presente Edital, ficam os interessados cientes das decisões acima e de que poderão interpor recurso das presentes decisões, na Junta de Recursos Fiscais – JURFIS, do Município de Campo Grande/MS, sito à Rua Cândido Mariano n. 2655, Sala 05, 4º Andar, Centro – Central de Atendimento ao Cidadão, em 02 (duas) vias, no prazo legal de 15 (quinze) dias, contados da efetiva intimação.

CAMPO GRANDE – MS, 03 DE AGOSTO DE 2.021.

JOSÉ MAURO PINTO DE CASTRO FILHO
Secretário Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ANEXO ÚNICO AO DECRETO N. 10.499 DE 02 DE JUNHO DE 2008.

Art. 1º. – A Prefeitura Municipal de Campo Grande, considerando o artigo 2º da Lei Federal n. 9.452/97, e, após as liberações dos recursos federais, a qualquer título, notificará os partidos políticos, os sindicatos dos trabalhadores e as entidades empresariais.

NOTIFICAÇÃO

N.22/ 2021 Data: 09/ 08/ 2021

Órgão: Secretaria Municipal de Assistência Social

N	ORIGEM	NATUREZA	OBJETO	EXECUTOR	VALOR R$
1	MDS / FNAS	SUAS - Sistema Único de Assist. Social	Bloco MAC	SAS / FMAS	155.394,21
2	MDS / FNAS	SUAS - Sistema Único de Assist. Social	Prog. Primeira Infância no SUAS	SAS / FMAS	99.804,57
	TOTAL				255.198,78

Luciene Teodoro Mota
Gerente de Gestão dos Fundos Especiais da Assistência

José Mário Antunes da Silva
Secretário Municipal de Assistência Social

ATOS DE PESSOAL

ATOS DO PREFEITO

DECRETO "PE" n. 2.807, DE 9 DE AGOSTO DE 2021.

MARCOS MARCELLO TRAD, Prefeito de Campo Grande, Capital do Estado de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, resolve:

AUTORIZAR a cedência da servidora KELLY RODRIGUES GONÇALVES, matrícula n. 377608/03, para o Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, para desempenhar suas funções na Fundação de Turismo de Mato Grosso do Sul - FUNDTUR, no Convênio

ATA

Audiência Pública Virtual - Propostas para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022 - 2025, da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande – MS.

Aos trinta dias do mês de agosto de dois mil e vinte e um, nesta cidade de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul, no Auditório do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande (IMPCG), localizado na travessa Pires de Matos, n° 50, no bairro Amambai, às oito horas, reuniram-se para a realização da Audiência Pública Virtual sobre as propostas de metas do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS. O **Exmº.Sr. Prefeito Marcello Marcos Trad** dá as boas-vindas e deseja ótima audiência através de gravação de vídeo. **Composição da Mesa:** Exmo**.** Sr. José Mauro Pinto de Castro Filho, Secretário Municipal de Saúde, Sra. Maria Auxiliadora, Coordenadora da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde (CMS), Sr. Sebastião de Campos Arino Júnior, Coordenador do Fórum Permanente das Entidades Representativas dos Usuários do Sistema Único de Saúde de Campo Grande - MS (FORSUS), Sr. Paulo Godofredo Rosa de Carvalho, Coordenador do Fórum Municipal dos Trabalhadores em Saúde de Campo Grande - MS (FONTES), e Exmo. Vereador Dr. Sandro Benites, representante da Comissão Permanente de Saúde da Câmara dos Vereadores. **Usou da palavra o vereador Dr. Sandro Benites** “Bom dia a todos e a todas, agradeço o convite para a mesa, uma boa audiência a todos, estamos de portas abertas na Câmara Municipal de Campo Grande, o IMPCG tem um plano de saúde voltado para o servidor, a gente tem vários outros planos de saúde de sucesso aqui na nossa cidade que atendem muito bem aos servidores, temos a CASSEMS (Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul) com hospital próprio, vamos nos espelhar naquilo que dá certo, pra gente tentar melhorar aquilo que a gente tem de melhor na nossa cidade, sendo uma questão de gestão com vontade, a gente consegue ter um melhor atendimento para o servidor, um abraço e uma boa audiência a todos.” **Usou da palavra o Sr. Paulo Godofredo Barbosa de Carvalho – FONTES** “Bom dia a todos, cumprimentar os presentes e os que estão virtualmente também participando com a gente nessa audiência pública muito importante, os trabalhadores não podem se isentar de estar presentes nesta audiência para construir o que queremos despertar a nossa população sobre a saúde em Campo Grande o que será construído para os próximos quatros anos, se vai ser possível ser realizado. Muito obrigado pelo convite, estamos aqui para colaborar naquilo que for necessário, possível dentro da nossa vez.” **Usou da palavra Sebastião de Campos Arino Júnior – FORSUS** “Bom dia a todos e a todas, pra nós usuários esse momento, estar aqui presente é uma autoridade e traz essa audiência pública para construirmos juntos o que queremos para os próximos quatro anos aqui em Campo Grande na área da saúde pública. E é um momento muito oportuno apesar por força de lei essa participação coletiva de usuários,

trabalhadores e gestores empenhados de fato no que precisamos aí pros nossos próximos quatro anos na saúde pública em Campo Grande. E pra nós é uma grande honra de estarmos nesse processo de construção. **Usou da palavra a Sra. Maria Auxiliadora Ribeiro Vilalba Fortunato, presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS)** "bom dia a todos e aqueles que estão nos assistindo também participando dessa audiência pública tão importante na construção das políticas de saúde do nosso município de Campo Grande de 2022 a 2025". Essas propostas já foram discutidas na nossa Conferência em 2019, começou dentro dos conselhos distritais, conselhos locais a importância da população nessa construção, o que nós queremos para a nossa saúde dentro do nosso município de Campo Grande e agradecer aqui também pessoal: a todos os conselheiros, as pessoas que estão envolvidas para participarem e estarem colocando suas propostas e a importância também em destacar a nossa gestão na pessoa do nosso Secretário, em nome dele eu cumprimento a todos da mesa e as demais pessoas como já falei no começo. E assim da gente estar junto, dessa gestão estar participando junto conosco nessa construção. Então eu só tenho a agradecer, e que nosso trabalho seja um trabalho assim, bem produtivo. Nós vamos estar aqui até o meio-dia e só agradecer o momento, obrigada! **Usou da palavra, o Sr. José Mauro Pinto de Castro Filho, Secretário Municipal de Saúde: "**Bom dia a todos, cumprimento os componentes da mesa. Sobre as diversas necessidades que devem compor esse plano de saúde. O Plano de saúde "é o instrumento central de planejamento do SUS, que orienta as iniciativas de gestão para quatro anos, devendo orientar-se pelos pactos assumidos, pelos Relatórios das Conferências de Saúde, pelas recomendações dos Relatórios de Gestão de anos anteriores, além de pautar-se na Análise Situacional das necessidades de saúde da população e nas peculiaridades da esfera municipal." É um ato de compartilhar com a sociedade prevista em lei, bem como importante para que a gestão possa ali dentro do que é possível propor para os quatro anos. Esse é um momento muito importante para nossa gestão. Todos sabem que a nossa gestão pegou a última gestão do Prefeito Marquinhos, a partir do dia primeiro de abril de dois mil e dezenove, então nós não tivemos a oportunidade de iniciar esse diálogo com a sociedade desde a primeira gestão do prefeito. Estamos construindo o Plano Municipal de Saúde. Eu gostaria de fazer alguns agradecimentos: à Secretaria de Estado de Saúde (SES) – que disponibilizou a plataforma do Telessaúde para a realização dessa audiência pública virtual; à Câmara de Municipal de Vereadores – através da Comissão Permanente de Saúde na pessoa do Dr. Sandro Benites; ao Conselho Municipal de Saúde – que acolheu e apoiou a realização da audiência pública virtual e divulgou-a junto aos conselheiros locais, distritais e municipais; ao Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande (IMPCG) – pela cessão deste auditório para que pudéssemos reunir presencialmente a mesa diretora, Superintendentes, Coordenadores-Gerais e Ouvidora da Saúde; e agradecer principalmente à equipe da SESAU: à assessoria de imprensa pela divulgação nas mídias sociais disponíveis; à Coordenadoria-Geral de Suporte Tecnológico e Informação –

(CGSTI) – pelo apoio logístico e suporte técnico; ao cerimonial SESAU – por todo apoio logístico e técnico; ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional vinculado à Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) - pela disponibilização do cerimonialista; às áreas técnicas da Secretaria, suas respectivas Coordenadorias/Gerências, Superintendências, Coordenadoria-Gerais e Ouvidoria, especialmente à Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (SRAS) - pela divulgação e mobilização das unidades de saúde para participação nesta audiência e a Coordenadoria-Geral de Planejamento e Gestão Participativa (CGEP) que através da Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS (GPSUS) realiza a condução das etapas deste evento, contando com o apoio da Gerência de Apoio ao Controle Social (GACS). Então é uma construção à muitas mãos e que eu acredito que o grande benificiário dessa audiência (população) com as sugestões e apresentar o plano à sociedade e nada melhor que compartilhar isso com o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara Municipal de Vereadores que acho que seria exemplo pra algumas inscrições, porque observando algumas decisões já vem prontas e na hora que as coisas são implementadas muitas não dão certo, e porque não dá certo? Porque não há construção, então o que nós estamos fazendo aqui é a construção com a sociedade, junto aos órgãos de controle, junto à Câmara Municipal que representa a população. Que a gente possa fazer o melhor Plano de Saúde Municipal para que atinja a necessidade da nossa população. É com essas palavras que gostaria fazer esta abertura e pedir para que o Dr. Rogério me substitua durante esta audiência. Obrigada! **A presença do Secretário-adjunto é registrada, Dr. Rogério Marcio Alves Souto. Usou da palavra a Sra. Maria Auxiliadora Ribeiro Vilalba Fortunato, presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para passar a fala e leitura do regulamento ao Sr. Paulo Godofredo. Com o uso da palavra, Sr. Paulo Godofredo (FONTES)** "A democracia prevê a participação do povo, nada mais democrático que a gente discutir o plano de saúde, igual está fazendo aqui. Viva a democracia! Viva o SUS! Diante disso vamos à leitura do regulamento para a audiência pública - propostas para o Plano Municipal de Saúde (PMS) dois mil e vinte e dois anos a dois mil e vinte e cinco anos, publicado no DIOGRANDE no dia dez de agosto de dois mil e vinte um, número seis mil e trezentos e setenta e nove na página nove a onze. Logo após foi realizada a abertura para inscrições no chat, ou presencialmente, para esclarecimento de dúvidas sobre o Regulamento para a Audiência com duração de oito minutos conforme o mesmo. Às nove horas e onze minutos é encerrada com a pergunta pelo chat se já era possível fazer propostas e respondida pela **Sra. Maria Auxiliadora** que haveria o momento oportuno. Às nove horas e quinze minutos: **com o uso da palavra, Sra. Hena Dianna Moreira Lopes da Silva**, gerente na Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS (GPSUS), apresentou os elementos norteadores para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, já divulgado anteriormente no site da Prefeitura Municipal de Campo Grande no link http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/audiencia-publica/ e dispostos na publicação publicado no

DIOGRANDE no dia dez de agosto de dois mil e vinte um, número seis mil e trezentos e setenta e nove na página nove a onze. Encerrada a apresentação às dez horas e dezesseis minutos, realizada abertura de oito minutos para esclarecimentos das dúvidas referentes à apresentação, iniciando com as inscrições na ordem e as seguintes propostas: **Com o uso da palavra, Sr. Paulo Godofredo iniciou-se a leitura das propostas:** Primeira proposta: Criação do serviço de psicologia nas unidades de pronto atendimento para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas. Segunda proposta: Realização de concursos públicos para o quadro próprio da SESAU. Terceira proposta: implantar o serviço de psicodiagnóstico e avaliação psicológica na rede própria. Quarta proposta: transformar o projeto de atendimento psicológico de crianças e adolescentes vítimas de violência e tentativa de suicídio em serviço da rede própria descentralizado nos setes distritos de saúde. Quinta proposta: ampliar o serviço de Núcleo Ampliado da Atenção Primária em cem por cento do serviço da rede de saúde. Sexta proposta: jornada de trabalho trinta horas semanais para todo o serviço de saúde. Sétima proposta: transformar o projeto de atendimento de psicologia aos adultos vítimas de tentativas de suicídio em serviço descentralizado nos setes distritos de saúde. **Com o uso da palavra, Sra. Luciane Costadele fez as seguintes propostas:** "Primeira proposta: inserir orçamento nas propostas do Plano Municipal de Saúde, (**respondido por Hena**, explicado que o impacto financeiro vai na análise situacional do Plano que é uma previsão daquilo que vai ser gasto com a meta e dentro da Programação Anual de Saúde já vai o orçamento vinculado à ação física). **Com o uso da palavra, Sr. Márcio Godoy:** primeira proposta: Criação do serviço de psicologia nas unidades de pronto atendimento para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas; segunda proposta: Realização de concurso público para saúde; terceira proposta: Ampliar o serviço Núcleo Ampliado de Saúde da Família para cem por cento de cobertura na Atenção Primária; quarta proposta: padronização do fármaco Risperidona na atenção em saúde mental do município de Campo Grande; quinta proposta: regularização do estoque de psicofármacos na rede municipal de saúde. Sexta proposta: Reforma do Centro de Atenção Psicossocial Margarida. Sétima proposta: implantar o serviço de psicodiagnóstico e avaliação psicológica na rede própria. **Com o uso da palavra, Sra. Vânia Jackeline:** disponibilização de carros para visitas domiciliares, para demandas judiciais e matriciamentos e transferências nos Centros de Atenção Psicossociais. **Com o uso da palavra, Sra. Elizangela Ficagna,** primeira proposta: garantia de condições de trabalho ao servidor da saúde que implicam: em materiais disponíveis, espaço salubre, condições de desenvolver o trabalho (carro) meio de transporte seguro; segunda proposta: realização de concurso público para atendimento adequado às demandas; terceira proposta: criação do serviço de psicologia nas unidades de pronto atendimento para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas; quarta proposta: ampliar o serviço Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para cem por cento (%100) de cobertura na Atenção Básica de Saúde; quinta proposta: transformar o projeto de

atendimento psicológico em adultos, crianças e adolescentes vítimas de violência e tentativa de suicídio da rede própria descentralizada nos sete distritos de saúde. **Com o uso da palavra, Sra. Neuza Socorro,** primeira proposta: garantir às equipes de trabalho e garantia dos quadros de funcionários adequados; segunda proposta: redução de filas de cirurgias eletivas e de próteses; terceira proposta: garantir o atendimento básico nas Unidades Básicas de Saúde através de equipes completas. **Com o uso da palavra, Sra. Edneide Alves,** primeira proposta: padronização do fármaco Risperidona na atenção em saúde mental do município de Campo Grande, segunda proposta: regularização o estoque de psicofármaco na Rede Municipal de Saúde. Terceira proposta: reforma do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Margarida; quarta proposta: realização de concurso público; quinta proposta: Insalubridade para os profissionais da saúde; sexta proposta: ampliação do serviço de neurologia na rede; sétima proposta: ampliar o serviço Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para cem por cento (100%) de cobertura na Atenção Básica de Saúde. **Com o uso da palavra, Sr. Gabriel Andrade e Sra. Taiana Rondon,** primeira proposta: criação do serviço de psicologia nas unidades de atenção primária e nas unidades de pronto atendimento para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas; segunda proposta: reforma do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Margarida; terceira proposta: Realização de concurso público; quarta proposta: insalubridade para os trabalhadores do SUS de Campo Grande; quinta proposta: aumentar o quantitativo de psicólogos na Atenção Primária à Saúde (APS), Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e Centro Regional de Saúde (CRS); sexta proposta: transformar o projeto de atendimento psicológico de crianças e adolescentes vítimas de violência e tentativas de suicídio em serviço descentralizado nos setes distritos de Saúde. **Com o uso da palavra Sr. Sebastião Júnior,** primeira proposta: redução das filas de espera nas especialidades; segunda proposta: Criar o Centro de Diagnóstico do município ou conveniado; terceira proposta: fortalecer o Hospital DIA/ Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP); quarta proposta: Readequação das unidades de saúde como reforma/construção/ampliação/manutenção; quinta proposta: Ampliação da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) com construção/implantação das residências terapêuticas e unidades de acolhimento (por regiões de saúde); sexta proposta: incentivar as doações às entidades filantrópicas, devendo conter um plano de ressarcimento ao Fundo Municipal de Saúde através de prestação de serviços de saúde; sétima proposta: implantação do terceiro turno para especialidades médicas no Centro Especializado Municipal (CEM), conveniados e contratados para diminuir o tempo na fila de espera da regulação; oitava proposta: implantação de programa de redução de danos do município de Campo Grande. **Com o uso da palavra, Sra. Maria Auxiliadora,** primeira proposta: implantar academias da saúde e educador físicos aos grupos de hipertensos e diabéticos; segunda proposta: Ampliação das unidades do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); terceira proposta: garantir segurança patrimonial; quarta proposta: fortalecer a educação

popular para trabalhadores, conselheiros e gestores por meio de seminários e/ou encontros; quinta proposta: inserção do médico veterinário nas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). **Com o uso da palavra, Sr. David Chadid,** primeira proposta: abertura de concurso público para Odontólogos no Programa de Saúde da Família (PSF), Odontólogos Especialistas para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico de Saúde Bucal (TSB), Técnico de Próteses Dentária; segunda proposta: Abertura do Laboratório de Próteses dentária; terceira proposta: criação de metas com remuneração (produtividade) para atenção básica e especialistas, Odontólogos e Médicos como já previsto pelo Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR); quarta proposta: adequação de remuneração aos odontólogos; quinta proposta: Garantia de insalubridade para os profissionais da saúde. **Com o uso da palavra, Sra. Josimara Pasqualini,** primeira proposta: lotação de assistentes sociais nas equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); Segunda proposta: divulgação maior de processos seletivos para os assistentes sociais e processos seletivos internos para oportunidades aos que já atuam. **Com o uso da palavra, Sr. Marcos Ferreira Dias,** primeira proposta: atendimento especializado para profissionais que tiveram sequelas decorrentes do COVID-19 em cem por cento (100%) da assistência e a custo zero; segunda proposta: em casos de óbito do profissional por COVID-19 assistência funeral gratuito para o familiar; terceira proposta: reduzir fator do IMPCG para exames e consultas (reduzir para cinco por cento) com incorporação para o vencimento até dois salários para exames e condutos; quarta proposta: incluir CEDIP no segmento de serviços com direito a produtividades pagas em CRS, UPA, CAPS, visto o serviço especializado infecto oferecido e Riscos à Saúde dos trabalhadores da Enfermagem; quinta proposta: criação, no modelo equipe móvel, de apoio ao aumento de fluxo e cobertura de férias e licenças de técnicos de enfermagem em serviços diurno em apoio à equipe fixas de CRS E UPA. **Com o uso da palavra, Sr. Caio Aguirre,** ficou acordado que o mesmo irá encaminhar via documento para a Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS as propostas levantadas pelo conselho local; primeira proposta: Criação da UBSF Jardim Columbia; segunda proposta: separação da UBS Nova Bahia no CRS Nova Bahia criando a UBSF Novo Rio Grande do Sul); terceira proposta: Efetivação/criação da UBSF Noroeste II (Serraville). **Com o uso da palavra. Sra. Joanna D'arc,** primeira proposta: fortalecimento do serviço de farmácia clínica sobre gratificação de cinquenta por cento (50%) do salário base dos profissionais lotados na Atenção Primária à Saúde (APS); segunda proposta: criação do cargo de auxiliar de farmácia para auxiliar o farmacêutico nas demandas administrativas. **Realizado a leitura de todas as propostas pelo Sr. Dr. Rogério Souto**, **continuando com a palavra o Sr. Paulo Godofredo,** encerrou-se a presente Audiência Pública Virtual, às onze horas e trinta e cinco minutos (11h35min), em Campo Grande, 30 de agosto de 2021. Ata redigida pela servidora Allana Gabrielle Ferreira da Silva.

AUDIÊNCIA PÚBLICA VIRTUAL – 2021 - PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

1. Realizar abertura de concurso público para Odontólogos do Programa de Saúde da Família (PSF), Odontólogos Especialistas para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico de Saúde Bucal (TSB), Técnico de Próteses Dentária. 2. Realizar concurso público para atendimento adequado às demandas. 3. Realizar concurso público para saúde. 4. Realizar concurso público. 5. Realizar concursos públicos para o quadro próprio da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU).
6. Criar o Laboratório de Próteses dentárias.
7. Adequar a remuneração aos odontólogos.
8. Ampliar a Rede Atenção Psicossocial (RAPS) com construção/implantação das residências terapêuticas e unidades de acolhimento (por regiões de saúde).
9. Ampliar o serviço de neurologia na rede.
10. Ampliar o serviço Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) para cem por cento (100%) de cobertura na Atenção Básica de Saúde.
11. Criar atendimento especializado para profissionais que tiveram sequelas decorrentes da COVID-19 em cem por cento (100%) da assistência e a custo zero.

Campo Grande - MS, 16/09/2021 09:2907

AUDIÊNCIA PÚBLICA VIRTUAL – 2021 - PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

12. Aumentar o quantitativo de psicólogos na Atenção Primária à Saúde (APS), Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e Centro Regional de Saúde (CRS).
13. Criar a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Columbia.
14. Criar a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Noroeste II (Serraville).
15. Criar metas com remuneração (produtividade) para atenção básica e especialista, Odontólogos e Médicos como já previsto pelo Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR).
16. Criar o cargo de auxiliar de farmácia para auxiliar o farmacêutico nas demandas administrativas.
17. Criar o serviço de psicologia nas unidades de atenção primária e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas. 18. Criar o serviço de psicologia nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para acolhimento e atendimento das urgências psicológicas.
19. Criar, no modelo equipe móvel, de apoio ao aumento de fluxo e cobertura de férias e licenças de técnicos de enfermagem em serviços diurno em apoio à equipe fixas de Centro Regional de Saúde (CRS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
20. Criar o Centro de Diagnóstico do município ou conveniado.
21. Disponibilizar de carros para visitas domiciliares, para demandas judiciais e matriciamentos e transferências nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
22. Ampliar a divulgação de processos seletivos para os assistentes sociais e processos seletivos internos para oportunidades aos que já atuam.

Campo Grande - MS, 16/09/2021 09:2907

AUDIÊNCIA PÚBLICA VIRTUAL – 2021 - PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

23. Instituir assistência funeral gratuita em casos de óbito do profissional por COVID-19 para o familiar.
24. Fortalecer a educação popular para trabalhadores, conselheiros e gestores por meio de seminários e/ou encontros.
25. Fortalecer o Hospital DIA/ Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP).
26. Fortalecer o serviço de farmácia clínica sobre gratificação de cinquenta por cento (50%) do salário base dos profissionais lotados na Atenção Primária à Saúde (APS).
27. Garantir condições de trabalho ao servidor da saúde que implicam: em materiais disponíveis, espaço salubre, condições de desenvolver o trabalho (carro) meio de transporte seguro.
28. Garantir equipes de trabalho quadros de funcionários adequados. 29. Garantir o atendimento básico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) através de equipes completas.
30. Garantir segurança patrimonial.
31. Garantir insalubridade para os profissionais da saúde.
32. Implantar o programa de redução de danos do município de Campo Grande.
33. Implantar o terceiro turno para especialidades médicas no Centro Especializado Municipal (CEM), conveniados e contratados para diminuir o tempo na fila de espera da regulação.
34. Implantar academias da saúde e educador físicos aos grupos de hipertensos e diabéticos.
35. Implantar o serviço de psicodiagnóstico e avaliação psicológica na rede própria.

Campo Grande - MS, 16/09/2021 09:2907

AUDIÊNCIA PÚBLICA VIRTUAL – 2021 - PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

36. Incentivar as doações às entidades filantrópicas, devendo conter um plano de ressarcimento ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) através de prestação de serviços de saúde.
37. Incluir Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP) no segmento de serviços com direito a produtividades pagas em Centro Regional de Saúde (CRS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), visto o serviço especializado infecto oferecido e Riscos à Saúde dos trabalhadores da Enfermagem.
38. Instituir insalubridade para os profissionais da saúde. 39. Instituir insalubridade para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campo Grande.
40. Inserir o médico veterinário nas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).
41. Implantar jornada de trabalho trinta horas semanais para todo o serviço de saúde.
42. Lotar assistentes sociais nas equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).
43. Padronizar o fármaco Risperidona na atenção em saúde mental do município de Campo Grande.
44. Readequar unidades de saúde com reforma/construção/ampliação/manutenção.
45. Reduzir filas de espera nas especialidades.
46. Reduzir filas de cirurgias eletivas e de próteses.
47. Reduzir fator do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande (IMPCG) para exames e consultas (reduzir para cinco por cento) com incorporação para o vencimento até dois salários para exames e condutos.
48. Reformar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Margarida.

Campo Grande - MS, 16/09/2021 09:2907

AUDIÊNCIA PÚBLICA VIRTUAL – 2021 - PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

49. Regularizar o estoque de psicofármacos na rede municipal de saúde.
50. Separar a Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Bahia do Centro Regional de Saúde (CRS) Nova Bahia criando a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Novo Rio Grande do Sul.
51. Transformar o projeto de atendimento de psicologia aos adultos vítimas de tentativas de suicídio em serviço descentralizado nos sete distritos de saúde.
52. Transformar o projeto de atendimento psicológico de crianças e adolescentes vítimas de violência e tentativa de suicídio em serviço da rede própria descentralizado nos setes distritos de saúde.


GPSUS
TELESSAÚDE MS
contra o coronavírus
AUDIÊNCIA PÚBLICA:
PROPOSTAS PARA O PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE (PMS) 2022-2025
DATA: 30 DE AGOSTO DE 2021
Segunda-feira
HORÁRIO: 08h00
Horário Oficial do Mato Grosso do Sul
PÚBLICO-ALVO:
População de Campo Grande - MS
PLANO
MUNICIPAL
DE SAÚDE
2022-2025
Participe!
ACESSO:
telessaude.saude.ms.gov.br/forms/participe
PRECISA DE SUPORTE TÉCNICO?
3323-7100, OPÇÃO 2
A SALA SERÁ ABERTA 30min. ANTES DO EVENTO
Conselho Municipal de Saúde
SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
CAMPO GRANDE
TELESSAÚDE MS
DGGTES
SES
Secretaria de Estado de Saúde
GOVERNO DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

EVENTO: AUDIÊNCIA PÚBLICA VIRTUAL PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2022-2025 DE CAMPO GRANDE MS

DATA E TURNO: 30/08/2021 - MATUTINO

LOCAL: VIA LINK https://telessaude.saude.ms.gov.br/forms/participe

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 07:40	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ANDREIA SOUZA PINTO DA SILVA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	andreiaspms@gmail.com
30/08/2021 07:46	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCOS FERREIRA DIAS	CRS DR GUINTER HANS NOVA BAHIA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	marcosferreira12319@hotmail.com
30/08/2021 07:51	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LESLY LIDIANE LEDEZMA ABASTOFLOR	SESAU USF DR ROGER BUAINAIN ROCHEDINHO	ASSISTENTE SOCIAL	leslylidiane@hotmail.com
30/08/2021 07:52	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	PATRICIA LIMA ALMEIDA CAMACHO	UNIDADE BASICA DE SAUDE FREI HUGOLINO BECKER	ENFERMEIRO	patty_enf1@hotmail.com
30/08/2021 07:54	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	BRUNA PERO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	CIRURGIÃO DENTISTA	odontobrupero@gmail.com
30/08/2021 07:55	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	KÁTIA ADRIANE CRUZ DOS SANTOS	SESAU USF DRA MARIA JOSE DE PAULI TRES BARRAS	ASSISTENTE SOCIAL	katia.assissocial@gmail.com
30/08/2021 07:56	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	QUÉZIA NEVES PINHEIRO	OUTROS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	quezia.pinheiro@saude.gov.br
30/08/2021 07:56	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCELO NAKAYA KANOMATA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	CIRURGIÃO DENTISTA	marcelokanomata@gmail.com
30/08/2021 07:57	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	PAULO DORNELLES	OUTROS	OUTROS	paulo.dornelles@saude.gov.br
30/08/2021 07:58	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JULIANE DO VALLE MEDEIROS CARDOSO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	jumedeiros133@gmail.com
30/08/2021 07:58	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	RENATA BRANDÃO FERNANDES	OUTROS	DIRETOR ADMINISTRATIVO	rebranfer2@gmail.com
30/08/2021 08:00	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GABRIELA ALVES CESAR	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	FARMACÊUTICO	g.alves.cesar@gmail.com
30/08/2021 08:00	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CLEVERSON PRADO FERNANDES	SESAU USF DR ELIZABTH WANDERLE TOBARU BOTAFOGO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	cleversonpfernandes83@gmail.com
30/08/2021 08:01	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUIZ CARLOS PINHO JUNIOR	OUTROS	OUTROS	Luizcarlospinhojunior@gmail.com
30/08/2021 08:03	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DANIELA SERROU DO AMARAL OSHIRO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	danielaserrou@gmail.com
30/08/2021 08:04	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SILMARA TEIXEIRA PIRES CONFORTINI	OUTROS	CIRURGIÃO DENTISTA	confortinisilmara@gmail.com
30/08/2021 08:04	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	THIAGO DE SOUSA DOS SANTOS	CENTRO DE APOIO E DIAGNOSTICO MUNICIPAL	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	cadim.sesau@gmail.com

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 08:04	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ROSANGELA DA FONSECA SANDIM FERREIRA	SESAU USF MANOEL SECCO THOME INDUBRASIL	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	Ubsindubrasil.dso@gmail.com
30/08/2021 08:05	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	HEVERLYN AMORIM DE SÁ VAZ	SESAU USF DR JOAO MIGUEL BASMAGE ESTRELA DALVA	DIRETOR ADMINISTRATIVO	Heverlynvaz@gmail.com
30/08/2021 08:05	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	PAULO JOSÉ BARAÚNA ALVES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	paulobarauna32@gmail.com
30/08/2021 08:05	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LIANA ANDREA TAKAHASHI	OUTROS	CIRURGIÃO DENTISTA	liana.tk@outlook.com
30/08/2021 08:06	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ALYNE LOPES BELINI	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	alyne_belini@hotmail.com
30/08/2021 08:07	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	KATIUCHA MENDES DE MENEZES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	katiuchamendesenf@gmail.com
30/08/2021 08:07	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	RAYNIARA MARTINS REZENDE	SESAU USF JARDIM NOROESTE	ENFERMEIRO	rrayniara@gmail.com
30/08/2021 08:07	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	PATRÍCIA NASCIMENTO DOS REIS	OUTROS	DIRETOR ADMINISTRATIVO	patricia.bgtelecom@gmail.com
30/08/2021 08:08	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCIA APARECIDA LACERDA SOARES	SESAU USF DR EVANDRO M DE ARRUDA DOM ANTONIO	DIRETOR ADMINISTRATIVO	marciaaparecidalacerda@gmail.com
30/08/2021 08:08	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	HENA DIANNA LOPES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	henadianna@gmail.com
30/08/2021 08:10	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	FABIANE MARQUE NEVES DITTMAR DUARTE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	fabianedittmar@gmail.com
30/08/2021 08:11	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUIZA RIBEIRO GONÇALVES	OUTROS	OUTROS	luizaribeirogoncalves@gmail.com
30/08/2021 08:12	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARLI DO NASCIMENTO	OUTROS	OUTROS	marlidonascimento@yahoo.com.br
30/08/2021 08:12	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARIA LEONETE SIMIOLI	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE SOCIAL	netesimioli@gmail.com
30/08/2021 08:13	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DEBORA EMIKO AOKI MASCARENHAS	OUTROS	ENFERMEIRO	distritoanhanduizinho@gmail.com
30/08/2021 08:13	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	WALKÍRIA MONTE TEIXEIRA CAYRES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	gerart.sesau@gmail.com
30/08/2021 08:14	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GABRIELA CRESPI	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	gabi_crespi@hotmail.com
30/08/2021 08:14	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JULIANA DE WERK	OUTROS	PSICÓLOGO	juliana_psico@hotmail.com
30/08/2021 08:15	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	THIAGO RIBEIRO DOS SANTOS	SESAU USF NOVA ESPERANCA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Thiago_dosantos2005@hotmail.com

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 08:15	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CIBELE EUNICE DA CRUZ	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	cibeleeunice@gmail.com
30/08/2021 08:15	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUCAS TADEU DE OLIVEIRA MACIEL	OUTROS	PSICÓLOGO	lucastadeums@gmail.com
30/08/2021 08:16	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	NEIDE MARIA DA SILVA CRUZ	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	NUTRICIONISTA	neidecrianca1212@gmail.com
30/08/2021 08:17	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	RUBENS HONÓRIO ALCANTARA	SESAU USF DR EVANDRO M DE ARRUDA DOM ANTONIO	OUTROS	rubensalcantara04@gmail.com
30/08/2021 08:19	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCELA RODRIGUES CARNEIRO	SESAU USF DR SUMIE IKEDA RODRIGUES SERRADINHO	ASSISTENTE SOCIAL	marcela.rod.car@hotmail.com
30/08/2021 08:19	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MICHELA PAULA PIMPINATTI MAURO	COORDENADORIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	ENFERMEIRO	mppmauro@gmail.com
30/08/2021 08:21	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	TANIA MARCIA CHAVES C. DANTAS	OUTROS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	taniamarciachaves@gmail.com
30/08/2021 08:21	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	KEILA BARRETO ARAÚJO QUADROS	CEREST REGIONAL DE CAMPO GRANDE	ASSISTENTE SOCIAL	keilalevita1@gmail.com
30/08/2021 08:21	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	EDUARDO ANTONIO LEME CABRAL	OUTROS	OUTROS	edulemecabral@hotmail.com
30/08/2021 08:22	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	IONISE CATARINA DE O PIAZZI	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	DIRETOR ADMINISTRATIVO	ionise.sesau@gmail.com
30/08/2021 08:24	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CLAUDIA DE OLIVEIRA	OUTROS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	supervisoracsanhandui@gmail.com
30/08/2021 08:25	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	YASMIN MEDEIROS GOMES	SESAU USF DR ADEMAR GUEDES DE SOUZA MATA DO JACINTO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	yasmin.medeiiros@hotmail.com
30/08/2021 08:27	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JULIANA RESENDE ARAUJO	COORDENADORIA DE CONTROLE DE ZOONOSES E BEM ESTAR ANIMAL	MÉDICO VETERINÁRIO	julianara.vet@gmail.com
30/08/2021 08:28	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	VÂNIA JACKELINE RAMOS	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III VILA MARGARIDA	ENFERMEIRO	vaniajackelineramos@gmail.com
30/08/2021 08:29	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GILSON DOS SANTOS MENEZES	OUTROS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	gilsonsaint@hotmail.com
30/08/2021 08:29	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARIANA LOPES SOARES DO T	SESAU UBS DR NICOLAU FRAGELLI LAR DO TRABALHADOR	ENFERMEIRO	Ubslardotrabalhador@gmail.com
30/08/2021 08:29	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ISIS ROSA PENTEADO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	Isisrosapenteado@gmail.com

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 08:29	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	TAYANE VIEIRA RAMOS DE ALENCAR	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	DIRETOR ADMINISTRATIVO	tayalencar13@gmail.com
30/08/2021 08:29	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GEIZE ROCHA MACEDO DE SOUZA	COORDENADORIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	ENFERMEIRO	geize01@yahoo.com.br
30/08/2021 08:30	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUIZ CARLOS RODRIGUES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	TÉCNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	makarrao33@hotmail.com
30/08/2021 08:30	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCIO AURÉLIO GONÇALVES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	marcioaurelio.com@gmail.com
30/08/2021 08:30	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SYLVIA APPARECIDA DOS SANTOS FEITOSA	SESAU USF DR FERNANDO DE ARRUDA TORRES JOSE TAVARES	PSICÓLOGO	nhanony@bol.com.br
30/08/2021 08:30	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUCILÉA REZENDE	OUTROS	PSICÓLOGO	psicolea@yahoo.com.br
30/08/2021 08:31	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MÁRCIO LUIZ DE SOUZA GODOY	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III VILA MARGARIDA	PSICÓLOGO	Marcio_psyco@hotmail.com
30/08/2021 08:32	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	FLÁVIA DA SILVA LIRA OCAMPOS DE SOUZA	SESAU USF DRA MARLY ANNA TATTON BERG G PEREIRA MARABA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Jdmaraba2013@gmail.com
30/08/2021 08:32	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ENELITA MAZON	CEREST REGIONAL DE CAMPO GRANDE	OUTROS	e-mazon@hotamil.com
30/08/2021 08:33	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUCIANE DE MATOS NANTES COSTADELE	OUTROS	OUTROS	quecidadaoeuqueroser@gmail.com
30/08/2021 08:33	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARTA DE SOUSA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	martapleiria@gmailcom
30/08/2021 08:34	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCIA MARIA PEREIRA BARBOSA	SESAU CF DRA MARCIA DE SA EARP NOVA LIMA	ASSISTENTE SOCIAL	bmarcia13@gmail.com
30/08/2021 08:34	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SANDRA VALDIVINA DOS SANTOS SILVA	SESAU USF ANA MARIA DO COUTO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	nursesandraval@gmail.com
30/08/2021 08:34	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ELAINE CARDOSO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	elainecmofisio@gmail.com
30/08/2021 08:35	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	REGIANE BARBOSA	CEREST REGIONAL DE CAMPO GRANDE	OUTROS	rebasi2@hotmail.com
30/08/2021 08:36	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DÉBORA ANTUNES FERREIRA	CEREST REGIONAL DE CAMPO GRANDE	ENFERMEIRO	cerest.daf@gmail.com
30/08/2021 08:36	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	RAIDEN GLAURA ANDELUCCI NERY NERY	SESAU USF DR SYRZIL WILSON MAKSOUD SIRIO LIBANES	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	raiden.nery@gmail.com

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 08:36	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	THAYS LUANA DA CRUZ	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	sdmulhercg@gmail.com
30/08/2021 08:37	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MERLIN SOARES GARCIA	SESAU USF DR JURANDYR DE CASTRO COIMBRA ZE PEREIRA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	usfzepereira.dsi@gmail.com
30/08/2021 08:38	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARINALVA REGINALDO DA SILVA	UNIDADE BASICA SAUDE	ENFERMEIRO	nalvinha_4m@hotmail.com
30/08/2021 08:40	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARGARETE KNOCH	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	Margarete.knoch@gmail.com
30/08/2021 08:40	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	PATRICIA DE SOUZA CAMPOS FIORINI	COORDENADORIA DE CONTROLE DE ZOONOSES E BEM ESTAR ANIMAL	OUTROS	patriciacamposfiorini@gmail.com
30/08/2021 08:41	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ELISÂNGELA FICAGNA	OUTROS	PSICÓLOGO	angacife@hotmail.com
30/08/2021 08:41	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUCYANA CONCEIÇÃO LEMES JUSTINO	OUTROS	ENFERMEIRO	lucyanacg@gmail.com
30/08/2021 08:45	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JULIANA SANTOS NUNES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	juliananunes061989@gmail.com
30/08/2021 08:45	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LEANDRO GALINDO MARTINS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	FONOAUDIOLOGO EM AUDIOLOGIA	leandrogmartins82@gmail.com
30/08/2021 08:45	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ESMERALDA MARTINS MONTEIRO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	esmeraldamonteiro123@hotmail.com
30/08/2021 08:46	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DAVID CHADID WARPECHOWSKI	OUTROS	CIRURGIÃO DENTISTA	davidchadid@gmail.com
30/08/2021 08:46	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DANIEL KIOZO SAITO	OUTROS	OUTROS	mestredks@gmail.com
30/08/2021 08:46	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SELVA ROSENIR DE VILHALBA SOUZA	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III VILA MARGARIDA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	selvarosenir@gmail.com
30/08/2021 08:46	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ADILSON CESAR BERALDO NOME	OUTROS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Contabilbetel1967@gmail.com
30/08/2021 08:47	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ELISANGELA FERNANDA DE MELO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	elisafermelo@hotmail.com
30/08/2021 08:47	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ANA PAULA DE CARVALHO SILVA	SESAU CF DR MAURO R BARROS WANDERLEY IRACY COELHO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	paulafamiliacohab2015@gmail.com
30/08/2021 08:49	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARIA ERCILIA GONÇALVES DE OLIVEIRA	SESAU USF ANA MARIA DO COUTO	OUTROS	mariaerc@gmail.com
30/08/2021 08:49	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LILIAN APARECIDA DA SILVA	SESAU USF DR MILTON KOJO CHINEN VILA NASSER	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	csnasser10@gmail.com

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 08:51	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	FRANCESCA LEITE DA SILVA	SESAU UBS DR VESPASIANO BARBOSA MARTINS VILA POPULAR	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	franceskleite@gmail.com
30/08/2021 08:52	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	EDNEIDE ALVES DE ALENCAR ROSA	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III VILA MARGARIDA	ASSISTENTE SOCIAL	edneiderosa@uol.com
30/08/2021 08:52	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JOSIMARA PASQUALINI RIBEIRO REESE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE SOCIAL	asjp1975@gmail.com
30/08/2021 08:52	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARIANA PALMEIRA MARTINEZ	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MARI_PMARTINEZ@HOTMAIL.COM
30/08/2021 08:52	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MICHELY NANTES MEDEIROS	SESAU USF DR BENTO DE ASSIS MACHADO ANHANDUI	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	michely.marykay.nantes@gmail.com
30/08/2021 08:53	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JESSIKA RIBEIRO MIMOSO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	jessikaribeiro07@hotmail.com
30/08/2021 08:53	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LAISA THAIS DE OLIVEIRA ANDREOLI	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	OUTROS	Laisa.elton@gmail.com
30/08/2021 08:53	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CAIO CESAR MONTEIRO AGUIRRE	OUTROS	OUTROS	ipeeducacional@gmail.com
30/08/2021 08:54	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	TAIANA VILELA RONDON	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III VILA MARGARIDA	PSICÓLOGO	taianarondon@hotmail.com
30/08/2021 08:54	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GLÓRIA DE ARAÚJO PEREIRA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	gloriagap@gmail.com
30/08/2021 08:56	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GENI TERESINHA MENEGOTTO ASATO	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE	ENFERMEIRO	geniasato@gmail.com
30/08/2021 08:56	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CATIA REGINA DAMASCENO	OUTROS	PSICÓLOGO	catiacomc@bol.com.br
30/08/2021 08:57	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	FATIMA BARBOSA DA SILVA	SESAU CF DR MAURO R BARROS WANDERLEY IRACY COELHO	DIRETOR ADMINISTRATIVO	gerencia.iracy@gmail.com
30/08/2021 08:59	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	PATRICIA COSTA IRALA	SESAU USF PEDRO FELIX DE SOUZA PARADISO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	ubsfparadiso@gmail.com
30/08/2021 08:59	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	EDIOMAR SILVEIRA	SESAU USF HERBERTO CALADO REBELO AERO ITALIA	OUTROS	edisilveira3@gmail.com
30/08/2021 09:00	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	PRISCILLA ARASHIRO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	prishira@icloud.com
30/08/2021 09:00	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ELIVANE APARECIDA DE OLIVEIRA SANDIM	OUTROS	PSICÓLOGO	distritosegredo@gmail.com

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 09:00	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ROSEMARI ASSUNÇÃO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	OUTROS	das.sesau.pmcg@gmail.com
30/08/2021 09:00	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCOS JOSÉ CARDOSO RONDON	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III VILA MARGARIDA	FARMACÊUTICO	marcos.rondon1@gmail.com
30/08/2021 09:02	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GABRIEL MARQUES LIMA DE ANDRADE	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III VILA MARGARIDA	PSICÓLOGO	gabriel_psic@hotmail.com
30/08/2021 09:02	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ANA PAULA MUNHOZ	SESAU USF DR BENJAMIM ASATO PARQUE DO SOL	CIRURGIÃO DENTISTA	anapmfgundes@gmail.com
30/08/2021 09:04	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JAIR MORENO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	jair1972morenog@gmail.com
30/08/2021 09:05	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ROSANGELA RODRIGUES DOBBRO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	rdobbro10@gmail.com
30/08/2021 09:06	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JEANNE KEILA DE ALMEIDA SILVA MORAIS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	OUTROS	Jeannekeila@hotmail.com
30/08/2021 09:06	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JOSIMAR CORVALÃ DOS SANTOS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	PSICÓLOGO	corv4l4@gmail.com
30/08/2021 09:07	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ÉRIKA MIDORI NAGAYA TAKASE	OUTROS	CIRURGIÃO DENTISTA	odontodsn@gmail.com
30/08/2021 09:07	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCELE LUCIANE GIMENES COUTO	CEM CENTRO ESPECIALIZADO MUNICIPAL PRES JANIO QUADROS	ENFERMEIRO	progcentro@gmail.com
30/08/2021 09:07	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GILMAR TREVIZAN	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	CIRURGIÃO DENTISTA	trevizan .gilmar@gmail.com
30/08/2021 09:08	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ALEXANDRE CORRÊA DOS SANTOS OLIVEIRA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	FARMACÊUTICO	alecorrea096@gmail.com
30/08/2021 09:08	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	THIAGO DE FREITAS CARDOSO ABDO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	CIRURGIÃO DENTISTA	thiagoabdo@hotmail.com
30/08/2021 09:08	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JESSICA RESENDE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	jessicapriscila93@hotmail.com
30/08/2021 09:11	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CLAUDINEI FERRO SOUZA	SESAU USF ALFREDO NEDER COOPHAVILA II	ASSISTENTE SOCIAL	claudineiferro@hotmail.com
30/08/2021 09:11	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SUELI APARECIDA BATISTA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE SOCIAL	sueliaparecida.batista@gmail.com
30/08/2021 09:12	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ANA NASCIMENTO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	Anabeatriz_nishimoto@hotmail.com
30/08/2021 09:12	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	FÁBIO TAVARES DA LUZ	OUTROS	OUTROS	sanunca@bol.com.br

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 09:12	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GILSE MARIA TEDESCO DE CARVALHO	SESAU USF UBS DR OLIMPIO CAVALHEIRO COHAB	PSICÓLOGO	gilse.tedesco@gmail.com
30/08/2021 09:13	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JEANE FREITAS DE JESUS	SESAU USF AQUINO DIAS BEZERRA VIDA NOVA	OUTROS	freitasjehh6@gmail.com
30/08/2021 09:13	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	EDUARDO AUGUSTO DE PAULA BARZOTTO	OUTROS	CIRURGIÃO DENTISTA	barzotto_6@hotmail.com
30/08/2021 09:16	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARLENE THOMAZ PONTES	OUTROS	OUTROS	marlenethpontes@hotmail.com
30/08/2021 09:16	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	TALITA KELE ALVES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	MÉDICO CLÍNICO	talitakele_alves@hotmail.com
30/08/2021 09:16	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	WILLIAM CAVALCANTE GODOY	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	CIRURGIÃO DENTISTA	diretoria.dscen@gmail.com
30/08/2021 09:18	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JACKELINA DE LIMA	OUTROS	ENFERMEIRO	jacke.lina@hotmail.com
30/08/2021 09:18	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CAMILA JARA	OUTROS	OUTROS	politicaspublicas@camilajara.com.br
30/08/2021 09:19	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GILVANIA FICAGNA	CEM CENTRO ESPECIALIZADO MUNICIPAL PRES JANIO QUADROS	ENFERMEIRO	gilvaniaficagna123@hotmail.com
30/08/2021 09:19	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JONATHAN BALTA	SESAU USF NOVA BAHIA	OUTROS	Usfnivabahia@gmail.com
30/08/2021 09:19	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	EDUARDO GODOY DA ROCHA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	PSICÓLOGO	eduardog.darocha@gmail.com
30/08/2021 09:20	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SIRLEI SANTIN	SESAU USF BENEDITO MARTINS GONCALVES OLIVEIRA II	ASSISTENTE SOCIAL	saletesantin@hotmail.com
30/08/2021 09:21	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LUCIANA ROCHA DA SILVA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	lurochas1@hotmail.com
30/08/2021 09:21	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	NEUZA SOCORRO DA SILVA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	OUTROS	neuzasocorro1963@hotmail.com
30/08/2021 09:21	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARILENE DA SILVA PEREIRA	SESAU UBS ENG ARTHUR HOKAMA DONA NETA GUANANDI	OUTROS	ubsgua@gmail.com
30/08/2021 09:21	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ANE MILENA MACEDO DE CASTRO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	anemilenamacedoc@gmail.com
30/08/2021 09:22	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DIONY BASÍLIO DE SOUZA BRANDÃO	SESAU USF DR BENTO DE ASSIS MACHADO ANHANDUI	ASSISTENTE SOCIAL	dionybasilio@gmail.com
30/08/2021 09:22	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	YUSSEF DOUEIDAR FIGLIOLIA	CEM CENTRO ESPECIALIZADO MUNICIPAL PRES JANIO QUADROS	DIRETOR ADMINISTRATIVO	cem.sesau@gmail.com

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 09:24	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CAROLINA RODRIGUES FERREIRA DA CONCEIÇÃO	SESAU USF AQUINO DIAS BEZERRA VIDA NOVA	DIRETOR ADMINISTRATIVO	carolina_rodriguesfc@hotmail.com
30/08/2021 09:25	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ALANA GISELE GALEANO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	NUTRICIONISTA	aps.sesau@gmail.com
30/08/2021 09:25	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	BRUNA DAIGE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE SOCIAL	nasf.sesau@gmail.com
30/08/2021 09:25	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SHEILA FRANCISCA DE JESUS	SESAU UBS DR JOAO PEREIRA DA ROSA AERO RANCHO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	sheilajesusss@gmail.com
30/08/2021 09:27	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JOANNA D ARC LUCIANA DE SOUZA ALMEIDA DE OLIVEIRA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	FARMACÊUTICO	joannavitor@yahoo.com.br
30/08/2021 09:27	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	CLAUDIO FRANCISCO BERNARDINIS JUNIOR	CENORT CENTRO ORTOPEDICO MUNICIPAL	OUTROS	cenort.sesau@gmail.com
30/08/2021 09:30	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	YAMA ALBUQUERQUE HIGA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ENFERMEIRO	urgcapital@gmail.com
30/08/2021 09:30	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	JUSCIMEIRE MACIEL DA SILVA	OUTROS	OUTROS	meiremaciel18@gmail.com
30/08/2021 09:33	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ROZELI DOS SANTOS LISBOA FERREIRA	SESAU USF DR ANTONIO PEREIRA TIRADENTES	PSICÓLOGO	rozelilisboa2010@gmail.com
30/08/2021 10:14	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCELA LOMBELLO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	PSICÓLOGO	Marcelalombello.ml@gmail.com
30/08/2021 10:37	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCOS FERREIRA DIAS	CRS DR GUINTER HANS NOVA BAHIA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	marcosferreira12319@hotmail.com
30/08/2021 10:46	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MILENA OLIVEIRA LOPES CANDIA	SESAU USF DR JURANDYR DE CASTRO COIMBRA ZE PEREIRA	PSICÓLOGO	mioliveiralopes@yahoo.com.br
30/08/2021 10:46	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCELA LOMBELLO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	PSICÓLOGO	Marcelalombello.ml@gmail.com
30/08/2021 10:56	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SANDRA MARA MARTINS DOS SANTOS	SESAU USF PEDRO FELIX DE SOUZA PARADISO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	Sandra.abner87@gmail.com
30/08/2021 10:56	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	LETÍCIA ALVES	SESAU USF MESTRE JOSE ALBERTO VERONESE SEMINARIO	PSICÓLOGO	ubsfsemimario@gmail.com
30/08/2021 10:59	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DAVI DA COSTA TEIXEIRA	OUTROS	OUTROS	davicostactd@hotmail.com
30/08/2021 11:04	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARLY CAMPOS DO NASCIMENTO SOUZA	OUTROS	OUTROS	Mcamposnsouza@gmail.com
30/08/2021 11:04	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GEIZE ROCHA MACEDO DE SOUZA	COORDENADORIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	ENFERMEIRO	geize01@yahoo.com.br

Data Participação	Evento | Web Aula	Participante	Instituição	Profissão	Email
30/08/2021 11:04	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	SYLVIA APPARECIDA DOS SANTOS FEITOSA	SESAU USF DR FERNANDO DE ARRUDA TORRES JOSE TAVARES	PSICÓLOGO	nhanony@bol.com.br
30/08/2021 11:05	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARCO AURELIO DE ALMEIDA SOARES	CTA CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	OUTROS	hallymarco@gmail.com
30/08/2021 11:06	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	ARIANE DE SOUZA BARBOSA	OUTROS	PSICÓLOGO	psicoarianebarbosa@gmail.com
30/08/2021 11:11	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	GISELE DOS SANTOS ARISTIMUNHA TAMBOSI	CEM CENTRO ESPECIALIZADO MUNICIPAL PRES JANIO QUADROS	PSICÓLOGO	giselearistimunha@hotmail.com
30/08/2021 11:16	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	WALKÍRIA MONTE TEIXEIRA CAYRES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	gerart.sesau@gmail.com
30/08/2021 11:19	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	THIAGO RIBEIRO DOS SANTOS	SESAU USF NOVA ESPERANCA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Thiago_dosantos2005@hotmail.com
30/08/2021 11:26	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MARTA DE MELO OLIVEIRA E SILVA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	FONOAUDIOLOGO GERAL	martacgde@gmail.com
30/08/2021 11:34	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	DAVID CHADID WARPECHOWSKI	OUTROS	CIRURGIÃO DENTISTA	davidchadid@gmail.com
30/08/2021 11:54	Audiência Pública - Proposta para Plano Municipal de Saude - MS 2022-2025	MERLIN SOARES GARCIA	SESAU USF DR JURANDYR DE CASTRO COIMBRA ZE PEREIRA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	usfzepereira.dsi@gmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERITENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO - GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
SESAU.EP.RG02.FOLHA DE FREQUENCIA MODELO_VERSAO 02

SUS

EVENTO: Audiência Pública Virtual para elaboração de propostas do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 de Campo Grande – MS.

DATA E TURNO: 30/08/2021 - Matutino

LOCAL: Auditório do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande - IMPCG

É OBRIGATÓRIO O NOME POR EXTENSO E EM LETRA DE FORMA

NOME	CADASTRO / VINCULO	CARGO	LOTAÇÃO	REGISTRO PROFISSIONAL	CELULAR	ASSINATURA:
Representante SESAU						
01- José Mauro de Pinto Castro Filho						
E-mail						
02- Rogério Márcio Alves Souto						
Representante da Mesa Diretora – Conselho Municipal de Saúde (CMS)						
03- Maria Auxiliadora Ribeiro Vilalba Fortunato						
E-mail						
04 - Josimar Corvalã dos Santos						
Representante do Fórum Permanente das Entidades Representativas dos usuários do Sistema único de Saúde de Campo Grande - FORSUS						
05- Sebastião de Campo Arinos Júnior						
E-mail						
06-						
Representante do Fórum Municipal dos Trabalhadores em Saúde de Campo Grande - FONTES						
07- Paulo Godofredo Barbosa de Carvalho						
E-mail						
08- Elisangela Ficagna						
Representante Comissão Permanente de Saúde da Câmara Municipal de Vereadores						
09- Sandro Benites						
E-mail						
10- Beatriz de Almeida Guabiraba						

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERITENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO - GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
SESAU.EP.RG02.FOLHA DE FREQUENCIA MODELO_VERSAO 02

SUS

EVENTO: Audiência Pública Virtual para elaboração de propostas do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 de Campo Grande – MS.

DATA E TURNO: 30/08/2021 - Matutino

LOCAL: Auditório do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande - IMPCG

É OBRIGATÓRIO O NOME POR EXTENSO E EM LETRA DE FORMA — **ASSINATURA:**

NOME	CADASTRO/ VINCULO	CARGO	LOTAÇÃO	REGISTRO PROFISSIONAL	CELULAR	
Representante da COORDENADORIA-GERAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO PARTICIPATIVA - CGEP						
11- Paulo Sérgio Iglessias						
E-mail						
12-						
Representante da COORDENADORIA-GERAL FINANCEIRA - CGF						
13- Elias Reis de Souza						
E-mail						
14 –						
Representante da COORDENADORIA-GERAL DE SUPORTE TECNOLOGICO E INFORMAÇÃO - CGSTI						
15- Suzeli Bobadilha Lima da Silva						
E-mail						
16-						
Representante da OUVIDORIA DA SAÚDE						
17- Sonia Maria Correia dos Santos						
E-mail						
18-						
Representante da SUPERINTENDÊNCIA DE ECONOMIA EM SAÚDE - SUPES						
19- Claudioney de Matos Ramos						
E-mail						
20-						
E-mail						

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERITENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO - GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
SESAU.EP.RG02.FOLHA DE FREQUENCIA MODELO_VERSAO 02

SUS

EVENTO: Audiência Pública Virtual para elaboração de propostas do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 de Campo Grande – MS.

DATA E TURNO: 30/08/2021 - Matutino

LOCAL: Auditório do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande - IMPCG

É OBRIGATÓRIO O NOME POR EXTENSO E EM LETRA DE FORMA

NOME	CADASTRO/ VINCULO	CARGO	LOTAÇÃO	REGISTRO PROFISSIONAL	CELULAR	ASSINATURA:
Representante da SUPERINTENDÊNCIA DA REDE ASSISTÊNCIA - SRAS						
21- Ana Paula Gonçalves de Lima Resende	353295	Sup.	SRAS		99961 2711	
E-mail						
22-						
Representante da SUPERINTENDÊNCIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS DE SAÚDE - SUPRIS						
23- Eliana Amaral Dalla Nora Franco						
E-mail						
24 –						
Representante da SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO - SGTE						
25- Eduardo Luis Mense Rodrigues						
E-mail						
26-						
Representante da SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SVS						
27- Veruska lahdo						
E-mail						
28-						
Representante da SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO CUIDADO – SGC						
29- Marcos Rodrigues Marques	419535	Sup.	SGC			
E-mail						
30-						
E-mail						

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERITENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO - GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
SESAU.EP.RG02.FOLHA DE FREQUENCIA MODELO_VERSAO 02

SUS

EVENTO: Audiência Pública Virtual para elaboração de propostas do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 de Campo Grande – MS.

DATA E TURNO: 30/08/2021 - Matutino

LOCAL: Auditório do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande - IMPCG

É OBRIGATÓRIO O NOME POR EXTENSO E EM LETRA DE FORMA

NOME	CADASTRO/ VINCULO	CARGO	LOTAÇÃO	REGISTRO PROFISSIONAL	CELULAR	ASSINATURA:
Representante da COORDENADORIA ESPECIAL DE MANUTENÇÃO E OBRAS - CEMO						
31- Bruno Marques Rocha						
E-mail						
32-						
Representante da COORDENADORIA-GERAL JURÍDICA						
33- Eliasze Luizo Guimarães Júnior	362395/2	CGJ	CGJ	145760/MS	992925969	
E-mail jn84 guimaraes@gmail.com						
34 – Walkiria M T Cayres						
E-mail Wal.teixeira@gmail.com						Walkiria M T Cayres
35- Emerson Fernando da J. C	5.4960	Tec. Jud	SETIC			
E-mail						
36- Bruna R. Zavitucha Coelho	OUVIDORIA					
E-mail						
37- Juliana S. Nunes						
E-mail						
38- Ana Maria de Freitas Pulquinio	GACS					
E-mail						
39- Bianca Fernanda da Silva	GACS.					Bianca
E-mail						
40- Fernanda Bracchino Barbosa	GCO/SUPES					
E-mail						
32- Olivia Rojas Montoro						

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERITENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO - GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
SESAU.EP.RG02.FOLHA DE FREQUENCIA MODELO_VERSAO 02

SUS

EVENTO: Audiência Pública Virtual para elaboração de propostas do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 de Campo Grande – MS.

DATA E TURNO: 30/08/2021 - Matutino

LOCAL: Auditório do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande - IMPCG

É OBRIGATÓRIO O NOME POR EXTENSO E EM LETRA DE FORMA

NOME	CADASTRO/ VINCULO	CARGO	LOTAÇÃO	REGISTRO PROFISSIONAL	CELULAR	ASSINATURA:
31- Jessica Pinsello Resende Kogadkas	418065	Enf.		Coren-MS (02)	99176 6494	
E-mail						
32- Michael Gomes Fonseca	419930	TSXSUS			67 9976 5658	
33- RICARDO ALVES RIPASSI	0389820	MEDICO		6393		
E-mail						
34 – Vanessa Socorro Silva	Cons.				92392203	
E-mail						
35- Silmara J.P. Imperiano	CMS					
E-mail						
36- Clayton Neves	O ESTADO				99217-2278	
E-mail						
37- VALENTIN MANIERI	O Estado				98412338	
E-mail						
38-						
E-mail						
39-						
E-mail						
40-						
E-mail						
32-						

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA	NOME MINISTRANTE CARIMBO, CADASTRO/VINCULO, CARGA HORÁRIA

SUS

OBS.: AS FOLHAS DE FREQÜÊNCIA DEVERÃO SER ENTREGUES NA GEP, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO MINISTRANTE E PELOS PARTICIPANTES DO CURSO.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/campo-grande_ms>.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan.

BRASIL. **Lei Complementar nº 181**, de 6 de maio de 2021. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 maio.

BRASIL. **Portaria nº 750**, de 29 de abril de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 maio.

BRASIL. **Lei nº 8.689**, de 27 de julho de 1993. Sistema Nacional de Auditoria - SNA.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS,** 1ª edição. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Usuário - Módulo Planejamento DigiSUS Gestor**, novembro de 2018. Disponível em http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/

BRASIL. Ministério da Saúde**. Nota Informativa nº 2/2018**, 21 de dezembro de 2019. CGAIG/DAI/SE/MS. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.467**, de 10 de julho de 2006.

BRASIL. Constituição Federal. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição Federal. **Decreto Federal nº 7508**, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde: Lei 8080/90.

BRASIL. Constituição Federal. **Lei nº 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1091**, de 27 de abril de 2017 estabelece que o planejamento do Sistema Único de Saúde deve partir da construção dos planos municipais de saúde.

BRASIL. Ministério. **Portaria nº 1.159**, de 01 de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 750**, Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 29 de abril de 2019. Diário Oficial da União – Seção 1. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação nº 1**, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União – Seção 1 – Suplemento - p.1. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019**,** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União – Seção 1. Brasília, DF, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222,** de 10 de dezembro de 2019**,** Institui os indicadores de pagamento do Programa Previne Brasil, Nota técnica n° 5/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, DF, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 20 DGIP/SE/MS**, de 03 de agosto de 2021, que revoga a Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, da Comissão Intergestores Tripartite(CIT), que trata do processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores.

CAMPO GRANDE. **Resolução SESAU nº 325 de 29 de Dezembro de 2016**. Instruções normativas do processo de trabalho do Sistema Municipal de Auditoria (SMA). Campo Grande - MS, 2016.

PMCG, Diário Oficial de Campo Grande nº 4.782. **Decreto Municipal nº 13.066,** de 23 de janeiro de 2017, que define que a Gerência de Regulação Hospitalar (GRH) está diretamente subordinada à Superintendência de Relações Institucionais em Saúde (SUPRIS).

CAMPO GRANDE. **Decreto Municipal nº 11.758**, de 14 de fevereiro de 2012. Sistema Municipal de Auditoria. Campo Grande - MS.

CAMPO GRANDE. **Decreto Municipal nº 512,** de 18 de fevereiro de 2020, institui o Programa de Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares.

CAMPO GRANDE. **Resolução SESAU nº 556,** de 18 de agosto de 2020, institui o Programa de Dispensação de Dispositivos de Gastrostomia.

PMCG, Diário Oficial de Campo Grande nº 6.406. **Decreto Municipal nº 14.883,** de 19 de janeiro de 2017.

CAMPO GRANDE. 8ª Conferência Municipal de Saúde **"Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS" –** Relatório Final, 2019.

CAMPO GRANDE. **Lei Municipal nº 10.275**, Institui Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande – MS.

PMCG, Diário Oficial de Campo Grande n°. 6.406. **Decreto n. 14.883 de 3 de setembro de 2021, Estrutura Básica da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU**, Campo Grande - MS, 2021.

CAMPO GRANDE. **Resolução SESAU nº 599**, de 14 de setembro de 2020, que rege sobre o fluxo de acesso ao serviço do Programa de Transporte Sanitário Eletivo (PTSE).

PMCG, Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano – PLANURB. **Perfil Socioeconômico de Campo Grande 2017**, 24ª edição, Campo Grande - MS, 2017.

Série Cadernos de Planejamento, v. 2 do ano 2009 – **"Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva"**, Instrumentos básicos.

PMCG, Diário Oficial de Campo Grande nº. 4.759. **Deliberação nº. 554 de 28 de dezembro de 2021, Conselho Municipal de Saúde**, Campo Grande, MS, 2016.

CAMPO GRANDE. **Decreto Municipal n° 345, 4 de agosto de 2017**, que regulamenta o Programa de Segurança do Paciente na Secretaria Municipal de Saúde e instituiu ações para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Plano de Segurança do Paciente em serviços de saúde.

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
(2022-2025)

José Mauro Pinto de Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

CAMPO GRANDE - MS, 03 de Dezembro de 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Bahia, 280 - Centro - CEP 79002-530
Telefone - (67) 3314-3000
(67) 2020-1550
Campo Grande – MS