



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂDIDO RODRIGUES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 A 2025

**CÂNDIDO RODRIGUES
2021**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Região Administrativa Central.....	12
Figura 2 - Pirâmide populacional do município de Fernando Prestes – DATASUS 2021	14
Figura 3 - Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) – Cândido Rodrigues 2000 a 2021.....	15
Figura 4 - Taxa de Fecundidade (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) – Cândido Rodrigues 2000 a 2021	16
Figura 5 - Número de Óbitos Residentes segundo faixa etária em Cândido Rodrigues	18
Figura 6 - Razão da Mortalidade Proporcional, Cândido Rodrigues	22
Figura 7 - Percentual de mortalidade geral segundo as oito principais causas de óbitos dos capítulos da CID-10, Cândido Rodrigues	24
Figura 8 - Percentual de gestantes adolescentes no município de Cândido Rodrigues	25
Figura 9 - Percentual de tipos de parto no município de Cândido Rodrigues	26
Figura 10 - Percentual de nº de consultas de pré-natal no município de Cândido Rodrigues	27
Figura 11 - Notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes de Cândido Rodrigues, período de 2010 a 2020.	30
Figura 12 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano de Cândido Rodrigues, período 2010 a 2021	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo de dados de território e população	13
Tabela 2 - Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária do município de Cândido Rodrigues	14
Tabela 3 - Óbitos segundo sexo de residentes de Cândido Rodrigues– DATASUS	17
Tabela 4 - Número de óbitos por faixa etária e ano de ocorrência do município de Cândido Rodrigues.....	17
Tabela 5 - Comparativo de Dados do município e Estado de São Paulo.....	19
Tabela 6 - Mortalidade geral segundo as oito principais causas de óbitos dos capítulos da CID-10, Cândido Rodrigues.....	23
Tabela 7 - Nascimentos por faixa etária materna de residentes em Cândido Rodrigues.....	25
Tabela 8 - Nascimentos por tipo de parto de residentes em Cândido Rodrigues	26
Tabela 9 - Percentual de natalidade segundo número de consultas de pré-natal de residentes em Cândido Rodrigues.....	27
Tabela 10 - Número de doenças de notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes de Cândido Rodrigues, período de 2010 a 2020.	28
Tabela 11 - Percentual de cobertura vacinal em menores de 1 ano de Cândido Rodrigues, período 2010 a 2021.....	31
Tabela 12 - Captação Ponderada do município de Cândido Rodrigues	47

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO	9
1.1. IDENTIFICAÇÃO	9
1.2. HISTÓRICO.....	9
1.3. CONDIÇÕES GEOGRÁFICAS.....	11
2. ANÁLISE SITUACIONAL.....	13
2.1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	13
2.1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO.....	13
2.1.2. PERFIL SOCIOECONÔMICO	19
2.1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	22
2.1.4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	33
2.1.4.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	34
2.1.4.2. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	36
2.1.4.2.1. SITUAÇÃO DO SERVIÇO MUNICIPAL DE VISA	37
2.1.4.2.2. ATUAÇÃO DO SERVIÇO MUNICIPAL DE VISA	38
2.1.4.2.3. PRIORIZAÇÃO DE ATIVIDADES PARA ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS.....	38
2.1.5. ATENÇÃO BÁSICA.....	39
2.1.6. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA.....	40
2.1.7. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	40
2.1.8. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	41
2.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	42
2.3. GESTÃO EM SAÚDE.....	44
2.3.1. PLANEJAMENTO	44
2.3.2. DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO	44
2.3.3. FINANCIAMENTO	44
2.3.3.1. PROGRAMA PREVINE BRASIL	46
2.3.3.2. INFORMATIZA APS	50

2.4. CORONAVÍRUS – COVID-19	50
3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	52
4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	72

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado como a maior política de inclusão social do Brasil. Nestes 20 anos de existência alcançou importantes conquistas para a população e vem se consolidando como um sistema universal e equânime, capaz de atender às necessidades em saúde de aproximadamente 180 milhões de brasileiros.

A Constituição Federal de 1988 trouxe cidadania à população ao estabelecer o direito universal à saúde como dever do estado, levando a construção de um sistema de saúde universal, descentralizado, participativo com controle social e que atenda a todos os brasileiros sem distinção, utilizando a lógica do cuidado que é um conceito ampliado de saúde, o qual não trata só a doença, mas também busca a prevenção, a qualidade de vida e o atendimento integral das necessidades de saúde da população.

A organização e gestão desse sistema é um processo, que se encontra em diferentes estágios, ao se comparar estados, regiões e municípios, ainda heterogêneos, tanto do ponto de vista epidemiológico como da própria estruturação e gestão dos serviços oferecidos à população.

São inegáveis os avanços alcançados pelo SUS, os quais repercutiram de forma muito importante sobre a saúde da população. A expansão da atenção primária, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população e a redução da mortalidade infantil são exemplos que atestam as conquistas já registradas. Há, todavia, enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

A descentralização efetiva, trazida com as diretrizes do SUS, está cada vez mais fortalecida, consolidada pelo PACTO PELA SAÚDE, (portaria. GM 699/2006). O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema

Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O gestor municipal reconhece a Atenção Básica como prioridade, colocando-a como foco de investimentos e com legitimação técnica e política; apontando diretrizes e estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica no município, sempre integrada com a região de saúde.

Esses esforços devem se traduzir na prática, na implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS (PLANEJASUS-2008).

O Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão tem por finalidade apoiar o gestor na condução do SUS, no âmbito do seu território, de modo a alcançar a efetividade esperada na melhoria da qualidade dos níveis de saúde de sua população e no aperfeiçoamento do Sistema, sendo estes instrumentos de gestão que visam o aprimoramento do Sistema de Saúde.

As discussões atuais entre os gestores de saúde, em cada nível de governo, apontam para que o Plano de Saúde, que é a base de todas as atividades e programações do SUS, deva ser compatível com o Plano Plurianual e com as anuais LDO e LOA. Nesse sentido, o Plano de Saúde é também plurianual, sendo operacionalizado por intermédio das Programações Anuais que, no tocante aos recursos financeiros necessários à sua consecução, devem manter igualmente a necessária uniformidade com a LDO e a LOA.

Enfim, o PPA, a LDO, a LOA, o Plano de Saúde e as Programações Anuais de Saúde são instrumentos que balizam a formulação de programações específicas de áreas técnicas, a exemplo das atuais PPI da assistência, da PPI da Vigilância em Saúde, da programação das DST/Aids, da atenção básica, da assistência farmacêutica, etc.

Diante da quantidade e complexidade das tarefas a serem realizadas, no processo de planejamento, algumas etapas são fundamentais, como a participação no diagnóstico, análise e entendimento do sistema, assim como a avaliação de suas capacidades. Dessa forma é possível definir metas e objetivos, assim como priorizar ações e equacioná-las de acordo com os recursos disponíveis.

Entendemos que a participação dos vários segmentos no processo de planejamento (usuários, trabalhadores e gestores) não finaliza com a apresentação desse instrumento, mas sim com a proposta de avaliação e monitoramento das ações, com efetiva participação de todos os envolvidos.

Com o olhar voltado para a melhoria da saúde pública, é necessário criar estratégias eficientes de acompanhamento, propiciando o uso correto dos instrumentos de gestão. É necessário assumir novas responsabilidades e o comprometimento com o cuidado da população que a equipe se propõe a assistir.

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO

1.1. Identificação

Município:	Cândido Rodrigues
Região Administrativa Central	
Região de Governo de Araraquara	
Aniversário:	18 de fevereiro
Santo Padroeiro:	Santo Antônio
Prefeito:	Fabricio Antônio Roncolli
Vice-Prefeito:	Dejalma Zacarin
Presidente da Câmara:	Marlon Henrique Bordenal de Oliveira
Endereço da Prefeitura:	Rua São Paulo, nº 321, Centro
Secretário de Saúde:	Cicera Silva Santana Valêncio
Endereço da Secretaria de Saúde:	Rua Brasilia, 250, Centro
Telefone/Fax:	(16) 3257-1280
E-mail:	sec.saude@candidorodrigues.sp.gob.br
Comissão Intergestores Regional	
DRS III	Araraquara - SP
Conselho Municipal de Saúde	
Presidente:	Cicera Silva Santana Valêncio
Endereço do CMS:	Rua Brasilia, 250, Centro
Telefone/Fax:	(16) 3257-1280
E-mail:	saudecandido@hotmail.com

1.2. Histórico

Cândido Rodrigues obteve sua emancipação político-administrativa em 18 de fevereiro de 1959, pela Lei Estadual nº 5285. Em 1 de janeiro de 1960 foi empossada a primeira câmara municipal, iniciando-se a 1ª Legislatura. Nesta ocasião, o mandato eletivo era para o período

de 1960 a 1963, oportunidade em que o prefeito era Coronio Civolani e o vice-prefeito Oscar Balduino. A câmara municipal tinha como presidente o vereador Anibal Vilafanha e os demais vereadores eram: Addo Del Grossi, Geraldo Sebastião Balduino, Italo Ferretti, Júlio Mancin, Líbero Formigoni, Nicola Natalicio, Onélio Michelutti e Valdemar Antonietto.

No início, quando era apenas um povoado e pertencia ao município de Taquaritinga, Cândido Rodrigues era conhecida por “Campin”, designação dada pelos colonos para identificar o local da propriedade de Saulle Borghi por onde passava a ferrovia, antiga Estrada de Ferro Araraquarense (EFA).

Em razão da dificuldade que os produtores agrícolas de “Campin” tinham para fazer escoar a produção, resolveu-se tentar fazer com que se instalasse uma nova parada de trem, a qual foi construída em área de terras doada por Saulle Borghi, que havia sido adquirida de João Prandi.

Na época, não era apenas Saulle Borghi quem pretendia uma nova parada de trens, também José Mongolini, Jeremias Carnelossi e os irmãos Credo, Benedito e Ernesto Civolani, pretendiam que a parada acontecessem em Icoarana, que era mais desenvolvida. O primeiro trem parou em Cândido Rodrigues em 8 de fevereiro de 1908, quando o povoado já se chamava Albuquerque Lins, em homenagem a Manuel Joaquim de Albuquerque Lins (20 de setembro de 1852 a 7 de janeiro de 1926), que foi o oitavo presidente do estado de São Paulo (1908/1912).

Somente mais tarde o local passou a ser conhecido por Cândido Rodrigues, em homenagem ao General Antônio Cândido Rodrigues (19 de julho de 1850 a 21 de outubro de 1934), que na época era secretário da Agricultura do Estado de São Paulo.

Antônio Cândido Rodrigues foi senador da República pelo estado de São Paulo e ministro da Agricultura no governo de Nilo Peçanha. Era engenheiro militar e foi voluntário na guerra do Paraguai. Morreu na cidade de São Paulo no dia 21 de outubro de 1934.

Acredita-se que o início da nova denominação tenha surgido quando Saulle Borghi e sua mulher registraram as primeiras escrituras de vendas de terrenos do loteamento da antiga Campin no cartório da cidade de Monte Alto. Há ainda registros mencionando a denominação com data de 20 de novembro de 1908. O distrito de Cândido Rodrigues foi criado pela Lei Estadual nº 1602, de 10 de outubro de 1918, pertencendo a Taquaritinga.

Em razão da nova parada de trens, o loteamento promovido por Saulle Borghi e seu filho deu início à construção de casas, a maioria de colonos italianos. Surge, então, fábrica de cerveja, hospedaria, comércio, farmácia, beneficiamento de café e arroz, moinho de fubá, de proprietários como Nicola Cosemiro, Luis e Auto Borghi, Francisco Barufaldi, Ettore Galgani, Ennio Montagnana, irmãos Negrelli etc.

Somente em 13 de junho de 1915 Cândido Rodrigues ganha a primeira capela, tendo Santo Antônio como Padroeiro. Em 1916 surge a iluminação pública e a primeira escola. Em 1917 instalava-se o Cartório da Paz.

1.3. Condições Geográficas

...

Figura 1 - Região Administrativa Central



Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico de São Paulo

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1. Condições de Saúde da população

2.1.1. Perfil Demográfico

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população.

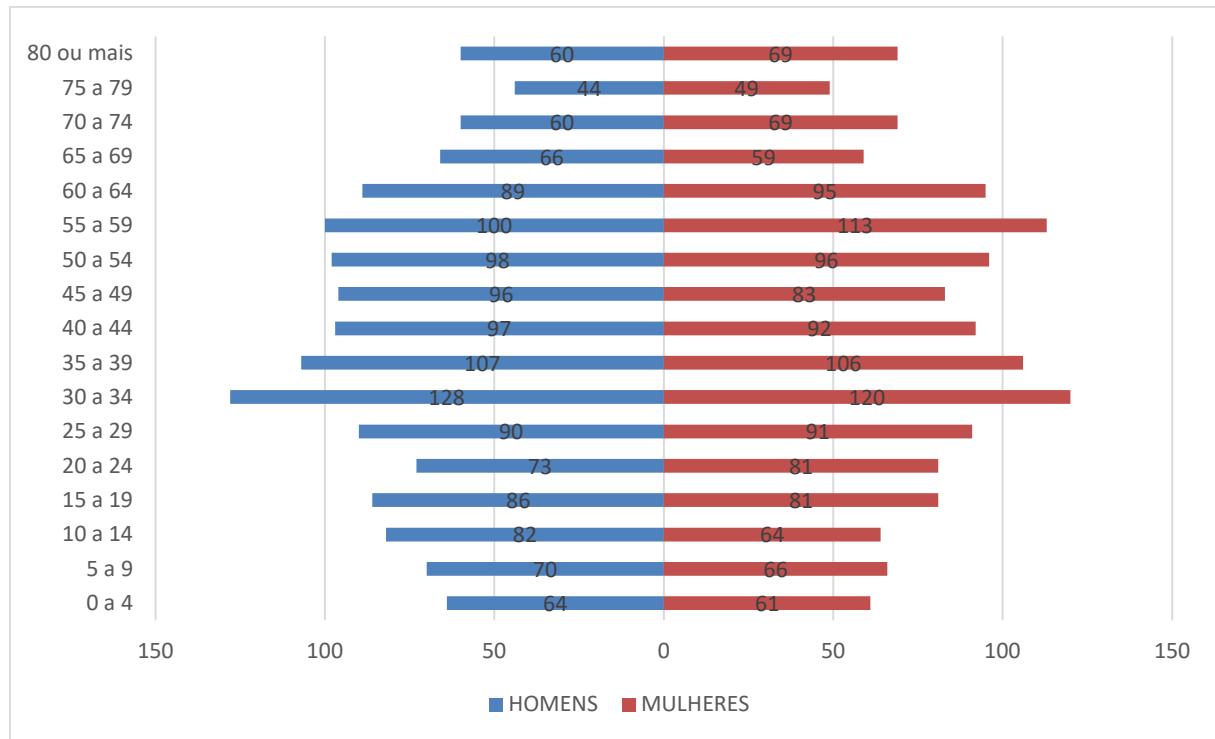
De acordo com Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população do Estado de São Paulo foi de 41.262.199 habitantes, enquanto que no município de Cândido Rodrigues o Censo foi de 2.668 habitantes. Estima-se que a população de Cândido Rodrigues de 2021 seja de 2.805 habitantes. De acordo com os dados do SEADE, Cândido Rodrigues tem uma densidade demográfica de 37,69 habitantes por km².

Tabela 1 - Comparativo de dados de território e população

Território e População	Ano	Município	Estado
Área (em km ²) (SEADE)	2021	70,89	248.219,94
População (IBGE)	2021	2.805	46.649.132
Densidade Demográfica (habitantes/km ²) (SEADE)	2021	37,69	180,86
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População – 2010/2021 (em % a.a.) (SEADE)	2021	0,01	0,78
Grau de Urbanização (em %) (SEADE)	2021	85,89	96,56
Índice de Envelhecimento (em %) (SEADE)	2021	159,90	83,88
População com Menos de 15 anos (em %) (SEADE)	2021	14,75	18,77
População com 60 anos e mais (em %) (SEADE)	2021	23,58	15,75
Razão de Sexos (SEADE)	2021	95,32	94,80

Fonte: IBGE/SEADE (2021)

Figura 2 - Pirâmide populacional do município de Cândido Rodrigues – DATASUS 2021



Fonte: DATASUS

A pirâmide populacional do município de Cândido Rodrigues apresenta uma pirâmide envelhecida, onde a base é mais estreita do que a classe dos adultos, refletindo uma diminuição da natalidade e um aumento da esperança média de vida.

Tabela 2 - Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária do município de Cândido Rodrigues

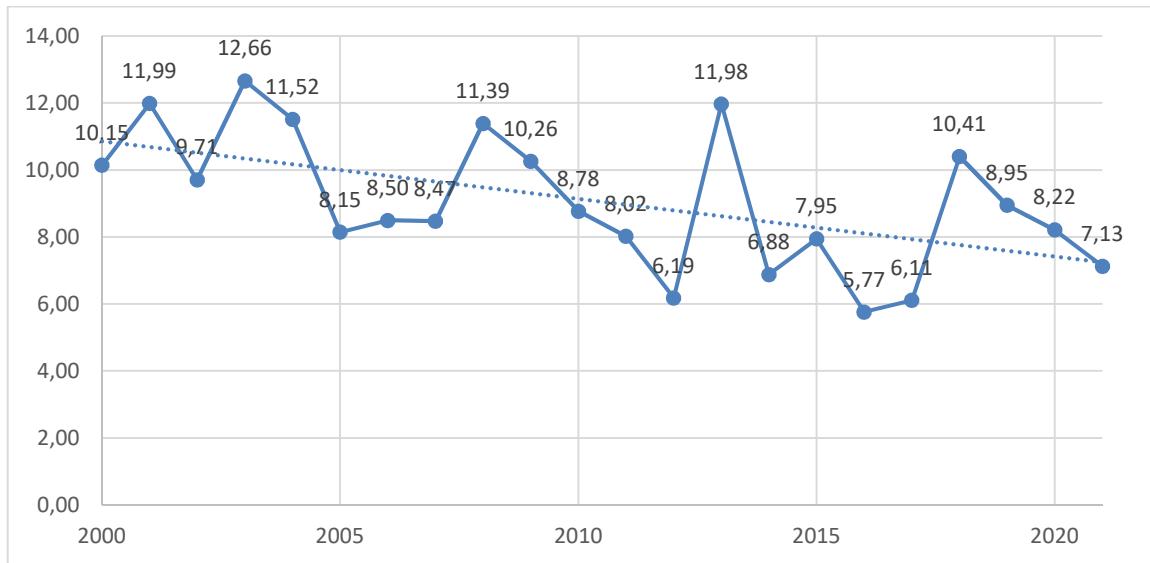
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0 a 4	64	61	125
5 a 9	70	66	136
10 a 14	82	64	146
15 a 19	86	81	167
20 a 24	73	81	154
25 a 29	90	91	181
30 a 34	128	120	248
35 a 39	107	106	213
40 a 44	97	92	189
45 a 49	96	83	179

50 a 54	98	96	194
55 a 59	100	113	213
60 a 64	89	95	184
65 a 69	66	59	125
70 a 74	60	69	129
75 a 79	44	49	93
80 ou mais	60	69	129
TOTAL	1.410	1.395	2.805

Fonte: DATASUS (2021)

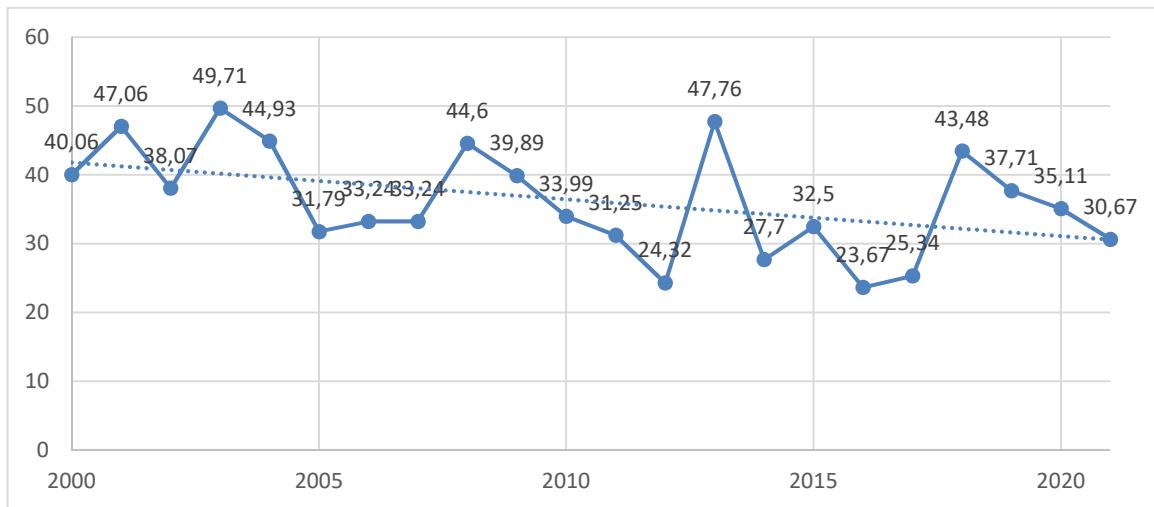
Em 2010, a população dependente (0-14 anos e acima de 64 anos) representava 44,25% do contingente em idade produtiva (15 a 64 anos), enquanto que em 2020 este indicador aumentou para 45,48%. No mesmo período, houve uma redução da população de 0 a 14 anos de 24,79% para 21,36%, e aumento da população de 65 anos e mais de 19,46% para 24,12%, em relação à população economicamente ativa. Essa configuração exige equilíbrio entre dois tipos de ação: utilização do excedente produtivo para garantir desenvolvimento sustentável e criação de mecanismos para atender as novas demandas de saúde para a população idosa.

Figura 3 - Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) – Cândido Rodrigues 2000 a 2021



Fonte: SEADE

Figura 4 - Taxa de Fecundidade (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) – Cândido Rodrigues 2000 a 2021



Fonte: SEADE

As transformações na estrutura etária de Cândido Rodrigues são reflexos da redução da natalidade e da fecundidade, bem como da redução da mortalidade, que resultam no aumento da expectativa de vida e consequentemente no incremento das parcelas mais idosas da população.

A taxa de natalidade representa o número de crianças que nascem por ano, para cada mil habitantes. A de fecundidade, por sua vez, é o número médio de filhos das mulheres durante o seu período reprodutivo, ou seja, o número médio de filhos por mil mulheres com idade de 15 a 49 anos. Esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população. Percebe-se que em Cândido Rodrigues tanto a taxa de Natalidade quanto a taxa de Fecundidade apresentam tendência de redução.

O valor de 2,1 filhos por mulher é a taxa considerada de reposição populacional, duas crianças substituem os pais e 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva. Em Cândido Rodrigues, a fecundidade é inferior a taxa de reposição, tendo atingido 0,03067 em 2021.

A taxa de mortalidade de residentes do município de Cândido Rodrigues no ano de 2020 foi de 10,8, enquanto no estado de São Paulo foi de 7,8.

Tabela 3 - Óbitos segundo sexo de residentes de Cândido Rodrigues– DATASUS

Sexo / Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Masculino	11	12	10	15	20	17	13	9	19	18	14
Feminino	11	4	12	2	7	12	12	14	8	11	13
Total	22	16	22	17	27	29	25	23	27	29	27

Fonte: SES/SP

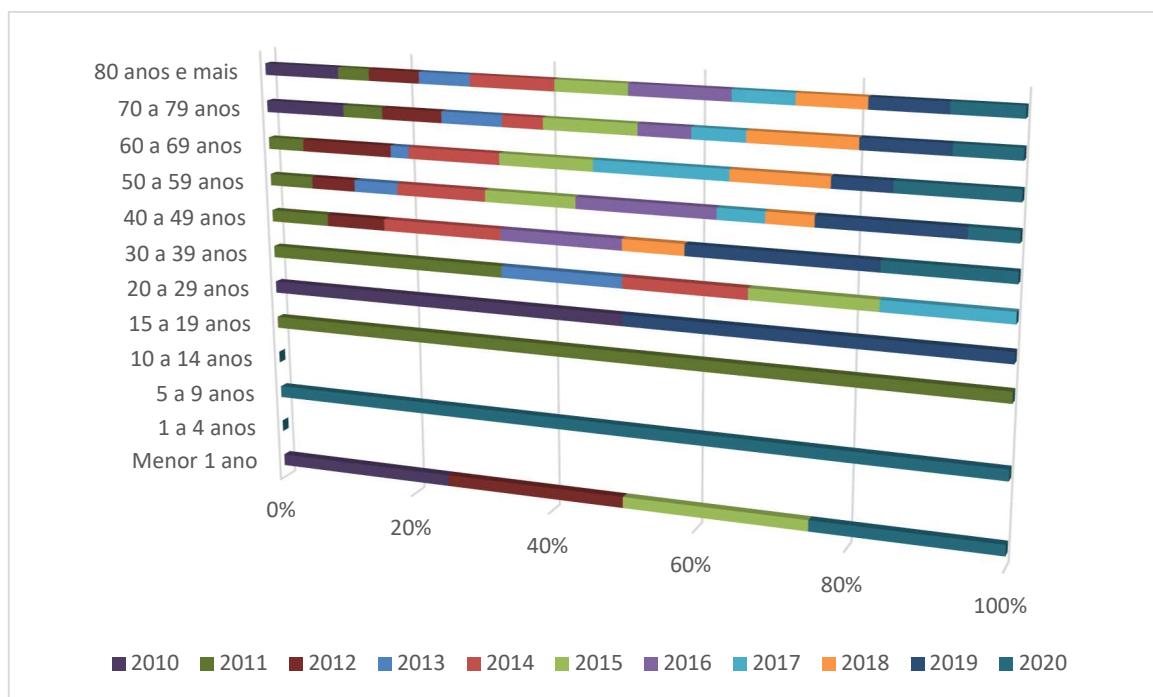
Analisando o número de óbitos por sexo, podemos constatar uma prevalência em óbitos do sexo masculino.

Tabela 4 - Número de óbitos por faixa etária e ano de ocorrência do município de Cândido Rodrigues.

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Menor 1 ano	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	4
1 a 4 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
5 a 9 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
10 a 14 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
15 a 19 anos	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
20 a 29 anos	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
30 a 39 anos	-	2	-	1	1	1	-	1	-	-	-	6
40 a 49 anos	-	1	1	-	2	-	2	-	1	3	2	12
50 a 59 anos	-	1	1	1	2	2	3	1	1	3	1	16
60 a 69 anos	-	2	5	1	5	5	-	7	5	3	6	39
70 a 79 anos	8	4	6	6	4	9	5	5	10	8	6	71
80 anos e mais	12	5	8	8	13	11	15	9	10	11	10	112
TOTAL	22	16	22	17	27	29	25	23	27	29	27	264

Fonte: SES/SP

Figura 5 - Número de Óbitos Residentes segundo faixa etária em Cândido Rodrigues



Fonte: DATASUS

Analisando os óbitos por faixa etária podemos identificar a prevalência de óbitos acima dos 40 anos.

2.1.2. Perfil Socioeconômico

Tabela 5 - Comparativo de Dados do município e Estado de São Paulo

CONDIÇÕES DE VIDA	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Riqueza	2016	34	Dado não disponível	44
	2018	36	Dado não disponível	44
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Longevidade	2016	57	Dado não disponível	72
	2018	56	Dado não disponível	72
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Escolaridade	2016	66	Dado não disponível	51
	2018	68	Dado não disponível	53
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM	2010	Alto – 0,789	Dado não disponível	Alto – 0,783
Renda per Capita (Em reais correntes)	2010	645,66	721,12	853,75
Domicílios Particulares com Renda per Capita de até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2010	2,19	5,07	7,42
Domicílios Particulares com Renda per Capita de até 1/2 Salário Mínimo (Em %)	2010	9,78	15,75	18,86
HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA URBANA	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Coleta de Lixo – Nível de Atendimento (Em %)	2010	99,58	99,83	99,66
Abastecimento de Água – Nível de Atendimento (Em %)	2010	99,44	99,43	97,91
Esgoto Sanitário – Nível de Atendimento (Em %)	2010	99,58	98,95	89,75
EDUCAÇÃO	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado

Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e Mais (Em %)	2010	8,62	5,80	4,33
População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo (Em %)	2010	76,03	60,41	58,68
EMPREGO E RENDIMENTO	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Participação dos Empregos Formais da Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	21,65	10,83	2,32
Participação dos Empregos Formais da Indústria no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	29,00	28,93	17,20
Participação dos Empregos Formais da Construção no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	0,14	3,45	4,20
Participação dos Empregos Formais do Comércio Atacadista e Varejista e do Comércio e Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	13,71	18,62	19,81
Participação dos Empregos Formais dos Serviços no Total de Empregos Formais (Em %)	2019	35,50	38,18	56,48
Rendimento Médio dos Empregos Formais da Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura (Em reais correntes)	2019	1.458,39	1.936,05	2.085,74
Rendimento Médio dos Empregos Formais da Indústria (Em reais correntes)	2019	2.753,30	3.174,57	3.930,94
Rendimento Médio dos Empregos Formais da Construção (Em reais correntes)	2019	1.657,53	2.679,36	2.792,65
Rendimento Médio dos Empregos Formais do Comércio Atacadista e Varejista e do Comércio e Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas (Em reais correntes)	2019	1.879,78	1.997,28	2.683,51
Rendimento Médio dos Empregos Formais dos Serviços (Em reais correntes)	2019	2.141,12	2.762,05	3.781,97
Rendimento Médio do Total de Empregos Formais (Em reais correntes)	2019	2.136,92	2.648,20	3.510,79

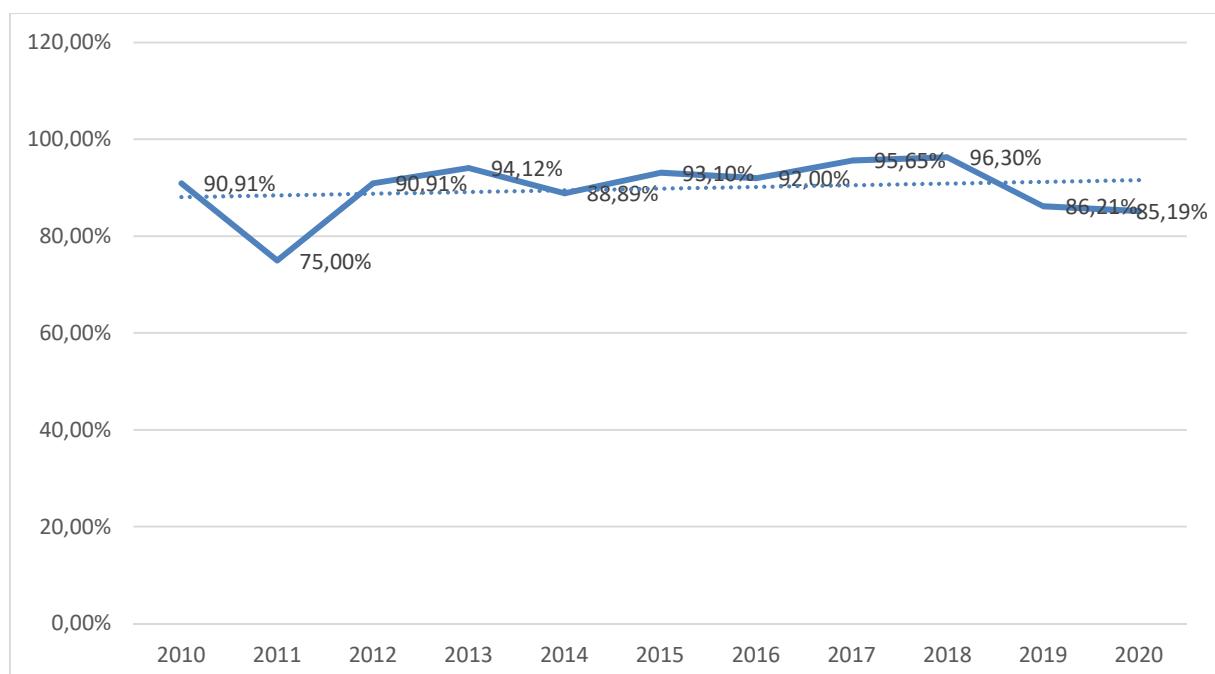
ECONOMIA	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
PIB (Em mil de reais correntes)	2018	100.100,77	21.961.071,37	2.210.561.949,48
PIB per Capita (Em reais correntes)	2018	37.434,84	36.353,97	50.247,86
Participação no PIB do Estado (Em %)	2018	0,004528	0,993461	100,00
Participação nas Exportações do Estado (Em %)	2019	0,000161	3,583287	100,00
Participação da Agropecuária no Total do Valor Adicionado (Em %)	2018	34,19	5,48	1,71
Participação da Indústria no Total do Valor Adicionado (Em %)	2018	11,63	26,83	21,12
Participação dos Serviços no Total do Valor Adicionado (Em %)	2018	54,18	67,69	77,17

Fonte: SEADE

2.1.3. Perfil Epidemiológico

A Figura 6 apresenta os dados da proporção de óbitos de pessoas com cinquenta anos ou mais (Indicador de Swaroop-Uemura ou Razão de Mortalidade Proporcional), classificado como nível característico de regiões desenvolvidas, apontando um leve aumento deste indicador, no período de 2010 a 2020. É um indicador do nível de vida das populações, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida, maior a proporção de óbitos de pessoas com idades avançadas.

Figura 6 - Razão da Mortalidade Proporcional, Cândido Rodrigues



Fonte: SES/SP

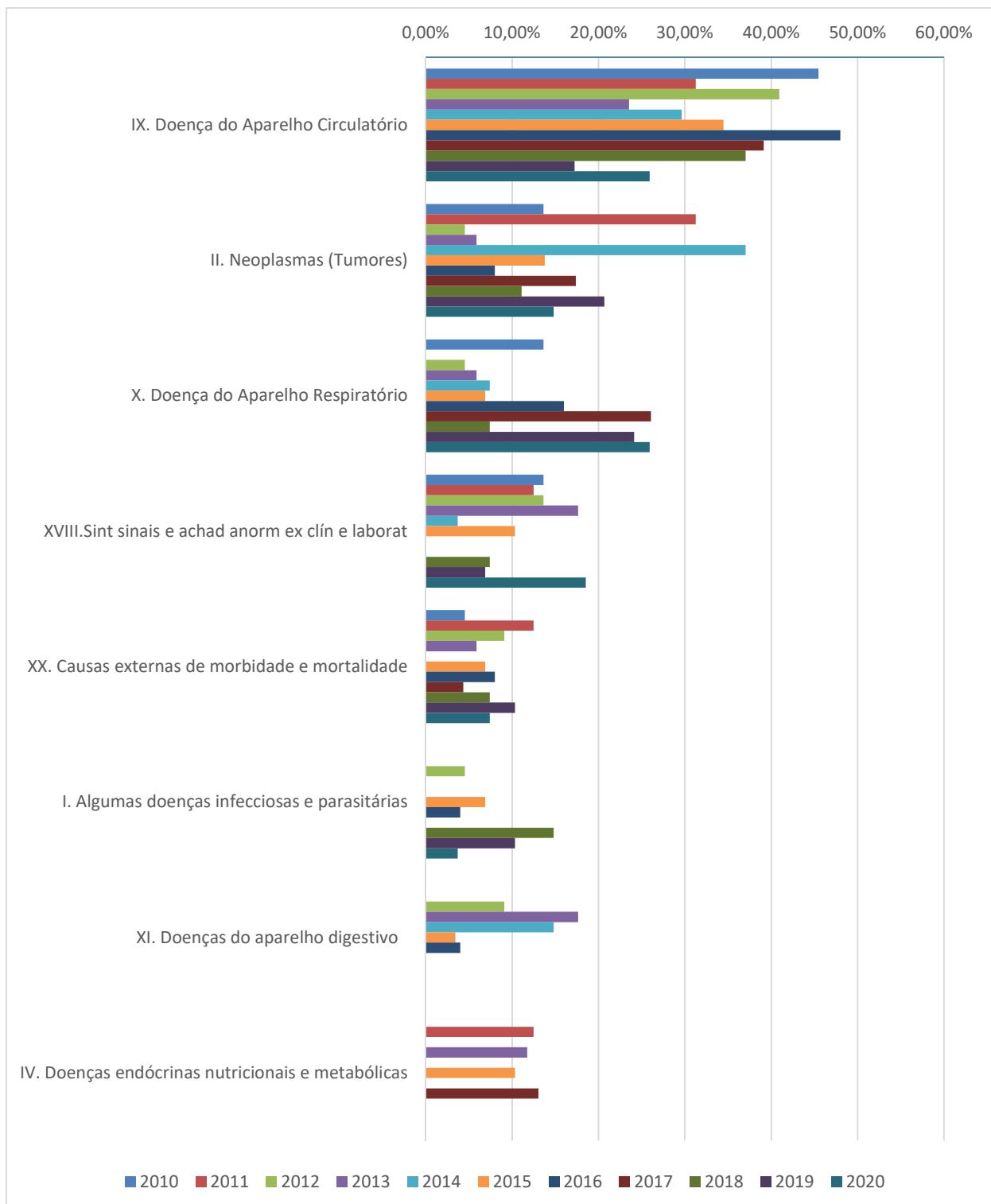
Dentre as principais causas de mortalidade, no período de 2010 a 2020, segundo Capítulos da CID-10, as principais causas de óbitos no município são as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório e as neoplasias.

Tabela 6 - Mortalidade geral segundo as oito principais causas de óbitos dos capítulos da CID-10, Cândido Rodrigues

Capítulos da CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
IX. Doença do Aparelho Circulatório	10	5	9	4	8	10	12	9	10	5	7
X. Doença do Aparelho Respiratório	3	-	1	1	2	2	4	6	2	7	7
II. Neoplasmas (Tumores)	3	5	1	1	10	4	2	4	3	6	4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	2	3	3	1	3	-	-	2	2	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	2	2	1	-	2	2	1	2	3	2
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	1	-	-	2	1	-	4	3	1
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	2	3	4	1	1	-	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	2	-	2	-	3	-	3	-	-	-

Fonte: SES/SP

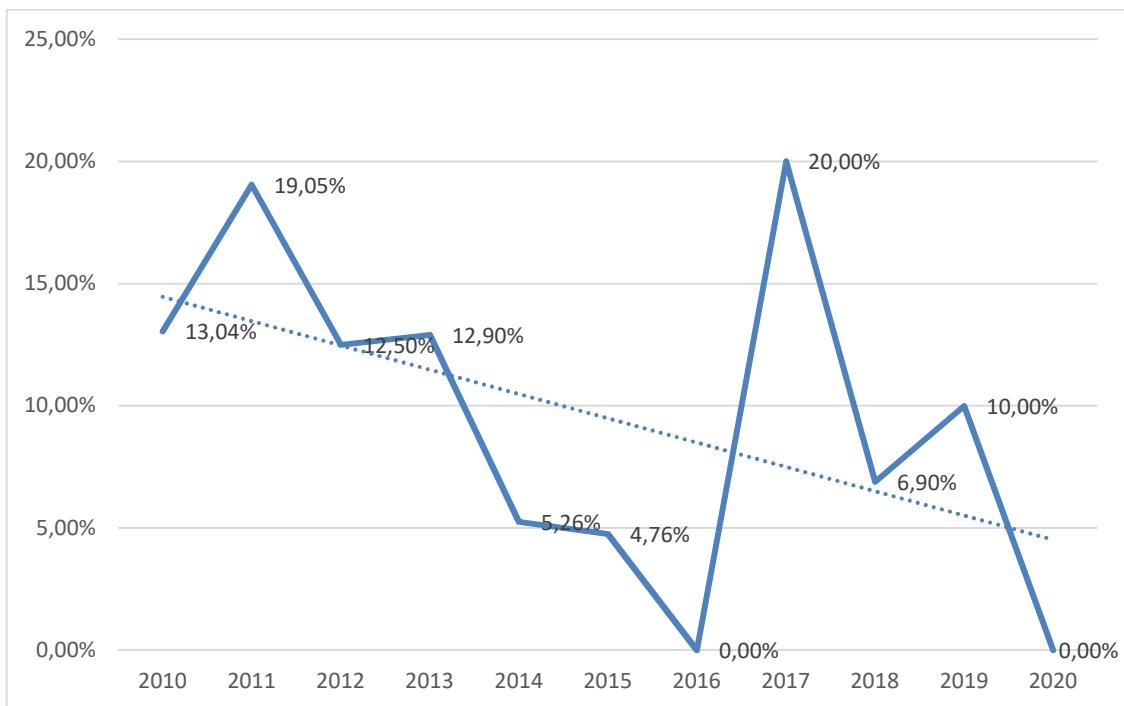
Figura 7 - Percentual de mortalidade geral segundo as oito principais causas de óbitos dos capítulos da CID-10, Cândido Rodrigues



Fonte: SES/SP

Em relação a natalidade do município de Cândido Rodrigues, verificamos uma queda no número de gestantes na adolescência (10 a 19 anos) em relação aos últimos anos. Além disso, a maior quantia de gestantes está concentrada na faixa etária dos 20 a 24 anos.

Figura 8 - Percentual de gestantes adolescentes no município de Cândido Rodrigues



Fonte: SES/SP

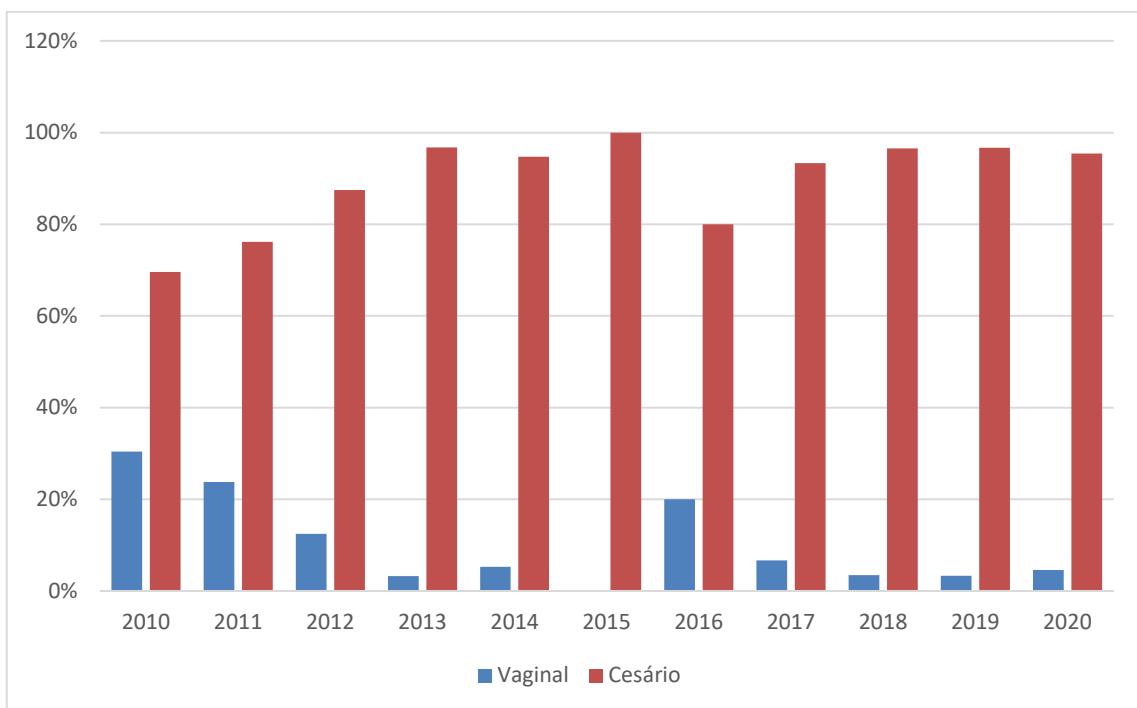
Tabela 7 - Nascimentos por faixa etária materna de residentes em Cândido Rodrigues

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
10 a 14 anos	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
15 a 19 anos	3	3	2	4	1	1	-	3	2	3	-
20 a 24 anos	25	27	36	28	29	31	21	31	28	22	29
25 a 29 anos	8	6	4	8	8	8	6	3	6	8	3
30 a 34 anos	4	2	5	10	2	5	4	4	9	9	9
35 a 39 anos	2	-	-	3	1	3	4	5	3	3	7
40 a 44 anos	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	4
45 a 49 anos	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	23	21	16	31	19	21	20	15	29	30	22

Fonte: SES/SP

Verificamos que em relação a taxa de cesáreas, o município mantém tendência de alta, 95,45% em 2020, muito além do recomendado pela OMS de 15%.

Figura 9 - Percentual de tipos de parto no município de Cândido Rodrigues



Fonte: SES/SP

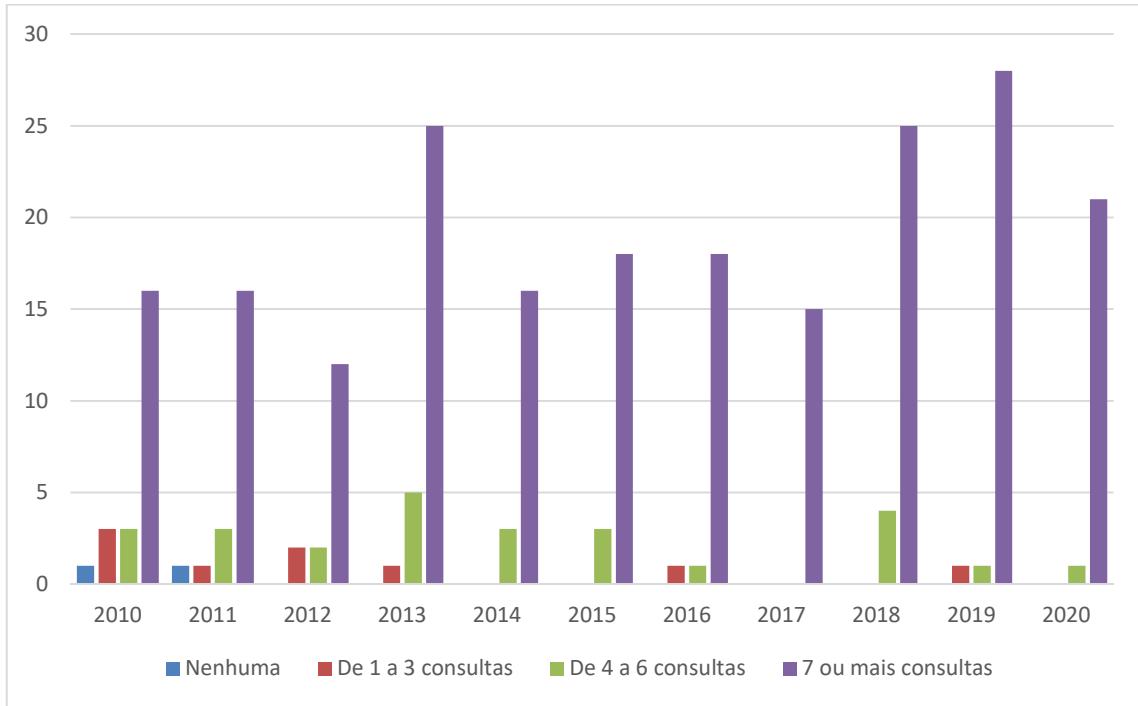
Tabela 8 - Nascimentos por tipo de parto de residentes em Cândido Rodrigues

Tipo de Parto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Vaginal	7	5	2	1	1	-	4	1	1	1	1
Cesário	16	16	14	30	18	21	16	14	28	29	21
TOTAL	23	21	16	31	19	21	20	15	29	30	22

Fonte: SES/SP

Conforme tabela abaixo, podemos verificar que o grande percentual de gestantes apresenta 7 ou mais consultas de pré-natal.

Figura 10 - Percentual de nº de consultas de pré-natal no município de Cândido Rodrigues



Fonte: SES/SP

Tabela 9 - Percentual de natalidade segundo número de consultas de pré-natal de residentes em Cândido Rodrigues

Consultas realizadas no pré-natal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nenhuma	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
De 1 a 3 consultas	3	1	2	1	-	-	1	-	-	1	-
De 4 a 6 consultas	3	3	2	5	3	3	1	-	4	1	1
7 ou mais consultas	16	16	12	25	16	18	18	15	25	28	21
TOTAL	23	21	16	31	19	21	20	15	29	30	22

Fonte: SES/SP

Na Tabela 10, observamos que as doenças de notificação compulsória que se apresentam com maior número de casos são: Dengue, e Intoxicação Exógena.

No período 2017 a 2019 houve um aumento do número de doenças de notificação compulsória. Todos os casos suspeitos das doenças de notificação compulsória são investigados

e na sua maioria são descartados, isso é muito importante para que possamos estar seguros da não ocorrência ou do pequeno número de casos confirmados de algumas delas.

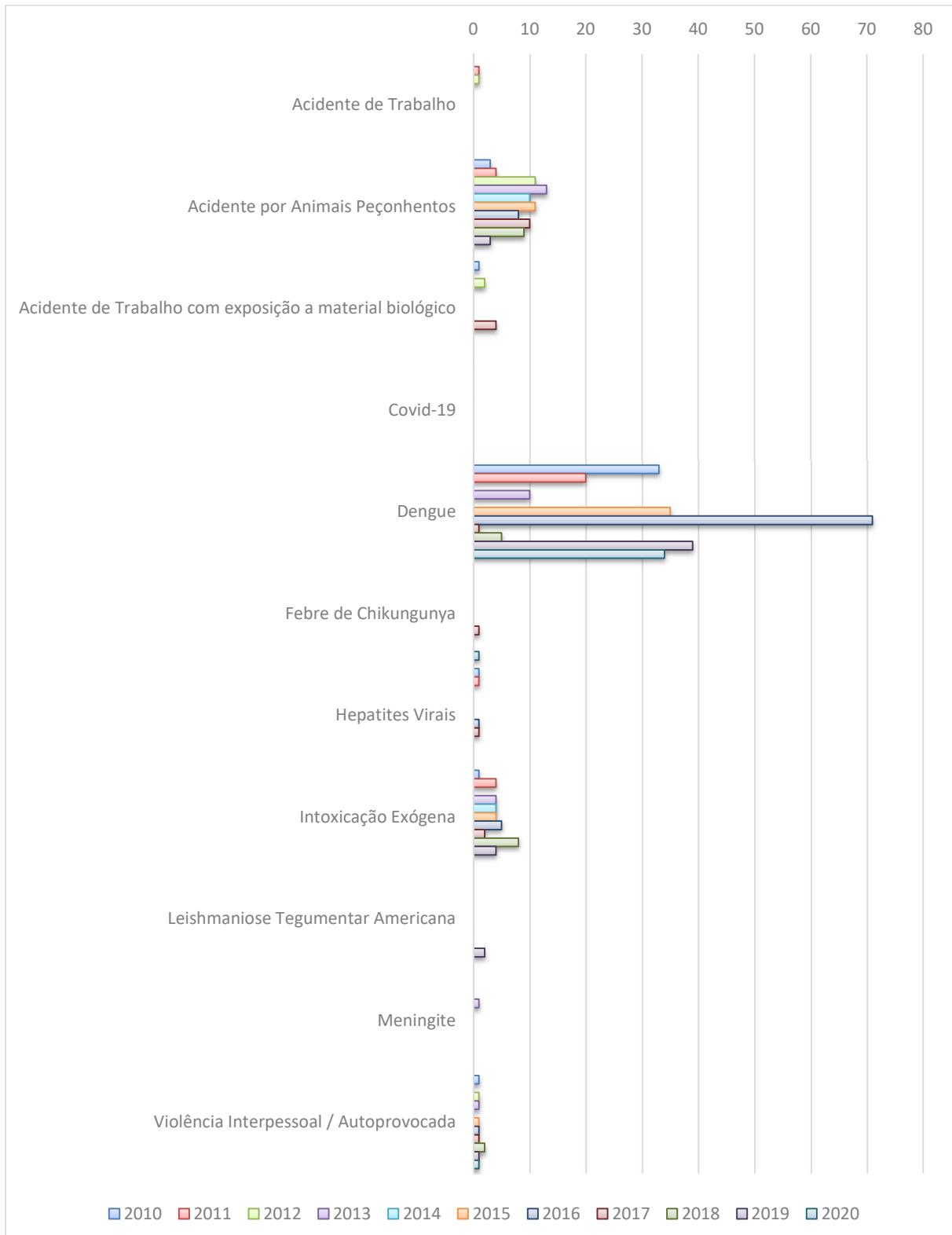
Das doenças transmitidas por vetores, a Dengue é a que apresenta atualmente maior risco de epidemia, por isso o trabalho de eliminação de criadouros do mosquito transmissor é de fundamental importância.

Tabela 10 - Número de doenças de notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes de Cândido Rodrigues, período de 2010 a 2020.

Febre Tifoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hantaviroses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatites Virais	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Intoxicação Exógena	1	4	-	4	4	4	5	2	8	4	-	-
Leishmaniose Visceral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniose Tegumentar Americana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LER/DORT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningite	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Paralisia Flácida Aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAIR Relacionada ao Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raiva Humana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis Adquirida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis Congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis em Gestante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Síndrome da Rubéola Congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétano Acidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétano Neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Violência Interpessoal / Autoprovocada	1	-	1	1	-	1	1	1	2	1	1	
TOTAL	39	29	12	29	14	51	86	16	24	40	36	

Fonte: DATASUS

Figura 11 - Notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes de Cândido Rodrigues, período de 2010 a 2020.



Fonte: PMFP – SMS – Departamento de Vigilância em Saúde

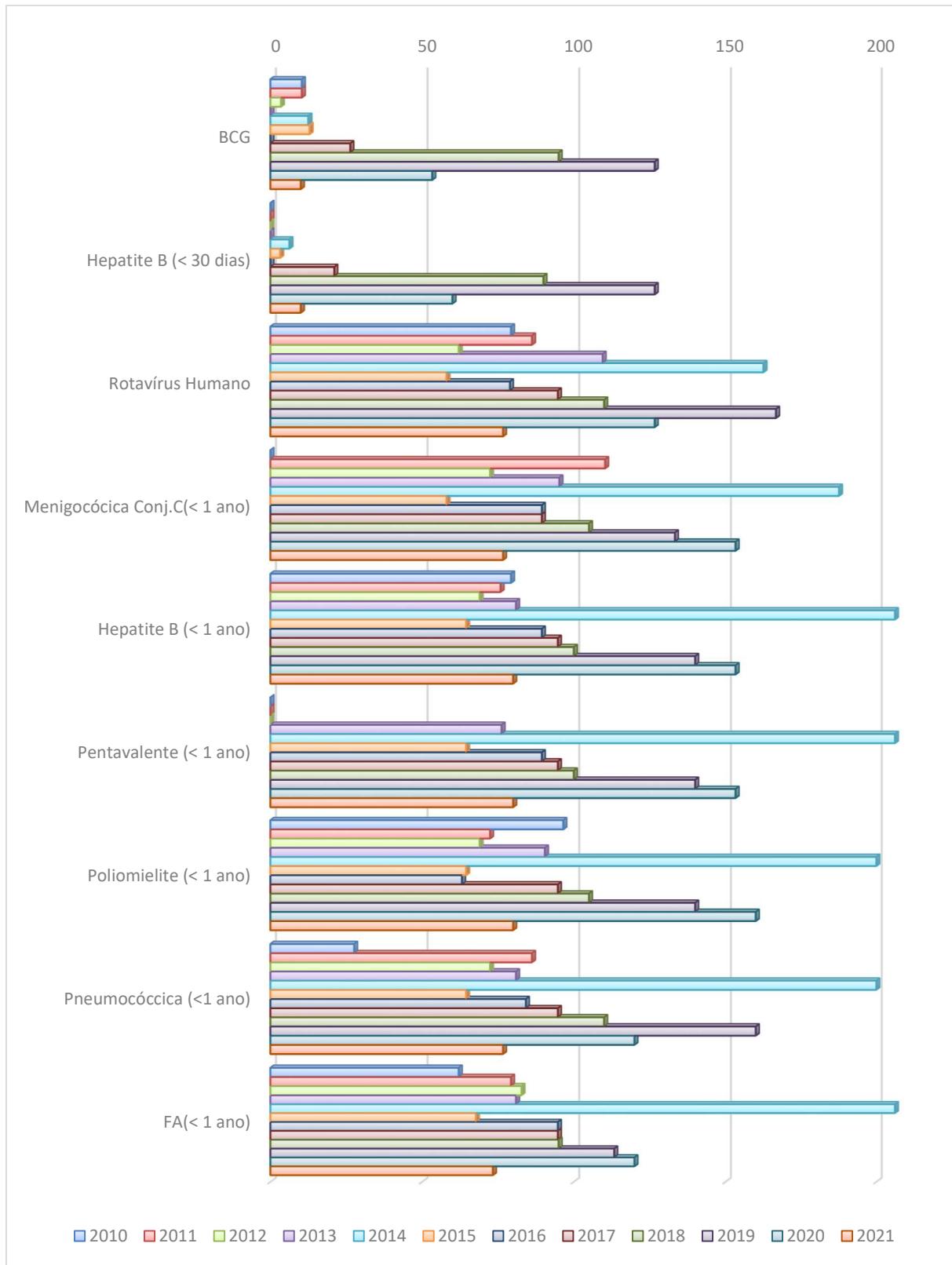
Em relação a cobertura vacinal do município de Cândido Rodrigues, os percentuais da cobertura no período de 2010-2021 são apresentados no quadro abaixo:

Tabela 11 - Percentual de cobertura vacinal em menores de 1 ano de Cândido Rodrigues, período 2010 a 2021

Tipo de Vacina	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BCG	10,34	10,34	3,45	-	12,50	12,90	-	26,32	95,00	126,67	53,33	10,00
Hepatite B (< 30 dias)	-	-	-	-	6,25	3,23	-	21,05	90,00	126,67	60,00	10,00
Rotavírus Humano	79,31	86,21	62,07	109,52	162,50	58,06	78,95	94,74	110,00	166,67	126,67	76,67
Menigocócica Conj.C(< 1 ano)	-	110,34	72,41	95,24	187,50	58,06	89,47	89,47	105,00	133,33	153,33	76,67
Hepatite B (< 1 ano)	79,31	75,86	68,97	80,95	206,25	64,52	89,47	94,74	100,00	140,00	153,33	80,00
Pentavalente (< 1 ano)	-	-	-	76,19	206,25	64,52	89,47	94,74	100,00	140,00	153,33	80,00
Poliomielite (< 1 ano)	96,55	72,41	68,97	90,48	200,00	64,52	63,16	94,74	105,00	140,00	160,00	80,00
Pneumocócica (<1 ano)	27,59	86,21	72,41	80,95	200,00	64,52	84,21	94,74	110,00	160,00	120,00	76,67
FA(< 1 ano)	62,07	79,31	82,76	80,95	206,25	67,74	94,74	94,74	95,00	113,33	120,00	73,33

Fonte: SIPNI

Figura 12 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano de Cândido Rodrigues, período 2010 a 2021



Fonte: SIPNI

2.1.4. Vigilância em Saúde

As práticas de saúde voltadas para o controle das doenças transmissíveis e das epidemias são muito antigas e constituem as mais tradicionais do campo da saúde coletiva, ao lado das ações de saneamento ambiental.

O conceito de vigilância, como um instrumento de saúde pública, surgiu no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia como alternativa à prática restritiva da quarentena. Envolveia a manutenção do alerta responsável e a observação dos contatos de pacientes das chamadas doenças pestilenciais. Seu propósito era detectar doentes já em seus primeiros sintomas, para a rápida instituição do isolamento.

No Brasil, até meados do século XX, as ações de saúde pública se restringiam às campanhas de erradicação.

Em 1965, é criada a Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial de Saúde (OMS). De certa forma, o reconhecimento internacional da vigilância como uma prática pública esteve vinculado ao desenvolvimento do programa de erradicação da varíola que apresentava entre os seus principais objetivos, a identificação de todos os casos da doença e a aplicação de medidas de controle.

Nessa época, a vigilância consolida-se como importante instrumento de saúde pública, aplicável também às doenças não transmissíveis e passa a ser entendida, também, como um sistema de informações para a agilização das ações de controle.

Na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) incentivaram a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica nos países não desenvolvidos, ampliando o âmbito dessas ações para um conjunto maior de doenças transmissíveis, visando à redução da morbimortalidade entre crianças e adultos jovens. Juntamente com a criação de Sistemas de Vigilância Epidemiológica, os países foram instados a melhorar seu desempenho no que diz respeito às imunizações de rotina, incluídas no Programa Ampliado de Imunização (PAI).

Em 1975, foi promulgada a Lei nº 6.229, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), estabelecendo um conjunto de princípios rationalizadores que definiu o papel dos órgãos de saúde, suas atribuições e organização.

A Lei nº 6.259 de 1975, que criou o SNVE, definiu vigilância epidemiológica como o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, em todo momento, o comportamento ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e ao controle da doença.

A implantação de Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo data de 1978, quanto foi elaborado o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica – Normas e Instruções.

A lei nº 8.080/90 confirma o papel coordenador do gestor estadual e define a municipalização das ações de vigilância epidemiológica.

O Conceito de Vigilância em Saúde dá ênfase a monitorização e acompanhamento dos indicadores de Saúde, à avaliação da saúde e ao bem estar da comunidade através das ações de seus componentes: Vigilância das Doenças Transmissíveis, Vigilância das Doenças não Transmissíveis, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária. Estas devem estar inseridas na lógica da atenção à Saúde e na prática da Atenção Básica da Saúde.

2.1.4.1. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica constitui-se em um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a 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 e agravos. (Lei nº 8.080/90).

Objetivos da Vigilância Epidemiológica:

- Estar alerta, permanente e de modo responsável, para a ocorrência de doenças e agravos no território.
- Conhecer e acompanhar o comportamento epidemiológico de doenças e de agravos.
- Detectar precocemente o aparecimento das doenças sob vigilância e realizar intervenção oportuna.
- Recomendar as estratégias de detecção de casos.
- Realizar a investigação epidemiológica.
- Detectar epidemias.
- Controlar as cadeias de transmissão de doenças.
- Recomendar e implantar as medidas de prevenção, controle ou de erradicação.
- Recomendar e implantar os programas de controle de doenças.
- Avaliar as medidas de prevenção e o controle das doenças e dos agravos sob vigilância.
- Produzir, consolidar e analisar os dados.
- Divulgar as informações.
- Dar subsídios para o Planejamento em Saúde no SUS.

Portanto, a Vigilância Epidemiológica do município de Cândido Rodrigues realiza ações voltadas a eliminar, diminuir, controlar e prevenir agravos e riscos à saúde, através de: Visita Domiciliar realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Vetores; Notificação e Tratamento e/ou encaminhamento de pacientes portadores ou suspeitos de doenças infectocontagiosas; imunizações; Educação em Saúde; Prevenção em Saúde; investigação de óbitos, entre outros.

A Vigilância Epidemiológica possui local adequado para o seu funcionamento, com computador instalado para todos os sistemas de informação, como: SINAN NET, SIM/SINASC, SISCAN, e-SUS APS.

2.1.4.2. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária, enquanto ação de saúde de natureza preventiva atua sobre uma diversidade de objetos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde individual e coletiva, com o intuito de diminuir, eliminar ou controlar o risco sanitário. Deste modo, as ações de VISA perpassam todas as práticas sanitárias, exercendo uma função mediadora entre os interesses da saúde e da economia, fazendo valer o princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, contribuindo, assim, para a proteção e promoção da saúde da coletividade.

A atuação da Vigilância Sanitária precisa estabelecer-se a partir da priorização das necessidades de saúde socialmente determinadas, considerando também as demandas do segmento produtivo. A análise da situação de saúde na perspectiva da VISA deve levar em conta as especificidades locais, o estado de saúde da população, o sistema de serviços de saúde e o potencial de risco inerente aos objetos da vigilância.

Em 2012, foi definida a Programação das Ações de Vigilância Sanitária (PAVISA) com o estabelecimento das metas prioritárias para todo o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), nele compreendendo os Serviços Municipais de Vigilância Sanitária.

A Programação de Ação de Vigilância Sanitária (PAVISA) contempla nove objetivos e 201 ações estratégicas para se atingir as 47 metas estabelecidas.

Essas metas foram priorizadas levando-se em consideração o Pacto pela Saúde nas suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com o Plano Estadual de Saúde e na lógica do PlanejaSUS, conforme Portaria 2751/2009.

Desta forma a Programação de Ação Municipal de Vigilância Sanitária é instrumento de priorização e planejamento local, constituído de dados, informações e documentos a ser construído de acordo com a realidade sanitária local, considerando o território, recursos humanos, estrutura e recursos financeiros e, para o estabelecimento do pacto de responsabilidade sanitária entre gestores para o primeiro ano do referido período, com a possibilidade de serem reajustados anualmente.

O custeio das ações de VISA vem consubstanciado na Portaria GM-MS 1378/2013 (em substituição à Portaria GM-MS 3252/2009), a qual aprovou as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde, estabelecendo que a vigilância sanitária deva desenvolver suas ações com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da atenção primária à saúde como elemento estruturante do SUS. Os recursos financeiros são repassados pela União ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a população dos municípios.

2.1.4.2.1. Situação do Serviço Municipal de VISA

A vigilância sanitária passou a ser executada pelo município a partir de 2000, conforme Lei Municipal nº 975 de 12 de maio de 2000, dando sustentação legal às atividades executadas pelo serviço municipal.

As autoridades sanitárias possuem credencial de identificação fiscal em conformidade com o §2º do artigo 95 da Lei Estadual nº 10.083/98.

O corpo técnico da Vigilância Sanitária (VISA) é composto por dois agentes sanitários, dois técnicos de nível superior e um coordenador. Todos os profissionais são concursados e trabalham desenvolvendo atividades de controle sanitário dos produtos, serviços e locais sob a regulação e a intervenção da Vigilância Sanitária.

A Vigilância Sanitária municipal encontra-se instalada em edifício situado na Rua Brasilia, nº 250, Centro, no prédio da UBS “Paulina Pivetta Ferretti”, contendo: área administrativa.

Os instrumentos e equipamentos disponíveis para a VISA são: uma viatura oficial de uso compartilhado, telefone, internet, computador, impressora, equipamentos de proteção individual (luvas, tocas, jalecos), material para colheita de amostra, kit para coleta de água, termômetro, máquina fotográfica/filmadora, caixa térmica, phmetro, etc. Possui e utiliza impressos de acordo com a legislação vigente.

Em relação à publicação dos atos administrativos, respeitando o princípio constitucional da publicidade, o município torna público os atos da vigilância sanitária no jornal local e no mural da unidade.

2.1.4.2.2. Atuação do Serviço Municipal de VISA

A Vigilância Sanitária municipal vem desenvolvendo ações relacionadas ao controle do risco sanitário nos seguintes estabelecimentos: estabelecimentos que comercializam alimentos; salões de beleza e similares; creches; asilos; escolas; hospedarias; laboratórios óticos, de próteses odontológicas e ortopédicas, clínicos; cemitérios; consultórios; serviços de saúde que não desenvolvem procedimentos de natureza invasiva; atividades comerciais e fabris com produtos de interesse à saúde - alimentos, saneantes, produtos de higiene, medicamentos e seus correlatos - no que se refere ao comércio; bem como o controle de serviços de radiodiagnóstico; etc.

Na área de meio ambiente, o município vem desenvolvendo ações de monitoramento da qualidade de água através dos programas PROÁGUA e VIGISOL. No programa VIGISOL realiza-se o cadastramento para identificação de áreas com populações expostas ao solo contaminado, executando-se também as ações previstas no Comunicado CVS 204/2009.

O município, através da vigilância sanitária executa ações de vigilância em saúde do trabalhador com enfoque nas atividades do setor de Indústria de Alimentos e da Saúde.

O atendimento de denúncias e de reclamações também são demandas priorizadas pela Vigilância Sanitária municipal, a partir do protocolamento realizado diretamente no setor. Após avaliação, a demanda é distribuída a equipe para que sejam realizadas diligências no local denunciado e verificada a procedência das mesmas.

2.1.4.2.3. Priorização de Atividades para Enfrentamento dos Problemas

Para a priorização do desenvolvimento das atividades de Vigilância Sanitária no município foram considerados todos os aspectos já expostos: desde a infraestrutura, organização e gestão da VISA, assim como os problemas relacionados ao potencial de risco

associado aos objetos de atuação da vigilância sanitária; e, a avaliação do alcance de metas da PAVISA que vem ocorrendo desde 2007.

2.1.5. Atenção Básica

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional da Atenção Básica que prioriza a Estratégia Saúde da Família como instrumento principal para a reorganização da atenção básica no país. Esta estratégia orienta a implantação de equipes de saúde da família, propriamente ditas (ESF) e de equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) nos estabelecimentos de saúde dos municípios. O município de Cândido Rodrigues conta com uma Unidade Básica de Saúde, o CS III de Cândido Rodrigues.

- CS III de Cândido Rodrigues

Fica localizado na Rua Brasilia, 250, Centro. Constitui a unica Unidade de Saúde do município em virtude de prestar serviços na Atenção Básica, Atenção Especializada e de Urgência/Emergência, além de conter duas equipes da Saúde da Família, duas equipes de Saúde Bucal, 5 Agentes Comunitários de Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A unidade funciona 24 horas, contendo: Sala de urgência com equipamentos para manutenção da vida; Sala dos Agentes Comunitários de Saúde; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Conselho Municipal de Saúde; Almoxarifado e Farmácia; Atividades do Programa Saúde da família e atividades ambulatoriais (recepção, consultas médicas, consultas odontológicas, exames de ultrassonografia, salas de medicação, inalação, sala de observação, sala de pré-consulta e imunização); Fisioterapia, Cardiologia, Psiquiatria, Ginecologia e Pediatria.

A unidade de saúde é de fácil acesso à população urbana, não dificultando o atendimento, pois a equipe da Estratégia Saúde da Família se desloca diariamente para realizar atendimento aos idosos, acamados e pacientes com comorbidades. As gestantes, pessoas incapacitadas e idosas são transportadas até a unidade por viatura da saúde.

O serviço prestado à população é informatizado desde o atendimento até o encaminhamento para a média e alta complexidade, com agendamento online das consultas e

exames especializados. É disponibilizada viatura própria para os pacientes encaminhados à referência.

2.1.6. Assistência Ambulatorial Especializada

O município de Cândido Rodrigues tem como referência os municípios de Taquaritinga Américo Brasiliense, Matão e Araraquara, onde se encontram instaladas as instituições de média e alta complexidade (Ambulatórios Especializados e Hospitais).

Através da Programação Pactuada e Integrada é disponibilizado pelo Estado cotas para a realização de consultas médicas, exames especializados e internações para a população do município nestas referências. O órgão regulador é o Colegiado de Gestão Regional que é composto pelos municípios da microrregião de Araraquara e onde acontecem as pactuações para efetivar as programações de cada município dentro das suas necessidades.

Os agendamentos de consultas e exames especializados são realizados através de sistemas online como o CROSS, utilizado para agendamento de consultas e exames nos AMEs de Taquatinga e Américo Brasiliense, Hospital Carlos Fernando Malzoni da cidade de Matão, Santa Casa de Taquaritinga e Santa Casa de Araraquara. O sistema de agendamento online proporciona agilidade no atendimento e melhora na resolubilidade.

A Secretaria municipal de Saúde, através da equipe implantada na UBS “Paulina Pivetta Ferretti” realiza regulação das atividades de encaminhamento e realização de procedimentos e internações nas referências. A Unidade de Avaliação e Controle possui profissionais que efetuam e controlam as cotas da PPI, através de identificação específica de cada procedimento solicitado e o resultado realizado.

2.1.7. Urgência e Emergência

No município: A UBS “Paulina Pivetta Ferretti” contém uma sala de urgência (com entrada lateral), possuindo um leito com equipamentos para manutenção da vida, como desfibrilador (DEA), oxímetro de pulso, material para oxigenoterapia, material de sondagem nasogástrica e vesical, material de intubação oro traqueal, armário de medicamentos,

eletrocardiograma, maletas de medicamentos de urgências, coletes, pranchas e talas de imobilização e telecárdio. Possui equipe de atendimento às urgências com médico 24 horas, que realiza o primeiro atendimento e se necessário, encaminha para a UPA – Unidade de Pronto Atendimento de Taquaritinga.

Os pacientes são encaminhados com ambulâncias equipadas com oxigênio e materiais e medicamentos necessários para a manutenção da vida e quando há necessidade, acompanhados pela enfermagem.

2.1.8. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é um sistema de apoio para qualificação dos serviços de saúde, na medida em que pode melhorar a lacuna entre potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam dos medicamentos, levando em consideração principalmente a questão da equidade, como objetivo de propiciar acesso, a segurança e o uso racional dos medicamentos. O medicamento é um instrumento que assumiu na prática médica um papel de importante ferramenta, que visa o resultado final do processo diagnóstico e demonstra o contato mais direto serviço – usuário, além de ser o símbolo do desejo de modificar o curso natural da doença. A Gestão adequada da Assistência Farmacêutica também possibilita a otimização e racionalização de recursos financeiros e a disponibilização de ferramentas fundamentais para o cuidado em saúde.

O Programa de Assistência Farmacêutica do município conta com a dispensação dos medicamentos do Programa Dose Certa que distribui gratuitamente diversos tipos de medicamentos básicos para doenças como febre, infecções, pressão alta, diabetes mellitus entre outras. Nos últimos anos foram incluídos no Programa Dose Certa os medicamentos do Programa de Saúde da Mulher e medicamentos do Programa de Saúde Mental. A Assistência Farmacêutica conta também com os medicamentos da padronização municipal, adquiridos pelo município com objetivo de complementar o Programa Dose Certa, com os medicamentos de Dispensação Excepcional que são atendidos em São José do Rio Preto e ainda, com os medicamentos e insumos de glicemia para os pacientes insulinodependentes.

Os medicamentos são dispensados gratuitamente mediante apresentação da receita médica. Todos os pacientes são cadastrados num Programa Informatizado e aqueles que usam medicação de uso contínuo recebem medicação a cada 30 dias.

Além dos medicamentos do Programa Dose Certa, o município adquire através de licitação ou pregão, em torno de 200 itens de medicamentos entre eles, expectorantes, anti-hipertensivos, antianginosos, antiarrítmicos, anti-inflamatórios, antibióticos, entre outros, que visam atender a população carente do município.

Os pacientes insulinodependentes recebem além da medicação, glicosímetro, lancetador, lancetas, fita para dosagem de glicemia, insulina, seringas agulhadas num programa que conta com recursos Estaduais e Municipais. Ao todo são em torno de 50 pacientes insulinodependentes que são beneficiados nesse programa.

No programa de Medicamentos Excepcionais (Alto Custo) são aproximadamente 200 pacientes que recebem mensalmente seus medicamentos através da Farmácia de Alto Custo de Araraquara.

Todos os pacientes que recebem os medicamentos na Farmácia Municipal são orientados sobre a importância do uso correto do medicamento, quanto à dosagem, horário, interações medicamentosas e os riscos da automedicação.

2.2. Determinantes e Condicionantes de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde mantém interface com diversos setores da sociedade, visando a promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis, ou ainda, a promoção em conjunto de ações de prevenção.

Neste sentido, participa ativamente da sociedade organizada, por meio de parcerias ou convênios com entidades filantrópicas, de caráter assistencial ou educacional, de diversos modos, sempre tendo por princípio o alcance de sua missão.

Esta participação está prevista na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990), que dispõe em seu art. 3º e parágrafo único transcritos a seguir:

“Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

Esta interação da Secretaria Municipal da Saúde com a sociedade se dá de diversas formas, sendo uma delas ações em saúde típicas: palestras, cursos, campanhas, realizadas junto às escolas, clubes de serviços, órgãos públicos e empresas, por profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, focando educação em saúde, saúde nutricional, atividades físicas, práticas integrativas e complementares de saúde, etc.

Dentre as necessidades identificadas destacamos:

- Cuidados com a terceira idade;
- A drogadição como conflito social e problema de saúde, tanto em crianças e adolescentes como em adultos;
- Gravidez em adolescentes;
- Cuidados paliativos;
- Alimentação inadequada.

A Secretaria Municipal de Saúde por meio de sua equipe técnica, com base nestas necessidades, propõe a elaboração dos seguintes projetos a serem implantados:

- Em relação à drogadição, além de ações educativas, também intervenções como a ampliação dos serviços de saúde mental no município.
- Em relação ao aumento da incidência de gravidez em adolescentes, propõe-se implementar as ações do Programa de Atenção à Saúde da Mulher em conjunto com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente – PAISCA, junto às escolas do município por meio da Saúde do Escolar.

2.3. Gestão em Saúde

2.3.1. Planejamento

O município não possui técnicos exclusivos para as ações de Planejamento, no entanto, todas as ações são devidamente planejadas pela equipe de profissionais das Unidades de Saúde em conjunto com os órgãos a serem envolvidos, sejam eles: Secretaria de Saneamento e meio ambiente; Secretaria Municipal da Educação; Secretaria Estadual da Agricultura e outros órgãos. São participantes ativos dos projetos propostos pela Secretaria Municipal de Saúde: o Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria da Fazenda do município, a Secretaria Municipal de Administração e o Prefeito Municipal.

2.3.2. Descentralização/Regionalização

Atendendo as diretrizes constitucionais (1988) o Sistema Único de Saúde (SUS) foi gradativamente descentralizando as ações de saúde que antes era do Estado para os municípios e passou a desempenhar ações de coordenação, supervisão, capacitação, acompanhamento e avaliação das ações, o que auxilia os municípios pequenos e com falta de profissionais técnicos.

O Estado ainda ficou com as funções de gerir e regular a Assistência Médica de maior complexidade, como a média e alta, garantindo as referências para todos os municípios que possuem gestão na Atenção Básica permitindo assim a integralidade da atenção no SUS. Foram criadas instâncias de participação da comunidade como Colegiados Regionais que devem acompanhar o processo de elaboração e desenvolvimento das ações para aprova-los no final dos processos, como também a CIB (Comissão Intergestores Bipartite). O Ministério da Saúde definiu as prioridades nacionais no Plano Nacional de Saúde e nos documentos que compõem o Pacto pela Vida e os municípios elaboraram o Termo de Compromisso de Gestão baseados nestas prioridades.

2.3.3. Financiamento

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e

integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

Indicador	2017	2018	2019	2020	2021
1.1 Participação da receita de impostos na receita total do Município	4,70%	3,62%	4,25%	3,61%	4,59%
1.2. Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	74,69%	77,35%	80,33%	82,17%	82,72%
1.3. Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	5,46%	8,71%	5,77%	7,49%	4,58%
1.4. Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	77,18%	99,26%	84,30%	95,18%	77,60%
1.5. Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	6,48%	13,44%	7,89%	10,92%	5,73%
1.6. Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	60,01%	58,92%	63,27%	60,24%	65,61%
2.1. Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 1.088,09	R\$ 1.191,74	R\$ 1.390,09	R\$ 1.502,73	R\$ 1.722,93

2.2. Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	62,93%	54,23%	44,01%	48,56%	43,99%
2.3. Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	7,40%	10,96%	11,70%	9,51%	14,16%
2.4. Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	13,35%	14,80%	25,54%	24,25%	23,21%
2.5. Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,10%	6,87%	4,00%	0,01%	3,32%
2.6. Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3.1. Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	25,16%	42,43%	26,09%	30,69%	19,51%
3.2. Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	17,78%	22,39%	22,69%	28,15%	23,08%

Fonte: SIOPS

O município de Cândido Rodrigues no ano de 2020 aplicou 23,08% dos recursos próprios na área da saúde, sendo que a despesa com a saúde representou um gasto por habitante de R\$ 1.502,73.

2.3.3.1. Programa Previne Brasil

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora),

equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

A captação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária. Esse componente considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o IBGE.

Por meio desse cadastro, pode-se identificar a população próxima à equipe e à Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família (USF), subsidiando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades. O cadastro do cidadão pode ser feito por CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) por todos os integrantes da equipe de saúde.

O registro das informações de cadastro pode ser feito por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros. Os cadastros serão monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

Tabela 12 - Captação Ponderada do município de Cândido Rodrigues

2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	2019 Q1	2019 Q2	2019 Q3	2020 Q1	2020 Q2	2020 Q3	2021 Q1	2021 Q2	2021 Q3
2.136	2.170	2.216	2.249	2.313	2.291	2.550	2.835	3.144	3.620	3.788	3.900

Fonte: SISAB

Um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios é o pagamento por desempenho. Para definição do valor a ser transferido neste componente, serão considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes (eSF/eAP).

Esse modelo tem como vantagem o aumento, no registro, das informações e da qualidade dos dados produzidos nas equipes. É importante, portanto, que as equipes se organizem para registrar e enviar periodicamente seus dados e informações de produção, por

meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), bem como para planejar o processo de trabalho para melhorar o desempenho. Através da Portaria GM nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, foram elencados e pactuados de forma tripartite sete indicadores que atendem às seguintes ações essenciais para o ano de 2020:

SÃO **INDICADORES** PARA O ANO DE 2020

- | | | | |
|---|--|--|--|
|  | 1 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Saúde da Mulher; |  | 5 Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; Saúde da Criança ou Imunização (Escolher um); |
|  | 2 Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; Saúde da Mulher; |  | 6 Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; Doenças Crônicas ou Condições Crônicas (Escolher um); |
|  | 3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Saúde da Mulher; |  | 7 Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Doenças Crônicas ou Condições Crônicas (Escolher um). |
|  | 4 Cobertura de exame citopatológico; Saúde da Mulher; | | |

Período	2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	2019 Q1	2019 Q2	2019 Q3	2020 Q1	2020 Q2	2020 Q3	2021 Q1	2021 Q2	2021 Q3
Pré-natal (6 consultas)	0%	0%	0%	0%	0%	33%	20%	0%	50%	43%	38%	50%
Pré-natal (Sífilis e HIV)	0%	0%	0%	0%	25%	67%	0%	33%	75%	71%	75%	50%
Gestantes Saúde Bucal	0%	0%	0%	0%	13%	33%	0%	0%	75%	71%	38%	50%
Cobertura Citopatológico	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	3%	4%	7%
Cobertura Polio e Penta	40%	67%	100%	75%	100%	100%	70%	17%	54%	36%	21%	26%
Hipertensão (PA Aferida)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%	16%	25%	27%	25%
Diabetes (Hemoglobina Glicada)	0%	0%	0%	0%	2%	1%	2%	12%	20%	26%	26%	27%

Fonte: SISAB

O monitoramento desses indicadores vai permitir avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, viabilizando, assim, a implementação de medidas de aprimoramento das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, além de ser um meio de dar mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade. Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e seus resultados terão efeitos financeiros a partir de setembro de 2020.

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Microscopista;
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento dos respectivos programas, estratégias e ações.

2.3.3.2. Informatiza APS

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa vai apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. O investimento na tecnologia da informação vai subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

O Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, foi instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Parâmetros do Informatiza APS de acordo com a tipologia do município (Rural Adjacente):

Parâmetros:	
Nº de consultas médicas mensais ESF	66
Nº de consultas de enfermagem mensais ESF	42

2.4. Coronavírus – COVID-19

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório nacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), na China, foi informado sobre a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, Província de Hubei. Em 09 de janeiro, houve a divulgação da detecção de um novo Coronavírus (2019-nCoV) em um paciente hospitalizado com pneumonia em Wuhan. Desde então, casos da doença têm sido registrados em outras cidades da China e em outros países.

A avaliação de risco da OMS, a partir de 27/01/2020, classifica a evolução deste evento como de Risco Muito Alto para a China e, de Alto Risco para o nível regional e global.

Em 30/01/2020, a OMS declarou o surto de Doença Respiratória Aguda pelo 2019-nCoV como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Assim, todos os países devem estar preparados para conter a transmissão do vírus e prevenir a sua disseminação, por meio de vigilância ativa com detecção precoce, isolamento e manejo adequados dos casos, investigação/monitoramento dos contatos e notificação oportuna.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia. Pandemia, segundo a definição da própria OMS, é quando há uma disseminação mundial de uma nova doença. A definição de pandemia não depende de um número específico de casos. Considera-se que uma doença infecciosa atingiu esse patamar quando afeta um grande número de pessoas espalhadas pelo mundo. Isso significa que o vírus está circulando em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos, o que dificulta a identificação.

Os coronavírus são vírus presentes em animais, incluindo camelos, gatos e morcegos e, alguns deles, em humanos, e podem causar desde resfriado comum até doenças mais graves tais como Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV). O 2019-nCoV é um novo coronavírus que ainda não havia sido identificado em humanos.

3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

Diretriz 1 – Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 1.1: Reduzir a mortalidade prematura das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltado aos portadores de doenças crônicas.

Nº	Indicador	Meta	META				
			2022	2023	2024	2025	
1.1.1	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Reducir a 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)	4	4	4	3	
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		2	6	4	3	7	0
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar campanhas sobre alimentação com pouco sal e seus impactos; - Implementar linha de cuidado de hipertensão e diabetes; - Implementar ações de promoção e prevenção na rede de atenção básica; 					

		<ul style="list-style-type: none"> - Implementar rastreamento para detecção precoce de câncer de mama e de colo do útero; - Utilização da Telemedicina para acompanhamento dos crônicos; - Divulgação dos cuidados de prevenção das doenças crônicas através de panfletos e meios digitais; - Criação de grupos virtuais para educação em saúde; - Implantação de um espaço público através do Programa Academia da Saúde para a oferta de práticas de atividades físicas para população; - Atendimento em domicílio para pacientes debilitados; - Incentivar a realização de exames preventivos do câncer de mama e próstata através de parcerias com a comunidade; - Intensificação das ações realizadas no Programa Saúde na Escola, como saúde sexual através da plataforma virtual de ensino. 	
Diretriz 2 – Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.			
Objetivo 2.1: Reduzir a mortalidade materna. Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.			
Nº	Indicador	Meta	META
			2022
			2023
			2024
			2025

2.1.1	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)				100,00	100,00	100,00	100,00
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	AÇÕES:	**	**	**	**	**	**	33,33	**

Objetivo 2.2: Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.

Nº	Indicador	Meta	META				
			2022	2023	2024	2025	
2.2.1	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Aumentar a proporção de registros de óbitos com causa básica definida.	100,00	100,00	100,00	100,00	
	SÉRIE HISTÓRICA	2013 82,35	2014 96,30	2015 89,66	2016 100,00	2017 100,00	2020 92,59
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar profissionais para o adequado preenchimento da Declaração de Óbito; - Realizar investigação nos óbitos mal definidos a fim de reconhecer as causas do óbito; - Encaminhar os corpos com a Guia de encaminhamento de Cadáver - GEC para os serviços de SVO e IML de referência; 					

Objetivo 2.3: Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que

Objetivo 2.4: Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Permite análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames diagnósticos para câncer de mama da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

Nº	Indicador	Meta	META			
			2022	2023	2024	2025
2.4.1	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	0,40	0,41	0,42	0,43
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017
		0,63	0,57	0,40	0,06	0,17
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a realização de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária; - Intensificação do trabalho preventivo através da realização de exames preventivos (Papanicolau e Mamografia) através de busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde, estendendo o horário de atendimento para coleta de exames para alcançar o maior número de mulheres possível; - Criação de grupos virtuais com uma equipe multidisciplinar para o cuidado da saúde da mulher; 				

		- Realização de trabalhos educativos através de apresentação de vídeos na sala de espera e orientações pelas equipes de Saúde da Família.							
Objetivo 2.5: Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.									
Nº	Indicador	Meta	META						
			2022	2023	2024	2025			
2.5.1	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	Aumentar o percentual de parto normal.	6,69	6,69	6,69	6,69			
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		3,23	5,26	0,00	20,00	6,67	3,45	3,33	5,55
	Ações:	- Incentivar o parto normal nas consultas de pré-natal e no Grupo de gestantes; - Estimular a Visita a maternidade de referência.							
Objetivo 2.6: Contribuir para a avaliação da adequação ao acesso a métodos contraceptivos pela população na faixa etária de 10 a 19 anos; Analisar a variação geográfica e temporal no acesso a métodos contraceptivos pela população na faixa etária de 10 a 19 anos, identificando situações de desigualdades e tendências que demandem ações e estudos e situações específicas; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a Saúde do Adolescente.									
Nº	Indicador	Meta	META						
			2022	2023	2024	2025			
2.6.1	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	Reducir o percentual de gravidez na adolescência.	8,70	8,70	8,70	8,70			

	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		12,90	5,26	4,76	0,00	20,00	6,90	10,00	**
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a divulgação da saúde sexual e reprodutiva na faixa etária de 10 a 19 anos; - Aumentar a distribuição de métodos anticoncepcionais. 							
Objetivo 2.7: Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de Saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário.									
2.7.1	Indicador	Meta				META			
						2022	2023	2024	2025
	Taxa de mortalidade infantil.	Reducir a mortalidade infantil				0	0	0	0
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		0	0	1	0	0	0	0	1
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acompanhamento do pré-natal e da realização dos exames preconizados; - Garantir o acompanhamento da puericultura com qualidade. 							
Objetivo 2.8: Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto e puerpério; Analisar variações geográficas e temporais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.									
Nº	Indicador	Meta				META			
						2022	2023	2024	2025

2.8.1	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Reducir o número de óbitos maternos.				0	0	0	0								
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020								
		0	0	0	0	0	0	0	0								
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acompanhamento do pré-natal e da realização dos exames preconizados; - Investigar os casos de óbitos maternos com o intuito de evitar futuros casos. 															
Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.																	
Objetivo 3.1: Manter elevadas coberturas vacinais (CV) do calendário básico de vacinação. As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: A vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenza tipo B e hepatite B; A vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil; A vacina Poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e A vacina Tríplice Viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.																	
Nº	Indicador	Meta	META														
			2022	2023	2024	2025											
3.1.1	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade -	Aumentar o percentual das coberturas vacinais adequadas do Calendário de Vacinação da Criança.	100,00	100,00	100,00	100,00											

	Pentavalente (3a dose), Pneumocócica 10-valente (2a dose), Poliomielite (3a dose) e Tríplice viral (1a dose) - com cobertura vacinal preconizada.						
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	AÇÕES:	- Monitorar e avaliar a cobertura das vacinas básicas mês a mês; - Realizar busca ativa dos faltosos.					
Objetivo 3.2: Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN.							
Nº	Indicador	Meta			META		
					2022	2023	2024
3.2.1	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação	100,00	100,00	100,00	100,00	
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018

	AÇÕES:	<p>- Garantir recursos humanos de acordo com o dimensionamento necessário para manutenção do serviço de vigilância epidemiológica e de informação;</p> <p>Objetivo 3.3: Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela Hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.</p>							
Objetivo 3.3: Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela Hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.									
Nº	Indicador	Meta				META			
		2022	2023	2024	2025				
3.3.1	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	100,00	100,00	100,00	100,00			
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
		**	100,00	**	**	**	**	**	
AÇÕES:		<p>- Promover o diagnóstico precoce e tratamento supervisionado dos casos novos diagnosticados.</p> <p>- Realizar busca ativa.</p>							
Objetivo 3.4: O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da Sífilis e, consequentemente, a Sífilis Congênita.									
Nº	Indicador	Meta				META			

				2022	2023	2024	2025
3.4.1	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	Reduzir a incidência de sífilis congênita.		0	0	0	0
	SÉRIE HISTÓRICA	2013 0	2014 0	2015 0	2016 0	2017 0	2018 0
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acompanhamento do pré-natal e da realização dos exames preconizados; - Garantir o tratamento das gestantes com casos diagnosticados durante o pré-natal. 					
Objetivo 3.5: Expressa o número de casos novos de AIDS na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de AIDS nessa população.							
Nº	Indicador	Meta	META				
			2022	2023	2024	2025	
3.5.1	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	Reducir a incidência de aids em menores de 5 anos.	0	0	0	0	
	SÉRIE HISTÓRICA	2013 0	2014 0	2015 0	2016 0	2017 0	2018 0
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acompanhamento do pré-natal e da realização dos exames preconizados; - Garantir o acompanhamento dos pacientes soropositivos no SAE; - Garantir tratamento da mãe na gestação e parto e da criança conforme protocolo vigente. 					

Objetivo 3.6: Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.

Nº	Indicador	Meta	META				
			2022	2023	2024	2025	
3.6.1	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	70%	70%	70%	70%	
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		56,94	58,33	43,49	20,83	21,44	25,52
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir de insumos e materiais para a coleta da água; - Garantir a coleta e transporte do material até o serviço responsável pela análise. 					

Objetivo 3.7: Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

Nº	Indicador	Meta	META			
			2022	2023	2024	2025

Diretriz 4: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Objetivo 4.1: Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Nº	Indicador	Meta	META			
			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	100,00	100,00	100,00	100,00
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017
		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir Insumos e materiais necessários para a execução das ações; - Garantir Recursos Humanos para a composição mínima das equipes de saúde. 				

Objetivo 4.2: Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.

Nº	Indicador	Meta	META			
			2022	2023	2024	2025
4.2.1	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades	100,00	100,00	100,00	100,00

		<p>singular para população vulnerável, trabalhando, por exemplo, a violência em idosos, crianças, mulheres e deficientes;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratação de um pediatra para qualificar o trabalho realizado através das equipes de Saúde da Família com as crianças, intensificando o cuidado integral em todas as fases da vida, em especial o aleitamento materno, vacinação e saúde bucal; - Criação de parceria com o CRAS para realização de trabalhos com crianças e adolescentes, visando a melhoria da qualidade de vida, com foco nos seguintes tópicos: crianças especiais, prevenção da gravidez na adolescência, prevenção de álcool e drogas entre outros temas; - Intensificação das ações realizadas no Programa Saúde na Escola, como o acompanhamento do peso, alimentação saudável e a prática de exercícios físicos.
--	--	---

Objetivo 4.4: Identificar as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.

Nº	Indicador	Meta	META			
			2022	2023	2024	2025
4.4.1	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Aprimorar as ações de vigilância em saúde e atenção integral ao trabalhador.	100,00	100,00	100,00	100,00
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017
		**	**	0,00	100,00	100,00
	AÇÕES:	- Treinamento para os enfermeiros quanto a necessidade do preenchimento do campo Ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.				

Objetivo 4.5: Aprimorar a atenção à Saúde Mental								
Nº	Indicador	Meta	META					
			2022	2023	2024	2025		
4.5.1	Número de Ambulatórios de Especialidades em Saúde Mental (AMENT)	Aprimorar as ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde	1	1	1	1		
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		-	-	-	-	-	-	-
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação de um Ambulatório de Especialidades em Saúde Mental através de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). - Parceria com o CRAS e com a Educação para realização de trabalhos preventivos a Saúde Mental de Crianças e Adolescente. - Intensificação do trabalho já realizado nas unidades de saúde através de apresentação de vídeos de prevenção a Saúde Mental nas salas de espera e criação de grupos de atividades físicas. 						

Diretriz 5: Reorganizar a Rede de Atenção à Saúde/RAS para atender os casos suspeitos e confirmados de COVID-19

Objetivo 5.1: Garantir atenção integral à saúde de casos suspeitos e confirmados de COVID 19.

Nº	Indicador	Meta	META			
			2022	2023	2024	2025
5.1.1	UBS que estabeleceram fluxo para atendimento COVID-19	Aprimorar os estabelecimentos de saúde através da organização do fluxo de	2	2	2	2

		atendimento diferenciado para Síndrome Gripal.							
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		-	-	-	-	-	-	-	2
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganizar o Fluxo de Atendimento na Rede Básica Municipal para acolhimento e atendimento dos sintomáticos respiratórios, para evitar transmissão do coronavírus para os demais usuários da UBS; - Contratar, repor e/ou capacitar as equipes da Rede Básica para atender sintomáticos respiratórios; - Adquirir EPI para as equipes da Rede Básica Municipal; - Adquirir equipamento para Rede Básica municipal para o adequado atendimento aos usuários que buscam os serviços com suspeita de infecção pelo COVID-19 (oxímetros, entre outros); - Adquirir insumos para coleta de amostras para Teste RT-PCR na Rede Básica Municipal; - Adquirir Testes sorológicos para detecção de anticorpos de COVID-19 para toda Rede de Saúde Municipal. 							
Objetivo 5.2: Garantir ações de vigilância em saúde para o controle da COVID-19.									
Nº	Indicador	Meta	META						
			2022	2023	2024	2025			
5.2.1	Número de Unidades de Saúde com e-SUS Notifica implantado	Implantar e-SUS Notifica em 100% das Unidades de Saúde	2	2	2	2			

	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar os casos suspeitos e confirmados (leves e moderados) e comunicantes durante todo o período de isolamento domiciliar; - Adequar (contratando ou ampliando) o serviço de transporte das equipes para as demandas relacionadas com as ações de monitoramento da população do território municipal; - Adquirir EPI para as equipes de saúde da Vigilância responsáveis pelo monitoramento; 						
5.2.3	Número de casos confirmados de COVID-19 por meio do RT-PCR/ Número total de casos confirmados de COVID-19	META				META		
		Confirmar 70% de casos de COVID 19, por meio do RT-PCR				70%	70%	70%
	SÉRIE HISTÓRICA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		-	-	-	-	-	-	100%
	AÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir os insumos e materiais necessários para a testagem; - Adquirir EPI para as equipes de saúde responsáveis pela testagem; - Contratar, repor e capacitar equipes para realizar a testagem; - Realizar a testagem conforme o plano definido. 						

*Sem informação disponível

**Sem nenhuma ocorrência

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde requer monitoramento e avaliações periódicas. Estas ações visam o seu acompanhamento para tomada de decisões e busca do alcance pleno das metas acordadas.

A Programação Anual de Saúde (PAS) será operacionalizada pela Secretaria Municipal de Saúde e acompanhada através de relatórios apresentados quadrimensalmente junto ao Conselho Municipal de Saúde, conforme o artigo 36, da Lei Complementar nº 141/12.

Será também sistematizado anualmente através do Relatório Anual de Gestão (RAG), conforme previsto no Art. 4º, da Portaria 2.135/2013 que é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS).

No início de cada ano, será apresentada para aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) para o exercício.