

**SALTINHO**  
**SANTA CATARINA**

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



**SALTINHO  
SANTA CATARINA**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
2018-2021**

**PREFEITO  
Deonir Luiz Ferronato**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Marla Cristina Fachini Sutil**

**Elaboração do Plano  
Equipe Técnica com Apoio da Assessoria Técnica  
Colaboração: Conselho Municipal de Saúde**

# Sumário

APRESENTAÇÃO .....	5
INTRODUÇÃO .....	8
1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO .....	10
1.1 Histórico.....	10
1.2 Informações Geográficas.....	11
1.2.1 Localização .....	11
1.2.2 Clima.....	11
1.2.3 Limites Territoriais .....	12
1.2.4 Acessibilidade ao município.....	12
2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	12
2.1 População.....	12
2.2 Estrutura etária. ....	13
2.3 Longevidade, mortalidade e fecundidade.....	14
2.4 Densidade Demográfica.....	15
2.5 Aspectos étnicos.....	15
2.6 Índice de Desenvolvimento Humano de Saltinho – SC.....	16
2.7 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes .....	17
2.8 Ranking Brasil e Estado de Santa Catarina.....	17
3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA .....	18
3.1 Renda Per Capita .....	18
3.2 Comparativo de Desigualdade Saltinho – SC .....	18
3.3 – Principais Atividades Econômicas .....	19
3.3.1 – Setor Agropecuário .....	19
3.3.2 Setor industrial .....	19
3.3.3 Setor comercial e de prestação de serviços.....	20
3.3.4 Trabalho, Taxa de Atividade e de Desocupação.....	20
4 ASPECTOS EDUCACIONAIS.....	21
4.1 Rede Pública de Ensino .....	21
4.2 Crianças e Jovens Frequentando a Escola. ....	21
5 ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA .....	21
5.1 Indicadores de Habitação – Água. ....	21
5.2 Indicadores de Habitação – Esgoto.....	22
5.3 Indicadores de Habitação – Energia Elétrica .....	22
5.4 Indicadores de Habitação – Coleta de Lixo .....	22
5.5 Vulnerabilidade Social - Saltinho – SC.....	23
5.6 Meio Ambiente.....	24
6 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO .....	25
6.1 Vigilância Epidemiológica .....	25
6.2 Mortalidade Geral .....	25
6.3 Mortalidade Infantil .....	26
6.4 Mortalidade Materna .....	27
6.5 Morbidade Hospitalar.....	28
7 ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	30
7.1 Atenção Básica .....	30
7.2 Cobertura Vacinal .....	31
7.3 Sistema de Informações Ambulatoriais .....	31
7.4 Atenção Hospitalar .....	32
7.5 Serviços de urgência e emergência .....	33
7.6 Assistência Farmacêutica.....	33
7.7 Gestão e Planejamento do Sistema Único de Saúde.....	34

7.8	Descentralização, regionalização e hierarquização .....	34
7.9	Financiamento em Saúde .....	35
7.10	Participação Social no SUS .....	35
7.11	Gestão do Trabalho em Saúde .....	36
7.12	Informações em Saúde .....	36
8	INFRAESTRUTURA .....	36
9	DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS .....	37
9.1	Objetivo Geral do Plano .....	37
9.2	ATENÇÃO BÁSICA .....	37
	Diretriz .....	38
	Objetivos Estratégia Saúde da Família (ESF) .....	38
	Metas e indicadores .....	39
	Objetivos Saúde Bucal .....	40
	Objetivos Saúde da Criança e Adolescente .....	42
	Metas e indicadores .....	42
	Objetivos Ação Integral à Saúde da Mulher .....	43
	Metas e indicadores .....	44
	Objetivos Ação Integral à Saúde do Homem .....	45
	Metas e indicadores .....	45
	Objetivos Saúde do Idoso .....	46
	Metas e indicadores .....	46
	Objetivos Saúde Mental .....	47
	Metas e indicadores .....	48
9.3	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) .....	49
	Diretriz .....	51
	Objetivos Média e Alta Complexidade .....	51
	Metas e indicadores .....	51
9.4	VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	52
	Diretriz .....	53
	Objetivos Vigilância em Saúde .....	53
	Metas e indicadores .....	54
9.5	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	56
	Diretriz .....	57
	Objetivos Assistência Farmacêutica .....	57
	Metas e indicadores .....	57
9.6	GESTÃO DO SUS .....	59
	DIRETRIZ I – GESTÃO DO TRABALHO .....	60
	Objetivos .....	60
	Metas e indicadores .....	60
	DIRETRIZ II – EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	61
	Objetivos .....	62
	Metas e indicadores .....	62
	DIRETRIZ III – CUSTEIO E INVESTIMENTO .....	63
	Objetivos .....	63
	Metas e indicadores .....	63
9.7	CONTROLE SOCIAL .....	64
	Diretriz .....	65
	Objetivos .....	65
	Metas e indicadores .....	66
9.8	MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO .....	66

## APRESENTAÇÃO

Apresentamos à população do Município de Saltinho o Plano Municipal de Saúde que deverá nortear as atividades da Secretaria da Saúde no período de 2018 a 2021.

A Secretaria Municipal de Saúde de Saltinho, iniciou o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para o quadriênio 2018-2021, a partir da realização de oficina com seu quadro de servidores da secretaria de saúde, conselheiros de saúde e representantes dos principais setores da sociedade. O Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº141/2012 colocam o planejamento da Saúde como questão obrigatória e central na agenda dos gestores, em um movimento ascendente e integrado.

A partir da oficina e das propostas/sugestões levantadas, e com base na situação de saúde municipal, iniciou-se a ordenação dessas proposições considerando cinco eixos de programação que norteiam o Plano Municipal de Saúde, quais são: Atenção Básica à Saúde, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade e Gestão do SUS. O Controle Social, também está contemplado no PMS como Diretriz. Estão em consonância com a estrutura do Plano Plurianual (PPA), 2018-2021 e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Foram definidas diretrizes, as quais apontam as linhas de ação para a definição de objetivos e metas. Na perspectiva de melhor orientação e mais transparência na execução das ações e dos recursos financeiros, buscou-se a compatibilização dos eixos de programação do PMS com os blocos de financiamento do governo federal e os programas do PPA municipal. O presente documento está organizado em capítulos. O capítulo 1 aborda as características gerais do município de Saltinho e a 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 período de 2013-2016.

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, coordenadora do cuidado e centro de comunicação das redes de atenção à saúde. Ressaltam-se a elaboração dos instrumentos básicos de planejamento – o Plano de Saúde e

a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório de Gestão referente à prestação de contas anual com seus Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e a apresentação destes ao Conselho Municipal de Saúde.

Este documento atende à determinação da Lei nº. 8.080/90, em seu art. 15, inciso VIII, que define ser atribuição dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS, implementar instrumentos de gestão, competentes para o gerenciamento das políticas públicas de saúde em seu âmbito de governo.

O Plano de Saúde é definido como o instrumento que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e ações.

Neste sentido, a gestão municipal, indica prioridades de intervenções e assume o compromisso de realizar ações orientadas para a redução das desigualdades em saúde, com a indicação de metas estratégicas que possibilitem a melhoria das condições de saúde da população e da resolutividade do sistema.

O Plano ora apresentado, prima pela transparência e pela construção participativa e democrática das políticas de saúde, por meio do envolvimento ativo do controle social na definição de ações e serviços de saúde.

Importante destacar que a concepção deste Plano Municipal de Saúde mobilizou a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, bem como outros segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde, que possibilitou a elaboração de um instrumento com capacidade de responder às principais demandas oriundas das necessidades de saúde da população.

Em reconhecimento a importância deste processo de discussão, articulação e definição de propostas de ações que sejam coerentes com a realidade da comunidade, é fundamental que o Conselho Municipal de Saúde discuta e aprove o presente Plano.

A afirmação de Armando Raggio (2000) de que "Um planejamento municipal integrado, solidário, colocando as políticas e as técnicas dos vários setores em conformidade com as aspirações populares, pode constituir uma "parceria" de diversos atores com maior potencial resolutivo", enfatiza muito bem a importância da comunicação entre setores e do controle

social no processo do planejamento das ações de saúde, o que com certeza, resultará na qualificação da gestão municipal.

Por fim, destacamos que esta ferramenta merecerá constante revisão e atualização, conforme necessidades do processo de gestão administrativa e financeira da política de saúde e, principalmente, do monitoramento e da avaliação da situação de saúde da população do município de Saltinho.

  
MARLA CRISTINA FACHINI SUTIL  
Secretária Municipal de Saúde  
Matrícula: 10339/01

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil passa a ser considerada como direito social e dever do Estado, cuja efetivação vem sendo buscada através de medidas de reorganização do setor saúde que viabilizem os princípios e diretrizes estabelecidas na Carta Constitucional para a implementação do SUS no País.

Preconizada pelo novo sistema, a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância concreta para a execução dessas atribuições.

No entanto, a descentralização constitui um processo complexo, interativo e dinâmico, implicando mudanças e envolvendo vários atores com diferenciadas expectativas e possibilidades, o que exige flexibilidade e progressividade, assim como a consideração da necessidade de cooperação técnica entre as esferas de governo e o acompanhamento de seu desenvolvimento na tentativa de superar as dificuldades que venham a manifestar-se.

Esse movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais foram avaliadas, de alguma forma, por diversos segmentos envolvidos neste processo. Acumulam-se avanços e retrocessos, cabendo salientar a presença de incessante reflexão concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde.

Um desses desafios continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, a partir do encadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las.

O Sistema Único de Saúde vigente hoje no Brasil decorre, segundo LUCHESE (1996), de processo mais amplo e complexo, que se inicia, no final dos anos 60, em movimentos dos profissionais de saúde engajados nos mais diversos setores, dos partidos políticos progressistas, dos sindicatos, dos movimentos populares e dos municipalistas, em decorrência de seu descontentamento com o sistema de saúde então existente. Com isso, acabam por construir as bases da Reforma Sanitária mesmo em contexto político repressivo.



No começo da década de 80, este movimento proporcionou o debate acerca da redefinição do Estado democrático e suas funções públicas, reivindicando a saúde como direito de todos devida pelo Estado.

Entretanto, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Grande ênfase tem sido atribuída, pelas políticas de saúde, ao planejamento estratégico, que privilegia: o processamento de problemas, o desenho das operações para enfrentá-los, a definição dos objetivos e metas a serem atingidos, a determinação dos recursos necessários e o cronograma de execução, além de um sistema de acompanhamento e avaliação que possibilite reformulações, quando preciso, utilizando a participação e a comunicação intensivas e favorecendo a responsabilidade compartilhada quanto aos objetivos a serem atingidos. Isto nos leva a refletir a respeito da necessidade de planejamento e, ao mesmo tempo, acerca da complexidade que envolve.

Muitos esforços têm sido feitos para o desenvolvimento de métodos que possam ser empregados na prática da gestão do sistema. Na América Latina, o desenvolvimento do planejamento inicia-se com um enfoque normativo – inspirado no planejamento econômico e evolui para um enfoque estratégico, que vai incorporar a racionalidade política, retomando a problemática da planificação social.

Entre as elaborações existentes para o enfoque estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Carlos Matus, tem balizado no Brasil, experiências de planejamento, em virtude de conter um corpo teórico e de apresentar um método que, apesar de complexo, é bem articulado e potente. O núcleo principal deste é constituído por problemas e pelas operações realizadas para seu enfrentamento, cuja explicitação é feita mediante uma estrutura modular de plano.

Estendendo-se a descentralização da atenção à saúde ao Município, o mesmo passa a responder pela saúde de sua população, o que lhe exige dispor de habilidades para planejar e administrar a rede de serviços de saúde em seu território. Como uma de suas funções, o município deve elaborar um Plano Municipal de Saúde, porém nem sempre as tecnologias de planejamento são suficientemente difundidas, disponibilizadas e até mesmo valorizadas. Assim, para que tal elaboração ocorra de forma coerente com a realidade e consistente

com as necessidades a serem supridas, é preciso ter clareza, em primeiro lugar, dos objetivos da elaboração de um plano para a gestão do sistema de saúde local e, em segundo lugar, da necessidade de optar por um método de planejamento que auxilie nessa tarefa.

O Plano Municipal é o instrumento que integra a formulação dos Planos Estaduais e Nacional e serve de base à elaboração da Programação Anual e do Relatório de Gestão do Município que conformará o Relatório Estadual e Nacional. Este encadeamento visa à construção da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, para possibilitar a efetivação da gestão em cada nível e a avaliação de desempenho do Sistema, em busca de unificação.

Sendo assim, o Plano Municipal de Saúde conforma um instrumento fundamental, não só para a gestão do sistema dos municípios, mas também no âmbito estadual e federal, pois é a partir dele que se planeja a atenção à saúde no País e se tem condições de avaliar a gestão nos diferentes níveis.

## **1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO**

### **1.1 Histórico**

A colonização do município de Saltinho foi semelhante à dos demais municípios da região, que receberam na década de 1940 imigrantes alemães e italianos oriundos principalmente do Rio Grande do Sul.

As Terras férteis e a riqueza dos recursos naturais da região catarinense surgiram como alternativa à crise econômica no Estado vizinho. Até então, o lugar repleto de saltos d'água era habitado por caboclos.

Formação Administrativa.

Distrito criado com a denominação de São Sebastião do Saltinho, pela Lei Municipal nº 171 de 25 de agosto de 1988, subordinado ao município de Campo Erê, Estado de Santa Catarina. Em divisão territorial datada de 17 de janeiro de 1991, o distrito de São Sebastião do Saltinho figura no município de Campo Erê. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 01 de junho de 1995.

Elevada à categoria de município com a denominação de Saltinho, pela Lei Estadual nº 9.894, de 19 de julho de 1995, desmembrando-se do município de Campo Erê. Sede no antigo distrito de São Sebastião do Saltinho, atual Saltinho. Constituído do distrito sede, foi instalado em 01 de janeiro de 1997.

## 1.2 Informações Geográficas

### 1.2.1 Localização

O município de Saltinho está localizado na Região Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina, faz parte da AMERIOS – Associação dos Municípios do Entre Rios. Pertence a 2ª SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional – Maravilha. A extensão territorial é de 156,5 Km<sup>2</sup>. A população residente atual é de 2.130 habitantes. O município localiza-se na latitude 26° 36' 33" – Sul e na longitude 53°03'22" Oeste de Greenwich a uma altitude de 620 metros acima do nível do mar.



Mapa interativo de Santa Catarina.

### 1.2.2 Clima

O clima do município classifica-se como subtropical, com verões quentes apresentando uma temperatura média anual de aproximadamente de 22.00 Graus Centígrados. Quanto à hidrografia, o município é banhado pelos Rios Burro Branco, Pesqueiro e Rio Santinho que dá nome ao município. O relevo é constituído de um planalto de superfícies onduladas e montanhosas, com boa fertilidade de solo.

### 1.2.3 Limites Territoriais

O Município de Saltinho limita-se com os seguintes municípios:

Ao Norte com o município de Campo Erê, ao Sul com os municípios de Serra Alta, Modelo e Bom Jesus do Oeste. Ao Leste com os municípios de Irati, Sul Brasil e São Bernardino e ao Oeste o município de Santa Terezinha do Progresso.

### 1.2.4 Acessibilidade ao município

Acesso à BR-282 através da SC 160 com 40 km – Via asfaltada passando pelas cidades de Serra Alta e Modelo até a BR 282 no município de Pinhalzinho. Acesso ao Estado do Paraná pela SC 160 – Rodovia Estadual com 28 km de extensão; via Asfaltada passando pela cidade de Campo Erê, na divisa com o Estado do Paraná.

Os Polos Regionais e Centros de Referência do município de Saltinho estão localizados às seguintes distâncias: Maravilha 62 Km, São Miguel do Oeste, 100 km, Chapecó, 130 km e a Capital do Estado de Santa Catarina a 650 km de distância.

## 2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

### 2.1 População

Entre 2000 e 2010, a população de Saltinho teve uma taxa média de crescimento anual de -0,57%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de -1,95%. No Estado, estas taxas foram de 1,02% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 153,98%.

**Quadro 01 Indicadores Populacionais**

<b>Ano</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>População</b>	<b>5010</b>	<b>4196</b>	<b>3961</b>
<b>Homens</b>	<b>2565</b>	<b>2194</b>	<b>2040</b>
<b>Mulheres</b>	<b>2454</b>	<b>2002</b>	<b>1921</b>
<b>Urbana</b>	<b>625</b>	<b>899</b>	<b>1255</b>
<b>Rural</b>	<b>4385</b>	<b>3297</b>	<b>2706</b>
<b>Taxa de urbanização</b>	<b>12,48%</b>	<b>21,43%</b>	<b>31,68%</b>

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Analisando o quadro acima é possível perceber que o fenômeno do êxodo rural também se fez presente no município, mesmo que ainda não de forma tão significativa, mas já traz reflexos. A gestão municipal de saúde precisa ficar atenta a este fenômeno e suas consequências com relação à epidemiologia no município e a concentração da população no perímetro urbano.

## 2.2 Estrutura etária.

**Quadro 02 Indicadores Etários**

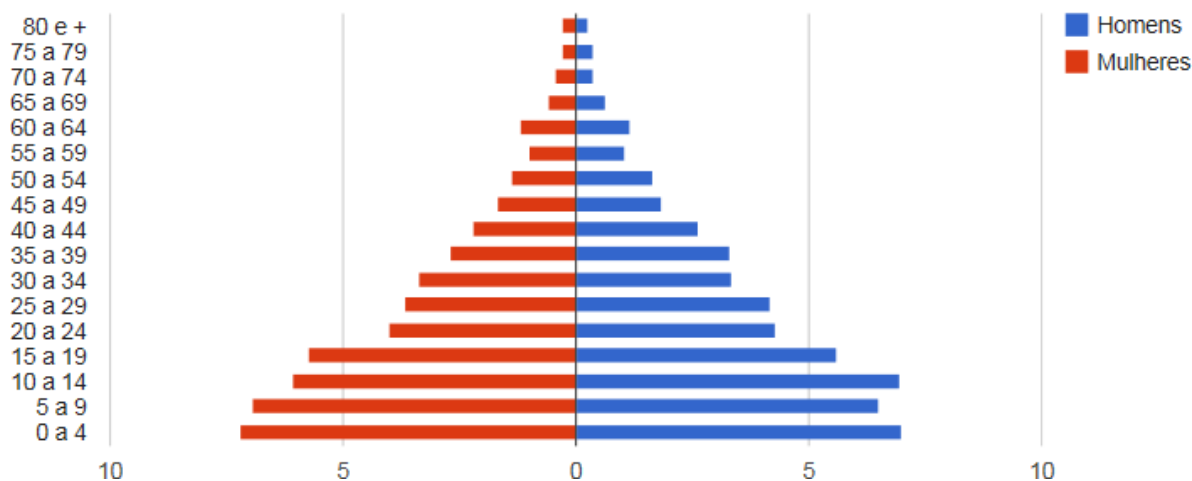
ESTRUTURA ETÁRIA	1991	%	2000	%	2010	%
MENOR DE 15 ANOS	2.035	40,62	1.737	41,4	1.050	26,51
15 A 64 ANOS	2.812	56,13	2.253	53,69	2.566	64,78
65 ANOS OU MAIS	163	3,25	206	4,91	345	8,71

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

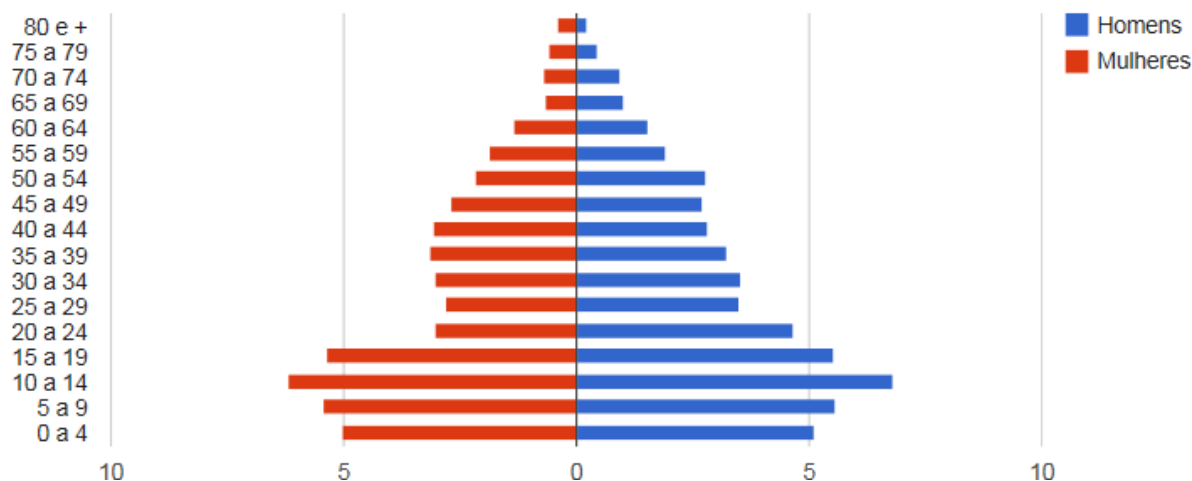
Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Saltinho passou de 64,42% para 54,36% e o índice de envelhecimento evoluiu de 4,91% para 8,71%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 78,19% para 64,42%, enquanto o índice de envelhecimento evoluiu de 3,25% para 4,91%.

## 2.2 Pirâmide Etária – 1991, 2000 e 2010.

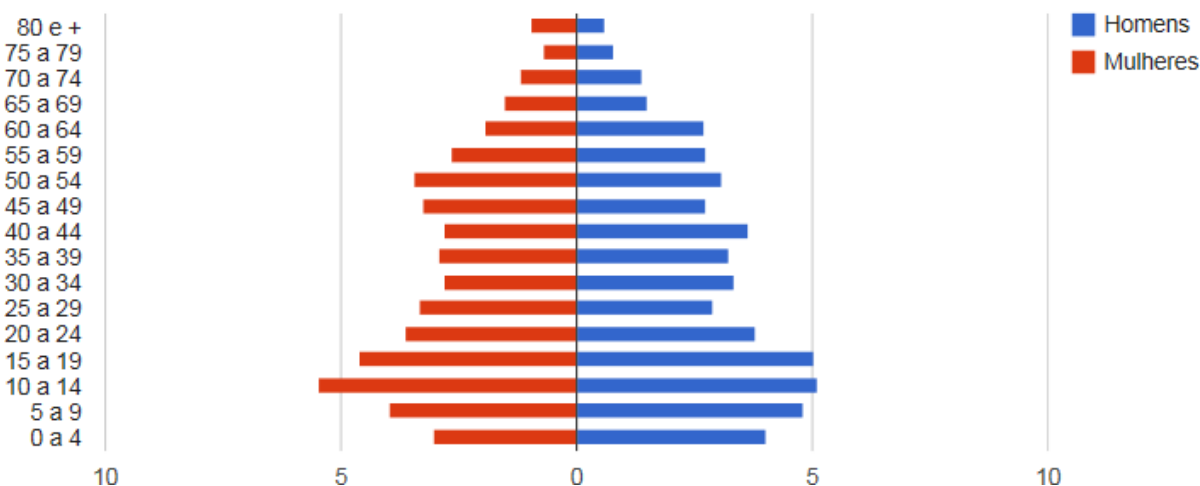
**1991** Pirâmide etária - Saltinho - SC  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



**2000** Pirâmide etária - Saltinho - SC  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



**2010** Pirâmide etária - Saltinho - SC  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

**2.3 Longevidade, mortalidade e fecundidade.**

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Saltinho reduziu 43%, passando de 30,5 por mil nascidos vivos em 2000 para 17,1 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 11,5 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

### Quadro 03 - Índices de Natalidade 1991-2000 – Saltinho – SC

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,2	69,1	72,7
Mortalidade até 01 ano de idade (por mil nascidos vivos)	33,2	30,5	17,1
Mortalidade até 05 anos de idade (por mil nascidos vivos)	38,3	35,1	20,0
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher).	4,5	2,9	2,4

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). Em Saltinho, a esperança de vida ao nascer aumentou 5,5 anos nas últimas duas décadas, passando de 67,2 anos em 1991 para 69,1 anos em 2000, e para 72,7 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o Estado de Santa Catarina é de 76,6 anos e, para o País, de 73,9 anos.

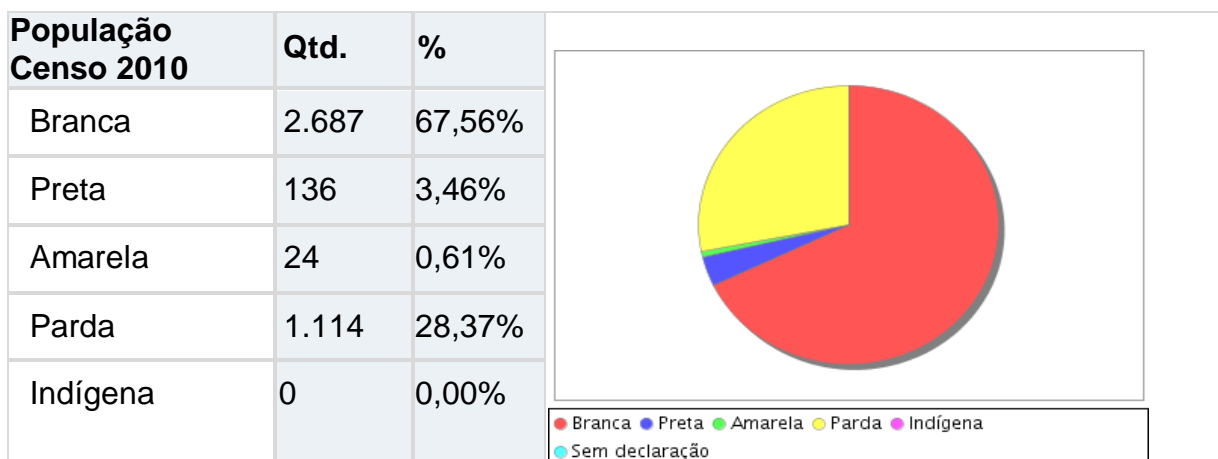
#### 2.4 Densidade Demográfica

Baseado nos resultados do último censo a densidade demográfica no município de Saltinho é de 23,51 habitantes por Km<sup>2</sup> em 2017. Em 2010, o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apontou 3.961 habitantes, com população de 3.687 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2017.

#### 2.5 Aspectos étnicos

O gráfico a seguir apresenta informações levantadas pelo Censo IBGE 2010, sobre a distribuição da população de Saltinho por quantidade de habitantes e como se autodeclaram com relação à cor da pele.

## Quadro 04 - Indicadores Étnicos

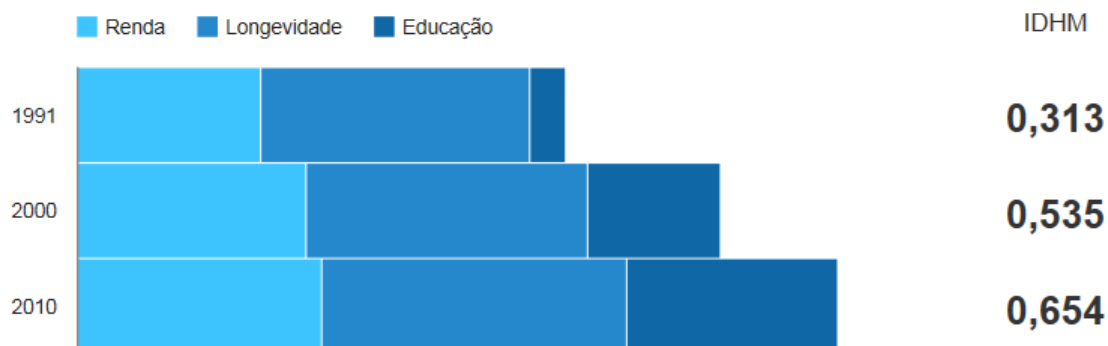


Fonte PNUD/IBGE/ATLAS Brasil.

No gráfico acima, percebe-se que a população do município de Saltinho, é caracterizada pela grande predominância da cor da pele branca, assim como na grande maioria dos municípios da região. Do total de habitantes residentes no município, 2.687 se autodeclararam brancos alcançando o percentual de 67,56%. Em seguida os habitantes que se autodeclararam de cor parda, 1.114 habitantes num percentual de 28,37%, seguindo-se os habitantes de cor preta 136 correspondendo a 3,46% da população e por último os habitantes de cor amarela com 24 habitantes, 0,61%. Segundo o censo do IBGE 2010, não há no município nenhum habitante de origem indígena.

## 2.6 Índice de Desenvolvimento Humano de Saltinho – SC.

### IDHM



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.



O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Saltinho é 0,654, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,202), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,258), seguida por Renda e por Longevidade.

## 2.7 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes

**Quadro 05: Divisão de Componentes de IDH 1991-2000 – Saltinho/SC.**

IDH e Componentes	1991	2000	2010
IDH Educação	0,091	0,349	0,551
IDH Longevidade	0,704	0,735	0,795
Esperança de vida ao nascer (em anos).	67,23	69,07	72,68
IDH Renda	0,478	0,596	0,639
Renda per capita (em R\$)	156,97	325,89	427,12

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

O IDHM passou de 0,535 em 2000 para 0,654 em 2010 - uma taxa de crescimento de 22,24%. 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 25,59% entre 2000 e 2010.

O IDHM passou de 0,313 em 1991 para 0,535 em 2000 - uma taxa de crescimento de 70,93%. 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 32,31% entre 1991 e 2000.

Saltinho teve um incremento no seu IDHM de 108,95% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (42,54%). 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 49,64% entre 1991 e 2010.

## 2.8 Ranking Brasil e Estado de Santa Catarina

Saltinho ocupa a 3914<sup>a</sup> posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 3913 (70,31%) municípios estão em situação melhor e 1.652 (29,69%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 293 outros

municípios de Santa Catarina, Saltinho ocupa a 291ª posição, sendo que 290 (98,98%) municípios estão em situação melhor e 3 (1,02%) municípios estão em situação pior ou igual.

### 3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA

Nesta seção é apresentada uma visão geral do município de Saltinho sob o ponto de vista de seu desempenho econômico nos últimos anos. Deste modo, foram estudados aspectos renda per capita, taxa média anual de crescimento, extrema pobreza e desigualdade social.

#### 3.1 Renda Per Capita

A renda per capita média de Saltinho cresceu 172,10% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 156,97 em 1991 para R\$ 325,89 em 2000 e R\$ 427,12 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 107,61% no primeiro período e 31,06% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 47,20% em 1991 para 24,94% em 2000 e para 14,27% em 2010.

A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,59 em 1991 para 0,54 em 2000 e para 0,50 em 2010.

O Índice de Gini 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 **zero** representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor **um** significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

No quadro a seguir é apresentado mais detalhes sobre Renda, Pobreza e Desigualdade de Saltinho – SC.

#### 3.2 Comparativo de Desigualdade Saltinho – SC

**Quadro 06 Comparativo de Renda Per Capita**

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	156,97	325,89	427,12
% de extremamente pobres	47,20	24,94	14,27
% de pobres	73,17	38,33	25,20
Índice de Gini	0,59	0,54	0,50

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

### **Quadro 07: Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos da População – Saltinho – SC.**

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
20% mais pobres	3,24	1,14	2,05
40% mais pobres	9,85	7,03	10,08
60% mais pobres	19,44	20,75	24,37
80% mais pobres	35,44	44,52	47,46
20% mais ricos	64,56	55,48	52,54

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

### **3.3 – Principais Atividades Econômicas**

#### **3.3.1 – Setor Agropecuário**

O setor agropecuário tem importância muito grande na economia do município, com destaque para a agricultura familiar, atividade que é desenvolvida em pequenas propriedades de até dez hectares.

Isso demonstra a versatilidade da agricultura, que produz desde grãos, fumo, citrus entre outros e possui uma pecuária bastante desenvolvida e rentável. Na produção de grãos destaca-se o milho e soja.

Na pecuária, destaca-se a produção de leite, com um excelente rebanho leiteiro, com animais de genética avançada. A comercialização é realizada com as cooperativas e outras empresas ligadas à produção de produtos lácteos.

A produção de suínos, também em sistema de parceria com as agroindústrias regionais, tem valor significativo no movimento econômico.

Com a concentração das agroindústrias na nossa região, a criação de aves, há muito vem tendo significativa importância para a economia local.

A produção de fumo, em pequenas propriedades, também tem significado importante da economia do município, sendo considerada uma alternativa viável onde os produtores, com uma pequena área cultivada, conseguem uma lucratividade expressiva.

#### **3.3.2 Setor industrial**

No setor industrial, há no município algumas indústrias de confecções na área do vestuário, assim como algumas pequenas indústrias no ramo moveleiro. A

Administração Municipal tem como meta e consta do Plano de Governo, atrair novos projetos industriais através de incentivos fiscais e a expectativa é de que o setor industrial e comercial possa se desenvolver gerando assim oportunidades de trabalho para a população economicamente ativa do município.

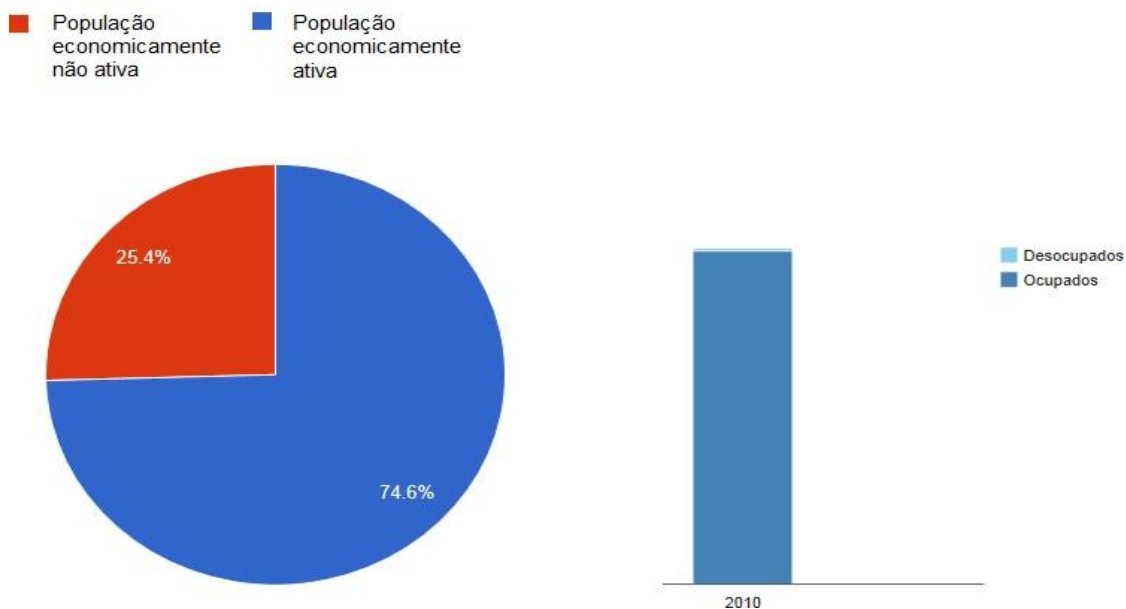
### 3.3.3 Setor comercial e de prestação de serviços

O setor comercial e de prestação de serviços é composto por pequenos estabelecimentos na área de mercado de gêneros alimentícios, lojas de confecções e calçados, materiais de construção, postos de combustíveis, farmácia e outros de menor expressão. O município ainda é muito “dependente” de outros centros para aquisição de materiais, metal mecânico, medicamentos, eletroeletrônicos, entre outros.

### 3.3.4 Trabalho, Taxa de Atividade e de Desocupação

No Gráfico a seguir são apresentadas informações relativas à taxa de atividade e de desocupação da população economicamente ativa de Saltinho em 2010.

**Taxa de Atividade e de Desocupação 18 anos ou mais - 2010**



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 75,92% em 2000 para 74,56% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que

estava desocupada) passou de 0,81% em 2000 para 0,49% em 2010.

## 4 ASPECTOS EDUCACIONAIS

### 4.1 Rede Pública de Ensino

O acesso à educação, tema básico de inserção social, vem sendo garantido à população do município. São cinco escolas instaladas na sede do município sendo duas instaladas no interior do município, num mesmo local, onde funciona a escola municipal e estadual e três no perímetro urbano de Saltinho. Em 2016 estavam matriculados, 164 (cento e sessenta e quatro alunos) entre creches e pré-escola. Ensino Fundamental com 529 (quinhentos e vinte e nove alunos) e Ensino Médio com 177 (cento e setenta e sete alunos), totalizando 881 estudantes frequentando a escola.

### 4.2 Crianças e Jovens Frequentando a Escola.

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

No período de 2000 a 2010, a proporção de **crianças de 5 a 6 anos na escola** cresceu 61,72% e no de período 1991 e 2000, 280,79%. A proporção de **crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental** cresceu 20,74% entre 2000 e 2010 e 176,42% entre 1991 e 2000.

A proporção de **jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo** cresceu 48,31% no período de 2000 a 2010 e 703,05% no período de 1991 a 2000. E a proporção de **jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo** cresceu 117,53% entre 2000 e 2010 e 0,00% entre 1991 e 2000.

## 5 ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA

### 5.1 Indicadores de Habitação – Água.

A água consumida pela população residente na área urbana de Saltinho é de responsabilidade da CASAN, captada de poços artesianos e segue as determinações do Ministério da Saúde, conforme definido através da Portaria

Ministerial 2.914 de 12 de dezembro de 2011, que estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Já no interior do município a população é abastecida com água proveniente de poços artesianos e fontes protegidas, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Ao analisar as informações do quadro acima, percebe-se um aumento gradativo a cada ano no percentual de famílias abastecidas com água proveniente de redes gerais de abastecimento. Isso tem sido possível graças aos investimentos do poder público na instalação de sistemas de distribuição d'água, garantindo assim melhor qualidade de vida à população. Considera-se que a maioria dos domicílios estão na área rural, o que justifica a quantidade de poços e fontes para o abastecimento doméstico e para os animais.

## **5.2 Indicadores de Habitação – Esgoto**

No perímetro urbano do município não há rede de captação e tratamento de esgoto. Os domicílios possuem sistema de esgoto próprio: fossa séptica, sumidouro, fossa rudimentar etc. O mesmo acontece com as famílias residentes na área rural do município.

## **5.3 Indicadores de Habitação – Energia Elétrica**

No município de Saltinho 97,86% da população possui energia elétrica em suas residências, sendo este um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida da população. Percebe-se no quadro a seguir que este percentual em 1991 era de 57,21%, passou para 81,20% em 2000, atingindo 97,86% em 2010 graças aos investimentos dos governos municipal e estadual.

## **5.4 Indicadores de Habitação – Coleta de Lixo**

A coleta de lixo é realizada no perímetro urbano onde o percentual atinge 100% das residências. Já no interior do município, o lixo é queimado ou enterrado, ou ainda, existem situações onde o lixo é jogado a céu aberto, o que evidencia a necessidade de políticas entre setores visando à conscientização da população para a necessidade de dar destino adequado ao lixo. O lixo contaminante (resíduos de hospitais, postos de saúde, consultórios médicos, odontológicos, farmácias etc.) é recolhido por empresa especializada que dá destino a este tipo de lixo, conforme

legislação específica.

**Quadro 08: Situação, domicílios, energia, coleta de lixo e água – Saltinho/SC 2012-2015]**

Habitação				
Abastecimento de Água	2012	2013	2014	2015
Total de domicílios no município	1275	1215	1259	1277
Domicílios com água da Rede Pública	512	541	640	562
Domicílios com água de poço ou nascentes	707	640	669	659
Domicílios com água de outras fontes	56	44	56	56
Esgoto				
Instalações Sanitárias	2012	2013	2014	2015
Número de domicílios no município	1275	1215	1259	1277
Fossa Séptica	1173	1130	1167	1192
Fossa Rudimentar	16	13	15	18
Sem Nenhuma instalação Sanitária	86	72	77	67
Energia Elétrica				
Instalações elétricas	2012	2013	2014	2015
Número de domicílios no município	1275	1215	1259	1277
Com Eletricidade	1223	1171	1211	1226
Sem Eletricidade	52	44	48	51
Coleta de Lixo				
Instalações elétricas	2012	2013	2014	2015
Número de domicílios no município	1275	1215	1259	1277
Lixo Coletado	464	477	498	524
Lixo Queimado/Enterrado	738	687	698	699
Jogado a Céu Aberto	73	51	63	54

Fonte: SIAB/DATASUS

### 5.5 Vulnerabilidade Social - Saltinho – SC

A vulnerabilidade social é um conceito que tem sua origem na área dos Direitos Humanos. Refere-se a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou

politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seu direito à cidadania. Apesar de mantida a tendência de redução da vulnerabilidade social no Brasil, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) apontam uma desaceleração nessa queda e um aumento da vulnerabilidade social no país, no último ano analisado.

Os dados são do Atlas da Vulnerabilidade Social, segundo o Ipea, de 2011 a 2015, o Brasil manteve a tendência de redução da vulnerabilidade social, mas em velocidade menor à observada no período entre 2000 e 2010.

Por amostra de Domicílios (Pnad), entre 2011 e 2015, a taxa média anual de redução foi de 1,7%, enquanto que, entre 2000 e 2010, com dados do Censo Demográfico do IBGE, a taxa era de 2,7% ao ano.

Além disso, a partir de 2014, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) não apresentou redução de valores, mas, sim, um aumento de 2%, saindo de 0,243 em 2014 para 0,248 em 2015. “Este pequeno aumento de 0,005 pode significar um ponto de inflexão na curva da redução da vulnerabilidade social”.

O município de Saltinho tem indicadores semelhantes e acompanha esse histórico nacional dos IVS

## **5.6 Meio Ambiente**

A consciência ambiental tem sido tema de muitas discussões e encaminhamentos por parte de várias entidades no município.

Percebe-se uma grande preocupação com o meio ambiente que desde os primórdios da colonização vem sendo agredido por práticas inadequadas principalmente da produção agropecuária que tinha como único objetivo o fator econômico, sem levar em consideração a degradação ambiental.

Com o passar dos anos e os sérios problemas enfrentados pelos fenômenos climáticos, como estiagens e enchentes, governos e sociedade passaram a levar em consideração a necessidade de um cuidado maior com o meio ambiente.

No município de Saltinho os problemas ambientais são similares aos municípios da região, caracterizando-se pela contaminação dos mananciais hidrográficos especialmente pelo uso indevido de agrotóxicos, e lançamento de dejetos nos córregos e riachos que acabam contaminando o lençol freático. O Poder público municipal juntamente com demais entidades governamentais vêm desenvolvendo ações visando melhor as condições ambientais no município.



## **6 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO**

O perfil da morbimortalidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas, coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes ou reemergentes, bem como pela alta carga de acidentes e violências.

### **6.1 Vigilância Epidemiológica**

A dinâmica do perfil epidemiológico das doenças, o avanço do conhecimento científico e algumas características da sociedade contemporânea têm exigido não só constantes atualizações das normas e procedimentos técnicos de Vigilância Epidemiológica, como também o desenvolvimento de novas estruturas e estratégias capazes de atender aos desafios que vêm sendo colocados.

A análise da condição de saúde no município de Saltinho, apresentada a seguir, foi organizada considerando inicialmente o perfil de mortalidade geral, segundo os principais grupos de causas, a distribuição por faixa etária e por sexo, destacando-se algumas particularidades locais.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Saltinho, através dos profissionais responsáveis pela Vigilância Epidemiológica no município busca constantemente aperfeiçoar as ações visando à busca de resultados efetivos na epidemiologia no município.

### **6.2 Mortalidade Geral**

Nos últimos 50 anos ocorreram significativas mudanças no perfil da mortalidade da população brasileira, com diminuição dos óbitos por doenças infecto-parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas.

O município de Saltinho acompanha esta tendência, tendo as doenças do aparelho circulatório e respiratório, seguidas das neoplasias como principal causa de óbito. No total foram registrados 98 óbitos, sendo 14 Neoplasias (tumor), 21 doenças do aparelho circulatório, 12 doenças do aparelho respiratório, 06 doenças do sistema nervoso, 09 doenças do aparelho digestivo, conforme demonstrado no quadro a seguir.

**Quadro 09 – Mortalidade Geral por causas capítulos: 2012-2016 – Saltinho.**

Mortalidade por CID 10	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias	00	01	00	00	00	01
Neoplasias (tumores)	02	04	02	04	02	14
Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	01	01	06	00	02	10
Transtornos mentais e comportamentais	00	01	00	02	02	05
Doenças do Sistema Nervoso	03	01	01	00	01	06
Doenças do aparelho circulatório	04	03	04	02	08	21
Doenças do aparelho respiratório	01	02	04	03	02	12
Doenças do aparelho digestivo	01	02	01	04	01	09
Doenças Aparelho Geniturinário	00	01	00	00	01	02
Mal definidas	02	01	00	00	00	03
Causas Externas	04	01	06	03	01	15
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>98</b>

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM – 2017.

### 6.3 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil no Brasil caiu de 69,1 por mil nascidos vivos, em 1980, para 16,7 por mil, em 2010, o que representa queda de 75,8%. O resultado está na pesquisa Tábuas de Mortalidade 2010 – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, (IBGE 2010).

Na avaliação do Instituto, a redução na taxa de mortalidade infantil é resultado concreto de ações governamentais e não governamentais no campo da saúde e reflete as condições de vida da população.

Aleitamento materno, melhoria nas condições de saneamento básico e higiene pública, campanhas de vacinação, maior acesso da população aos serviços de saúde, maior escolaridade da mãe e política de assistência básica às gestantes são programas que efetivamente têm forte impacto na diminuição da mortalidade infantil e infanto-juvenil.

Observa-se, com relação à mortalidade infantil, o município de Saltinho traz

consigo uma série histórica bastante positiva, ou seja, o único óbito infantil registrado no município no período de 2013 a 2016 ocorreu em 2016.

No quadro a seguir é demonstrada taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos em Saltinho no referido período.

**Quadro 10 Taxa de mortalidade Infantil – 2013 a 2016 – Saltinho-SC**

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Óbitos Infantis – (número absoluto)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,0</b>	<b>1,00</b>
<b>Taxa de Mortalidade Infantil</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,0</b>	<b>25,00</b>
<b>Nascidos vivos</b>	<b>58</b>	<b>64</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>40</b>

Fonte SINASC/ DATASUS.

No período analisado, houve somente uma morte infantil. Considerando somente o ano do óbito, a taxa de mortalidade infantil seria de 25/1000, uma vez que houveram 40 (quarenta) nascidos vivos naquele ano.

Para melhor avaliação desse indicador em municípios pequenos e/ou com população inferior a trinta mil habitantes, sugere-se um estudo retrospectivo e longitudinal, de pelo menos cinco anos. Assim, com base no total de nascidos vivos no período e os óbitos, tem-se a taxa de mortalidade melhor expressa.

Considerando-se o total de nascidos no período 265 (duzentos e sessenta e cinco) pode-se considerar a taxa de mortalidade infantil no período de 3,77/1.000, o que é um resultado excelente, comparando com a taxa de mortalidade infantil no país e no estado de Santa Catarina.

#### **6.4 Mortalidade Materna**

O Coeficiente de Mortalidade Materna também representa um bom indicador de saúde da população feminina. Faz parte dos Objetivos do Milênio da ONU e expressa também a qualidade da saúde pública.

Neste sentido o foco é enfrentar os desafios para a redução da mortalidade materna, principalmente aquela decorrente do parto e puerpério, que aparece entre as três maiores causas de morte de mulheres. São mortes evitáveis, em sua grande maioria. A rigor, nenhuma mulher deveria morrer em razão do parto no mundo atual.

No município de Saltinho entre 2012 a 2016, não houve nenhum óbito materno.

**Quadro 11 – óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) 2013-2016 – Saltinho/SC.**

Óbito investigado	2013	2014	2015	2016	Total
<b>TOTAL</b>	01	04	02	01	08
<b>Investigado</b>	01	02	00	01	04
<b>Não investigado</b>	00	02	02	00	04

Fonte TABNET/DATASUS/SIM

Por este quadro, é possível perceber que a Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF) está de acordo com os parâmetros. A principal causa de mortes - por Causas Capítulos – CID 10, tem sido justamente por Causas Externas, sendo três mortes causadas por acidentes de transporte e duas, por agressões por objeto contundente (Lista Causas 03 dígitos). Trata-se de causas evitáveis, porém somente ações extra setoriais poderão auxiliar na redução desse índice. Segurança Pública é o setor que pode/deve investir mais em prevenção para redução desse indicador, nada elogiável.

### 6.5 Morbidade Hospitalar

Morbidade é a variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população. A seguir apresentamos um quadro com a morbidade hospitalar da população do município de Saltinho, no período de 2012 a 2016.

**Quadro 12 Morbidade Hospitalar por Causas Capítulo, período 2012-2016, Saltinho – SC**

Internações CID-10	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	32	21	32	29	25	139
Neoplasias (tumores)	14	23	33	28	26	124
Doenças sangue órgãos hematomas e transtornos imunitários	12	12	4	-	2	30
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	3	9	8	7	28
Transtornos mentais e comportamentais	5	5	3	3	5	21
Doenças do sistema nervoso	6	10	14	9	11	50
Doenças do olho e anexos	1	1	1	2	1	6

Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	-	8	1	5	15
Doenças do aparelho circulatório	16	16	42	54	26	154
Doenças do aparelho respiratório	70	90	118	104	53	435
Doenças do aparelho digestivo	41	36	45	49	34	205
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	-	2	2	3	9
Doenças sistosteomuscular e tec. Conjuntivo	4	22	22	11	5	64
Doenças do aparelho geniturinário	13	20	18	34	23	108
Gravidez parto e puerpério	41	32	49	63	29	214
Algumas afecções originadas no período perinatal	6	2	5	15	3	31
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	1	1	4	3	1	10
Sintomas ou sinais anormais aos exames clínicos e laboratoriais	2	1	3	5	4	15
Lesões envenenamento e algumas outras consequências e causas externas	29	24	33	31	33	150
Contatos com serviço de saúde	-	2	13	16	2	33
<b>TOTAL</b>	<b>297</b>	<b>321</b>	<b>458</b>	<b>467</b>	<b>298</b>	<b>1841</b>

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH – 2012/2016

Analisando a morbidade hospitalar da população residente no município de Saltinho, percebe-se que no período de 2012 a 2016 com um total de 1.841 internações, 435 foram de internações relativas a doenças do Aparelho Respiratório, o que representou cerca de 23% das internações. É importante fator de morbidade principalmente em crianças e idosos.

Doenças do aparelho digestivo significaram o segundo fator de morbidade hospitalar, excluídas aqui as internações relativas a gravidez, parto e puerpério, que estão ligadas a fatores biológicos.

Considerando as internações no período, identifica-se que mais de 40% das internações, são de causas evitáveis e estão nas Internação por Causas Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB), o que pode/deve ser melhorado através de ações mais efetivas da Atenção Básica, assim como o autocuidado.

## **7 ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

O desenvolvimento de práticas alternativas à atenção hospitalar e a racionalização da utilização das tecnologias médicas, por meio do fortalecimento da Atenção Básica, são essenciais à reorganização da prática assistencial e melhoria das ações e serviços prestados no SUS.

A seguir serão abordados aspectos da atenção básica, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e serviços de urgência e emergência.

### **7.1 Atenção Básica**

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

O município de Saltinho possui cobertura de 100% da população pela Atenção Básica. Possui uma Equipe de Saúde da Família composta por 01 Médico,

01 Enfermeira, 01 Técnica de Enfermagem auxiliar de enfermagem e 12 Agentes comunitárias de saúde. Possui também, uma equipe de saúde bucal com 01 Odontólogo e 01 Técnica de Saúde Bucal. Ainda na Atenção Básica, conta com mais um médico, duas técnicas em enfermagem, auxiliares e demais profissionais que garantem o atendimento de 100% da demanda de serviços.

**Quadro 13: Indicadores de Cobertura Atenção Básica: 2013-2016 – Saltinho/SC**

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Cobertura equipes de Atenção Básica	95,62	100,00	100,00	100,00
Cobertura equipes de Saúde Bucal	76,41	76,41	76,41	76,41
Média de Escovação Dental Supervisionada	5,83	1,02	1,51	0,70
% de Cobertura Programa Bolsa Família	77,94	58,64	82,56	69,38
Razão Exames Citológicos mulheres 25-64	1,07	2,19	0,86	2,29
Razão de Mamografias mulheres 50-69	0,66	1,02	1,51	0,70

Fonte: DATASUS/Tabnet

Pelo quadro percebe-se que alguns indicadores têm oscilado de um ano para outro. A média de escovação supervisionada tem baixado de forma vertiginosa, de 5,83/aluno/ano em 2013 para, menos de uma escovação em 2016. A cobertura do Programa Bolsa Família (PBF) também alternada bons e baixos percentuais de cobertura.

## **7.2 Cobertura Vacinal**

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) constitui peça importante no controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas mediante imunizações. O modelo tecnológico adotado no controle dessas doenças combina uma série de elementos: a vacinação de rotina, os dias nacionais de vacinação, as campanhas periódicas e a vigilância epidemiológica.

No município de Saltinho o calendário vacinal é observado de forma efetiva e os resultados alcançados são muito positivos, normalmente atingido as metas estabelecidas e até superando-as.

## **7.3 Sistema de Informações Ambulatoriais**

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Organização Mundial de Saúde define um Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a

esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997).

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados. O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

Saltinho, assim como os demais municípios da região, enfrenta dificuldades no acesso à média e alta complexidade, o que dificulta o cumprimento do Pacto de Gestão do SUS.

Considerando a insuficiência e ou inexistência de assistência especializada para a população do município e região, fica vulnerável a garantia dos princípios da universalidade, integralidade, equidade e resolutividade.

Importante seria a constituição de serviços de referência especializado, de caráter regional, que atendessem as necessidades epidemiológicas dos municípios da região.

Isto demonstra que a efetividade do SUS ainda depende da implementação de políticas descentralizadas com garantia do financiamento das ações de média e alta complexidade, através da responsabilização de todas as esferas de governo.

#### **7.4 Atenção Hospitalar**

O município de Saltinho não possui estabelecimento de hospitalar em saúde. Os pacientes que necessitam de internação hospitalar são encaminhados às referências regionais.

Fator bastante positivo é o bom desempenho da Estratégia Saúde da Família, que através dos serviços de Atenção Básica, torna possível garantir resolutividade nos atendimentos. Porém, os casos de maior complexidade necessitam de encaminhamento para outros centros de referência da região.

As principais referências são os Hospitais Regionais de Chapecó e São Miguel do Oeste, para atendimentos de média e alta complexidade. A referência em Cardiologia é o Hospital São Paulo de Xanxerê. Para atendimentos de média



complexidade nossa principal referência é o Hospital de Campo Erê. Já para tratamento de dependência química e transtornos mentais nossas referências são os Hospitais de Palmitos, Mondai e Tunápolis.

Para casos de alta complexidade que não estejam referenciados para os Hospitais da Região, temos referência para Florianópolis – SES e Joinville – Centrinho para os casos relacionados a fendas lábio palatino, fissuras e demais do gênero.

### **7.5 Serviços de urgência e emergência**

Seguindo a lógica da implantação de uma rede hierarquizada, regionalizada e regulada por critérios técnicos, e na perspectiva de melhorar e modernizar a execução dos serviços de urgência e emergência em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde delineou uma nova proposta de organização desses serviços. Trata-se da construção de uma rede assistencial hierarquizada, considerando a atenção pré-hospitalar fixa e móvel, a atenção hospitalar e a atenção pós-hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O SAMU foi criado tendo como objetivo prestar socorro à população em casos de urgências ou emergências 24 horas, diminuindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce.

O projeto institui o componente pré-hospitalar móvel, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. O serviço deve ser organizado e gerenciado pelo município, mas várias cidades poderão organizar um serviço de amplitude regional, cuja Central de Regulação Médica de Urgências será coordenada pela Secretaria Estadual da Saúde, de forma a diminuir custos e qualificar a estrutura do atendimento às urgências nos municípios integrados.

O Município de Saltinho é atendido nos casos de urgência e emergência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com sede no município vizinho de Maravilha.

### **7.6 Assistência Farmacêutica**

A consolidação das ações de Atenção Básica, como fator estruturante do Sistema Municipal de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento.

Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização do sistema municipal, tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a

integralidade das ações.

A Política Municipal de Assistência Farmacêutica tem como propósito precípuo garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

Importante ressaltar que o Plano Municipal de Assistência e Atenção Farmacêutica deverá conter as diretrizes básicas para nortear esta política no âmbito do SUS.

### **7.7 Gestão e Planejamento do Sistema Único de Saúde**

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde configura-se como responsabilidade dos entes públicos, desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir norte à gestão pública da saúde, definindo diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados e desta forma contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

A Lei 8.080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7.508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

Nesse contexto, a recente edição do Decreto 7.508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontado a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde.

### **7.8 Descentralização, regionalização e hierarquização**

Estes princípios tratam na realidade, de formas de consolidar o SUS na prática. Os serviços devem ser organizados em níveis ascendentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o Comando Unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos

disponíveis numa determinada região.

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir controle e fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do comando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

### **7.9 Financiamento em Saúde**

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita.

O financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras.

Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores do SUS.

Os recursos para o financiamento da saúde são repassados por meio de transferências Fundo a Fundo, regulares e automáticas e destinam-se ao financiamento das ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, à assistência de média e alta complexidade e às ações básicas de saúde.

### **7.10 Participação Social no SUS**

A participação da comunidade, sob a perspectiva do controle social, permite que a população interfira na gestão do SUS, empregando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Essa perspectiva é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de maneira que decisões sobre as ações de saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades. (BRASIL, 2001).

Em Saltinho o Controle Social é exercido de forma efetiva pelos membros do

Conselho Municipal de Saúde que são eleitos democraticamente pelas entidades representativas da sociedade para representá-la na definição das políticas públicas de saúde e também na fiscalização das ações de saúde desenvolvidas no município.

### **7.11 Gestão do Trabalho em Saúde**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, se desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde. Atualmente a gestão do trabalho é uma questão que tem merecido a devida atenção por parte de todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais.

Entender a gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições de trabalho com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização. Em Saltinho a Secretaria Municipal de Saúde é composta por 26 funcionários, sendo que 21 são concursados, o que corresponde a 84,62%. Dos demais funcionários, 02 são comissionados, 01 contratado por tempo determinado, 01 contratado por Processo Seletivo e 01 Agente Político.

### **7.12 Informações em Saúde**

Informação em Saúde é uma área estratégica para o conhecimento da rede, perfil dos pacientes, indicadores de saúde e a produção de serviços do SUS. É com base em dados contidos no Sistema DATASUS, tabulados e formatados por meio de programas como Tabwin, Tabnet e de Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) que os gestores do SUS tomam as decisões na administração da rede de serviços.

Em Saltinho a operacionalização dos Sistemas de Informações é exercida por profissional com experiência no setor.

## **8 INFRAESTRUTURA**

A Secretaria Municipal de Saúde de Saltinho funciona em espaço físico próprio e adequado. A Unidade Básica de Saúde de Saltinho é dotada de acesso à internet e demais equipamentos como computadores, ar condicionado e mobiliários necessários ao bom desempenho das atividades dos profissionais de saúde. A

Secretaria dispõe de 06 veículos para os serviços nos diversos setores bem como para o transporte de pacientes para Tratamento Fora de Domicílio.

## **9 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

### **9.1 Objetivo Geral do Plano**

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Saltinho tem como objetivo principal a implementação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o arranjo organizacional que dará suporte a efetivação das políticas públicas de saúde no município.

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes no município e em outros, assegurados à população através da Programação Pactuada Integrada (PPI) ambulatorial e hospitalar e assim que firmado, através do Contrato Organizativo da Administração Pública em Saúde (COAP).

Está dividido em seis Eixos principais e segue a lógica dos Blocos de Financiamento (Portaria 204/2007 e seguintes), facilitando assim a compreensão e a execução financeira e contábil do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

### **9.2 ATENÇÃO BÁSICA**

A Constituição Federal definiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros:

*I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*

*II – Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...).*

Nestes termos, fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais pobre da população.

Daí a importância de se compreender a atenção básica como o eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante ou exclusiva do sistema. “Tentação” que tende a aumentar entre os governantes, na medida do

encarecimento dos procedimentos de maior complexidade tecnológica em saúde, fato que vem se agravando nos últimos anos e que se tornou preocupação em praticamente todos os países do mundo. (MEDICI, 2002; DOCTEUR AND OXLEY, 2003)

A prioridade da atual gestão é a qualificação da rede atual, com foco na Atenção Básica como eixo estruturador do modelo de atenção. Para isso, os esforços serão direcionados na qualificação gerencial dos instrumentos de trabalho e dos profissionais na ponta do atendimento, com o intuito de diminuir a sobrecarga das equipes e os vazios de cobertura.

Necessário será também, democratizar os espaços de gestão, e promover espaços de cogestão com discussões transversais, como forma de “empoderamento” dos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho, o que inclui ainda a revisão dos processos de trabalho (vigilância e assistência) para integração das ações.

Nesse intuito, torna-se necessário adequar o modelo assistencial aos princípios do SUS, garantindo a qualidade e a integralidade das ações básicas de saúde; ampliar a oferta municipal de serviços de saúde, reformando e modernizando a infraestrutura operacional das Unidades de Saúde no município. Ampliar e aperfeiçoar os serviços de saúde oferecidos pela Rede Municipal, além de garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, acolhimento e humanização.

A Atenção Básica à saúde é de responsabilidade do município, com suporte, apoio técnico e financiamento tripartite, e tem fundamental importância na organização do sistema de saúde e na promoção da saúde da população. Qualificar o atendimento na Atenção Básica demanda a manutenção da estratégia de cobertura da atenção básica em 100% da população, considerando seus direitos fundamentais e a necessidade de evitar a pressão da demanda reprimida sobre a rede.

#### **Diretriz**

Aprimorar o acesso integral aos serviços de saúde através da Atenção Básica, fortalecendo e consolidando as portas de entrada do SUS (Decreto 7508/2011 – Art.9º) e de acordo com a Portaria 2.436/2017.
--

#### **9.2.1 Objetivos Estratégia Saúde da Família (ESF)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o acesso aos serviços ambulatoriais de Atenção Básica, através do ESF.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar os recursos necessários – humanos, materiais, veículos, equipamentos e instalações físicas – adequados ao atendimento aos usuários da Atenção Básica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanizar o atendimento às pessoas com acolhimento e escuta qualificada, priorizando às urgências e os grupos vulneráveis como idosos, crianças, gestantes, de acordo com o que preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento das ações com vistas a definir estratégias, organizar os fluxos, estabelecer rotinas e avaliar os resultados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorientação do Modelo Assistencial voltado para a promoção de saúde e a prevenção de doenças.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo as UBS, como portas de entrada aos serviços de saúde.</li> </ul>

## Metas e indicadores

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Atender 100% da demanda por consultas médicas em Atenção Básica através das equipes de ESF.	12750	13000	13250	13500	Consultas Médicas ambulatoriais
Assegurar a carga horária e equipe mínima de profissionais para atendimento.	X	X	X	X	Equipe mínima
Ampliar a carga horária dos profissionais do NASF e descentralizar o atendimento para as comunidades		X	X	X	Carga horária da equipe multidisciplinar.
Definir calendário de reuniões para planejar ações e definir estratégias de ação.	X	X	X	X	Equipe de Saúde
Realizar ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças à população do município	X	X	X	X	Promoção de Saúde
Regular a assiduidade em	X	X	X	X	Equipes ESF

consultas, exames e procedimentos agendados na Atenção Básica.					
Promoção da Saúde e Prevenção de agravos em pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	X	X	X	X	Portadores de doenças crônicas

### 9.2.2 Objetivos Saúde Bucal

<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir o atendimento integral à população na área de Saúde Bucal, contemplando desde a Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças da cavidade oral através da Odontologia Social em escolas, creches e outros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o tratamento clínico em consultórios odontológicos realizando minimamente os procedimentos estabelecidos no Caderno de Atenção Básica Nº 17 (Brasil, 2008)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Restaurar a saúde bucal da população endentada de acordo com o preconizado pelo Programa Brasil Sorridente através da protetização.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar/manter o acesso dos usuários da Atenção Básica da Rede Pública Municipal de saúde aos serviços de Saúde Bucal de forma planejada e organizada estabelecendo rotinas de acesso e integralidade na atenção.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar continuidade ao sistema de Tratamento Concluído (TC) de modos que o cidadão possa, após a primeira consulta programática, seguir o tratamento até o TC através de consultas agendadas com dia e hora marcados previamente, evitando o atendimento à livre demanda, exceto os casos de urgência/emergência.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter a organização da atenção em saúde bucal, através do ciclo de vida iniciando com a gestante, bebê, crianças e adolescentes até a fase adulta, atenção através de equipe multiprofissional com foco na educação para o autocuidado, conscientizando cada cidadão sobre a importância da higiene bucal adequada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter e ampliar os recursos materiais necessários para o desenvolvimento dos trabalhos evitando a falta dos insumos mínimos para as ações de promoção e prevenção, o tratamento clínico e a protetização.</li> </ul>



## Meta e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Realizar Escovação dental supervisionada pelo menos 03 (três) vezes ao ano aos alunos entre 00 e 12 anos.	X	X	X	X	Crianças na faixa etária
Realizar palestras educativas e orientações em escolas e creches.	100%	100%	100%	100%	Turmas/ano
Manter sistema de Tratamento Concluído (TC) na Atenção Básica com a 1ª Consulta programática.	Manter	Manter	Manter	Manter	População usuária SUS
Organizar o acesso aos serviços por meio do agendamento prévio e reagendar até o final do tratamento.	Manter	Manter	Manter	Manter	Equipe Saúde Bucal
Manter o atendimento clínico curativo com vistas a integralidade da assistência.	100%	100%	100%	100%	Procedimentos /ano
Manter a Atenção em Saúde Bucal pelo Ciclo de Vida.	100%	100%	100%	100%	Gestantes, crianças
Disponibilizar os materiais ambulatoriais necessários para o tratamento clínico e preventivos.	X	X	X	X	Insumos
Capacitação e atualização dos profissionais de Saúde Bucal através de Educação Permanente.	04	04	04	04	Profissionais SB todos os níveis.
Fornecer Próteses Totais (PT) e Próteses Parciais Removíveis (PPR) à população de acordo com a demanda.	X	X	X	X	Próteses/ano
Manter o acolhimento humanizado à população em todos os níveis.	Manter	Manter	Manter	Manter	Servidores Públicos

### 9.2.3 Objetivos Saúde da Criança e Adolescente

<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção integral e integrada a saúde da criança;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estímulo às ações entre setores visando a integralidade da atenção;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da criança;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivar o aleitamento materno nos primeiros meses de vida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a realização do Teste do Pezinho e Teste do Olhinho, Teste da Orelhinha de acordo com os prazos preconizados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assegurar a imunização em todas as crianças de acordo com o calendário vacinal estipulado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter as ações de vigilância das doenças, agravos e fatores de risco associados.</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças (ACDC) até 05 anos peso e altura.	100%	X	X	X	Crianças de até cinco anos
Estimular o aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida a todas as puérperas.	100%	X	X	X	Gestantes e puérperas
Identificar os recém-nascidos, com fatores de risco para morbimortalidade infantil e indicar o acompanhamento prioritário.	100%	100%	100%	100%	Recém-nascidos com fatores de risco.
Captar 100% das Declarações de Nascidos Vivos (DNs) e inseri-las no SINASC	100%	100%	100%	100%	Nascidos vivos

Captar 100% das Declarações de Óbitos (DO) infantis e digitá-las no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	100%	100%	100%	100%	Óbitos menores de um ano.
Manter a vigilância dos óbitos infantis através da investigação e análise de 100% dos óbitos em crianças menores de um ano.	100%	100%	100%	100%	Óbitos em menores de um ano
Acompanhar o Programa Bolsa Família em 90% das crianças menores de cinco anos.	X	X	X	X	Monitoramento PBF

### 9.2.4 Objetivos Ação Integral à Saúde da Mulher

<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres residentes no município de Saltinho, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, assistência e recuperação da saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir a atenção às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir a morbimortalidade relacionada ao câncer de colo uterino e mamas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Detectar precocemente câncer de mamas, através da oferta de exames de diagnóstico para mulheres na faixa etária recomendada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Expansão do programa de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) através de equipe multidisciplinar e fornecimento de medicamentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanizar o atendimento, aumentando e melhorando a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Implantar/implementar o programa de Planejamento Familiar com vistas a reduzir a gravidez na adolescência, gravidez de alto risco e óbitos maternos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução da mortalidade infantil e neonatal, garantindo a saúde e bem-estar da mulher e do concepto.</li> </ul>

## Metas e indicadores

<b>Meta/ação</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Indicador</b>
Realizar exame preventivo (coleta de material citológico) para o câncer do colo do útero com busca ativa das faltosas ao menos um exame/ano.	700	730	760	790	Mulheres entre 25 e 64 anos
Realizar exames de mamografia para rastreamento em mulheres acima entre 50/69 anos.	80	100	120	140	Mulheres na faixa etária
Consultas ambulatoriais médicas e de enfermagem agendadas previamente.	2500	2600	2700	28000	Mulheres a partir dos 15 anos
Realizar reuniões/palestras mensais com as gestantes oferecendo orientação multiprofissional sobre o pré-natal.	12	12	12	12	Palestras gestantes/ano
Garantir atendimento multiprofissional às gestantes de risco.	100%	100%	100%	100%	Gestação de risco
Notificar os casos identificados de violência contra mulher e vítimas de violência sexual.	100%	100%	100%	100%	Casos de violência identificados
Promover campanhas de esclarecimento sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos.	X	X	X	X	Campanhas anuais
Investigar os óbitos maternos e mulheres em idade fértil (MIF)	100%	100%	100%	100%	Óbitos maternos e/ou MIF
Assegurar atendimento em ginecologia e obstetrícia para a demanda da Atenção Básica.	100%	100%	100%	100%'	Demanda referenciada AB

### 9.2.5 Objetivos Ação Integral à Saúde do Homem

<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do município, contribuindo, de modo efetivo para a redução da morbimortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde do homem. (Portaria nº. 1.944/2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assegurar a integralidade da assistência desde a Atenção Básica até o nível terciário.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Detectar precocemente os casos de canceres com atenção especial para o câncer de próstata.</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar a oferta de exames na Rede Pública, para detecção precoce de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.	1000	1200	1400	1600	Exames análises clínicas/ano
Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.	450	600	750	900	Consultas/ano para homens a partir dos 20 anos
Conscientizar os homens sobre paternidade responsável, garantindo oferta de contracepção cirúrgica voluntária (Vasectomia).	100%	X	X	X	Demanda por Vasectomias
Estimular o autocuidado através de palestras e orientações nos grupos de idosos.	12	12	12	12	Palestras/ano
Fortalecer a atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de	100%	100%	100%	100%	Demanda espontânea

risco das doenças e dos agravos à saúde;					
Manter o Programa de Controle do Tabagismo no município para atender a demanda.	X	Mant er	Mant er	Mant er	Programa Implementado

### 9.2.6 Objetivos Saúde do Idoso

<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Política de Atenção à Saúde do Idoso tem o intuito de garantir a promoção da capacidade funcional e da saúde do idoso em ações que visem à valorização, ao respeito e à efetivação do Estatuto do Idoso. (Lei Nº10.741, de 01.10.2003).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A ampliação do acesso ao cuidado e aos serviços e equipamentos públicos de assistência social e à saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de acesso ao medicamento, às terapias adequadas, incluindo a saúde bucal e ocular, as terapias integrativas, e reabilitação física e cognitiva.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em idosos para a redução da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fraturas do fêmur;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de ações entre setores de fortalecimento da pessoa idosa, mediante ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência funcional;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia do acesso aos equipamentos de tecnologia de suporte (órtese e prótese).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações para conscientização e instrução dos familiares e responsáveis quanto a correta administração dos medicamentos.</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Implantação de ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência;	X	X	X	X	Idosos na faixa etária acima de 60 anos.
Implantação de grupos de educação em saúde de idosos e criação de uma Rede Solidária de Cuidado ao Idoso na comunidade;	X	X	X	X	
Realizar capacitação aos profissionais de saúde visando qualificar a atenção às pessoas idosas.	X	X	X	X	Profissionais capacitados.

Definição e implantação de protocolos clínicos e linhas de cuidados de atenção à saúde do idoso.	X	X	X	X	Idosos
Ampliação das visitas/atendimentos domiciliares aos idosos acamados, garantindo seu atendimento integral nas residências.	X	X	X	X	Visitas domiciliares nível médio e superior ESF.
Assegurar a assistência farmacêutica integral e regular com medicamentos de uso contínuo e/ou temporários.	X	X	X	X	REMUME
Otimização do fluxo dos atendimentos, de acordo com a demanda e quando necessário encaminhamento às especialidades.	X	X	X	X	Demanda livre e agendada nas ESFs
Implementação de práticas integrativas assistidas – Academia ao Ar Livre, Fitoterapia e outros.	X	X	X	X	Idosos do município.
Organização de redes solidárias com as comunidades e promoção de grupos de convívio e orientação.	X	X	X	X	Idoso/comunidades e equipes de ESF.
Ações e orientações para o envelhecimento saudável.	02	02	02	02	Reuniões/ano em cada grupo de idosos.

### 9.2.7 Objetivos Saúde Mental

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos entre setores.
- Consolidar, no município de Saltinho, uma rede de atenção integral e resolutiva para os usuários com transtorno em decorrência do uso de drogas – lícitas e ilícitas – promovendo espaços de inclusão e de reinserção social e atuando junto às famílias e à comunidade.

- Fortalecer ações integradas de saúde do trabalhador voltadas ao controle do tabagismo e do sedentarismo, com apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- Ações para conscientização e instrução dos familiares e responsáveis quanto a correta administração dos medicamentos.

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Desenvolver um plano de atuação entre setores para a atenção ao usuário de drogas.	X	Manter	Ampliar	Manter	Usuários de drogas
Realização de mapeamento por equipe de ESF em relação ao uso de álcool e outras drogas, lícitas e/ou ilícitas.	X	Manter	Manter	Manter	Alcoolistas e outras drogas.
Realizar ações de redução de danos e prevenção do uso de drogas no território.	X	X	X	X	Dependentes químicos
Estabelecer protocolos e fluxos de atendimento de 100% da demanda de portadores de transtorno mental.	X	X	X	X	Demanda identificada em Saúde Mental
Implementação de fluxos e rotinas de ações junto ao NASF e Equipe de Saúde da Família e aos serviços de referência (CAPS) entre outros.	X	X	X	X	
Estudo da prevalência de dependentes do tabaco no município, e proposta de redução gradual.	10%	20%	20%	20%	Fumantes do município.
Formar grupos e realizar oficinas terapêuticas com portadores de transtornos mentais por similaridade.	12	16	20	24	Oficinas/ano
Definir o NASF como o ordenador de Saúde Mental no município, qualificando a equipe através de educação	X	X	X	X	NASF



permanente					
Ampliar e fortalecer grupos de tabagistas de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), reduzir a prevalência de fumantes.	X	X	X	X	Grupos de tabagistas
Otimizar a participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica, como apoio institucional à equipe de ESF.	X	X	X	X	Equipes de ESF/NASF
Elaborar, juntamente com a equipe de ESF, protocolos de atendimento, visando o cuidado compartilhado.	X	Manter	Ampliar	Ampliar	NASF/ESF Necessidade percebida
Prevenir e controlar complicações posturais entre os trabalhadores de saúde.	X	X	X	X	Profissionais de Saúde
Garantir o acesso e a integralidade dos cuidados em saúde à demanda espontânea.	100%	X	X	X	População usuária do SUS

### 9.3 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Os serviços assistenciais do SUS organizam-se em ações da **Atenção Básica** e em ações da **Média e Alta Complexidade**, que envolvem a assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades. Visando à promoção dos direitos sociais da saúde consagrados na Constituição Federal com observância aos princípios/diretrizes da regionalização e da hierarquização da atenção à saúde.

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade

ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

A Constituição Federal definiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros:

I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...).

Isto posto, fica evidente a necessidade de articulação e a implementação as Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade, sem “transferir” responsabilidades, ou seja, assegurar ao cidadão usuário do SUS, o atendimento ambulatorial e hospitalar, em tempo oportuno e de acordo com as necessidades individuais e coletivas, mediante a referência e contra referência, o mais próximo possível de sua residência, através de protocolos clínicos estabelecidos e a regulação do acesso, priorizando os casos mais urgentes sem interferências externas e/ou políticas.

Na média e alta complexidade, propõe-se a ampliação da oferta de serviços da rede própria e de forma complementar, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS). Fortalecer o processo de descentralização dos serviços de saúde, buscando garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, integralidade, acolhimento e cogestão. Desta forma, será possível potencializar as ações de saúde nas UBS, incluindo a oferta de diagnóstico laboratorial, de imagem, anatomia e citologia entre outros, considerando risco e vulnerabilidade de grupos e sujeito e ainda articular a atenção especializada à vigilância em saúde.

## Diretriz

- Assegurar a integralidade da assistência, em todos os níveis de complexidade, através da articulação e estruturação das Redes de Atenção à Saúde em todos os pontos de atenção, ampliando a oferta serviços ambulatoriais e hospitalares.

## Objetivos Média e Alta Complexidade

- Fortalecimento das Redes de Atenção com garantia de acesso.
- Potencializar as ações de saúde com a oferta de diagnóstico laboratorial e de imagem, prioritariamente para os programas de saúde estruturados na rede básica, considerando risco e vulnerabilidade de grupos específicos.
- Ampliar a oferta de consultas especializadas para atendimento em tempo adequado.
- Fortalecimento da Assistência pré-hospitalar através do SAMU.
- Melhorar a oferta de procedimentos hospitalares de média e alta complexidade.

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar e adequar o espaço físico para ofertas de serviços de fisioterapia com implantação e hidroterapia.	X	Manter	Manter	Manter	Serviços de fisioterapia
Aumento do número de especialidades da rede de forma equânime priorizando a expansão das especialidades com maior déficit.	20%	20%	20%	20%	Ampliação da oferta de consultas especializadas
Ampliar a oferta de exames laboratoriais de análises clínicas atendendo 100% da demanda advinda da Rede Pública.	X	X	X	X	População usuária do SUS.
Manter e ampliar a participação Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMERIOS (CIS/AMERIOS).	X	X	X	X	Participação em Consórcio de Saúde.
Aumentar a oferta de procedimentos ambulatoriais e	X	X	X	X	Demanda para MAC

clínico-cirúrgicos de alta complexidade 20% ao ano.					
Garantir o acesso aos serviços para pessoas com transtornos mentais/comportamentais unidades ambulatoriais (CAPS) ou hospitalares, de acordo com a demanda.	X	X	X	X	Indivíduos acompanhados pelo CAPS
Ordenar o acesso aos serviços de média complexidade no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	X	Manter	Manter	Manter	100% da Demanda da Atenção Básica
Garantir a oferta de serviços profissionais de nível superior na Rede Própria em fisioterapia, psicologia, nutricionista, entre outros.	X	X	X	X	Oferta de Serviços de Média Complexidade
Assegurar a Regulação dos serviços através do Sistema de Regulação (SISREG) municipal e regional.	X	X	X	X	Serviço Regulado

#### 9.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço, contendo: atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. A definição ampliou-se, sendo que a Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, com o monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, proposição de medidas de controle entre outros.

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação

dessas informações a todos que necessitam conhecê-la. (LANGMUR, 1963). Vigilância da Saúde é uma proposta de reorganização das práticas de saúde, cujas bases conceituais e metodológicas vêm sendo definidas a partir da reflexão sobre um processo de experimentação iniciado a cerca de 15 anos (TEIXEIRA, Carmen 2004).

A partir destas definições, serão objeto de atenção à vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das que permitem prevenção, bem como a manutenção da capacidade de resposta às emergentes. Constituirão igualmente prioridades o fortalecimento da promoção da saúde, nesta incluída a vigilância em saúde ambiental e a implantação/implementação da saúde do trabalhador. Particularmente em relação às doenças transmissíveis, deverão ser empreendidas ações de atuação voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce, bem como ao controle e a eliminação de agravos. Quanto às doenças não transmissíveis, a estratégia central consistirá na implementação e monitoramento de ações voltadas à redução da mortalidade decorrente destas doenças. A prevenção e o controle incluirão o fortalecimento de medidas educativas, com prioridade à conscientização da população quanto aos fatores de risco relacionados a essas doenças.

### **Diretriz**

- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, reduzindo a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes.

### **Objetivos Vigilância em Saúde**

- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde, implementando ações para a redução das desigualdades sociais e a promoção da qualidade de vida.
- Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes e privilegiar a intensificação de ações coletivas de caráter preventivo.
- Manter e aprimorar as ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências e Promoção da Saúde, na perspectiva de fomentar um enfrentamento efetivo, interdisciplinar e entre setores.
- Prevenir e controlar as DST/Aids no município e promover a melhoria da qualidade de vida com assistência adequada à saúde das pessoas soropositivas ao HIV residentes no município.
- Manter à vigilância de vetores, em especial ao Aedes Aegypti, mosquito transmissor da Dengue, Zika e Chicongunya.

- Ampliar a atuação da VISA, aprimorando suas práticas de trabalho e apoio tecnológico.
- Aquisição de equipamentos e materiais para a execução de atividades competentes a VISA.

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Manter e ou alcançar as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde.	X	X	X	X	Cobertura vacinal público alvo
Encerrar oportunamente pelo menos 95% dos as doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN.	X	X	X	X	Encerramento oportuna DNC.
Manter a proporção de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase e tuberculose.	X	X	X	X	100% cura casos novos
Promover ações entre setores que promovam a Reeducação Alimentar e Nutricional para a redução do Sobrepeso e Obesidade infantil e hábitos de vida saudável.	X	X	X	X	População infantil residente no município.
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil	100%	100%	100%	100%	100% dos casos investigados e encerrados
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos infantis no município	100%	100%	100%	100%	100% dos casos investigados e encerrados
Reduzir para menos de dois dígitos a taxa de mortalidade infantil no município no período.	X	X	X	X	Óbitos infantis
Desenvolvimento de ações de reeducação Alimentar e Nutricional com a Comunidade em Geral e Escolas do município.	X	X	X	X	
Implantar/implementar as Práticas Integrativas Complementares (PICs).	X	Mante r	Mante r	Mante r	PICs
Implementação de ações de prevenção e controle ao HIV e	X	X	X	X	Ações implementadas

Aids na população vulnerável e mais exposta, incluindo idosos.					
Manter cadastrados 100% dos estabelecimentos de interesse da saúde no município (VISA).	100%	100%	100%	100%	Estabelecimentos inspecionados
Alcançar as metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) Portaria 1708/2013.	80%	80%	90%	90%	Metas pactuadas a serem alcançadas.
Manter o Código Sanitário Municipal (Lei Municipal) de acordo com a legislação vigente.	Manter	Manter	Manter	Manter	CSM
Manutenção de inspeções em unidades comerciais, pelo menos duas inspeções em cada estabelecimento.	100%	100%	100%	100%	Inspeções/ano
Capacitação dos trabalhadores para boas práticas de fabricação/manipulação de alimentos e/ou produtos de interesse da saúde.	01	01	01	01	Trabalhadores capacitados
Monitorar a qualidade da água para consumo humano - soluções alternativas coletivas – poços artesianos, através de análise mensal e tratamento quando for o caso.	100%	100%	100%	100%	Amostras de água analisadas por mês.
Monitoramento da qualidade da água consumida na Rede Pública e em poços coletivos, de acordo com a Portaria 2914/2011.	100%	100%	100%	100%	Amostras de água/mês enviadas ao LACEN
Implantar e implementar a Política de Saúde do Trabalhador no setor primário.	X	Manter	Manter	Manter	Saúde do trabalhador
Cadastrar, notificar e investigar 100% das ocorrências de surtos de DTAs.	100%	100%	100%	100%	Surtos DTAs
Atualizar o mapa de Reconhecimento Geográfico (RG) do perímetro urbano para controle da Dengue.	01	01	01	01	01 RG/ano

Realizar 100% das ações de campo para determinar os índices de infestação do mosquito Aedes Aegypti, de acordo com o PNCD – Levantamento de Índice (LI) e Pontos Estratégicos (PE)	X	X	X	X	Monitoramento de PEs e Ar
Realizar 100% das ações de bloqueio e delimitação de focos, quando e se houver, de acordo com PNCD.	100%	100%	100%	100%	Ações de Bloqueio
Realizar pelo menos um evento anual com atividades educativas visando mobilizar a comunidade em geral sobre ações de prevenção e combate à dengue.	01	01	01	01	Evento anual
Aquisição de Impressora, Uniforme e Televisor.	01	01	01		Unidade/ano

## 9.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Entendendo a Assistência Farmacêutica como parte importante de um Sistema de Saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, o Ministério da Saúde após ampla discussão, aprovou, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM N° 3.916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do país. A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito precípuo garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde — SUS na sua efetivação. As ações direcionadas para o alcance desse propósito serão balizadas pelas diretrizes a seguir: Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Regulamentação sanitária de medicamentos. Reorientação da assistência farmacêutica. Promoção do uso racional de medicamentos. Desenvolvimento científico e tecnológico. Promoção da produção



de medicamentos. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I – Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II – Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III – estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV – Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem. (...) Decreto 7.508/2011 – Artigo 28º.

Assim sendo, pressupõe-se que todo indivíduo atendido na Rede Pública de Saúde, deva ter assegurada a INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA, incluindo a terapêutica para o tratamento completo. Isso implica em garantir o acesso aos medicamentos que devem estar disponíveis em tempo integral e de acordo com as especificidades locais/regionais.

#### Diretriz

Garantia de Assistência Farmacêutica integral aos usuários do SUS.

#### Objetivos Assistência Farmacêutica

- Manter e adequar à oferta de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica à população, com revisões sistemáticas da REMUME.
- Promover a exportação dos dados de entradas/saídas ao sistema HORUS.
- Garantir o acesso e a distribuição de medicamentos do componente básico, excepcional e demandas judiciais.

#### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Implantar a Relação Municipal de Medicamentos	X	Manter	Manter	Manter	REMUME atualizada

Essenciais (REMUME), de acordo com o protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, preconizados e mantê-la anualmente.					
Garantir a oferta de medicamentos com base no uso racional do medicamento.	X	X	X	X	REMUME Dispensação
Manter estoques mínimos necessários para evitar a falta de medicamentos de uso contínuo ou sazonais nas UBS.	X	X	X	X	Estoque de remédios mantido.
Adequação do almoxarifado para melhoria de acesso dos profissionais.	X	Manter	Manter	Manter	Estrutura física
Viabilizar a implantação gradual e regular da Política de fitoterápicos na Rede Pública Municipal de Saúde em parcerias entre setores			X	X	Fitoterapia implantada
Assegurar o destino correto dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), Grupos A e B – RDC ANVISA 306, produzidos pela Rede Pública de Saúde.	X	X	X	X	Resíduos de Serviços de Saúde
Assegurar a capacitação do(s) profissional(ais) farmacêutico(s)	X	X	X	X	Servidores capacitados
Manter alimentação regular do Sistema de Controle de Estoque – entradas e saídas – no Sistema de Gestão Municipal e exportação ao HORUS	X	X	X	X	Sistema alimentado regularmente.
Dispensar regularmente os medicamentos prescritos pelos profissionais da Rede Básica Municipal e referenciados através da PPI ou Consórcio.	X	X	X	X	Medicamentos dispensados regularmente.
Manter rotinas de reposição	Mant	Manter	Manter	Manter	Rotinas efetivas

de insumo – solicitação, aquisição, entrega e pagamento – de modos a assegurar o estoque regular e faltas frequentes.	er				
Alimentar o banco de Preços em Saúde (NPS) pelo menos uma alimentação/ano	X	X	X	X	BPS alimentado

## 9.6 GESTÃO DO SUS

Mesmo levando em consideração a conquista histórica que significa o Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país, devemos ter muito claro as enormes dificuldades que significam a sua implementação dado a nossa história de tratamento do estado com relações de fisiologismo, patrimonialismo, loteamento e privatização por grupos e corporações organizadas, como também de um modelo de atenção equivocado.

Assim, se por um lado temos um sistema com significativos avanços e que tem sido de uma importância incomensurável para toda a população brasileira, de outro há ainda gargalos que são produtos de toda essa nossa cultura e que necessitam de um tratamento correto e sintonizado com os princípios da Reforma Sanitária.

A prática corrente tem sido do tratamento da doença em detrimento de ações que possibilitem a promoção efetiva da saúde. Quando analisamos o SUS, nos seus vinte e poucos anos, percebemos que apesar de alguns avanços pontuais e de relevância e impacto no contexto sócio epidemiológico, continuamos presos a uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, “medicocêntrica” e mais recentemente nos exames de alta complexidade.

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde tem gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo. Não temos programas que possibilitem um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia, saúde mental, assistência farmacêutica, saúde bucal e outros e somos obrigados, em consequência, a arcar com os desumanos e insustentáveis

tratamentos de hemodiálise, cirúrgicos, transplantes, intoxicações e câncer, só para citar alguns. (CNS, 2006 – João Batista Júnior).

A partir dos pressupostos acima, queremos poder assegurar aos profissionais de saúde e a população, a certeza de que não serão medidos esforços no sentido de melhorar indicadores e a efetiva mudança do modelo assistencial atual, centrado no ato médico, na cura de doenças em detrimento da promoção de saúde, do autocuidado e da prevenção de doenças.

## DIRETRIZ I – Gestão do Trabalho

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar a Gestão do Trabalho no SUS, centrada na valorização dos trabalhadores e com a participação dos diversos atores envolvidos no processo, fortalecendo as relações de trabalho.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer e aprimorar as ferramentas/instrumentos de gestão como um espaço democrático de avaliação contínua e participativa dos trabalhadores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver estratégias para a incorporação da prática do planejamento no cotidiano das ações desenvolvidas em todos os âmbitos da Secretaria de Saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar/implementar o Sistema de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (ECA) com vistas a ordenar, coordenar a aprimorar as ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar.</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS)	01	01	01	01	PAS elaborada
Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS)	01	01	01	01	RAG elaborado
Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)	X	X	X	X	PMS 2022/2025
Atualizar o plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) adequando vencimentos aos padrões regionais.	X	Manter	Manter	Manter	PCCS adequado
Realização de Concurso Público para provimento de vagas e garantir	X	X	X	X	Concurso público para provimento de vagas.

vínculo protegido à pelo menos 90% dos servidores.					
Manter canal de negociação com servidores para adequação da Política Municipal de Cargos e Salários.	X	X	X	X	Mesa de negociação
Contratação de servidores para as vagas/cargos existentes, futuras vacâncias e/ou novas a serem criadas.	X	X	X	X	Servidores contratados
Fazer a avaliação de desempenho (Estágio Probatório) dos servidores novos.	X	X	X	X	Avaliações/ano
Estabelecer calendário de reuniões regulares com a equipe para planejar, discutir e implantar/implementar ações e políticas de saúde adequadas ao tempo.	48	48	48	48	Reuniões/ano
Estruturar e capacitar uma equipe de regulação, controle, avaliação e auditoria (ECA) do SUS.	X	Manter	Manter	Manter	Equipe ECA/capacitações
Estabelecer e aprimorar protocolos de acesso aos serviços ambulatoriais de média complexidade, de acordo com os Parâmetros Assistenciais vigentes	X	Aprimorar	Atualizar	Ampliar	Protocolos estabelecidos

## DIRETRIZ II – Educação Permanente

O processo da Educação Permanente deve estar voltado à qualificação dos profissionais de saúde com foco na consolidação e ampliação da resolutividade da Atenção Primária, bem como para o fortalecimento da atuação em áreas prioritárias, além dos aportes para o fortalecimento gerencial, como a formação aos funcionários

que trabalham nas farmácias e no apoio administrativo das Unidades Básicas de Saúde.

Para isso, deve ser elaborado um Plano de Educação Permanente articulado ao modelo de atenção atual, contemplando as áreas de gestão de sistema, atenção à saúde, educação e controle social, assumindo um olhar no território, e das propostas estratégicas das áreas temáticas. Além disso, este plano deverá pensar estratégias e critérios para a garantia da participação dos servidores em eventos e atividades inerentes a função.

O município de Saltinho, firma compromisso com a prática da Educação Permanente, em contraposição à lógica da capacitação continuada e das ações fragmentadas de treinamento e capacitação. Propõem-se estratégias que fortaleçam o caráter pedagógico da prática cotidiana, fornecendo os aportes necessários de conhecimento atualizado para o seu fortalecimento e qualificação, de acordo com o desenvolvimento profissional dos atores envolvidos.

## Objetivos

• Implantar o processo de educação permanente a todos os servidores.
• Buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e com isso, promover transformações na prática profissional.
• Promover o aprimoramento e a atualização dos profissionais, considerando suas vivências profissionais e as especificidades de cada serviço.
• Estabelecer planejamento compartilhado de educação permanente da equipe.

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Possibilitar/promover a participação dos servidores em cursos de capacitação.	X	X	X	X	Servidores capacitados
Estabelecer critérios para remoção de profissionais nos períodos de férias e/ou que antecedem a entrada de novos profissionais na rede.	X	X	X	X	Critérios estabelecidos
Estimular e organizar	X	X	X	X	Evento/ano

pelo menos um evento por ano com toda equipe de Atenção Básica para atualização e aperfeiçoamento das Políticas Públicas.					realizado.
Realizar com equipe planejamento compartilhado dos temas de educação permanente e pautas das reuniões com avaliação periódica.	X	X	X	X	Reuniões/Semana

### DIRETRIZ III – Custeio e Investimento

Para o próximo período, a secretaria de saúde busca o melhor desenvolvimento dos processos internos, no intuito de garantir agilidade e eficiência administrativa, desta forma pretende-se aprimorar a gestão de contratos e convênios, e o desenvolvimento dos atos necessários às ações de manutenção e expansão dos serviços.

Assegurar os recursos financeiros necessários para implementação das ações e políticas de saúde pública no município, com remuneração de pessoal, compra de materiais e insumos, custo operacional (energia elétrica, telefonia, água) e manutenção da estrutura física, veículos, equipamentos de saúde, de informática rede de frios entre outros.

#### Objetivos

• Garantir ambientes adequados e com área necessária para execução dos serviços.
• Equipar as Unidades de Saúde com equipamentos e veículos de acordo com as necessidades.
• Aprimorar a aplicação dos recursos de custeio e remuneração de pessoal.

#### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliação e reforma da Unidade Básica de Saúde	X	Manter	Manter	Manter	Estrutura Física da UBS
Manutenção preventiva de	X	X	X	X	Manutenção

veículos e equipamentos ambulatoriais, odontológicos, de informática, rede de frios etc.					regular
Assegurar os recursos financeiros para custeio necessários ao pagamento de recursos humanos, dos prestadores de serviços e despesas operacionais.	X	X	X	X	Recursos financeiros LDO Execução orçamentária e financeira.
Aprimorar a execução financeira de acordo com o orçamento vigente, para aquisição de medicamentos, materiais ambulatoriais, odontológicos, de escritório e expediente.	X	X	X	X	Execução orçamentária
Aquisição de veículos para renovação da frota.	01	01	02	02	Veículos adquiridos
Aquisição de equipamentos ambulatoriais e de informática de acordo com a necessidade.	05	05	10	05	Equipamentos adquiridos
Construção de Sala de Hidroterapia na UBS	X	Manter	Manter	Manter	Espaço construído

## 9.7 CONTROLE SOCIAL

O Controle Social no SUS, talvez seja ainda o maior desafio a ser enfrentado pelos gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e especialmente pelos usuários do Sistema. Nota-se uma participação muito tímida da grande maioria dos usuários. Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) funcionam de forma muito irregular ao ponto do Ministério Público Federal, ter expedido correspondência para verificar o funcionamento dos conselhos, sua estruturação e se estão de acordo com o que preconiza a Resolução CNS 453/2012.

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 10 de maio de 2012, em sua Terceira Diretriz traz. *“a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e*



*financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática”.*

A principal mudança entra as Leis Orgânicas da Assistência à Saúde (LOAS) 8080/090 e 8142/90, é justamente a participação popular no controle social. Participação muito tímida por parte da sociedade, seja de usuários, profissionais e prestadores de serviço, e, não obstante, vemos gestores públicos eximindo-se das responsabilidades impostas para efetivação do controle social. Por isso fazem-se necessárias medidas para estruturação e efetivação do controle social em todos os níveis de gestão, desde a esfera federal à esfera municipal.

O município de Tigrinhos, por meio seu Gestor de Saúde, definiu entre as prioridades a ampliação do controle social e deu início a implantação de Conselhos Locais de Saúde justamente para que a participação da comunidade com sugestões, participação nas decisões e auxiliar a definir a implantação de ações e políticas de saúde pública.

### **Diretriz**

Implementação do Controle Social na Gestão de Políticas Públicas de Saúde.
--

### **Objetivos**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Implementar o controle social na rede de serviços públicos.</li></ul>                       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Garantir a estruturação e o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Realização de conferências municipais de saúde.</li></ul>                                   |

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Promover a renovação sistemática dos conselheiros quando não houver a participação desejada.	X	X	X	X	Renovação do CMS
Assegurar a capacitação dos conselheiros de saúde de pelo menos 12h anuais, para atualização e conhecimento da atuação junto ao CMS	12	12	12	12	Conselheiros capacitados.
Realizar pelo menos Conferencia Municipal de Saúde no período com a realização de 04 (quatro) pré conferencias.	01	01	01	01	Conferência de Saúde
Estimular a participação das comunidades, sociedade civil organizada, idosos e outros segmentos para participarem das reuniões do CMS.	X	X	X	X	Estimulo contínuo
Manter a realização de pelo menos uma reunião mensal do CMS, com calendário aprovado no início de cada ano e recesso de 60 (sessenta) dias.	10	10	10	10	Reuniões anuais do CMS.
Realizar a prestação de contas quadrimestral ao CMS – lei 141/2012 – Artigo 41.	03	03	03	03	Relatórios quadrimestrais apresentados
Submeter a aprovação do CMS o Relatório Anual de Gestão (RAG) e a Programação Anual em Saúde (PAS) no prazo estipulado (Portaria Ministerial 2.135/2013).	X	X	X	X	RAG e PAS aprovados.

## 9.8 MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 será revisado anualmente, no período de outubro a dezembro quando da elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS), conforme prevê a Portaria Ministerial 2135/2013 de 25 de setembro de 2013, para adequação e aprimoramento de suas metas.

O denso elenco de atividades propostas em função do enfrentamento dos problemas diagnosticados e dos objetivos, que se pretende alcançar, exige da gestão a definição de estratégias específicas e monitoramento e avaliação de suas metas estratégicas, da eficiência administrativa e do impacto, quando possível, das ações realizadas. Para tanto, a formação de grupos técnicos para estudo do PMS, é uma proposta a ser implementada no primeiro ano da vigência.

Outras ferramentas a serem utilizadas para monitoramento do Plano estão o Relatório Anual de Gestão (RAG), a o Relatório Quadrimestral da Execução Financeira e Contábil (Lei 141/2012). O Relatório de Gestão deverá ser descritivo e analítico, sendo sempre relacionado ao Plano, servindo de subsídio para a sua revisão.

Todas estas estratégias, juntas, implicarão no monitoramento das ações realizadas e propostas no Plano Municipal de Saúde, e serão sempre apresentadas e discutidas no Conselho Municipal de Saúde, e, conseqüentemente, inseridas no processo anual de revisão e readequação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.



MARLA CRISTINA FACHINI EITEL  
Secretária Municipal de Saúde  
Matrícula: 10339/01

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SALTINHO/SC**