

**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE TIGRINHOS**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2018-2021**



**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE TIGRINHOS**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2018-2021**

**PREFEITO
Derli Antônio De Oliveira**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Solange Margarete Teske**

“O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários” (Brasil, 2006)

ELABORAÇÃO DO PLANO – EQUIPE DE TRABALHO

Daiane Kutzepa Brambilla – Enfermeira
Elisiani Janara Neu – Técnica em Saúde Bucal
Franciele Balestreri Broetto – Nutricionista
Izoldi Avani Zilke – Controle e Avaliação
Janaina Provin Lowis – Técnica de Enfermagem
Jerry Adriani Butzke Schirmer – Técnica de Enfermagem
Júlia Maria Spessatto – Odontóloga
Marcos Galvão – Farmacêutico
Mari Adriana Ogliari Perondi – Enfermeira
Matheus Luiz Chitollina – Fisioterapeuta
João Paulo Dalazen de Souza – Médico
Simone Taborda – Diretora de Saúde
Solange Margarete Teske – Secretária de Saúde
Geísa Tibulo – Psicóloga
Alder Paulo Scheffer – Agente de Vigilância Sanitária

COLABORAÇÃO

Cleoni de Azevedo Buzatto – Agente Comunitária de Saúde
Diani Lovani Trentin Kobs – Agente Comunitária de Saúde
Elizandra Macoski Badia – Agente Comunitária de Saúde
Juliana de Souza – Agente Comunitária de Saúde
Marisa Knak Correia – Agente Comunitária de Saúde
Lessandra Priebe – Agente Comunitária de Saúde
Rute Lermen – Agente Comunitária de Saúde
Clair José Backes – Motorista
Eder Bonelli – Motorista
Jonas Grass – Motorista
Orides Brambilla – Motorista
Izuliana Cibuski – Auxiliar Administrativa
Sirlei Rodrigues dos Santos – Auxiliar de Serviços Gerais

Apoio:

Assessoria Técnica e Conselho Municipal de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I.....	10
1- LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	10
1.1 Limites territoriais do município de Tigrinhos.....	13
1.2 Aspectos demográficos	13
1.3 Renda	13
1.4 Setor primário.....	17
1.5 Setor secundário	18
1.6 Educação	18
1.7 Estrutura Sanitária – Aspectos Gerais.....	18
2 – Análise em relação às condições de saúde	20
2.1 Mortalidade Geral	20
2.2 Mortalidade Infantil.....	21
2.3 Mortalidade Materna	22
2.4 Morbidade Hospitalar	24
2.5 Cobertura Vacinal	24
3 – Análise das linhas de atenção à saúde	26
3.1 Atenção Básica.....	26
3.2 Assistência Farmacêutica.....	28
3.3 Serviços de Média e Alta Complexidade.....	29
3.4 Atenção Hospitalar	30
3.5 Serviços de urgência e emergência	30
3.6 Gestão de recursos humanos.....	32
3.7 Estrutura física	34
CAPÍTULO II.....	35
DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	35
OBJETIVO GERAL	35
1 – Atenção Básica	35
2 – Média e Alta Complexidade.....	46
3 – Vigilância em Saúde.....	49
4 – Assistência Farmacêutica.....	53
5 – Gestão do SUS	55
6 – Controle Social	60
Mecanismos de Monitoramento do Plano	62
Bibliografia	66
Anexos.....	67

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos à população do Município de Tigrinhos o Plano Municipal de Saúde que deverá nortear as atividades da Secretaria da Saúde no período de 2018-2021. Este documento atende à determinação 8080/90, em seu artigo art. 15, inciso VIII, que define ser atribuição dos gestores do Sistema de Único de Saúde (SUS), implementar os instrumentos de gestão competentes para o gerenciamento das políticas públicas de saúde em seu âmbito de governo.

Neste sentido, a administração municipal, indica prioridades de intervenções e assume o compromisso de realizar ações orientadas para a redução das desigualdades em saúde, com a pactuação 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 desenvolvimento ativo do controle social na definição de ações e serviços de saúde.

Importante destacar que para elaboração deste Plano Municipal de Saúde mobilizou-se a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, bem como outros segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde e também uma oficina com a população, que possibilitou a criação de um instrumento com capacidade de responder as principais demandas oriundas das necessidades de saúde da população.

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

A afirmação de Armando Raggio (2000) de que “Um planejamento municipal integrado, solidário, colocando as políticas e as técnicas dos vários setores em conformidade com as aspirações populares, pode constituir uma parceria de diversos atores, com maior potencial resolutivo”. Enfatiza bem a importância da intersetorialidade e do controle social no processo do planejamento das ações de saúde, o que com certeza resultará na qualificação

da gestão municipal.

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



Solange Margarete Teske
Secretária de Saúde
Tigrinhos/SC

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 de 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 instancia 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 LUCCHESI (1996), no processo mais amplo e complexo, que se inicia, no final dos anos 60, em movimentos de profissionais de saúde engajados nos mais diversos setores, dos partidos políticos progressistas, dos sindicatos, dos movimentos populares e dos municipalistas, em decorrência do 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 processo de problemas, o desenho das operações para enfrentá-los, a definição dos objetivos e metas a serem atingidos, a determinação dos recursos necessários e o cronograma de execução, além de um sistema de acompanhamento e avaliação que possibilite reformulações, quando preciso, utilizando a participação e a comunicação intensivas e favorecendo a responsabilidade compartilhada quanto aos objetivos a serem atingidos. Isto nos leva a refletir a respeito da necessidade de planejamento e, ao mesmo tempo, acerca da complexidade que envolve.

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

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

Estendendo-se a descentralização da atenção à saúde ao Município, este 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 gestão do sistema de saúde local e, em segundo lugar, da necessidade de optar por um método de planejamento que auxilie nesta tarefa.

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

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

CAPÍTULO I – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1 LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Tigrinhos - Santa Catarina - Brasil



Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

O município de Tigrinhos está situado na Região Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina, faz parte da Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS). Pertence a 2ª Agência de Desenvolvimento Regional (ADR)

com sede no município de Maravilha. Com extensão territorial de 58 Km² está entre os menores municípios do estado em área territorial. A população residente em 2010 é de 1.757 habitantes sendo que 343 habitantes residem na área urbana e 1.414 residem na área rural, ou seja, a população concentra-se basicamente no campo.

Os limites territoriais contidos na Resolução n. 15, aprovada pela Câmara de Maravilha em 14/12/1961, e, depois encaminhada à Assembléia Legislativa, foram transcritos no art. 2º da Lei 977 de 09/06/1964, que oficializou a criação do Distrito de Tigrinhos.

“O Distrito de Tigrinhos terá os seguintes limites: Partindo da confluência do Lajeado Barra Suja com o Rio Sargento e seguindo por aquele até a barra do Lajeado Rosena, por este acima até suas cabeceiras; destas, seguindo pelo travessão que divide com os lotes nºs 68 e 70, da Seção Sargento, até encontrar o Lajeado Barra Parada; por este acima até encontrar o marco do travessão que divide com os lotes nºs 83 e 110, divisa das seções Maravilha e Sargento, seguindo pelo travessão até encontrar o rio Iraceminha e por este acima até encontrar suas cabeceiras, pelo travessão até encontrar o rio Iracema; por este abaixo até encontrar o marco do lote nº 44, da seção Herval; seguindo pelo travessão acima até encontrar as cabeceiras do Lajeado Irajá e por este abaixo até sua confluência com o Lajeado das Flores; por este acima até suas cabeceiras, encontrando o marco do lote nº 35 da seção Barra Suja e seguindo pelo travessão até o Lajeado Barra Suja, por este abaixo até a barra do Lajeado Rosena, ponto de partida.”

Foi assim denominada a localidade desde o início, por terem sido encontrados e caçados dois filhotes de tigre, num riacho próximo à sede desse distrito, que dista 11 quilômetros da cidade de Maravilha. A colonização iniciou em 1.945, sendo pioneiro Paulo Noll; seguido depois pelas famílias Schneider e Kohl. O 1º comerciante foi Alberto Kohl. Tanto a 1º serraria quanto o 1º moinho dessa localidade foram instalados por Guilherme Reckers que depois transferiu

residência para a cidade de Maravilha, sendo muito conhecido por sua dedicação à cura através de chás, a medicina alternativa. Era nonagenário e conhecido como Nono Reckers. Faleceu em 25/05/2003. O Posto de Saúde de Tigrinhos foi instalado em 1.980 e a senhora Lierne Bernhard passou a atender, apesar dos poucos recursos e equipamentos, dentro do sistema de municipalização da saúde da época.

A primeira casa comercial era de propriedade do Senhor Alberto Kohl, o qual comercializava apenas alguns gêneros alimentícios. Mais tarde os Senhores Alcides Thielier e Antônio Bicudo iniciaram a compra de produtos agrícolas, juntamente com a venda de gêneros alimentícios. O Senhor Guilherme Rechters foi proprietário da primeira serraria e moinho da localidade. As Terras pertenciam à Companhia Sul Brasil e foram divididas em colônias e vendidas para agricultores oriundos do Estado do Rio Grande do Sul.

A primeira escola na comunidade foi criada em 1955, construída de madeira pelos pais dos alunos da comunidade. A Primeira professora foi a Senhora Cezíra Drago e foram matriculados 33 alunos. No dia 22 de dezembro de 1975 esta escola foi transformada em Escola de Educação Básica, sendo instalada oficialmente no dia 08 de agosto de 1976 pelo Parecer 334/75. Em 1965, foi instalado o Cartório tendo como responsável o Senhor Olívio Baczinski. Em 1968 o Decreto Lei número 503/68, transformou esta comunidade em Distrito, no dia 31 de agosto de 1968. Nesta data foi instalada a subprefeitura, sendo nomeado como intendente o senhor Adolfo Wermam.

O município de Tigrinhos obteve sua emancipação político-administrativa no dia 29 de setembro de 1995, através da Lei nº 9.921, desmembrando-se do Município de Maravilha, tendo como sede a Vila do antigo distrito. Tigrinhos pertence à Comarca de Maravilha distante 10 km da sede do município. Seu primeiro Prefeito foi o senhor Olívio Baczinski e vice-prefeito o senhor Osni Diesel, para o período 1997/2000.

As Etnias predominantes são: Alemão, Italiana, Cabocla e algumas de descendência Eslava (Polonesa). O Clima predominante é Mesotérmico úmido, com verões quentes e temperaturas médias de 18,3°C. A Altitude é de

620m acima do nível do mar. A principal atividade econômica é a agricultura baseada na produção de milho, soja, feijão, fumo, bovinocultura de leite, suinocultura, avicultura e em menor escala a piscicultura.

1.1 Limites territoriais do município de Tigrinhos

- Ao Norte com o Município de Santa Terezinha do Progresso.
- Ao Leste com o Município de Bom Jesus do Oeste.
- Ao Sul com o Município de Maravilha.
- Ao Oeste com o Município de São Miguel da Boa Vista.

Os Polos Micro e Centros de Referência para o município de Tigrinhos estão localizados as seguintes distâncias: Maravilha 10 km (hospital geral com UTI e leitos de retaguarda); São Miguel do Oeste 55 km – Hospital de Médio Porte e referencia em algumas especialidades médicas e serviço de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Chapecó cerca de 100 km onde estão referenciados diversos serviços de média e alta complexidade, incluindo oncologia, cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Florianópolis a Capital do Estado de Santa Catarina a cerca de 650 km de distância.

Caracterização do território

Área 58,06 km ²	IDHM 2010 0,717	Faixa do IDHM Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)	População (Censo 2010) 1.757 hab.
Densidade demográfica 30,26 hab/km ²	Ano de instalação 1997	Microrregião Chapecó	Mesorregião Oeste Catarinense

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

1.2 Aspectos demográficos

Com área de 58,6 km², a densidade demográfica no município de Tigrinhos é de 30,32 habitantes por Km². Em 2010, o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contabilizou 1.757 habitantes. Pela estimativa do IBGE, em 2017 a população tigrinhense está em 1.695 habitantes, seguindo a perspectiva de decréscimo populacional

verificado no período de 1991/2010, o que pode ser justificado em consequência do êxodo rural, prática comum nos municípios de pequeno porte. Com isso a densidade demográfica atual de 28,99hab/km².

População

Entre 2000 e 2010, a população de Tigrinhos cresceu a uma taxa média anual de -0,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 11,34% para 19,52%. Em 2010 viviam, no município, 1.757 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 0,34%. Na UF, esta taxa foi de 1,85%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 3,57% para 11,34%.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Tigrinhos - SC

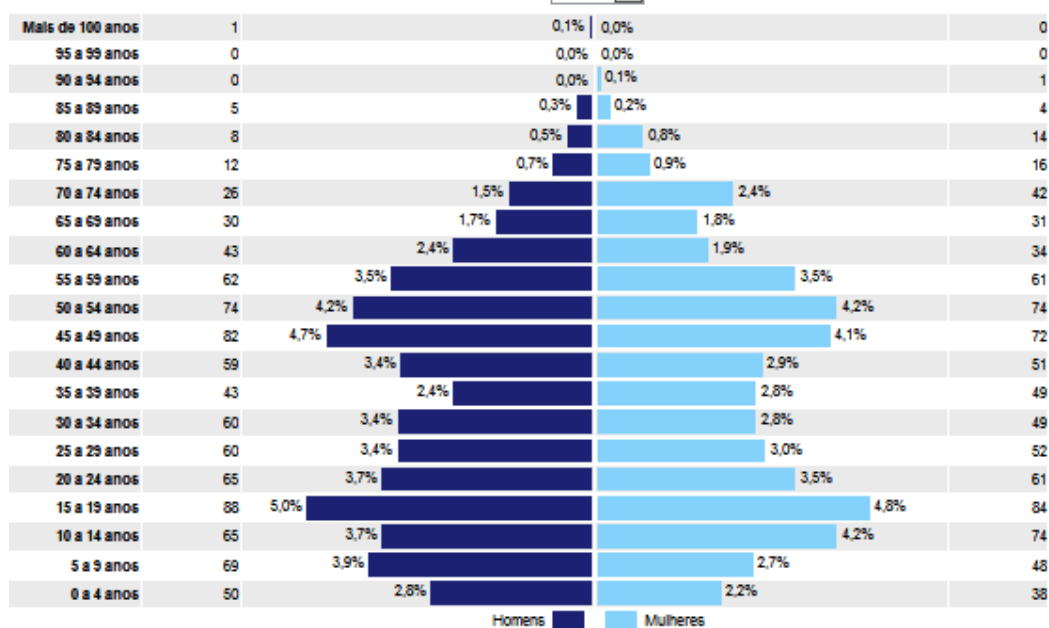
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	1.822	100,00	1.878	100,00	1.757	100,00
População residente masculina	965	52,96	984	52,40	902	51,34
População residente feminina	857	47,04	894	47,60	855	48,66
População urbana	65	3,57	213	11,34	343	19,52
População rural	1.757	96,43	1.665	88,66	1.414	80,48

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Nos anos subsequentes, houve um aumento da população. O gráfico abaixo demonstra evolução de 2010, estratifica a população residente de 1.757 habitantes, por faixa etária e sexo.

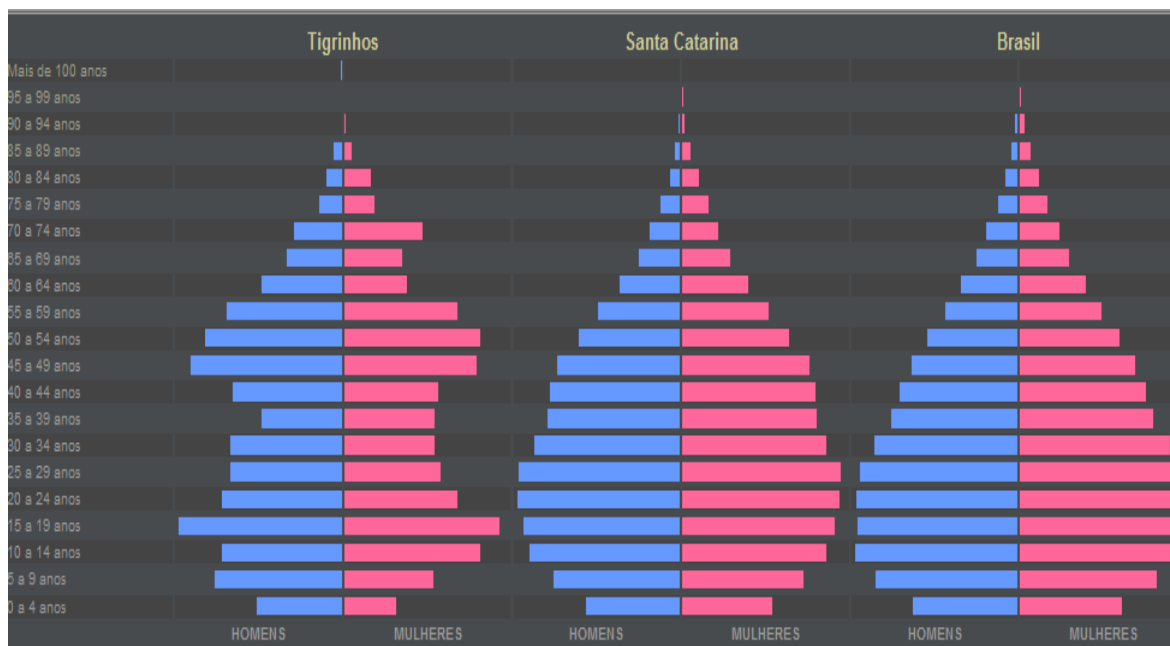
Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade

Tigrinhos (SC) - 2010



Fonte DATASUS/Tabnet

Na pirâmide etária a seguir, observa-se um maior número de pessoas jovens e adultas, classificadas como População Economicamente Ativa (PEA), demonstrando que o município de Tigrinhos conta com um cenário promissor, podendo também ser comparado ao Estado de Santa Catarina e ao Brasil.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

1.3 Renda

A renda per capita média de Tigrinhos cresceu 436,72% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 108,04, em 1991, para R\$ 226,80, em 2000, e para R\$ 579,87, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 9,25%. A taxa média anual de crescimento foi de 8,59%, entre 1991 e 2000, e 9,84%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 79,54%, em 1991, para 40,35%, em 2000, e para 11,25%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,52, em 1991, para 0,43, em 2000, e para 0,41, em 2010.

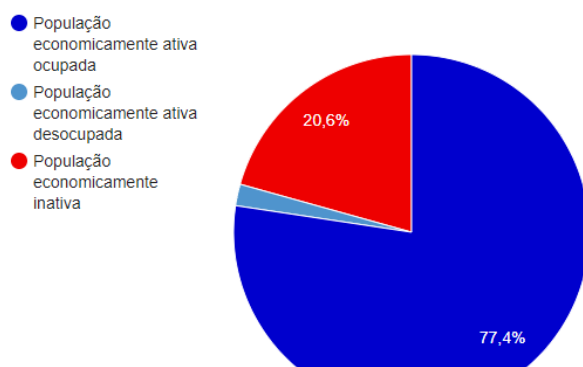
Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Tigrinhos - SC

	1991	2000	2010
Renda per capita	108,04	226,80	579,87
% de extremamente pobres	44,47	19,41	3,86
% de pobres	79,54	40,35	11,25
Índice de Gini	0,52	0,43	0,41

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

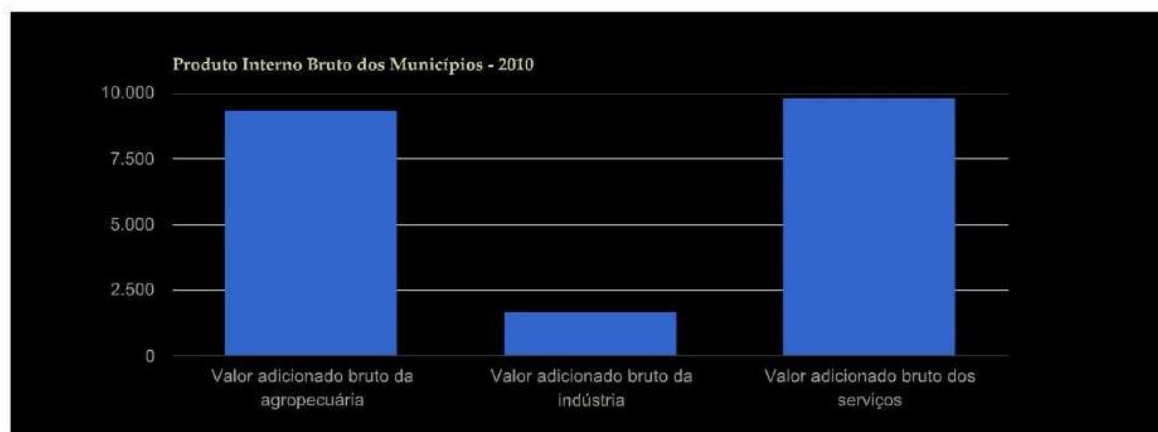
Trabalho

Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010



Santa Catarina » Tigrinhos » Produto Interno Bruto dos Municípios - 2010 - Gráfico

Curtir 0 Tweetar 0 LINK: <http://cod.ibge.gov.br/19EA>



[VER TABELA]

Figura 06: Produto Interno Bruto de Tigrinhos. Fonte: IBGE: Ano 2010

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DE INFRA-ESTRUTURA

1.4 – Setor primário

Conforme se pode observar na figura 6, demonstrativo do Produto Interno Bruto (Valor Adicionado), a agricultura é a principal atividade econômica do município de Tigrinhos. Em seguida vem a pecuária, a avicultura e o comércio. O setor primário tem importância muito grande na economia do município, representando um percentual de aproximadamente 80% do retorno de ICMS. Isso demonstra a versatilidade da agricultura, que produz desde grãos, fumo, citrus entre outros e possui uma agropecuária bastante desenvolvida e rentável. Na produção de grãos destaca-se o milho, soja e feijão. Na agropecuária, destaca-se a produção de leite, com um excelente rebanho leiteiro, com animais de genética avançada. São cerca de 200 produtores que trabalham em parceria com as cooperativas que recolhem, resfriam e enviam a produção para industrialização.

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 frangos, há muito vem tendo significativa importância para a economia local.

A produção de fumo, em pequenas propriedades, vem sendo cada vez mais presente, sendo considerada uma alternativa viável, onde os produtores, com uma pequena área cultivada, conseguem uma lucratividade expressiva, constituindo-se atualmente, na maior fonte de renda por área plantada.

O setor primário ocupa uma área de aproximadamente 2200 hectares, sendo que cerca de 60% das propriedades tem menos de 10 hectares, e apenas 6 são propriedades de mais de 50 hectares, o que caracteriza a predominância de minifúndios e a diversificação das atividades para garantia da subsistência.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Tigrinhos, em 2010, alcançou 0,717, colocando o município na 82ª posição estadual neste indicador (IBGE). Fonte Atlas Brasil 2017. Acessado em 21/11/2017

1.5 – Setor secundário

O setor secundário ainda é praticamente inexistente no município. A expectativa é que com o asfaltamento do acesso da sede do município até a cidade de Maravilha e com o incentivo da Administração Municipal, este setor possa se desenvolver com a instalação de unidades industriais locais e também que empresas de outros municípios venham se instalar no município, gerando empregos e, conseqüentemente, contribuindo para o progresso econômico local.

1.6 – Educação

O acesso à educação, tema básico de inserção social, vem sendo garantido pela administração municipal. O município dispõe de escolas municipais e estaduais, que atendem a 100% da demanda de alunos. A evasão escolar é praticamente zero, haja vista o trabalho realizado no município.

Quadro 01 – Escolas, alunos e docentes – Tigrinhos-SC 2017.

	Escolas	Alunos	Docentes
PRÉ-ESCOLA	01	60	05
ENSINO FUNDAMENTAL	04	468	40
ENSINO MÉDIO	02	64	18

Fonte: Educacenso 2017

1.7 – Estrutura sanitária – aspectos gerais

Água — A rede pública de distribuição de água na área urbana do município de Tigrinhos segue as determinações do Ministério da Saúde, através da Portaria 2.914 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. A população é abastecida com água proveniente de seis poços artesianos e duas fontes protegidas, cuja qualidade da água também obedece à determinação da Portaria nº 518 do Ministério da Saúde.

Em 2010 a administração municipal em parceria com as Associações de Moradores implantou um sistema de tratamento com cloro e flúor que fornece água

tratada para cem por cento da população do município.

Esgoto — haja vista que no município não há rede de captação e tratamento de esgoto, os domicílios possuem sistema de esgoto próprio: fossa negra, sumidouro, fossa séptica, entre outros.

Energia elétrica — praticamente toda a população conta com energia elétrica em suas casas. Porém, no meio rural, uma parcela da população ainda encontra-se desprovida desse serviço.

Lixo — a coleta de lixo é realizada no perímetro urbano onde o percentual atinge 100% das residências, a coleta é realizada três vezes por semana. Já no interior do município a coleta ocorre mensalmente, sendo que ainda é comum a prática de queimar ou enterrar o lixo. O depósito final do lixo é feito no Aterro Sanitário devidamente registrado e autorizado pelas entidades competentes. O lixo contaminante (resíduos de hospitais, postos de saúde, consultórios médicos, odontológicos, farmácias etc.) é recolhido também é coletado e segue legislação específica.

Meio Ambiente — A consciência ambiental tem sido tema de muitas discussões e encaminhamentos por parte de várias entidades no município. Percebe-se uma grande preocupação com o meio ambiente que desde os primórdios da colonização vem sendo agredido por práticas inadequadas principalmente da produção agropecuária que tinha como único objetivo o fator econômico, sem levar em consideração a degradação ambiental. Com o passar dos anos e os sérios problemas enfrentados pelos fenômenos climáticos, como estiagens e enchentes, causados principalmente pelo aquecimento global, governos e sociedade passaram a levar em consideração a necessidade de um cuidado maior com o meio ambiente.

No município de Tigrinhos 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 suínos nos córregos e riachos que acabam contaminando o lençol freático.

2 – ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

No Município de Tigrinhos, a análise das condições de saúde apresentada a seguir, foi organizada considerando o perfil de mortalidade, natalidade e morbidade geral segundo os principais grupos de causa, a distribuição por faixa etária e por sexo, destacando algumas particularidades locais.

2.1 – 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 Tigrinhos segue a mudança constatada no Brasil, assim como no estado de Santa Catarina. A principal causa refere-se às doenças do aparelho circulatório e aparelho respiratório. Nota-se entretanto, um aumento importante da mortalidade por neoplasias/tumores. A distribuição dos óbitos segundo grupo de causa, teve algumas variações percentuais nesse período.

Quadro 02 Mortalidade Geral, por local de residência e Causas Capítulos – CID 10 – Tigrinhos/SC 2012-2016.

Causas Capítulos	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Neoplasias (tumores)	7	4	4	3	2	20
Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários	1	0	0	0	1	2
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	2	1	2	1	6
Doenças do aparelho circulatório	7	4	4	2	8	25
Doenças do aparelho respiratório	3	1	1	1	2	8
Doenças do aparelho digestivo	0	0	1	1	0	2
Doenças do aparelho geniturinário	2	0	0	0	0	2
Anomalias congênitas	0	0	0	1	0	1
Mal Definidas	0	0	1	0	0	1
Causas externas	1	3	1	2	3	10
TOTAL	21	14	13	12	17	77

Fonte: Tabnet/DATASUS

O quadro nos apresenta, que as doenças relacionadas ao Aparelho

Circulatório – Capítulo IX CID 10, foram a principal causa de óbitos no período, com 25 mortes que corresponde á mais de 32%, ou seja, um terço do óbitos por esta causa. Em seguida vem as Neoplasias (tumores) Capítulo II do CID 10, com 20 óbitos e cerca de 26% do total. Destaca-se também a terceira causa de mortes, por causa, sendo o Capítulo XX – Causas Externas, onde apurou-se no período, 10 (dez) óbitos, sendo um importante fator de mortalidade, e que tem as lesões autoprovocadas a principal causa, com cinco mortes no período.

Quadro 03 – Mortalidade Geral, por local de residência e faixa etária – Tigrinhos/SC – 2012-2016.

Ano do Óbito	<1 Ano	1-4	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Total
2012	0	1	0	1	0	1	2	3	7	6	21
2013	0	0	0	1	0	2	0	2	3	6	14
2014	0	0	1	0	0	2	0	2	3	5	13
2015	1	0	0	1	0	2	0	4	2	2	12
2016	0	0	0	0	1	0	4	4	2	6	17
TOTAL	1	1	1	3	1	7	6	15	17	25	77

Fonte: Tabnet/DATASUS

De acordo com os quadros acima, podemos destacar que a faixa etária com maior ocorrência de óbito é acima dos 60 (sessenta) anos ou mais, com 57 óbitos que corresponde a 74% do total de óbitos, apontando como principais causas as neoplasias e doenças do sistema circulatório. Na faixa etária considerada produtiva dos 20 anos aos 59 anos, a o principal causa de mortes é por neoplasias/tumores, seguida das causas externas. Um dado positivo a ser considerado é que a maior ocorrência de óbitos se deu em idade avançada, o que comprova a efetividade das ações desenvolvidas no município. Diante destes dados concluímos que é necessário fortalecer ações que promovam hábitos de vida saudáveis e cuidados com saúde mental.

2.2 – Mortalidade Infantil

Importante indicador de saúde de uma população em determinado local e período, é justamente a mortalidade infantil. Em municípios de pequeno porte, que é o caso de Tigrinhos, com menos de dois mil habitantes, recomenda-se fazer uma análise longitudinal, de pelo menos cinco anos, para verificar a taxa de mortalidade,

pois um óbito representa uma taxa demasiadamente alta em relação aos nascidos vivos, uma vez que o indicador é para cada mil nascidos vivos. Nesse caso, deve-se colocar o número absoluto de óbitos por ano.

No município de Tigrinhos, no período de 2012 a 2015, houve somente um óbito infantil no ano de 2015. Considerando o total de 125 (cento e vinte cinco) nascidos vivos no período, o que dá uma taxa de mortalidade infantil de 8,00, considerada ideal pela OMS, pois está abaixo de dois dígitos.

2.3– Mortalidade Materna

Com relação à mortalidade materna, observa-se que as ações da estratégia de saúde da família estão sendo bastante efetivas sendo que o resultado é um bom indicador de saúde da população feminina, pois não foi registrado nenhum óbito nesse período.

Em relação à ocorrência de óbito de mulher em idade fértil houve a ocorrência de 01 óbito no ano de 2015 que teve como causa suicídio.

2.4 – Morbidade

A Unidade Básica de Saúde adotou o sistema de informação e-SUS/AB, com implantação do Prontuário Eletrônico, que esta em pleno funcionamento desde janeiro de 2017. Este sistema viabiliza dados para análise do perfil do nosso usuário, considerando que a Unidade Básica de Saúde é única porta de entrada do SUS no município, por não haver nenhum outro serviço público e/ou privado em saúde.

Em levantamento realizado através Sistema e-SUS/AB (SISAB) e instrumento **CIAP2** que classifica o motivo/causa do atendimento de consultas médicas do na Unidade Básica de Saúde, constatou-se que a busca pelo atendimento se deve primeiramente a acompanhamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis(DCNT) que referem-se às doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias/Tumores (CA), Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas. Este é um dado de relevância, pois indica que a promoção de saúde esta sendo realizada e esta refletindo diretamente nos indicadores de mortalidade já que conforme dados SISPACTO no ano de 2016 ocorreram apenas 03 mortes decorrentes deste grupo

de doença e pode ser considerado um indicador positivo. Como Segunda causa temos as doenças do sistema osteomuscular, como as lombalcialgias, cervicobraquialgias, dorsalgias, artralguas e doenças reumatológicas, que pode-se atribuir às características laboral da população tendo em vista a atividade agrícola braçal. Em terceiro lugar as infecções de vias aéreas principalmente nos meses de inverno considerando as constantes variações de temperatura. Em seguida podemos pontuar respectivamente as doenças do sistema digestivo, doenças do sistema urinário, causas externas (acidentes de trabalho e trânsito), afecções de pele. É oportuno registrar que neste ano em particular observou-se um aumento considerável de diagnóstico de parasitoses intestinais.

Registros de acompanhamento na Unidade de Saúde mostraram que no momento estão em acompanhamento 03 pacientes com câncer de mama e houve o registro de 01 paciente com câncer de útero no ano de 2016 e no momento esta em acompanhamento sem complicações.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) apontam que entre no ano de 2016 e 2017 as principais causas de notificação/investigação foram acidentes por animais peçonhentos, brucelose (descartados), hepatites virais, violência, DSTs, leptospirose e atendimento anti-rábico. Lembrando que estes dados se referem à notificação e investigação não significando a conformação das doenças.

No que se refere à ocorrência de Hanseníase não foram registrados casos nos últimos seis anos, já em relação a tuberculose foi diagnosticado 01 caso no ano de 2016 onde o paciente veio a óbito por motivos não relacionados a doença. Atualmente são 32 (trinta e dois) pacientes com Hepatites Virais em acompanhamento pelo serviço de referencia em Hepatites Virais e epidemiologia da Unidade Básica do Município, este dado nos leva a considerar que a incidência deste agravo o torna alvo de ações em saúde.

Aponta-se como relevante à incidência de Hipertensão e Diabetes no município, os registros cadastrais e de acompanhamento na UBS apontam que a Hipertensão Arterial Sistêmica acomete 16,09% da população residente e que 3,95% apresentam Diabetes, somados representa 20,04% do total da população residente. Segue os índices de prevalência da população adulta no estado e país.

2.5 – Morbidade Hospitalar

A tabela seguinte aponta dados da morbidade hospitalar da população do Município de Tigrinhos durante os anos de 2012 a 2016.

Quadro 04 – Morbidade hospitalar por causas capítulos e local de residência Tigrinhos/SC – 2013/2016

Causas Capítulo CID 10	2013	2014	2015	2016	Total
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	02	06	03	09	20
II – Neoplasias (tumores)	28	15	55	15	113
III – Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários.	01	02	01	03	07
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	01	02	02	01	06
V – Transtornos mentais e comportamentais	04	15	03	03	25
VI – Doenças do sistema nervoso	07	08	08	02	25
VII – Doenças do olho e anexos	01	01	00	01	03
VIII – Doenças do ouvido, apófise e mastoide	00	00	04	06	10
IX – Doenças do aparelho circulatório	13	19	15	19	66
X – Doenças do aparelho respiratório	26	18	32	28	104
XI – Doenças do aparelho digestivo	22	27	33	31	113
XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	03	04	01	03	11
XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	10	07	03	05	25
XIV – Doenças do aparelho geniturinário	10	11	22	18	61
XV – Gravidez, parto e puerpério	14	19	22	28	83
XVI – Algumas afecções orig. no período perinatal	03	03	03	03	12
XVII – Malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas	00	00	04	01	05
XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais.	03	00	00	03	06
XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	13	21	17	23	74
XX – Causas externas	00	03	01	00	04
Total	161	181	229	202	773

Fonte: DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A análise da tabela acima aponta que a principal causa de internação, em todas as faixas etárias se deve a neoplasias, doenças do sistema digestivo, doenças do aparelho respiratório. Chama a atenção ainda, os dados de internação por gravidez parto e puerpério como uma das principais causas de internação, porém se refere a acompanhamento de gestante e puérperas, referem-se a fatores biológicos/fisiológicos e não necessariamente à patologias associadas à gestação ou ao parto.

Vale apenas destacar ainda o número que se refere às internações por lesões envenenamento e outras causas externas que também ocupa lugar de destaque. A morbidade hospitalar em crianças menores de 01 ano se deve a

Doenças do aparelho respiratório e se mantém como principal causa até os 09 anos de idade. É importante lembrar que a melhora do acesso a cirurgias eletivas resultou em elevação no número de internações hospitalares.

2.5 – Cobertura Vacinal

A seguir apresentamos o índice de cobertura vacinal da população de 0 a 4 anos de idade no município de Tigrinhos no ano de 2016.

Quadro 05 – Cobertura vacinal 0-4 ano município de Tigrinhos/SC – 2016.

Tipo de imuno	Meta	Doses aplicadas	Cobertura (%)
BCG	17	27	158,82
Hepatite B (<1ano)	17	26	152,94
Rotavirus humano	17	26	152,94
Pneumocócica (<de 1ano)	17	28	164,71
Meningo. Conj C (< de 1ano)	17	29	170,59
Pentavalente (< de 1ano)	17	26	152,94
Febre amarela (< de 1 ano)	17	24	141,18
Poliomielite (< de 1ano)	17	24	141,18
Hepatite A	17	33	194,12
Pneumocócica (1ano)	17	27	158,82
Tetra Viral	17	30	176,47
DTP (1ano)	17	30	176,47
DTP (4 anos)	20	23	115
Poliomielite (VIP/VOP 1º ref)	17	25	147,06
Poliomielite (VIP/VOP 2º ref)	20	30	150
Varicela	17	31	182,35

Fonte: API (2016)

Na tabela acima, o sistema de informação demonstra que ultrapassamos a meta de 100% de vacinação, este fato justifica-se ou pode talvez pela inconsistência existente entre os dados do IBGE – estimativa populacional na faixa etária e a população real – onde um indivíduo a mais ou amenos, pela pouca população na faixa etária, representa importante

percentual de variação sobre o qual a meta estimada e a população real.

3 – ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O desenvolvimento de práticas alternativas à atenção hospitalar e à racionalização das tecnologias médicas, por meio do fortalecimento da atenção básica, é essenciais á reorganização da prática assistencial e melhoria das ações e serviços prestados no SUS.

Neste item serão abordados aspectos da Atenção Básica, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e serviços de urgência e emergência.

3.1 – Atenção Básica

Implantada desde o ano de 1994 a Estratégia da Saúde da Família se constituiu em importante pilar na organização e fortalecimento da Atenção Básica.

Como primeiro nível de atenção à saúde no sistema, potencializa a resolutividade dos serviços, por meio da ampliação ao acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da Saúde.

Tem como objetivo a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares, em conseqüência da qualidade da Atenção Básica.

O Município de Tigrinhos possui uma equipe da Saúde da Família composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Possui também, uma equipe de saúde bucal com odontólogo e técnico em saúde bucal. Agrega-se a essa equipe o NASF composto por psicóloga, farmacêutico, nutricionista e fisioterapeuta.

No quadro abaixo são apresentados os indicadores pactuados no Pacto pela Saúde (SISPACTO) e os resultados alcançados no exercício de 2016 e as metas alcançadas, assim como as metas pactuadas para 2017.

Quadro 06 – Pacto do Indicadores (SISPACTO) 2016-2017 – Tigrinhos/SC.

	Meta	Res.	Meta
--	-------------	-------------	-------------

Indicador/descrição	2016	2016	2017
Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DNCT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.	04	03	03
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	100%	100%	100%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	100%	100%	100%
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças < 2 anos - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) - com cobertura vacinal preconizada.	100%	100%	100%
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (dnci) encerradas em até 60 dias após notificação	100%	100%	100%
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100%	100%	100%
Número de casos autóctones de malária	NA	NA	NA
Número de casos novos de sífilis em menores de um ano de idade.			
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0	0
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	100%	100%	100%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	2,00	3,00	2,00
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	1,00	1,00	0,80
Proporção de parto normal no sus e na saúde suplementar	10%	7,69%	35%
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Sem dado	Sem dado	13%
Taxa de mortalidade infantil	0	0	0
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	100%	100%	100%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	88%	63%	75%
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100%	100%	100%
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.	NA	NA	NA
Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica	NA	NA	NA
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	02	02	02
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100%	100%	100%

Fonte: site www.saude.sc.gov.br

Como podemos verificar os indicadores do SISPACTO apontam que o

Município de Tigrinhos possuem excelentes coberturas de atendimento a população, bem como bons indicadores de saúde, porém, verifica-se que o indicadores de proporção de parto normal ainda é um desafio para a equipe.

3.2 – 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.

Nesse 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 garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais, observando-se:

- A Assistência Farmacêutica é prestada a partir de prescrição médica odontológica ou de enfermagem, de acordo com legislação vigente.
- A porta de entrada à Assistência Farmacêutica é o Sistema Único de Saúde, a partir de atendimento realizado por profissionais médicos, odontólogo ou enfermeiros, pertencentes à rede SUS.
- A dispensação de medicamentos só será liberada para instituições credenciadas e conveniadas ao Sistema Único de Saúde, respeitando-se os contratos em vigor.
- A oferta de elenco básico de medicamentos é parte integrante da política de assistência à saúde do município, para o cumprimento dos seus resultados.

3.3 – Serviços de Média e Alta Complexidade

Tigrinhos, assim como os demais municípios da região, enfrenta problemas 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 integralidade e equidade e resolutividade.

Para efetivação do SUS e a INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA é necessário a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) através da regionalização dos serviços, de forma organizada e hierarquizada, com serviços de referência na atenção especializada e com garantia de acesso, que atendam às necessidades de encaminhamento da Atenção Básica, quando necessário. Isto demonstra que a efetividade dos 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.

A implantação do Sistema de Regulação (SISREG) ambulatorial e hospitalar no Estado de Santa Catarina, ainda está em fase de implementação e deu-se muito por conta da intervenção do Ministério Público, pela falta de transparência e informações precisas quanto ao número de pessoas nas filas de espera, seja por consultas, exames ou procedimentos hospitalares. Esse fator tem contribuído para ampliar a oferta, conhecer a realidade da oferta de serviços nas Regiões de Saúde, até então uma “incógnita” e falta de acesso nos locais referenciados.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), tem sido uma importante ferramenta de apoio, e vem sendo cada vez mais, opção mais barata, com previsão legal e tem auxiliado a absorver parte dos serviços de média e alta complexidade ambulatoriais e mais recentemente, na área hospitalar. A falta de aporte financeiro e tecnológico por parte dos demais entes públicos, estado e união, ainda é um desafio a ser enfrentado para que, os CISs sejam de fato uma opção para garantia de acesso e integralidade da assistência em todas as regiões de saúde.

3.4– Atenção Hospitalar

O município de tigrinhos não possui estabelecimento de saúde hospitalar. Os pacientes que necessitam de internação hospitalar são

encaminhados às referencias regionais.

Fator bastante positivo é o bom desempenho da Rede Básica Municipal, que através dos serviços de Atenção Básica, é possível garantir resolutividade nos atendimentos. Porém os casos de maior complexidade necessitam de encaminhamento para outros centros de referencia da região conforme o PDR – Plano Diretor de Regionalização.

As principais referências no nível terciário – atenção hospitalar – são o Hospital Regional do Oeste em Chapecó, para atendimentos de Média e Alta Complexidade. A referência em Cardiologia e vascular é o Hospital São Paulo de Xanxerê. Para atendimentos de média complexidade nossa principal referencia é o Hospital São José de Maravilha e o Hospital Regional Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste. Já para tratamentos de dependência química nossa referencia são os Hospitais de Mondaí e Palmitos.

Para casos de Alta Complexidade que não estejam referenciados para o Hospital Regional de Chapecó, temos referencia para Florianópolis – SES e Joinville – Centrinho para os casos relacionados a fendas lábio-palatino, fissuras e demais do gênero. Já o transplante de fígado, a referencia é o Hospital Santa Isabel em Blumenau.

Está em fase de implementação o Sistema de Regulação de Acesso (SISREG), com isso, aos poucos, o sistema está se organizado e garantido o acesso em todos os níveis de complexidade da atenção, priorizando-se os casos mais graves e garantindo-se o acesso nos locais referenciados, respeitando-se as listas de espera, considerando-se ordem cronológica e critérios clínicos.

3.5– 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 Governo Federal 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 atenção pós-hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O SAMU foi criado em 2003 tendo como objetivo prestar socorro à população em casos de urgência ou emergências por 24 horas, diminuindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce.

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

Historicamente o atendimento a urgências aos municípios de Tigrinhos esteve centrado no Suporte Básico de Vida realizado pelo Corpo de Bombeiros Militares ou Voluntários e Policiais Militares, Rodoviária Estadual e Federal. A reestruturação do setor teve inicio em 2005 com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com sede no município vizinho de Maravilha. Embora não existam dados precisos sobre a demanda de atendimentos para os serviços de urgência e emergência, tanto fixos como móveis, estima-se um grande número de ocorrências mensais frente ao perfil de morbimortalidade no Estado, com importante contribuição dos grupos de doenças do aparelho circulatório e causas externas, conforme relato neste documento.

A referência para o atendimento hospitalar, para o município de Tigrinhos é na cidade de Maravilha – Hospital São José – hospital de pequeno porte e que faz parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) como hospital de retaguarda. Possui 10 (dez) leitos de UTI, sobreaviso nas especialidades médicas e plantão clínico. Ainda, serviços de apoio à diagnóstico por imagem com tomografia computadorizada, raio X, ultrassom e de análises clínicas. Está contratualizado junto á SES, ainda assim o município paga pelos serviços de urgência e emergência. A prestação dos serviços, ainda deixa a desejar principalmente no quesito “atendimento humanizado” e oferta de profissionais nas especialidades contratadas, como pediatria e traumato-ortopedia.

3.6 – Gestão dos recursos humanos

À medida em que os serviços estão sendo ampliados e ou

implementados, é necessário poder contar com recursos humanos suficientes e qualificados. Secretaria Municipal de Saúde vem investindo no aumento do quadro de profissionais, totalizando atualmente 27 servidores, conforme quadro abaixo.

Os profissionais que fazem parte do quadro de recursos humanos são na sua maioria concursados, com exceção do gestor municipal, do médico, da diretora de saúde e as Agentes Comunitárias de Saúde.

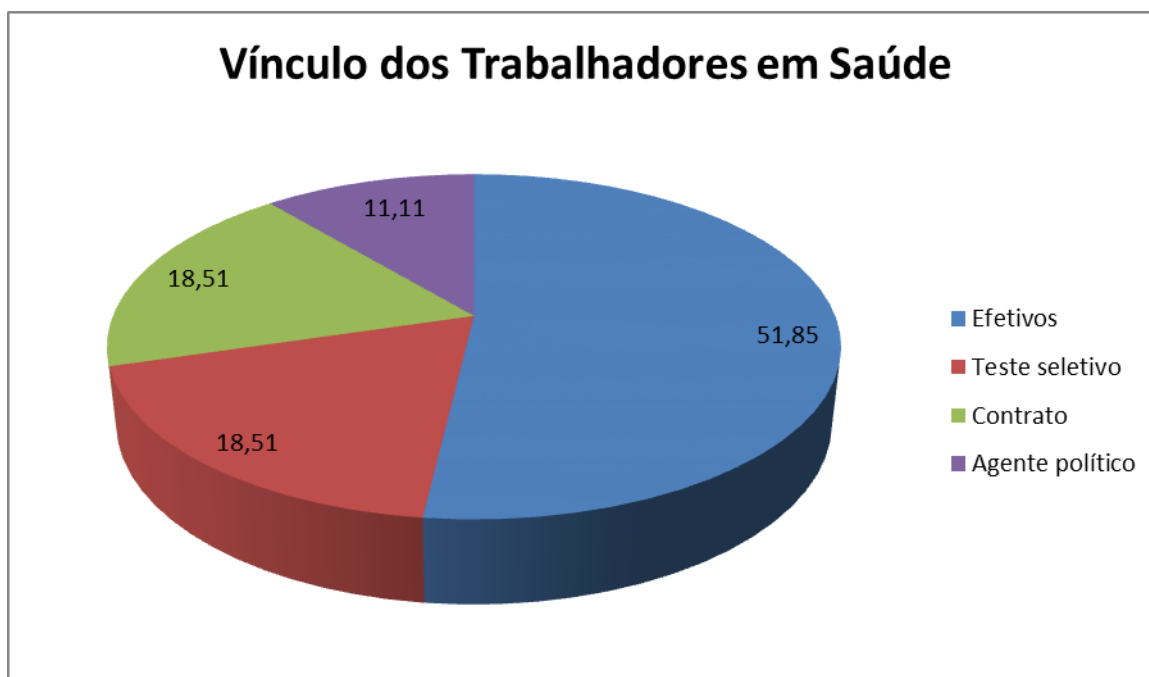
O município vem investindo significativamente na política de qualificação profissional destes diferentes atores que participam ativamente do processo de construção do SUS no município.

Quadro 07 – Equipe de Servidores da Secretaria Municipal de Saúde

Função	Nome	Carga Horária	Vínculo
Secretária de Saúde	Solange Margarete Teske	40	Agente Político
Diretora de Saúde	Simone Taborda	40	Cargo Comissão
Controle Avaliação	Izoldi avani Zilke	40	Cargo Comissão
Médico ESF	João Paulo D.de Souza	40	Contrato PJ
Enfermeira	Mari Adriana Ogliari Perondi	40	Estatutária
Enfermeira	Daiane Kutzepa Brambila	40	Estatutária
Odontóloga	Julia Maria Spessatto	40	Estatutária
Farmacêutico	Marcos Galvão	40	Estatutário
Psicóloga	Geísa Tibulo	20	ACT
Fisioterapeuta	Matheus Luiz Chitolina	40	Estatutário
Téc. Enfermagem	Janaina Provin Lowis	40	Estatutária
Téc. Enfermagem	Jerry Adriani Butzke Schirmer	40	Estatutária
Técnica em Saúde Bucal	Elisiane Janara Neu	40	Estatutária
Agente de VISA	Alderri Paulo Schafer	40	Estatutário
Auxiliar Adm..	Izuliana Cibuslki	40	Contrato

Motorista	Jonas Grass	40	Estatutário
Motorista	Eder Bonelli	40	Estatutário
Motorista	Clair Jose Backes	40	Estatutário
Motorista	Orides Brambila	40	Estatutário
Serviços Gerais	Sirlei R. dos Santos	40	Estatutário
Agente de Saúde	Cleoni de A. Buzatto	40	ACT
Agente de Saúde	Diana L. Trentin Kobs	40	ACT
Agente de Saúde	Elizandra M. Badia	40	ACT
Agente de Saúde	Juliana de Souza	40	ACT
Agente de Saúde	Marisa Knak Correia	40	ACT
Agente de Saúde	Rute Lermem	40	Contrato
Agente de Saúde	Lessandra Priebe	40	Contrato

Gráfico 1: Dados do vínculo dos trabalhadores em Saúde



3.7 – Estrutura física – Ambientes da UBS

A Secretaria da Saúde funciona em espaço físico próprio, adequado, funcional, com acesso e acessibilidade, com os seguintes ambientes:

AMBIENTE	Quantidade
Recepção	01
Consultório médico	02
Consultório Odontológico	01
Consultório psicológico	01

Ambulatório	02
Sala administrativa	01
Leito de observação feminino	01
Sala de curativo	01
Farmácia	01
Sala de esterilização	01
Sala de agendamento	01
Sala de enfermagem	03
Sala de preventivo para o câncer do colo uterino	01
Sala de fisioterapia	01
Sala de vacina	01
Sala de prepare	01
Copa/cozinha	01
Banheiro público	02
Banheiro para portadores de necessidades especiais	01
Banheiro para funcionários	02
Banheiro da observação masculino	01
Banheiro da observação feminino	01
Sala administrativa	01
Sala de reuniões	01
Sala de imunização	01
Controle e avaliação	01
Almoxarifado	02
Lavanderia	01
TOTAL	32

Obs: A unidade Básica de Saúde esta em fase de ampliação com recursos recebidos do Programa RequalificaUBS.

CAPITULO II DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

OBJETIVO GERAL DO PLANO

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

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e

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

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

1 – ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

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

Daí a importância de se compreender a atenção básica como o eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante ou exclusiva do sistema. “Tentação” que tende a aumentar entre os governantes, na medida do encarecimento dos procedimentos de maior complexidade tecnológica em saúde, fato que vem se agravando nos últimos anos e que se tornou preocupação em praticamente todos os países do mundo. (MEDICI, 2002; DOCTEUR AND OXLEY, 2003)

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

Necessário será também, democratizar os espaços de gestão, e promover espaços de co-gestão 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 infra-estrutura operacional das Unidades de Saúde no município. Ampliar e aperfeiçoar os serviços de saúde oferecidos pela Rede Municipal, além de garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, acolhimento e humanização.

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

Diretriz

Aprimorar o acesso integral aos serviços de saúde através da Atenção Básica, fortalecendo e consolidando as portas de entrada do SUS (Decreto 7508/2011 – Art.9º) e de acordo com a Portaria 2488/2011.

OBJETIVOS DA DIRETRIZ

1.1 – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Objetivos

• Manter o acesso aos serviços ambulatoriais de Atenção Básica, através do ESF.
• Assegurar os recursos necessários – humanos, materiais, veículos, equipamentos e instalações físicas – adequados ao atendimento aos usuários da Atenção Básica.
• Humanizar o atendimento às pessoas com acolhimento e escuta qualificada, priorizando às urgências e os grupos vulneráveis como idosos, crianças, gestantes, de acordo com o que preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003).
• Planejamento das ações com vistas a definir estratégias, organizar os fluxos, estabelecer rotinas e avaliar os resultados.
• Reorientação do Modelo Assistencial voltado para a promoção de saúde e a prevenção de doenças.
• Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo as UBS, como portas de entrada aos serviços de saúde.

METAS E INDICADORES

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Atender 100% da demanda por consultas médicas em	3.500	4.000	4.500	5.000	Consultas Médicas ambulatoriais

Atenção Básica através das equipes de ESF.					
Assegurar a carga horária e equipe mínima de profissionais para atendimento.	X	X	X	X	Equipe mínima
Reorientação do Modelo Assistencial através de acolhimento humanizado e escuta qualificada.	X	X	X	X	Profissionais da Saúde
Implementar ações do NASF compatibilizando a carga horária de acordo com as necessidades.	X	X	X	X	Carga horária da equipe multidisciplinar.
Definir calendário de reuniões para planejar ações e definir estratégias de ação.	X	X	X	X	Equipe de Saúde
Realizar ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças à população tigrinhense .	X	X	X	X	Promoção de Saúde
Planejar o atendimento através do agendamento prévio dos atendimentos eletivos (consultas e exames) na Atenção Básica.	X	X	X	X	Equipes ESF
Promoção da Saúde e Prevenção de agravos em pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	X	X	X	X	Portadores de doenças crônicas

1.2 – SAÚDE BUCAL

Objetivos

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Garantir o atendimento integral à população na área de Saúde Bucal, contemplando desde a Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças da cavidade oral através da Odontologia Social em escolas, creches e outros. |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar o tratamento clínico em consultórios odontológicos realizando minimamente os procedimentos estabelecidos no Caderno de Atenção Básica Nº 17 (Brasil, 2008) |
| <ul style="list-style-type: none"> Restaurar a saúde bucal da população endentada de acordo com o preconizado pelo Programa Brasil Sorridente através da protetização. |

<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar/manter o acesso dos usuários da Atenção Básica da Rede Pública Municipal de saúde aos serviços de Saúde Bucal de forma planejada e organizada estabelecendo rotinas de acesso e integralidade na atenção.
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o sistema de Tratamento Concluído (TC) de modos que o cidadão possa, após a primeira consulta programática, seguir o tratamento até o TC através de consultas agendadas com dia e hora marcados previamente, evitando o atendimento à livre demanda, exceto os casos de urgência/emergência.
<ul style="list-style-type: none"> • Manter a organização da atenção em saúde bucal, através do ciclo de vida iniciando com a gestante, bebê, crianças e adolescentes até a fase adulta, atenção esta através de equipe multi-profissional com foco na educação para o auto-cuidado, conscientizando cada cidadão sobre a importância da higiene bucal adequada.
<ul style="list-style-type: none"> • Manter e ampliar os recursos materiais necessários para o desenvolvimento dos trabalhos evitando a falta dos insumos mínimos para as ações de promoção e prevenção, o tratamento clínico e a protetização.

META E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Realizar Escovação dental supervisionada pelo menos 04 (quatro) vezes ao ano vezes aos alunos entre 00 e 15 anos.	X	X	X	X	Crianças na faixa etária
Realizar palestras educativas e orientações em escolas e creches.	08	08	10	10	Turmas/ano
Implementar sistema de Tratamento Concluído (TC) na Atenção Básica com a 1ª Consulta programática.	X	Manter	Manter	Manter	População usuária SUS
Organizar o acesso aos serviços por meio do agendamento prévio e re-agendamento até o final do tratamento.	X	Manter	Manter	Manter	Equipe Saúde Bucal
Ampliar o atendimento clínico curativo com vistas a integralidade da assistência.	1.200	1.300	1.300	1.400	Procedimentos /ano
Organizar a Atenção em Saúde Bucal pelo Ciclo de Vida.	X	100%	100%	100%	Gestantes, crianças, idosos.
Disponibilizar os materiais ambulatoriais necessários para o tratamento clínico e preventivos.	X	X	X	X	Insumos

Capacitação e atualização dos profissionais de Saúde Bucal através de Educação Permanente.	10	06	06	08	Profissionais SB todos os níveis.
Fornecer Próteses Totais (PT) e Próteses Parciais Removíveis (PPR) à população de acordo com a demanda.	X	X	X	X	Próteses/ano
Aprimorar o acolhimento humanizado à população em todos os níveis.	X	Manter	Manter	Manter	Servidores Públicos
Redução do número de cáries, doenças periodontais, lesões de mucosa e exodontias no município de Tigrinhos.	20%	20%	20%	X	Redução de doenças da saúde bucal
Instalação de um escovódromo na sala da odontologia na Unidade de saúde.	X	Manter	Manter	Manter	Escovódromo implantado

1.3 – SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Objetivos

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

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das	100%	X	X	X	Crianças de até cinco anos

crianças (ACDC) até 05 anos peso e altura.					
Estimular o aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida a todas as puérperas.	100%	X	X	X	Gestantes e puérperas
Identificar os recém nascidos, com fatores de risco para morbimortalidade infantil e indicar o acompanhamento prioritário.	100%	100%	100%	100%	Recém nascidos com fatores de risco.
Captar 100% das Declarações de Nascidos Vivos (DNs) e inseri-las no SINASC	100%	100%	100%	100%	Nascidos vivos
Captar 100% das Declarações de Óbitos (DO) infantis e digitá-las no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	100%	100%	100%	100%	Óbitos menores de um ano.
Manter a vigilância dos óbitos infantis através da investigação e análise de 100% dos óbitos em crianças menores de um ano.	100%	100%	100%	100%	Óbitos em menores de um ano
Acompanhar o Programa Bolsa Família em 90% das crianças menores de cinco anos.	X	X	X	X	Monitoramento PBF

1.4 – AÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres residentes no município de Tigrinhos, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, assistência e recuperação da saúde.
<ul style="list-style-type: none"> Garantir a atenção às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica.
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a morbimortalidade relacionada ao câncer de colo uterino e mamas.
<ul style="list-style-type: none"> Detectar precocemente câncer de mamas, através da oferta de exames de diagnóstico para mulheres na faixa etária recomendada.

<ul style="list-style-type: none"> • Expansão do programa de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) através de equipe multi disciplinar e fornecimento de medicamentos.
<ul style="list-style-type: none"> • Humanizar o atendimento, aumentando e melhorando a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar/implementar o programa de Planejamento Familiar com vistas a reduzir a gravidez na adolescência, gravidez de alto risco e óbitos maternos.
<ul style="list-style-type: none"> • Redução da mortalidade infantil e neonatal, garantindo a saúde e bem estar da mulher e do concepto.

Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Realizar exame preventivo (coleta de material citológico) para o câncer do colo do útero com busca ativa das faltosas ao menos um exame/ano.	400	450	450	500	Mulheres entre 25 e 64 anos
Realizar exames de mamografia para rastreamento em mulheres acima entre 50/69 anos.	100	150	150	200	Mulheres na faixa etária
Consultas ambulatoriais médicas e de enfermagem agendadas previamente.	1.500	1.800	2.000	2.200	Mulheres a partir dos 15 anos
Realizar reuniões/palestras mensais com as gestantes oferecendo orientação multiprofissional sobre o pré-natal.	12	12	12	12	Palestras gestantes/ano
Garantir atendimento multiprofissional às gestantes de risco.	100%	100%	100%	100%	Gestação de risco
Notificar os casos identificados de violência contra mulher e vítimas de violência sexual.	100%	100%	100%	100%	Casos de violência identificados
Estabelecer fluxo de atendimento integrado à mulheres vítimas de violência através de parcerias.	Implantar	Manter	Manter	Manter	Fluxo de acolhimento discreto
Promover campanhas de esclarecimento sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos.	X	X	X		Campanhas anuais
Investigar os óbitos maternos e mulheres em idade fértil (MIF)	100%	100%	100%	100%	Óbitos maternos e/ou MIF
Assegurar atendimento em	100%	100%	100%	100%	Demanda

ginecologia e obstetrícia para a demanda da Atenção Básica.					referenciada AB
Implantar grupos de orientação às mulheres em período de climatério e menopausa.	05	06	08	10	Mulheres > 60 anos.

1.5 – AÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Objetivos

- Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do município, contribuindo, de modo efetivo para a redução da morbimortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde do homem. (Portaria nº. 1.944/2009).
- Assegurar a integralidade da assistência desde a Atenção Básica até o nível terciário.
- Fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas.
- Detectar precocemente os casos de cânceres com atenção especial para o câncer de próstata.

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar a oferta de exames na Rede Pública, para detecção precoce de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.	800	1.000	1.200	1.350	Exames análises clínicas/ano
Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.	300	500	600	700	Consultas/ano para homens a partir dos 20 anos
Conscientizar os homens sobre paternidade responsável, garantindo oferta de contracepção cirúrgica voluntária (Vasectomia).	100%	X	X	X	Demanda por Vasectomias
Estimular o auto-cuidado através de palestras e orientações nos grupos de idosos.	12	12	12	12	Palestras/ano
Fortalecer a atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a	100%	100%	100%	100%	Demanda espontânea

qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;					
Implementar o Programa de Controle do Tabagismo no município para atender a demanda.	X	Mante r	Mante r	Mante r	Programa Implementado

1.6 – SAÚDE DO IDOSO

Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> • A Política de Atenção à Saúde do Idoso tem o intuito de garantir a promoção da capacidade funcional e da saúde do idoso em ações que visem à valorização, ao respeito e à efetivação do Estatuto do Idoso. (Lei N°10.741, de 01.10.2003).
<ul style="list-style-type: none"> • A ampliação do acesso ao cuidado e aos serviços e equipamentos públicos de assistência social e à saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de acesso ao medicamento, às terapias adequadas, incluindo a saúde bucal e ocular, as terapias integrativas, e reabilitação física e cognitiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em idosos para a redução da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fraturas do fêmur;
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de ações intersetoriais de fortalecimento da pessoa idosa, mediante ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência funcional;
<ul style="list-style-type: none"> • Garantia do acesso aos equipamentos de tecnologia assistiva (órtese e prótese).

METAS E INDICADORES

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

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

1.7 – SAÚDE MENTAL

Objetivos

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
- Consolidar, no município de Tigrinhos, uma rede de atenção integral e resolutiva para os usuários com transtorno em decorrência do uso de drogas – lícitas e ilícitas – promovendo espaços de inclusão e de reinserção social e atuando junto às famílias e à comunidade.
- Fortalecer ações integradas de saúde do trabalhador voltadas ao controle do tabagismo e do sedentarismo, com apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Desenvolver um plano de atuação intersetorial para a atenção ao usuário de drogas.	X	Manter	Ampliar	Manter	Usuários de drogas
Realização de mapeamento por equipe de ESF em relação ao uso de álcool e outras drogas, lícitas e/ou ilícitas.	X	Manter	Manter	Manter	Alcoolistas e outras drogas.

Realizar ações de redução de danos e prevenção do uso de drogas no território.	X	X	X	X	Dependentes químicos
Estabelecer protocolos e fluxos de atendimento de 100% da demanda de portadores de transtorno mental.	X	X	X	X	Demanda identificada em Saúde Mental
Elaboração de fluxos e rotinas de ações junto ao NASF e Equipe de Saúde da Família e aos serviços de referência (CAPS) entre outros.	X	X	X	X	
Redução da prevalência de dependentes do tabaco no município, gradualmente.	10%	20%	20%	20%	Fumantes do município.
Formar grupos e realizar oficinas terapêuticas com portadores de transtornos mentais por similaridade.	06	08	10	12	Oficinas/ano por grupo.
Definir o NASF como o ordenador de Saúde Mental no município, qualificando a equipe através de educação permanente	X	X	X	X	NASF
Formar grupos de tabagistas de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), reduzir a prevalência de fumantes.	X	X	X	X	Grupos de tabagistas
Expandir o Projeto de Ambientes Livre do Fumo para todas as Repartições Públicas Municipais, incluindo as escolas.	X	X	X	X	Repartições Públicas Municipais ano.
Inserir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica, como apoio institucional à equipe de ESF.	X	X	X	X	Equipes de ESF/NASF
Elaborar, juntamente com a equipe de ESF, protocolos de atendimento, visando o cuidado compartilhado.	X	Manter	Ampliar	Ampliar	NASF/ESF Necessidade percebida
Prevenir e controlar complicações posturais entre os trabalhadores de saúde.	X	X	X	X	Profissionais de Saúde
Garantir o acesso e a	100%	X	X	X	População usuária do SUS

integralidade dos cuidados em saúde à demanda espontânea.					
---	--	--	--	--	--

2 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) – AMBULATORIAL E HOSPITALAR

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

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

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

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

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

Isto posto, fica evidente a necessidade de articulação e a implementação as Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade, sem “transferir” responsabilidades, ou seja, assegurar ao cidadão usuário do SUS, o atendimento ambulatorial e hospitalar, em tempo

oportuno e de acordo com as necessidades individuais e coletivas, mediante a referência e contra-referência, o mais próximo possível de sua residência, através de protocolos clínicos estabelecidos e a regulação do acesso, priorizando os casos mais urgentes sem interferências externas e/ou políticas.

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

DIRETRIZ

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

Objetivos

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

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar e adequar o espaço físico para ofertas de serviços de fisioterapia com implantação e hidroterapia.	X	Manter	Manter	Manter	Serviços de fisioterapia
Aumento do número de especialidades da rede de forma equânime priorizando a expansão das especialidades com maior	20%	20%	20%	20%	Ampliação da oferta de consultas especializadas

déficit.					
Ampliar a oferta de exames laboratoriais de análises clínicas atendendo 100% da demanda advinda da Rede Pública.	X	X	X	X	População usuária do SUS.
Manter e ampliar a participação Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMERIOS (CIS/AMERIOS).	X	X	X	X	Participação em Consórcio de Saúde.
Aumentar a oferta de procedimentos ambulatoriais e clínico-cirúrgicos de alta complexidade 20% ao ano.	X	X	X	X	Demanda para MAC
Garantir o acesso aos serviços para pessoas com transtornos mentais/comportamentais unidades ambulatoriais (CAPS) ou hospitalares, de acordo com a demanda.	X	X	X	X	Indivíduos acompanhados pelo CAPS
Ordenar o acesso aos serviços de média complexidade no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	X	Manter	Manter	Manter	100% da Demanda da Atenção Básica
Garantir a oferta de serviços profissionais de nível superior na Rede Própria em fisioterapia, psicologia, nutricionista, entre outros.	X	X	X	X	Oferta de Serviços de Média Complexidade
Assegurar a Regulação dos serviços através do Sistema de Regulação (SISREG) municipal e regional.	X	X	X	X	Serviço Regulado

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

DIRETRIZ

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

Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a promoção e vigilância em saúde, implementando ações para a redução das desigualdades sociais e a promoção da qualidade de vida.
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes e privilegiar a intensificação de ações coletivas de caráter preventivo.
<ul style="list-style-type: none"> Implementar e aprimorar as ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências e Promoção da Saúde, na perspectiva de fomentar um enfrentamento efetivo, interdisciplinar e intersetorial.
<ul style="list-style-type: none"> Prevenir e controlar as DST/Aids no município e promover a melhoria da qualidade de vida com assistência adequada à saúde das pessoas soropositivas ao HIV residentes no município.
<ul style="list-style-type: none"> Manter à vigilância de vetores, em especial ao Aedes Aegypti, mosquito transmissor da Dengue, Zika e Chicomungua.
<ul style="list-style-type: none"> Ampliar a atuação da VISA, aprimorando suas práticas de trabalho e apoio tecnológico.

Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Manter e ou alcançar as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde.	X	X	X	X	Cobertura vacinal público alvo
Encerrar oportunamente pelo menos 95% dos as doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN.	X	X	X	X	Encerramento oportuna DNC.
Manter a proporção de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase e tuberculose.	X	X	X	X	100% cura casos novos
Promover ações intersetoriais que promovam a Reeducação Alimentar e Nutricional para a redução do Sobrepeso e Obesidade infantil e hábitos de vida saudável.	X	X	X	X	População infantil residente no município.
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil	100%	100%	100%	100%	100% dos casos investigados e encerrados
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos infantis no município	100%	100%	100%	100%	100% dos casos investigados e encerrados
Reduzir para menos de dois dígitos a taxa de mortalidade infantil no município no período.	X	X	X	X	Óbitos infantis
Desenvolvimento de ações de	X	X	X	X	

reeducação Alimentar e Nutricional com a Comunidade em Geral e Escolas do município.					
Implantar/implementar as Praticas Integrativas Complementares (PICs).	X	Manter	Manter	Manter	PICs
Implementação de ações de prevenção e controle ao HIV e Aids na população vulnerável e mais exposta, incluindo idosos.	X	X	X	X	Ações implementadas
Manter cadastrados 100% dos estabelecimentos de interesse da saúde no município (VISA).	90%	100%	100%	100%	Estabelecimentos inspecionados
Alcançar as metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) Portaria 1708/2013.	80%	80%	90%	90%	Metas pactuadas a serem alcançadas.
Atualizar o Código Sanitário Municipal (Lei Municipal) de acordo com a legislação vigente.	X	Manter	Manter	Manter	CSM
Atualizar Lei/Decreto que regulamenta a cobrança de taxas da Vigilância Sanitária.	X	Manter	Manter	Atualizar	Taxas municipais
Manutenção de inspeções em unidades comerciais, pelo menos uma inspeção em cada estabelecimento.	100%	100%	100%	100%	Inspeções/ano
Capacitação dos trabalhadores para boas praticas de fabricação/manipulação de alimentos e/ou produtos de interesse da saúde.	20	20	30	30	Trabalhadores capacitados
Capacitação em normas de biossegurança e riscos de contaminação para profissionais dos Salões de Beleza, Barbearias, e afins.	02	02	02	02	Capacitações realizadas.
Monitorar a qualidade da água para consumo humano - soluções alternativas coletivas – poços artesianos, através de análise mensal e tratamento quando for o caso.	48	48	48	48	Amostras de água analisadas por mês.
Monitoramento da qualidade da água consumida na Rede Pública e em poços coletivos, de acordo	12	12	12	12	Amostras de água/mês enviadas ao

com a Portaria 2914/2011.					LACEN
Implantar e implementar a Política de Saúde do Trabalhador no setor primário e terciário.	X	Manter	Ampliar	Ampliar	Saúde do trabalhador
Cadastrar, notificar e investigar 100% das ocorrências de surtos de DTAs.	100%	100%	100%	100%	Surtos DTAs
Atualizar o mapa de Reconhecimento Geográfico (RG) do perímetro urbano para controle da Dengue.	01	01	01	01	01 RG/ano
Realizar 100% das ações de campo para determinar os índices de infestação do mosquito Aedes Aegypti, de acordo com o PNCD – Levantamento de Índice (LI) e Pontos Estratégicos (PE)	X	X	X	X	Monitoramento de PEs e Ar
Realizar 100% das ações de bloqueio e delimitação de focos, quando e se houver, de acordo com PNCD.	100%	100%	100%	100%	Ações de Bloqueio
Realizar pelo menos um evento anual com atividades educativas visando mobilizar a comunidade em geral sobre ações de prevenção e combate a dengue.	01	01	01	01	Evento anual
Contratação de Agente de Combate a Endemias (ACE) com vínculo protegido – concurso público.	01	Manter	Manter	Manter	ACE Concursado

4 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Entendendo a Assistência Farmacêutica como parte importante de um Sistema de Saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, o Ministério da Saúde após ampla discussão, aprovou, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM N° 3.916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do país. A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito precípuo garantir a

necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde — SUS na sua efetivação. As ações direcionadas para o alcance desse propósito serão balizadas pelas diretrizes a seguir: Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Regulamentação sanitária de medicamentos. Reorientação da assistência farmacêutica. Promoção do uso racional de medicamentos. Desenvolvimento científico e tecnológico. Promoção da produção de medicamentos. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

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

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

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

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

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

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

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

DIRETRIZ

- Garantia de Assistência Farmacêutica integral aos usuários do SUS.

Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> Manter e adequar à oferta de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica à população, com revisões sistemáticas da REMUME.
<ul style="list-style-type: none"> Promover a exportação dos dados de entradas/saídas ao sistema HORUS.
<ul style="list-style-type: none"> Garantir o acesso e a distribuição de medicamentos do componente básico, excepcional e demandas judiciais.

Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Revisar anualmente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, preconizados.	X	X	X	X	REMUME atualizada
Garantir a oferta de medicamentos com base no uso racional do medicamento.	X	X	X	X	REMUME Dispensação
Manter estoques mínimos necessários para evitar a falta de medicamentos de uso contínuo ou sazonais nas UBS.	X	X	X	X	Estoque de remédios mantido.
Ampliação/adequação do almoxarifado central, com climatização e acondicionamento adequado dos insumos da assistência farmacêutica.	X	Mante r	Mante r	Mante r	Estrutura física
Implantação gradual e regular da Política de fitoterápicos na Rede Pública Municipal de Saúde.	X	X	X	X	Fitoterapia implantada
Assegurar o destino correto dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), Grupos A e B – RDC ANVISA 306, produzidos pela Rede Pública de Saúde.	X	X	X	X	Resíduos de Serviços de Saúde
Assegurar a capacitação do(s) profissional(ais) farmacêutico(s)	X	X	X	X	Servidores capacitados
Manter alimentação regular do Sistema de Controle de Estoque – entradas e saídas – no Sistema de Gestão Municipal e exportação ao HORUS	X	X	X	X	Sistema alimentado regularmente.
Dispensar regularmente os	X	X	X	X	Medicamentos

medicamentos prescritos pelos profissionais da Rede Básica Municipal e referenciados através da PPI ou Consórcio.					dispensados regularmente.
Estabelecer rotinas de reposição de insumo – solicitação, aquisição, entrega e pagamento – de modos a assegurar o estoque regular e faltas frequentes.	X	Mante r	Mante r	Mante r	Rotinas efetivas
Alimentar o banco de Preços em Saúde (NPS) pelo menos uma alimentação/ano	X	X	X	X	BPS Alimentado

05 – GESTÃO DO SUS

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

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

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

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde tem gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo. Não temos programas que possibilitem um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia, saúde mental, assistência farmacêutica, saúde bucal e outros e somos obrigados, em consequência, a arcar com os desumanos e insustentáveis tratamentos de hemodiálise, cirúrgicos, transplantes, intoxicações e câncer, só para citar alguns. (CNS, 2006 – João Batista Júnior).

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

DIRETRIZ I – GESTÃO DO TRABALHO

Objetivos

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

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS)	01	01	01	01	PAS elaborada
Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS)	01	01	01	01	RAG elaborado
Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)	X	X	X	X	PMS 2018/2021
Atualizar o plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) adequando vencimentos aos padrões regionais.	X	Manter	Manter	Manter	PCCS adequado
Realização de Concurso Público para provimento de vagas e garantir vínculo protegido à pelo menos 95% do servidores.	X	X	X	X	Concurso público para provimento de vagas.
Manter canal de negociação com servidores para adequação da Política Municipal de Cargos e Salários.	X	X	X	X	Mesa de negociação

Contratação de servidores para as vagas/cargos existentes, futuras vacâncias e/ou novas a serem criadas.	X	X	X	X	Servidores contratados
Fazer a avaliação de desempenho (Estágio Probatório) dos servidores novos.	X	X	X	X	Avaliações/ano
Estabelecer calendário de reuniões regulares com a equipe para planejar, discutir e implantar/implementar ações e políticas de saúde adequadas ao tempo.	06	06	06	06	Reuniões/ano
Estruturar e capacitar uma equipe de regulação, controle, avaliação e auditoria (ECA) do SUS.	X	Manter	Manter	Manter	Equipe ECA
Estabelecer protocolos de acesso aos serviços ambulatoriais de média complexidade, de acordo com os Parâmetros Assistenciais vigentes	X	Aprimorar	Atualizar	Ampliar	Protocolos estabelecidos
Capacitar a equipe de ECA para Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria de acordo com as normas vigentes.	03	X	03	X	Servidores capacitados

DIRETRIZ II – EDUCAÇÃO PERMANENTE

O processo da Educação Permanente deve estar voltado à qualificação dos profissionais de saúde com foco na consolidação e ampliação da resolutividade da Atenção Primária, bem como para o fortalecimento da atuação em áreas prioritárias, além dos aportes para o fortalecimento gerencial, como a formação aos funcionários que trabalham nas farmácias e no apoio administrativo das Unidades Básicas de Saúde.

Para isso, deve ser elaborado um Plano de Educação Permanente articulado ao modelo de atenção atual, contemplando as áreas de gestão de sistema, atenção à saúde, educação e controle social, assumindo um olhar no território, e das propostas estratégicas das áreas temáticas. Além disso, este plano deverá pensar estratégias e

critérios para a garantia da participação dos servidores em eventos e atividades inerentes a função.

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

Objetivos

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

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Possibilitar/promover a participação dos servidores em cursos de capacitação.	X	X	X	X	Servidores capacitados
Estabelecer critérios para remoção de profissionais nos períodos de férias e/ou que antecedem a entrada de novos profissionais na rede.	X	X	X	X	Critérios estabelecidos
Priorizar a contratação de profissionais por meio de concurso público, mantendo o vínculo protegido.	X	X	X	X	Concursos para reposição de profissionais
Estimular e organizar pelo menos um evento por ano com toda equipe de Atenção Básica para atualização e aperfeiçoamento das Políticas Públicas.	X	X	X	X	Evento/ano realizado.

DIRETRIZ III – CUSTEIO E INVESTIMENTO

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

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

Objetivos

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

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliação e reforma da Unidade Básica de Saúde	X	Manter	Manter	Manter	Estrutura Física da UBS
Manutenção preventiva de veículos e equipamentos ambulatoriais, odontológicos, de informática, rede de frios etc..	X	X	X	X	Manutenção regular
Assegurar os recursos financeiros para custeio necessários ao pagamento de recursos humanos, dos prestadores de serviços e despesas operacionais.	X	X	X	X	PPA LOA LDO
Aprimorar a execução financeira de acordo com o orçamento vigente, para aquisição de medicamentos, materiais ambulatoriais, odontológicos, de escritório e expediente .	X	X	X	X	Execução orçamentária
Aquisição de veículos para renovação da frota.	01	01	02	02	Veículos adquiridos
Aquisição de equipamentos ambulatoriais e de informática de acordo com a necessidade.	05	05	10	05	Equipamentos adquiridos
Construção de Sala de Hidroterapia na UBS	X	Manter	Manter	Manter	Espaço cosntruído

6 – CONTROLE SOCIAL

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

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 10 de maio de 2012, em sua Terceira Diretriz traz. *“a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática”*.

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

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

DIRETRIZ

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

Objetivos

- Implementar o controle social na rede de serviços públicos.
- Garantir a estruturação e o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde.
- Realização de conferências municipais de saúde.

METAS E INDICADORES

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Promover a renovação sistemática dos conselheiros quando não houver a participação desejada.	X	X	X	X	Renovação do CMS
Assegurar a capacitação dos conselheiros de saúde de pelo menos 12h anuais, para atualização e conhecimento da atuação junto ao CMS	12	12	12	12	Conselheiros capacitados.
Realizar pelo menos Conferencia Municipal de Saúde no período com a realização de 04 (quatro) pré-conferencias.	00	01 06 pré	00	00	Conferência de Saúde
Estimular a participação das comunidades, sociedade civil organizada, idosos e outros segmentos para participarem das reuniões do CMS.	X	X	X	X	Estimulo contínuo
Manter a realização de pelo menos uma reunião mensal do CMS, com calendário aprovado no início de cada ano e recesso de 60 (sessenta) dias.	10	10	10	10	Reuniões anuais do CMS.
Realizar a prestação de contas quadrimestral ao CMS – lei 141/2012 – Artigo 41.	03	03	03	03	Relatórios quadrimestrais apresentados
Submeter a aprovação do CMS o Relatório Anual de Gestão (RAG) e a Programação Anual em Saúde (PAS) no prazo estipulado (Portaria Ministerial 2.135/2013).	X	X	X	X	RAG e PAS aprovados.

MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO

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

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

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

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



Foto da Unidade Básica de Saúde (UBS), à esquerda Prefeitura Municipal - Junho/2017.



Foto da Equipe da Saúde da Família (2017)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde é um importante instrumento de orientação da política do setor, sendo sua operacionalização assegurada através da pactuação com técnicos da área, gestores, prestadores de serviço e comunidade.

Trata-se de um documento em permanente construção, onde a dinâmica da situação de saúde impõe constante acompanhamento das ações e metas.

A garantia do cumprimento das propostas, bem como as atualizações necessárias dentro do contexto sanitário, será realizada através do monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde sob duas perspectivas: a do corpo técnico e a da sociedade.

Na perspectiva da sociedade, cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer mecanismos de acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas para o período de vigência deste documento.

É fundamenta uma pactuação com gestores das esferas municipal, estadual e federal acerca das metas estabelecidas a fim de se consolidar um processo convergente de esforços, garantindo maior efetividade e eficiência das ações.

Outro ponto relevante é a necessidade de se constituir parcerias intersetoriais, considerando a magnitude e transcendência dos problemas de saúde e sua multi-casualidade.

A operacionalização efetiva deste Plano está condicionada também, à disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, devendo o mesmo orientar outros documentos de planejamento e gestão da Secretaria Municipal da Saúde, com destaque para o Plano Plurianual e as Programações Pactuadas Integradas – PPI da Assistência e da Vigilância em Saúde.


Solange Margareté Teske
Secretária de Saúde
Tigrinhos/SC

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde. **Recursos Financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Organização e funcionamento/Ministério da Saúde**. 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). **Direito à Saúde com Controle Social**. Passo Fundo, 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Escola Nacional de Saúde Pública**. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, 1999.

LACERDA, Josimari Telino de. **Plano estadual de saúde de Santa Catarina**. 2006.

LUCHESE, P. T. R., et al. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do sistema único de saúde – retrospectiva 1990/1995**. In: Revista Planejamento e Políticas Públicas, 1996.

MATUS, C. **O plano como aposta**. Perspectiva, 1991.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2ª. Ed. Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA, 1996.

MOTTIN, Lucia Maria. **Elaboração do plano municipal de Saúde: desafio para o município um estudo no Rio Grande do Sul**.

SINAN-Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ministério da Saúde, 2017

e-SUS-Sistema de Informação de Saúde, Tigrinhos/Ministério da Saúde, 2017