Sistema Único de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Plano Municipal de Saúde

2022 a 2025

Magé – Rio de Janeiro

2021

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
QUADRIÊNIO – 2022 – 2025

Prefeito de Magé

Renato Cozzolino Harb

Secretária Municipal de Saúde

Dra. Larissa Malta Storte Ferreira

Conselho Municipal da Saúde (Mesa Diretora)

Presidente – Sonia Nascimento da Silva

Primeiro Secretário – José Clemente Ferreira Filho

Segunda Secretária – Marilene Formiga Monteiro

Coordenação e Elaboração

Gizelle de Abreu Porto Gomes

Gestão de Planejamento em Saúde

Colaboradores

Gestores e equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde

Prestadores e usuários do SUS - RJ

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
QUADRIÊNIO – 2022 – 2025

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde expressa as intenções da gestão municipal sobre a construção de políticas e ações de saúde, a partir de um diagnóstico das condições e necessidades da população, objetivando a oferta de serviços de qualidade e a redução da inequidade do sistema. Trata-se de um dos principais instrumentos de gestão e planejamento do SUS, preconizado em dispositivos legais que norteiam o processo de descentralização do SUS, destacando-se a Lei nº. 8.080/1990, o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 2.135/2013.

A Lei nº 8.080, de 1990, estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. O Decreto nº 7.508, de junho de 2011, que regulamenta essa lei e dispõe sobre alguns aspectos doplanejamento, define como obrigação do gestor público a elaboração e apresentação dos instrumentos de planejamento. Já a Portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) e orienta os pressupostos para o planejamento.

O Plano Municipal de Saúde deve ser elaborado em consonância com os dispositivos legais do SUS e articulado junto aos espaços de gestão participativa, em especial, do ConselhoMunicipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. É importante destacar a construção do PMS como um processo participativo que possibilita o envolvimento dos atores que vivenciam o cotidiano do SUS no município, num processo de discussão e avaliação dos problemas de saúde e a melhor maneira de enfrentá-los.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
QUADRIÊNIO – 2022 – 2025

A Secretaria Municipal de Saúde de Magé iniciou o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para o quadriênio 2022 a 2025, a partir de janeiro de 2021.

O presente documento está organizado em seis capítulos. O capítulo 1 aborda as características gerais do município de Magé, com índices sócio-econômicos, de vulnerabilidade em saúde e sua divisão administrativa. O capítulo 2 trata do diagnóstico situacional com destaque para o perfil epidemiológico dos residentes – as doenças mais frequentes, as principais causas de mortalidade, com série histórica. No capítulo 3 é abordada a organização em redes e a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, com descrição das principais áreas de atuação e análise da produção da saúde nos últimos anos. No capítulo 4 são especificados os instrumentos de gestão da saúde, fundamentais para o processo de planejamento, monitoramento e avaliação dos objetivos e metas da saúde do município, bem como os elementos constitutivos do Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Magé.

O êxito desse planejamento será resultado do trabalho integrado, pactuado e transparente, entre gestores, profissionais de saúde, conselheiros de saúde e a população. Pensando no SUS que queremo equânime, resolutivo e com qualidade – convidamos todos os mageenses para participarem como agentes corresponsáveis pela própria saúde e como protagonistas do nosso sistema de saúde.

2. OBJETIVOS

I - GERAL

Apresentar **o** Plano Municipal de Saúde, com sua atividades programáticas para o período de 2022 a 2025, visando atender as necessidades

propostas nos eixos contidos no relatório da oitava Conferência Municipal de Saúde, respeitando os princípios e diretrizes do sistema único de Saúde (SUS), contidos na lei: 8080/90 e 8142/90.

II - ESPECÍFICOS

Acompanhar os indicadores, diretrizes, objetivos, metas do DIGISUS e do Pacto Interfederativo.

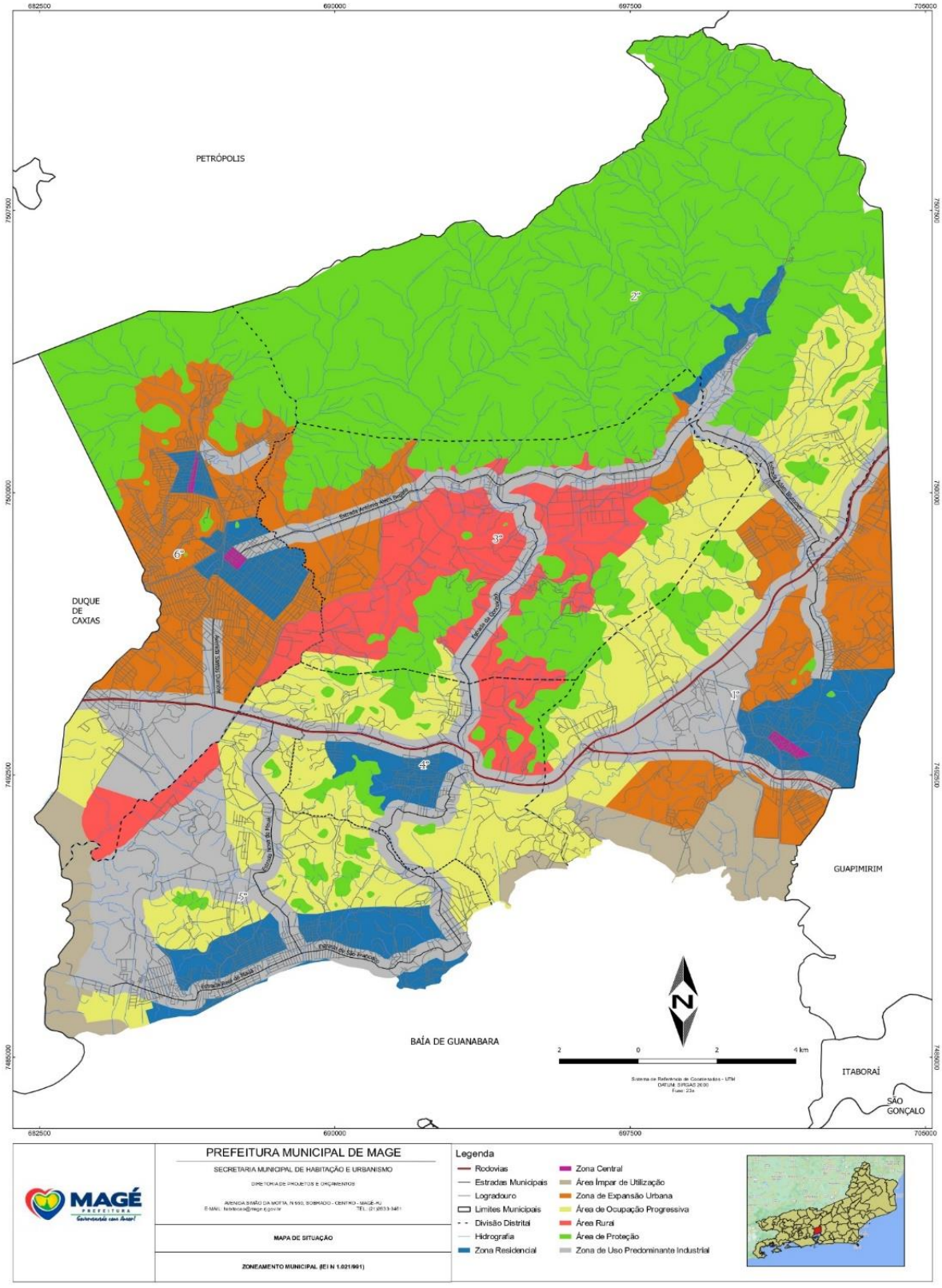
Descrever o processo de gestão do trabalho, estabelecendo diretrizes e prioridades a serem alcançadas, bem como ações e serviços de saúde, a partir da análise do diagnóstico situacional do Município.

III – DIAGNÓSTICO

1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE MAGÉ

Este capítulo discorre sobre as características gerais do município, contemplando a divisão distrital, a evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), população e estrutura etária, economia, Produto Interno Bruto (PIB) e renda per capita.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
QUADRIÊNIO – 2022 – 2025



2 - ÁREA TERRITORIAL:

Aproximadamente: 390,775 km²

3 - LOCALIZAÇÃO:

Coordenadas geográficas sexagesimais 22°39’10” de latitude sul e 43°02’26” de longitude oeste.

4 – LIMÍTROFES:

Ao norte: Município de Petrópolis

A oeste: Município de Duque de Caxias

Ao leste: Município de Guapimirim

Ao sul: Baía de Guanabara

ACESSO: As rodovias de acesso são: BR-493, BR-116 e BR-107.

5 - DISTÂNCIA ENTRE OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA I

Belford Roxo 38.8 km

Duque de Caxias 31.6 km

Itaguaí 109,3 km

Japeri 73 km

Mesquita 42.4 km

Nilópolis 42 km

Nova Iguaçu 43.8 km

Queimados 75,3 km

Rio de Janeiro 32.5 km

São João de Meriti 37.9 km

O Município de Magé é subdivido em 6 distritos



6 - DIVISÃO DISTRITAL:

- **1º Distrito:**

Bairros: Centro, Citrolândia, Figueira, Lagoa, Barbuda, BNH, Flexeiras, Nova Marília, Saco, Parque Iriri, Vila Esperança, Vila Nova, Mundo Novo, Sto. Antônio, Roncador, Piedade, Jardim Esmeralda, Parque Boneville, Barão de Iriri, Jororó, Vila Nova, Vila Inca, Pq. Azul, Maria conga.

- **2º Distrito:**

Bairros: Santo Aleixo, Andorinhas, Poço Escuro, Guandé, Sertão.

- **3º Distrito:**

Bairros: Rio do Ouro, Conceição, Capela, Cachoeirinha, Cachoeira Grande, Campinho.

- **4º Distrito:**

Bairros: Suruí, Partido, Santa Dalila, Pq. Sta. Dalila.

- **5º Distrito:**

Bairros: Guia de Pacopaíba, Leque Azul, Ipiranga, Olaria, Figueira, Anil, Jockey Clube, São Francisco, Itinga.

- **6º Distrito:**

Bairros: Vila Inhomirim, Piabetá, Pau Grande, Fragoso, Ilha, Vila carvalho, Jardim Nazareno, Jardim Novo Horizonte, Maurimárcia, Parque Santana, Bongaba, Parque dos Artistas, Parque Caçula, Parque Maíta, Parque Paranhos, Ponte Preta, Parque Estrela, São Sebastião, Sayonara, Vila Recreio, Corocoxó, Meio da Serra, Corumbá, Porto Rico, Vila Serrana.

3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-AMBIENTAL

I - HIDROGRAFIA

- Rio Roncador
- Rio Inhomirim
- Rio Suruí
- Rio Magé-Mirim
- Rio Saracuruna

II - RELEVO

Acidentado, constando parte do Parque Nacional da Serra dos Órgãos com predominância do clima tropical de altitude.

III - CLIMA

Tropical em quase todo o município, exceto em áreas próximas à Serra dos Órgãos, com predominância do clima tropical de altitude.

4. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Segundo o Censo 2010 (IBGE), a população de Magé é de 227.322 habitantes, sendo estimados 247.741 habitantes para o ano de 2021. Do total de habitantes do último Censo, 48,5% são homens e 51,5% são mulheres (tabela 1). A tabela abaixo resume os dados gerais da população total, discriminando a população por sexo, segundo os grupos de idade/faixa etária de Magé.

Tabela 1 - População de Magé, segundo gênero e faixa etária, 2010

Faixa Etária	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	8.201	7.988
5 a 9 anos	9.146	8.929

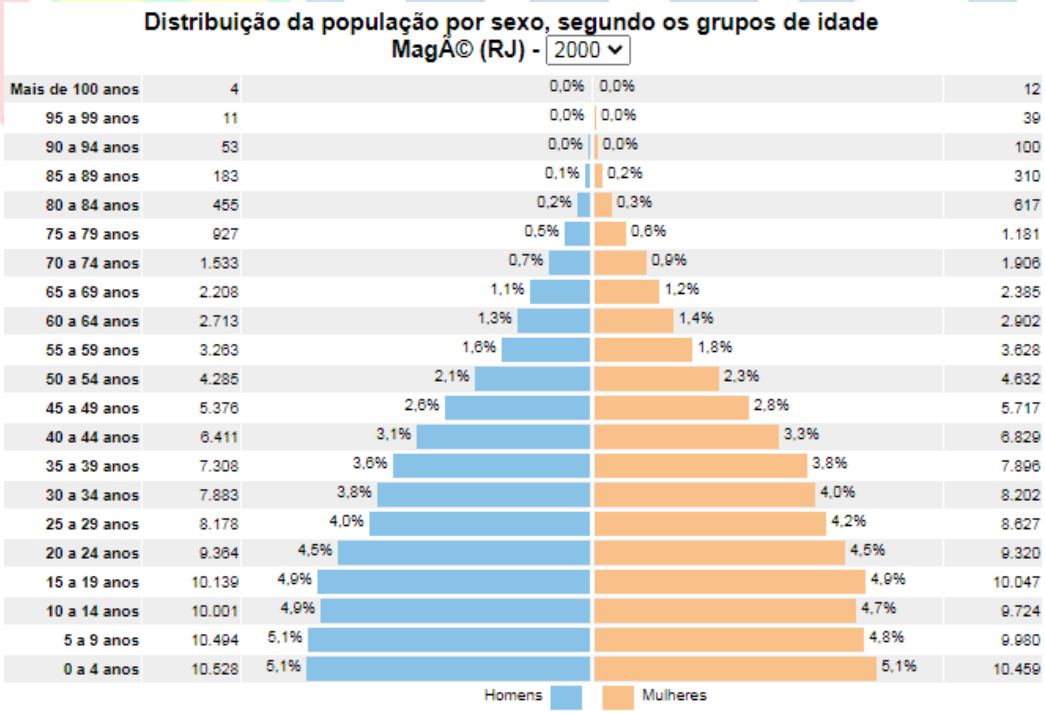
10 a 14 anos	11.074	10.817
15 a 19 anos	10.550	10.282
20 a 24 anos	9.404	9.517
25 a 29 anos	9.020	9.343
30 a 34 anos	8.629	9.310
35 a 39 anos	7.954	8.807
40 a 44 anos	7.802	8.311
45 a 49 anos	6.894	7.521
50 a 54 anos	5.962	6.714
55 a 59 anos	4.937	5.544
60 a 64 anos	3.815	4.424
65 a 69 anos	2.792	3.329
70 a 74 anos	1.958	2.386
75 a 79 anos	1.349	1.679
80 a 84 anos	683	1.095
85 a 89 anos	292	510
90 a 94 anos	80	175
95 a 99 anos	24	50
Mais de 100 anos	10	15
Total	**110.576**	**116.746**

Fonte: IBGE, 2010.

A estrutura demográfica de Magé teve uma mudança evidente quando se compara as pirâmides etárias de 2000 e de 2010 (gráfico 1). A base da pirâmide etária, ou seja, a população infantil, diminuiu significativamente, enquanto que a população adulta e idosa aumentou. Havia uma maior concentração populacional nas faixas de 0-4, 5-9, 10-14 e 15-19 anos em 2000, e

somente 0,8% do total com mais de 80 anos. Já em 2010, as faixas de 10-14 e 15-19 mantiveram a média populacional, enquanto que as faixas de 0-4 e 5-9 anos tiveram queda, no entanto a população e o percentual de pessoas com mais de 80 anos subiu para 1,2% do total. Essa transformação da estrutura demográfica caracteriza o chamado “bônus demográfico” no município, no qual há um grande contingente de pessoas em idade produtiva e um menor número de idosos e crianças, o que favorece o crescimento econômico.

Gráfico 1 - Pirâmides Etárias, Magé, 2000 e 2010



Fonte: IBGE, 2000 e 2010.

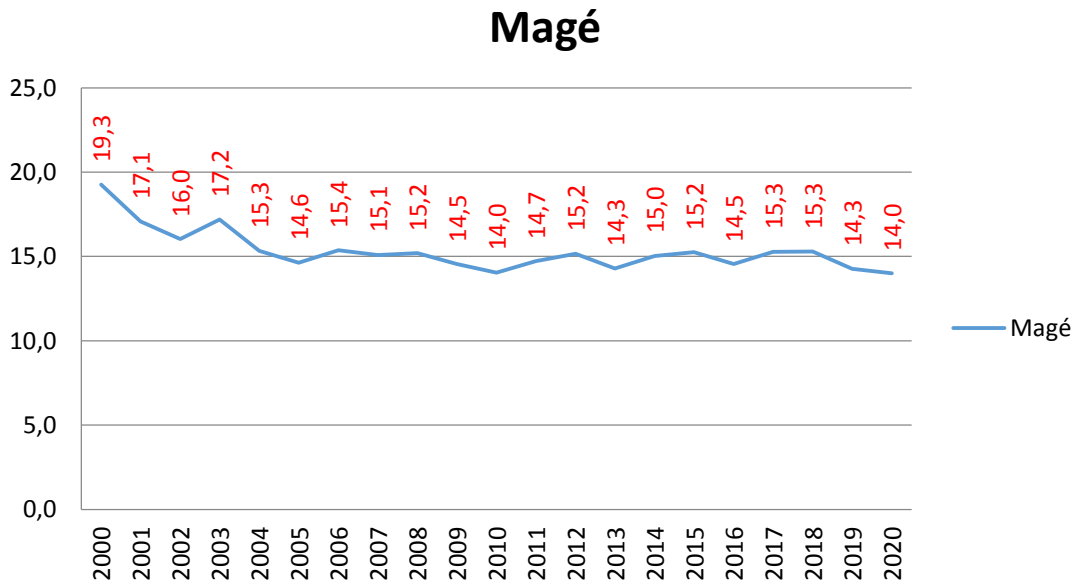
Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
MagÂ© (RJ) - 2010

Mais de 100 anos	10	0,0%	0,0%	15
95 a 99 anos	24	0,0%	0,0%	50
90 a 94 anos	80	0,0%	0,1%	175
85 a 89 anos	292	0,1%	0,2%	510
80 a 84 anos	683	0,3%	0,5%	1.095
75 a 79 anos	1.349	0,6%	0,7%	1.679
70 a 74 anos	1.958	0,9%	1,0%	2.386
65 a 69 anos	2.792	1,2%	1,5%	3.329
60 a 64 anos	3.815	1,7%	1,9%	4.424
55 a 59 anos	4.937	2,2%	2,4%	5.544
50 a 54 anos	5.962	2,6%	3,0%	6.714
45 a 49 anos	6.894	3,0%	3,3%	7.521
40 a 44 anos	7.802	3,4%	3,7%	8.311
35 a 39 anos	7.954	3,5%	3,9%	8.807
30 a 34 anos	8.629	3,8%	4,1%	9.310
25 a 29 anos	9.020	4,0%	4,1%	9.343
20 a 24 anos	9.404	4,1%	4,2%	9.517
15 a 19 anos	10.550	4,6%	4,5%	10.282
10 a 14 anos	11.074	4,9%	4,8%	10.817
5 a 9 anos	9.146	4,0%	3,9%	8.929
0 a 4 anos	8.201	3,6%	3,5%	7.988
		Homens	Mulheres	

Fonte: IBGE, 2000 e 2010.

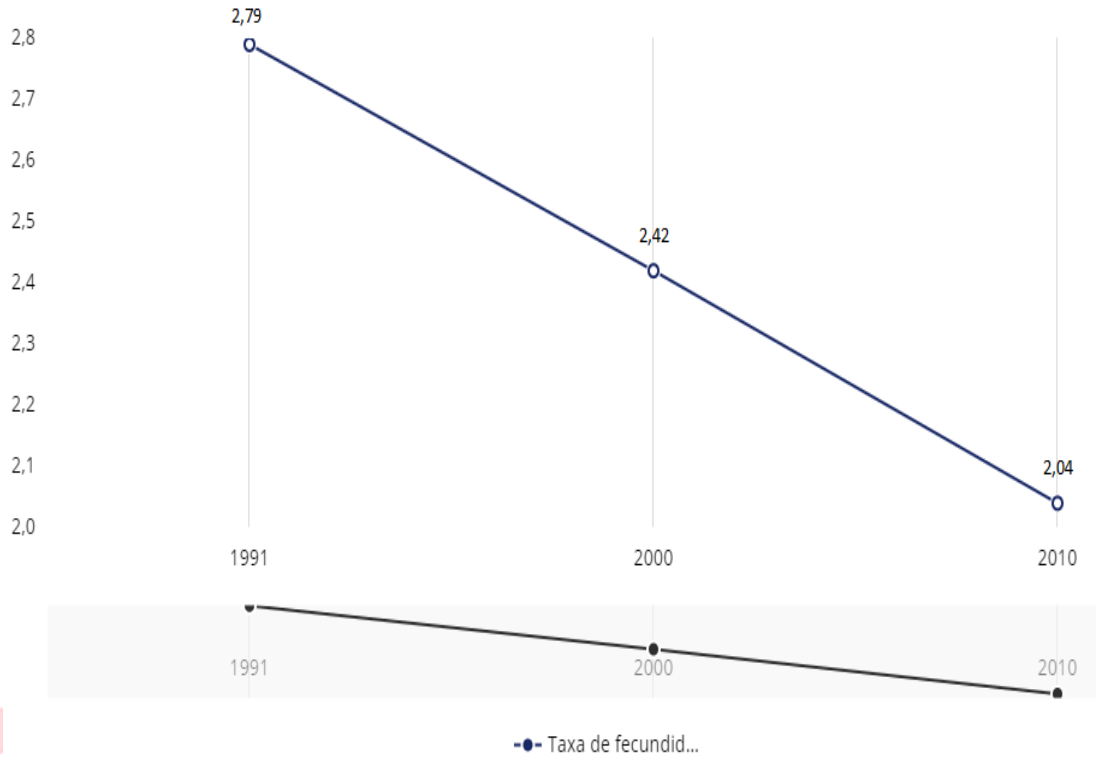
A redução da taxa bruta de natalidade e fecundidade, além do aumento da taxa de envelhecimento refletem essas transformações na estrutura etária de Magé e resultam no aumento da expectativa de vida da população.

Gráfico 2 - Taxa Bruta de Natalidade, Magé, 1991 a 2020



Fonte: SES/RJ (2018-2020); MS/SVS (2000-2017)

Gráfico 3 - Taxa de Fecundidade Total, Magé, 1991, 200 e 2010

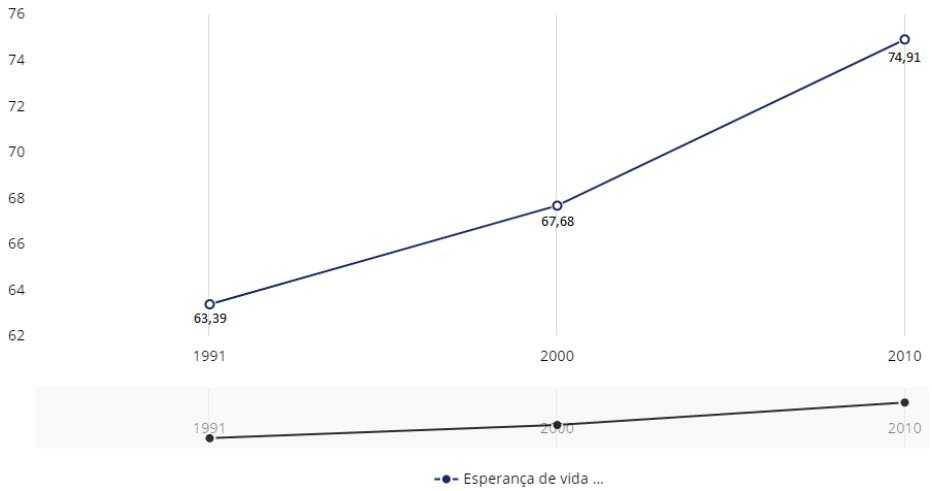


Fonte: A

A taxa de natalidade representa o número de crianças que nascem por ano, para cada mil habitantes. Já a taxa de fecundidade, por sua vez, é o número médio de filhos por mulher com idade de 15 a 49 anos. Em Magé, as duas taxas mostram uma tendência de queda e estão inferiores, nos três anos analisados, à taxa de reposição populacional (gráficos 2 e 3). Esta taxa tem um valor de 2,1 filhos por mulher, ou seja, duas crianças substituem os pais e a fração de 0,1 é necessária para compensar as pessoas que morrem antes de chegar à idade reprodutiva.

O aumento da taxa de envelhecimento da população também é um fator que reflete as mudanças da estrutura etária, traduzindo em consequentes ganhos na esperança de vida, o que reflete diretamente na esperança de vida ao nascer dos indivíduos do município, passando de 63,39 anos em 1991 para 74,91 anos em 2010, significando um aumento considerável em 19 anos (gráfico 4).

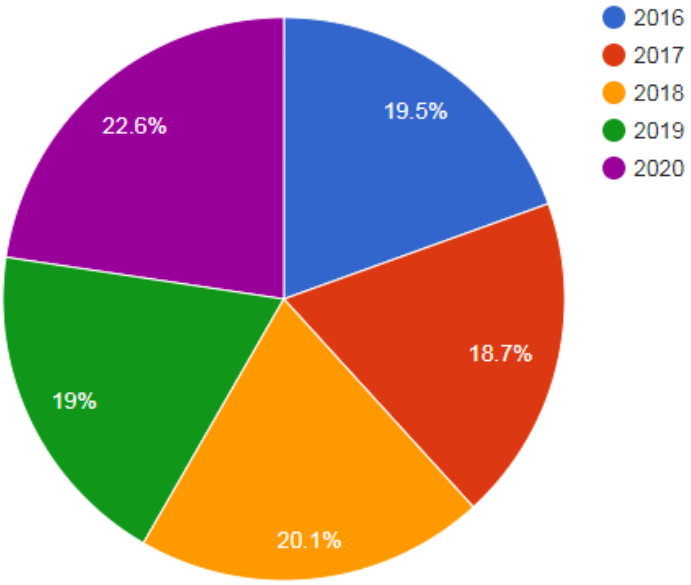
Gráfico 4 - Esperança de vida ao nascer, Magé, 1991, 2000 e 2010



Fonte: ATLAS BRASIL, 2020 / PNAD (2012 – 2017) / (CENSO 1991 – 2010)

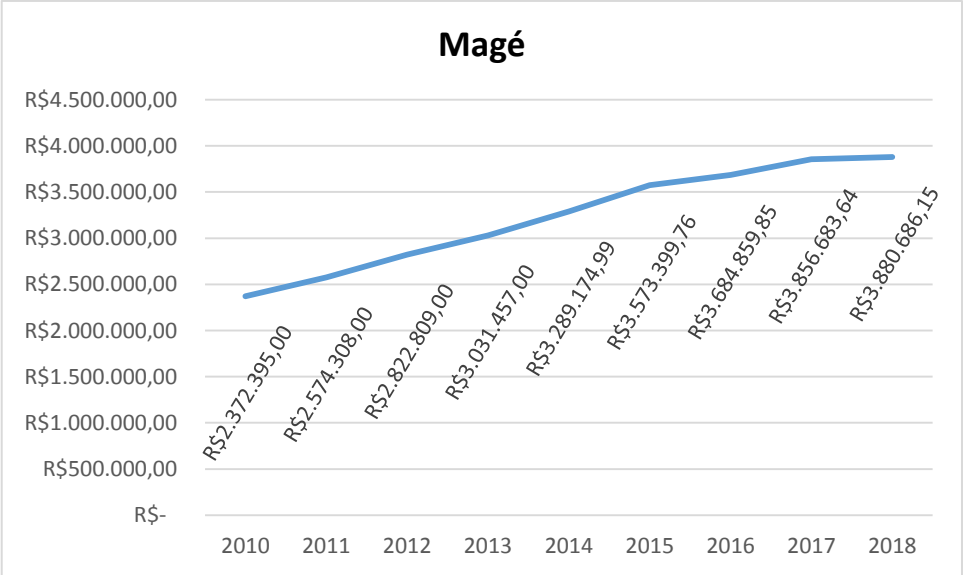
A taxa bruta de mortalidade é o número total de óbitos, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a frequência anual de mortes e é influenciada pela estrutura da população (idade e sexo) e condicionada por fatores socioeconômicos. Traduzindo em números absolutos podemos dizer que de 2016 para 2020 tivemos um aumento significativo no número de óbitos passando de 8854 para 10271

Gráfico 5 – Taxa Bruta de Mortalidade, Magé, 2016 a 2020



No comparativo entre os anos de 2010 a 2018, o PIB a preços correntes de Magé, ou seja, calculado no ano em que o produto foi produzidoe comercializado, teve um aumento, de cerca de R$1.508.291,15.

Gráfico 6- PIB a preços correntes, Magé, 2010 a 2018



Fonte: IBGE

O PIB per capita de Magé em 2018 foi de R$15.926,84. Esse valor indica a riqueza produzida no município dividida pela população, ou seja, mostra até que ponto a produção total do município pode ser compartilhada por sua população. Já a renda per capita é a razão entre o somatório de renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. A renda per capita média de Magé cresceu 115% de 1991 a 2010, passando de R$263,82 em 1991 para R$567,59 em 2010. Este valor é um dos parâmetros utilizados para o cálculo do IDHM.

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Magé, 1991, 2000 e 2010

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	1991	2000	2010
IDHM Geral	0,455	0,573	0,709

IDHM Longevidade	0,640	0,711	0,832
IDHM Educação	0,262	0,413	0,626
IDHM Renda	0,562	0,640	0,685

Fonte: ATLAS BRASIL, 2020.

O IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. A dimensão educação do IDHM considera uma série de indicadores de escolaridade da população adulta e de fluxo escolar da população jovem. A dimensão longevidade considera a esperança de vida ao nascer e a dimensão renda considera a renda per capita da população. O IDHM de Magé evoluiu bastante quando comparado ao de 1991. Nesse ano, o IDHM do município era de 0,455, e em 2010 chegou a 0,709, ocupando a faixa de Desenvolvimento Humano Alto (0,700 a 0,799), e ocupando a 1638ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros, segundo o IDHM. A dimensão que mais contribui para o IDHM de Magé é o de Longevidade, seguido de Renda e Educação. Porém, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos entre os anos foi a Educação.

O número total de matrículas no - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. A dimensão educação do IDHM considera uma série de indicadores de escolaridade da população adulta e de fluxo escolar da população jovem. A dimensão longevidade considera a esperança de vida ao nascer e a dimensão renda considera a renda per capita da população. O IDHM de Magé evoluiu bastante quando comparado ao de 1991. Nesse ano, o IDHM

do município era de 0,455, e em 2010 chegou a 0,709, ocupando a faixa de Desenvolvimento Humano Alto (0,700.

EDUCAÇÃO

O Ideb é calculado com base no aprendizado dos alunos em português e matamática (Prova Brasil) e no fluxo escolar (taxa de aprovação).

Gráfico 7 – Mostra que o Ideb de Magé no ano de 2019 ficou abaixo da meta de 6.0

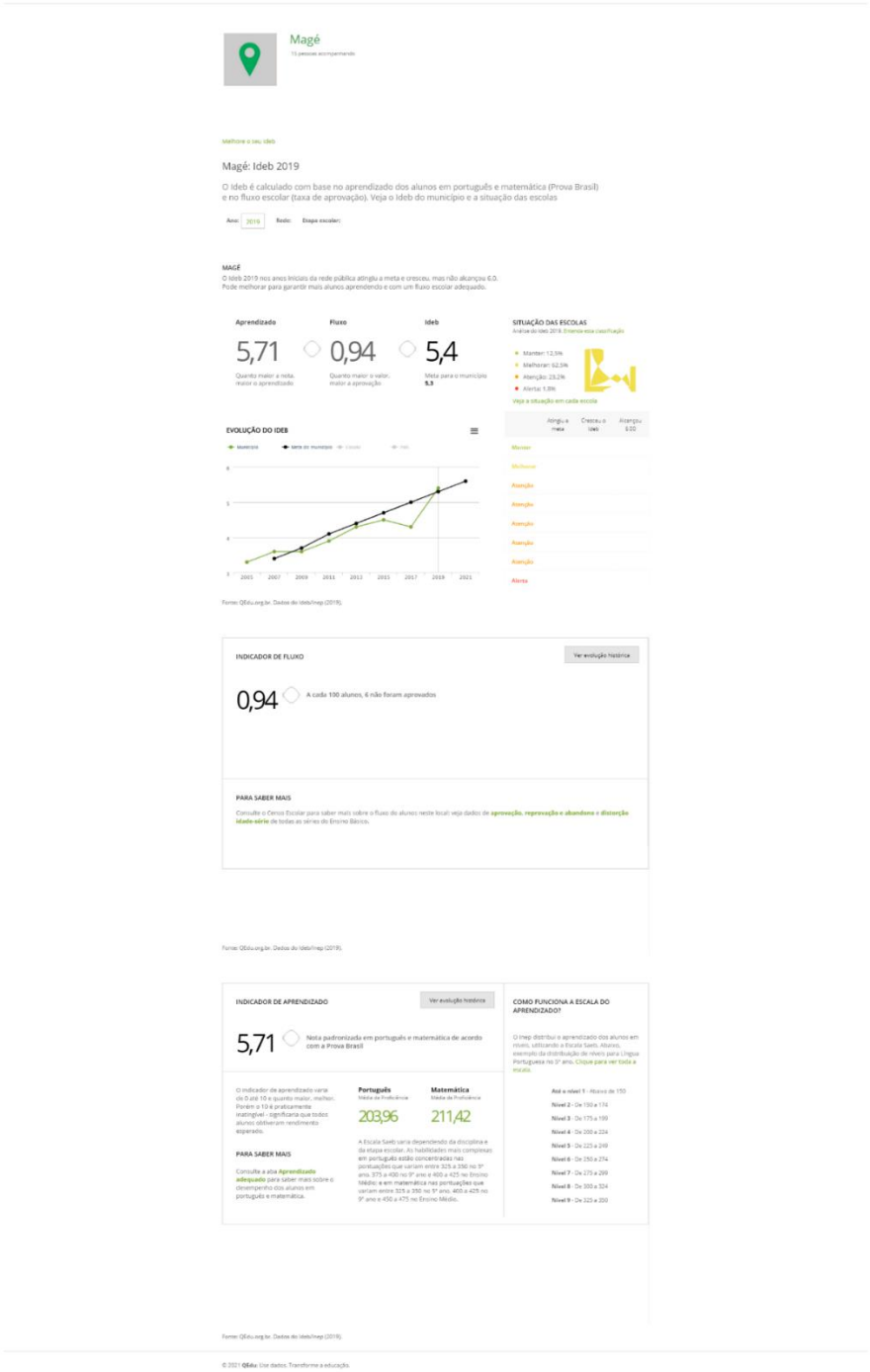


Gráfico 8 – Proporção de alunos com atraso escolar de 2 anos ou mais, para todo o Ensino Básico, de 2006 até 2020.

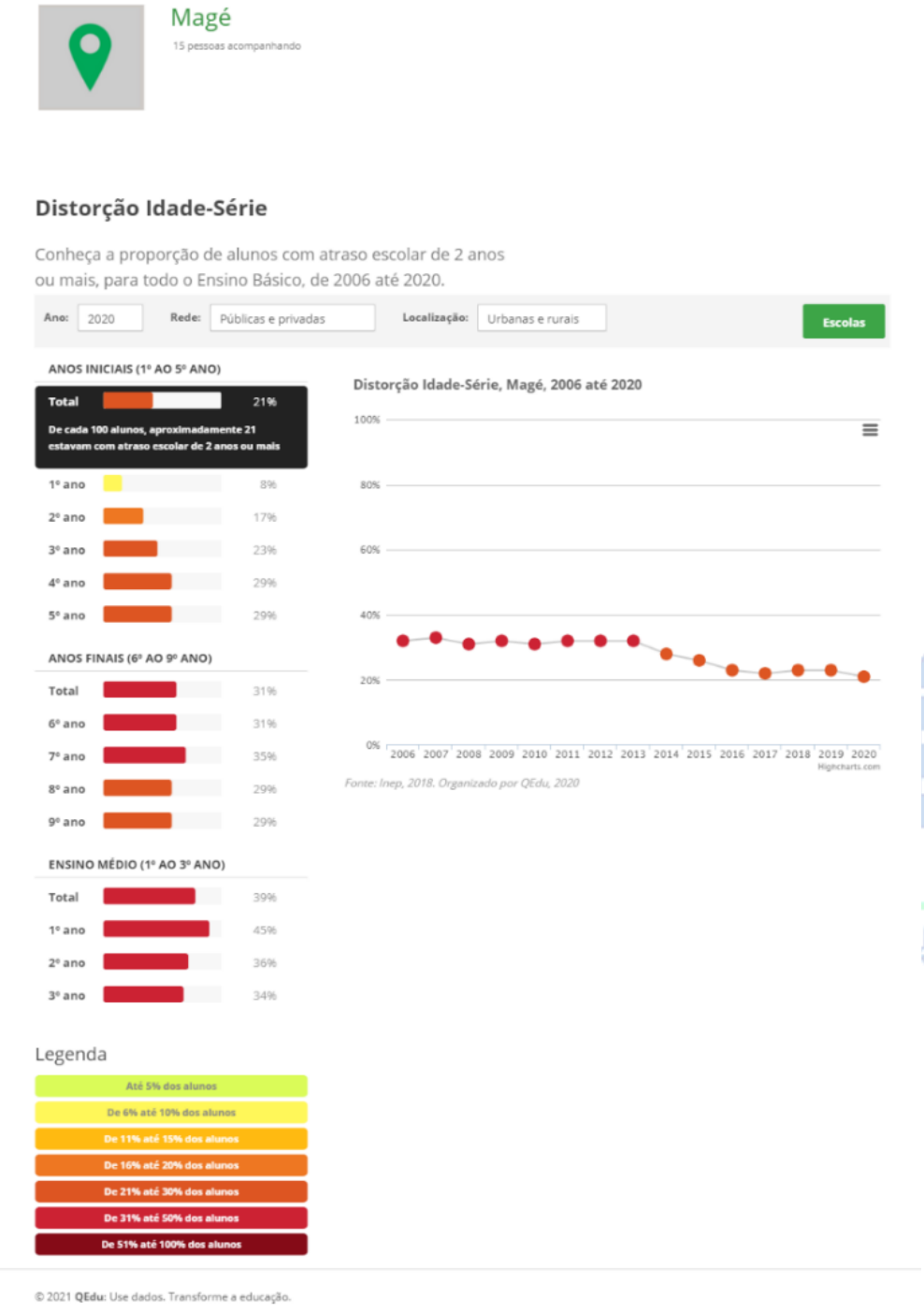


Gráfico 9 – Número total de matrículas no Ensino Fundamental de Magé 2020.

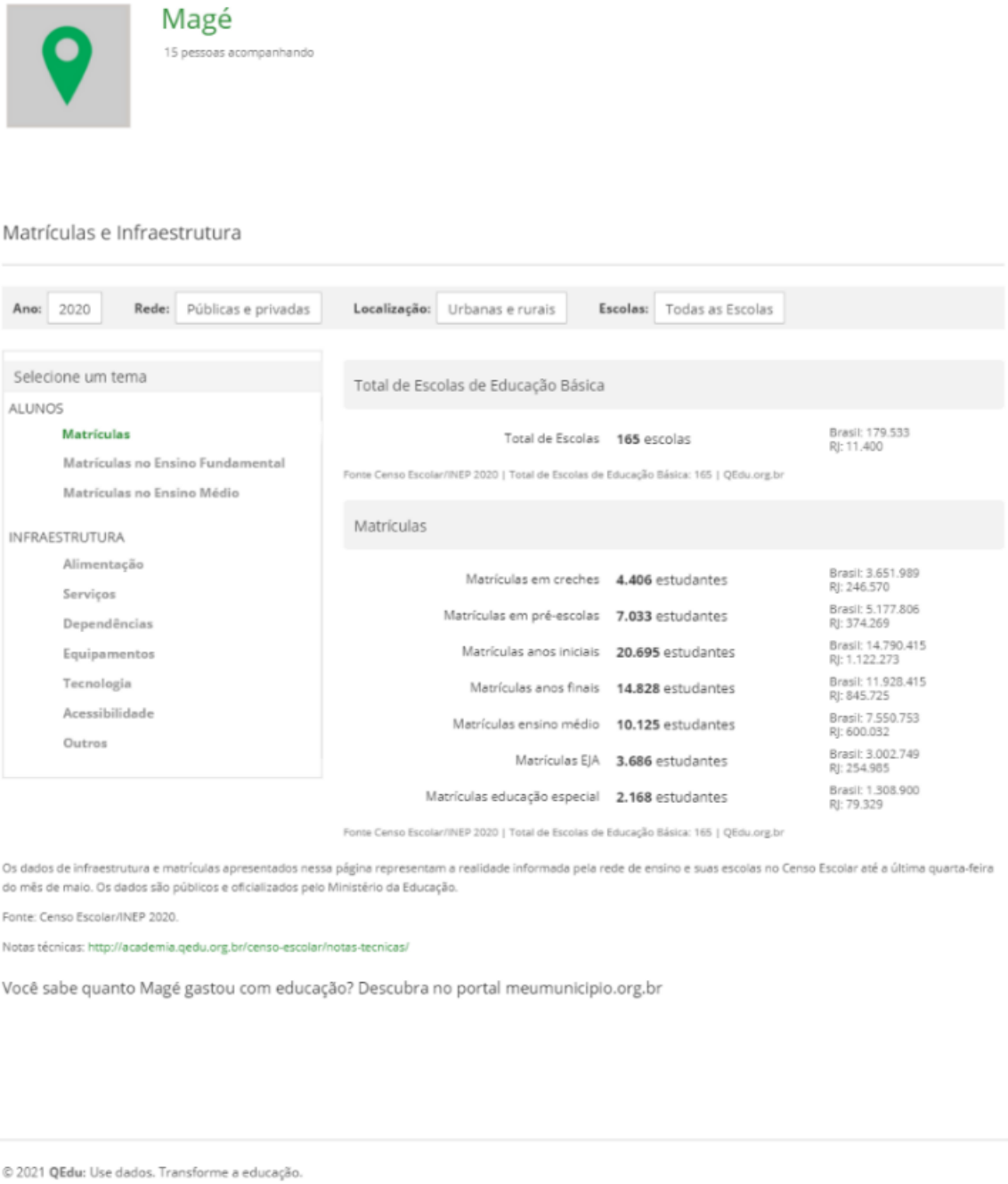


Gráfico 10 – Número total de matrículas por série no Ensino Fundamental de Magé 2020.

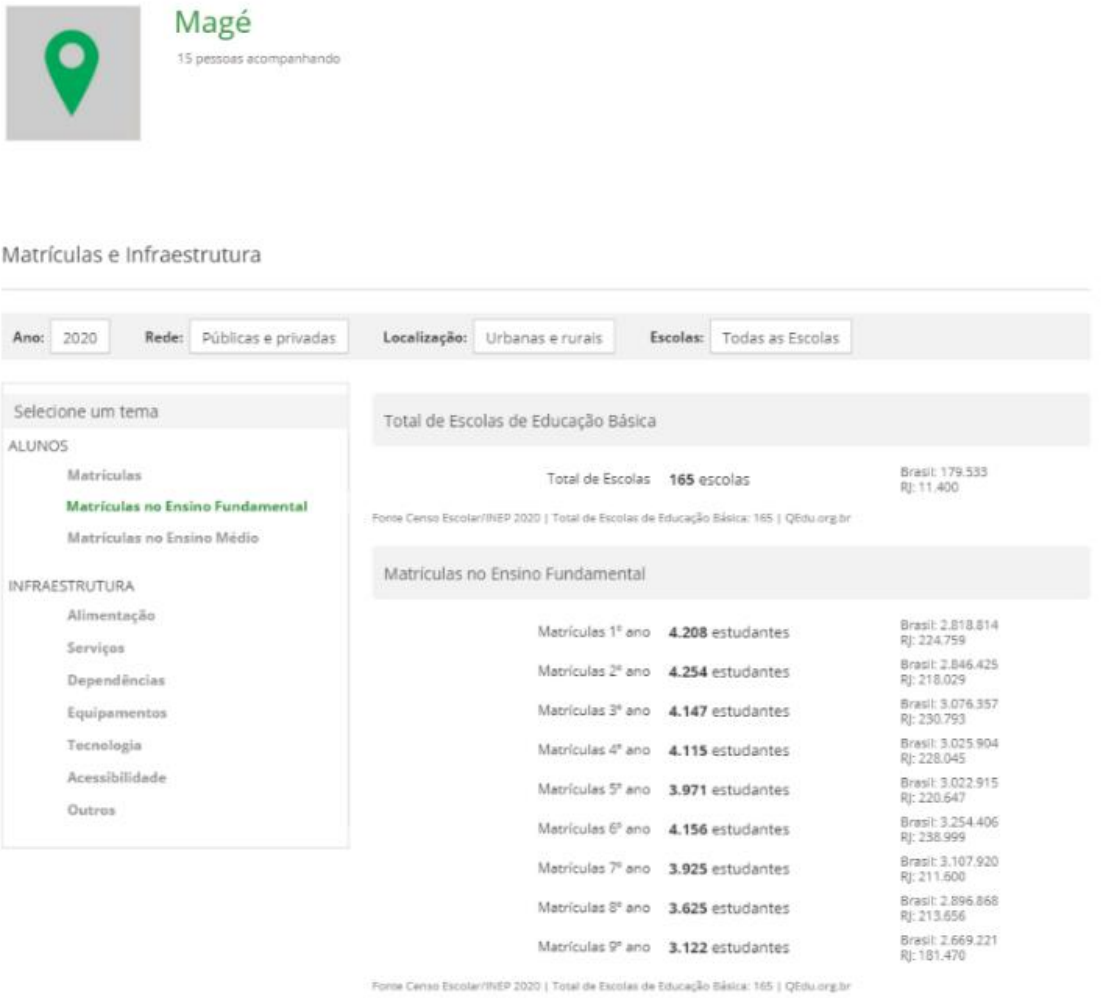


Gráfico 11 - Número total de matrículas no Ensino Médio de Magé 2020.

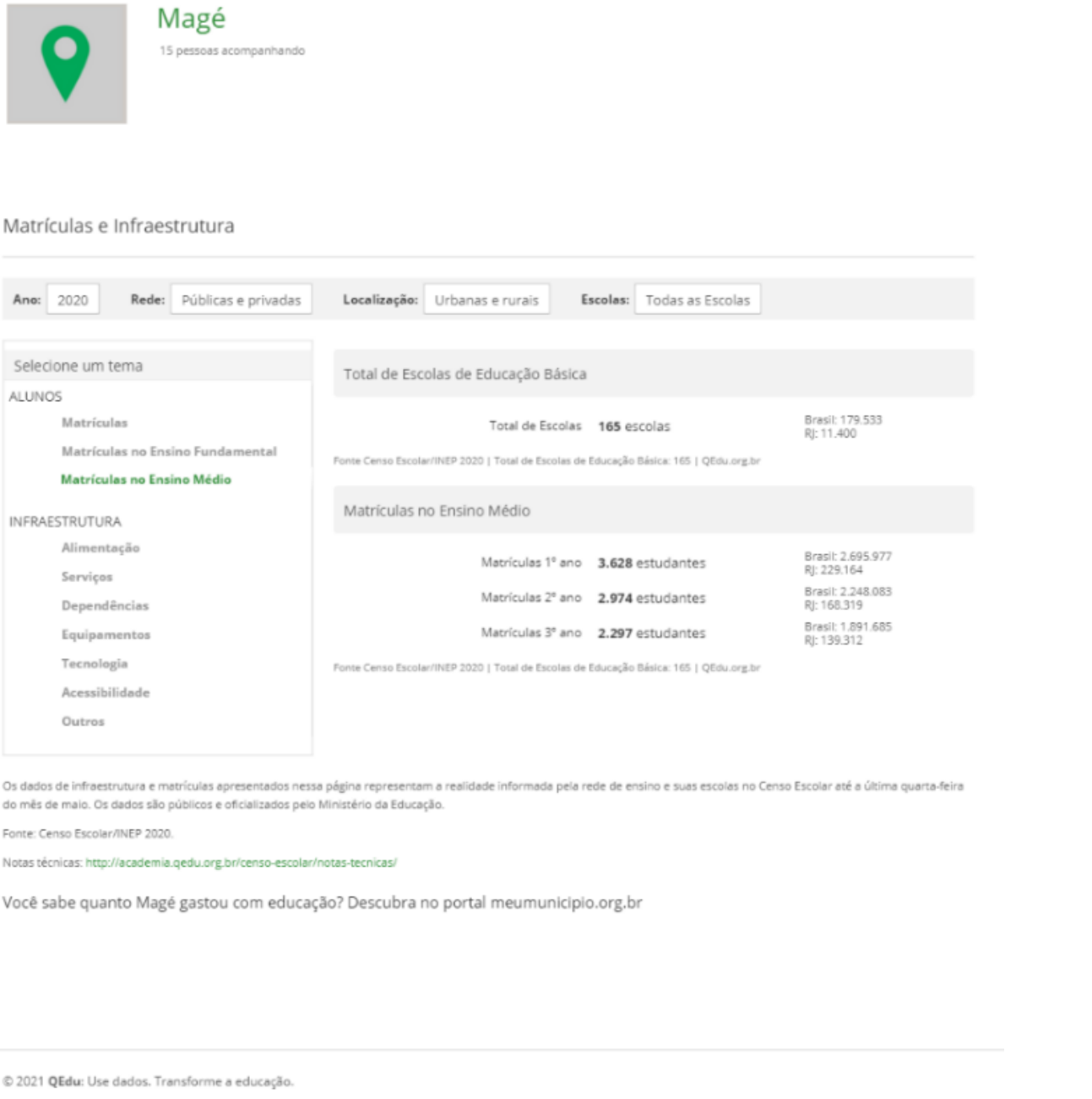


Gráfico 12 - Número total de alunos por distribuição por nível de proficiência 2015 a 2019.



Gráfico 13 – Números de alunos com reprovação ou abandono em 2020 segundo indicadores INEP.



Gráfico 14

Fonte: MEC/Inep/Daeb - Microdados da ANA. Elaboração: Todos Pela Educação.

Fonte: MEC/Inep/Daeb - Microdados do Saeb. Elaboração: Todos Pela Educação

Gráfico 15 – Série histórica do IDEB Magé 2013 a 2019.

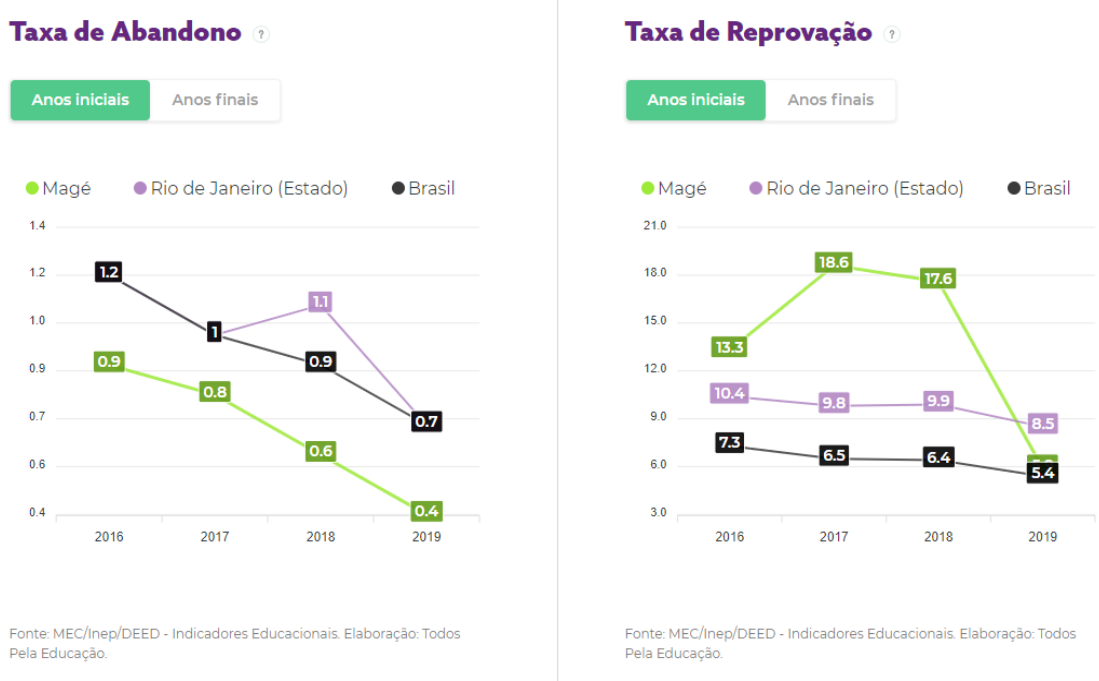
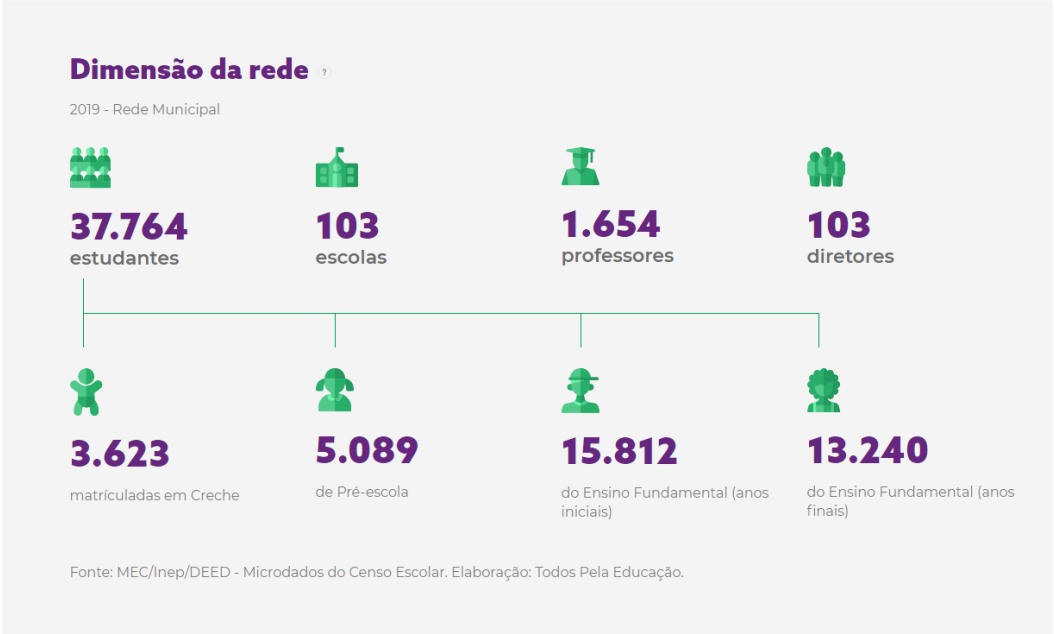


Gráfico 16 – Dados da Rede Municipal de Magé – 2019.



5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico reflete a qualidade de vida da população, a assistência à saúde prestada em todos os ciclos da vida e o comportamento das doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis.

I - Morbidade

Em Magé, no período de 2016 a 2021(*), foram notificados pelo município 18.301 agravos de notificação compulsória.

Tabela 3 -Número de casos de agravos e doenças de notificação compulsória registrados (suspeitos e confirmados) no município de Magé, no período de 2016 a 2021*

AGRAVOS NOTIFICADOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	Total
(OSTEO)ARTROSE EROSIVA							0
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	13	6	19	20	30	4	92

ANEMIA FALCIFORME SEM CRISE					49	2	51
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	425	584	879	758	541	16	3203
CANDIDIASE	2	7	5	8	7		29
CAXUMBA	34	28	19	4			85
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	43	63	66	45	34		251
COQUELUCHE		3	6				9
CRIANÇA EXPOSTA A HIV	8	28	20	33	26		115
DENGUE		78		159	41		278
DOENÇA AGUDA PELO VIRUS ZIKA	1915	2	28	7			1952
DOENÇA DE CHAGAS AGUDA	1						1
DOENÇA EXANTEMATICA - SARAMPO			4	44	48		96
DOENÇA EXANTEMÁTICA - RUBEOLA				1			1
DOENÇA POR CITAMEGALOVÍRUS		1					1
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS, NÃO ESPECIFICADAS		42	23	52	66	4	187
ESPOROTRICOSE	30	44	50	60	50	7	241
ESQUISTOSSOMOSE				1			1
EVENTOS ADVERSOS POS-VACINAÇÃO	1	5	8	1			15
EXPOSIÇÃO A OUTROS FATORES ESPECIFICADOS	127	52	101	112	92	2	486
FEBRE AMARELA			5		1		6
FEBRE DE CHIKUNGUNYA	6	15		1326	14		1361
FEBRE MACULOSA -				5	1		6

RICKETTSIOSES							
FEBRE PELO VIRUS ZIKA - GESTANTE							0
GESTANTES HIV	10	14	17	17	9	1	68
HANSENIASE		32	78	45	23	4	182
HEPATITES VIRAIS	10	55	54	36	10		165
HERPES GENITAL	11	33	30	31	31		136
HERPES ZOSTER		15	4	2	1		22
HIV EM ADULTOS		138	152	101	92	11	494
INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDEMICO)	2						2
LEPTOSPIROSE	1	1	5	3	3	2	15
MALÁRIA			1				1
MENINGITE - DOENÇAS MENINGOCOCICAS	3	14	9	3			29
MENINGITE - OUTRAS MENINGITES	5	7	8	8			28
OUTRAS AFCÇÕES INFLAMATÓRIAS DA VAGINA E VULVA			4				4
OUTRAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO PREDOMINANTEMENTE SEXUAL, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE			2	10			12
SIFILIS CONGENITA	20	84	119	162	102	6	493
SIFILIS EM ADULTOS	47	35	3	19		1	105
SIFILIS EM CRIANÇA							0
SIFILIS EM GESTANTES	91	201	179	213	185	7	876

SIFILIS GENITAL PRIMÁRIA	19		1				20
SIFILIS LATENTE, NÃO ESPECIFICADA SE RECENTE OU TARDIA			2	111			113
SÍFILIS NÃO ESPECIFICADA	40	227		434	133	22	856
SÍFILIS PRIMÁRIA DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES				2			2
SÍFILIS SECUNDÁRIA DE PELE E MUCOSAS		2		4	2		8
SINDROME DA ULCERA GENITAL			1	5			6
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL	16	33	20	19	23		111
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMENS	16	79	102	137	98	5	437
TÉTANO ACIDENTAL					1	1	2
TOXOPLASMOSE			6	10	1		17
TRICOMONIASE		1	5	2			8
TUBERCULOSE		153	219	200	147	12	731
VARICELA			193	5			198
VARICELA SEM COMPLICAÇÕES	270	268	2				540
VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	650	866	955	803	687	192	4153
Total	**3816**	**3216**	**3404**	**5018**	**2548**	**299**	**18301**

Fonte: SINAN NET - *dados preliminares

Dos agravos agudos notificados no período, o de maior frequência foi a violência interpessoal/autoprovocada, apresentando altos índices de ocorrência,

especialmente em 2017 e 2018, constatando os anos de ápice no município.

CARACTERÍSTICAS GERAIS:

A violência interpessoal e auto provocada é um agravo de grande importância para o setor de saúde pela magnitude com que atinge toda a sociedade; é considerada um problema de saúde pública, sem distinção de idade, sexo, classe social, raça, credo e também pelas consequências negativas advindas dos casos de violência, pela perda da qualidade de vida, pela sensação de insegurança, pela degradação do convívio social e do ambiente familiar. A violência é concebida como o uso intencional da força física ou poder, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade. Dentre as várias formas e natureza de violência podemos citar inicialmente a violência interpessoal onde um ou mais agressores causam lesões em uma ou mais vítimas e a violência auto provocada quando a própria pessoa provoca lesões em si mesma: em casos de suicídio, tentativa de suicídio e autoflagelação. E a violência doméstica/intra familiar é caracterizada quando há um vínculo afetivo ou familiar entre o agressor e a vítima.

“Considera-se como violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

Em se tratando de notificação, temos como base o uso do Sistema de informação de Agravos de Notificação – SINAN, que estão especificados na Ficha de Notificação Individual, como definições de caso: os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens, em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Tabela 4 -Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos no Estado do Rio de Janeiro

Óbit.mulheres idade fértil p/res Óbit.maternos p/residência Óbit.maternos tardios p/resid Óbit.maternos p/sequel p/resid por Ano do óbito

Município de residência: Magé

Período:2017-2021

Ano do óbito	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Óbit.mulheres_idad_fért_p/res	108	113	108	143	116	588
Óbit.maternos_p/residência	2	2	3	2	2	11
Óbit.maternos_tardios_p/resid	1	-	-	-	-	1

Mortalidade Geral em residentes em Magé

A distribuição dos óbitos em residentes de Magé, segundo ano de ocorrência e os principais grupos de causas (Capítulo da Classificação Internacional de Saúde da 10 Revisão – CID 10), demonstra que, no período de 2017 a 2021 (dados provisórios para este último ano), as doeças do aparelho circulatório e respiratório, as neoplasias e as causas externas (violência, acidente, suicídios, homicídios e outras causas) teve um aumento no números de óbito (Tabela 5 e 6).

Tabela 5 -Óbitos por residência por Causa do óbito - capítulo e Ano do óbito

Município de residência: Magé

Período:2017-2021

Causa do óbito - capítulo	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Capítulo 1 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	107	133	115	493	453	1301
Capítulo 2 - Neoplasias [tumores]	261	288	281	256	181	1267
Capítulo 3 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	15	20	20	18	17	90
Capítulo 4 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	158	153	141	160	118	730
Capítulo 5 - Transtornos mentais e comportamentais	13	17	16	17	18	81
Capítulo 6 - Doenças do sistema nervoso	37	34	26	46	22	165
Capítulo 7 - Doenças do olho e anexos	-	1	-	-	-	1
Capítulo 8 - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1	1	1	1	4
Capítulo 9 - Doenças do aparelho circulatório	669	700	706	633	387	3095
Capítulo 10 - Doenças do aparelho respiratório	241	241	237	270	169	1158
Capítulo 11 - Doenças do aparelho digestivo	79	90	84	72	61	386
Capítulo 12 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	13	16	15	7	64
Capítulo 13 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6	4	3	5	4	22
Capítulo 14 - Doenças do aparelho geniturinário	87	98	120	94	56	455
Capítulo 15 - Gravidez, parto e puerpério	3	2	3	2	2	12
Capítulo 16 - Algumas afecções originadas no período perinatal	25	25	28	28	12	118
Capítulo 17 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	20	20	26	8	9	83
Capítulo 18 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classific	61	124	67	201	176	629

Capítulo 20 - Causas externas de morbidade e de mortalidade	263	259	229	212	127	1090
Capítulo 22 - Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-	20	20
Total	2058	2223	2119	2531	1840	10771

Tabela 6 - Óbitos por residência por Causa do óbito - grupo e Ano do óbito

Município de residência: Magé

Período:2017-2021

Causa do óbito - grupo	2017	2018	2019	2020	2021	Total
V01-X59 Acidentes	89	85	85	51	30	340
. V01-V99 Acidentes de transporte	27	23	19	6	4	79
... V01-V09 Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	6	9	8	1	2	26
... V10-V19 Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	-	1	-	2	1	4
... V20-V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	4	2	-	1	8
... V40-V49 Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	3	6	5	1	-	15
... V60-V69 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	1	-	-	-	-	1
... V70-V79 Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de	-	-	-	1	-	1

transporte						
... V80-V89 Outros acidentes de transporte terrestre	16	3	4	1	-	24
. W00-X59 Outras causas externas de traumatismos acidentai	62	62	66	45	26	261
... W00-W19 Quedas	14	11	13	6	3	47
... W20-W49 Exposição a forças mecânicas inanimadas	1	-	1	2	-	4
... W65-W74 Afogamento e submersão acidentais	2	5	4	4	3	18
... W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração	9	10	8	10	9	46
... W85-W99 Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambie	5	3	7	-	-	15
... X00-X09 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	2	1	3	2	-	8
... X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição à substâncias nocivas	5	8	9	6	4	32
... X58-X59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	24	24	21	15	7	91
X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente	9	12	11	10	7	49
X85-Y09 Agressões	134	119	95	72	48	468
Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	19	22	18	72	37	168
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	8	9	6	-	-	23
Y40-Y84 Complicações de assistência médica e cirúrgica	3	12	12	7	5	39
. Y40-Y59 Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade te	-	1	-	-	-	1
. Y70-Y82 Incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de disposi	-	-	1	-	-	1
. Y83-Y84 Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e o	3	11	11	7	5	37
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas de	1	-	2	-	-	3

morbidade e de mortalidade						
Total	263	259	229	212	127	1090

Tabela 7 - Investigação de óbitos

% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, Óbitos de mulheres em idade fértil investigados, Óbitos de mulheres em idade fértil notificados, % de óbitos maternos investigados, Óbitos maternos investigados, Óbitos maternos notificados, % de óbitos infantis e fetais investigados, Óbitos infantis e fetais investigados, Óbitos infantis e fetais notificados segundo Ano

Município: Magé;
Ano:2017 - 2021;

Ano	Total	2017	2018	2019	2020	2021
% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	71,2	82,1	75,7	95,3	59,0	24,1
Óbitos de mulheres em idade fértil investigados	368	87	84	102	82	13
Óbitos de mulheres em idade fértil notificados	517	106	111	107	139	54
% de óbitos maternos investigados	66,7	100,0	100,0	66,7	33,3	50,0
Óbitos maternos investigados	8	2	2	2	1	1
Óbitos maternos	12	2	2	3	3	2

notificados						
% de óbitos infantis e fetais investigados	68,9	73,0	66,7	80,5	51,5	69,2
Óbitos infantis e fetais investigados	337	81	80	107	51	18
Óbitos infantis e fetais notificados	489	111	120	133	99	26

Tabela 8 -Óbitos infantis por residência por Ano do óbito

Município de residência: Magé

Período:2017-2021

Ano do óbito	Óbitos por residência
2017	49
2018	61
2019	64
2020	46
2021	25
Total	245

5. DIAGNÓSTICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

O modelo de governança da atenção à saúde em Magé é pautado na gestão do cuidado em rede, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, por atender e resolver a maior parte das suas necessidades.

A gestão do cuidado em rede pode ser definida como um conjunto de arranjos institucionais necessários para a garantia da produção, coordenação e gestão do cuidado. Com esse olhar, a gestão do cuidado em rede atua com os seguintes propósitos: a prática da equidade; o foco na Atenção Primária à Saúde (APS); a atenção voltada à pessoa; a integralidade das práticas e ações; e a coordenação do cuidado pela APS. A equidade permite assegurar atenção diferenciada a pessoas, populações ou grupos, sujeitos a variados riscos de adoecer e morrer, que necessitam de acesso aos diferentes tipos de serviços de saúde. Para garantir esse cuidado necessita-se de planejamento e priorização, considerando a responsabilidade sanitária de cada território, no processo de organização da rede.

A política da Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para o fortalecimento das redes de atenção nos diferentes ciclos de vida e em diferentes temáticas, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Engloba ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, com o intuito de alcançar a integralidade do cuidado. A APS é pautada em um conjunto de atributos essenciais e tem como foco o cuidado de uma população vinculada a um território específico, considerando a necessidade de cada localidade e de sua população.

A Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O financiamento federal de custeio da APS é constituído por: **capitação ponderada**, **pagamento por desempenho** e **incentivos para ações estratégicas**.

O financiamento da APS combina recursos financeiros de Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivos para ações estratégicas em contexto específico (Região Amazônica, população em situação de rua) e para

programas (Saúde na Hora, Informatiza APS, etc). Essa forma traz diferentes dispositivos para responder aos desafios estruturantes da Atenção Primária brasileira (aumentar a cobertura, melhorar a qualidade e resolutividade, enfrentar o aumento de carga de doenças crônicas), com maior equilíbrio entre os efeitos de cada componente, prevenindo possíveis implicações indesejáveis presentes em qualquer forma isolada de financiamento em saúde.

Os incentivos financeiros serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos municípios, ao Distrito Federal e aos estados, com possibilidade de visualização e monitoramento das transferências pelo Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde do endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA MENSAL DE CUSTEIO DA APS

UF	**Município**	**IBGE**	**Tipologia**	**Competência Financeira**	**Capitação Ponderada**	**Desempenho (Portaria nº 874 de 10/05/2019)**	**Desempenho ISF**	**Incentivo para Ações Estratégicas***	**Incentivo Financeiro de Fator de Correção(** Portaria nº 166 de 27/01/2021)	**Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional**	**Valor Total**
RJ	MAGÉ	330250	Urbano	06/2021	R$ 755.295,64	R$ 0,00	R$ 132.225,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 121.514,37	R$ 1.009.035,01

5.2 INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS

O incentivo financeiro referente ao Incentivo para Ações Estratégicas é definido com base em especificidades e prioridades em saúde, assim como aspectos estruturais e de produção assistencial das equipes e unidades de saúde, por meio de adesão ou credenciamento da gestão municipal a programas, estratégias e serviços, ou o cumprimento de requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. Esses incentivos financeiros abrangem características específicas de acordo com a necessidade em saúde de cada município ou território, contemplando a implementação de programas, estratégias e ações que refletem as singularidades da APS. Portanto, este

componente busca atender às especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas.

O valor do incentivo financeiro do Incentivo para Ações Estratégicas é variado de acordo a estratégia, programa ou ação.

O incentivo financeiro do Incentivo para Ações Estratégicas será **monitorado** e **transferido** mensalmente. O monitoramento, a suspensão e as transferências financeiras referentes a esse incentivo observarão as regras previstas na PNAB e nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias.

Incentivo para Ações Estratégicas	**Incentivo Financeiro – competência financeira 06/2021**
1 - Programa Saúde na Hora	R$ 0,00
2 - Equipe de Saúde Bucal (eSB)	R$ 25.756,50
3 - Unidade Odontológica Móvel (UOM);	R$ 0,00
4 - Centro de Especialidades Odontológicas Municipal (CEO)	R$ 55.051,88
5 - Laboratório Regional de Prótese Dentária Municipal (LRPD)	R$ 7.500,00
6 - Equipe de Consultório na Rua (eCR)	R$ 0,00
7 - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	R$ 0,00
8 - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	R$ 0,00
9 - Microscopista	R$ 0,00
10 - Equipe de Atenção Básica Prisional Estadual (eABP)	R$ 0,00
11 - Custeio das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade	R$ 0,00
12 - Programa Saúde na Escola Municipal (PSE)	R$ 0,00

13 - Programa Academia da Saúde	R$ 0,00
14 - Programa de Apoio à Informatização da APS	R$ 32.300,00
15 -Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional	R$ 0,00
16 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*	R$ 0,00 (direto) + R$ 633.950,00 (indireto)

*Estabelecido no Artigo 42 da Seção V da Portaria de Consolidação nº 6 de 28/09/2017, referente a Portaria nº 1.024, de 21/07/2015

5.3 CAPITAÇÃO PONDERADA

O incentivo financeiro referente a Capitação Ponderada é definido com base no quantitativo da população cadastrada por equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica do município (Tipologia, segundo IBGE).

O valor do incentivo financeiro de Capitação Ponderada corresponde ao per capita base anual de R$ 50,50 (PORTARIA Nº 169, DE 31 DE JANEIRO DE 2020), por pessoa cadastrada nas eSF e eAP, podendo variar de acordo com as atribuições de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA MENSAL – CAPITAÇÃO PONDERADA

UF	MUNICÍPIOS	IBGE	Quadrimestre de Referência	Competência Financeira	Nº de equipes					Nº de pessoas cadastradas consideradas para cálculo do quadrimestre		Pontuação do município para definição do cálculo de Capitação Ponderada no quadrimestre			Valor de Capitação Ponderada
					Nº de eSF	Nº de eAP	Nº de eAP	População do Município	Parâmetro de Cadastro Municipal	COM critério de vulnerabilidade	SEM critério de vulnerabilidade	Pontos COM critério de vulnerabilidade	Pontos SEM critério de vulnerabilidade	Total de Pontos	

						20h	30h								
RJ	MAGÉ	330250	Q1	06/2021	39	0	0	245.071	164.000	82.267	81.733	106947.1	81733	188680.1	R$ 755.295,64

Redes de atenção do Município de Magé conforme já mencionado, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) perpassam todos os níveis de atenção, retratados pelas áreas anteriormente analisadas, e subsidiados pelos sistemas logísticos e de apoio. A seguir, são descritas as principais redes para o cuidado integral ao usuário em todos os ciclos de vida.

5.4 HIPERDIA: Destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na ESF, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

5.5 PASIM: A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa promove articulação intersetorial para o acompanhamento das ações em Saúde da Pessoa Idosa visando o cuidado integral e a proteção social e a formação e qualificação do cuidado às Pessoas idosas e seus familiares.

5.6 SAÚDE DO HOMEM: O programa promove o engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo e no acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto de suas parceiras e no cuidado do desenvolvimento da criança, com a possibilidade real de melhoria na qualidade de vida para todas as pessoas envolvidas e vínculos afetivos saudáveis.

5.7 PAISMCA: O programa oferece alguns serviços para a comunidade atendida pela UBS, entre eles estão cirurgias ginecológicas, patologia cervical, coleta de preventivo, pré-natal de baixo risco, teste do pezinho, atendimentos pré-operatórios e planejamento familiar, com reuniões semanais. Além da assistência com a criança e o adolescente.

5.8 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Constitui estratégia ENTRE SECRETARIAS – Secretária Municipal de Educação (SME) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 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 de Educação. O processo de adesão ocorre anualmente, conforme Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de Junho de 2013.

No Termo de Compromisso consta as ações a serem implementadas, escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do programa, bem como as metas de cobertura de educandos para as ações de promoção, prevenção, educação e avaliação das condições de saúde no território de responsabilidade. O Programa é dividido em componentes de avaliação das condições de saúde (componente I), de promoção da saúde e prevenção de agravos (componente II) e de formação (componente III).

5.9 E-SUS: O programa tem por objetivo reestruturar as informações da atenção básica, e agrupar informações de usuários do SUS a fim de totalizar indicadores.

5.10 CAD-SUS: Tem por objetivos cadastrar os usuários no sistema único de saúde através das Equipes de Saúde da Família.

5.11 SERVIÇO SOCIAL: Este programa serve de apoio dentro das Unidades de Saúde do município, a fim de contribuir com os campos de políticas sociais com o compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população.

5.12 SAÚDE BUCAL: As equipes de saúde bucal (eSB) vinculadas à eSF e eAP realizam ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde através da ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas equipes são constituídas por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. E podem ser classificados em modalidade I e II, de acordo a composição profissional estabelecida na PNAB. Os profissionais das eSB devem cumprir carga horária individual de 40h semanais, com a excepcionalidade da eSB de carga horária diferenciada em que os profissionais podem cumprir carga horária individual de 30h ou 20h semanais.

TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA MENSAL – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

UF	MUNICÍPIOS	IBGE	Competência Financeira	Nº de equipes			Nº total de ESB custeada	Valor Total de ESB
				Nº de ESB 40h	Nº de ESB 20h	Nº de ESB 30h		
RJ	MAGÉ	330250	06/2021	10	0	0	10	R$ 25.756,50

6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde tem o propósito de identificar agravos, riscos e determinantes, e fazer intervenções no sentido de proteger, prevenir e promover a saúde da população. Com esse objetivo, a atuação da vigilância em Magé reúne as ações de vigilância epidemiológica, de agravos transmissíveis e não transmissíveis, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador, controle de zoonoses e imunizações.

Serão apresentadas as Ações a serem desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador.

I - A **vigilância epidemiológica** é um "conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". (BRASIL, 1990).

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

II - A **vigilância em saúde ambiental** centra-se nos fatores não biológicos do meio ambiente que possam promover riscos à saúde humana: água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambientes de trabalho.

III - A **vigilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que direta

ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde.

IV - A **vigilância da saúde do trabalhador** caracteriza-se como um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

7. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atenção nos Serviços de Urgências De acordo com a Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, são considerados componentes e interface da Rede de Atenção às Urgências, todos os serviços e ações que buscam garantir a integralidade do cuidado. A Rede de Atenção às Urgências foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deva ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior ou menor complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

O Modelo de Atenção às Urgências deve ser centrado no usuário, garantido a universalidade, equidade e integralidade do cuidado, ampliando o acesso com acolhimento e classificação de risco, integrando os componentes da Rede de Atenção à Saúde por meio da regulação. Esta nova visão da prestação de serviço em saúde surgiu da reflexão sobre práticas e necessidades emergentes na atenção à saúde no município do Magé. O novo modelo de assistência está de acordo com os

preceitos e diretrizes do SUS que visam à estruturação da rede de saúde dentro de perspectivas de garantia de acesso, qualidade assistencial e baseado na estruturação das redes de atenção.

A portaria 1.600 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria normatiza a estruturação da rede de saúde para o atendimento aos usuários com quadros agudos. Ainda, destaca que a organização em rede visa atender aos problemas de saúde dos usuários na área de urgência. Sendo assim, é fundamental considerar o perfil epidemiológico no Brasil. Compondo a reformulação da rede de atenção às urgências necessitamos considerar as necessidades regionais e planejar a reestruturação da rede e dos pontos de atenção com base nas características regionais.

O Decreto 7508, de 27 227 de julho de 2011, regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde – SUS dentro da lógica de regionalização da rede de saúde. A Coordenadoria Geral do Sistema Municipal das Urgências - CMU tem como missão estruturar, articular, regular e monitorar a rede de atenção às urgências de Magé, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS.

Tem por visão ser o referencial público na coordenação e operação do Sistema Municipal das Urgências, em suas diferentes complexidades e, a partir de valores de comprometimento com as políticas públicas e os princípios do SUS, respeito ao ser humano, trabalho em rede e competência técnica. Fazem parte do Sistema Municipal de Urgências os seguintes componentes: Hospitalares, Hospital Municipal de Magé; Hospital Materno -Infantil Municipal Vereador Hugo Braga(Piabetá); Hospital Municipal de Santo Aleixo; Unidade Mista 24hs de Fragoso; Unidade Mista 24hs de Mauá ; Unidade Mista 24hs de Suruí.; Samu Base Descentralizada; Upa 24hs Magé ; 5 Centro de especialidades Ambulatoriais, Centro

de Fisioterapia; Rede de Saúde Mental; CEO Centro de Especialidades Odontológicas, 02 Farmácia Municipal.

O SAMU atende os casos que necessitam de atendimento imediato e transporte do paciente para uma Unidade de Urgência, como traumas, urgências clínicas, obstétricas e psiquiátricas. O atendimento por telefone é realizado por funcionários administrativos e médicos reguladores pelo CISBAF (Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense. Esse médico avaliará cada caso e poderá liberar a ambulância para o atendimento e transporte do usuário ou dar orientações sobre como os acompanhantes ou familiares devem agir. A partir dessa avaliação, pode-se definir qual o nível de urgência do atendimento para envio da ambulância mais adequada. O SAMU conta, atualmente, com 4 unidades móveis, dentre as quais 2 são Unidades de Suporte Básico (USB), com auxiliares de enfermagem, e 2 são Unidades de Suporte Avançado (USA), que conta com a presença de um médico para atendimento imediato.

8. CONTROLE E AVALIAÇÃO

A Portaria nº28 de 08 de janeiro de 2015 - Reformula ***o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).***

O Controle e Avaliação são processos inerentes à função de gestão, voltados para os aspectos quantitativos, qualitativos, físicos e financeiros das políticas de saúde.

No que se refere às ações e serviços de Média e Alta Complexidade, são objetos de controle e avaliação pelo Ministério da Saúde, as políticas de financiamento, de concessão de incentivos, de habilitação e qualificação de serviços de regulação, utilizando, para tanto, os dados disponíveis nos Sistemas de Informações do SUS.

O monitoramento, controle e avaliação da prestação de serviços de saúde á população são responsabilidades dos gestores estaduais e municipais, tendo com um dos principais insumos para estas práticas o processo de contratação de serviços complementares.

9. TRANSPORTE EM SAÚDE

No município de Magé, o Transporte em Saúde tem a função específica de realizar o transporte qualificado da clientela do SUS entre unidades de saúde, unidades pré-hospitalares e hospitalares. Por meio desse transporte, são realizados os deslocamentos de usuários portadores de quadros agudos ou crônicos intra rede, internações hospitalares e transporte eletivo/programado para realização de exames e consultas agendadas de pessoas acamados, com incapacidade de locomoção, assim como o transporte de pessoas portadoras de insuficiência renal crônica para sessões de hemodiálise agendadas. Os deslocamentos são realizados por veículos do tipo ambulâncias de pequeno porte, carro de passeio e van, conforme padronizado pelo Ministério da Saúde. O Transporte em Saúde dispõe de uma central de regulação própria e informatizada, que faz interlocução com todos os serviços de saúde de Magé.

10. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A estruturação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) é estratégia fundamental para sua ampliação e qualificação. Em Magé, a estruturação da Assistência Farmacêutica com a implantação de duas Farmácias Municipais e a reorganização das farmácias das unidades de saúde. A inserção do farmacêutico nas unidades de saúde assistenciais significou a consolidação da Assistência Farmacêutica e a melhoria da qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS/Magé. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) ampliou a atuação dessa área, tratando aspectos como a prescrição, a dispensação e prevendo medidas para assegurar o acesso e o uso racional de medicamentos

11. REGULAÇÃO EM SAÚDE

A Regulação em Saúde é uma das macro funções a serem desempenhadas pelo gestor que, a partir dos consensos estabelecidos no Pacto pela Saúde, vem sendo definida não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde. Compreende desde a Regulação do Acesso a ações e serviços especializados ambulatoriais e a internações hospitalares, eletivas ou de urgência, até o planejamento e a viabilização da oferta destas ações.

A Regulação em Saúde envolve:

1. Os mecanismos de coordenação e regulação do acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde ao atendimento especializado e às internações, em um movimento articulado e integrado com a rede de unidades da Atenção Primária à Saúde, com a rede de Cuidados Complementares e rede de Urgência e Emergência, efetivada por meio do Complexo Regulador Municipal, composto pela Central de Internação (CINT), Central de Marcação de Consultas e Exames (CMC), pelo Centro Municipal de Alta Complexidade e pelo setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), cujo objetivo principal é garantir o acesso adequado e oportuno do usuário/cidadão à rede de assistência do município de Magé.

2. O acompanhamento e dimensionamento das necessidades por serviços e sua contratação e a gestão da assistência hospitalar, em articulação com a área de Urgência e Emergência, bem como o controle e o ordenamento dos pagamentos aos prestadores contratados e o monitoramento e avaliação da assistência prestada.

3. O assessoramento nas pactuações e diretrizes assistenciais no âmbito das Comissões Inter gestores Bipartites microrregional, macrorregional e estadual; além de consolidação das informações que subsidiem as negociações relativas à PPI e o relacionamento com os demais municípios do Estado.

4. A análise e o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades de habilitação, qualidade, oportunidade e oferta dos serviços de alta complexidade contratualizados.

5.1- Capacidade Instalada

CNES - Estabelecimentos por Tipo - Rio de Janeiro

Quantidade por Tipo de Estabelecimento e Esfera Jurídica

Município: 330250 Magé

Período: Jul./2021

Tipo de Estabelecimento	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
CENTRAL DE REGUALAÇÃO	-	1	-	-	-	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	1	-	-	-	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	-	1	-	-	-	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	-	4	-	-	-	4
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	-	41	-	-	-	41
CLINICA	-	11	29	4	1	45

ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO						
CONSULTORIO	-	1	28	-	38	67
FARMACIA	-	2	-	-	-	2
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	1	1	-	-	2
HOSPITAL GERAL	-	1	-	-	-	1
POLICLINICA	-	-	3	-	-	3
PRONTO ANTEDIMENTO	1	-	-	-	-	1
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	-	1	-	-	-	1
PRONTO SOCORRO GERAL	-	4	-	-	-	4
SECRETARIA DE SAUDE	-	1	-	-	-	1
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	-	3	26	-	1	30
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	-	1	-	-	-	1
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	-	4	-	-	-	4
Total	1	78	87	4	40	210

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

5.2 -Capacidade Instalada de Recursos Humanos existentes no Município

Ocupações em geral	ATENDE SUS		
	Sim	Não	Total
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR	465	206	671
ANESTESISTA	5	-	5
ASSISTENTE SOCIAL	52	3	55
BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO	15	2	17
CIRURGIÃO GERAL	1	3	4
CLÍNICO GERAL	31	8	39
ENFERMEIRO	153	4	157
FISIOTERAPEUTA	39	20	59
FONOAUDIÓLOGO	7	4	11
GINECO OBSTETRA	8	8	16
MÉDICO DE FAMÍLIA	19	-	19
NUTRICIONISTA	18	8	26
ODONTÓLOGO	18	64	82
PEDIATRA	38	6	44
PSICÓLOGO	21	10	31
PSIQUIATRA	4	2	6
RADIOLOGISTA	1	3	4
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	20	44	64
Médico alergista e imunologista	-	1	1
Médico angiologista	2	3	5

Médico cardiologista	-	9	9
Médico cirurgião de cabeça e pescoço	-	1	1
Médico coloproctologista	1	1	2
Médico dermatologista	1	3	4
Médico do trabalho	-	2	2
Médico endocrinologista e metabologista	-	3	3
Médico fisiatra	-	1	1
Médico gastroenterologista	2	3	5
Médico infectologista	2	-	2
Médico nefrologista	5	-	5
Médico neurologista	1	-	1
Médico oftalmologista	-	6	6
Médico oncologista clínico	-	1	1
Médico ortopedista e traumatologista	3	5	8
Médico otorrinolaringologista	2	4	6
Médico reumatologista	1	-	1
Médico urologista	-	1	1
OUTRAS OCUPAÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR RELAC À SAÚDE	15	17	32
Médico veterinário	1	-	1
Biólogo	9	12	21
Biomédico	1	2	3
Pesquisador em Biologia de Microorg e Para	1	-	1
Psicanalista	-	2	2
Psicopedagogo	1	-	1
Terapeuta ocupacional	2	1	3

PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO TÉCNICO/AUXILIAR	637	84	721
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	30	-	30
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	527	25	552
TÉCNICO E AUXILIAR DE LABORATÓRIO	36	44	80
TÉCNICO E AUXILIAR EM FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO	3	-	3
TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE ORAL	-	5	5
TÉCNICO E AUXILIAR EM RADIOLOGIA MÉDICA	40	9	49
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚD	1	1	2
Instrumentador Cirúrgico	1	-	1
Técnico em Óptica e Optometria Contatólo	-	1	1
PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR	1.422	49	1.471
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	501	-	501
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	10	-	10
ATENDENTE DE ENFERMAGEM/AUX OPER SERV DIV E ASSEM	42	1	43
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL ELEMENTAR EM SAÚDE	869	48	917
PESSOAL ADMINISTRATIVO	869	48	917
ADMINISTRAÇÃO	407	36	443
Analista de redes e de comunicação dados	1	-	1
Assistente técnico administrativo	178	2	180
Auxiliar de escritório em geral auxiliar	19	2	21
Auxiliar de faturamento	2	-	2
Datilografo	1	-	1

Digitador	2	-	2
Diretor administrativo	12	2	14
Diretor de serviços de saúde diretor cli	8	2	10
Gerente administrativo	7	6	13
Gerente de serviços de saúde administrado	11	13	24
Operador de rádio chamada	3	-	3
Recepcionista em geral	43	9	52
Supervisor administrativo	114	-	114
Técnico em segurança no trabalho	1	-	1
Telefonista	5	-	5
SERVIÇO DE LIMPEZA/CONSERVAÇÃO	2	-	2
SEGURANÇA	24	-	24
OUTRAS OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS	436	12	448
Copeiro	1	-	1
Cozinheiro de hospital	6	-	6
Cozinheiro geral	10	-	10
Motorista de carro de passeio	46	-	46
Motorista de furgão ou veículo similar	1	-	1
Trabalhador de serviços de manutenção	372	12	384
Total	2.524	339	2.863

12. GESTÃO EM SAÚDE

INSTRUMENTOS DE GESTÃO E MONITORAMENTO DE MAGÉ

A Constituição Federal, em seu art. 165, determina que o processo de planejamento governamental seja realizado por meio de três instrumentos:

❑ Plano Plurianual de Ação (PPA): estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada. Periodicidade: Quadrienal, sendo revista anualmente.

❑ Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subseqüente. Orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Periodicidade: anual.

❑ Lei Orçamentária Anual (LOA): estima as receitas e fixa as despesas do governo, seus poderes, seus fundos, órgãos e entidade da administração direta e indireta, empresas das quais o poder público detenha direta ou indiretamente a maioria do capital com direito a voto. Periodicidade: anual.

No âmbito do SUS, foram estabelecidos instrumentos específicos, mas que devem guardar estreita relação com o planejamento governamental, quais sejam:

❑ Plano Municipal de Saúde (PMS)

❑ Programação Anual de Saúde (PAS)

❑ Relatório de Gestão (RAG)

A Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão se referem a instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde e serão descritas nos tópicos a seguir.

12.1 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)

A Programação Anual de Saúde (PAS) modela a atuação anual em saúde do governo municipal, ao definir as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas expressas no Plano Municipal de Saúde (PMS). As ações anuais para cada meta definida, os indicadores utilizados no monitoramento e 89 na avaliação de sua execução devem estar previstas na PAS. Dessa forma, ela deverá ser elaborada em consonância com o PMS e apresentar a mesma estrutura programática do mesmo.

A elaboração da Programação Anual de Saúde se inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, antes do encaminhamento da LDO, conforme prevê o art. 36, parágrafo 2º da Lei Complementar nº 141 de 2012. Concluída a elaboração da PAS, ela deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação.

12.2 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

Realizado o planejamento das políticas, mapeadas as diretrizes e definidas as estratégias de execução e recursos orçamentários, é fundamental que se acompanhe o andamento, visando a correção de possíveis falhas e adequações necessárias. Nesse momento, é importante a utilização de instrumentos de monitoramento, como os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) apresenta anualmente os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), assim como a análise da execução orçamentária, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores da PAS, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano Municipal de Saúde e às Programações seguintes. O RAG deve ser apresentado até o final do mês de março do ano subsequente, sendo submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e apresentado em audiência pública na Câmara Municipal de Magé.

12.3 RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA)

Objetiva a realização de um monitoramento de menor periodicidade em relação ao RAG, permitindo a identificação de possíveis desvios e que sejam feitos ajustes tempestivos ainda dentro do exercício, além de favorecer a compilação das informações gerais para a prestação de contas anual. O RQDA deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Câmara Municipal.

13. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O conselho municipal de saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo. Por isso deve funcionar e tomar decisões regularmente acompanhando a execução da política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamento em seus rumos. A lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define, no parágrafo primeiro, artigo segundo, o papel dos conselhos: atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos financeiros. A lei também é clara quanto a forma de composição dos conselhos. Em primeiro lugar, garante a representação dos seguintes segmentos: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Em seguida define a paridade da composição de usuários em relação aos demais segmentos. Isto significa que 50% dos demais segmentos sendo que 25% destes serão destinados aos trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados

14. FINANCIAMENTO

O Financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão, ou seja, de responsabilidade do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal. A Lei Complementar 141/2012 que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 5º (União), 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços. Os recursos financeiros em saúde são divididos em blocos de financiamento:

• Média e alta complexidade. Componentes: Teto financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC);

Teto Municipal da rede Brasil sem Miséria, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), Teto Municipal da Rede de Saúde Mental, Centro de Especialidades Odontológicas e Rede viver sem limites

. • Vigilância em saúde. Componentes: Piso fixo da vigilância e promoção da saúde; vigilância sanitária e incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs; • Assistência farmacêutica. Componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; medicamentos de dispensação excepcional; • Gestão do SUS. Componentes: qualificação da gestão do SUS; implantação de ações e serviços de saúde

. • Atenção Primáia em Saúde (APS): A Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O financiamento federal de custeio da APS é constituído por: capitação ponderada**,** pagamento por desempenho **e** incentivos para ações estratégicas**.**