PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



SALTINHO – SC

Período de Vigência

2026-2029

ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE SALTINHO

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2026-2029

ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE SALTINHO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2026-2029

PREFEITO
EDIMAR NORONHA DE FREITAS

VICE-PEFEITO
NEIMAIR SOSTER

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
KEITI KELI PEREIRA DOS SANTOS

Elaboração do Plano: Comissão de Elaboração, Equipe e Assessoria Técnica.
Colaboração: Conselho Municipal de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9
2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO 11
2.1 HISTÓRICO 11
2.2 INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS 12
2.2.1 LOCALIZAÇÃO 12
2.2.2 CLIMA 12
2.2.3 LIMITES TERRITORIAIS 12
2.2.4 ACESSOS AO MUNICÍPIO 13
3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 13
3.1 POPULAÇÃO 13
3.2 ESTRUTURA ETÁRIA 14
3.3 LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE. 18
3.4 DENSIDADE DEMOGRÁFICA 19
3.5 ASPECTOS ÉTNICOS 19
3.6 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO SALTINHO – SC 20
3.7 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E OS COMPONENTES 20
3.8 RANKING BRASIL E ESTADO DE SANTA CATARINA 21
4 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA 21
4.1 RENDA PER CAPITA 21
4.2 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS 22
4.2.1 SETOR AGROPECUÁRIO 22
4.2.2 SETOR INDUSTRIAL 23
4.2.3 SETOR COMERCIAL E DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS 23
4.2.4 TRABALHO, TAXA DE ATIVIDADE E DE DESOCUPAÇÃO 23
5 ASPECTOS EDUCACIONAIS 24
5.1 REDE PÚBLICA DE ENSINO 24
5.2 CRIANÇAS E JOVENS FREQUENTANDO A ESCOLA 24
6 ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA 25
6.1 INDICADORES HABITACIONAIS – ÁGUA 25
6.2 INDICADORES HABITACIONAIS – ESGOTO 25
6.3 INDICADORES HABITACIONAIS – ENERGIA ELÉTRICA 26
6.4 INDICADORES HABITACIONAIS – COLETA DE LIXO 26
6.5 VULNERABILIDADE SOCIAL 27
6.6 MEIO AMBIENTE 28
7 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO 28
7.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 28
7.2 MORTALIDADE GERAL 29
7.3 MORTALIDADE INFANTIL 30
7.4 MORTALIDADE MATERNA 31
7.5 MORBIDADE HOSPITALAR 33
8 ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE 34

8.1 ATENÇÃO BÁSICA 34
8.2 COBERTURA VACINAL 35
8.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS 36
8.4 ATENÇÃO HOSPITALAR 37
8.5 SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 38
8.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 39
8.7 GESTÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 40
8.8 DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO 41
8.9 FINANCIAMENTO EM SAÚDE 41
8.10 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS 42
8.11 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE 42
8.12 INFORMAÇÕES EM SAÚDE 43
9 INFRAESTRUTURA 43
10 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS 44
10.1 OBJETIVO GERAL DO PLANO 45
11 ATENÇÃO BÁSICA 45
12 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) 54
13 VIGILÂNCIA EM SAÚDE 54
14 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 58
15 GESTÃO DO SUS 60
16 MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO 65
17 ANEXOS 66

SUMÁRIO DE SIGLAS

AMERIOS - Associação dos Municípios do Entre Rios
APS – Atenção Primária à Saúde
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIS – Consórcio Interfederativo de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
COAP – Contrato Organizativo da Administração Pública em Saúde
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DNV – Declaração de Nascidos Vivos
ESF – Equipe Saúde da Família
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
HRTGB – Hospital Regional Terezinha Gaio Basso
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IVS – Índice de Vulnerabilidade Social
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MAC – Média e Alta Complexidade
MIF – Mulheres em Idade Fértil
PAS – Programação Anual de Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PSE – Programa Saúde na Escola
PICS – Práticas Integrativas e Complementares
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNI – Programa Nacional de Imunização
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
PPR – Próteses Parciais Removíveis
PT – Próteses Totais
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RCA – Regulação, Controle, Avaliação

RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RSS – Resíduos de Serviços de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIM – Sistemas de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Nascidos Vivos

SISREG – Sistema de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

APRESENTAÇÃO.

Apresento à população do Município de Saltinho o Plano Municipal de Saúde (PMS) que deverá nortear as atividades da Secretaria da Saúde no período de 2026 a 2029. A Secretaria Municipal de Saúde de Saltinho, iniciou o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para o quadriênio 2026-2029, a partir da realização de levantamento de propostas, por meio de um inquérito dirigido aos conselheiros, entidades à população, bem como o quadro de servidores da Secretaria de Saúde.

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90 traz no artigo 36º:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

A Lei Complementar nº 141/2012 e o Decreto nº 7.508/2011, a colocam o planejamento da Saúde como questão obrigatória e central na agenda dos gestores, em um movimento ascendente e integrado. Assim, o PMS está em consonância com a estrutura do Plano Plurianual (PPA), 2026-2029 e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Foram definidas **DIRETRIZES GERAIS**, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), no dia 08/10/2025 – Resolução 004/2025, as quais apontam as linhas de ação para a definição de objetivos, metas e indicadores.

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 I** aborda as **Características Gerais do Município de Saltinho** e a sua divisão administrativa. O **Capítulo II** trata do **Diagnóstico Situacional,** com destaque para o perfil epidemiológico dos residentes – as doenças mais frequentes, as principais causas de

morbidade e mortalidade com base na série histórica de 2020-2024.

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, ordenadora do cuidado e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ressaltam-se a elaboração dos instrumentos básicos de planejamento – o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) referente à prestação de contas anual com seus Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e a apresentação destes ao Conselho Municipal de Saúde.

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.

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, destaca-se que esta importante 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.

Keti Keli Pereira dos Santos
Secretária Municipal de Saúde

1. 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 LUCCHESE (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.

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 de Saúde 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 é o 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.

A elaboração deste plano, contou com a participação popular, através de "inquérito" do qual participaram os conselheiros de saúde, usuários, servidores públicos, lideranças, comunidade em geral, através da contribuição direta, e-mail entre outras formas de colaboração. Coordenado por uma comissão, nomeada pelo Decreto Executivo 5.243 de 11 de julho de 2025, o PMS foi elaborado de forma enxuta, exequível e com base no Diagnóstico Situacional. Assim, as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMIs), estão em consonância com o Plano de Governo e o Plano Plurianual (PPA) 2026-2029.

2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO.

2.1 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.

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. Elevado 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.

2.2 INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS.

2.2.1 LOCALIZAÇÃO.

O município de Saltinho está localizado na Região Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina, faz parte da Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS). Pertence a Agencia de Desenvolvimento Regional (ADR) de Maravilha e à Comissão Intergestores Regional (CIR) do Extremo Oeste, com sede em São Miguel do Oeste. Com extensão territorial de 156,5 Km². A população residente atual é de 3.633 habitantes (IBGE 2022). O município localiza-se na latitude 26º 36' 33" – Sul e na longitude 53º03'22" Oeste de Greenwich a uma altitude de 620 metros acima do nível do mar.



Mapa interativo de Santa Catarina.

2.2.2 CLIMA.

O clima do município classifica-se como subtropical, com verões quentes apresentando uma temperatura média anual de aproximadamente de 22ºC (Graus Centigrados). Quanto à hidrografia, o município é banhado pelos Rios, Burro Branco, Pesqueiro e Rio Saltinho que dá nome ao município. O relevo é constituído de um planalto de superfícies onduladas e montanhosas, com boa fertilidade de solo.

2.2.3 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 e Bom Jesus do Oeste e ao Leste com os municípios de Irati, Sul Brasil e São Bernardino. A Oeste com o município de Santa Terezinha do Progresso.

2.2.4 ACESSOS AO MUNICÍPIO.

Acesso à BR-282 através da SC 160 com 35 km de distância, via pavimentada 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, rodovia pavimentada passando pela cidade de Campo Erê, na divisa com o Estado do Paraná, chegando ao município de Marmeleiro.

Os Polos Regionais e Centros de Referência em Saúde, para o município de Saltinho estão localizados às seguintes distâncias: Maravilha 62 Km, São Miguel do Oeste, 100 km, Chapecó, 130 km, Xanxerê 170 km e a Capital do Estado de Santa Catarina a 650 km de distância.

3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.

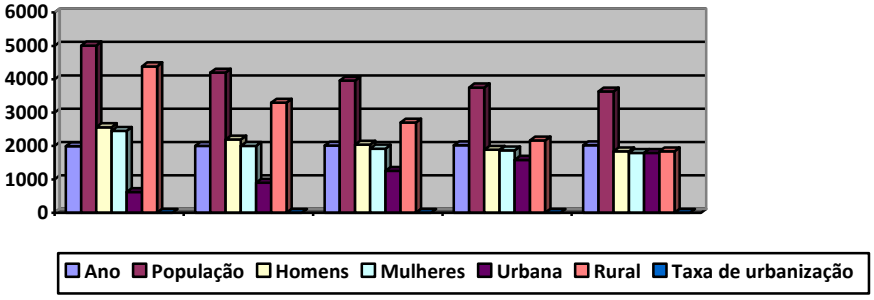
3.1 POPULAÇÃO.

Entre 2000 e 2010, a população de Saltinho teve uma taxa média de decréscimo anual de 0,57%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de retração anual foi de -1,95%. No Estado, estas taxas de crescimento 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 1991-2024 por sexo e taxa de urbanização

Ano	1991	2000	2010	2020	2025
População	5010	4196	3961	3754	3633
Homens	2565	2194	2040	1886	1838
Mulheres	2454	2002	1921	1868	1795
Urbana	625	899	1255	1586	1794
Rural	4385	3297	2706	2168	1837
Taxa de urbanização	12,48%	21,43%	31,68%	42,24%	49,38%

Fonte: PNUD, IPEA, FJP e TABNET



Analisando o quadro acima e considerando a média da taxa de urbanização dos últimos censos demográficos, é possível fazer uma estimativa da taxa de urbanização. Percebe-se que o fenômeno do êxodo rural também se faz presente no município, e 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, além da adoção de medidas e políticas públicas voltadas ao atendimento desse público, não esquecendo da população rural.

Outro dado importante neste quesito é a migração de pessoas de outros estados/regiões, com culturas e costumes diferentes, causando impacto local. Também a vinda de imigrantes (venezuelanos, haitianos, angolanos), tem preocupado as autoridades sanitárias locais, bem como o Setor Social, a fim de que possam "absorver" essa demanda, sem maiores impactos na qualidade de vida e epidemiológicos à população local e migrante.

3.2 ESTRUTURA ETÁRIA.

Quadro 02 – Estrutura etária – Saltinho – SC – 2000-2025.

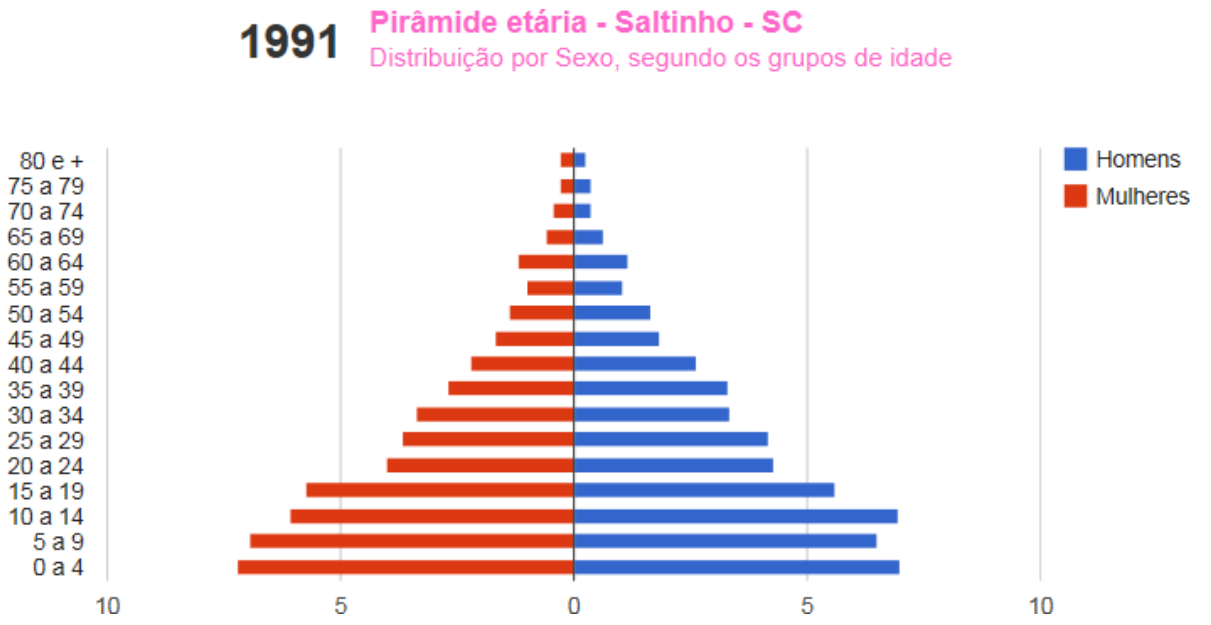
Estrutura etária	2000	%	2010	%	2020	%	2025	
< de 15 anos	1.737	41,4	1.050	26,51	781	20,80	690	18,99%
15 a 64 anos	2.253	53,69	2.566	64,78	2.374	63,24%	2.331	64,30%
65 anos ou >	206	4,91	345	8,71	599	15,96%	607	16,70%
Total	4.196		3.961		3.754		3.633	

Fonte: TABNET/DATASUS

Entre 2000 e 2025, segundo estimativas populacionais, a razão de dependência de Saltinho passou de 86,24% para 58,36%, o índice de envelhecimento no mesmo período passou de 11,86% para 76,70% e o número de pessoas maiores de 65 anos evoluiu de 4,91% para 16,70%. Estes dados retratam a

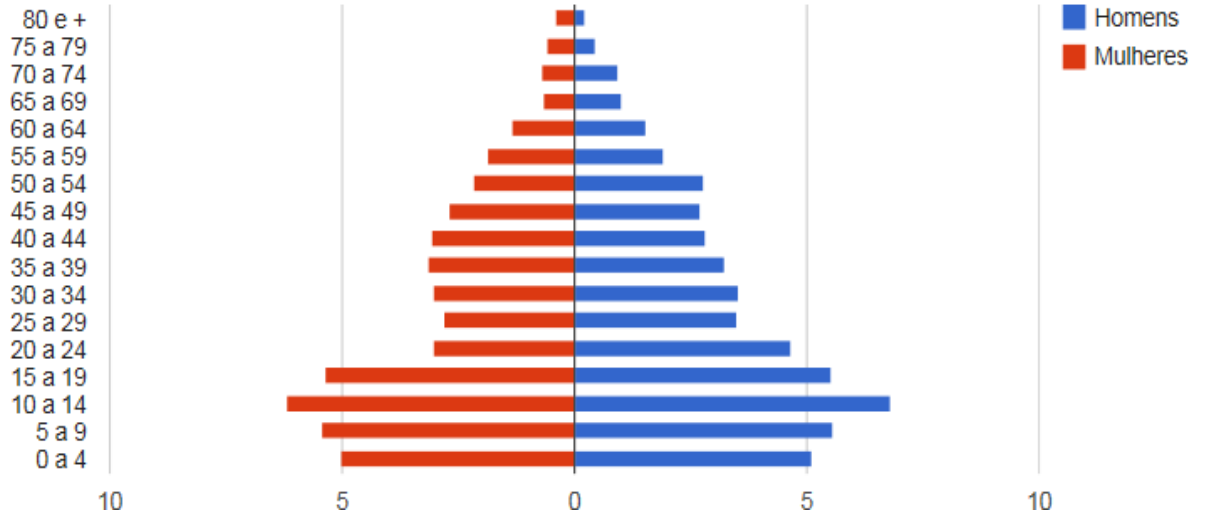
tendência nacional, a população está envelhecendo e as famílias cada vez com menos filhos. Fatos que evidenciam a importância de adoção de ações, cada vez mais, voltadas à saúde do idoso. Percebe-se que a população na faixa etária, acima dos 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, passou de 4,91% no ano de 2000, para 16,70% em 2025, aumento de expressivo de cerca de 400% em vinte e cinco anos. Em virtude dessa mudança, deve-se buscar políticas públicas voltadas para a demanda crescente e que atenda às necessidades de saúde dessa população, buscando envelhecimento saudável.

PIRÂMIDE ETÁRIA – 1991, 2000, 2010, 2020, 2022



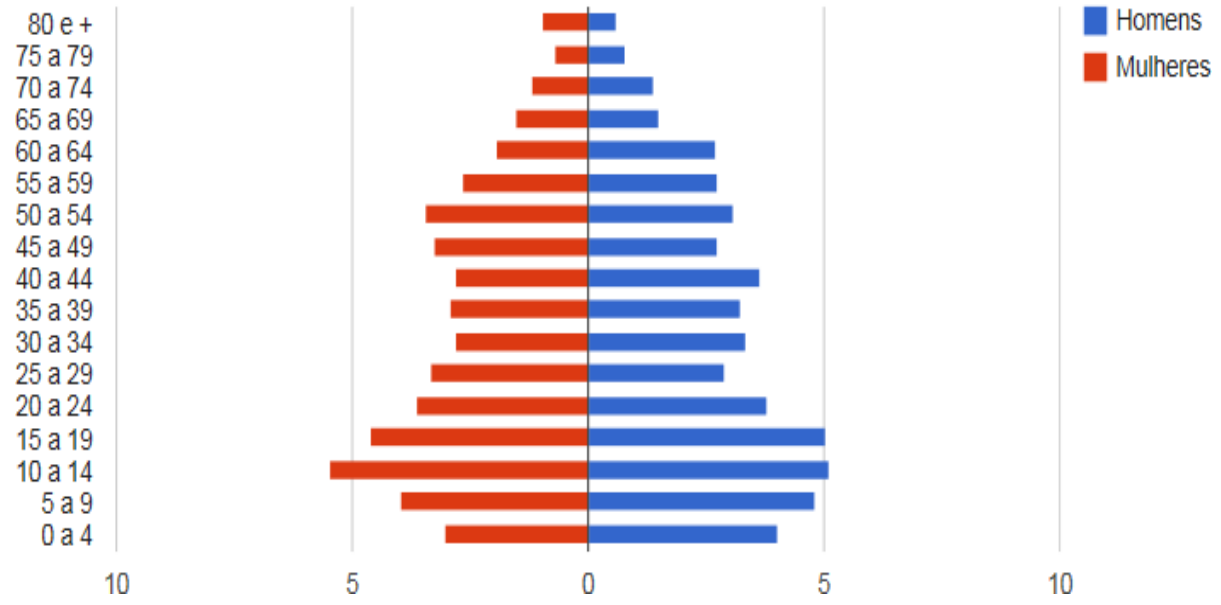
2000 Pirâmide etária - Saltinho - SC

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



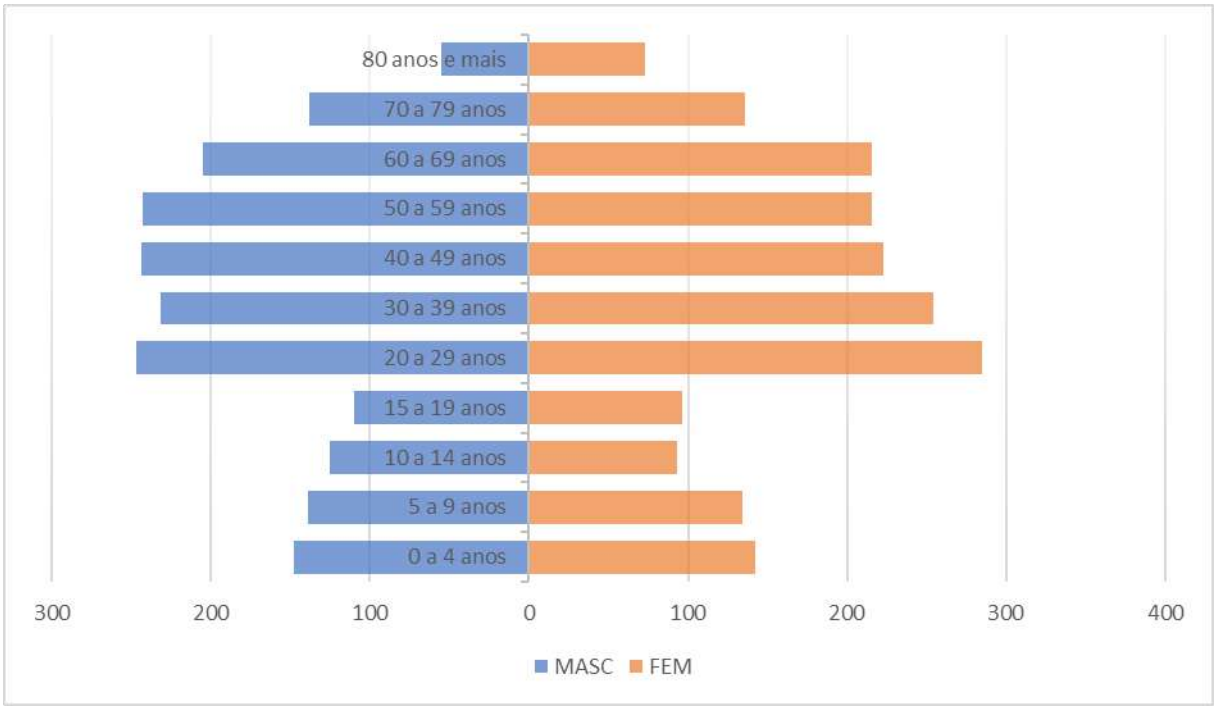
2010 Pirâmide etária - Saltinho - SC

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

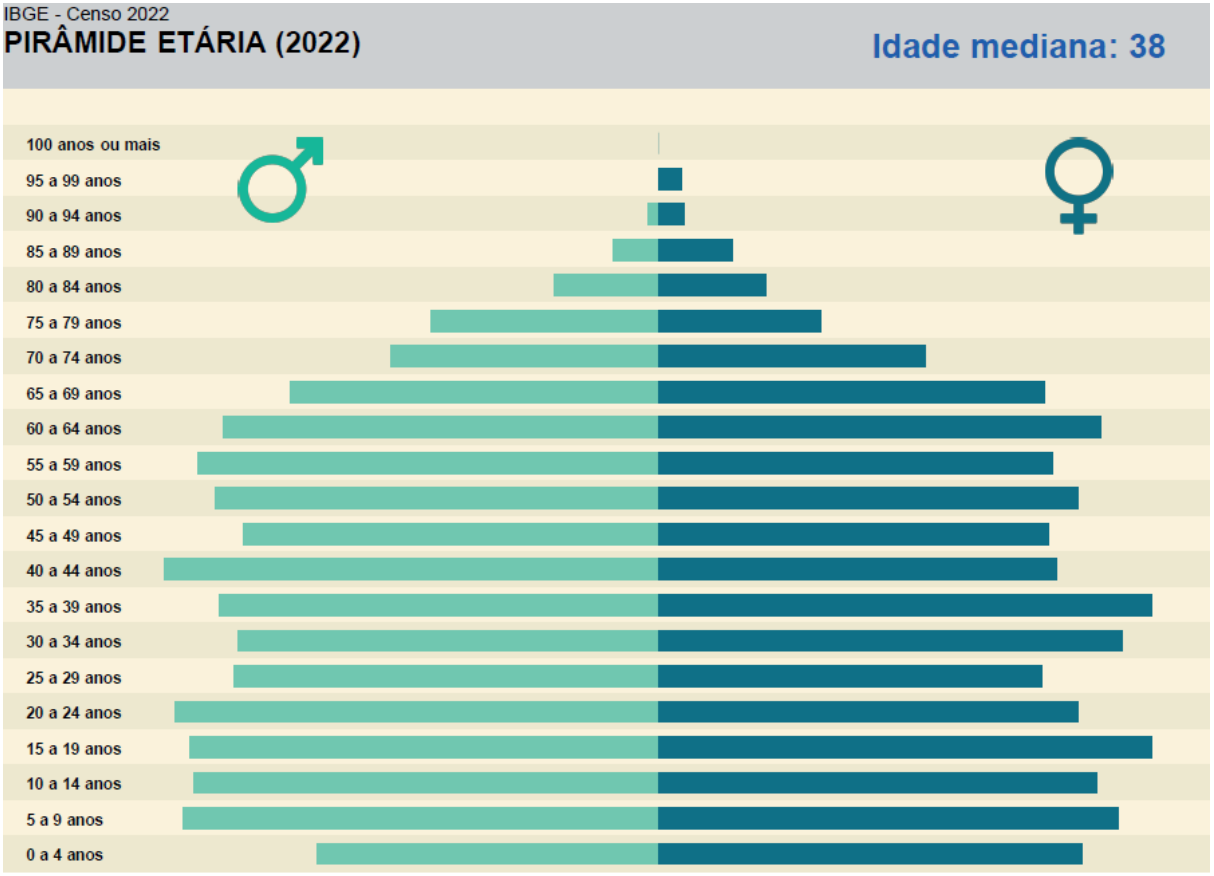


Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

2020 PIRÂMIDE ETÁRIA



Fonte: TABNET



3.3 LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE.

A Taxa de mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano 1/1.000) em Saltinho reduziu 43%, passando de 30,5 por mil nascidos vivos em 2000 para 17,1 por mil nascidos vivos em 2010, em 2019 este índice ficou em 47,6 por mil nascidos vivos.

Cabe uma ressalvar, que em municípios de pequeno porte, uma morte eleva de forma substancial a Taxa de Mortalidade, pois devido ao número absoluto de nascimentos, pequenas variações numéricas, retratam uma grande elevação do índice. Assim, sugere-se um estudo retrospectivo de pelo menos cinco anos. Assim, o município de Saltinho no período analisado 2020-2024, com um total de 216 (duzentos e dezesseis nascidos vivos) e somente e um óbito, a Taxa de Mortalidade Infantil ficou em 3,70, ou seja, um excelente resultado.

Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo 10/1.000, em 2023, de 12,50 óbitos por mil nascidos vivos, menor taxa em 28 anos. Já em Santa Catarina em 2024, a Taxa de Moralidade Infantil foi de 8,60.

Quadro 03 – Taxa de mortalidade Infantil 2020-2024 – Saltinho – SC

Ano do Nascimento	Nascidos Vivos	Óbitos
TOTAL	216	01
2020	38	00
2021	44	00
2022	45	00
2023	52	00
2024	37	01

Fonte: TABNET/DATASUS

Quadro 03 – Índices de Natalidade 2000 – 2024 – Saltinho – SC

	2000	2010	2020	2024
Esperança de vida ao nascer (em anos)	69,1	72,7	76,92	80,79*
Taxa de Mortalidade Infantil – menor de 01 ano de idade x por mil nascidos vivos.	30,5	17,1	00	27,02
Taxa de Mortalidade até 05 anos de idade x por mil nascidos vivos	30,5	00	00	00
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher).	2,03	1,44	1,40	1,34

Fonte: PNUD, IPEA, FJP e TABNET *Estado de SC 2024.

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 2020 no Estado Catarinense, a esperança de vida ao nascer foi de 79,7 anos, o maior valor dentre todos os Estados da País. Assim como a esperança de vida ao nascer aumentou. A Taxa de Fecundidade vem diminuindo, passando de 2,90 filhos em 2000, para 2,30 filhos em 2024 e está um pouco abaixo da média nacional (1,76).

3.4 DENSIDADE DEMOGRÁFICA.

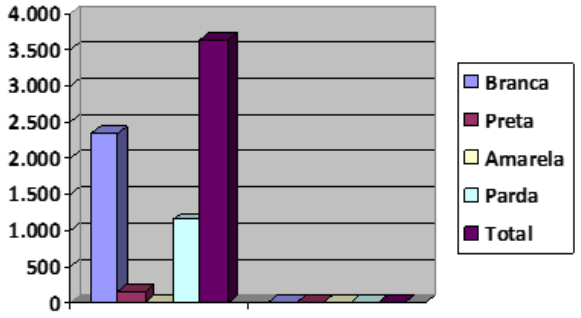
Baseado nas estimativas populacionais a densidade demográfica no município de Saltinho é de 23,20 habitantes por Km² em 2025 conforme estimativas do IBGE, com 3.633hab.

3.5 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.

População Censo 2022	Qtd.	%
Branca	2.341	64,24%
Preta	151	4,15%
Amarela	01	0,025%
Parda	1.139	31,36%
Total	3.632	100%

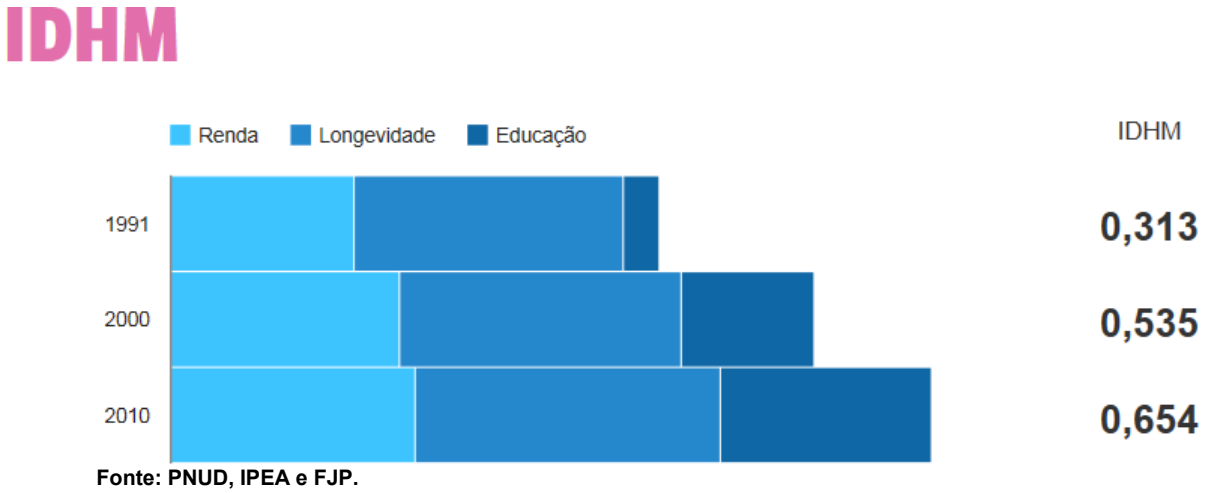


Fonte PNUD/IBGE/ATLAS Brasil.

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, 2.341 se autodeclararam-se brancos alcançando o percentual de 64,24%. Em segui-

da os habitantes que se autodeclararam de cor parda, 1.139 habitantes num percentual de 31,36%, seguindo-se os habitantes de cor preta 151 correspondendo a 4,15% da população e por último os habitantes de cor amarela com 01 habitante, 0,025%. Segundo o censo do IBGE 2022, não há no município nenhum habitante de origem indígena.

3.6 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO SALTINHO – SC



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. O Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2020 está em 0,702, pequena melhora em relação a 2010.

3.7 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E OS COMPONENTES.

Quadro 05 – Componentes de IDH 1991-2010 – 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, com 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.

Obs.: Não há dados atualizados do IDH no IBGE, nem mesmo estimativas para 2025. Mesmo com o SENSO de 2022, os dados ainda não foram disponibilizados pelo IBGE.

3.8 RANKING BRASIL E ESTADO DE SANTA CATARINA.

Ranking Densidade Demográfica: Saltinho ocupava a 2.872ª posição, em 2022, em relação aos 5.570 municípios do Brasil. Em relação aos 295 municípios de Santa Catarina, Saltinho ocupa a 205ª posição.

Ranking Área Territorial: Saltinho ocupa a posição 4.614ª em relação aos demais municípios brasileiros. No estado de Santa Catarina, neste quesito é o 201º colocado entre os 295.

4 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.

4.1 RENDA PER CAPITA.

A renda per capita média de Saltinho cresceu 172,10% nas últimas duas décadas, passando de R$ 1.569,70 em 1991 para R$ 3.258,90 em 2000 e R$

4.271,12 em 2010. Em 2022 o PIB Per Capita de Saltinho, ficou em R$25.119,64, com taxa média anual de crescimento foi de 107,61% no primeiro período e 31,06% no segundo.

A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,59 em 1991 para 0,54 em 2000 e para 0,50 em 2010. Em 2022 (IBGE), o Índice de Gini ficou 034, representa melhora importante na distribuição de renda.

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.

4.2 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS.

4.2.1 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.

4.2.2 SETOR INDUSTRIAL.

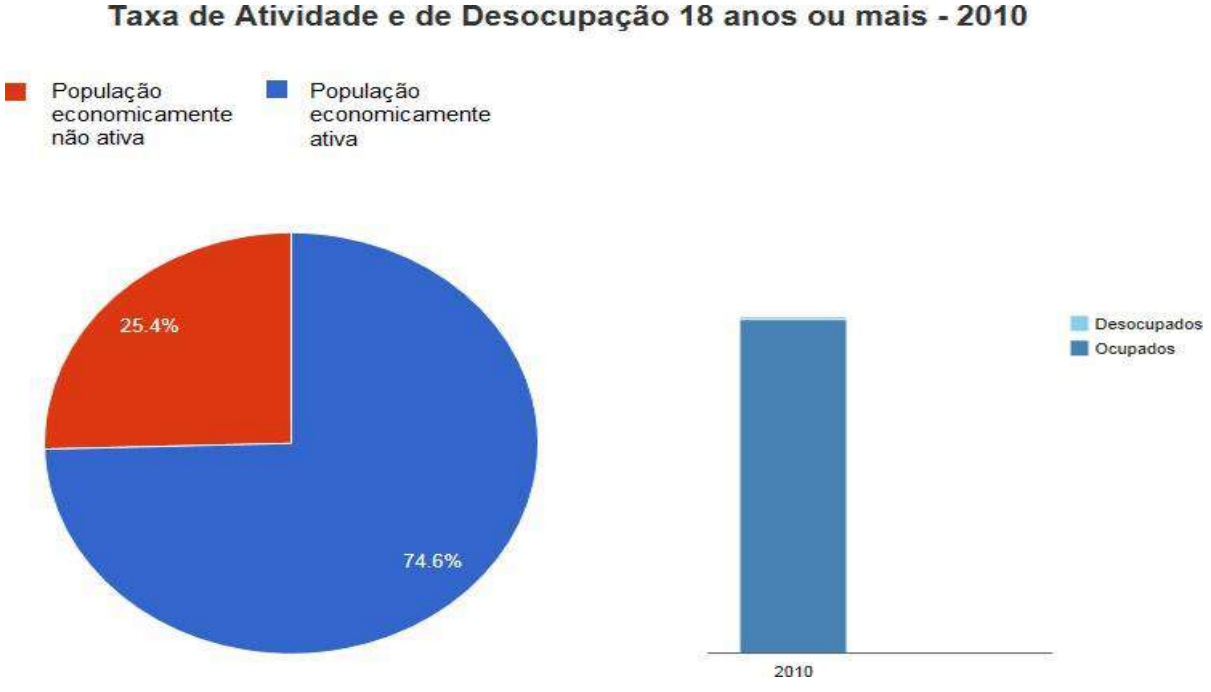
No setor industrial, há no município algumas indústrias de confecções na área do vestuário, assim como algumas pequenas indústrias no ramo moveleiro. A Administração Municipal tem como meta e consta do Plano de Governo, atrair novos projetos industriais através de incentivos fiscais e a expectativa é de que o setor industrial e comercial possa se desenvolver gerando assim oportunidades de trabalho para a população economicamente ativa do município.

4.2.3 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 centos para aquisição de materiais, metal mecânico, medicamentos, eletroeletrônicos, entre outros.

4.2.4 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*.*Último dado disponível no IBGE, pois não houve novos censos desde 2010.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 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.

Não há dados disponíveis para os anos atuais, assim pela perspectiva (taxa de evolução) a População Economicamente Ativa está acima de 80% da população.

5 ASPECTOS EDUCACIONAIS.

5.1 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 2025, segundo o Censo da Educação Básica de SC, no município estavam matriculados, 195 crianças entre creches e pré-escola, 447 no Ensino Fundamental e 99 no Ensino Médio, totalizando 741 estudantes frequentando a escola, conforme dados do IBGE. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/saltinho/pesquisa/13/78117.

5.2 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. Atualmente o Município conta com alunos matriculados, nas redes municipal e estadual de ensino. Na pré-escola, da rede municipal estão matriculados 171 alunos, 447 alunos frequentam o ensino fundamental e 99 alunos no ensino médio.

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 73,05% 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. *Obs.: Dados não estão atualizados por não ter havido*

CENSO desde 2010.

Em 2021 no município de Saltinho, na pré-escola da Rede Municipal de Ensino, estão matriculados 108 (cento e oito) alunos; no Ensino Fundamental *séries iniciais* estão matriculados, 251 (duzentos e cinquenta e um) alunos e na Creche, 61 (sessenta e um) alunos.

Em 2022, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 100%. Na comparação com outros municípios do estado, ficava na posição 1 de 295. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava na posição 1 de 5570. Em relação ao IDEB, no ano de 2023, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 6,4 e para os anos finais, de 5,4. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 104 e 30 de 295, respectivamente. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 1378 e 920 de 5570.

6 ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA.

6.1 INDICADORES HABITACIONAIS – ÁGUA.

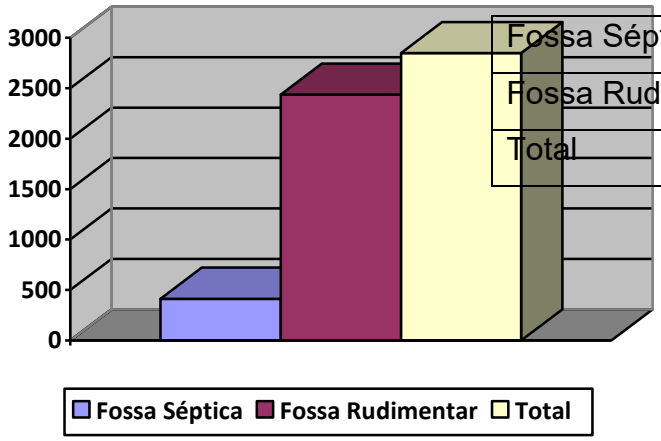
A água consumida pela população residente na área urbana de Saltinho é de responsabilidade da CASAN, captada de poços artesianos e segue as determinações do Ministério da Saúde, conforme definido através da Portaria Ministerial 2.914 de 12 de dezembro de 2011, que estabelece os procedimentos e responsabilidades 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.

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 graça 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 animas.

6.2 INDICADORES HABITACIONAIS – 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, conforme demonstrado no gráfico.



Fossa Séptica	413
Fossa Rudimentar	2.436
Total	2.849

6.3 INDICADORES HABITACIONAIS – ENERGIA ELÉTRICA.

No município de Saltinho praticamente 100% dos domicílios possui energia elétrica, 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. Já em 2025, segundo dados do e-SUS/AB, praticamente não há residências sem energia elétrica instalada.

6.4 INDICADORES HABITACIONAIS – 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.

Em 2025, segundo infamações coletadas no e-SUS/AB, 51,15% dos domicílios tem a coleta de lixo de forma regular, ou seja, deposição final adequada. Os demais domicílios, o lixo é “enterrado, queimado ou a céu aberto. Esse fator é em função das propriedades rurais, que representam cerca de 48% do total, onde

não há coleta de lixo orgânico, somente o lixo reciclável, que é coletado uma vez por mês.

		1991	2000	2025
Esgoto	**Fossa Rudimentar**	Sem informação	88,70%	65,48
	Fossa Séptica	Sem Informação	11,30%	34,52
	Energia Elétrica	57,21%	81,20%	99,64%
Deposição Lixo	**Enterrado/Céu Aberto**	Sem informação	60,86%	48,85%
	Coletado	Sem informação	39,14%	51,15%

Fonte: IBGE, SISAB.

6.5 VULNERABILIDADE SOCIAL.

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) 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 apresentou em 2024, IVS de 3 (Portaria Ministerial GM/SUS, nº 3493/2024). Um índice para medir a vulnerabilidade social dos municípios brasileiros. É calculado utiliza variáveis como esperança de vida e mortalidade infantil, entre outras, e aplica métodos estatísticos como a Análise de Componentes Principais (PCA) para chegar ao valor final.

6.6 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.

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 as demais entidades governamentais vêm desenvolvendo ações visando melhor as condições ambientais no município.

7 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.

7.1 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.

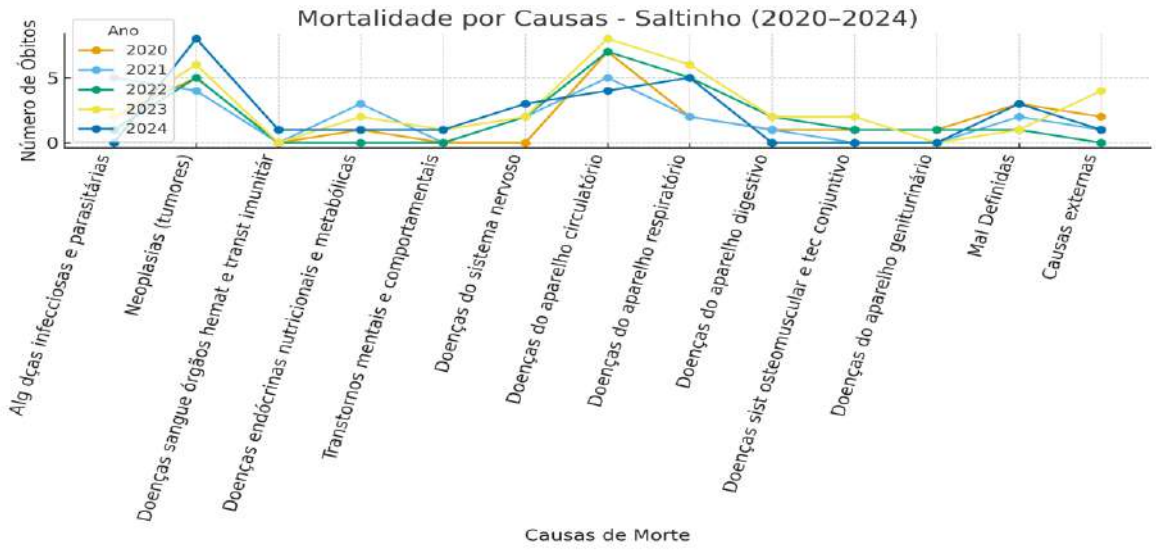
A análise da condição de saúde no município de Saltinho, apresentada a seguir, foi organizada considerando inicialmente o perfil de mortalidade geral, segundo os principais grupos de causas, a distribuição por faixa etária e por sexo, destacando-se algumas particularidades locais.

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.

7.2 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. Ente os anos de 2015 a 2019, foram registrados 106 (cento e seis) óbitos, sendo 27 (vinte e sete) relacionadas à doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) e 25,41%. 23 (vinte e três) óbitos por Neoplasias/Tumores (21,69%) e 19 (dezenove) relacionadas ao aparelho respiratório. Ainda, 09 (nove) óbitos por causas externas e 06 (seis) do aparelho digestivo. (Quadro abaixo)



Quadro 09 – Mortalidade Geral por causas capítulos: 2020-2024 – Saltinho/SC

Causas Capítulos	2020	2021	2022	2023	2024	Total
TOTAL	25	25	25	36	27	138
Algumas doenças infecciosas e parasitárias*	2	5	1	2	0	10
Neoplasias (tumores)	5	4	5	6	8	28
Doenças sangue órgãos hemat. munitár.	0	0	0	0	1	1
Doenças endócrinas nutric. e metabólicas	1	3	0	2	1	7
Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	1	1	2
Doenças do sistema nervoso	0	2	2	2	3	9
Doenças do aparelho circulatório	7	5	7	8	4	31
Doenças do aparelho respiratório	2	2	5	6	5	20
Doenças do aparelho digestivo	1	1	2	2	0	6
Doenças sistema osteom. conjuntivo	1	0	1	2	0	4
Doenças do aparelho geniturinário	1	0	1	0	0	2
Mal Definidas	3	2	1	1	3	10
Causas externas**	2	1	0	4	1	8

Fonte: TABNET/DATASUS/SIM – 2025.

*Sete óbitos, estão relacionados à COVID-19.

**Dos óbitos por causas externas, 03(três) ocorreram por acidentes de transporte, 02(dois) homicídios e 01(um) suicídio. 01 (um) exposição ao fogo e 01(um) indeterminada.

7.3 MORTALIDADE INFANTIL.

A Taxa de Mortalidade Infantil (1/1.000) no Brasil caiu de 69,1 por mil nascidos vivos, em 1980, para 12,4 por mil, em 2018, o que representa queda de 82%. O resultado está na pesquisa Tábuas de Mortalidade 2018 – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, (IBGE 2021). 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.

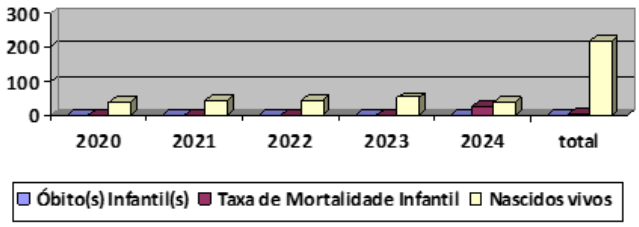
No quadro a seguir é demonstrada a taxa de mortalidade infantil – crianças

menores de um ano (<1) de idade – sendo o parâmetro um óbito para cada mil nascidos vivos, assim temos em Saltinho no período de cinco anos.

Quadro 10 – Taxa de mortalidade Infantil – 2020 a 2024 – Saltinho – SC.

Indicador	2020	2021	2022	2023	2024	Total Taxa
Óbito(s) Infantil(s)	00	00	00	00	01	01
Taxa de Mortalidade Infantil	0,0	0,00	0,00	0,00	27,07	4,62
Nascidos vivos	38	44	45	52	37	216

Fonte: TABNET/DATASUS



Fonte: TABNET/DATASUS.

No período analisado 2020-2024, houve 01 (um) óbito infantil, importante indicador de saúde. Para melhor avaliação desse indicador, para município com população inferior a trinta mil habitantes, sugere-se um estudo retrospectivo e longitudinal, de pelo menos cinco/dez 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 216 (duzentos e dezesseis) nascidos no período pode-se considerar a taxa de mortalidade infantil no período de 4,62/1.000, nos últimos cinco anos, sendo um ótimo resultado para o indicador, apresentando uma média de óbitos abaixo da média Nacional.

7.4 MORTALIDADE MATERNA.

O Coeficiente de Mortalidade Materna também representa um bom indicador de saúde da população feminina. Faz parte dos *objetivos do milênio* da Organização da Nações Unidas (ONU) e expressa também a qualidade da saúde pública. O coeficiente é medido pelo número de óbitos de mulheres em determinado local, dividido pela população feminina (gestas) no período. As mortes maternas, são aquelas relacionadas ao parto, desde a concepção até um ano após o nascimento/óbito do bebê. O parâmetro é de um óbito para cada 100.000 mulheres

em idade fértil.

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. Felizmente no município de Saltinho, não houve óbitos maternos nos últimos dez anos. Esse é um importante indicador de saúde, tendo em vista que são assegurados os serviços do componente pré-natal em todos os pontos de atenção e níveis de complexidade. Já os obitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), no contexto de saúde pública e demografia, a sigla é usada para se referir à faixa etária de mulheres em idade fértil. Internacionalmente, essa faixa é geralmente de 15 a 49 anos, enquanto no Brasil pode ser considerada de 10 a 49 anos para fins de monitoramento de óbitos e indicadores de saúde materna.

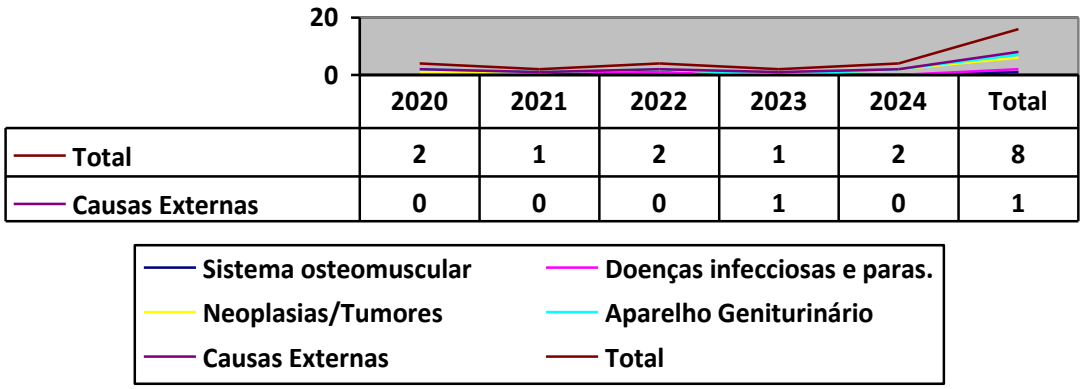
Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF).

Quadro 11 – Óbitos de Mulheres Idade Fértil (MIF) 2020-2024 – Saltinho/SC.

Ano/Causa Capítulo	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Sistema osteomuscular	00	01	00	00	00	01
Doenças infecciosas e paras.	00	00	01	00	00	01
Neoplasias/Tumores	01	00	01	00	02	04
Aparelho Geniturinário	01	00	00	00	00	01
Causas Externas	00	00	00	01	00	01
Total	02	01	02	01	02	08

Fonte TABNET/DATASUS/SIM.

Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil



Por este quadro, é possível perceber que a Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF) está de acordo com os parâmetros nacionais, porém percebe-se um aumento importante nos obitos por câncer, uma vez que dos 08 (oito) óbitos ocorridos no últimos cinco anos, 04 (quatro) estão relacionados a Neoplasias/Tumores (Câncer), ou seja, 50% do total.

7.5 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 2020 a 2024.

Quadro 12 – Morbidade Hospitalar por Causas Capítulo – Saltinho – SC.

Internações CID-10	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20	14	13	19	22	88
Neoplasias (tumores)	29	23	27	24	26	129
Doenças sangue hematol. e imunitários	00	00	04	00	00	04
Doenças endócrinas nutricionais e metab.	04	06	02	02	02	16
Transtornos mentais e comportamentais	03	03	03	02	04	15
Doenças do sistema nervoso	04	03	13	12	29	61
Doenças do olho e anexos	02	02	05	01	03	13
Doenças do aparelho circulatório	17	15	14	29	30	105
Doenças do aparelho respiratório	26	31	52	56	52	217
Doenças do aparelho digestivo	28	21	36	36	28	149
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	01	04	04	03	06	18
Doenças sist. osteom. e tecido Conjuntivo	06	03	18	26	34	87
Doenças do aparelho geniturinário	18	12	17	20	26	93
Gravidez parto e puerpério	26	41	22	23	27	139
Algumas afecções originadas perinatal	05	05	04	03	02	19
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	01	00	04	00	07	12
Sintomas ou sinais anormais aos exames clínicos e laboratoriais	03	04	06	06	04	23
Lesões envenenamento e algumas outras consequências e causas externas	30	35	29	55	34	183
Contatos com serviço de saúde	03	03	08	06	09	29
Total	226	225	281	323	345	1400

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH.

Analisando a morbidade hospitalar da população residente no município de Saltinho, percebe-se que no período de 2020 a 2024 com um total de 1.400 internações, 217 estão relacionadas ao Capítulo X do CID 10[1] – doenças do Aparelho Respiratório, o que representou 15,5% das internações. É importante fator de morbidade principalmente em crianças e idosos. Doenças do aparelho digestivo significaram o segundo fator de morbidade hospitalar, com 149 internações ou 10,6%, excluídas aqui as internações relativas a gravidez, parto e puerpério, que estão ligadas a fatores biológicos. A terceira maior causa de internações estão relacionadas à Neoplasias Tumores (canceres) Capitulo II do CID 10 com 9,29%. Demais doenças seguem o "padrão" regional.

Chama atenção é o percentual de internações que ficou em média em 7,7% dentro do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, bem abaixo do que a média regional.

8 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.

8.1 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 pelo menos 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: 2015-2025 – Saltinho/SC

Indicador	2015	2020	2025
Cobertura equipes de Atenção Básica (ESF)	100,00	91,25	100,00%
Cobertura equipes de Saúde Bucal (SB)	76,41	100,00	100,00%
Acompanhamento Programa Bolsa Família	82,56	69,38	86,56%
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	00	100%	00
Equipe Multiprofissional	00	00	100%

Fonte: DATASUS/Tabnet .

8.2 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.

Quadro 14 – Cobertura vacinal por imuno – 2020-2024 – Saltinho/SC

Imuno	2020	2021	2022	2023	2024
Total/média	**91,30**	**90,70**	**110,53**	**90,67**	**122,56**
BCG	91,3	90,70	110,53	113,46	105,41
Hepatite “B” até 30 dias	73,9	65,12	100,0	103,85	108,11
Rotavírus Humano	102,2	109,30	118,42	96,15	124,32
Meningococo “C”	108,7	109,30	126,32	103,85	108,11
Hepatite “B”	123,9	104,65	136,84	98,08	116,22
Penta valente	123,9	104,65	136,84	98,08	121,62
Pneumocócica	100,0	109,30	123,68	98,08	124,32
Poliomielite	108,7	102,33	136,84	98,08	121,62
Poliomielite 4 anos	89,8	65,52	63,16	94,23	129,73
Febre Amarela	82,6	109,30	134,21	92,31	124,32
Hepatite “A”	82,6	97,67	126,32	92,31	127,03
Pneumocócica (1º ref)	97,8	100,0	147,37	76,92	137,84
Meningococo C (1º ref)	97,8	100,0	150,0	76,92	137,84
Poliomielite (1º ref)	80,4	93,02	123,68	94,23	129,73
Tríplice Viral D1	95,7	123,26	171,05	100,0	140,54
Tríplice Viral D2	58,7	20,93	23,68	36,54	118,92
Tetra Viral (SRC+VZ)	58,70	20,93	21,05	-	-
DTP	126,09	102,33	136,84	98,08	121,62
DTP REF (4 e 6 anos)	76,3	65,52	63,16	92,31	132,43
Tríplice Bacteriana (DTP)	117,4	97,67	123,68	-	-
dTpa gestante	85,2	97,67	121,05	75,0	121,62
Varicela	80,43	100,0	128,95	75,0	100,0

Fonte: TABNET/PNI.

8.3 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. Isso 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.

Através do Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), os municípios tem importante aliado para assegurar o acesso em todos os níveis de complexidade, com valores mais adequados e com oferta que atende, se não toda a demanda, mas evita que mais “gargalos” ocorram.

8.4 ATENÇÃO HOSPITALAR.

No município de Saltinho não há nenhum estabelecimento hospitalar. Os pacientes que necessitam de internação hospitalar são encaminhados às referências regionais, Campo Erê – Hospital Santo Antônio, distante cerca de 30km e atende nas quatro clínicas básicas (clínica geral, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). A média e alta complexidade, são atendidos no Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (HRTGB) de São Miguel do Oeste, a cerca de 85km de distância. Chapecó atende oncologia e demais áreas de Alta Complexidade.

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, Mondaí e Tunápolis. Entretanto, com o avanço do serviço de Regulação Hospitalar, por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), as vagas são todas reguladas e há outros locais de referência, cuja vaga, dá-se através da Central Estadual e Regulação (CERA).

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.

A partir de 2025, tendo em vista as exigências do CRM – Conselho Regional de Medicina ,assim como normativas do Ministério da Saúde, o Hospital Santo Antônio de Campo Erê, não mais está fazendo partos, por não ter pediatra.

8.5 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 e a assistência hospitalar é prestada no Município de Campo Erê – Hospital Santo Antônio, Risco Habitual e Média Complexidade, já na Alta Complexidade os serviços são prestados em São Miguel do Oeste – Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (HRTGB) e/ou Hospital Regional do Oeste (HRO) de Chapecó.

8.6 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.

8.7 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.

8.8 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.

8.9 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.

O Custeio/financiamento do **Sistema Único de Saúde (SUS)** é TRIPARTITE, ou seja, **União, Estados, Municípios**. Regido pelos princípios constitucionais (art. 198 da CF/88) e por normas infraconstitucionais (Lei Complementar nº 141/2012), que definiu os mínimos constitucionais, sendo: **Municípios: 15% da receita, Estados 12%** e a **União** deve aplicar **valor registrado da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício, não podendo ser inferior a 15%.**

As principais fontes do financiamento são da Seguridade Social, Imposto de Renda (IR), Imposto de Produtos Industrializados (IPI), Programa de Integração Social (PIS), Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social COFINS), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Estrutura do Custeio do SUS: O custeio/financiamento das ações e serviços continuados, como: Atenção Primária em Saúde (APS); Média e Alta Complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar. Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador). Assistência Farmacêutica. Gestão e apoio administrativo.

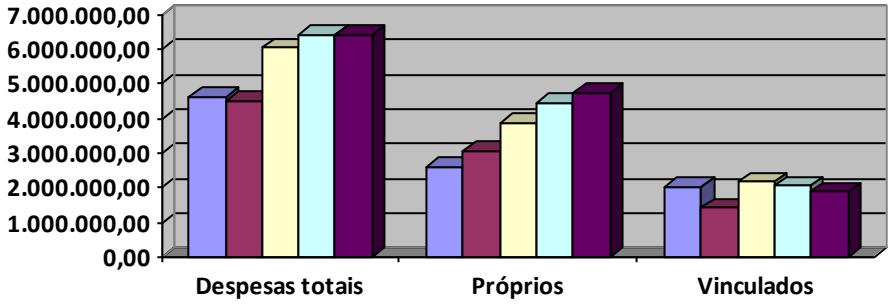
Os recursos são transferidos em dois blocos de financiamento – Custeio e Investimento (Portaria Ministerial GM/SUS 3.992/2017).

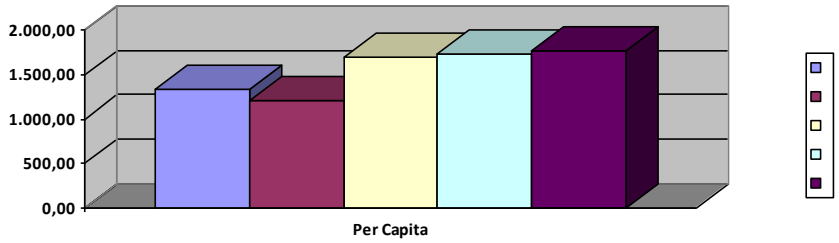
Para que o município receba os recursos Fundo a Fundo (FaF), é obrigatório possuir, criado através Lei, o Fundo Municipal de Saúde (FMS) (Art. 4º Lei 8.142/90). O FMS é uma Unidade Gestora, não possui “personalidade jurídica própria”, porém toda movimentação financeira, deve ser exclusivamente através do FMS, por seu gestor(a) que é o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde ou equivalente.

Quadro 15 – Aplicação em Saúde 2020-2024 – Saltinho – SC .

Ano	Total aplicado	Próprios	Vinculados	Per Capita	%
2020	4.618.237,41	2.604.937,24	2.013.300,17	1.335,96	20,99
2021	4.499.150,04	3.077.333,47	1.421.816,63	1.213,97	16,92
2022	6.042.826,97	3.878.034,00	2.164.932,97	1.698,79	16,93
2023	6.408.521,55	4.439.818,15	2.059.703,40	1.728,53	18,05
2024	6.430.646,72	4.746.482,13	1.884.064,59	1.770,52	17,01

Fonte: SIOPS.





8.10 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE 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.

8.11 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.

8.12 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.

9 INFRAESTRUTURA.

O município de Saltinho, conta somente com **uma Unidade Básica de Saúde (UBS),** assim como também somente **uma Central de Regulação**, diferentemente do que consta nas informações acima. Conferido no CNES e as informações estão corretas. Provavelmente seja erro no DigiSUS, quando da importação dos dados do CNES. A área física atende as necessidades da população. Localizada na parte central do perímetro urbano, facilita o acesso da população. Oferece praticamente todos os serviços de Atenção Primária em Saúde (APS). Dispõe de espaços/salas adequadas para o atendimento ambulatorial, com consultórios médicos e de enfermagem, completa academia de saúde, sala de reuniões, sanitários, farmácia básica (estoque e dispensação), área administrativa e de informática. Sala de Vacinas (imunização), recepção e amplo espaço para espera. Consultório Odontológico devidamente equipado; salas para aplicação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e demais setores.

Todo atendimento ambulatorial é feito no mesmo local, desde a recepção, consultas, fisioterapia, nutricionista, psicologia. Ainda, Setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), Vigilância em Saúde, Regulação e Gestão da Saúde. Espaços amplos e bem dispostos com logística adequada, com acesso e acessibilidade assegu-

rados. Possui veículos, ambulâncias, Vans e demais, suficientes para assegurar o transporte de usuários, equipes e atividades de vigilância e demais ações da saúde.

10 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.

10.1 OBJETIVO GERAL DO PLANO.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Saltinho tem como objetivo principal ser 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, participação em Consórcio Interfederativos de Saúde (CIS), com ênfase para o CIS/AMERIOS.

11 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 Aten-

ção 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 1: Atenção Primária em Saúde (APS) – Universalidade do acesso tendo a APS como ordenadora dos serviços de saúde.						
Objetivo 01: Prestar assistência ambulatorial à demanda livre e agendada, em tempo oportuno.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Atenção integral à saúde da população do município, incluindo migrantes, imigrantes e refugiados através da escuta qualificada e acolhimento humanizado.	População residente e novos moradores	100%	100%	100%	100%	100%
Cadastro e acolhimento: Inserção dos migrantes nos cadastros do SUS e acompanhamento com equipe multiprofissional.	Migrantes e imigrantes	100%	100%	100%	100%	100%
Manter a cobertura de 100% com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)- 02.	Equipes de eSF 02	02	02	02	02	02
Assegurar a carga horária de profissionais, de acordo com os parâmetros assistenciais vigentes.	Recursos Humanos para APS	100%	100%	100%	100%	100%
Garantia de Atendimento aos usuários, através da manutenção de horário estendido.	Horário atendimento 07 às 19	100%	100%	100%	100%	100%
Garantir o Atendimento aos pacientes sintomáticos respiratórios suspeitos e confirmados de COVID-19.	Pacientes sintomáticos respiratórios	100%	100%	100%	100%	100%
Ampliar para 60% o agendamento prévio dos atendimentos eletivos (consultas e exames) na APS.	Agendamento prévio	60%	10%	20%	20%	20%

Manter o Programa de Controle do Tabagismo.	Tabagistas	01	01	01	01	01
Acompanhar pelo menos 85% dos beneficiários Programa Bolsa Família (PBF).	Beneficiários do PBF cadastrados	85%	85%	85%	85%	85%
Redução das mortes prematuras (30-69) pelos quatro grupos de causas de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DNCT).	População na faixa etária de 30-69 anos. 277/100.000	40%	10%	10%	10%	10%
Avaliação semestral dos Hipertensos identificados: consultas e verificação de Pressão Arterial (PA).	Hipertensos cadastrados	100%	70%	80%	90%	100%
Avaliação semestral dos portadores de diabetes identificados: consulta e hemoglobina glicada.	Portadores de Diabetes cadastrados	100%	70%	80%	90%	100%
Implementação de Práticas Integrativas Complementares (PICs) – Academia ao Ar Livre, Fitoterapia e outros.	PICs implantadas	10	02	02	03	03
Implantar Disciplina ou oficinas de Políticas Públicas e Autocuidado nas escolas.	Alunos da Rede de Ensino	100%	100%	100%	100%	100%

OBJETIVO 02: Saúde Bucal: Manter/Ampliar o acesso dos usuários de Saúde Bucal na APS.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Manter equipes completas em Saúde Bucal.	02 equipes completas	02	02	02	02	02
Realizar o tratamento clínico a demanda espontânea e planejada.	População usuária do SUS – Saúde Bucal	100%	100%	100%	100%	100%
Implantar o Sistema de Tratamento Concluído (TC) na Atenção Básica com a 1ª Consulta programática.	TC implantado	01	01	01	01	01

Disponibilizar os materiais ambulatoriais necessários para o tratamento clínico e preventivos.	Materiais e insumos para o tratamento.	100%	100%	100%	100%	100%
Fornecer Próteses Totais (PT) e Próteses Parciais Removíveis (PPR) à população de acordo com a demanda.	População edentada	960	240	240	240	240

OBJETIVO 03: Atenção integral e integrada à saúde da criança e adolescente.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Assegurar a imunização em todas as crianças de acordo com o calendário vacinal estipulado.	Crianças na faixa etária 0 a 5 anos	98%	98%	98%	98%	98%
Captar 100% das Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) e inseri-las no SINASC.	Nascidos vivos	100%	100%	100%	100%	100%
Realizar o Teste do Pezinho, Teste do Olhinho e Teste da Orelhinha aos nascidos vivos.	Nascidos vivos	100%	100%	100%	100%	100%
Assegurar o atendimento em pediatria para os casos encaminhados.	Crianças de até 12 anos	100%	100%	100%	100%	100%
Identificar os recém-nascidos, com fatores de risco para morbimortalidade infantil.	Nascidos vivos identificados	100%	100%	100%	100%	100%
Manter a mortalidade infantil para menos de dois dígitos (10/1000).	Taxa de mortalidade infantil	10%	00	01	00	01

OBJETIVO 04: Atenção integral ao homem, mulher e idoso.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Prestar assistência às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica.	Vítimas identificadas	100%	100%	100%	100%	100%
Reduzir a morbimortalidade relacionada ao câncer de colo uterino.	Mulheres na faixa etária 25 a 64 anos.	0,80/razão	700 exames	750 exames	780 exames	750 exames
Reduzir a morbimortalidade relacionada ao câncer de mamas. (Razão)	Mulheres entre 50-69 anos.	0,80	120	120	120	120
Garantir atendimento multiprofissional às gestantes de risco.	Gestantes assistidas na APS	100%	100%	100%	100%	100%
Contratar médico ginecologista/obstetra (GO).	Médico GO	01	01	01	01	01
Investigar os óbitos maternos e mulheres em idade fértil (MIF).	Óbitos de MIF.	100%	100%	100%	100%	100%
Detectar precocemente os casos de canceres com atenção especial para o câncer de próstata.	Homens acima de 40 anos	100%	100%	100%	100%	100%
Detecção precoce de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, à população residente.	População na faixa etária	30%	30%	30%	30%	30%
Capacitação de servidores, para atenção ao idoso na APS.	Servidores públicos da saúde.	80%	30%	305	20%	20%
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar.	Gestantes acompanhadas	43%	35%	38%	40%	43%
Proporção de gravidez na adolescência entre a faixa etária de 10 a 19 anos.	Gestantes adolescentes	12%	12%	12%	12%	12%

OBJETIVO 05: Saúde Mental – A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Manutenção do Serviço de Atendimento no Centro de Atenção Psicossocial.	Pacientes CAPS	100%	100%	100%	100%	100%
Implantar Rede Municipal multi e interdisciplinar no município.	Serviços da Rede Pública Municipal.	01	01	01	01	01
Oferecer Capacitação em Saúde Mental aos trabalhadores da saúde e educadores da Rede de Ensino.	Trabalhadores da Saúde da APS.	10	05	05	Manter	Manter
Instrução dos familiares e/ou responsáveis, quanto a correta administração dos medicamentos.	Pacientes com transtornos mentais	100%	100%	100%	100%	100%
Elaborar e implementar Plano Municipal de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas articulando saúde, educação, assistência social e segurança.	Plano elaborado	01	01	01	01	01
Promover espaços comunitários de diálogo, escuta e prevenção em Saúde Mental.	Pacientes identificados	02	02	02	02	02

12 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” reponsabilidades, 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 02: Média e Alta Complexidade – Integralidade da assistência, em todos os Pontos de Atenção e Níveis de Complexidade.						
OBJETIVO: Fortalecimento das Redes de Atenção e garantia de acesso.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Ampliar a oferta de consultas especializadas para atendimento em tempo adequado.	Usuários referenciados APS.	50%	50%	Manter	Manter	Manter
Aumentar a oferta de procedimentos hospitalares (cirurgias) de média e alta complexidade.	Usuários referenciados pela APS.	50%	30	35	40	40
Manter a participação no Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMERIOS (CIS/AMERIOS).	População referenciada APS	01	01	01	01	01
Regulação dos serviços através do Sistema de Regulação (SISREG) municipal e regional.	População usuária da Rede Pública	100%	100%	100%	100%	100%
Assegurar o atendimento hospitalar de urgência/emergência 24h por dia.	População saltinhense	100%	100%	100%	100%	100%
Assegurar o transporte para Tratamento Fora de Domicílio (TFD).	População saltinhense	100%	100%	100%	100%	100%
Manter o acesso aos serviços (consultas, exames e demais serviços) através da Programação Pactuada Integrada (PPI).	Usuários referenciados pela APS.	100%	100%	100%	100%	100%
Contratualização de prestadores de serviços, de forma complementar à Rede Pública.	Lista/fila de espera	05	05	05	05	05
Oferecer Exames Laboratoriais de Análises Clínicas à população.	População Usuária do SUS	100%	100%	100%	100%	100%

13 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 03: Vigilância em Saúde – Redução dos riscos e agravos à saúde da população.						
OBJETIVO 01: Reduzir a morbimortalidade decorrente de doenças e agravos prevalentes.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Manter e ou alcançar as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde.	População na faixa etária	95%	95%	95%	95%	95%
Reduzir a mortalidade entre 30-69 pelos quatro grupos de causas evitáveis (DCNT). 277/100.000	População entre 30-69 anos, residente no município	50%	10%	10%	10%	20%
Encerrar oportunamente as doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN.	Doenças de Notificação Compulsória	95%	95%	95%	95%	95%
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.	Óbitos de MIF residentes no município	100%	100%	100%	100%	100%
Alcançar as metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) Portaria 1708/2013.	Metas PQAVS	80%	80%	80%	80%	80%
Reduzir para menos de dois dígitos a taxa de mortalidade infantil no município no período.	Nascidos vivos por período	10%	01	00	01	00
Preenchimento do Campo “OCUPAÇÃO” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Notificações de agravos relacionados ao trabalho	100%	100%	100%	100%	100%
Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos de idade.	Crianças < de cinco anos residentes.	00	00	00	00	00
Número de casos novos de SÍFILIS congênita em menores de 01 ano de idade.	Nascidos vivos e < de um ano	00	00	00	00	00

Proporção de registro de óbitos por causa básica definida.	Óbitos de população residente no município	100%	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 03: Vigilância em Saúde – Redução dos riscos e agravos à saúde da população.						
OBJETIVO 02: Ampliar a atuação da VISA, aprimorando suas práticas de trabalho e apoio tecnológico.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Inspecionar os estabelecimentos de Saúde ou de Interesse da Saúde Cadastrados.	Cadastros VISA	100%	100%	100%	100%	100%
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano.	Número de coletas mensais	384	96	96	96	96
Análise de PH na água.	Análise de PH	240	60	60	60	60
Realizar no mínimo os seis grupos de ações de Vigilância Sanitária.	Ações mínimas de VISA	06	06	06	06	06
Manter o Código Sanitário Municipal (Lei Municipal) de acordo com a legislação vigente.	Código Sanitário Municipal atualizado	01	01	01	01	01
Cadastrar, notificar e investigar 100% das ocorrências de surtos de DTAs.	DTAs identificadas	100%	100%	100%	100%	100%
Expedição de Alvarás Sanitários.	Estabelecimentos passíveis de alvará	100%	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 03: Vigilância em Saúde – Redução dos riscos e agravos à saúde da população.						
OBJETIVO 03: Manter à vigilância de vetores, em especial ao Aedes Aegypti, transmissor da Dengue, Zika e Chicungunha.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Atualizar o mapa de Reconhecimento Geográfico (RG) do perímetro urbano para controle da Dengue.	Mapa Geográfico	01	01	01	01	01
Realizar 100% das ações de campo Levantamento de Índice (LI), Pontos Estratégicos (PE) e Armadilhas (Arm).	Pontos Estratégicos e Armadilhas	16	16	16	16	16
Realizar 100% das ações de bloqueio e delimitação de focos, quando e se houver, de acordo com PNCD.	Ações de bloqueio 80% dos domicílios	16	04	04	04	04
Inspecionar todos os imóveis no perímetro urbano, pelos menos uma vez ao ano.	Domicílios urbanos	100%	100%	100%	100%	100%

14 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Entende-se por 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.

DIRETRIZ 04: Assistência Farmacêutica – suporte profilático e terapêutico integral aos usuários da Rede Pública.						
OBJETIVO: Garantir o acesso e a distribuição de medicamentos do componente básico, excepcional e demandas judiciais.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Promover a exportação dos dados de entradas/saídas ao sistema HORUS.	Exportações webservice	48	12	12	12	12
Implantar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).	REMUME definida pela CFT	01	01	01	01	01
Garantir a oferta de medicamentos com base no uso racional do medicamento.	REMUME	100%	100%	100%	100%	100%
Assegurar o destino correto dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), Grupos A e B – RDC ANVISA 306.	Resíduos depositados adequadamente	100%	100%	100%	100%	100%
Implantação da Política Municipal de fitoterápicos na Rede Pública.	Fitoterapia implantada	01	01	01	01	01
Dispensar os medicamentos do Componente Básico e Excepcional.	Usuários do SUS	100%	100%	100%	100%	100%
Implantar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).	CFT designada	01	01	01	01	01

15 GESTÃO DO SUS.

Levando-se em consideração a conquista histórica que significa o Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, devemos ter muito claro as 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 socioepidemiológico, continuamos presos a uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, “médico cêntrica” 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).

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 será 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.

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 médica, na cura de doenças em detrimento da promoção de saúde, do autocuidado e da prevenção de doenças.

DIRETRIZ 05: Gestão do SUS – Planejamento e Gestão do SUS – Custeio e Investimentos.						
OBJETIVO 01: Implantação de Equipe de Planejamento, Regulação, Controle e Avaliação.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS).	PAS elaborada	04	01	01	01	01
Elaboração do Relatório Anual de Gestão no Sistema DigiSUS.	RAG apreciado pelo CMS	04	01	01	01	01
Revisão do Plano Municipal de Saúde (PMS).	PMS 2026-2029 aprovado pelo CMS	04	01	01	01	01
Elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).	RDQA apreciados pelo CMS	12	03	03	03	03
Contratação de servidores para as vagas/cargos existentes, futuras vacâncias e/ou novas a serem criadas.	Seleção pública para admissão	10	02	02	03	03
Implantar/implementar o Sistema de Regulação, Controle, Avaliação (RCA).	Servidores Capacitados	01	01	01	01	01
Contratação de médicos nas especialidades e subespecialidades. (Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia.	Mais Médicos no Quadro de servidores	04	01	01	01	01
Implantar o processo de educação permanente a todos os servidores.	Servidores públicos da Saúde	40	10	10	10	10
Promover a educação em saúde e políticas públi-	População salti-	100%	20%	20%	30%	30%

cas nas escolas, fortalecendo o conhecimento do SUS, o autocuidado e a participação cidadã.	nhense na faixa etária					
Implementação do Controle Social na Gestão de Políticas Públicas de Saúde.	Conselho Municipal de Saúde Atuante	01	01	01	01	01
Garantir a estruturação e o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde, com reuniões regulares.	Conselho Municipal de Saúde Atuante	32	08	08	08	08
Assegurar os recursos financeiros para pagamento dos Servidores.	Servidores efetivos e temporários	35	35	35	35	35
Adquirir os materiais, insumos, instrumentais e demais itens para assistência integral na APS.	Estoques reguladores	100%	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 05: Gestão do SUS – Planejamento e Gestão do SUS – Custeio e Investimentos.						
OBJETIVO 02: Manutenção da Estrutura Física, Equipamentos e Veículos.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	**Indicador**	**Meta 2026-2029**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Manutenção e reforma da Unidade de Saúde da Família (USF).	USF mantida	01	01	01	01	01
Aquisição de Veículo(s), Van(s) e Ambulância(s).	Frota de veículos	08	02	02	02	02
Aquisição de equipamentos ambulatoriais e de informática de acordo com a necessidade.	Equipamentos adquiridos	30	10	05	05	10
Adequar espaço físico para Farmácia Básica.	Ambientes adequados	01	01	00	01	00
Fazer a manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos e veículos.	Manutenção realizada	20	20	20	20	20

16 MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO.

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029, será revisado anualmente, preferencialmente 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 estratégias, 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, consequentemente, inseridas no processo anual de revisão e readequação do Plano Municipal de Saúde 2026-2029.

17. ANEXOS.

17.1 Anexo A – Decreto Municipal 5.243 nomeia a Comissão para Coordenar a Elaboração do Plano Municipal de Saúde.

17.2 – Anexo B – Resolução CMS 004.2025 – Aprova Diretrizes PMS

17.2 Anexo B – Resolução CMS 006.2025 – Aprova PMS 2026–2029.

DECRETO Nº. 5423/2025, de 11 de Julho de 2025.

Dispõe sobre Nomeação de Membros para Coordenar a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 do Município de Saltinho, e dá Outras Providências.

O Prefeito Municipal de Saltinho, Estado de Santa Catarina, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 59, Inciso VII, da Lei Orgânica Municipal.

DECRETA:

Art. 1º. Fica nomeada a Comissão Municipal para coordenar a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 do Município de Saltinho, com a seguinte composição:

I – Presidente: Daiane Szymanscchi;
II – Vice-presidente: Luciane Schirmann Oldiges;
III-Secretária: Daiane Aparecida Magri;
IV-Vice-secretária:Ana Paula Huppes;
V-Membros: Nelson Oldiges, Marilene Magri, Rovani Oreste Perera e Fatima de Freitas Peixoto.

Art. 2º. Compete à Comissão coordenar os trabalhos para elaboração do PMS, incluindo:

a) Garantir que o plano seja elaborado de forma participativa, técnica e alinhada às necessidades de saúde da população do Município;

b)Estimular e incentivar a participação popular e o controle social no SUS, por meio da sociedade civil, organizações sociais, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde, entre outras entidades e instituições;

c) Agendar e coordenar reuniões de trabalho para levantamento das demandas a serem incluídas no PMS;

d)Proceder à análise da situação de saúde local, à definição de diretrizes, objetivos e metas, à elaboração do plano, sua discussão e posterior aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

e) Executar outras atribuições que surgirem de acordo com as necessidades e demandas relativas à elaboração do plano.

Art. 3º. As principais decisões e deliberações da Comissão deverão ser registradas em ata, para que surtam os efeitos legais.

Art. 4º. O exercício da função do membro da Comissão não será remunerado, sendo considerado serviço público relevante.

Art. 5º. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º. Revogam-se as disposições em contrário.

Saltinho - SC, 11 de Julho de 2025.

EDIMAR NORONHA DE FREITAS
Prefeito Municipal

LUIZ FERNANDO PACASSA
Secretário de Administração e Fazenda

Registrado e publicado em data

RESOLUÇÃO CMS Nº 004/2025 de 08 de outubro de 2025.

DISPOE SOBRE A APROVAÇÃO DAS DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2026-2029

A Presidente do Conselho Municipal de Saúde do município de Saltinho, Estado de Santa Catarina, de acordo com as competências legais e regimentais conferidas pela Lei 8080/90 e 8.142/90. Ainda em conformidade com a Lei 990 de 04/10/2019 combinada com o Decreto 5.394/2025, que nomeia o Conselho Municipal de Saúde.

Considerando o disposto na **Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017**, que consolida normas relativas aos direitos e deveres dos usuários, à organização e ao funcionamento do SUS, ao planejamento em saúde, à assistência e à articulação interfederativa, em especial o Título IV, Capítulo I – Artigo 94, Inciso V.

Considerando a definição/sugestão das Diretrizes, elaboradas pela Comissão nomeada pelo Decreto Executivo Nº 5.423 de 11 de julho de 2025, tendo entre as atribuições a Coordenação da Elaboração do PMS 2026-2029, após apresentação e esclarecimentos, na reunião ordinária do CMS no dia 08/10/2025, o Pleno do Conselho, deliberou à unanimidade dos presentes, pela APROVAÇÃO das diretrizes e a presidente;

RESOLVE:

Art. 1º – APROVAR, as **DIRETRIZES** para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 – do município de Saltinho, sendo:

I – Primeira Diretriz: Atenção Primária em Saúde (APS);
II – Segunda Diretriz: Média e Alta Complexidade (MAC);
III – Tereceira Diretriz: Vigilância em Saúde;
IV – Quarta Diretriz: Assistência Farmacêutica;
V – Quinta Diretriz: Gestão do SUS – Planejamento e Gestão;
VI – Sexta Diretriz: Controle Social.

Art. 2º – O prazo para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), 2026-2029, ficou definido para até o final de novembro de 2025.

Art. 3º – Esta Resolução entrará em vigor na data da publicação, após homologada pelo, através de Decreto do Chefe do Poder Executivo Municipal.

Art. 4º – Revogam-se disposições em contrário.

Saltinho/SC, 08 de outubro de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
JULIA PAULA JORIS MACHADO KULBA
Data: 17/10/2025 07:47:21-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Julia Paula Kulba
Presidente do CMS

RESOLUÇÃO CMS Nº 006/2025 de 10 de dezembro de 2025.

DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2026-2029 E DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) 2026, DO MUNICÍPIO DE SALTINHO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

A Presidente do Conselho Municipal de Saúde do município de Saltinho, Estado de Santa Catarina, de acordo com as competências legais e regimentais conferidas pela Lei 8080/90 e 8.142/90. Ainda em conformidade com a Lei 990 de 04/10/2019 combinada com o Decreto 5.394/2025, que nomeia o Conselho Municipal de Saúde.

Considerando às exigências legais, notadamente o Artigo 95 e seguinte da Portaria de Consolidação 001/2017 – Artigo 96, Parágrafo 7º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a regulamentação Portaria Ministerial GM/SUS nº 750/2019, que institui o Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP).

Considerando a apresentação, pela Assessoria Técnica do Fundo Municipal de Saúde (FMS), em Reunião Ordinária do CMS realizada no dia 10 de dezembro de 2025 às 07:45h, após apreciação e discussão dos presentes, o Pleno do CMS, deliberou pela **APROVAÇÃO** do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 e a Programação Anual de Saúde (PAS) 2026 e a presidente;

RESOLVE:

Art. 1º – APROVAR, o **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029**, do Município de Saltinho.

Art. 2º – APROVAR a Programação Anual de Saúde (PAS) 2026, contemplando as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMIs), contidas no PMS 2026-2029, assim como as ações para o atingimento das metas.

Art. 3º – O acompanhamento da execução da Programação Anual em Saúde (PAS) e do Plano Municipal de Saúde (PMS), dar-se-ão através dos *Relatórios Quadrimestrais e pelo Relatório Anual de Gestão (RAG)* apresentados e apreciados pelo Conselho de Saúde, nos prazos legais.

Art. 4º – Esta Resolução entrará em vigor na data de a publicação, após homologação por Decreto do Executivo Municipal.

Saltinho/SC, 10 de dezembro de 2025.

Julia Paula Kulb
Presidente CMS

gov.br Documento assinado digitalmente
JULIA PAULA JORIS MACHADO KULBA
Data: 10/12/2025 08:46:48-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br