

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

P M S
2018
A
2021

PLANO MUNICIPAL DE
SAUDE

PLANO MUNICIPAL DE SAUDE

2018 - 2021

GUADALUPE- PI

2018

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 10.539.832/0001 – 40

ENDEREÇO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

Praça Cesar Cals, 1.300 – Centro - CEP: 64.840 - 000.

Telefone: (89) – 3552-1283

E – mail Institucional – saudegdp@yahoo.com.br

GESTORES MUNICIPAIS

PREFEITA MUNICIPAL:

MARIA JOZENEIDE FERNANDES LIMA

Telefone: (86) – 99867 - 7861

E – mail Institucional – prefeituraguadalupe@gmail.com

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

PAULO HENRIQUE DE SOUSA ROCHA

Telefone: (89) -9985 - 0348

E-mail: psousarocha@yahoo.com.br

E – mail Institucional – saudegdp@yahoo.com.br

EQUIPE TÉCNICA

JUCILENE ANDRADE FERREIRA

Enfermeira
Coordenadora da Atenção Básica

TATIANA RABELO ARNAUD

Odontóloga
Coordenadora de Saúde Bucal

GLAUCIA PEREIRA DE SÁ

Enfermeira
Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU

ÂNGELA MARIA DE OLIVEIRA MOURA BRASIL

Enfermeira
Coordenadora do Centro de Atenção psicossocial
CAPS

TAILANDIA PEREIRA DE SÁ

Médica Veterinária
Coordenador da Vigilância Sanitária
VISA

DIVA MARIA DOS SANTOS

Enfermeira
Diretora do Hospital Local

CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Paulo Henrique de Sousa Rocha – Presidente

SEGMENTO DO GOVERNO

01 - Paulo Henrique de Sousa Rocha – Titular
Jucilene Andrade Ferreira – Suplente

02 - Elieuda Siqueira Castro – Titular
Teockyton Rebouças de Sá – Suplente

SEGMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇO

03 - Diva Maria dos Santos – Titular
Antonio Jose de Sousa - Suplente

04 - Lupércia Maria Cruz Sá – Titular
Andreia da Silva Andrade – Suplente

SEGMENTO DOS TRABALHADORES DO SUS

05 - Claudete Sousa e Silva – Titular
Carlene Maria Rodrigues Torres – Suplente

06 - Ângela Maria de Oliveira Moura Brasil – Titular
Cristineide Gualter Lima de Oliveira – Suplente

07 - Lídia Araújo Carreiro – Titular
Thais Trajano - Suplente

08 - Leidinalva da Silva Nascimento - Titular
Janaina Pereira Mousinho – Suplente

SEGMENTO DOS USUÁRIOS DO SUS

09 - Conceição de Maria Gonçalves da Silva – Titular
Rosa Moreira de Sousa da Silva - Suplente

10 - Mikael Lima Silva – Titular
Lianne dos Santos Soares – Suplente

11 - Euclides Araujo Vieira – Titular
Rosimeire Cordato – Suplente

12 - João Guilherme Neto – Titular
Franciane Nunes Lima Araujo – Suplente

13 - Marta Irene Oliveira Martins – Titular
Antonio Oliveira da Silva Filho – Suplente

14 - Edivan Rodrigues da Silva – Titular
Jose Ramos de Passos – Suplente

15 - Raimundo Alves de Matos – Titular
Mauricia Da Guia Pereira – Suplente

16 - Luiz Henrique da Conceição – Titular
Maria da Graças Oliveira – Suplente.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS.

QUADROS

Quadro 01 — População residente no município de Guadalupe – PI, censos 1991, 2000 e 2010 e população estimada dos anos 2010 a 2017.....	41
QUADRO 02 - População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e sexo, e razão de sexo, Guadalupe - Piauí - 2010.....	44
QUADRO 03 – Mostra a densidade demográfica do município.....	48
Quadro 04 – Moradores do Município de Guadalupe – PI, segundo Abastecimento de água, Censo 2010.....	57
Quadro 05 – Moradores do Município de Guadalupe – PI, segundo Abastecimento de água, Censo 2000.....	59
Quadro 06 – Moradores do Município de Guadalupe – PI, segundo Abastecimento de água, Censo 1991.....	60
QUADRO 07 - Proporção de domicílios particulares permanentes, por tipo de saneamento – Guadalupe - PI – Censos 2000/ 2010.....	68
QUADRO 08 - Índice de Gini da Renda Domiciliar Per Capita - Censos 1991, 2000 e 2010.....	71
QUADRO 09 – Razão de Renda – Guadalupe – PI - Censos 1991, 2000 e 2010.....	71
QUADRO 10 - Proporção de Pessoas com Baixa Renda – Censo 2010.....	72
QUADRO 11 - Proporção de pessoas Com Baixa Renda – Censo 2000.....	73
QUADRO 12 - Proporção de pessoas Com Baixa Renda – Censo 1991.....	73
QUADRO 13 - Proporção de Crianças em Situação Domiciliar de Baixa Renda, Censo 2010...74	
QUADRO 14 - Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda, censo 2000.....	74

QUADRO 15 - Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda, censo 1991.....	75
QUADRO 16 - Taxa de desemprego população de 16a e + - censo 2010.....	75
QUADRO 17 - Taxa de desemprego população de 16a e + - censo 2000.....	75
QUADRO 18 - Taxa de desemprego população de 16a e + - censo 1991.....	76
QUADRO 19 - Taxa de trabalho infantil, População infantil ocupada, População infantil – censo 2010.....	76
QUADRO 20 - Taxa de trabalho infantil, População infantil ocupada, População infantil – censo 2000.....	76
QUADRO 21 - Taxa de trabalho infantil, População infantil ocupada, População infantil – censo 1991.....	77
QUADRO 22 - IDHM – Censos: 1991/2000/2010.....	87
QUADRO 23 – IDHM Renda, Longevidade, Educação – Censos: 1991/2000/2010.....	87
QUADRO 24 – IDHM e seus componentes – Censos 1991, 2000 e 2010.....	88
QUADRO 25 - Óbitos em mulheres adultas por grupo de causas, Anos 2010 A 2016.....	97
QUADRO 26 - Óbitos em mulheres idosas por grupo de causas, Anos 2010 A 2016.....	97
QUADRO 27 – Morbidade por grupos de causas – Guadalupe – PI, anos 2015, 2016 e 2017..	109
QUADRO 28 – Acidentes por animais peçonhentos – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	109
QUADRO 29 – Notificação dengue – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	110
QUADRO 30 – Notificação intoxicação exógena – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	110
QUADRO 31 – Notificação Leishmaniose Visceral, casos confirmados– Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	110

QUADRO 32 – Notificação Sífilis em Gestantes, casos confirmados– Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	111
QUADRO 33 – Notificação Sífilis Congênita, casos confirmados– Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	111
QUADRO 34 – Notificação Violência Domestica, Sexual e/ou outras Violências – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	112
QUADRO 35 – Notificação hanseníase, casos confirmados – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	112
QUADRO 36 – Notificação hanseníase, contatos examinados na coorte segundo ano notificação. – Guadalupe – PI, anos 2015.....	113
QUADRO 37 – Notificação hanseníase, cura nas coortes segundo ano notificação – Guadalupe – PI, anos 2015.....	113
QUADRO 38 – Notificação hanseníase, Casos prevalentes segundo Ano Notificação – Guadalupe – PI, anos 2015 e 2016.....	114
QUADRO 39 – Notificação hanseníase, Casos novos – Guadalupe – PI, anos 2017.....	114
QUADRO 40 – Notificação Tuberculose casos confirmados – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	115
QUADRO 41 – Nascidos vivos por residência, Guadalupe – PI, anos 2013 a 2017.....	119
QUADRO 42 – Nascidos vivos de Parto Normal e com 7 ou mais consultas de Pré-Natal – Guadalupe – PI, Anos 2014 a 2017.....	120
QUADRO 43 - Campanha de vacinação contra a influenza, Guadalupe – PI, anos 2015, 2016 e 2017.....	121

QUADRO 44 - Vacinação contra a Poliomielite – Cobertura Vacinal por faixa etária - Guadalupe – PI, anos 2014 e 2015.....	121
QUADRO 45 – Percentual de Partos Normais.....	124
QUADRO 46 - Situação atual da implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.	125
Quadro 47 - Situação atual da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 126	
QUADRO 48 - Situação atual da implantação das Equipes de Saúde Bucal.....	126
QUADRO 49 - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.....	127
QUADRO 50 - Resultado de adesão ao terceiro ciclo.....	128
QUADRO 51 - Resultado da certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).	128
QUADRO 52 - Resultado da certificação das equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).	129
QUADRO 53 - Resultado da certificação das equipes do NASF que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).	129
QUADRO 54 – Repasses para implantação do Núcleo e número de equipes vinculadas.....	131
QUADRO 55 - Situação do Programa Saúde na Escola.....	131
QUADRO 56 - Profissionais que atuam na atenção básica.....	135
QUADRO 57 - Profissionais que atuam na atenção básica.....	136
QUADRO 58 - % dos Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Guadalupe – PI, Anos 2012 a 2015.....	141

QUADRO 59 – Valores Absolutos dos Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Guadalupe – PI, Anos 2012 a 2015.....	149
QUADRO 60 - Procedimentos anuais a serem realizados para todas as gestantes.....	158
QUADRO 61 - Procedimentos anuais a serem realizados – Pré - natal de Risco Habitual.....	158
QUADRO 62 - Procedimentos anuais a serem realizados – Consultas Pré - natal de Risco Habitual.....	159
QUADRO 63 - Componente: Pré - natal Alto Pisco (70%).....	159
QUADRO 64 - Componente: Pré - natal Alto Pisco (30%).....	159
QUADRO 65 - Componente: Saúde da Criança - menores de 01 ano.....	160
QUADRO 66 - Componente: Saúde da Criança - menores de 01 ano, com peso \geq 2.500g.....	160
QUADRO 67 - Componente: Saúde da Criança - menores de 01 ano, com peso \leq 2.500g.....	161
QUADRO 68 - Componente: Saúde da Criança - Crianças de até 24 meses egressos de UTI...161	
QUADRO 69 - Componente: Saúde da Criança - Crianças com idade igual ou maior que 01 ano e menor que 02 anos.....	162
QUADRO 70 - Componente: Saúde da Criança - Crianças com idade igual ou maior que 02 anos e menor que 10 anos.....	163
QUADRO 71 - Componente: Atividades Educativas.....	163
QUADRO 72 - Componente: Ações Saúde da Criança.....	163
QUADRO 73 - Ponto de atenção da rede de urgência ou a esta relacionada no município de Guadalupe – PI.....	166

QUADRO 74 - Matriz diagnostica da Rede de Atenção psicossocial, com pontos de atenção implantados no município de Guadalupe – PI.....	171
QUADRO 75 – Recursos recebidos pelo bloco da Atenção Básica, Ano 2017.....	174
QUADRO 76 – Recursos recebidos pelo bloco da Atenção Básica, Ano 2016.....	174
QUADRO 77 – Recursos recebidos pelo bloco da Atenção Básica, Ano 2015.....	174
QUADRO 78 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2017.....	175
QUADRO 79 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2016.....	175
QUADRO 80 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2015.....	175
QUADRO 81 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2017.....	176
QUADRO 82 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2016.....	176
QUADRO 83 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2015.....	176
QUADRO 84 – Recurso recebido pelo bloco Vigilância em Saúde, Ano 2017.....	177
QUADRO 85 – Recurso recebido pelo bloco Vigilância em Saúde, Ano 2016.....	177
QUADRO 86 – Recurso recebido pelo bloco Vigilância em Saúde, Ano 2015.....	178
QUADRO 87- Série histórica do SISPACTO.....	193

TABELAS

TABELA – 01- Características geográficas do município de Guadalupe em 2010.....	36
TABELA – 02 - Características do clima e da temperatura do município de Guadalupe.....	37
TABELA 03 - População residente, por grupos de idade, e o sexo. Censo 2010 – Guadalupe – Piauí.....	42
TABELA 04 - População residente, por grupos de idade, e o sexo. Censo 2000 – Guadalupe – Piauí.....	43
Tabela 05 – População Total do Município de Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.....	45
Tabela 06 – População por sexo do Município de Guadalupe – PI, Censo 2010.....	45
Tabela 07 – População por sexo do Município de Guadalupe – PI, Censo 2000.....	46
Tabela 08 – População por sexo do Município de Guadalupe – PI, Censo 1991.....	46
Tabela 09 – População por situação de moradia do Município de Guadalupe – PI, Censo 2010.....	47
Tabela 10 – População por situação de moradia do Município de Guadalupe – PI, Censo 2000.....	47
Tabela 11 – População por situação de moradia do Município de Guadalupe – PI, Censo 1991.....	48
TABELA 12 – Longevidade do município de Guadalupe – PI – Censos 1991, 2000 e 2010.....	51
TABELA 13 – Taxa de fecundidade do município de Guadalupe – PI – Censos 1991, 2000 e 2010.....	52
TABELA 14 – Mortalidade Infantil do município de Guadalupe – PI – Censos 1991, 2000 e 2010.	52

TABELA 15 – Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 2010.....	61
TABELA 16 – Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 2000.....	62
TABELA 17 – Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.....	63
TABELA 18 – Detalhamento das Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.	64
TABELA 19 – Instalações Sanitárias por situação de moradia – Município Guadalupe – PI – Censo 2010.	65
TABELA 20 – Instalações Sanitárias por situação de moradia – Município Guadalupe – PI – Censo 2000.	65
TABELA 21 – Instalações Sanitárias por situação de moradia – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.	66
TABELA 22 – Coleta de Lixo – Município Guadalupe – PI – Censo 2010.....	66
TABELA 23 – Coleta de Lixo – Município Guadalupe – PI – Censo 2000.....	67
TABELA 24 – Coleta de Lixo – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.....	68
TABELA 25 – Renda Média Domiciliar Per Capita – Censos 1991, 2000 e 2010.....	70
TABELA 26 – População alfabetizada – Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.....	77
TABELA 27 – População não alfabetizada – Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.....	78
TABELA 28 - Escolaridade da população de 15 anos ou mais – censo 2010.....	78
TABELA 29 - Escolaridade da população de 15 anos ou mais – censo 2000.....	79
TABELA 30 - Escolaridade da população de 15 anos ou mais – censo 1991.....	79
TABELA 31 - Escolaridade da população de 18 anos ou mais – censo 2010.....	79

TABELA 32 - Escolaridade da população de 18 anos ou mais – censo 2000.....	80
TABELA 33 - Escolaridade da população de 18 anos ou mais – censo 1991.....	81
TABELA 34 – Ocupação da população de 18 anos ou mais - Guadalupe – PI, censos 2000 e 2010.....	92
TABELA 35 - Vulnerabilidade Social - Município - Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.....	93
TABELA 36 - Óbitos mulheres idade fértil, óbitos maternos, óbitos maternos tardios – município – Guadalupe – PI.....	99
TABELA 37 – Óbitos Infantis por residência – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	99
TABELA 38 – Óbitos Fetais por residência – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	100
TABELA 39 - Óbitos por acidentes de transporte terrestre – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	101
TABELA 40 - Óbitos por causas do aparelho circulatório – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	103
TABELA 41 - Óbitos por principais causas externas – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	104
TABELA 42 – Óbitos em Homens Adultos por grupo de causas - Guadalupe – PI, anos 2010 a 2016.....	105
TABELA 43 – Óbitos em Homens Idosos por grupo de causas – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2016.....	105
TABELA 44 - Óbitos por principais doenças infecciosas e parasitárias – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2016.....	106
TABELA 45 – AIDS - Taxa por 100.000 hab./ano – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	116

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TABELA 46 – Hanseníase - Taxa por 100.000 hab./ano – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	117
TABELA 47 – Sífilis Congênita e em Gestantes - Taxas por 1.000 nascidos vivos – Guadalupe – PI, anos 2015 e 2016.....	117
TABELA 48 – Testes de Sífilis realizados em Gestantes – Guadalupe – PI, anos 2015 e 2016.....	117
TABELA 49 – Tuberculose Taxa por 100.000 hab./ano – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.....	118
TABELA 50 – Tuberculose - Indicadores Operacionais – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017..	118
TABELA 51 – Cobertura Vacinal dos Imunos do Calendário de Vacinação da criança - Guadalupe – PI, anos 2015, 2016 e 2017.....	124
TABELA 52 – Estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, Guadalupe – PI, por tipo e unidades de saúde.....	132
TABELA 53 – Leitos Hospitalar por Especialidades cadastradas no CNES, Guadalupe – PI.....	133
TABELA 54 – Equipamentos por Grupo, Guadalupe – PI.....	134
TABELA 55– Consulta medica e exames em atenção especializada.....	173
TABELA 56 - Dados do SIOPS – Indicadores Financeiros – Ano 2015.	180
TABELA 57 - Dados do SIOPS – Demonstrativo Orçamentário - Despesas com Saúde – Ano 2015.....	181
TABELA 58 - Demonstrativo Orçamentário - Despesas com Saúde, Ano 2016.....	182
TABELA 59 - Indicadores Financeiros, Ano 2017.....	183
TABELA 60 - Demonstrativo Orçamentário - Despesas com Saúde, Ano 2017.....	185

GRAFICOS

GRAFICO 01 - Fluxo Escolar por Faixa Etária - Guadalupe - PI – Censos 1991/2000/2010.....	82
GRAFICO 02 - Fluxo Escolar por Faixa Etária - Guadalupe - PI – 2010.....	83
GRAFICO 03 – Escolaridade da População de 25 anos ou mais – censo 1991.....	84
GRAFICO 04 – Escolaridade da População de 25 anos ou mais – censo 2000.....	85
GRAFICO 05– Escolaridade da População de 25 anos ou mais – censo 2010.....	86
GRAFICO 06 - Ranking do IDHM.....	89
GRAFICO 07 – Distribuição da população por quinto, segundo a renda domiciliar per capita, censo 2010.....	90
GRÁFICO 08 – Composição da população, economicamente ativa, de 18 anos ou mais, censo 2010.....	90
GRÁFICO 09 - Óbitos por acidentes de transporte terrestre – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.....	91
GRÁFICO 10 – Mortalidade por grupos de causas – Guadalupe – PI, ano 2017.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CETESB	Companhia Ambiental do Estado de São Paulo
CGHDE	Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino Saúde
DASIS	Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde
DHS	Demographic and Health Survey
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEEMA	Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente
FJP	Fundação João Pinheiro
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

IDSUS	Índice de desempenho do SUS
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IASI	Interamerican Statistical Institute
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRPD.	Laboratório Regional de Prótese Dentaria
MS	Ministério da Saúde
NSP	Nova Saúde Pública
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PAS	Programação Anual de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RRAS	Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIM	Serviço de Informação Sobre Mortalidade

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

<u>SINAN</u>	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USAID	United States Agency for International Development

SUMÁRIO:

1.0 – Análise situacional.....	34
1.1 – Condições sócio sanitárias.....	34
1.1.1 - Aspectos políticos e culturais.....	34
1.1.1.1 - Historia do município.....	34
1.1.1.2 – Caracterização física e geográfica.....	36
1.1.1.3 - Características morfoclimáticas.....	37
1.1.2 - Perfil demográfico.....	38
1.1.2.1 – Dados populacionais.....	39
1.1.2.2 – População residente.....	41
1.1.2.3 – População residente, por grupos de idade.....	42
1.1.2.4 - População por sexo – censos 1991, 2000 e 2010.....	45
1.1.2.5 - População por situação de moradia – censos 1991, 2000 e 2010.....	47
1.1.2.6 - Densidade demográfica.....	48
1.1.2.7 - Longevidade, mortalidade infantil e fecundidade.....	49
1.1.2.7.1 - Longevidade, mortalidade infantil e fecundidade do município de Guadalupe – PI.....	51
1.1.2.7.2 – Taxa de fecundidade do município de Guadalupe – PI.....	52
1.1.2.7.3 – Taxa mortalidade infantil do município de Guadalupe – PI.....	52

1.1.3 - Condições ambientais.....	54
1.1.3.1 - Abastecimento de água.....	57
1.1.3.2 - Instalações sanitárias.....	61
1.1.3.3 – Coleta de lixo.....	66
1.1.4 - Condições socioeconômicas.....	69
1.1.4.1 - Renda média domiciliar <i>per capita</i>	70
1.1.4.2 - Índice de GINI da renda domiciliar <i>per capita</i>	71
1.1.4.3 - Razão de renda.....	71
1.1.4.4 - Pessoas com baixa renda.....	72
1.1.4.5 - Crianças em situação domiciliar de baixa renda.....	74
1.1.4.6 - Taxa de desemprego.....	75
1.1.4.7 - Taxa de trabalho infantil.....	76
1.1.4.8 – Escolaridade da população do município de Guadalupe – PI.....	77
1.1.4.8.1 – População alfabetizada.....	77
1.1.4.8.2 – População não Alfabetizada.	78
1.1.4.8.3 – Escolaridade da População de 15 anos ou mais.....	78
1.1.4.8.4 – Escolaridade da População de 18 anos ou mais.....	80
1.1.4.8.5 – Fluxo Escolar por Faixa Etária.....	82
1.1.4.8.6 – Escolaridade população Adulta de 25 anos ou mais.	84
1.1.4.9 - Índice de desenvolvimento humano – IDHM.....	87

1.1.4.9.1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Guadalupe – PI - censos 1991,2000 e 2010.....	88
1.1.4.9.2 - Evolução do IDHM.....	88
1.1.4.9.3 - Ranking do IDHM.....	89
1.1.4.10 – População segundo a Renda Domiciliar Per Capita.....	90
1.1.4.11 – Trabalho.....	91
1.1.4.11.1 – Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Guadalupe – PI.....	92
1.1.4.12 - Vulnerabilidade Social.....	93
1.1.5 - Perfil epidemiológico.....	94
1.1.5.1 - Óbitos em Mulheres.....	97
1.1.5.1.1 - Óbitos em mulheres adultas por grupo de causas.....	97
1.1.5.1.2 - Óbitos em mulheres idosas por grupo de causas.....	97
1.1.5.1.3 - Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos.....	98
1.1.5.2. - Óbitos Infantis.....	99
1.1.5.3 - Óbitos Fetais.....	100
1.1.5.4 - Óbitos por acidentes de transporte terrestre, segundo a condição da vítima – Guadalupe – PI.....	101
1.1.5.5 - Óbitos por principais causas do aparelho circulatório – Guadalupe – PI.....	102
1.1.5.6 - Óbitos por principais causas externas.....	103
1.1.5.7 – Óbitos em Homens Adultos por grupo de causas.....	104
1.1.5.8 - Mortalidade - específica do homem maior de 60 anos (idoso).....	105

1.1.5.9 – Óbitos por principais doenças infecciosas e parasitárias.....	106
1.1.5.10 – Mortalidade por grupos de causas – ano 2017.....	107
1.1.5.2 – Morbidade.....	108
1.1.5.3 – Agravos e Notificações – SINAN.....	109
1.1.5.3.1 – Acidentes por animais peçonhentos.....	109
1.1.5.3.2 – Notificação dengue.....	109
1.1.5.3.3 – Notificação intoxicação exógena.....	110
1.1.5.3.4 – Notificação Leishmaniose Visceral.....	110
1.1.5.3.5 – Notificação Sífilis em Gestantes.....	111
1.1.5.3.6 – Notificação Sífilis Congênita.....	111
1.1.5.3.7 – Notificação Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.....	112
1.1.5.3.8 – Notificação hanseníase.....	112
1.1.5.3.9 – Notificação hanseníase - contatos examinados na coorte segundo ano notificação.....	113
1.1.5.3.10 – Notificação hanseníase – cura nas coortes segundo ano notificação.....	113
1.1.5.3.11 – Notificação hanseníase – Casos prevalentes segundo Ano Notificação.....	114
1.1.5.3.12 – Notificação hanseníase – Casos Novos.....	114
1.1.5.3.13 – Notificação Tuberculose casos confirmados.....	115
1.1.5.3.14 – Morbidade AIDS.....	116

1.1.5.3.15 – Morbidade Hanseníase.....	116
1.1.5.3.16 – Morbidade Sífilis Congênita.....	117
1.1.5.3.17 – Testes de Sífilis realizados em Gestantes.....	117
1.1.5.3.18 – Morbidade Tuberculose.....	118
1.1.5.3.19 – Tuberculose - Indicadores Operacionais.....	118
1.1.5.4 - Nascidos vivos.....	119
1.1.5.4.1 - Nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal.....	119
1.1.5.5 – Imunização.....	120
1.1.5.5.1 - Campanha de vacinação contra a influenza.....	121
1.1.5.5.2 - Campanha de vacinação contra a Poliomielite.....	122
1.1.5.5.3 – Vacinas do Calendário da Criança.....	122
1.1.5.6 - Tipo parto.....	124
1.2 – Estrutura do sistema de saúde.....	125
1.2.1 - Equipes e cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF.....	125
1.2.2 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF – AB.....	125
1.2.3 - Brasil Sorridente - ações de saúde bucal.....	126
1.2.4 – Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD.....	127
1.2.5 – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ.....	128
1.2.6 – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB.....	130
1.2.7 - Programa Telessaude Brasil Redes.....	130

1.2.8 – Programa Saúde na Escola - PSE.....	131
1.2.9 – Estabelecimentos de Saúde Cadastrados no CNES.....	132
1.2.10 – Leitos Hospitalar por Especialidades.....	133
1.2.11 – Equipamentos por Grupo.....	134
1.2.12 – Profissionais que atuam nos estabelecimentos de saúde do município...135	
1.2.13 – Profissionais que atuam no Hospital Local de Guadalupe.....	136
1.3 – Dados sobre a situação de saúde do município.....	135
1.3.1 – Indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores.....	137
1.4 – Redes de atenção a saúde.....	147
1.4.1 - Rede cegonha.....	148
1.4.1.1 - Atenção Básica e a Rede Cegonha.....	148
1.4.1.2 - Plano de ação da rede cegonha do município de Guadalupe – PI.....	150
1.4.1.2.1 - Componente: Parto e Nascimento.....	150
1.4.1.2.2 - Componente: Pré – Natal.....	152
1.4.1.2.3 - Componente: Puerperio e Atenção Integral a Saúde da Criança.....	154
1.4.1.2.4 - Componente: Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.....	156
1.4.1.3 – Programação Rede Cegonha.....	157
1.4.1.3.1 - Componente: Parto e Nascimento.....	157
1.4.1.3.2 - Componente: Pré-Natal.....	157

1.4.1.3.3 - Componente: Pré-Natal de Risco Habitual - Consultas.....	158
1.4.1.3.4 - Componente: Pré-Natal de Risco Habitual.....	158
1.4.1.3.5 - Componente: Pré - natal Alto Pisco (70%).....	159
1.4.1.3.6 - Componente: Pré - natal Alto Pisco (30%).....	159
1.4.1.3.7 - Componente: Saúde da Criança.....	160
1.4.1.3.8 - Componente: Atividades Educativas.....	163
1.4.1.3.9 - Componente: Ações Saúde da Criança.....	163
1.4.2 - Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE.....	163
1.4.2.1 - componentes da rede de atenção às urgências.....	164
1.4.2.1.1 - Promoção, prevenção e vigilância à saúde.....	164
1.4.2.1.2 - Atenção Básica.....	164
1.4.2.1.3 - SAMU 192.....	165
1.4.2.1.4 - Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas).....	165
1.4.2.1.5 - Componente Hospitalar.....	166
1.4.2.4.6 - Pontos de atenção da rede de urgência ou a esta relacionada no município de Guadalupe – PI.....	166
1.4.3 - Rede de atenção psicossocial – RAPS.....	167
1.4.3.1 - Matriz diagnóstica da rede de atenção psicossocial.....	171
1.5 – Apoio logístico e a gestão.....	172

1.5.1 – Regulação.....	172
1.5.1.1 – Regulação de Consulta Medica em Atenção Especializada.....	173
1.6 – Situação orçamentária e financeira.....	174
1.6.1 - Recursos financeiros recebidos através de transferência direta do fundo nacional de saúde - Guadalupe – PI.....	174
1.6.1.1 - Bloco: Atenção Básica.....	174
1.6.1.2 - Bloco: Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.....	175
1.6.1.3 - Bloco: Assistência Farmacêutica.....	176
1.6.1.4 - Bloco: Vigilância em Saúde.....	177
1.6.2 – Dados SIOPS.....	179
1.6.2.1 - Indicadores Financeiros.....	179
1.6.2.2 - Demonstrativo Orçamentário - Despesas com Saúde.....	180
1.7 – Participação Popular e Controle Social.....	186
1.7.1 - O controle social na saúde.....	186
1.7.2 - conselho municipal de saúde – CMS – de Guadalupe.....	188
1.8 - Relações Interfederativas.....	189
1.9 - Gestão do trabalho e da educação em saúde.....	191
1.10 - Descrição do desempenho dos indicadores do sispecto no município.....	193

1.10.1 - Série histórica do sispacto.....	195
2.0 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.....	201
3.0 – Compatibilização das propostas da conferencia municipal de saúde com o plano municipal de saúde.....	220
4.0 - Monitoramento e avaliação.....	230
5.0 – Referencias bibliográficas.....	231
6.0 – Anexos.....	233

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde - PMS é a base, portanto, para a definição e a implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde. Ou seja: é a referência para os processos de planejamento local e regional e formulação de programações, projetos, entre outros. Assim, deve ser valorizado como o instrumento central de planejamento, sendo necessário que todas as iniciativas estejam nele contido, a partir dos seus diversos componentes. Trata-se, enfim, de um instrumento no qual precisam estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias da gestão municipal, constituindo referencial para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

Os objetivos propostos no Plano Municipal de Saúde – PMS 2018 A 2021 expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas. As metas são as expressões quantitativas de um objetivo. Sendo assim, por se tratar de um instrumento técnico-político, a elaboração do Plano Municipal de Saúde ocorreu de forma participativa, tomando como subsídio privilegiado as proposições da Conferência Municipal de Saúde, tendo o aval e aprovação do Conselho Municipal de Saúde - CMS. Ressalte-se ainda que, o Plano Municipal de Saúde, será avaliado de forma geral ao final de sua vigência e anualmente através do Relatório Anual de Gestão – RAG e da Programação Anual de Saúde – PAS, essa avaliação e monitoramento são necessários, dada a sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e a efetividade dos serviços e das ações desenvolvidas, contribuindo assim para a consolidação do sistema de saúde a nível local e regional.

O PMS – 2018 a 2021 do município de Guadalupe – PI, foi formulado tendo por base os instrumentos básicos de planejamento que regem o Sistema Único de Saúde – SUS e em conformidade com os seus princípios e diretrizes. Dentre estes instrumentos tem-se a Lei Nº 8.080 / 90 considerada a Lei Orgânica da Saúde. A Lei 8.142/90, que define a obrigatoriedade da existência de PMS como um dos requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde - FNS. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

outras providências. Ainda, dentro dos instrumentos de planejamento que norteou a construção do nosso processo de planejamento, foi a portaria ministerial nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Plano Municipal de Saúde, objetiva coordenar todo o processo de planejamento a nível local e regional no âmbito do SUS, de modo a contribuir oportuna e efetivamente para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde em nosso município e região.

PAULO HENRIQUE DE SOUSA ROCHA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde é por definição constitucional um sistema público nacional de caráter universal, com base nas concepções de Saúde como direito da cidadania e, que tem as diretrizes organizativas de descentralização como direção única em cada esfera do governo: integralidade de atendimento e participação da comunidade (Brasil, Conass).

Criado pela constituição de 1988 e instituído pela Lei Orgânica de nº 8.080 de 1990, estabelece os princípios, diretrizes e competências de cada esfera, tem sido capaz de estruturar um sistema de saúde de valor inquestionável.

Sua criação foi antecedida pelo movimento de reforma sanitária que possibilitou a reflexão de uma nova proposta de saúde permitindo a inclusão de vastas camadas da população anteriormente excluídas do acesso aos serviços e ações de saúde, não apenas básicos, mas também de média e alta complexidade.

Norteia-se pelos seguintes princípios: Universalidade - A Saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. Equidade - É um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade - Significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Descentralização e Comando Único - Um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas de saúde. Resolutividade - É a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade. Regionalização e Hierarquização - A regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a

economia de escala. Participação Popular - Como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social, é preciso criar canais de participação popular na gestão do SUS, em todas as esferas, municipal, estadual e federal.

De acordo com o plano municipal de saúde a gestão municipal é realizada em blocos distintos, sendo um bloco relativo à Atenção Básica de saúde, cujas ações são realizadas pelo município que, encontra-se organizado com estrutura própria, encontrando-se sob a Gestão Plena da saúde em Atenção Básica, um segundo bloco que é responsável pelo atendimento de urgência e emergência e que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A atenção básica tem a Estratégia de Saúde da Família como forma de reorganizar os serviços de saúde e, que orienta-s e por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias de forma democrática e participativa, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional dirigidas a um território delimitado sob sua responsabilidade.

A articulação entre os diferentes níveis de atendimento torna-se necessário para definir os perfis de regulação em número suficiente para garantir a cobertura a uma determinada população, estabelecendo recursos adequados que garanta a resolutividade e qualidade da atenção no atendimento das necessidades da população.

O desafio de cuidar e não apenas de atender o usuário , não importando em que ponto de atenção ele se encontre, necessita da participação dos trabalhadores da saúde e transformações das práticas desses cuidados para que elas se articulem de forma integral e efetiva.

Apesar de todos os desafios a serem superados, o Sistema Único de saúde (SUS) é reconhecidamente uma das maiores conquista da população brasileira ao longo desses anos, por revelar se um sistema de política pública de saúde que tem como principal objetivo reduzir as desigualdades e melhoria da qualidade de vida da população.

OBJETIVO

O Plano Municipal de Saúde do Município de Guadalupe tem como objetivo o aprimoramento das ações de saúde de forma integral, efetiva e descentralizada, integrando esforços conjugados entre os entes federados, de acordo com os Princípios Norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, contribuindo assim com a redução das desigualdades e melhoria das condições de saúde da população.

1.0 – ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 - CONDIÇÕES SÓCIO SANITÁRIAS

1.1.1 - ASPECTOS POLÍTICOS E CULTURAIS

1.1.1.1 - HISTORIA DO MUNICÍPIO

Foi fundada pelo capitão Alexandrino Moreira Mousinho, com intermediação de líderes populares e demais políticos da época. Desmembrada do município de Jerumenha, teve o seu primeiro núcleo urbano estabelecido onde hoje se encontra o Bairro Coqueiro. O município já foi chamado de Porto das Melancias, Bom Princípio e Porto Seguro. Guadalupe é uma cidade planejada, já que o antigo núcleo urbano, no fim da década de 60, foi forçado a se estabelecer em uma nova região segura, por razão da construção da Usina Hidrelétrica e da Barragem.

A cidade se torna importante para a economia do Piauí por ter uma Usina Hidrelétrica, platôs irrigados que se destacam em âmbito interestadual, atraindo um fluxo migratório considerável e um Balneário com potencial turístico.

O acesso ao município ocorre pela PI-281 e pela PI-219, que são rodovias estaduais e pela BR 135. Guadalupe também conta com uma aroporto. O acesso pela bacia do Parnaíba tecnicamente é possível, contudo as duas eclusas presentes na cidade nunca foram efetivamente utilizadas, espécie de elevador que repara o desnível entre o rio e o lago

Tendo um dos 10 maiores Índices de Desenvolvimento Humano do Piauí, Guadalupe se destaca dentre as cidades piauienses principalmente em Renda, além de ter um bom índice de esgotamento sanitário tratado.

O clima em Guadalupe é considerado Tropical quente e úmido (Aw), sendo que as chuvas se concentram de Novembro até Abril. Nos meses secos a temperatura passa facilmente de 40°C nas tardes, contudo, via de regra, venta muito na região, refrigerando a sensação de calor. A explicação para tal característica "praiana" está na presença do imponente Lago de Boa Esperança.

Outubro é o mês mais quente, tendo média de mínimas de máximas, respectivamente, de 26°C e 37°C. Fevereiro e Março os menos quentes, ambos com mínimas de 23°C e máximas de 31°C, em média. Em Março o índice pluviométrico médio alcança 181mm, enquanto em Julho é de apenas 3mm.

A cidade conta com nove bairros, sendo eles: Cruzeta, Bela Vista, Centro, Coqueiro, Vila Boa Esperança (Quadra), Vila Nova, Vila Parnaíba, São Félix e COHAB. O Bairro Coqueiro é o mais antigo da cidade, já a Cruzeta o de maior população.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Possui uma das maiores áreas de plantações de frutas, legumes, soja, algodão do Nordeste, denominado projeto Platôs de Guadalupe, com uma área equivalente a 33 mil hectares de área canalizada e pronta para o plantio.

Em Guadalupe está a Usina Hidrelétrica Humberto de Alencar Castelo Branco ou Boa Esperança, instalada no Rio Parnaíba e uma usina de tapugita. No lago artificial há balneários que atraem turistas. O maior e o principal é o Balneário Belém-Brasília. Está entre as dez cidades com maior Produto Interno Bruto do Piauí, garantindo à prefeitura municipal uma arrecadação considerável.

A usina é parte integrante do sistema Companhia Hidrelétrica do São Francisco. É a mais importante do Nordeste Ocidental brasileiro e represa cinco bilhões de metros cúbicos de água do rio Parnaíba. O açude vem prestando alguns benefícios à população, permitindo a criação de peixes e regulando o regime de cheias do rio (evitando as grandes enchentes que deixam desabrigados, em sua maioria, a população ribeirinha residentes nas margens mais baixas da capital Teresina), apesar de contribuir para o assoreamento que prejudica principalmente a microrregião do Baixo Parnaíba Piauiense

Um filho ilustre de Guadalupe é o Deputado Federal Júlio César (PSD-PI). O Deputado Estadual Georgiano Neto (PSD-PI), filho de Júlio César, é teresinense, mas mantém importante vínculo afetivo e cultural com o município. Ambos possuem domicílio eleitoral na cidade.

Guadalupe tem uma grande comunidade de migrantes, principalmente oriundos dos estados de Pernambuco, Rio Grande do Sul e Paraná.

A Usina Hidrelétrica Humberto de Alencar Castelo Branco foi construída em 6 anos, contando a inauguração com importantes autoridades brasileiras, como o então presidente Emílio Garrastazu Médici, ministros de Estado e convidados.

1.1.1.2 – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA E GEOGRÁFICA

Guadalupe, PI



TABELA – 01- Características geográficas do município de Guadalupe em 2010.

DENOMINAÇÃO	COORDENADA/DIVISÃO REGIONAL/LIMITE	
Área (km ²)	1.019,645	
Densidade Demográfica	10,03 hab./km ²	
Altitude (m)	177	
Latitude	07°47'13''	
Longitude	43°34'09''	
Mesorregião	Sudoeste Piauiense	
Microrregião	Floriano	
Limite	Norte	Estado do Maranhão
	Sul	Marcos Parente e Porto Alegre
	Leste	Jerumenha
	Oeste	Estado do Maranhão

FONTE: Fundação CEPRO - Piauí 2000

Guadalupe possui como limites territoriais o Estado do Maranhão e alguns municípios do Estado. Está localizado na microrregião de Floriano, com distância de 350 km da capital do estado do Piauí. Possui uma densidade populacional de 10,03 hab./km².

1.1.1.3 - CARACTERÍSTICAS MORFOCLIMÁTICAS

TABELA – 02 - Características do clima e da temperatura do município de Guadalupe.

DENOMINAÇÃO	DESCRIÇÃO
Clima	Tropical subúmido quente, com duração do período seco de cinco meses.
Temperaturas médias	Entre 23°C a 34°C
Vegetação	Campo cerrado e cerradão
Precipitação pluviométrica	1.186,1 mm
Recursos hídricos	Barragem Boa Esperança, rios Parnaíba e Gurguéia
Solos	Areias quartzosas distróficas associados a latossolos vermelho - amarelo e solos indiscriminados concrecionários tropicais.

FONTE: IBGE

Segundo a tabela acima o município apresenta um clima quente na maioria dos meses com pouca chuva, além de possuir a barragem de Boa Esperança um dos maiores recursos hídricos do Nordeste.

1.1.2 - PERFIL DEMOGRÁFICO

A contribuição das bases de dados demográficos e dos Sistemas de Informação em Saúde para a gestão do SUS é uma importante fonte de informações, capaz de subsidiar profissionais de saúde inseridos nos mais diversos tipos de serviços que integram o Sistema Único de Saúde. Os dados são importantes para o planejamento das ações e programas de saúde e para o monitoramento e avaliação das intervenções realizadas.

Os Censos demográficos constituem-se na mais importante fonte de informação demográfica de um país, contendo diversos temas que podem ser utilizados no planejamento e avaliação de ações em saúde. Os estudos demográficos têm diversas interações com o setor saúde, tendo sob perspectiva a população, como sujeito e objeto da atenção à saúde. Além disso, as duas áreas têm questões de comum interesse, como a mortalidade, variável que liga as transições demográficas e epidemiológicas.

O Censo Demográfico, realizado a cada dez anos pelo IBGE, é a principal fonte de informações demográficas brasileiras. Diversos temas investigados nessa grande pesquisa podem ser utilizados no planejamento e na avaliação das ações em saúde. As principais informações relacionadas à saúde presentes no censo são: distribuição da população por sexo e idade, quesitos que possibilitam a mensuração da mortalidade e da fecundidade, registros de nascimentos, informações sobre pessoas com algum tipo de necessidade especial, informações detalhadas sobre grupos populacionais específicos e indicadores para o conhecimento dos determinantes e condicionantes da saúde. Ao lado das informações produzidas pelo Censo, vários sistemas de informação em saúde exercem papel estratégico no subsídio ao planejamento das ações de saúde, ao monitoramento e avaliação das políticas e programas, ao controle de doenças e para o estudo das condições de vida, adoecimento e morte da população. Esse conjunto de informações é um elemento fundamental para a organização e para a sustentabilidade do sistema de Saúde Pública.

As principais informações fornecidas pelos censos demográficos brasileiros relacionados à saúde são: distribuição da população por sexo e idade; quesitos que permitem a mensuração da mortalidade e fecundidade através de técnicas demográficas indiretas; existência de registro de nascimento; pessoas com deficiência; indicadores demográficos e socioeconômicos que atuam como determinantes e condicionantes em saúde.

A estrutura demográfica por sexo e idade é primordial no estabelecimento das populações alvo de políticas e ações em saúde. Uma vez que o perfil epidemiológico da população é estritamente relacionado com a sua distribuição etária e por sexo, mudanças demográficas alteram drasticamente a demanda por serviços e o foco de ações em saúde. Dessa forma, as significativas transformações demográficas ocorridas no Brasil nos últimos 50 anos, caracterizadas pelo rápido envelhecimento populacional, trazem enormes desafios para este setor. Ao mesmo tempo, os diferenciais regionais históricos de fecundidade, mortalidade e migração fazem com que coexista uma diversidade enorme de perfis demográficos no País, que deve também ser considerada no planejamento de tais políticas e ações.

Diversos outros indicadores relevantes como instrumentos de gestão em saúde têm como denominador as populações – normalmente desagregadas por sexo e idade –, como taxas de mortalidade, fecundidade, morbidade, cobertura de serviços, entre outros.

Partindo-se do princípio de que a informação é base fundamental para a ação, portanto, a riqueza de informação contida nos censos demográficos brasileiros pode ser bem explorada por estudos na área de saúde, subsidiando, assim, políticas públicas e ações.

1.1.2.1 – DADOS POPULACIONAIS

Os Inquéritos populacionais de saúde são desenvolvidos nos países industrializados desde a década de 1960, os inquéritos populacionais contínuos são instrumentos utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas. Partindo do princípio de que somente por meio de inquéritos de saúde é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença, a regional europeia da Organização Mundial da Saúde - OMS desenvolveu, ao longo da década de 1990, o projeto Eurohis, voltado à formulação de instrumentos e métodos comuns para serem aplicados em inquéritos de saúde na Europa. Tais instrumentos e métodos constituem se numa forma rápida de unir dados originados por diferentes iniciativas sobre as mesmas pessoas ou domicílios, sendo bastante eficazes para identificar subgrupos populacionais e caracterizar sua situação de saúde. Também podem ser considerados meios rápidos com custo benefício razoáveis para coleta de dados importantes para a formulação/avaliação de políticas de saúde.

Nos países em desenvolvimento, geralmente os inquéritos populacionais em saúde têm um caráter mais episódico e são baseados em modelos desenvolvidos por organismos internacionais como o Banco Mundial.

As pesquisas domiciliares foram implantadas na América Latina por um acordo entre a United States Agency for International Development (USAID) e o Interamerican Statistical Institute (IASI), a partir do ideário do Plano Atlântida elaborado pelo Departamento de Comércio do governo americano, em associação com o US Bureau of the Census, incorporando as recomendações das Nações Unidas. O projeto previa criar uma estrutura de informações contínuas reunindo características demográficas básicas e de emprego, com suplementos anuais abordando temas específicos, com periodicidade variável segundo o tema.

O Brasil aderiu à proposta descrita acima com o desenvolvimento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no segundo trimestre de 1967. Mas, contrariando o que era preconizado – coleta de dados sendo feita quatro vezes ao ano –, a partir de 1971 os dados passaram a ser coletados apenas uma vez ao ano. Além disso, o tamanho da amostra, cuja base inicial era de cerca de 30.000 domicílios, teve de ser ampliado de forma a atender às demandas regionais. Em 1982, a amostra já abrangia 110.000 domicílios e um total de 550.000 pessoas. Os suplementos tiveram seus conteúdos elaborados com os ministérios, que se apoiam em quadros técnicos de institutos e universidades, mas são definidos sem levar em conta critérios técnicos de periodicidade. No caso específico da saúde, os suplementos foram a campo em 1981, 1986 e em 1998.

Em 1989 o IBGE, por meio de convênio com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), realizou a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), que tem uma estrutura muito semelhante às da PNAD e da Demographic and Health Survey (DHS), no que se refere às variáveis demográficas e sociais. Além da caracterização do estado nutricional, também contém dados sobre estado de saúde e consumo de serviços de saúde.

1.1.2.2 – POPULAÇÃO RESIDENTE

Quadro 01 — População residente no município de Guadalupe – PI, censos 1991, 2000 e 2010 e população estimada dos anos 2010 a 2017.

POPULAÇÃO RESIDENTE	
POPULAÇÃO DO CENSO – ANO 1991 - 9.618 habitantes.	
POPULAÇÃO DO CENSO – ANO 2000 – 10.308 habitantes	
POPULAÇÃO DO CENSO – ANO 2010 - 10.268 habitantes.	
POPULAÇÃO ESTIMADA	
ANO	POPULAÇÃO ESTIMADA
2011	10.268
2012	10.268
2013	10.342
2014	10.340
2015	10.338
2016	10.337
2017	10.335

Fonte: IBGE - Estimativas de população

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

1.1.2.3 – POPULAÇÃO RESIDENTE, POR GRUPOS DE IDADE.

TABELA 03 - População residente, por grupos de idade, e o sexo. **Censo 2010** – Guadalupe – Piauí.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE - GUADALUPE (PI) – CENSO 2010.				
GRUPO IDADES	HOMENS		MULHERES	
	QTDA.	%	QTDA.	%
Mais de 100 anos	0	0,0%	0,0%	4
95 a 99 anos	4	0,0%	0,0%	5
90 a 94 anos	7	0,1%	0,2%	16
85 a 89 anos	19	0,2%	0,2%	21
80 a 84 anos	24	0,2%	0,6%	61
75 a 79 anos	86	0,8%	0,7%	75
70 a 74 anos	119	1,2%	1,1%	114
65 a 69 anos	122	1,2%	1,3%	129
60 a 64 anos	146	1,4%	1,9%	190
55 a 59 anos	189	1,8%	2,0%	204
50 a 54 anos	218	2,1%	2,5%	261
45 a 49 anos	272	2,6%	2,7%	277
40 a 44 anos	290	2,8%	2,8%	289
35 a 39 anos	334	3,3%	3,1%	319
30 a 34 anos	408	4,0%	3,8%	389

ESTADO DO PIAUI PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE				
25 a 29 anos	456	4,4%	4,2%	428
20 a 24 anos	502	4,9%	5,2%	536
15 a 19 anos	497	4,8%	4,8%	497
10 a 14 anos	509	5,0%	4,9%	499
5 a 9 anos	479	4,7%	4,2%	436
0 a 4 anos	407	4,0%	4,2%	430

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

TABELA 04 - População residente, por grupos de idade, e o sexo. **Censo 2000** – Guadalupe – Piauí.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE - GUADALUPE (PI) – CENSO 2000.				
GRUPO IDADES	HOMENS		MULHERES	
	QTDA.	%	QTDA.	%
Mais de 100 anos	0	0,0%	0,0%	0
95 a 99 anos	1	0,0%	0,0%	4
90 a 94 anos	2	0,0%	0,1%	6
85 a 89 anos	15	0,1%	0,2%	21
80 a 84 anos	41	0,4%	0,4%	37
75 a 79 anos	47	0,5%	0,5%	52
70 a 74 anos	65	0,6%	0,9%	95
65 a 69 anos	96	0,9%	1,2%	124
60 a 64 anos	156	1,5%	1,5%	154
55 a 59 anos	155	1,5%	1,6%	165
50 a 54 anos	164	1,6%	2,0%	204

ESTADO DO PIAUI PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE				
45 a 49 anos	201	1,9%	2,4%	247
40 a 44 anos	241	2,3%	2,6%	264
35 a 39 anos	268	2,6%	3,2%	328
30 a 34 anos	305	3,0%	3,1%	323
25 a 29 anos	347	3,4%	3,8%	394
20 a 24 anos	473	4,6%	5,1%	521
15 a 19 anos	624	6,1%	5,5%	571
10 a 14 anos	670	6,5%	6,4%	659
5 a 9 anos	576	5,6%	5,5%	570
0 a 4 anos	583	5,7%	5,2%	539

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

As Tabelas acima mostram a população residente, por grupos de idade, e o sexo dos Censos 2010 e 2000 do município de Guadalupe – Piauí. Em ambos, tem – se um maior percentual de pessoas entre a população jovem, diminuindo a medida que se avança nos grupos de idade.

QUADRO 02 - População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e sexo, e razão de sexo, Guadalupe - Piauí - 2010.

Município	População residente					Razão de sexo (%)
	Total	Distribuição percentual (%)				
		Situação do domicílio		Sexo		
		Urbana	Rural	Homem	Mulher	
Guadalupe	10.268	95,9	4,2	49,6	50,5	98,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Resultados do Universo.

O quadro 02 apresenta a população total do município no censo realizado no ano de 2010 e a distribuição percentual por situação de moradia, sendo que o quadro acima mostra que quase 96% da população residem na zona urbana e que a população feminina é um pouco maior que a população masculina.

POPULAÇÃO TOTAL – CENSOS 1991, 2000 e 2010.

Tabela 05 – População Total do Município de Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.

ANO	POPULAÇÃO RESIDENTE
2010	10.268
2000	10.308
1991	9.603

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos.

1.1.2.4 - POPULAÇÃO POR SEXO – CENSOS 1991, 2000 e 2010.

Tabela 06 – População por sexo do Município de Guadalupe – PI, Censo 2010.

POPULAÇÃO POR SEXO – CENSO 2010	
SEXO	POPULAÇÃO RESIDENTE
TOTAL	10.268
Masculino	5.088
Feminino	5.180

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos.

Tabela 07 – População por sexo do Município de Guadalupe – PI, Censo 2000.

POPULAÇÃO POR SEXO – CENSO 2000	
SEXO	POPULAÇÃO RESIDENTE
TOTAL	10.308
Masculino	5.030
Feminino	5.278

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos.

Tabela 08 – População por sexo do Município de Guadalupe – PI, Censo 1991.

POPULAÇÃO POR SEXO – CENSO 1.991	
SEXO	POPULAÇÃO RESIDENTE
TOTAL	9.603
Masculino	4.659
Feminino	4.944

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos.

1.1.2.5 - POPULAÇÃO POR SITUAÇÃO DE MORADIA – CENSOS 1991, 2000 e 2010.

Tabela 09 – População por situação de moradia do Município de Guadalupe – PI, Censo 2010.

POPULAÇÃO POR SITUAÇÃO DE MORADIA- CENSO 2010	
SITUAÇÃO	POPULAÇÃO RESIDENTE
TOTAL	10.268
Urbana	9.842
Rural	426

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos.

Tabela 10 – População por situação de moradia do Município de Guadalupe – PI, Censo 2000.

POPULAÇÃO POR SITUAÇÃO DE MORADIA- CENSO 2000	
SITUAÇÃO	POPULAÇÃO RESIDENTE
TOTAL	10.308
Urbana	9.596
Rural	712

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos.

Tabela 11 – População por situação de moradia do Município de Guadalupe – PI, Censo 1991.

POPULAÇÃO POR SITUAÇÃO DE MORADIA- CENSO 1.991	
SITUAÇÃO	POPULAÇÃO RESIDENTE
TOTAL	9.603
Urbana	8.681
Rural	922

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos.

1.1.2.6 - DENSIDADE DEMOGRÁFICA

Densidade demográfica, densidade populacional ou população relativa é a medida expressa pela relação entre a população e a superfície do território, geralmente aplicada a seres humanos, mas também em outros seres vivos. É sempre expressa em habitantes por quilometro quadrado.

QUADRO 03 – Densidade demográfica do município.

Densidade demográfica [2010]	10,07 hab./km ²
------------------------------	----------------------------

FONTE: IBGE - Censos Demográficos

A densidade demográfica do município de Guadalupe – PI, indicador que meda a relação entre a população e a área territorial do município, é de 10,07 hab./km².

1.1.2.7 - LONGEVIDADE, MORTALIDADE INFANTIL E FECUNDIDADE.

A Taxa de Fecundidade é um indicador demográfico útil para o planejamento de políticas públicas de saúde.

A taxa de fecundidade é uma estimativa da quantidade de filhos que uma mulher teria ao longo de sua vida reprodutiva. É geralmente expressa como o número de nascimentos por 1.000 mulheres em idade fértil. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a idade fértil da mulher está na faixa dos 15 a 49 anos.

Os governos acompanham as taxas de fecundidade para analisar se a sua população vai crescer, encolher ou ficar do mesmo tamanho. Esses dados são importantes para guiar políticas públicas, ações governamentais e até para antecipar um mercado consumidor. Por meio da taxa de fecundidade, é possível avaliar a quantidade de alimento que deve ser produzida, que tipo de transporte público será mais útil e que ações devem ser tomadas nas áreas de saúde, previdência e educação.

As taxas de fertilidade tendem a ser menores nos países desenvolvidos, como a França, Itália, Alemanha e Japão, e maior nos países subdesenvolvidos. Embora não seja regra, há diversas razões para isso.

As mulheres têm, nos países desenvolvidos, maior acesso a serviços de planejamento familiar e a métodos contraceptivos e vivem mais nas áreas urbanas. Além disso, têm mais acesso à educação e ao desenvolvimento profissional. Muitas mulheres optam por estudar ou investir na carreira profissional em vez de ter filhos. Muitos casais também optam por não ter filhos. Isso reduz a taxa de fertilidade nos países industrializados.

Os países desenvolvidos geralmente têm taxa de fertilidade muito menor, muitas vezes correlacionada com o maior poder aquisitivo, educação, urbanização e outros fatores. As taxas de mortalidade são baixas, o planejamento familiar é amplo e o acesso a métodos contraceptivos é facilitado. Outro fator impactante na baixa taxa de fecundidade são os custos muito altos para se ter um filho, pois há muitos gastos com educação, saúde, vestuário, alimentação e lazer.

Já os países subdesenvolvidos, em geral (não é regra), possuem taxas de fertilidade mais elevadas que as dos países industrializados desenvolvidos. Diversos fatores são responsáveis por essa disparidade: Nos países pobres, geralmente o acesso a contraceptivos é mais difícil; Há adesão mais rigorosa às crenças tradicionais religiosas que não permitem o uso de métodos contraceptivos; Possuem menos esclarecimento quanto à prevenção e ao planejamento familiar; Há menores taxas de emprego para mulheres na indústria e em empregos qualificados; Em países com taxas inferiores de urbanização, é comum que as famílias tenham muitos filhos para que eles possam auxiliar no trabalho no campo.

Há uma tendência mundial de queda das taxas de fecundidade, entretanto, nem sempre a relação entre desenvolvimento e taxa de fecundidade acontece da mesma maneira. Os Estados Unidos, por exemplo, apresentam taxas de fecundidade (2,02) mais altas que diversos países considerados subdesenvolvidos – como o Uruguai (1,9), Brasil (1,7) e a Tailândia (1,6). A taxa de fecundidade depende muito do investimento em planejamento familiar, da facilidade de acesso aos métodos contraceptivos e da taxa de urbanização. Por isso, embora alguns países subdesenvolvidos tenham questões sociais importantes a serem solucionadas, já possuem uma taxa baixa de fecundidade.

1.1.2.7.1 – LONGEVIDADE DO MUNICÍPIO DE GUADALUPE – PI.

TABELA 12 – Longevidade do município de Guadalupe – PI – Censos 1991, 2000 e 2010.

LONGEVIDADE - MUNICÍPIO - GUADALUPE - PI	
ANO / CENSO	LONGEVIDADE
2010	72,7
2000	67,0
1991	62,6

FONTE: PNUD, IPEA E FJP.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,6 anos na última década, passando de 67,0 anos, em 2000, para 72,7 anos, em

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

2010. Em 1991, era de 62,6 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

1.1.2.7.2 – TAXA DE FECUNDIDADE DO MUNICÍPIO DE GUADALUPE – PI.

TABELA 13 – Taxa de fecundidade do município de Guadalupe – PI – Censos 1991, 2000 e 2010.

TAXA DE FECUNDIDADE - MUNICÍPIO - GUADALUPE - PI	
ANO / CENSO	TAXA FECUNDIDADE
2010	2,2
2000	2,6
1991	3,3

FONTE: PNUD, IPEA E FJP.

1.1.2.7.3 – TAXA MORTALIDADE INFANTIL DO MUNICÍPIO DE GUADALUPE – PI.

TABELA 14 – Mortalidade Infantil do município de Guadalupe – PI – Censos 1991, 2000 e 2010.

MORTALIDADE INFANTIL - MUNICÍPIO - GUADALUPE - PI	
ANO / CENSO	MORTALIDADE INFANTIL
2010	20,3
2000	35,6
1991	54,3

FONTE: PNUD, IPEA E FJP.

TABELA 15 – Mortalidade ate 05 anos do município de Guadalupe – PI – Censos 1991, 2000 e 2010.

MOORTALIDADE ATÉ 05 ANOS - MUNICÍPIO - GUADALUPE - PI	
ANO / CENSO	LONGEVIDADE
2010	22,0
2000	46,1
1991	71,7

FONTE: PNUD, IPEA E FJP.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 35,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 20,3 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 54,3. Já na UF, a taxa era de 23,1, em 2010, de 41,9, em 2000 e 64,7, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

1.1.3 - CONDIÇÕES AMBIENTAIS:

A preocupação com os efeitos na saúde provocados pelas condições ambientais é evidente desde a Antiguidade, envolvendo problemas tais como os efeitos do clima no balanço dos humores do corpo, os miasmas, as sujeiras e os odores. Assim, sempre esteve presente nos diferentes discursos e práticas sanitárias que se constituíram como respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde. Essa preocupação parece se acentuar particularmente entre meados do século 18 e meados do século 19, quando os problemas ambientais sobre a saúde estiveram associados aos efeitos do rápido e intenso processo de industrialização e urbanização que passaram a incidir nas condições de vida e trabalho. Nesse período, as preocupações e estratégias sanitárias tinham por base a teoria dos miasmas, para a qual as sujeiras externas e os odores detectáveis deveriam ser reduzidos ou eliminados para deter a disseminação das doenças. A higiene é introduzida como uma estratégia de saúde para as populações, envolvendo a vigilância e o controle dos espaços urbanos (ruas, habitações, locais de lixos, sujeiras e toxicidade) e grupos populacionais (pobres, minorias étnicas e as classes trabalhadoras) considerados sujos e perigosos. O ambiente das cidades era identificado como "objeto medicalizável", havendo a tendência de se patologizar determinadas regiões e lugares, que, habitados pelos pobres, minorias étnicas e classes trabalhadoras, deveriam ser evitados pelos "cidadãos decentes" (burguesia).

No Brasil, a preocupação com os problemas ambientais, as características socioeconômicas do desenvolvimento e a interface de ambos com a saúde coletiva pode ser situada desde o início do século, através do trabalho pioneiro de Oswaldo Cruz e dos sanitaristas que o seguiram. Embora mais voltados para a problemática na Fundação Oswaldo Cruz, os autores identificam três paradigmas básicos presentes nos estudos sobre a interface entre problemas ambientais e saúde, sendo estes: o biomédico, com origens na parasitologia clássica; o da relação saneamento-ambiente, com origens no saneamento clássico; o da medicina social, que tem suas origens nos anos 70 e é a referência para a saúde coletiva.

Os temas relativos à saúde são incorporados na pauta das reivindicações dos movimentos sociais e surgem propostas de compreensão da crise sanitária como fundamentalmente um processo político e social, recebendo a denominação de medicina social. Ao contrário do

higienismo para o qual o ambiente era um objeto medicalizável através de um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados no âmbito individual, a participação política é concebida como principal estratégia de transformação da realidade de saúde.

No que se refere aos problemas ambientais, o saneamento e o controle de vetores constituem a principal estratégia, direcionada para o controle de doenças relacionadas às precárias condições sanitárias.

A ampliação da compreensão dos problemas ambientais como não somente restritos aos aspectos de saneamento e controle de vetores, bem como a recuperação da dimensão política e social dos mesmos pode, em grande parte, ser atribuída às questões que passaram a ser colocadas pelo movimento ambientalista, que, definido como tal, tem sua existência identificada desde os anos 50, passando a ganhar força somente nos anos 60 e 70. As ameaças e os perigos ambientais para a saúde pública, provocadas principalmente pela poluição química e radioativa, são compreendidas como de maior escala, tendo se multiplicado e estendido no espaço indo além dos ambientes locais da casa, da vila ou da cidade e no tempo com o alcance dos efeitos futuros sobre a saúde e a vida no planeta.

No final do século 20, a preocupação com os problemas ambientais tornou-se proeminente em muitos países e resultou em duas grandes conferências mundiais sobre o tema, organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a de Estocolmo em 1972 e a do Rio em 1992. Em paralelo, emerge uma Nova Saúde Pública (NSP) que tem como estratégia mudar o foco das práticas centradas principalmente nos aspectos biomédicos da atenção para uma compreensão preventiva do estado de saúde, passando a direcionar muita de sua atenção para as dimensões ambientais da saúde.

Do ponto de vista institucional, as preocupações com os problemas ambientais tradicionalmente relacionadas à saúde foram, ao longo do século 20, uma preocupação quase que exclusiva das instituições voltadas ao saneamento básico (água, esgoto, lixo, etc.). Para os autores, somente na década de 1970, com o agravamento dos problemas ambientais causados pelo crescimento industrial, ocorre uma ampliação das instituições, com a criação, por exemplo, de órgãos ambientais nos estados do Rio de Janeiro (FEEMA) e São Paulo (CETESB), mas sem vínculo direto com o sistema de saúde. É importante lembrar que em 1972 era realizada a

Conferência de Estocolmo, primeira grande reunião mundial sobre a relação entre ambiente e desenvolvimento.

Procurando contextualizar a interface entre a questão ambiental e a saúde no país, consideram que somente a partir da década 1980 é que começaram a surgir condições jurídicas e institucionais para ações de controle do meio ambiente mais consistente e efetivas. Como exemplo citam a lei 6.938, de 1981, que estabeleceu a Política Nacional de Meio Ambiente e criou o Sistema Nacional de Meio Ambiente e o Conselho Nacional de Meio Ambiente. Na Constituição Federal/88 novos avanços ocorreram, enunciando-se no artigo 228 do capítulo VI (Do Meio Ambiente) que “todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público o dever de defendê-lo e à coletividade de preservá-lo para as presentes e futuras gerações”.

Entre os anos 70 e 80, acontece também o desenvolvimento do movimento da saúde coletiva, que situava - se no âmbito dos movimentos pela democratização das formações sociais latino-americanas. Partindo da compreensão que a saúde da população resulta da forma como se organiza a sociedade, em suas dimensões política, econômica e cultural, esse movimento propunha mudanças em direção tanto à democratização da sociedade, como das práticas de saúde, implicando isso a sua própria reorganização.

Embora os anos 70 e 80 tenham sido importantes na incorporação da temática ambiental, somente nos anos 90, com a Conferência do Rio em 1992 e a publicação da Agenda 21, com um capítulo dedicado à saúde, é que começou a se assistir uma incorporação mais ampla e efetiva da temática ambiental na saúde coletiva. Marco desse processo na saúde coletiva foi a organização, pela Escola Nacional de Saúde Pública, dos dois volumes sobre saúde, ambiente e desenvolvimento. Nesse mesmo ano, a OPAS decidiu organizar, em outubro de 1995, uma conferência pan-americana sobre saúde, ambiente e desenvolvimento. Em 1994 iniciaram-se as ações do governo brasileiro de preparação para esta conferência e em 1995 foram realizadas quatro oficinas de trabalho (Brasília, Recife, Rio de Janeiro e Belém), envolvendo membros de um grupo de trabalho de diversos ministérios e OPAS, coordenado pelo Ministério da Saúde. Das oficinas participaram demais órgãos públicos afins com a temática, instituições acadêmicas, entidades da sociedade civil e organizações não governamentais. No final dos anos 90, através do projeto Vigisus, inicia-se a estruturação e a institucionalização da vigilância ambiental no

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

âmbito do Ministério da Saúde, sendo publicado em maio de 2000 o decreto 3.450 que estabeleceu no Cenepi a gestão do sistema nacional de vigilância ambiental.

1.1.3.1 - ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Quadro 04 – Moradores do Município de Guadalupe – PI, segundo Abastecimento de água, Censo 2010.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA: CENSO - 2010						
Abastecimento de água	Rede geral – sem informação de canalização	Poço ou nascente sem informação de canalização	Outra forma – Poço ou nascente fora da propriedade	Outra forma – Açude, lago ou igarapé.	Outra forma – Outra forma	Total
Total	9.149	451	151	111	336	10.198
Rede Geral	9.149	-	-	-	-	9.149
Sem Informação de canalização	9.149	-	-	-	-	9.149
Poço ou nascente na propriedade	-	451	-	-	-	451
Sem Informação de canalização	-	451	-	-	-	451
Outra forma	-	-	151	111	336	598
Sem informação de canalização	-	-	151	111	336	598
Poço ou nascente fora da propriedade	-	-	151	-	-	151
Rio, açude, lago ou igarapé.	-	-	-	111	-	111
Outra	-	-	-	-	336	336

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

Quadro 05 – Moradores do Município de Guadalupe – PI, segundo Abastecimento de água, Censo 2000.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA: CENSO - 2000									
Abastecimento de água	Rede geral – Canalizada pelo menos um cômodo	Rede geral – Canalizada só na propriedade/ Terreno	Poço ou nascente – canalizada pelo menos um cômodo	Poço ou nascente — Canalizada só na propriedade/ Terreno	Poço ou nascente – não canalizada	Outra forma – canalizada em pelo menos um cômodo.	Outra forma – canalizada só na propriedade/ Terreno.	Outra forma – não canalizada.	Total
Total	5.629	3.060	50	38	978	13	14	461	10.243
Rede Geral	5.629	3.060	-	-	-	-	-	-	8.689
Canalizada em pelo menos um cômodo	5.629		-	-	-	-	-	-	5.629
Canalizada só na propriedade ou terreno	-	3.060	-	-	-	-	-	-	3.060
Poço ou nascente (na propriedade)	-	-	50	38	978	-	-	-	1.066
Canalizada em pelo menos um cômodo	-	-	50	-	-	-	-	-	50
Sem canalização interna	-	-	-	38	978	-	-	-	1.019
Canalizada só na propriedade ou terreno	-	-	-	38	-	-	-	-	38
Não canalizada	-	-	-	-	978	-	-	-	978

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Outra forma	-	-	-	-	-	13	14	461	488
Canalizada em pelo menos um cômodo	-	-	-	-	-	13	-	-	13
Sem canalização interna	-	-	-	-	-	-	14	461	475
Canalizada só na propriedade ou terreno	-	-	-	-	-	-	14	-	14
Não canalizada	-	-	-	-	-	-	-	461	461

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

Quadro 06 – Moradores do Município de Guadalupe – PI, segundo Abastecimento de água, Censo 1991.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA: CENSO – 1.991						
Abastecimento de água	Rede geral – canalizada pelo menos um cômodo	Rede geral – canalizada só na propriedade/ Terreno.	Poço ou nascente - canalizado pelo menos um cômodo	Poço ou nascente – sem canalização interna	Outra forma – sem canalização interna	Total
Total	4.691	2.836	84	726	1.221	9.558
Rede Geral	4.691	2.836	-	-	-	7.527
Canalizada pelo menos um cômodo	4.691	-	-	-	-	4.691
Canalizada só na propriedade /terreno	-	2.836	-	-	-	2.836
Poço ou nascente – na propriedade	-	-	84	726	-	810
Canalizada pelo menos um cômodo	-	-	84	-	-	84
Sem canalização interna	-	-	-	726	-	726
Outra forma	-	-	-	-	1.221	1.221
Sem canalização interna	-	-	-	-	1.221	1.221

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

1.1.3.2 - INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

TABELA 15 – Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 2010.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS – CENSO 2010	
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	MORADORES
TOTAL	10.198
Rede geral de esgoto ou pluvial	2.545
Fossa séptica	448
Fossa rudimentar	5.730
Vala	34
Outro escoadouro	404
Não tem instalação sanitária	1.037

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 16 – Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 2000.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS – CENSO 2000	
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	MORADORES
TOTAL	10.243
Rede geral de esgoto ou pluvial	2.230
Fossa séptica	2.432
Fossa rudimentar	2.807
Vala	71
Rio, lago ou mar.	10
Outro escoadouro	15
Não tem instalação sanitária	2.678

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 17 – Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS – CENSO 1.991	
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	MORADORES
TOTAL	9.558
Rede geral de esgoto ou pluvial	3.362
Fossa séptica	641
Fossa rudimentar	1.279
Vala	4
Outro escoadouro	23

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS – CENSO 1.991

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	MORADORES
Não sabe o tipo de escoadouro	7
Não tem instalação sanitária	4.242

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 18 – Detalhamento das Instalações Sanitárias – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS (DETALHADA) – 1.991	
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS (DETALHADA)	MORADORES
TOTAL	9.558
Rede geral de esgoto ou pluvial	3.362
Só do domicílio	3.353
Comum a mais de um domicílio	9
Fossa séptica	641
Só do domicílio	633
Ligada à rede pluvial	6
Sem escoadouro	627
Comum a mais de um domicílio	8
Sem escoadouro	8
Fossa rudimentar	1.279
Só do domicílio	1.242
Comum a mais de um domicílio	37
Vala	4
Só do domicílio	4
Outro escoadouro	23
Só do domicílio	23

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS (DETALHADA) – 1.991	
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS (DETALHADA)	MORADORES
Não sabe o tipo de escoadouro	7
Só do domicílio	7
Não tem instalação sanitária	4.242

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 19 – Instalações Sanitárias por situação de moradia – Município Guadalupe – PI – Censo 2010.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS – CENSO 2010	
SITUAÇÃO	MORADORES
TOTAL	10.198
Urbana	9.805
Rural	393

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 20 – Instalações Sanitárias por situação de moradia – Município Guadalupe – PI – Censo 2000.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS – CENSO 2000	
SITUAÇÃO	MORADORES
TOTAL	10.243
Urbana	9.531
Rural	712

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 21 – Instalações Sanitárias por situação de moradia – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS – CENSO 1.991	
SITUAÇÃO	MORADORES
TOTAL	9.558
Urbana	8.636
Rural	922

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

1.1.3.3 – COLETA DE LIXO

TABELA 22 – Coleta de Lixo – Município Guadalupe – PI – Censo 2010.

COLETA DE LIXO – CENSO 2010	
COLETA DE LIXO	MORADORES
TOTAL	10.198
Coletado	8.707
Por serviço de limpeza	8.694
Por caçamba de serviço de limpeza	13
Queimado (na propriedade)	1.121
Enterrado (na propriedade)	77
Jogado	250
Em terreno baldio ou logradouro	246
Em rio, lago ou mar.	4

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

COLETA DE LIXO – CENSO 2010	
COLETA DE LIXO	MORADORES
Outro destino	43

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 23 – Coleta de Lixo – Município Guadalupe – PI – Censo 2000.

COLETA DE LIXO – CENSO 2000	
COLETA DE LIXO	MORADORES
TOTAL	10.243
Coletado	2.215
Por serviço de limpeza	1.681
Por caçamba de serviço de limpeza	534
Queimado (na propriedade)	3.987
Enterrado (na propriedade)	275
Jogado	3.193
Em terreno baldio ou logradouro	3.184
Em rio, lago ou mar.	9
Outro destino	573

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TABELA 24 – Coleta de Lixo – Município Guadalupe – PI – Censo 1991.

COLETA DE LIXO – CENSO 1.991	
COLETA DE LIXO	MORADORES
TOTAL	9.558
Coletado	1.236
Por serviço de limpeza	690
Por caçamba de serviço de limpeza	546
Queimado (na propriedade)	1.870
Enterrado (na propriedade)	212
Jogado	5.357
Em terreno baldio ou logradouro	5.357
Outro destino	883

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

QUADRO 07 - Proporção de domicílios particulares permanentes, por tipo de saneamento – Guadalupe - PI – Censos 2000/ 2010.

Município	Proporção de domicílios particulares permanentes, por tipo de saneamento (%)					
	Adequado		Semi - Adequado		Inadequado	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Guadalupe	17,2	29,0	69,7	64,6	13,1	6,4

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

1.1.4 - CONDIÇÕES SOCIOECONOMICAS

Ao estudar as causas e a distribuição de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, a epidemiologia contribui para a saúde pública fornecendo conhecimentos e informações que instruem a formação do consenso e a tomada de decisão. Para essa função, não raro, os estudos epidemiológicos precisam classificar indivíduos e grupos de população segundo condições socioeconômicas – dimensão há muito reconhecida como importante fator para modificação do risco de doenças, para restrição ou facilitação do acesso a serviços de saúde.

Condições socioeconômicas podem ser aferidas por meio de indicadores de renda, escolaridade e ocupação para referenciar hipóteses de interesse; podem também ser empregados índices que agregam informações sobre diferentes aspectos da condição socioeconômica. De todo modo, os recursos de classificação da sociedade são permeados por diferentes ideologias, valores e concepções. A aferição de condições socioeconômicas nos estudos epidemiológicos também tem proeminente dimensão política, o que torna ainda mais complexa a imbricação entre saúde pública e política.

Os diferenciais de saúde segundo condição socioeconômica podem ser descritos e explorados analiticamente com vistas à identificação de injustiça social na distribuição da carga de doença ou de resultados dos programas de saúde. As formas usuais para aferir condição socioeconômica em estudos dessa natureza sempre foram objeto de vários estudos. Além de sintetizar as medidas de interesse e apreciar criticamente suas vantagens e desvantagens, estes estudos sublinharam a necessidade de se aprofundar a compreensão da estreita relação que se estabelece entre condição socioeconômica e saúde.

A avaliação e a implementação de um programa de assistência à saúde infantil em cidades brasileiras segundo categorias de variação do índice de desenvolvimento humano, renda per capita, taxa de alfabetizados, porte populacional, distância para a capital do Estado, percentagem de população urbana e cobertura da rede de águas. Com base nesta avaliação, os autores puderam mostrar que a intervenção foi efetivada em menor proporção nas cidades menores, mais pobres e distantes dos centros metropolitanos. Desse modo, os autores apontaram

um aspecto de injustiça social que deve ser levado em consideração pelos gestores do programa para beneficiar as cidades mais carentes no planejamento de estratégias de expansão.

A qualidade da saúde pública pode ser resultante da combinação de alguns determinantes, que de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS são representados por fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos, comportamentais, étnicos e raciais. O conjunto desses fatores pode influenciar no surgimento de problemas de saúde e de seus fatores de risco, inclusive impactar na Taxa de Mortalidade Infantil - TMI.

1.1.4.1 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR *PER CAPITA*

TABELA 25 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR *PER CAPITA* – CENSOS 1991, 2000 e 2010.

RENDA, POBREZA E DESIGUALDADE - MUNICÍPIO - GUADALUPE - PI.			
INDICADORES	1991	2000	2010
Renda per capita	191,91	234,59	426,79
% de extremamente pobres	37,60	29,07	7,18
% de pobres	63,10	52,69	20,89

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

A renda per capita média de Guadalupe cresceu 122,39% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 191,91, em 1991, para R\$ 234,59, em 2000, e para R\$ 426,79, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,30%. A taxa média anual de crescimento foi de 2,26%, entre 1991 e 2000, e 6,17%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 63,10%, em 1991, para 52,69%, em 2000, e para 20,89%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,58, em 1991, para 0,59, em 2000, e para 0,50, em 2010.

1.1.4.2 - ÍNDICE DE GINI DA RENDA DOMICILIAR *PER CAPITA*.

É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

QUADRO 08 - ÍNDICE DE GINI DA RENDA DOMICILIAR PER CAPITA - CENSOS 1991, 2000 e 2010.

MUNICÍPIO	1991	2000	2010
Guadalupe	0,5829	0,5990	0,5059

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

1.1.4.3 - RAZÃO DE RENDA.

QUADRO 09 – RAZAO DE RENDA – GUADALUPE – PI - CENSOS 1991, 2000 e 2010.

MUNICÍPIO	1991	2000	2010
Guadalupe	22,24	56,22	16,94

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

1.1.4.4 - PESSOAS COM BAIXA RENDA

QUADRO 10 - PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 2010.

PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 2010					
Município	% população com renda < 1/2 SM	% população com renda < 1/4 SM	População com renda < 1/2 SM	População com renda < 1/4 SM	População Total
Guadalupe	48,06	19,93	4.901	2.032	10.198

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

Notas:

1. O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e conseqüentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R\$ 510,00.

QUADRO 11 - PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 2000.

PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 2000					
Município	% população com renda < 1/2 SM	% população com renda < 1/4 SM	População com renda < 1/2 SM	População com renda < 1/4 SM	População Total
Guadalupe	75,84	51,89	7.697	5.266	10.149

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

Notas:

1. O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R\$ 510,00.

QUADRO 12 - PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 1991.

PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 1991					
Município	% população com renda < 1/2 SM	% população com renda < 1/4 SM	População com renda < 1/2 SM	População com renda < 1/4 SM	População Total
Guadalupe	89,22	68,50	8.483	6.513	9.508

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

Notas:

1. O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R\$ 510,00.

1.1.4.5 - CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DOMICILIAR DE BAIXA RENDA

QUADRO 13 - Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda, censo 2010.

PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 2010					
Município	% crianças com renda domiciliar < 1/2 SM	% crianças com renda domiciliar < 1/4 SM	Crianças com renda < 1/2 SM	Crianças com renda < 1/4 SM	Crianças menores de 14 anos
Guadalupe	67,75	31,52	1.851	861	2.732

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

QUADRO 14 - Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda, censo 2000.

PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 2000					
Município	% crianças com renda domiciliar < 1/2 SM	% crianças com renda domiciliar < 1/4 SM	Crianças com renda < 1/2 SM	Crianças com renda < 1/4 SM	Crianças menores de 14 anos
Guadalupe	83,04	63,00	2.958	2.244	3.562

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

QUADRO 15 - Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda, censo 1991.

PROPORÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA RENDA – CENSO 1991					
Município	% crianças com renda domiciliar < 1/2 SM	% crianças com renda domiciliar < 1/4 SM	Crianças com renda < 1/2 SM	Crianças com renda < 1/4 SM	Crianças menores de 14 anos
Guadalupe	91,39	72,57	3.662	2.908	4.007

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

1.1.4.6 - TAXA DE DESEMPREGO

QUADRO 16 - Taxa de desemprego população de 16a e + - censo 2010.

TAXA DE DESEMPREGO POPULAÇÃO DE 16A E+ - CENSO 2010			
Município	Taxa de desemprego 16a e+	População desocupada 16a e+	População economicamente ativa 16a e+
GUADALUPE	6,75	290	4.295

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

QUADRO 17 - Taxa de desemprego população de 16a e + - censo 2000.

TAXA DE DESEMPREGO POPULAÇÃO DE 16A E+ - CENSO 2000			
Município	Taxa de desemprego 16a e+	População desocupada 16a e+	População economicamente ativa 16a e+
GUADALUPE	15,03	520	3.459

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

QUADRO 18 - Taxa de desemprego população de 16a e + - censo 1991.

TAXA DE DESEMPREGO POPULAÇÃO DE 16A E+ - CENSO 1991			
Município	Taxa de desemprego 16a e+	População desocupada 16a e+	População economicamente ativa 16a e+
GUADALUPE	7,16	197	2.751

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

1.1.4.7 - TAXA DE TRABALHO INFANTIL

QUADRO 19 - Taxa de trabalho infantil, População infantil ocupada, População infantil – censo 2010.

TAXA DE TRABALHO INFANTIL, POPULAÇÃO INFANTIL OCUPADA, POPULAÇÃO INFANTIL – CENSO 2010.			
Município	Taxa de trabalho infantil	População infantil ocupada	População infantil
Guadalupe	10,28	120	1.167

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

QUADRO 20 - Taxa de trabalho infantil, População infantil ocupada, População infantil – censo 2000.

Taxa de trabalho infantil, População infantil ocupada, População infantil – censo 2000.			
Município	Taxa de trabalho infantil	População infantil ocupada	População infantil
Guadalupe	7,68	122	1.589

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

QUADRO 21 - Taxa de trabalho infantil, População infantil ocupada, População infantil – censo 1991.

TAXA DE TRABALHO INFANTIL, POPULAÇÃO INFANTIL OCUPADA, POPULAÇÃO INFANTIL – CENSO 1991.			
Município	Taxa de trabalho infantil	População infantil ocupada	População infantil
Guadalupe	8,55	135	1.579

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

1.1.4.8 – ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUADALUPE – PI.

1.1.4.8.1 – POPULAÇÃO ALFABETIZADA

TABELA 26 – População alfabetizada – Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.

ANO/CENSO	POPULAÇÃO ALFABETIZADA
2010	6.011
2000	5.067
1991	3.916

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

1.1.4.8.2 – POPULAÇÃO NÃO ALFABETIZADA.

TABELA 27 – População não alfabetizada – Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.

ANO/CENSO	POPULAÇÃO NÃO ALFABETIZADA
2010	1.456
2000	1.595
1991	1.624

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

1.1.4.8.3 – ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DE 15 ANOS OU MAIS.

TABELA 28 - Escolaridade da população de 15 anos ou mais – censo 2010.

ESCOLARIDADE	DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO P/ESCOLARIDADE
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	32,55
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	16,83
2º ciclo fundamental completo ou mais	40,39
Não determinada	10,23
TOTAL	100,00

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TABELA 29 - Escolaridade da população de 15 anos ou mais – censo 2000.

ESCOLARIDADE	DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO P/ESCOLARIDADE
Menos de 1 ano de estudo	19,50
1 a 3 anos de estudo	23,76
4 a 7 anos de estudo	31,02
8 anos e mais de estudo	22,16
Alfabetização de adultos	1,12
Não determinada	2,44
TOTAL	100,00

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

TABELA 30 - Escolaridade da população de 15 anos ou mais – censo 1991.

ESCOLARIDADE	DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO P/ESCOLARIDADE
Menos de 1 ano de estudo	24,67
1 a 3 anos de estudo	22,23
4 a 7 anos de estudo	33,27
8 anos e mais de estudo	19,76
Não determinada	0,07
TOTAL	100,00

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

1.1.4.8.4 – ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DE 18 ANOS OU MAIS.

TABELA 31 - Escolaridade da população de 18 anos ou mais – censo 2010

ESCOLARIDADE	DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO P/ESCOLARIDADE
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	9,29
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	21,87
2º ciclo fundamental completo ou mais	60,03
TOTAL	100,00

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

TABELA 32 - Escolaridade da população de 18 anos ou mais – censo 2000.

ESCOLARIDADE	DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO P/ESCOLARIDADE
Menos de 1 ano de estudo	8,25
1 a 3 anos de estudo	22,26
4 a 7 anos de estudo	38,98
8 anos e mais de estudo	29,37
Alfabetização de adultos	1,14
TOTAL	100,00

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

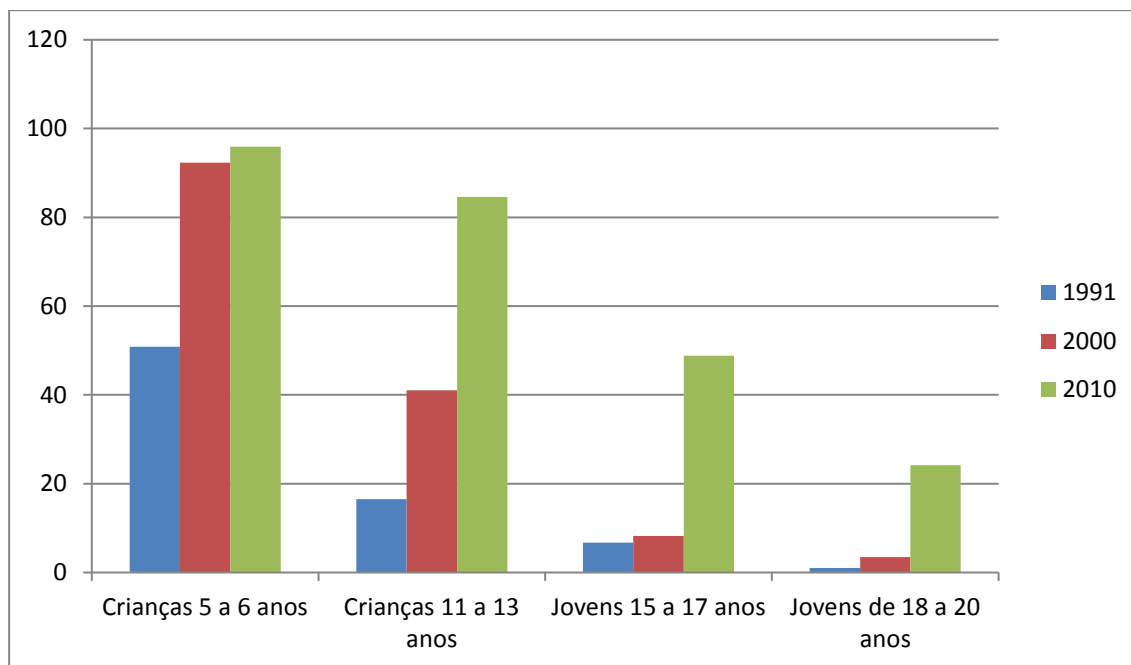
TABELA 33 - Escolaridade da população de 18 anos ou mais – censo 1991.

ESCOLARIDADE	DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO P/ESCOLARIDADE
Menos de 1 ano de estudo	9,37
1 a 3 anos de estudo	18,74
4 a 7 anos de estudo	48,84
8 anos e mais de estudo	22,70
Não determinada	0,00
TOTAL	100,00

Fonte: IBGE - Censos Demográficos

1.1.4.8.5 – FLUXO ESCOLAR POR FAIXA ETÁRIA.

GRAFICO 01 - Fluxo Escolar por Faixa Etária - Guadalupe - PI – Censos 1991/2000/2010.

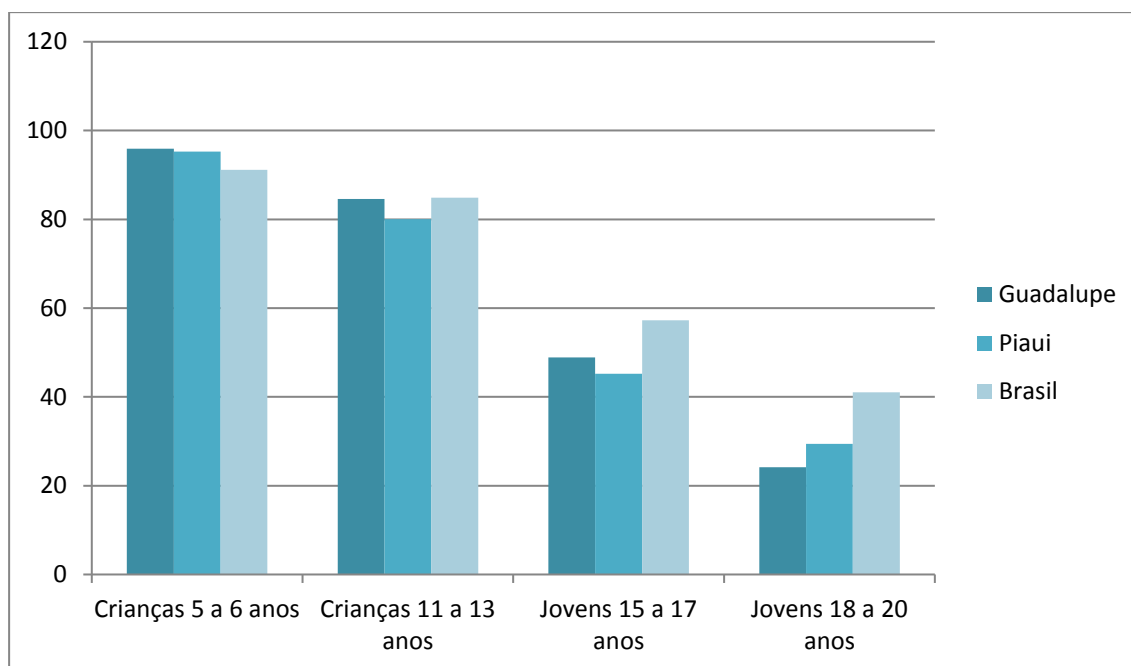


Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 95,94%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 84,57%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 48,86%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 24,17%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 45,12 pontos percentuais, 68,03 pontos percentuais, 42,16 pontos percentuais e 23,14 pontos percentuais.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

GRAFICO 02 - Fluxo Escolar por Faixa Etária - Guadalupe - PI – 2010.

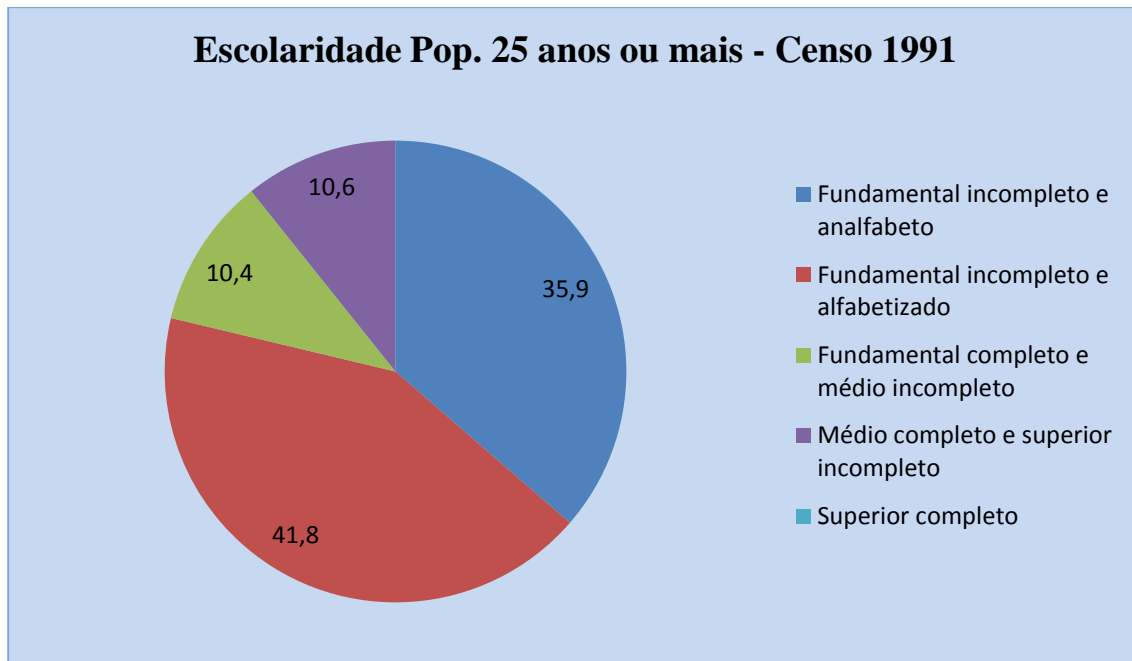


Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Em 2010, 76,08% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 57,31% e, em 1991, 52,43%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 8,35% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 1,27% e, em 1991, 1,85%.

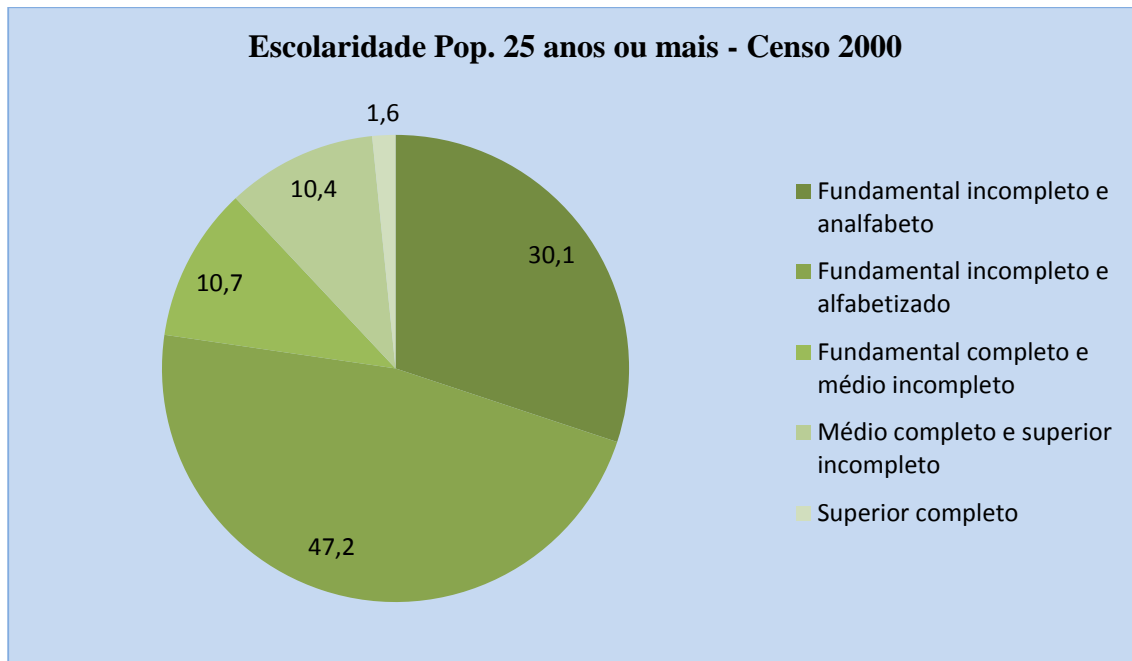
1.1.4.8.6 – ESCOLARIDADE POPULAÇÃO ADULTA DE 25 ANOS OU MAIS.

GRAFICO 03 – Escolaridade da População de 25 anos ou mais – censo 1991.



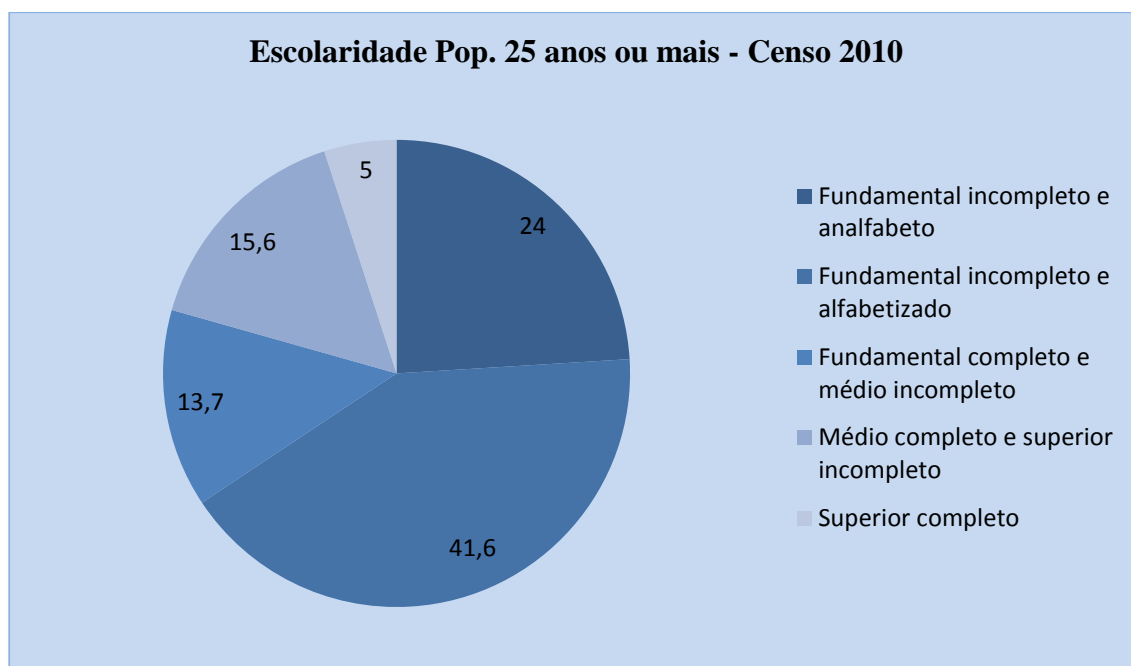
Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

GRAFICO 04 – Escolaridade da População de 25 anos ou mais – censo 2000.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

GRAFICO 05– Escolaridade da População de 25 anos ou mais – censo 2010.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Expectativa de Anos de Estudo

O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 7,06 anos para 8,96 anos, no município, enquanto na UF passou de 6,68 anos para 9,23 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 6,21 anos, no município, e de 5,89 anos, na UF.

População Adulta

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 24,42% para 39,63%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 22,92% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 24,03% eram analfabetos, 34,38% tinham o ensino fundamental completo, 20,66% possuíam o ensino médio completo e 5,02%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

1.1.4.9 - INDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - IDHM

QUADRO 22 - IDHM – CENSOS: 1991/2000/2010.

ANO/CENSO	IDHM
1991	0,401
2000	0,495
2010	0,650

FONTE: PNUD, IPEA E FJP.

QUADRO 23 – IDHM Renda, Longevidade, Educação – CENSOS: 1991/2000/2010.

ANO/CENSO	RENDA	LONGEVIDADE	EDUCAÇÃO	IDHM
1991	0,511	0,626	0,201	0,401
2000	0,543	0,701	0,318	0,495
2010	0,639	0,794	0,542	0,650

FONTE: PNUD, IPEA E FJP.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Guadalupe é 0,650, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,794, seguida de Renda, com índice de 0,639, e de Educação, com índice de 0,542.

1.1.4.9.1 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL E SEUS COMPONENTES - GUADALUPE – PI - CENSOS 1991,2000 E 2010.

QUADRO 24 – IDHM e seus componentes – Censos 1991, 2000 e 2010.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL E SEUS COMPONENTES - GUADALUPE - PI			
COMPONENTES IDHM	ANO / CENSO		
	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,201	0,318	0,542
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	22,92	24,42	39,63
% de 5 a 6 anos na escola	50,82	92,30	95,94
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	16,54	41,03	84,57
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	6,70	8,22	48,86
% de 18 a 20 anos com médio completo	1,03	3,50	24,17

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

1.1.4.9.2 - EVOLUÇÃO DO IDHM

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,495 em 2000 para 0,650 em 2010 - uma taxa de crescimento de 31,31%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 69,31% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,224), seguida por Renda e por Longevidade.

Entre 1991 e 2000

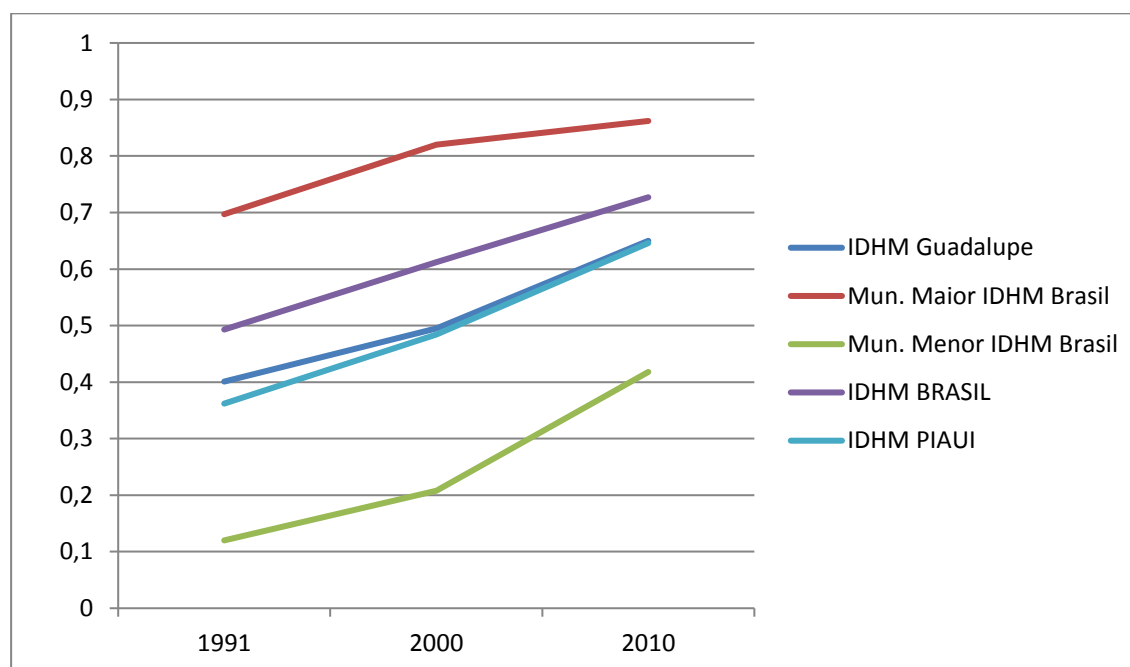
O IDHM passou de 0,401 em 1991 para 0,495 em 2000 - uma taxa de crescimento de 23,44%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 84,31% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,117), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,401, em 1991, para 0,650, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 62,09% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 58,43% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,341), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

1.1.4.9.3 - RANKING DO IDHM

GRAFICO 06 - Ranking do IDHM



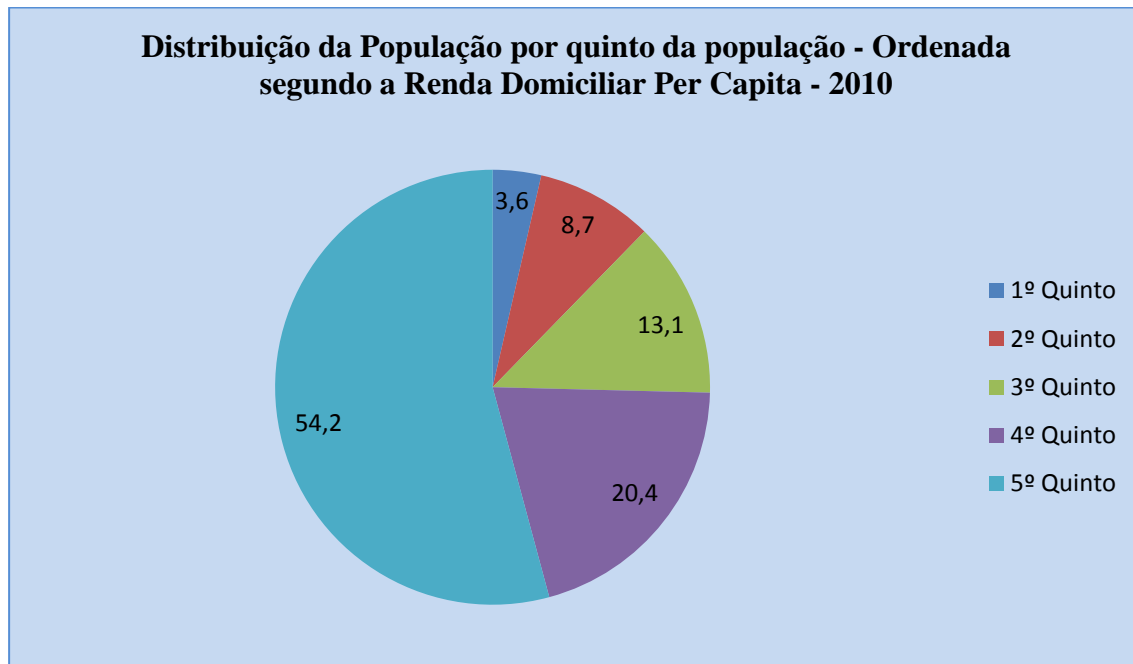
Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Ranking do IDHM

Guadalupe ocupa a 3115ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

1.1.4.10 – POPULAÇÃO SEGUNDO A RENDA DOMICILIAR PER CAPITA

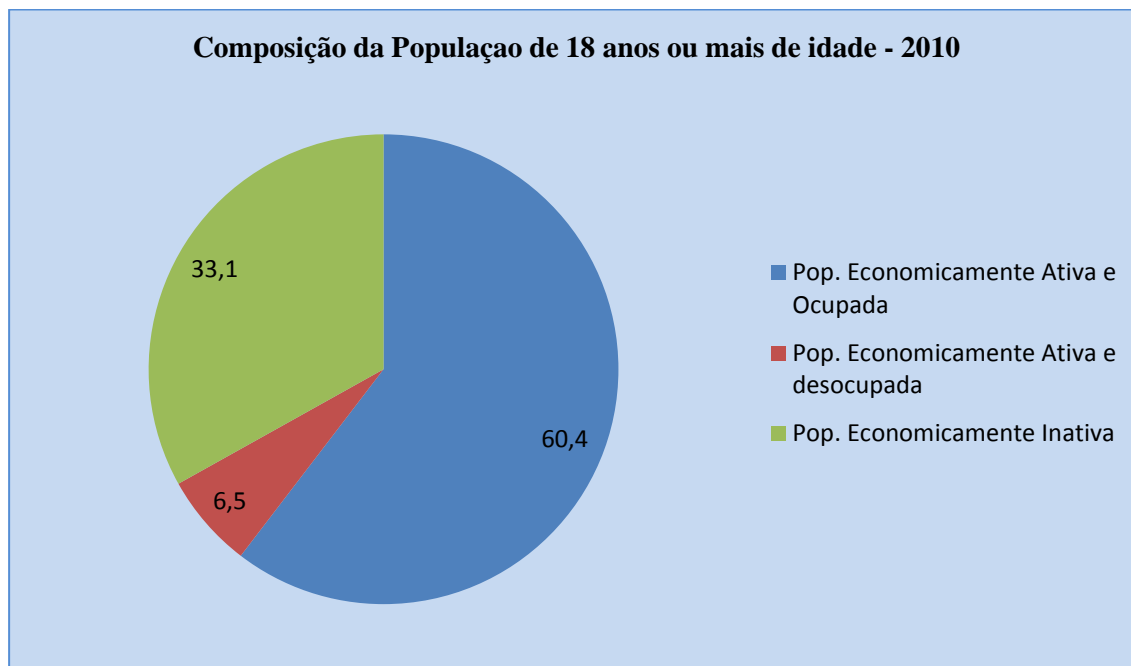
GRAFICO 07 – Distribuição da população por quinto, segundo a renda domiciliar per capita, censo 2010.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

1.1.4.11 – TRABALHO

GRÁFICO 07 – Composição da população, economicamente ativa, de 18 anos ou mais, censo 2010.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 55,45% em 2000 para 60,42% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 14,95% em 2000 para 6,52% em 2010.

1.1.4.11.1 – OCUPAÇÃO DA POPULAÇÃO DE 18 ANOS OU MAIS - MUNICÍPIO - GUADALUPE – PI.

TABELA 34 – Ocupação da população de 18 anos ou mais - Guadalupe – PI, censos 2000 e 2010.

OCUPAÇÃO DA POPULAÇÃO DE 18 ANOS OU MAIS - MUNICÍPIO - GUADALUPE - PI		
INDICADORES	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	55,45	60,42
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	14,95	6,52
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	32,33	43,44
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	31,26	44,69
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	15,61	27,29
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	74,01	40,01
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	87,83	80,57
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	96,09	93,94

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 21,65% trabalhavam no setor agropecuário, 0,35% na indústria extrativa, 4,91% na indústria de transformação, 18,69% no setor de construção, 3,12% nos setores de utilidade pública, 11,63% no comércio e 38,18% no setor de serviços.

1.1.4.12 - VULNERABILIDADE SOCIAL

TABELA 35 - Vulnerabilidade Social - Município - Guadalupe – PI, Censos 1991, 2000 e 2010.

VULNERABILIDADE SOCIAL - MUNICÍPIO - GUADALUPE - PI			
Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	54,34	35,59	20,30
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	66,78	54,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	22,33	2,92	1,19
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	25,06	15,40
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	2,57	7,98	7,02
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	7,02	8,55
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	22,53	13,48	24,65
% de vulneráveis e dependentes de idosos	4,57	10,25	4,42
% de crianças extremamente pobres	45,40	37,63	11,89
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	79,98	76,06	46,97
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	68,58	51,11
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	49,04	51,71	72,47

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

1.1.5 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

As primeiras intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob-bases científicas modernas, datam do início do século vinte e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Essas intervenções consistiram na organização de grandes campanhas sanitárias e visavam controlar doenças que comprometiam a atividade econômica, a exemplo da febre amarela, peste e varíola. As campanhas valiam – se de instrumentos precisos para o diagnóstico de casos, combate a vetores, imunização e tratamento em massa com fármacos, dentre outros. O modelo operacional baseava-se em atuações verticais, sob forte inspiração militar, e compreendia fases bem estabelecidas – preparatória, de ataque, de consolidação e de manutenção.

A expressão vigilância epidemiológica passou a ser aplicada ao controle das doenças transmissíveis na década de 1950, para designar uma série de atividades subsequentes à etapa de ataque da Campanha de Erradicação da Malária, vindo a designar uma de suas fases constitutivas. Originalmente, essa expressão significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, com base em medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente e não de forma coletiva.

Na década de 1960, o programa de erradicação da varíola também instituiu uma fase de vigilância epidemiológica, que se seguia à de vacinação em massa da população. Simultaneamente, porém, o programa disseminou a aplicação de novos conceitos que se firmavam no âmbito internacional e não se vinculavam à prévia realização de uma fase de ataque. Pretendia-se, mediante busca ativa de casos de varíola, a detecção precoce de surtos e o bloqueio imediato da transmissão da doença. Essa metodologia consagrou-se como fundamental para o êxito da erradicação da varíola em escala mundial e serviu de base para a organização de sistemas nacionais de vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica foi tema central da 21ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1968, ficando estabelecida a abrangência do conceito, que permitia aplicação a variados problemas de saúde pública, além das doenças transmissíveis, a exemplo das

malformações congênitas, envenenamentos na infância, leucemia, abortos, acidentes, doenças profissionais, comportamentos como fatores de risco, riscos ambientais, utilização de aditivos, dentre outros.

No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola – CEV (1966-1973) é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no país, tendo fomentado e apoiado a organização de unidades de vigilância epidemiológica na estrutura das secretarias estaduais de saúde. O modelo da CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a organizar, em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças selecionadas e a disseminar informações pertinentes em um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo fundamentou a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de bases técnicas e operacionais que possibilitaram o futuro desenvolvimento de ações de grande impacto no controle de doenças evitáveis por imunização. O principal êxito relacionado a esse esforço foi o controle da poliomielite no Brasil, na década de 1980, que abriu perspectivas para a erradicação da doença no continente americano, finalmente alcançada em 1994.

Por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por meio de legislação específica (Lei nº 6.259/75 e Decreto nº 78.231/76). Esses instrumentos tornaram obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas, constantes de relação estabelecida por Portaria. Em 1977, foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica, reunindo e compatibilizando as normas técnicas que eram, então, utilizadas para a vigilância de cada doença, no âmbito de programas de controle específicos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Além de ampliar o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços.

De outra parte, as profundas mudanças no perfil epidemiológico das populações, no qual se observa o declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas tem implicado na incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes.

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementares aos demais níveis.

1.1.5.1 - ÓBITOS EM MULHERES

1.1.5.1.1 - ÓBITOS EM MULHERES ADULTAS POR GRUPO DE CAUSAS.

QUADRO 25 - Óbitos em mulheres adultas por grupo de causas, ANOS 2010 A 2016.

ÓBITOS EM MULHERES ADULTAS POR GRUPO DE CAUSAS							
CAUSAS	ANO						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Causas externas	01	-	01	01	01	03	03
Ap. Circulatório	02	02	03	02	01	01	01
Neoplasias	-	01	03	01	01	02	01
Infecções Parasitárias	-	-	01	02	-	-	01
Aparelho Respiratório	01	-	-	-	-	01	-

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.1.2 - ÓBITOS EM MULHERES IDOSAS POR GRUPO DE CAUSAS

QUADRO 26 - Óbitos em mulheres idosas por grupo de causas, ANOS 2010 A 2016.

ÓBITOS EM MULHERES IDOSAS POR GRUPO DE CAUSAS							
CAUSAS	ANO						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sintomas e sinais	-	-	01	-	-	01	-
Ap. Circulatório	10	10	10	05	04	11	11
Neoplasias	02	03	01	02	-	02	03
Endócrinas	04	03	05	01	06	03	03
Ap. Respiratório	01	-	01	01	01	05	01

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.1.3 - ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNOS

A morte de Mulher em idade considera-se os óbitos ocorridos em mulheres na faixa etária entre 10 a 49 anos.

A Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da mesma, independentemente da duração ou da localização da gravidez, causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

TABELA 36 - Óbitos mulheres idade fértil, óbitos maternos, óbitos maternos tardios – município – Guadalupe – PI.

ANO	OBITOS MULHERES IDADE FERTIL	OBITOS MATERNOS	OBITOS MATERNOS TARDIOS
2017	02	-	-
2016	04	-	-
2015	06	-	-
2014	04	-	-
2013	04	01	-
2012	04	-	-
2011	04	01	-
2010	04	-	-

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

1.1.5.2. - ÓBITOS INFANTIS

TABELA 37 – Óbitos Infantis por residência – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

ANO	ÓBITOS POR RESIDENCIA
2017	03
2016	01
2015	02
2014	02
2013	00
2012	00
2011	02
2010	02

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

1.1.5.3 - ÓBITOS FETAIS

OBITOS FETAIS POR RESIDENCIA – GUADALUPE – PI.

TABELA 38 – Óbitos Fetais por residência – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

ANO	OBITOS POR RESIDENCIA
2017	02
2016	06
2015	04
2014	02
2013	00
2012	00
2011	03
2010	00

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

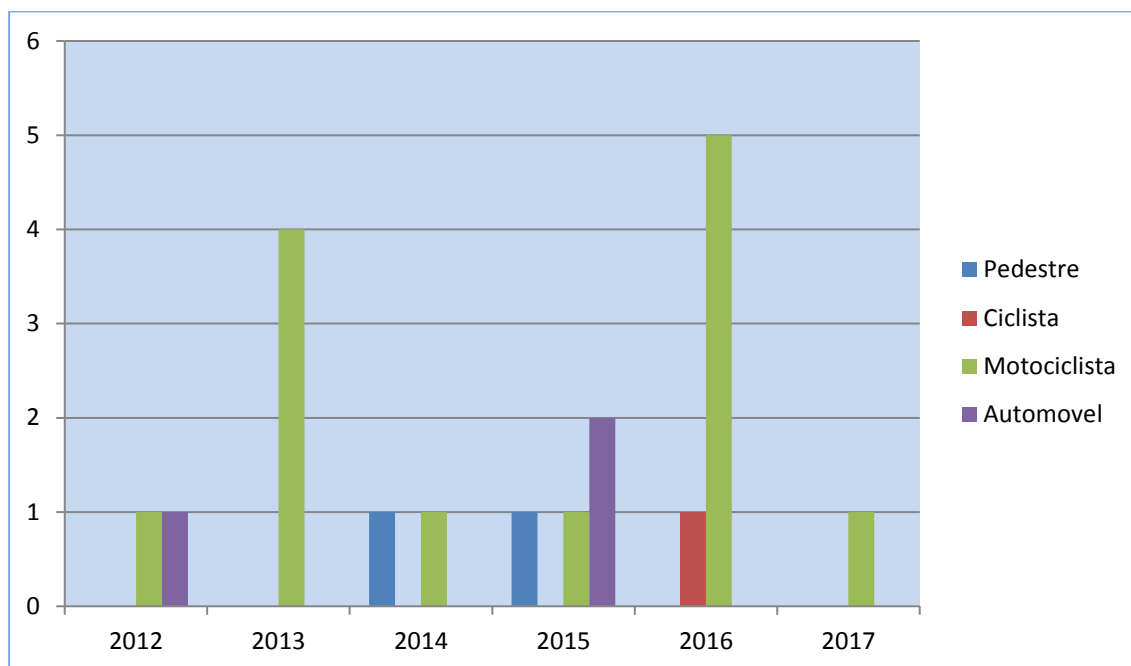
1.1.5.4 - ÓBITOS POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, SEGUNDO A CONDIÇÃO DA VITIMA – GUADALUPE – PI.

TABELA 39 - Óbitos por acidentes de transporte terrestre – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

ANO	PEDESTRE	CICLISTA	MOTOCICLISTA	AUTOMÓVEL
2010	1	-	1	-
2011	-	-	1	-
2012	-	-	1	1
2013	-	-	4	-
2014	1	-	1	-
2015	1	-	1	2
2016	-	1	5	-
2017	-	-	1	-

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

GRÁFICO 09 - Óbitos por acidentes de transporte terrestre – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.



Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.5 - ÓBITOS POR PRINCIPAIS CAUSAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO – GUADALUPE – PI.

TABELA 40 - Óbitos por causas do aparelho circulatório – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

ANO	ISQUÊMICAS	CÉREBRO VASCULAR	HIPERTENSIVAS
2010	10	14	3
2011	8	7	4
2012	8	7	3
2013	10	4	2
2014	6	4	1
2015	4	12	3

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

2016	9	5	2
2017	11	8	2

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.6 - ÓBITOS POR PRINCIPAIS CAUSAS EXTERNAS

As mortes por causas externas são aquelas ocasionadas por traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

A alta tecnologia, o aumento da velocidade dos veículos, as condições socioeconômicas, a pobreza e a própria natureza humana são fatores que contribuíram para o crescimento progressivo dos diferentes tipos de traumas. Estes têm se configurado como problema de saúde pública pela alta mortalidade, morbidade, custos, anos potenciais de vida perdidos e impacto para o indivíduo, sua família e sociedade.

A análise de dados mostra o grande impacto que elas determinam na vida e saúde da população. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os acidentes de trânsito lideraram as estatísticas mundiais de mortes por causas externas. No Brasil as causas externas se configuraram como a segunda causa de morte, sendo os adolescentes e adultos jovens os grupos mais atingidos.

Assim, a prevenção das causas externas deve fazer parte da agenda de prioridades do campo da saúde, onde as equipes de saúde do município devem propor ações que visem a diminuição desse agravo.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TABELA 41 - Óbitos por principais causas externas – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

ANO	AGRESSOES	ACIDENTE DE TRANSPORTE	QUEDA	LESOES VOLUNTARIAS	EVENTOS INDETERMINADOS
2010	2	3	1	1	
2011	1	1			
2012	1	2		3	
2013	2	6		2	1
2014	1	2		2	
2015	2	3		3	
2016	1	6	1	5	
2017	1	2			

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.7 – ÓBITOS EM HOMENS ADULTOS POR GRUPO DE CAUSAS - GUADALUPE – PI.

TABELA 42 – Óbitos em Homens Adultos por grupo de causas - Guadalupe – PI, anos 2010 a 2016.

Ano	Causas Externas	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Aparelho Digestivo	Sintomas e Sinais
2010	7	2		1	
2011	1	5			
2012	5	2			
2013	9	2	2	1	
2014	3	4	1		

PMS 2018 – 2021 / GUADALUPE - PI

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

2015	4	2	1	3	1
2016	10	1		2	

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.8 - MORTALIDADE - ESPECÍFICA DO HOMEM MAIOR DE 60 ANOS (IDOSO).

TABELA 43 – Óbitos em Homens Idosos por grupo de causas – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2016.

Ano	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Aparelho Respiratório	Sintomas e Sinais	Endócrinas
2010	13	5		1	2
2011	5	2			1
2012	7	4	3		3
2013	8	3			1
2014	6	1	1		4
2015	7	6	4	1	2
2016	4	4	3		3

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.9 – ÓBITOS POR PRINCIPAIS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS.

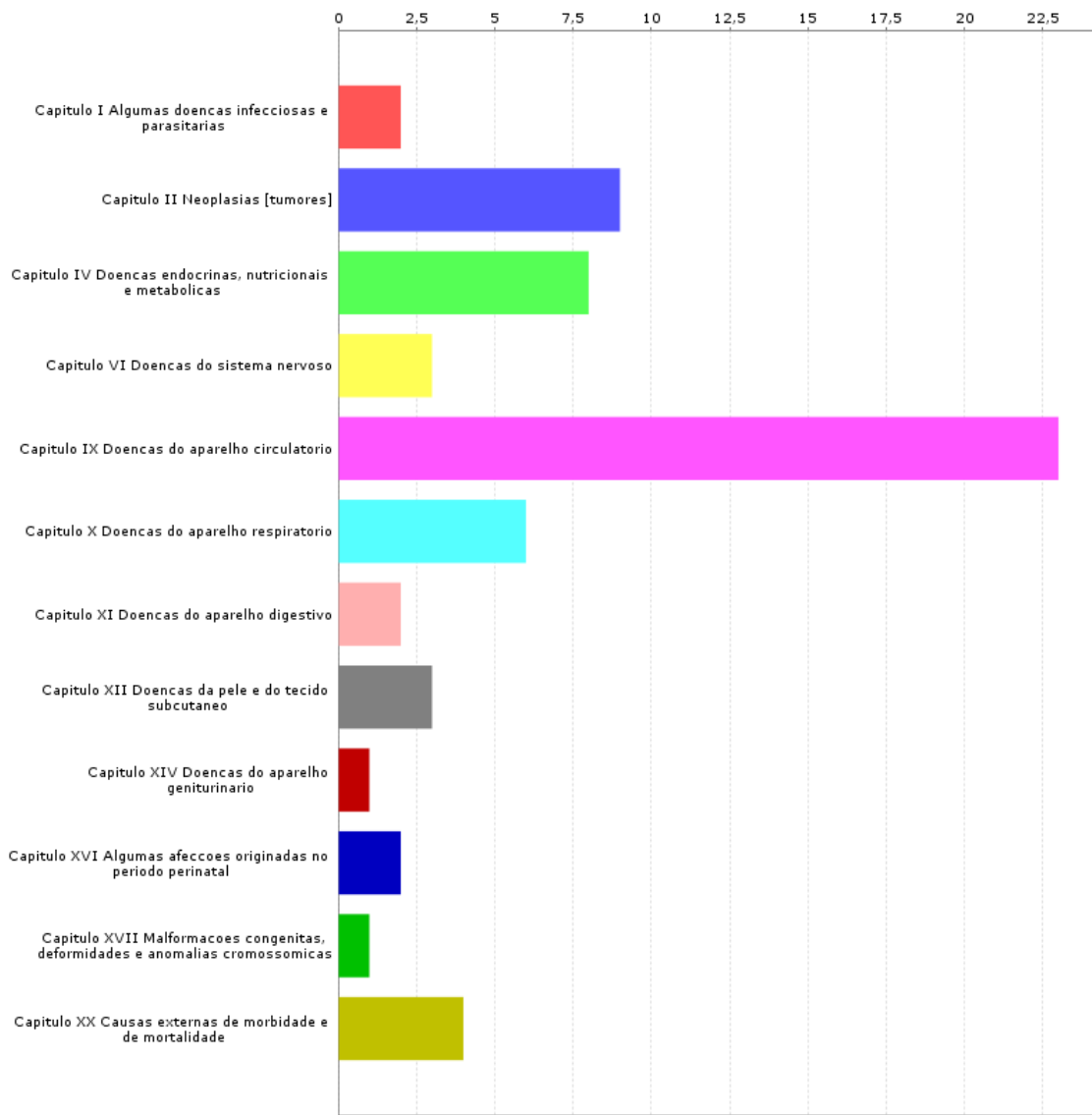
TABELA 44 - Óbitos por principais doenças infecciosas e parasitárias – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2016.

Ano	AIDS	Doença de Chagas	Tuberculose	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível
2010	-	-	1	1
2011	2	-	-	2
2012	1	-	-	-
2013	5	-	1	-
2014	1	-	-	-
2015	2	-	-	-
2016	1	-	-	-

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM.

1.1.5.10 - MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS – ANO 2017

GRÁFICO 09 – Mortalidade por grupos de causas – Guadalupe – PI, ano 2017.



1.1.5.2 - MORBIDADE

QUADRO 27 – Morbidade por grupos de causas – Guadalupe – PI, anos 2015, 2016 e 2017.

MORBIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS			
INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID 10	ANOS		
	2015	2016	2017
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	201	292	341
Capítulo II Neoplasias (tumores)	18	28	43
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	30	19	18
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	106	102	93
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	7	5	3
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	14	23	7
Capitulo VII Doenças do olho e anexos	-	01	4
Capitulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	112	77	97
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	157	106	179
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	58	69	38
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	15	6
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	5	21
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	90	119	103
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério	174	208	221
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal	1	7	12
Capítulo XVII Malf cong deformidade e anomalias cromossômicas	5	11	6
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15	16	16
Capítulo XIX Lesões enven e alg out conseq causas externas	84	154	98

**ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**

Capítulo XXI Contatos com serviços de saúde	3	3	6
TOTAL	1.083	1.260	1.313

1.1.5.3 – AGRAVOS E NOTIFICAÇÕES - SINAN

1.1.5.3.1 – ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

QUADRO 28 – Acidentes por animais peçonhentos – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

ACIDENTES ANIMAIS PEÇONHENTOS	
ANO	NOTIFICAÇÕES
2017	02
2016	00
2015	01
2014	02
2013	03
2012	00

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

1.1.5.3.2 – NOTIFICAÇÃO DENGUE

QUADRO 29 – Notificação dengue – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

DENGUE	
ANO	NUMERO CASOS PROVÁVEIS
2017	01
2016	01
2015	03
2014	09
2013	05
2012	20

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

1.1.5.3.3 – NOTIFICAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

QUADRO 30 – Notificação intoxicação exógena – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

INTOXICAÇÃO EXÓGENA	
ANO	NOTIFICAÇÕES
2017	02
2016	04
2015	05
2014	01
2013	03
2012	02

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

1.1.5.3.4 – NOTIFICAÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL

QUADRO 31 – Notificação Leishmaniose Visceral, casos confirmados – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

LEISHMANIOSE VISCERAL	
ANO	Notificações
2017	01
2016	01
2015	00
2014	00
2013	00
2012	01

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

1.1.5.3.5 – NOTIFICAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTES.

QUADRO 32 – Notificação Sífilis em Gestantes, casos confirmados– Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

SIFILIS GESTANTE	
ANO	Notificações
2017	00
2016	00
2015	00
2014	00
2013	00
2012	00

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

1.1.5.3.6 – NOTIFICAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA.

QUADRO 33 – Notificação Sífilis Congênita, casos confirmados– Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

SIFILIS	
ANO	Notificações
2017	01
2016	01
2015	00
2014	00
2013	00
2012	00

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

1.1.5.3.7 – NOTIFICAÇÃO VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS.

QUADRO 34 – Notificação Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

VIOLENCIAS	
ANO	Notificações
2017	-
2016	23
2015	20
2014	03
2013	19
2012	10
Total	75

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

1.1.5.3.8 – NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE.

QUADRO 35 – Notificação hanseníase, casos confirmados – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

HANSENÍASE	
ANO	Nº CASOS NOTIFICADOS
2015	2
2016	1
2017	3
Total	06

Fonte: SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação / CGHDE - Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

1.1.5.3.9 – NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE - CONTATOS EXAMINADOS NA COORTE SEGUNDO ANO NOTIFICAÇÃO.

QUADRO 36 – Notificação hanseníase, contatos examinados na coorte segundo ano notificação.
– Guadalupe – PI, anos 2015.

HANSENÍASE	
ANO	Nº CONTATOS EXAMINADOS
2015	33,33
Total	33,33

Fonte: SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação / CGHDE - Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

1.1.5.3.10 – NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE – CURA NAS COORTES SEGUNDO ANO NOTIFICAÇÃO.

QUADRO 37 – Notificação hanseníase, cura nas coortes segundo ano notificação – Guadalupe – PI, anos 2015.

HANSENÍASE	
ANO	CURA
2015	50,00
Total	50,00

Fonte: SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação / CGHDE - Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

1.1.5.3.11 – NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE – CASOS PREVALENTES SEGUNDO ANO NOTIFICAÇÃO.

QUADRO 38 – Notificação hanseníase, Casos prevalentes segundo Ano Notificação – Guadalupe – PI, anos 2015 e 2016.

HANSENÍASE	
ANO	CASOS PREVALENTES
2015	01
2016	01
Total	02

Fonte: SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação / CGHDE - Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

1.1.5.3.12 – NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE – CASOS NOVOS.

QUADRO 39 – Notificação hanseníase, Casos novos – Guadalupe – PI, anos 2017.

HANSENÍASE	
ANO	CASOS NOVOS
2017	02
Total	02

Fonte: SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação / CGHDE - Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

1.1.5.3.13 – NOTIFICAÇÃO TUBERCULOSE CASOS CONFIRMADOS.

QUADRO 40 – Notificação Tuberculose casos confirmados – Guadalupe – PI, anos 2012 a 2017.

TUBERCULOSE	
ANO	Notificações
2017	01
2016	02
2015	-
2014	03
2013	01
2012	09
Total	16

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

1.1.5.3.14 – MORBIDADE AIDS.

TABELA 45 – AIDS - Taxa por 100.000 hab./ano – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

Ano	Taxa de incidência	Taxa de mortalidade	Taxa de incidência em menores de 5 anos
2010	48.69	0.00	0.00
2011	38.95	19.47	0.00
2012	48.69	9.73	0.00
2013	29.00	48.34	0.00
2014	48.35	9.67	0.00
2015	19.34	19.34	0.00
2016	38.69	9.67	0.00
2017	9.67	0.00	0.00

Fonte: SINAN / SIM / IBGE

1.1.5.3.15 – MORBIDADE HANSENÍASE.

TABELA 46 – Hanseníase - Taxa por 100.000 hab./ano – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

ANO	(%) CASOS CURADOS NA COORTE DE DETECÇÃO	(%) CONTATOS EXAMINADOS ENTRE REGISTRADOS
2010	50.00	0.00
2011	100.00	75.00
2012	100.00	100.00
2013	100.00	100.00
2014	66.66	0.00

**ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**

2015	100.00	0.00
2016	0.00	100.00
2017	50.00	33.33

Fonte: SINAN / SIM / IBGE

1.1.5.3.16 – MORBIDADE SÍFILIS CONGÊNITA.

TABELA 47 – Sífilis Congênita e em Gestantes - Taxas por 1.000 nascidos vivos – Guadalupe – PI, anos 2015 e 2016.

Ano	Taxa de detecção em gestantes	Taxa de incidência em menores de 1 ano
2015	0.00	4.18
2016	0.00	6.41

Fonte: SINAN / SIM / IBGE

1.1.5.3.17 – TESTES DE SÍFILIS REALIZADOS EM GESTANTES.

TABELA 48 – Testes de Sífilis realizados em Gestantes – Guadalupe – PI, anos 2015 e 2016.

ANO	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE
2015	0.38
2016	1.00

Fonte: SINAN / SIM / IBGE

1.1.5.3.18 – MORBIDADE TUBERCULOSE.

TABELA 49 – Tuberculose Taxa por 100.000 hab./ano – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

Ano	Taxa de Incidência de Tuberculose	Taxa de mortalidade	Taxa de incidência tuberculose bacilífera
2010	48.69	9.73	29.21
2011	19.47	0.00	19.47
2012	48.69	0.00	48.69
2013	9.66	9.66	9.66
2014	19.34	0.00	9.67
2016	19.34	0.00	19.34
2017	9.67	0,00	9.67

Fonte: SINAN / SIM / IBGE

1.1.5.3.19 – TUBERCULOSE INDICADORES OPERACIONAIS.

TABELA 50 – Tuberculose - Indicadores Operacionais – Guadalupe – PI, anos 2010 a 2017.

Ano	(%) Casos bacilíferos curados	(%) Casos de retratamento que realizaram cultura (*)	(%) Casos com teste HIV realizados
2010	33.33	0.00	60.00
2011	0.00	0.00	100.00
2012	40.00	0.00	60.00
2013	100.00	0.00	100.00
2014	100.00	0.00	100.00
2016	0.00	0.00	50.00
2017	0.00	0.00	100.00

Fonte: SINAN / SIM / IBGE

1.1.5.4 - NASCIDOS VIVOS

Os dados de nascidos vivos do município de Guadalupe - PI são dados provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), sistema que reúne informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. A importância da consolidação destes dados consiste em subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde e também como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido.

QUADRO 41 – Nascidos vivos por residência, Guadalupe – PI, anos 2013 a 2017.

ANO DO NASCIMENTO	NASCIMENTOS P/RESIDENCIA MÃE
2013	160
2014	186
2015	156
2016	171
2017	190

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

1.1.5.4.1 - NASCIDOS VIVOS COM 7 OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL

A assistência ao pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde.

O acompanhamento do pré-natal de reconhecido efeito positivo sobre a saúde da mulher e do conceito, tem na sua baixa cobertura associada à baixa qualidade de atendimento, um grande desafio a ser superado.

A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma

chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.

Neste sentido faz-se necessário desenvolver e difundir procedimentos normativos que deem conta dos problemas de maior impacto epidemiológico, onde se incluem, certamente, os que afetam a população materno-infantil.

QUADRO 42 – Nascidos vivos de Parto Normal e com 7 ou mais consultas de Pré-Natal – Guadalupe – PI, Anos 2014 a 2017.

NASCIDOS VIVOS	2014	2015	2016	2017
Nascidos vivos p/parto normal,	47	58	71	-
Nascidos vivos c/7+ consultas pré-natal.	47	58	71	-

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

1.1.5.5 – IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um sucesso do Brasil reconhecido no mundo. São mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas em vacinas, soros e imunoglobulinas, fatos que contribuíram, por exemplo, com a erradicação da varíola e da poliomielite, além da redução dos casos e mortes derivadas do sarampo, da rubéola, do tétano, da difteria e da coqueluche.

O PNI define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas. E, para que o programa continue representando um sucesso na saúde pública, cada vez mais esforços devem ser despendidos. Todas as doenças prevenidas pelas vacinas que constam no calendário de vacinação, se não forem alvo de ações prioritárias, podem voltar a se tornar recorrentes.

1.1.5.5.1 - CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA

QUADRO 43 - Campanha de vacinação contra a influenza, Guadalupe – PI, anos 2015, 2016 e 2017.

GRUPO	2015	2016	2017
	% VACINAÇÃO	% VACINAÇÃO	% VACINAÇÃO
Crianças	89,40	69,26	89,41
Gestantes	85,83	71,46	74,29
Puérperas	55,00	156,52	104,35
Trabalhadores Saúde	57,34	77,06	115,29
Idosos	72,50	112,26	90,02
Total Geral	77,19	92,37	90,88

Fonte: SIPNI/DATASUS/MS.

1.1.5.5.2 - CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE.

QUADRO 44 - Vacinação contra a Poliomielite – Cobertura Vacinal por faixa etária - Guadalupe – PI, anos 2014 e 2015.

GRUPO / CRIANÇAS	2015	2014
	% VACINAÇÃO	% VACINAÇÃO
6 M A > 1 ANO	102,50	104,44
1 ANO	97,50	108,38
2 ANOS	95,81	113,77
3 ANOS	98,21	104,17
4 ANOS	96,47	102,94
Total Geral	97,58	106,98

Fonte: SIPNI/DATASUS/MS.

1.1.5.5.3 – VACINAS DO CALENDÁRIO DA CRIANÇA.

TABELA 51 – Cobertura Vacinal dos Imunos do Calendário de Vacinação da criança - Guadalupe – PI, anos 2015, 2016 e 2017.

IMUNO	2017	2016	2015
	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA
072 BCG	6,45	31,18	51,88
099 Hepatite B em crianças até 30 dias	5,38	37,10	40,63
061 Rotavírus Humano	57,53	88,17	84,38
053 Meningococo C	70,97	93,01	95,00
073 Hepatite B	59,68	81,72	96,25
080 Penta	58,60	80,65	96,25
074 Poliomielite	-	76,88	95,00
006 Febre Amarela	-	69,35	91,88
096 Hepatite A	-	50,00	121,38
091 Pneumocócica (1º ref)	-	54,30	103,75

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

IMUNO	2017	2016	2015
	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA
092 Meningococo C (1º ref)	-	95,70	88,75
093 Poliomielite (1º ref)	-	37,63	71,25
021 Tríplice Viral D1	-	70,43	108,75
098 Tríplice Viral D2	-	49,46	71,25
075 Tetra Viral (SRC+VZ)	-	60,22	51,88
012 Pneumocócica	70,43	94,09	-
075 DTP	58,60	80,65	96,25
102 DTP REF (4 e 6 anos)	4,30	0,57	-
095 Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	55,91	62,90	88,75
094 Dupla adulto e tríplice acelular gestante	32,80	1,61	1,88

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

IMUNO	2017	2016	2015
	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA
003 dTpa gestante	31,18	2,69	1,25

Fonte: Programa Nacional de Imunizações

1.1.5.6 - TIPO PARTO

O Parto normal é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.

O Parto cesáreo é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno durante o trabalho de parto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural.

QUADRO 45 – Percentual de Partos Normais.

	2014	2015	2016	2017
% Partos normais	26,26 %	36,25%	38,17%	-

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

1.2 – ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAUDE

1.2.1 - EQUIPES E COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF.

O município apresenta cobertura da Estratégia Saúde da Família de 100,00%, e de Atenção Básica de 100 %.

QUADRO 46 - Situação atual da implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse	Percentual de população coberta pelas equipes financiadas pelo MS
ESF	05	05	05	46.780,00	100,00
ACS	26	26	26	32.500,00	100,00

Fonte: Ministério da Saúde

O quadro acima mostra que o município conta com cinco equipes da ESF implantadas, cobrindo 100 % da área do município e também com 26 agentes comunitários de saúde para atuação junto as equipes de saúde.

Os incentivos mensais de custeio para a Equipe de Saúde da Família são: modalidade I R\$ 10.695,00 (dez mil e seiscentos e noventa e cinco reais), modalidade II R\$ 7.130,00 (sete mil e cento e trinta reais). Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é repassado incentivo de R\$ 1.250,00 (hum mil, duzentos e cinquenta reais) a cada mês, sendo que no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente.

1.2.2 - NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF - AB

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações.

QUADRO 47 - Situação atual da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

NASF	Tipo	Credenciado	Implantado	Valor Mensal do repasse
	I	1	1	20.000,00

Fonte: Ministério da Saúde

O município conta com um NASF tipo I implantado, para dar apoio e suporte às equipes da ESF. O quadro acima mostra o valor do repasse mensal de R\$ 20.000,00.

Obs.: O parâmetro de teto do NASF é calculado a partir do número de eSF credenciadas. Os NASF podem ser organizados em três modalidades definidas de acordo com o número de eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF) e recebem os seguintes incentivos: NASF 1 (5 a 9 eSF e/ou eAB) - R\$ 20.000,00 (vinte mil reais); NASF 2 (3 a 4 eSF e/ou eAB) - R\$ 12.000,00 (doze mil reais); NASF 3 (1 a 2 eSF e/ou eAB) - R\$ 8.000,00 (oito mil reais).

1.2.3 - BRASIL SORRIDENTE - AÇÕES DE SAÚDE BUCAL.

O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa que visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS).

QUADRO 48 - Situação atual da implantação das Equipes de Saúde Bucal.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
eSB - I	5	2	2	6.690,00
eSB - II		3	3	13.410,00

Fonte: Ministério da Saúde

O município de Guadalupe - PI apresenta cobertura de Saúde Bucal de 100,00 %, conta com três equipes de saúde bucal na modalidade II, e duas equipes de saúde bucal na modalidade I, para o atendimento da sua população urbana e rural.

Os incentivos mensais de custeio são: equipe de Saúde Bucal - modalidade I R\$ 2.230,00 (dois mil e duzentos e trinta reais) e modalidade II R\$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais). Fazem jus a 50% a mais sobre os valores mensais de custeio as eSB dos Municípios constantes do anexo I a Portaria nº 822/GM/MS, de 17/04/2006 , e as eSB dos Municípios constantes no anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17/01/2008 , que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitando o número máximo de equipes definido também na Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008.

1.2.4 – LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA – LRPD.

O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas / adesivas.

Município com qualquer base populacional pode ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado). A produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

O Ministério da Saúde repassa um recurso mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção: entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00; entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00; entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00; e acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00.

QUADRO 49 - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

Portaria	Valor Recurso Anual	Valor Recurso Mensal	Faixa de Produção	Tipo de Gestão
GM 2759 (12/12/2014)	90.000,00	7.500,00	20-50	ESTADUAL

1.2.5 – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE – PMAQ

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O município, no terceiro ciclo do programa (2015) cadastrou as seguintes equipes:

QUADRO 50 - Resultado de adesão ao terceiro ciclo.

ESF/EAB	ESB/EABSB	NASF	CEO
5	5	1	0

Fonte: Ministério da Saúde

QUADRO 51 - Resultado da certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	0	0,0
Desempenho acima da média	2	40,0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	3	60,0
Insatisfatória	0	0,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

QUADRO 52 - Resultado da certificação das equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	2	50,0
Desempenho acima da média	2	50,0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	0	0,0
Insatisfatória	0	0,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde

QUADRO 53 - Resultado da certificação das equipes do NASF que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	0	0,0
Desempenho acima da média	1	100,0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	0	0,0
Insatisfatória	0	0,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde

1.2.6 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA - SISAB

O e-SUS Atenção Básica (AB) foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica e pode ser utilizado por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde.

1.2.7 - PROGRAMA TELESSAUDE BRASIL REDES

O Telessaude Brasil Redes na Atenção Básica visa potencializar a qualificação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família ao estimular o uso das modernas tecnologias da informação e telecomunicações para atividades de apoio matricial e educação à distância relacionada à saúde. Constitui-se enquanto uma rede que interliga gestores da saúde, instituições formadoras e serviços de saúde do SUS, num processo de trabalho cooperado online. Tem o objetivo de aumentar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica, ampliando a capacidade clínica e de cuidado; melhorar a qualidade dos encaminhamentos para a atenção especializada, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários; e informatizar as Unidades Básicas de Saúde.

O serviço pode ser utilizado pelos médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos, etc. Seja eles, de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que fazem parte da Atenção Básica brasileira.

O processo de adesão ao Componente Telessaude Brasil Redes na Atenção Básica e Informatização das Unidades Básicas de Saúde aconteceu em novembro de 2011. Na ocasião, 3.256 municípios aderiram à proposta, distribuídos em 63 projetos aprovados, totalizando 16.836 eSF beneficiadas. O financiamento de projetos de informatização e Telessaude Brasil Redes na Atenção Básica comporta valores máximos dependentes do número mínimo de eSF que serão contempladas em cada projeto.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

QUADRO 54 – Repasses para implantação do Núcleo e número de equipes vinculadas.

Ano do projeto	Tipo de Núcleo	Núcleo	Valor total a receber	Valor da primeira parcela (70%)	Valor da segunda parcela (30%)	Quantidade de ESF participantes do projeto
2012	Intermunicipal	Floriano	36.822,00	25.775,40	11.046,60	5

Fonte: Ministério da Saúde

1.2.8 – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE

O PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos.

No Termo de Compromisso, pactuado no momento da adesão pelos gestores municipais da saúde e da educação, constam as ações a serem implementada, quantidade de escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do Programa. Um conjunto de 12 ações pode ser priorizado conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.) e no ato da adesão o município também pode incluir ações que serão monitoradas exclusivamente por meio do e-SUS AB.

Os incentivos serão repassados fundo a fundo, via PAB Variável da Atenção Básica, calculados de acordo com a faixa de estudantes pactuada no Termo de Compromisso. Os municípios recebem parcela única a cada ano do ciclo. O incentivo federal é de R\$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800.

QUADRO 55 - Situação do Programa Saúde na Escola

Creche	Educandos pré-escola	Educandos ens. Fund.	Educandos ensino médio.	Educandos EJA	Totais equipes	20% da adesão	80% restantes
2	267	1.431	422	390	6	2.400,00	0,00

Fonte: Ministério da Saúde

1.2.9 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO CNES.

TABELA 52 – Estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, Guadalupe – PI, por tipo e unidades de saúde.

ESTABELECIMENTOS	TOTAL
Central De Gestão Em Saúde	1
Centro De Atenção Psicossocial	1
Centro De Saúde/Unidade Básica	5
Clinica/Centro De Especialidade	3
Policlínica	1
Unidade De Apoio Diagnose E Terapia (Sadt Isolado)	2
Unidade Mista	1
Unidade Móvel De Nível Pré - Hospitalar Na Área De Urgência	2

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

1.2.10 – LEITOS HOSPITALAR POR ESPECIALIDADES.

TABELA 53 – Leitos Hospitalar por Especialidades cadastrados no CNES, Guadalupe – PI, por

Grupo	Municipal SUS	Municipal Existente	Total SUS	Total Existente
Cirúrgico	6	6	6	6
Clinico	7	7	7	7
Obstétrico	10	10	10	10
Pediátrico	7	7	7	7
Outras especialidades	2	2	2	2

Fonte: CNES - DATASUS/MS

1.2.11 – EQUIPAMENTOS POR GRUPO.

TABELA 54 – Equipamentos por Grupo, Guadalupe – PI.

Grupo	Estadual SUS	Estadual Existente	Municipal SUS	Municipal Existente	Total SUS	Total Existente
Equipamentos de Diagnostico por Imagem	1	1			1	1
Equipamentos de Odontologia			5	5	5	5
Equipamentos para Manutenção da Vida	5	5			5	5
Equipamentos por Métodos Gráficos	1	1			1	1
Outros Equipamentos	7	7			7	7

Fonte: CNES - DATASUS/MS

1.2.12 – PROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.

QUADRO 56 - Profissionais que atuam na atenção básica.

CARGO	QUANTIDADE
Agente comunitário de saúde	26
Agente de endemias	05
Assistente social	02
Auxiliar administrativo	28
Auxiliar de enfermagem	02
Auxiliar de patologia clinica	01
Auxiliar serviços gerais	17
Dentista	06
Educador físico	01
Enfermeiro	08
Farmacêutica	01
Fisioterapeuta	02
Fonoaudióloga	01
Medico	08
Motorista	13
Nutricionista	01
Pedagogo	01
Psicólogo	02
Técnico em prótese dentaria	01
Técnico enfermagem	19
Veterinária	01
Vigia	13
Total	159

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

1.2.13 – PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO HOSPITAL LOCAL DE GUADALUPE.

QUADRO 57 - Profissionais que atuam no Hospital Local de Guadalupe.

CARGO	QUANTIDADE
Assistente Social	03
Auxiliar Administrativo	10
Auxiliar de Dietética	01
Auxiliar de Serviços Gerais	18
Cozinheira	02
Enfermeiros	07
Fisioterapeuta	02
Médicos	06
Motorista	03
Nutricionista	01
Radiologista	01
Técnico em Enfermagem	25
Técnico em Radiologia	02
Total	80

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

1.3 – DADOS SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICIPIO.

1.3.1 – INDICADORES DO ROL DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

As diretrizes de saúde estabelecidas pelos conselhos de Saúde expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de política que se concretizam nos objetivos. Considerando os aspectos relativos ao fortalecimento do planejamento do SUS, o rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores foi pactuado de acordo com as diretrizes nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo resguardada a possibilidade dos demais entes federados incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos conselhos de Saúde.

Os objetivos expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações no território, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada.

As metas expressam um compromisso para alcançar objetivos. As metas municipais, regionais, estaduais e do Distrito Federal serão definidas no processo de elaboração do planejamento regional integrado, no âmbito da Comissão Intergestores Regionais (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite e do Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal, respectivamente, considerando a análise da situação de saúde do território.

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para: embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão; contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais; analisar comparativamente o desempenho. Tem – se dois tipos de indicadores: Indicadores universais – Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Indicadores específicos – Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

O monitoramento e avaliação - Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Saúde, conforme legislação específica.

QUADRO 58 - % dos Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Guadalupe – PI, Anos 2012 a 2015.

% DOS INDICADORES DO ROL DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.				
INDICADORES	ANOS			
	2012	2013	2014	2015
1.Cob equipes atenção básica	100	100	100	100
2. % Int.cond.sensív.at. Básica	53,40	55,50	28,21	47,12
3. Cob. Acomp. Condiç. Saúde PBF	80,28	88,46	90,97	90,25
4. Cob. equipes saúde bucal	100	100	100	100
5. Média escovação dental superv.	0,37	0,56	1,02	0,23
6. % Exodontia relaç. proced.	8,73	11,44	9,52	7,80
7. Proc. amb. Média compl./100hab	0,06	2,05	1,24	0,15
8. Int. média complex. /100 hab.	10,60	10,36	9,31	7,91
9. Proc. amb. Alta compl./100hab	2,37	2,32	2,39	1,62
10. Int. alta complex. /1000 hab.	1,85	1,64	1,16	0,68
11. % Serv. Hosp. c/contr metas	-	-	-	-
12. Nº US c/ serv not viol impl.	3	1	1	0
13. % Acesso hosp. Óbitos p/acid.	40,00	28,57	20,00	-
14. % Óbitos em intern. /IAM	33,33	50,00	-	100
15. % Óbitos em UTI menores 15 ^a	-	0,00	33,33	-
16. Cobertura do SAMU	100	100	100	100

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

18. Rz. Exame citopat. Colo útero	0,71	0,54	0,51	0,59
19. Rz mamografias realizadas	0,05	0,06	0,12	0,15
20. % Partos normais	26,26	36,25	38,17	-
21. % NV c/7 + consulta pré-natal	49,16	47,50	51,61	-
22. Nº testes sífilis/gestante	0,00	0,05	0,00	-
23. Número de óbitos maternos	0	1	0	0
24a. Nº de óbitos infantis	0	0	2	-
24b. Taxa mortalidade infantil	-	-	-	-
25. % Óbit. infant/fetais invest	-	-	100	-
26. % Óbit. maternos investing	-	100	-	-
27. % Óbito mulheres id férta. Invest	25	100	100	-
28. Casos sífilis congênita	0	0	0	0
29. Cobertura CAPS	-	-	-	-
30a. Nº óbitos prematuros DCNT	19	13	0	0
30b. Tx. mort prematura DCNT	-	-	-	-
31. % Crian. Indíg. Esq. vac. completo	-	-	-	-
32. % Óbito inf/fet indíg invest	-	-	-	-
33. % Óbito materno indíg. Investig.	-	-	-	-
34. % Óbito MIF indíg investigado	-	-	-	-
35. % Vacinas c/cobertura adeq.	100	50	0,00	-
36. % Cura casos novos TB pulm	0,00	-	100	-
37. % Casos novos TBC c/ex HIV	66,67	0,00	100	-
38. % Óbitos c/causa definida	98,46	100	100	-
39. % Dç. Notf. Comp. Encerr. Oport.	50	-	-	-

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

40. Notific. Doenças trabalho	0	1	3	0
41. % Ações vig.sanit.realiz.	57,14	57,14	71,43	85,71
42. Casos novos aids <5 anos	0	0	0	0
43a. Pacientes HIV+ c/CD4<200	3	4	2	0
43b. % Pacientes HIV+ c/CD4<200	-	-	-	-
44. Testes sorológ. Anti HCV	0	0	5	0
45. % Cura casos novos hansen.				
46. % Contatos hansen examinado	100	100	66,67	-
47. Óbitos p/leishman visceral	0	0	0	0
48. % Cães vacin. Camp. Antirrábica.	69,85	81,40	82,30	-
49. % Escolares examin. Tracoma	-	-	8,54	-
50. IPA de malária	-	-	-	-
51. Óbitos por dengue	0	0	0	0
52. N° ciclo >80% imóv. contr. Deng.	0	0	0	0
53. % Análise realiz. Amostra. Água	67,16	87,16	93,81	-
54. % Serv. Farm. At. Bás. C/Hórus	-	-	-	-
55. % Serv. Farmac. At. Bás. Estr.	-	-	-	-
56. % Indúst. Medic. Inspeccionada	-	-	-	-
57. % Ações realiz Educ. Perman.	-	-	-	-
58. % Novos prog. Resid. SF e AB	-	-	-	-
59. % Novos prog resid. Psiq.	-	-	-	-
60. Pontos Telessaude implantado	0	0	0	5
61. % Trab. SUS público vínc. Prot.	97,62	98,24	98,33	98,21
62. Mesas negociação permanente	0	0	0	0

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

63a. Munic. c/envio PMS ao CMS	-	1	1	-
64. Município c/CMS cadastrado	1	1	0	0
65. Munic. c/ouvidoria implantada	0	0	1	1
66. Munic. c/auditoria estrut.	0	0	0	0
67a. Núm. aliment. Municipal BPS	0	0	0	0
População total por Município	10.268	10.342	10.340	10.338

Fonte: Ministério da Saúde

No quadro 58 são apresentados os 67 indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, referentes aos anos 2012, 2013, 2014 e 2015, pactuados pelo município e que devem ser incorporados dentro das ações desenvolvidas pelas equipes da estratégia de saúde da família. Estes dados refletem também o desempenho das ações desenvolvidas pelo município, pois através do monitoramento anual dos indicadores é possível avaliar o resultado individual de cada indicador e o impacto causado a saúde do município.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

QUADRO 59 – Valores Absolutos dos Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Guadalupe – PI, Anos 2012 a 2015.

VALORES ABSOLUTOS DOS INDICADORES DO ROL DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.				
INDICADORES	ANOS			
	2012	2013	2014	2015
População total,	10.268	10.342	10.340	10.338
População área endêmica malária,	0	0	0	0
População feminina 25-64 anos,	2.357	2.357	2.357	2.357
População feminina 50-69 anos,	784	784	784	784
População total 30-69 anos,	4.037	4.211	0	0
População alvo ESF,	10.268	10.268	10.268	10.268
Equipes ESF implantadas,	5	5	5	5
Equipes ESF equivalentes,	1,17	1,33	1,50	1,17
População coberta ESF,	10.268	10.268	10.268	10.268
Equipes ESF SB equivalentes,	6,50	6,50	7,50	5,00
População coberta ESF SB,	10.268	10.268	10.268	10.268
Hosp (>50 leit) c/contr.met.,	0	0	0	0
Hosp existentes (>50 leit),	0	0	0	0
Número de CAPS I,	1	1	1	1
Trab. SUS esf.públ.vínc.prot.,	164	167	177	165
Trab. SUS esfera pública,	168	170	180	168
Famílias PBF acomp At.Básica,	802	981	1.078	1.000
Famílias PBF,	999	1.109	1.185	1.108
Intern cond.sensív.at. básica,	510	535	460	343
Internações clínicas no SUS,	955	964	866	728

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Intern de média complexidade,	1.088	1.071	963	818
Intern de alta complexidade,	19	17	12	7
Intern p/IAM 20anos e +,	6	2	0	1
Intern p/IAM 20a e+ c/óbito,	2	1	0	1
Partos hospitalares no SUS,	188	152	172	0
Óbitos menores 15 anos em UTI,	0	0	2	0
Intern menores 15 anos em UTI,	0	2	6	0
Média ações escov dent superv,	38	58	105	24
Extrações dentárias,	291	376	399	359
Proc odonto prevent/curativos,	3.333	3.288	4.190	4.605
Proc amb selec média complexid,	6	212	128	16
Proc amb selec alta complexid,	243	240	147	167
Exam citopat colo útero 25-64a,	555	424	400	466
Mamografias 50-69 anos,	18	24	46	59
Testes sífilis em gestantes,	0	7	0	0
Testes sorológicos anti HCV,	0	0	5	0
Número ações vig.sanit.realiz.,	4	4	5	6
Ind todas ações vig.sanitária,	0	0	0	0
US c/notificação de violências,	3	1	1	0
Casos de sífilis congênita,	0	0	0	0
Casos novos TBC CNP+,	3	0	1	0
Casos novos TBC CNP+ curados,	0	0	1	0
Casos novos TBC,	3	1	2	0
Casos novos TBC c/exame HIV,	2	0	2	0
Casos DNC encerrad oportunam,	1	0	0	0
Casos DNC notificados,	2	0	0	0
Munic c/notif.doença trabalho,	0	1	1	0
Notificações doenças trabalho,	0	1	3	0

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Casos novos aids 0-4 anos,	0	0	0	0
Pac HIV+ c/CD4 < 200cel/mm3,	3	4	2	0
Pac HIV+ c/contagem de CD4,	4	0	0	0
Casos novos hanseníase curados,	1	2	2	0
Casos novos hanseníase,	1	2	3	0
Contatos hanseníase examinados,	1	3	3	0
Contatos hanseníase registrad,	1	3	5	0
Óbitos p/leishmaniose visceral,	0	0	0	0
Escolares examinados p/tracoma,	0	0	14	0
Escolares mun.priorit.tracoma,	0	0	164	0
Óbitos por dengue,	0	0	0	0
Óbitos totais,	64	57	46	0
Óbitos c/causa definida,	54	57	46	0
Óbitos por acidentes,	5	7	5	0
Óbitos hospitalares p/acident.,	2	2	1	0
Óbitos maternos,	0	1	0	0
Óbitos infantis,	0	0	2	0
Óbitos doenc crônic ã transmis,	19	13	0	0
Óbitos infantis/fetais registr,	0	0	4	0
Óbitos infantis/fetais invest.,	0	0	4	0
Óbitos maternos registrados,	0	1	0	0
Óbitos maternos investigados,	0	1	0	0
Óbitos mulh id fértil registr,	4	4	4	0
Óbitos mulh id fértil invest.,	1	4	4	0
Nascidos vivos,	179	160	186	0
Nascidos vivos p/parto normal,	47	58	71	0
Nasc viv c/7+ cons pré-natal,	47	58	71	0
Município com SAMU implantado,	1	1	1	1

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Munic.c/cobertura vacinal adeq,	1	0	0	0
Vacinas c/cobertura adequada,	10	4	0	0
Vacinas preconizadas,	10	8	9	0
Cães vacinados,	1.089	1.269	1.283	0
População canina,	1.559	1.559	1.559	1.559
Exames positivos de malária,	0	0	0	0
Município infestado p/dengue,	0	1	0	0
N.ciclos>80% imóv.contr.dengue,	0	0	2	0
Amostras colif fecais examin.,	136	76	171	0
Amostras colif fecais obrigat,	216	108	108	0
Amostras turbidez examin.,	149	104	92	0
Amostras turbidez obrigat,	216	108	108	0
Amostras cloro resid examin.,	152	106	27	0
Amostras cloro resid obrigat,	216	108	108	0
Munic.c/Hórus implant. At.Bás.,	0	0	0	0
Serv.Farm.At.Bás.c/Hórus impl.,	0	0	0	0
Serv.Farm.At.Bás.existentes,	0	0	0	0
Serv.Farmac.At.Bás.estrutur.,	0	0	0	0
Serv.Farmac.Atenção Básica,	0	0	0	0
Ações realiz Educ Perm (mun),	0	0	0	0
Ações propost Educ Perm (mun),	0	0	0	0
Pontos Telessaúde implantados,	0	0	0	5
Mesas negociação perman (mun),	0	0	0	0
Munic c/envio do PMS ao CMS,	0	1	1	0
Município atualizou SARGSUS,	0	1	1	0
Município com CMS cadastrado,	1	1	0	0
Município c/ouvidoria implant,	0	0	1	1
Município c/audit estruturada,	0	0	0	0

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Município c/alimentação BPS,	0	0	0	0
Núm.aliment.municipal BPS,	0	0	0	0

Fonte: Ministério da Saúde.

1.4 – REDES DE ATENÇÃO A SAUDE.

A atual gestão do Ministério da Saúde, na Atenção à Saúde, concentrou seus esforços, nos anos de 2011 a 2013, na implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde e no fortalecimento da Atenção Básica por entender que a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representará um avanço na organização do Sistema Único de Saúde, nos seus resultados e na sua avaliação pela população. Além de evidências mundiais e brasileiras do custo efetividade da implantação das RAS, há o convencimento de que a busca do princípio constitucional da integralidade só tem chance de ser conquistada a partir das RAS nos diversos territórios, e construindo regiões de saúde articuladas de forma supramunicipal. A histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro, da concorrência dos serviços e de sua ineficiência, precisa e pode ser rompida com as RAS. Além disto, a orientação dos usuários no uso dos serviços é um ativo a ser buscado. Esta clareza estratégica colocou, desde 2011, efetivamente as RAS no centro da política de Atenção à Saúde do MS, pautando o debate nacional e redirecionando todos os novos recursos federais que foram disponibilizados, como será mostrado nesta revista, potencializando os recursos estaduais e municipais.

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: *“São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”*

No processo de implantação das RAS, considera-se importante que sejam observados os seguintes aspectos: 1 - Definição clara da população e território; 2 - Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; 3 - Articulação do público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; 4 - Criação de um sistema logístico e de suporte; 5 - Investimento nas pessoas/equipes; 6 - Criação de sistema de regulação e governança

para funcionamento da rede; e 7 - Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados.

Redes Temáticas Priorizadas com Pactuação Tripartite. A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: 1. Rede Cegonha; 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); 3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps); 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Componentes de cada rede temática: 1 - Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação. 2 - Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Samu 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitalar. 3 - Rede de Atenção Psicossocial: Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 – Operacionalização da rede. 4 - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência. 5 - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação.

1.4.1 - REDE CEGONHA

1.4.1.1 - ATENÇÃO BÁSICA E A REDE CEGONHA

A Rede Cegonha visa ampliar e qualificar o acesso às ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e cuidado da criança até os 02 anos. No que se referem à

Atenção Básica, os planos de ação da Rede Cegonha contemplam ações voltadas para o planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e saúde da criança.

É sabido que no Brasil vem ocorrendo aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010. No entanto, ao mesmo tempo em que observamos ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, notamos a elevada incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, causas frequentes de morbimortalidade materna e perinatal, sinalizando o comprometimento da qualidade do cuidado pré-natal.

É importante lembrar que o planejamento reprodutivo é fator importante na redução da morbimortalidade materna e infantil. Dessa forma, é fundamental intensificar as ações de planejamento reprodutivo, valorizando as ações de Educação em Saúde com estratégias diferenciadas para adolescentes, formação de grupos e valorização da paternidade, além de acesso aos métodos contraceptivos para que mulheres e homens tenham filhos no momento que desejarem e planejarem.

Nesse contexto, as ações da Rede Cegonha na Atenção Básica visam à qualificação do cuidado à gestante e à puérpera, incluindo ações de planejamento reprodutivo e às crianças especialmente nos dois primeiros anos de vida, ampliando a capacidade de cuidado integral às mulheres e fortalecendo a Atenção Básica na perspectiva de rede de atenção integrada.

Outro aspecto na interface com a Atenção Básica é o fomento da vinculação da gestante desde o pré-natal ao local onde será realizado o parto. O mapeamento dos pontos de atenção e do sistema de apoio e logístico depende do esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede e garantir a vinculação da gestante à unidade de referência.

Com a implantação da Rede Cegonha veio a necessidade de mudanças e qualificações dos serviços que realizam partos, como investimentos em reformas, ampliação, construção de maternidades e aquisição de equipamentos. No município, foi realizada reforma no Hospital Local de Guadalupe, com o intuito de adequar toda a ambiência para a realização de parto normal.

A captação da Gestante nas UBS é feita através dos Agentes Comunitários de Saúde, como também pelos demais membros da equipe da ESF no momento da visita ou de atendimento, em demandas agendas ou espontâneas.

As gestantes realizam o pré-natal de risco habitual em uma das cinco UBS do município. A cada consulta é avaliado risco gestacional, se consideradas de alto risco pela equipe de atenção básica, é agendada uma consulta especializada para o pré-natal de alto risco e encaminhada para referencia que é feito através do sistema gestor saúde para a Maternidade Estadual Dona Evangelina Rosa.

A Rede Cegonha tem como uma das principais metas incentivar o parto normal sem sofrimento – o parto humanizado. No município a atenção ao parto de risco habitual é realizada no Hospital Local de Guadalupe – PI e Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano – PI.

1.4.1.2 - PLANO DE AÇÃO DA REDE CEGONHA DO MUNICÍPIO DE GUADALUPE – PI.

Programação das Ações e Atividades pactuadas para os componentes:

PLANO DE AÇÃO

1.4.1.2.1 - COMPONENTE: PARTO E NASCIMENTO

AÇÃO: E) Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal

ATIVIDADES:

- 1 - Qualificar profissionais dos serviços obstétricos para realizar classificação de risco conforme preconizado na linha de cuidado;
- 2 - Elaborar fluxo nos serviços de acordo com os riscos e vulnerabilidade.

AÇÃO: D) Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (lei nº 11.108/2005 e portaria nº 2.418/2005).

ATIVIDADES:

- 1 - Adequar o ambiente hospitalar para receber o acompanhante de livre escolha da mulher;
- 2 - Informar a gestante durante todo o pré-natal do direito que tem de escolher um acompanhante.
- 3 - Normatizar, divulgar para os profissionais o direito da gestante ao acompanhante.

AÇÃO: A) Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e canguru) de acordo com as necessidades regionais.

ATIVIDADES:

- 1 - Contratualizar leitos de UTI e UCI neonatal e leitos cangurus;
- 2 - Ampliar leitos obstétricos.

AÇÃO: C) Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da organização mundial da saúde, de 1996: "boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".

ATIVIDADES:

- 1 - Divulgar, implantar e implementar boas práticas obstétricas e neonatais seguindo a linha de cuidado materno infantil;
- 2 - Ofertar método farmacológico para alívio da dor;
- 3 - Implantar partograma e utilizar o cartão da gestante no pré-natal e parto.

AÇÃO: G) Estímulo à implementação de colegiado gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na política nacional de humanização.

ATIVIDADES:

- 1 - Implantar colegiado de gestão/ Implantar ouvidoria.

AÇÃO: B) Ambiência das maternidades orientadas pela resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 36/2008 da agência nacional de vigilância Sanitária (ANVISA).

ATIVIDADES:

1 - Reformar e adquirir equipamentos para a adequação da ambiência de serviços que realizam partos, orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da ANVISA, incluindo, recepção, sala de parto, área de ACCR e alojamento conjunto.

AÇÃO: F) Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal

ATIVIDADES:

1 - Implantação de equipe de profissionais diaristas no cuidado à gestante, puérpera e recém – nascido.

1.4.1.2.2 - COMPONENTE: PRÉ-NATAL

AÇÃO: G) Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

ATIVIDADES:

- 1 - Produzir spot para veiculação em rádios;
- 2 - Disponibilizar material informativo/educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva;
- 3 - Formar grupos de gestantes para ações educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

AÇÃO: E) Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (se for o caso, incluir nome do município de referência).

ATIVIDADES:

- 1 - Implantar/Implementar a regulação e vinculação da gestante ao local de parto no pré-natal, observando acesso e economia de escala;
- 2 - Promover a visita da gestante ao local do parto.

AÇÃO: F) Qualificação do sistema e da gestão da informação.

ATIVIDADES:

- 1 - Implementar o serviço de regulação de consultas e exames;

- 2 - Informatizar as UBF com integração das informações às Unidades de Referências;
- 3 - Manter atualizado o CNES;
- 4 - Alimentar o SISPRENATAL, SISNASC, SINAN, SIM, SIASUS.

AÇÃO: B) Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.

ATIVIDADES:

- 1 - Implantar o acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde conforme AIDPI;
- 2 - Construir fluxos intersetoriais para encaminhamento de gestantes e em situações de vulnerabilidade social;
- 3 - Implantar nas UBS protocolos de ACCR.

AÇÃO: A) Realização de pré-natal na unidade básica de saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção.

ATIVIDADES:

- 1 - Cadastrar todas as gestantes atendidas no SUS no SISPRENATA;
- 2 - Iniciar o pré-natal no 1º trimestre de gestação (1ª consulta até 120 dias de gestação);
- 3 - Realizar Busca Ativa das gestantes faltosas;
- 4 - Disponibilizar o teste rápido de gravidez nas UBS.

AÇÃO: I) Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

ATIVIDADES:

- 1 - Divulgar e orientar as gestantes à respeito do auxílio deslocamento no pré-natal e parto;
- 2 - Manter cadastro nacional de gestante atualizado;
- 3 - Estimular a adesão da gestante ao pré-natal o mais precocemente.

AÇÃO: D) Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do município de referência).

ATIVIDADES:

- 1 - Realizar nas UBS, teste rápido de gravidez em mulheres com suspeita;
- 2 - Ampliar a realização de ultrassonografia obstétrica para as gestantes;
- 3 - Realizar testes rápidos de HIV, Proteinúria e VDRL em todas as UBS;

AÇÃO: C) Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do município de referência).

ATIVIDADES:

- 1 - Realizar busca ativa de crianças vulneráveis (bio, psico, social);
- 2 - Identificar, acompanhar e encaminhar as crianças vulneráveis;
- 3 - Acompanhar os casos suspeitos de crianças com deficiência na rede especializada.

AÇÃO: H) Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites.

ATIVIDADES:

- 1 - Diagnosticar, notificar e tratar gestantes com Sífilis, Hepatite B e outras DST's;
- 2 - Realizar quimioprofilaxia do HIV/AIDS de transmissão vertical;
- 3 - Qualificar as equipes da ESF em abordagem sindrômica.

1.4.1.2.3 - COMPONENTE: PUERPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA.

AÇÃO: E) Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites.

ATIVIDADES:

- 1 – Implementar a vigilância epidemiológica para investigar, monitorar e intervir junto à puérpera, parceiro e RN portador de sífilis;
- 2 - Garantir tratamento e acompanhamento da criança exposta ao HIV;
- 3 - Incrementar o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).

AÇÃO: F) Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

ATIVIDADES:

- 1 - Disponibilizar métodos contraceptivos para as puérperas;
- 2 - Realizar ações educativas para puérperas e companheiros.
- 3 – Criar e Implementar o programa de planejamento familiar.

AÇÃO: D) Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

ATIVIDADES:

- 1 - Implantar/Implementar programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva nas Unidades de Saúde e escolas

AÇÃO: C) Busca ativa de crianças vulneráveis.

ATIVIDADES:

- 1 - Realizar busca ativa de crianças vulneráveis (bio, psico, social);
- 2 - Identificar, acompanhar e encaminhar as crianças vulneráveis;
- 3 - Acompanhar os casos suspeitos de crianças com deficiência na rede especializada;
- 4 - Pactuar referência intersetorial para dar seguimento dos casos.

AÇÃO: B) Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento.

ATIVIDADES:

- 1 - Realizar consulta integrada da mãe e do bebê na 1ª semana;
- 2 - Intensificar a visita ao RN e Puérpera na 1ª semana de vida;
- 3 - Implantar Classificação de risco e vulnerabilidade do RN;
- 4 - Encaminhar o RN para triagem neonatal (até o 5º dia de vida).

AÇÃO: A) Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.

ATIVIDADES:

- 1 - Implantar as ações da Rede Amamenta Brasil;

2 - Implantar grupo de apoio à amamentação nas Unidades Básicas de Saúde;

3 - Implantar de grupos de apoio ao aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde e comunidade

1.4.1.2.4 - COMPONENTE: SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO.

AÇÃO: A) Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do sistema de atendimento móvel de urgência - SAMU cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.

ATIVIDADES:

1 - Equipar o Sistema Móvel de Urgência (SAMU) com incubadoras e ventiladores neonatais para o transporte seguro do recém-nascido;

2 - Capacitar médicos e enfermeiros nas unidades de suporte avançado no manejo de paciente neo de alto risco.

AÇÃO: B) Implantação do modelo "vaga sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto.

ATIVIDADES:

1 - Elaborar os Planos Municipais, Regional e Estadual de vinculação da gestante ao local de parto.

AÇÃO: C) Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

ATIVIDADES:

1 - Implantar a regulação de leitos obstétricos e neonatais de forma regionalizada;

2 - Implementar a regulação ambulatorial (consultas e exames);

3 - Implementar a regulação de urgências(SAMU).

1.4.1.3 – PROGRAMAÇÃO REDE CEGONHA

1.4.1.3.1 - COMPONENTE: PARTO E NASCIMENTO

PARTOS E NASCIDOS

Número de Nascidos Vivos: 165

Programação de Partos Cesáreos: 44

Programação de Partos Normais: 121

LEITOS OBSTÉTRICOS NECESSÁRIOS: Total - 2.73

Gravidez de Risco Habitual (85%): 2,32

Gravidez de Alto Risco (15%): 0,41

Estabelecimentos de referência: **HOSPITAL LOCAL DE GUADALUPE**

CNES: 236525-1

QUANTIDADE LEITOS: 10

1.4.1.3.2 - COMPONENTE: PRÉ-NATAL

QUADRO 60 - Procedimentos anuais a serem realizados para todas as gestantes.

Procedimento	Total Programado/ Ano
Teste rápido de gravidez	165
Determinação direta e reversa de grupo ABO	165
Pesquisa de fator RH (inclui d fraco)	165
Eletroforese de hemoglobina	165
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina.	331
Cultura de bactérias p/ identificação	165
Dosagem de glicose	331
VDRL p/ detecção de sífilis em gestante	331
Hematócrito	331

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Dosagem de hemoglobina	331
Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma	165
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite b (HBSAG)	165
Pesquisa de anticorpos anti-hiv-1 + HIV-2 (Elisa)	331
Ultrassonografia obstétrica	165
Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	50
Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	50
Exame citopatológico cervico - vaginal/microflora	165
Pesquisa de gonadotrofina coriônica	165
Consulta pré-natal	165
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	661

Fonte: SMS

1.4.1.3.3 - COMPONENTE: PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

QUADRO 61 - Procedimentos anuais a serem realizados – Pré - natal de Risco Habitual.

Procedimento	Total Programado/Ano
Consulta pré - natal - médico	281
Consulta pré - natal - enfermagem	422

Fonte: SMS

1.4.1.3.4 - COMPONENTE: PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

QUADRO 62 - Procedimentos anuais a serem realizados – Consultas Pré - natal de Risco Habitual.

Procedimento	Total Programado/Ano
Primeira Consulta odontológica	141
Consulta puerperal	141

Fonte: SMS

1.4.1.3.5 - COMPONENTE: PRÉ - NATAL ALTO PISCO (70%)

QUADRO 63 - Componente: Pré - natal Alto Pisco (70%)

Procedimento	Total Programado/Ano
Consulta Médica em Atenção Especializada	124
Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	25
Ultrassonografia Obstétrica	50

Fonte: SMS

1.4.1.3.6 - COMPONENTE: PRÉ - NATAL ALTO PISCO (30%)

QUADRO 64 - Componente: Pré - natal Alto Pisco (30%)

Procedimento	Total Programado/Ano
Contagem de plaquetas	07
Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	07
Dosagem de ureia	07
Dosagem de creatinina	07
Dosagem de ácido úrico	07
Eletrocardiograma	07
Ultrassonografia obstétrica c/ Doppler colorido e pulsado	07
Toco cardiografia ante - parto	07
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	07

Fonte: SMS

1.4.1.3.7 - COMPONENTE: SAÚDE DA CRIANÇA

Crianças menores de 01 ano

População Alvo: 166 Crianças

Cobertura SUS: 95,00 %

QUADRO 65 - Componente: Saúde da Criança - menores de 01 ano.

Procedimento	Total Programado/Ano
Assistência domiciliar por profissional de nível médio	158

Fonte: SMS

Crianças menores de 01 ano (crianças com peso \geq 2.500g)

População Alvo: 166 Crianças

Cobertura SUS: 95,00 %

QUADRO 66 - Componente: Saúde da Criança - menores de 01 ano, com peso \geq 2.500g

Procedimento	Total Programado/Ano
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - médico	435
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - enfermeiro	435

Fonte: SMS

Crianças menores de 01 ano (crianças com peso < 2.500g)

População Alvo: 166 Crianças

Cobertura SUS: 95,00 %

QUADRO 67 - Componente: Saúde da Criança - menores de 01 ano, com peso <= 2.500g

Procedimento	Total Programado/Ano
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - médico	88
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - enfermeiro	76

Fonte: SMS

Crianças de até 24 meses egressos de UTI.

População Alvo: **02 Crianças**

QUADRO 68 - Componente: Saúde da Criança - Crianças de até 24 meses egressos de UTI.

Procedimento	Total Programado/Ano
Acompanhamento específico no ambulatório de seguimento para recém-nascidos de risco	02
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - médico pediatra	12
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	14

Fonte: SMS

Crianças com idade igual ou maior que 01 ano e menor que 02 anos

População Alvo: 331 Crianças

Cobertura SUS: 95,00 %

QUADRO 69 - Componente: Saúde da Criança - Crianças com idade igual ou maior que 01 ano e menor que 02 anos.

Procedimento	Total Programado/Ano
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - médico	629
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - enfermeiro	314

Fonte: SMS

Crianças com idade igual ou maior que 02 anos e menor que 10 anos

População Alvo: 1.617 Crianças

Cobertura SUS: 95,00 %

QUADRO 70 - Componente: Saúde da Criança - Crianças com idade igual ou maior que 02 anos e menor que 10 anos

Procedimento	Total Programado/Ano
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) - médico	1.536

Fonte: SMS

1.4.1.3.8 - COMPONENTE: ATIVIDADES EDUCATIVAS

QUADRO 71 - Componente: Atividades Educativas

Procedimento	Total Programado/Ano
Atividade educativa em grupo na unidade para mães de crianças menores de 01 ano.	315
Atividade educativa em grupo na unidade para mães de crianças de 1 a 10 anos.	1.851
Atividade educativa em grupo na comunidade.	1.240

Fonte: SMS

1.4.1.3.9 - Componente: Ações Saúde da Criança

QUADRO 72 - Componente: Ações Saúde da Criança.

Procedimento	Total Programado/Ano
Detecção de variantes da hemoglobina (diagnostico tardio)	158
Detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (confirmatório)	158
Detecção molecular em fibrose cística (confirmatório)	158
Dosagem de fenilalanina (controle / diagnóstico tardio)	158
Dosagem de fenilalanina e TSH ou t4	158
Dosagem de fenilalanina TSH ou t4 e detecção da variante de hemoglobina	158
Dosagem de tripsina imunorreativa	158
Dosagem de TSH e t4 livre (controle / diagnóstico tardio)	158
Teste do reflexo vermelho maternidade	158
Vacinação	158

Fonte: SMS

1.4.2 - REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE

A Portaria Ministerial Nº 1600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência /emergência. Buscar melhorar a articulação e a comunicação entre as centrais de regulação do SAMU 192, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's 24h), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, reduzindo mortes ou sequelas ao paciente.

O objetivo geral da organização da Rede de Atenção às Urgências é articular e integrar todos os equipamentos e serviços de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situações de urgência/emergência, de forma ágil e oportuna; priorizar as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica na rede de urgências dos Territórios e, instituir o Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR como base do processo do cuidado e dos fluxos de acesso à rede de urgências.

1.4.2.1 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:

1.4.2.1.1 - PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE.

Tem por objetivo: Estimular e fomentar a desenvolverem ações de saúde e educação permanentes voltadas para a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica; prevenir as violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis, mediante ações intersetoriais de participação e mobilização da sociedade.

1.4.2.1.2 - ATENÇÃO BÁSICA.

Tem por objetivos: 1 - Ampliar o atendimento às urgências de baixa complexidade em todas as Unidades Básicas de Saúde, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades; 2 - Fomentar o fortalecimento do vínculo e a responsabilização com o usuário; 3 - Adequar a ambiência das unidades para o atendimento qualificado, através da implantação de Salas de Observação, prioritariamente em UBS localizadas em zona rural,

considerando o tempo de acesso até a referência mais próxima e qualificar os profissionais de saúde para o manejo de urgências clínicas e pediátricas.

1.4.2.1.3 - SAMU 192

Componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como Objetivo: Chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras) que possa levar ao sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acionados por uma Central de Regulação Médica das Urgências através do número 192; É composto por: a) Central de Regulação Médica das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (Médicos, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica – TARM – e Rádio Operador - RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência (por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência), ficando também responsável por ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção. b) Unidades Móveis: I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem e um Enfermeiro; II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; III - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância.

1.4.2.1.4 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24 HORAS)

E o conjunto de serviços de urgência não hospitalares. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas) é a estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares que deve ser implantada em municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes. Tem como atribuição prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agonizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

1.4.2.1.5 - COMPONENTE HOSPITALAR

Tem como objetivos: Organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; ofertar procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências em articulação com os demais pontos de atenção. A reorganização do componente hospitalar se dará através da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, dos leitos clínicos de retaguarda, dos leitos de longa permanência e dos leitos de cuidados intensivos adultos, pediátricos e neonatal, no escopo da Portaria MS/GM nº. 2395/2011, onde são estabelecidos incentivos financeiros para adequação de ambiência, melhoria da densidade tecnológica e custeio mensal para ações assistenciais.

1.4.2.1.6 - PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA OU A ESTA RELACIONADA NO MUNICÍPIO DE GUADALUPE – PI

QUADRO 73 - Ponto de atenção da rede de urgência ou a esta relacionada no município de Guadalupe – PI

PONTOS DE ATENÇÃO	QUANTIDADE
UBS	05
Hospital Local	01
Laboratório	01
SAMU	02
CAPS	01

Fonte: SMS

1.4.3 - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

De acordo com a Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial são os seguintes: I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços: Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Unidade Básica de Saúde, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual (is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

O Centro de Atenção Psicossocial é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes; III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; V - CAPS AD III: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter

comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

1.4.3.1 - MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

QUADRO 74 - Matriz diagnóstica da Rede de Atenção psicossocial, com pontos de atenção implantados no município de Guadalupe – PI.

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		
COMPONENTE	PONTO DE ATENÇÃO	PARÂMETRO
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial	
	CAPS I	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Hospitalar	LEITOS	01 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02.

Fonte: Ministério da Saúde/Portaria 3.088/2011.

1.5 – APOIO LOGISTICO E A GESTÃO

1.5.1 – REGULAÇÃO

A Regulação tem o objetivo de prover as ações e serviços de saúde de forma mais eficiente e efetiva, disponibilizando serviços com custos adequados. Estas ações reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizando os recursos de custeio da assistência; qualificam o acesso e, conseqüentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde.

A Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS Nº 1.559/2008 orienta que as ações de regulação assistencial devem ser estruturadas, por meio de Complexos Reguladores, estes com uma ou mais centrais de regulação, que, por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames e de leitos.

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto são a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e III –

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

1.5.1.1 – REGULAÇÃO DE CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA.

TABELA 55– Consulta medica e exames em atenção especializada.

CONSULTA MEDICA E EXAMES EM ATENCAO ESPECIALIZADA	
ANO	QUANTIDADE CONSULTAS E EXAMES
2015	1.163
2016	990
2017	2.673
TOTAL	4.826

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

A Tabela 55 apresenta o quantitativo de consultas médicas em atenção especializada referente aos anos 2015, 2016 e 2017, reguladas através do sistema de regulação para os municípios de Teresina e Floriano, conforme pactuação da Programação Pactuada e Integrada – PPI. Verifica – se o aumento no número de consultas médicas em atenção especializadas a cada ano em referência, fator positivo, pois mostra a preocupação do município em atender a sua população na integralidade das ações e serviços de saúde.

1.6 – SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

1.6.1 - RECURSOS FINANCEIROS RECEBIDOS ATRAVÉS DE TRANSFERÊNCIA DIRETA DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - GUADALUPE – PI.

1.6.1.1 - BLOCO: ATENÇÃO BÁSICA

QUADRO 75 – Recursos recebidos pelo bloco da Atenção Básica, Ano 2017.

BLOCO ATENÇÃO BASICA – ANO 2017	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	893.545,37
PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	1.553.103,00
TOTAL	2.446.648,37

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

QUADRO 76 – Recursos recebidos pelo bloco da Atenção Básica, Ano 2016.

BLOCO ATENÇÃO BASICA – ANO 2016	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	287.504,04
PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	1.710.387,72
TOTAL	1.997.891,76

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

QUADRO 77 – Recursos recebidos pelo bloco da Atenção Básica, Ano 2015.

BLOCO ATENÇÃO BASICA – ANO 2015	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	287.504,04
PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	1.720.977,00
TOTAL	2.008.481,04

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

1.6.1.2 - BLOCO: MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR.

QUADRO 78 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2017.

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR – ANO 2017	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	289.298,46

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

QUADRO 79 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2016.

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR – ANO 2016	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	315.000,00

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

QUADRO 80 – Recurso recebido pelo bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Ano 2015.

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR – ANO 2015	
Sub-bloco / Programa	Total Valor Líquido R\$1,00
LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	315.000,00

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

1.6.1.3 - BLOCO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

QUADRO 81 – Recurso recebido pelo bloco Assistência Farmacêutica, Ano 2017.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - 2017	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	49.774,14

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

QUADRO 82 – Recurso recebido pelo bloco Assistência Farmacêutica, Ano 2016.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - 2016	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	56.730,70

Fundo Nacional de Saúde – FNS.

QUADRO 83 – Recurso recebido pelo bloco Assistência Farmacêutica, Ano 2015.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - 2015	
Sub-bloco / Programa	Total Valor Líquido R\$1,00
BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	48.002,90

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

1.6.1.4 - BLOCO: VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

QUADRO 84 – Recurso recebido pelo bloco Vigilância em Saúde, Ano 2017.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE - 2017	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PFVISA	11.000,00
VIGILANCIA EM SAUDE	106.188,47
TOTAL	117.188,47

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

QUADRO 85 – Recurso recebido pelo bloco Vigilância em Saúde, Ano 2016.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE - 2016	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PFVISA	12.000,00
PISO VARIÁVEL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PVVISA	3.371,54
VIGILANCIA EM SAUDE	106.411,81
TOTAL	121.783,35

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

QUADRO 86 – Recurso recebido pelo bloco Vigilância em Saúde, Ano 2015.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE - 2015	
SUB-BLOCO / PROGRAMA	TOTAL VALOR LÍQUIDO R\$1,00
PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PFVISA	12.000,00
VIGILANCIA EM SAUDE	76.007,01
TOTAL	88.007,01

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS.

1.6.2 – DADOS SIOPS

PMS 2018 – 2021 / GUADALUPE - PI

1.6.2.1 - INDICADORES FINANCEIROS

TABELA 56 - Dados do SIOPS – Indicadores Financeiros – Ano 2015.

INDICADORES FINANCEIROS (FONTE: SIOPS - 2015)	
Participação % da receita de impostos na receita total do Município	5,50%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	91,36%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	16,99%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	79,56%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	28,63%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	68,56%
Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012	67,30%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob-responsabilidade do município, por habitante.	R\$747,01
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	39,92%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,70%
Participação % da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	5,48%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,82%
SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	0,00%
SUBFUNÇÕES VINCULADAS	99,80%
Atenção Básica	64,49%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	32,19%
Suporte Profilático e Terapêutico	1,70%

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Vigilância Sanitária	0,54%
Vigilância Epidemiológica	0,88%
Alimentação e Nutrição	0,00%
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	0,20%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	54,51%
% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	19,47%

Fonte: SIOPS

1.6.2.2 - DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE

TABELA 57 - Dados do SIOPS – Demonstrativo Orçamentário - Despesas com Saúde – Ano 2015.

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			Liquidadas Jan a Dez (l)	Inscritas em Restos a Pagar não Processados (m)	% [(l+m)/total(l+m)]x100
Atenção Básica	5.149.600,00	5.899.203,05	4.978.019,19	2.045,00	64,49
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2.594.000,00	3.131.917,73	2.484.597,22	1.476,16	32,19
Suporte Profilático e Terapêutico	112.500,00	152.500,00	131.359,35	0,00	1,70
Vigilância Sanitária	93.000,00	45.000,00	41.862,00	0,00	0,54
Vigilância Epidemiológica	99.000,00	100.000,00	67.755,20	0,00	0,88
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Outras Subfunções	40.000,00	37.000,00	15.449,00	0,00	0,20
TOTAL	8.088.100,00	9.365.620,78		7.722.563,12	100,00
Atenção Básica	5.149.600,00	5.899.203,05	4.978.019,19	2.045,00	64,49
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2.594.000,00	3.131.917,73	2.484.597,22	1.476,16	32,19
Suporte Profilático e Terapêutico	112.500,00	152.500,00	131.359,35	0,00	1,70
Vigilância Sanitária	93.000,00	45.000,00	41.862,00	0,00	0,54
Vigilância Epidemiológica	99.000,00	100.000,00	67.755,20	0,00	0,88
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	40.000,00	37.000,00	15.449,00	0,00	0,20
TOTAL	8.088.100,00	9.365.620,78		7.722.563,12	100,00

Fonte: SIOPS

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TABELA 58 - Demonstrativo Orçamentário - Despesas com Saúde, Ano 2016.

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			Liquidadas Jan a Dez (l)	Inscritas em Restos a Pagar não Processados (m)	% [(l+m)/total(l+m)]x100
Atenção Básica	5.390.000,00	6.086.161,45	4.742.617,90	0,00	60,02
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	3.008.000,00	3.588.620,47	3.001.126,28	0,00	37,98
Suporte Profilático e Terapêutico	162.000,00	191.500,00	62.295,39	0,00	0,79
Vigilância Sanitária	95.000,00	45.000,00	27.885,00	0,00	0,35
Vigilância Epidemiológica	96.000,00	96.000,00	67.156,00	0,00	0,85
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	40.000,00	40.000,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	8.791.000,00	10.047.281,92	7.901.080,57		100,00

Fonte: SIOPS

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TABELA 59 - Indicadores Financeiros, Ano 2017.

INDICADORES FINANCEIROS (FONTE: SIOPS - 2017)	
Participação % da receita de impostos na receita total do Município	2,88%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	93,31%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	19,24%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	93,74%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	31,20%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	53,63%
Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012	0,00%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante	R\$792,85
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	43,13%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	3,91%
Participação % da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	5,62%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,67%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	60,81%
% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	16,69%

Fonte: SIOPS

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TABELA 60 - Demonstrativo Orçamentário - Despesas com Saúde, Ano 2017.

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			Liquidadas Jan a Dez (l)	Inscritas em Restos a Pagar não Processados (m)	% [(l+m)/total(l+m)]x100
Atenção Básica	5.324.000,00	8.181.721,22	6.788.334,94	2.937,50	82,86
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	3.125.000,00	1.429.000,00	910.732,89	0,00	11,11
Suporte Profilático e Terapêutico	112.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	83.000,00	230.000,00	428.913,60	0,00	5,23
Vigilância Epidemiológica	81.000,00	89.000,00	64.780,16	0,00	0,79
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	40.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	8.765.500,00	9.929.721,22		8.195.699,09	100,00
Atenção Básica	5.324.000,00	8.181.721,22	6.788.334,94	2.937,50	82,86
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	3.125.000,00	1.429.000,00	910.732,89	0,00	11,11
Suporte Profilático e Terapêutico	112.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância	83.000,00	230.000,00	428.913,60	0,00	5,23

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Sanitária					
Vigilância Epidemiológica	81.000,00	89.000,00	64.780,16	0,00	0,79
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	40.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	8.765.500,00	9.929.721,22	8.195.699,09		100,00

Fonte: SIOPS.

1.7 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Ao longo dos anos, a participação da sociedade no setor Saúde passou por processos de mudanças complexos, que resultaram em um sistema de controle social cada vez mais qualificado, deliberativo, independente e representativo. A democratização das políticas de saúde é exemplo de um dos avanços viabilizados pela existência do controle social.

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismo essencialmente democrático, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado. A amplitude do campo de atuação dos conselhos de saúde, além de valiosa, é extensa. Como exemplo, a instituição dos conselhos de saúde atende à exigência legal estabelecida para o repasse de recursos financeiros, estaduais ou federais, ao setor Saúde. Sua atuação e variedade de competências fazem com que, hoje em dia, todos os municípios brasileiros disponham de um conselho de saúde.

1.7.1 - O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

A Constituição de 1988 determinou, no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Dois anos depois, duas leis trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação, ao abordarem aspectos relacionados ao Conselho Nacional de Saúde. Foram elas a Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142 do mesmo ano.

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. - A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Lei nº 8.142/90, no segundo parágrafo, estabelece que: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

A partir de então, a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão. A participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “**controle social**”. Controle da sociedade sobre a política de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos era invertida. A sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do sistema de saúde. A população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde.

O Decreto 7508, de 28/06/2011, regulamenta a Lei 8080 de 19/09/2011 e dispõe sobre a Organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

1.7.2 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS – DE GUADALUPE.

O Conselho Municipal de Saúde – CMS - de Guadalupe foi criado pela Lei Municipal nº 173, de 14 de outubro de 1991 e alterado pela Lei Municipal nº 293 de 22 de maio de 2003, que reorganiza o Conselho Municipal de Saúde e da outras providencias.

Composição, o Conselho Municipal de Saúde de Guadalupe é composto da seguinte forma:

08 representantes de entidades de usuários do SUS;

04 Representantes dos trabalhadores de saúde do município;

02 representantes dos prestadores de serviço do SUS;

02 representantes do poder executivo indicados pela prefeita municipal.

A Estrutura do conselho esta distribuída da seguinte forma: Plenária e Mesa Diretora. A Mesa Diretora esta composta de presidente, vice-presidente, secretário executivo, e vice-secretário.

O Mandato dos conselheiros é de 02 anos, sendo permitida a recondução de apenas um mandato.

As principais competências do CMS de Guadalupe são as seguintes: 1 - Atuar na formulação e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para sua aplicação aos setores públicos e privados; 2 - Analisar, propor e deliberar sobre a proposta orçamentária e planos de ações de saúde do município; 3 - Assegurar o fluxo permanente de informações com a população acerca da política de saúde do município; 4 - Promover debates estimulando a participação da comunidade, visando a melhoria do serviço de saúde do município; 5 - Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social; 6 - Deliberar sobre os modelos de atenção a saúde da população e de gestão do SUS; 7 - Viabilizar a realização de conferencias municipais de 2 em 2 anos, bem como estimular a participação do município de Guadalupe nas conferências Estadual e Nacional;

1.8 - RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS

No Sistema Único de Saúde, as relações interfederativas são definidas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. No referido decreto uma Região de Saúde é definido como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

As Comissões Intergestores pactuarão: I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; III diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no

tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

O Município de Guadalupe – PI, participa da Comissão Intergestores Regional – CIR, do Território de Desenvolvimento do Vale dos Rios Piauí e Itaueira, que tem o município de Floriano como sede do território e que pactua varias ações de saúde com o município de Guadalupe e os demais municípios que compõem a região de saúde.

1.9 - GESTAO DO TRABALHO E DA EDUCACAO EM SAUDE.

A Educação Permanente em Saúde – EPS tem a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como um dos marcos referencial, que concebe a EPS como uma “estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS”, define: “O conceito pedagógico no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”.

Outra referencia é a Portaria GM/MS 1.996/07, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, estabelece que:

- a) Destina-se a públicos multiprofissionais;
- b) Objetiva transformação das práticas técnicas e sociais do campo da saúde, tendo em vista a garantia do acesso, a melhoria da qualidade, à humanização da atenção à saúde da população e o aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS;
- c) Preocupa-se com os problemas cotidianos das equipes de saúde, tomando como ponto de partida para as ações educativas, os problemas identificados no processo de trabalho, sensibilizando e gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para com o desenvolvimento institucional do SUS, a melhoria do desempenho das equipes de saúde e o desenvolvimento individual dos profissionais e trabalhadores de saúde.
- d) Utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, centradas na resolução de problemas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho;
- e) A EPS deve ser considerado um processo contínuo, que faz parte do projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS, fomentando assim a condução regional da política, com participação interinstitucional através das CIES.

Destacam-se ainda os documentos normativos que direcionam para os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), retratando o seu contexto histórico e o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): Lei Federal nº 8080/90 – Art. 14 e NOB/RH – SUS – participar da formulação, condução desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004 - Criação da

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) - Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e cria os Polos de Educação Permanente em Saúde, com a finalidade de produzir mudanças na gestão, atenção, formação, participação social em saúde, na perspectiva de mudar os processos de trabalho existentes no SUS, promovendo a integração e o desenvolvimento de pessoas, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Portaria GM/MS nº 399/2006 - pacto pela saúde - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria GM/MS nº 1996/2007, estabelece diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde; em seu artigo 2º: “*a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES)*”. Portaria GM/MS nº 4279/2010 – Estabelece diretrizes para organização das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS) no âmbito do SUS. Decreto Federal nº 7508/2011 que regulamentava a Lei nº 8080/1990 e que agrega conceitos para caracterizarmos as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Lei Federal nº 12.871 de 22/10/2013 – Institui o Programa Mais Médico – Amplia a inserção do médico em formação nas Unidades do SUS Fortalecimento da Política de EPS com a Integração Ensino Serviço. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1124 de 04/08/2015 – Institui os Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino Saúde (COAPES). Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017 – Dispõe sobre o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS – PRO EPS SUS.

O município de Guadalupe – PI, não possui um plano específico para a qualificação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde do município. Esse processo de qualificação é realizado através de ações pontuais, necessitando, portanto, de melhorias na política de educação permanente em saúde, voltada para a qualificação dos profissionais de saúde. As medidas propostas para essas melhorias inclui a implantação da educação permanente no município, através do Plano de Educação Permanente para o município e uma melhor integração com a CIES da nossa região de saúde.

1.10 - DESCRIÇÃO DO DESEMPENHO DOS INDICADORES DO SISPACTO NO MUNICÍPIO.

O **SISPACTO** é um instrumento virtual de preenchimento e registro da pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde. 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 SISPACTO garante a agilidade na transmissão das informações bem como os acordos das metas a serem alcançadas anualmente.

Com o SISPACTO fica garantida a credibilidade e a agilidade na transmissão das informações de saúde, bem como os acordos dos resultados a serem alcançados durante o ano, tudo de forma online e eficaz. Com essas informações na base de dados são emitidos relatórios e indicadores de saúde, por municípios, regiões, estados, de acordo com faixas etárias, tipos de doenças, causas mortes, deficiências e pontos fortes na área de saúde em todos os locais. De posse dos indicadores os gestores de saúde têm então, uma importante ferramenta para planejar ações e estratégias para atender as áreas deficitárias, debelar focos de doenças, etc., ou seja, os gestores têm condições de criarem estruturas para sanar as deficiências e tornar ainda melhor o Sistema de Saúde do Brasil, rumando para a assistência plena e universal a todo cidadão.

Através do SISPACTO fica reforçado o compromisso dos gestores para com a consolidação do SUS, fortalecendo-o como uma política de Estado. Neste contexto, todos os municípios passam a ser gestores plenos de responsabilidade pela saúde dos seus cidadãos, assumindo a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde à sua população, seja no seu território ou em município de referência.

Os indicadores do SISPACTO retratam os compromissos dos entes federados na organização das ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde, com foco em resultados sanitários. Cabe destacar que os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos

instrumentos de planejamento de cada ente (Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão).

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é a instância em que os gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as intervenções definidas para a região de saúde, e definem as metas regionais e as responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções definidas.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

de metas firmado.							
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	01	01	01	01	-	-	Nº Absol.
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	0,0	-	-	25,00	25,00	-	%
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	100	-	-	0,00	0,00	-	%
Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas unidades de terapia intensiva (UTI).	0,0	-	-	20,00	-	-	%
Cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)	100	100	100	100	100	100	%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,59	0,62	0,54	0,50	0,50	0,70	Razão
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,15	0,24	0,02	0,15	0,15	0,50	Razão
Proporção de parto normal	0,00	49,7	57,1	38,00	38,50	60,00	%
Proporção de Gravidez na Adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	0,00	25,7	21,2	-	-	22	%
Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal.	0,00	0,00	-	53,00	-	-	%
Número de testes de sífilis por gestante.	0,00	0,00	-	2,00	-	-	Razão
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Nº Absol.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Taxa de mortalidade infantil.	0,0	01	03	2,00	2,00	2,00	Nº Absol.
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0,00	-		100	100	100	%
Proporção de óbitos maternos investigados	0,00	-		100	100	100	%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	0,00	100	0,00	100	100	100	%
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0,00	01	01	0,00	0,00	0,00	Nº Absol.
Cobertura de centros de atenção psicossocial (CAPS.)	N/A	N/A	N/A	N/A	100	100	/100.000
Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	0,0	7,0	15	8,00	8,00	6,00	Nº Absol.
Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	0,0	99,38	0,00	80,00	80,00	100	%
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	0,0	-	-	100	100	100	%
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	0,00	-	-	100	100	100	%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	0,00	100	98,4	100	100	100	%
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrada em até 60 dias após notificação	0,00	0,00	0,00	100	100	100	%
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	01	-	-	01	01	01	Nº Absol.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária considerada necessária a todos os municípios	87,71	71,4	71,4	70	70	80,00	%
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0,0	0,00	0,00	0,00	-	0,00	Nº Absol.
Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 CEL/MM3	0,0	-	-	3,00	-	-	Nº Absol.
Número de testes sorológicos anti-HIV realizados	0,0	-	-	1,00	-	-	Nº Absol.
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	0,00	0,00	50	100	100	100	%
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	0,00	-	-	100	100	100	%
Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Nº Absol.
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	0,00	-	-	82,00			%
Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários	N / A	-	-	N / A	N / A	N / A	%
Número absoluto de óbitos por dengue	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Nº Absol.
Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	06	06	05	06	06	06	Nº Absol.
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	0,00	55,67	175,29	100	100	100	%
Percentual de municípios com o sistema Hórus implantado, ou enviando o conjunto de dados por	0,00	0,00	0,00	N / A	N / A	N / A	%

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

meio do serviço Webservice.							
Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da atenção básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturado	N/A	N/A	N/A	N / A	N / A	N / A	%
Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária, no ano.	N/A	N/A	N/A	N / A	N / A	N / A	%
Proporção de ações de educação permanente implementada e/ou realizadas	0,00	-		N / A	N / A	N / A	%
Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência de medicina da família e comunidade e da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família/saúde coletiva	N/A	N/A	N/A	N / A	N / A	N / A	%
Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental	N/A	N/A	N/A	N / A	N / A	N / A	%
Número de pontos do Telessaude Brasil redes implantados	05	05	05	05	05	05	%
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	98,21	-	-	100	-		%
Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Nº Absol.
Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde	01	01	01	01	01	01	Nº Absol.
Proporção de conselhos de saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde - SIACS	01	01	01	01	-	-	Nº Absol.
Proporção de municípios com ouvidorias implantadas	01	01	01	01	-	-	Nº Absol.

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Componente do SNA estruturado	N/A	N/A	-	N/A	-	-	Nº Absol.
Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no banco de preço em saúde	0,00	0,00	-	01	-	-	Nº Absol.

Fonte: Ministério da Saúde.

Os dados do quadro 87 apresenta uma série histórica do sispacto, referente aos anos de 2015, 2016 e 2017, com suas metas pactuadas e resultados alcançados para cada indicador. É importante que toda a equipe de saúde do município faça o monitoramento constante de cada indicador, de acordo com a responsabilidade de cada setor ao qual indicador pertence, pois desta forma é possível melhorar as metas e conseqüentemente as ações e serviços prestados à população.

2.0 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

Diretriz 1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.					
Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso a atenção básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.					
META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Manter o percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família em 100%.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	100%	100%	100%	100%
Manter o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família acima de 90%.	Percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde de inscritos no Programa Bolsa Família/ano.	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%
Manter o percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da bucal em 100%.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	100%	100%	100%	100%
Promover a adesão de 100% das escolas do município ao Programa Saúde na Escola.	Número de escolas que aderiram ao programa de saúde na escola	100%	100%	100%	100%
Implantar acolhimento com Classificação de Risco em 100 % das UBS.	Número de UBS com acolhimento implantado.	100%	100%	100%	100%
Manter 01 equipe de NASF Tipo I.	Número de equipe de NASF Tipo I mantida.	1	1	1	1
Manter 01 polo de academia de saúde.	Número de polo de academia de saúde mantido.	1	1	1	1
Manter em 100% a proporção de UBS que ofertam testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B.	Proporção de UBS com oferta de teste rápido para HIV, sífilis e hepatite B.	100%	100%	100%	100%
Manter PEC do e SUS AB instalado e em funcionamento em 05 UBS.	Número de UBS com o PEC instalado e em funcionamento.	05	05	05	05

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Reformar e/ou ampliar 05 UBS.	Número de UBS reformados /ano.	02	02	1	-
Construir 01 UBS.	Número de UBS construídas/ano.			1	
Implantar o horário de funcionamento estendido (até às 22 horas) em 05 UBS.	Número de UBS com horário estendido implantado.	-	05	05	05
Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para realização de referência e contra-referência e transferência do cuidado, através da implantação de fluxo de comunicação entre a atenção primária e especializada em 100% das UBS.	% das UBS com fluxo de comunicação de referência e contra - referência implantado.	100%	100%	100%	100%
Manter 100% equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF, Estratégia de Saúde Bucal - ESB, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.	Equipes de ESF, NASF, ESB da APS mantidas.	100%	100%	100%	100%
Implantar práticas integrativas e complementares na Rede Municipal de Saúde: Plantas Medicinais, Auriculoterapia e acupuntura.	Número de UBS que realizam atividades de práticas integrativas e complementares/ano.	-	05	05	05
Instituir atenção especializada via Telessaude para apoiar a atenção básica em 80% das UBS.	Porcentagem de UBS com Telessaude implantado.		80%	80%	80%
Realizar a aquisição de 03 veículos para a atenção básica.	Número de veículos adquiridos.		01	01	01
Implantar em 100% das UBS o Programa de controle do Tabagismo	Número de UBS com o Programa de controle do Tabagismo /ano.		100%	100%	100%

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

Objetivo 02. Ampliar e qualificar o acesso a atenção ambulatorial especializada, serviço de apoio diagnóstico com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Ampliar a oferta de consultas especializadas de 450 para 850.	Número de consultas especializadas /ano.	850	850	850	850
Ampliar a oferta de exames especializados de 350 para 750.	Número de exames especializados /ano.	750	750	750	750
Implantar um centro de especialidades odontológicas.	Numero de centro de especialidades odontológicas implantados	-	-	01	-
Manter um laboratório de prótese dentária.	Número de laboratório de prótese dentaria e mantido	01	01	01	01
Implementar o laboratório clínico do hospital municipal.	Número de laboratório municipal implementado.	01	01	01	01
Implementar e manter o serviço de ultrassonografia do Hospital Municipal.	Numero de serviço de ultrassonografia mantido e implantado.	01	01	01	01
Manter o serviço de radiologia do Hospital Municipal.	Numero de serviço de radiologia mantido.	01	01	01	01
Manter o serviço de eletrocardiograma do Hospital Municipal.	Numero de serviço de eletrocardiograma mantido.	01	01	01	01
Estruturar o serviço de eletrocardiograma através de telemedicina em uma das cinco UBS.	Serviço de eletrocardiograma através de telemedicina em uma das cinco UBS estruturado..	-	01	01	01
Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para realização de referência e contra -	Percentual de serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de referência e contra -	01	01	01	01

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

referência e transferência do cuidado, através da implantação de fluxo de comunicação entre a atenção primária e especializada.	referência implantado / ano.				
---	------------------------------	--	--	--	--

Diretriz 1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

Objetivo 3. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Manter duas unidades de suporte básico do SAMU.	Número de unidade de suporte básico do SAMU mantida.	02	02	02	02
Renovação de 80% da frota de unidades de suporte básico do SAMU.	Frota de unidades de suporte básico do SAMU renovadas.	80%	80%	80%	80%
Implantar e manter 01 Núcleo de Educação em Urgência (NEU) dos profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede de urgência e emergência. Núcleo de Educação em Urgência (NEU) mantido.	Núcleo de Educação em Urgência (NEU) dos profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede de urgência e emergência implantada e mantida.	01	01	01	01

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

Objetivo 4. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção à saúde mental.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Manter um CAPS I.	CAPS I mantido.	01	01	01	01
Implantar e implementar o apoio matricial em Saúde Mental em 100% das Unidades Básicas de Saúde	Número de UBS com apoio matricial em saúde mental implantada.	100%	100%	100%	100%
Implantar a política municipal de enfrentamento às drogas, com o estabelecimento de uma referência específica para o atendimento AD à crianças e à adolescentes na rede de Saúde Mental do Município	Política municipal de enfrentamento as drogas implantadas.	1	1	1	1

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

Objetivo 05. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção hospitalar.

. META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Aumentar o percentual de parto normal de 50% para 65%.	Porcentagem de gestantes com parto normal	65%	65%	65%	65%
Implantar leitos de retaguarda clínica no hospital municipal.	Leito de retaguarda clínica implantado no hospital municipal.	03	03	03	03
Manter os 10 leitos obstétricos no hospital local de Guadalupe.	leitos obstétricos no hospital mantidos no local de Guadalupe.	10	10	10	10
Manter a taxa de ocupação mínima de 85% dos leitos	Taxa d ocupação hospitalar.	85%	85%	85%	85%
Qualificar o atendimento e manter o hospital.	Número de hospitais mantidos.	01	01	01	01
Reformar o Hospital Municipal.	Hospital municipal reformado.			01	
Aquisição de duas ambulância.	Número de ambulância adquirida.	01	-	01	-

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 2 - Aprimoramento das redes de atenção para promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso).

Objetivo 6 - Aprimorar a rede de atenção à saúde para promover o cuidado integral materno infantil.

. META	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Alcançar a proporção mínima de 95% de cobertura vacinal.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	95%	95%	95%	95%
Estabelecer a meta pactuada menor ou igual ao ano anterior no número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade inferior ao ano anterior.	0	0	0	0
Realizar pelo menos dois testes de sífilis em gestante ao ano.	Número de testes de sífilis realizados ao ano.	380	380	380	380
Manter a taxa de mortalidade infantil > 3.	Município até 100.000hab: número absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano; Município acima de 100.000hab: número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade / número de nascidos vivos de mães residentes X 1.000	> 3	> 3	> 3	> 3

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Manter a taxa de mortalidade materna > ou = a 1.	Número de óbito materno inferior ao anterior	< ou = a 1.	> ou = a 1.	> ou = a 1.	> ou = a 1.
Estabelecer em 90% o percentual de gestantes com início da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional.	Proporção de gestantes com início da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional	90%	90%	90%	90%
Alcançar a meta de 80% à proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	80%	80%	80%	80%
Alcançar a meta de 90% a proporção de consultas ou Visita Domiciliar para puérperas na primeira semana após parto e nascimento.	Proporção de puérperas que receberam visita domiciliar ou realizaram consulta na primeira semana após o parto.	90%	90%	90%	90%
Manter a proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) abaixo de 25%.	Proporção de mulheres grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos	<25%	<25%	<25%	<25%
Manter acima de 0,70 % ao ano a razão de exames coletados nas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária.	> 0,70 %	> 0,70 %	> 0,70 %	> 0,70 %
Ampliar em 20% até 2021 (2,5% ao ano) a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária.	20%	20%	20%	20%

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 2 - Aprimoramento das redes de atenção para promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso).					
Objetivo 7. Aprimorar a rede de atenção à saúde para promover o cuidado integral ao adulto e ao idoso.					
META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Manter o número de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), abaixo de 07 óbitos.	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	07	07	07	07
Acompanhar 100% dos hipertensos cadastrados pelas equipes da atenção básica.	Porcentagem de hipertensos acompanhados na atenção básica.	100%	100%	100%	100%
Acompanhar 100% dos diabéticos cadastrados pelas equipes da atenção básica.	Porcentagem de diabéticos cadastrados e acompanhados na atenção básica	100%	100%	100%	100%
Manter a Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, menor ou igual a 15).	Taxa de mortalidade prematura (de 30ª 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	15	15	15	15
Garantir a realização de exames anti - HIV em 100% dos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti - HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	100%	100%	100%	100%
Manter em 0 número de casos de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	0	0	0
Manter a proporção mínima estabelecida de 98% de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de óbito com causa básica definida.	98%	98%	98%	98%

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Estabelecer em 100% a proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	100%	100%	100%	100%
Garantir a proporção de 100% dos contatos de casos novos de hanseníase examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	100%	100%	100%	100%
Realizar 02 ações coletivas de escovação dental supervisionada ao ano nas escolas do município.	Percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada.	02	02	02	02
Manter em 0 o número de óbitos relacionado às arboviroses: dengue, chikungunya, zika e febre amarela.	Número absoluto de óbitos por doenças relacionadas às arboviroses: dengue, chikungunya, zika e febre amarela.	0	0	0	0
Reduzir 20% ao ano o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	20%	20%	20%	20%

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 3 - Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, prevenção, promoção e proteção à saúde.

Objetivo 8 - Organizar as ações de controle do *Aedes aegypti* para reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Manter a meta mínima de 80% de cobertura de imóveis visitados para o controle vetorial da dengue nos 06 ciclos realizados ao ano.	Proporção de ciclos com no mínimo 80% de cobertura para o controle da infestação vetorial pelo mosquito <i>Aedes</i> .	06	06	06	06
Estabelecer a infestação vetorial do mosquito <i>Aedes</i> inferior a 1% por meio de pesquisa de índices amostrais rápidos (LIRA - LIA).	Proporção de imóveis infestados em relação aos pesquisados.	1	1	1	1

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 3 - Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, prevenção, promoção e proteção à saúde.

Objetivo 9. Aprimorar e manter as ações de vigilância em saúde para assegurar a promoção e proteção à saúde da população.

. META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Garantir o Percentual de 85,71% nos seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, considerado necessário ao município no ano.	Número de grupos de ações de vigilância sanitária realizadas.	85,71 %	85,71 %	85,71 %	85,71 %
Manter as ações de vigilância epidemiológica.	Ações de vigilância epidemiológica mantidas	100%	100%	100%	100%
Manter as ações de vigilância ambiental.	Ações de vigilância ambiental mantidas	100%	100%	100%	100%
Realizar 100% das inspeções conforme pactuado na Programação Anual da Vigilância Sanitária (PAVS).	Percentual de inspeções realizadas	100%	100%	100%	100%
Garantir a meta mínima de 80% da população de cães e gatos vacinados em campanha realizada anualmente.	Proporção de cães e gatos vacinados anualmente em relação à população total desses animais	80%	80%	80%	80%
Garantir a meta estimada em 0,2% da população canina, para monitorar a circulação do vírus da raiva animal por meio do envio de amostras biológicas de animais com suspeita neurológica.	Proporção de animais com suspeita neurológica com amostra encaminhada para análise laboratorial.	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Garantir a Proporção de 100% de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez com resultado próprio para consumo humano.	100%	100%	100%	100%

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Implantar a vigilância do óbito por meio da notificação e investigação oportuna em 100% dos casos, com foco nos óbitos materno, Mulher em idade fértil, fetal e infantil.	Proporção de óbitos notificados e investigados em tempo oportuno.	100%	100%	100%	100%
Reativar o comitê de mortalidade materna, fetal e infantil.	Comitê de mortalidade materna, fetal e infantil reativado.	01	01	01	01
Investigar 100% dos agravos notificados referentes à saúde do trabalhador	Percentual de agravos notificados e investigados	100%	100%	100%	100%
Notificar e investigar 100% das doenças e agravos constantes na lista nacional de notificação compulsória.	Proporção de doenças e agravos de notificação compulsória notificada e investigada.	100%	100%	100%	100%
Encerrar no mínimo 80% das doenças e agravos de notificação compulsórias imediatas no Sinan em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de encerramento de doenças e agravos de notificação compulsória imediata em relação às notificadas	80%	80%	80%	80%

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 4 - Qualificar, valorizar os trabalhadores da Saúde e democratizar as relações de trabalho.

Objetivo 10 - Investir em qualificação e na educação permanente dos trabalhadores do SUS no município.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Realizar pelo menos 01 ação (Curso ou seminário) de Educação Permanente por serviço próprio, por ano, sendo: 05 para as UBS, 01 hospital, 01 SAMU, 01 CAPS, 01 VISA, 01 Vig. Ambiental.	Número de equipes de saúde da família com atividades de EP desenvolvidas.	10	10	10	10
Instituir a avaliação de desempenho em 100% das equipes de Saúde da Família.	Número de equipes de Saúde da Família com avaliação de desempenho instituída	100%	100%	100%	100%
Elaborar e implantar 01 Plano Municipal de Educação Permanente.	Plano Municipal de Educação Permanente elaborado e implantado.	01	01	01	01
Elaborar e implantar o plano de cargos e carreiras e salários dos servidores da saúde.	Plano de cargos e carreiras e salários elaborado e implantado.	01	01	01	01
Realizar 01 concurso público para diversas categorias profissionais da SMS, para reposição dos possíveis déficits.	Número de concurso público realizado.	01	01	01	01
Manter os pontos eletrônicos em 100% dos estabelecimentos da SMS.	Porcentagem dos equipamentos da SMS com ponto eletrônico implantado	100%	100%	100%	100%
Capacitar 100% das equipes das UBS para atender as pequenas urgências.	Percentual de UBS com equipes capacitadas m pequenas urgências.	100%	100%	100%	100%
Capacitar 100% das equipes das UBS e hospital em acolhimento com classificação de risco.	Porcentagem das equipes das UBS e hospital capacitadas em acolhimento com classificação de riscos.	100%	100%	100%	100%

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 05 - Garantia de acesso a população a assistência farmacêutica.

Objetivo 11 - Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Adequar área física e equipamentos dos dispensários - farmácias em 100% das UBS para atendimento qualificado à população.	Número de UBS com dispensários de medicamentos com área física adequada.	100%	100%	100%	100%
Informatizar a dispensação de medicamentos em 100% das UBS.	Número de UBS com dispensação informatizada.	100%	100%	100%	100%
Elaborar e implantar a REMUME, componentes básicos e especializados.	REMUME componentes básicos e especializados elaborada e implantada.	01	01	01	01
Garantir a regularidade do fornecimento dos 100% dos medicamentos da REMUME componente básico.	Porcentagem dos medicamentos da REMUME componente básico com fornecimento regular	100%	100%	100%	100%
Garantir a regularidade do fornecimento de 100% dos medicamentos especializados da REMUME.	Porcentagem dos medicamentos da REMUME componente especializado com fornecimento regular.	100%	100%	100%	100%
Implantar o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica -QUALIFAR - SUS.	QUALIFAR - SUS implantado no município.	01	01	01	01
Implantar o sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), na farmácia central do município.	Hórus implantado.	01	01	01	01

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 6 - Ampliação da Regulação dos Serviços Próprios e Contratualidades.

Objetivo 12 - Potencializar o papel da Regulação na coordenação do cuidado em saúde.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Elaborar e implantar Protocolo de encaminhamento para a atenção especializada no Sistema Único de Saúde - SUS	Protocolo elaborado e implantado.	01	01	01	01
Regular 100% dos procedimentos ambulatoriais (consultas especializadas).	Porcentagem de consulta especializada reguladas.	100%	100%	100%	100%
Regular 100% dos procedimentos ambulatoriais (exames especializados).	Porcentagem de exame especializada regulada.	100%	100%	100%	100%
Regular 80% das internações hospitalares.	Porcentagem das internações hospitalares reguladas.	80%	80%	80%	80%
Regular 100% das solicitações de transferência inter hospitalares por meio do Complexo Regulador, conforme grade de urgência e emergência pactuada regionalmente.	Porcentagem das solicitações de transferência inter hospitalares reguladas por meio do Complexo Regulador, conforme grade de urgência e emergência pactuada regionalmente.	100%	100%	100%	100%

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 7 – Fortalecimento das instâncias de controle social e garantindo o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Objetivo 13 - Fortalecer o controle social com garantia de transparência e participação cidadã.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Manter a sede própria para o Conselho Municipal de Saúde.	Sede própria para o Conselho Municipal de Saúde mantida.	01	01	01	01
Criar o orçamento específico para o Conselho Municipal de Saúde - CMS dentro do orçamento geral da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.	Rubrica orçamentária específica para o conselho estabelecida.	01	01	01	01
Realizar 02 Conferências Municipais de Saúde.	Número de conferências realizadas.		02		02
Realizar, no mínimo, 01 capacitação por ano, aos Conselheiros de Saúde para o exercício de seu papel.	Número de capacitações realizadas para conselheiros de saúde.	01	01	01	01
Implantar estruturar 01 serviço de ouvidoria do SUS no município.	Serviço de ouvidoria do SUS no município implantado e estruturado.		01		
Realizar ao menos 01 capacitação ao ano para a equipe de ouvidoria.	Capacitação para a equipe de ouvidoria realizada.	01	01	01	01
Implantar os conselhos locais de saúde em 100% das UBS e hospital local.	Conselhos locais de saúde implantados em 100% das UBS e hospital local.	100%	100%	100%	100%

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DIRETRIZ 8 – Qualificação da Gestão e Financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde.

Objetivo 14 – Cumprir os dispositivos legais de aplicação dos recursos financeiros em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Garantir o percentual mínimo de 15% de recursos aplicados na APS.	Percentual de recursos aplicados na APS.	15%	15%	15%	15%
Aplicar 100% dos recursos financeiros oriundos de emendas parlamentares, dentro do prazo legal.	Percentual de recursos financeiros oriundos de emendas parlamentares, aplicados dentro do prazo legal.	100%	100%	100%	100%

ESTADO DO PIAUI
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Diretriz 9 - Qualificação dos padrões de interoperabilidade e informação em saúde.

Objetivos 15 - implementar padrões de interoperabilidade e de informação em saúde no âmbito do SUS;

META	INDICADOR	PERÍODO:			
		2018	2019	2020	2021
Alimentar de forma qualificada os dados – mensal (12) e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Sistema de Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ,SARGSUS / SIOPS ,Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).	Número de alimentações realizadas durante o ano de forma qualificada dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Alimentar de forma qualificada os dados - mensais e sistemáticos dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas	12	12	12	12

3.0 – COMPATIBILIZAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DA X CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAUDE COM O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE.

PROPOSTA DA CONFERENCIA:					
Aumentar a disponibilidade de exames e consultas especializadas.					
DIRETRIZ DO PMS:					
Diretriz 01 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.					
OBJETIVO:					
Objetivo 01 - Ampliar e qualificar o acesso à atenção básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.					
META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Aumentar em 30% a disponibilidade de exames e consultas especializadas.	Consultas e exames especializados aumentado.	30%	30%	30%	30%
PROPOSTA DA CONFERENCIA:					
Contratação do profissional assistente Social para o NASF.					
DIRETRIZ DO PMS:					
Diretriz 01 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.					

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

OBJETIVO:

Objetivo 01 - Ampliar e qualificar o acesso à atenção básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Contratar 01 profissional Assistente Social para o NASF.	Profissional Assistente Social para o NASF contratado.	-	x	-	-

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Contratação de profissional médico, para a realização de ultrassonografia no Hospital Local.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 01 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

OBJETIVO:

Objetivo 01 - Ampliar e qualificar o acesso à atenção básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Contratar 01 profissional médico para realização de ultrassonografia no Hospital Local.	Profissional médico para realização de ultrassonografia no Hospital Local.	-	X	-	-

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Adquiri veículos para deslocamento das equipes do ESF e NASF.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 01 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

OBJETIVO:

Objetivo 01 - Ampliar e qualificar o acesso a atenção básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Adquirir 01 veículo.	Veiculo adquirido.	-	-	01	-

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Contratação de profissional médico para a ESF e NASF.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 01 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

OBJETIVO:

Objetivo 01 - Ampliar e qualificar o acesso a atenção básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Contratar 01 profissional médico para a ESF e NASF.	Profissional médico para a ESF e NASF contratado.	-	01	-	-

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Contratação de profissional médico para substituir os profissionais quando estiverem de

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

férias.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 01 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

OBJETIVO:

Objetivo 01 - Ampliar e qualificar o acesso a atenção básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Contratar 01 profissional médico para substituir os profissionais quando estiverem de férias.	01 Profissional médico para substituir os profissionais quando estiverem de férias contratado.	01	01	01	01

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Equipar o Hospital Local de Guadalupe para a realização de pequenas cirurgias.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 01 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar organizada em rede.

OBJETIVO:

Objetivo 05 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção hospitalar.

META:	INDICADOR:	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Aquisição de 02 kit's de pequenas cirurgias.	Kit's de pequenas cirurgias adquiridos.	-	01	-	-

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Melhorar a qualidade da água para consumo humano com a intensificação de fiscalização pelo município.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 3 – redução de riscos e agravos a saúde da população por meio das ações de vigilância, prevenção e proteção a saúde.

OBJETIVO:

Objetivo 08 – organizar as ações de controle do Aedes aegypti para reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito.

META:	INDICADOR:	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Melhorar a qualidade da água para consumo humano em 100 das amostras de água, conforme a Diretriz Nacional do Programa de Vigilância da Água de Consumo Humano – VIGIAGUA.	Proporção de análises realizada em amostras de água quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez com resultado próprio para consumo humano.	X	X	X	X

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Campanhas educativas contra incêndios através da secretaria do meio ambiente com o apoio da secretaria municipal de saúde.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 3 – redução de riscos e agravos a saúde da população por meio das ações de vigilância, prevenção e proteção a saúde.

OBJETIVO:

Objetivo 08 – organizar as ações de controle do Aedes aegypti para reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

META	INDICADOR	PERIODO			
		2018	2019	2020	2021
Qualificar e manter as 03 ações de vigilância ambiental.	Numero de ações de vigilância ambiental mantidas	03	03	03	03

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Fortalecimento do Controle Social.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 7 – Fortalecimento das instâncias de controle social e garantindo o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

OBJETIVO:

Objetivo 13 - Fortalecer o controle social com garantia de transparência e participação cidadã.

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Implantar metodologia para divulgação das reuniões do CMS.	Metodologia para divulgação das reuniões do CMS implantada.	-	-	-	-

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Divulgação por parte dos conselheiros dos segmentos de usuários nas suas entidades de origem para que a sociedade tome conhecimento das discussões dos conselhos.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 7 – Fortalecimento das instâncias de controle social e garantindo o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

OBJETIVO:

Objetivo 13 - Fortalecer o controle social com garantia de transparência e participação cidadã.

META:	INDICADOR:	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Implantar metodologia para divulgação das ações e decisões promovidas pelo CMS.	Metodologias para divulgação das ações e decisões promovidas pelo CMS implantadas.	-	X	X	X

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Definir um orçamento para o conselho.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 7 – Fortalecimento das instâncias de controle social e garantindo o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

OBJETIVO:

Objetivo 13 - Fortalecer o controle social com garantia de transparência e participação cidadã.

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Implantar orçamento próprio para o CMS.	Orçamento próprio para o CMS implantado.	-	-	X	X

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Curso de relações humanas para os profissionais da saúde.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 04 - Qualificar, valorizar os trabalhadores da Saúde e democratizar as relações de

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

trabalho.

OBJETIVO:

Objetivo 10 - Investir em qualificação e na educação permanente dos trabalhadores do SUS no município

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Realizar 04 cursos de relações humanas.	Cursos de relações humanas realizados.	01	01	01	01

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Promover cursos de qualificação para toda a equipe.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 04 - Qualificar, valorizar os trabalhadores da Saúde e democratizar as relações de trabalho.

OBJETIVO:

Objetivo 10 - Investir em qualificação e na educação permanente dos trabalhadores do SUS no município

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Promover no mínimo 10 cursos de qualificação.	Cursos de qualificação promovidos.	02	04	02	02

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Implantar plano de cargos, carreiras e salários.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 04 - Qualificar, valorizar os trabalhadores da Saúde e democratizar as relações de

ESTADO DO PIAUI
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

trabalho.

OBJETIVO:

Objetivo 10 - Investir em qualificação e na educação permanente dos trabalhadores do SUS no município

META:	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Implantar plano de cargos, carreiras e salários.	Implantar plano de cargos, carreiras e salários implantados.	-	-	X	-

PROPOSTA DA CONFERENCIA:

Garantir a aquisição de medicamentos da Atenção básica para as UBS e medicamentos especializados para o Hospital.

DIRETRIZ DO PMS:

Diretriz 05 – Garantia de acesso a população a assistência farmacêutica.

OBJETIVO:

Objetivo 11 – ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

META	INDICADOR	PERÍODO			
		2018	2019	2020	2021
Garantir a regularidade do fornecimento de 100% dos medicamentos da REMUME- componente básico e especializado.	Porcentagem dos medicamentos da REMUME componente básico e especializado com fornecimento regular.	100%	100%	100%	100%

4.0 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Monitoramento envolve o acompanhamento rotineiro de informações relevantes. Propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não suas razões a fundo. É um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problema e correção de rumos. Em suma, o monitoramento verifica a realização das atividades e o alcance dos efeitos da intervenção.

A implantação de um processo de monitoramento envolve a articulação de uma proposta, de natureza técnico-político, com a prática dos sujeitos que estão executando e usufruindo às ações de saúde. Na atenção básica, a transformação desta intenção em gesto implica na superação de concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais.

O PMS 2018 A 2021 será monitorado e avaliado de forma constante, para isso será realizada reuniões ampliadas com toda a equipe de gestores, profissionais de todos os setores e com a presença do controle social, representado pelos conselheiros municipais de saúde. O instrumento para avaliação será a programação anual de saúde e as respectivas ações pactuadas para o alcance dos objetivos propostos. A realização das audiências públicas apresentará os dados quantitativos e financeiros quadrimestralmente. O Relatório Anual de Gestão apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados.

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, conforme artigo 36, § 1º da Lei Complementar nº. 141/2012. Alguns indicadores também foram selecionados para acompanhamento nas audiências quadrimestrais atendendo também a Lei Complementar nº. 141/2012.

5.0 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Série Cadernos de Planejamento; v.1, 2 DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf]. Acesso em 25 setembro 2018.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____ Ministério da Saúde. Decreto 7508/2011.

_____ Ministério da Saúde. Lei complementar 141/2012.

_____ Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.135, de 25 de setembro de 2013.

_____ Brasil. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 178 p. : il.

_____ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p. : il.

_____ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Disponível em: [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>]. Acesso em 22 agosto 2018.

Freitas Carlos Machado de Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, 21041-210, Rio de Janeiro RJ Ciência & Saúde Coletiva

GUIZARDI, Francini Lube. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 9, n. 3, oct. 2015. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1028/1978>>. Acesso em: 25 june 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v9i3.1028>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: resultados do universo. Disponível em:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características dos domicílios in Séries Estatísticas & Séries Históricas. Disponível em: <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>> Acesso em 20 setembro 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Vulnerabilidade Social. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/ivs/pt/>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Desenvolvimento Humano e IDH. Disponível em:<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>

RIBEIRO, Amarolina. "Taxa de Fecundidade"; *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/geografia/taxa-fecundidade.htm>>. Acesso em 29 de maio de 2019.

RIPSA, Rede Intergerencial de Informações da Saúde, Indicadores básicos de saúde no Brasil, Brasília, OPAS, 2002. Disponível em: [<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/1ed/indicadores.pdf>]. Acesso em 22 agosto 2018.

6.0 - ANEXOS