



**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
AMPARO DO SÃO FRANCISCO
2022-2025**

**AMPARO DO SÃO FRANCISCO
2021**

FRANKLIN RAMIRES FREIRE CARDOSO
PREFEITO MUNICIPAL

GLAUCIA REGINA FREIRE CARDOSO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARLOS JOSÉ BANCILON
PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Município: Amparo do São Francisco

Estado: Sergipe

Data de Criação: 06 de fevereiro de 1954

População 2021: 2.386

Extensão Territorial: 35,683 km²

Densidade Demográfica: 64,75 hab/km²

Região Administrativa do Estado: Leste Sergipano

Limites do Território: Canhoba e Telha.

Prefeito Municipal: Franklin Ramires Feire Cardoso

Secretária Municipal de Saúde: Glaucia Regina Freire Cardoso

Endereço da Prefeitura:

- Rua De. Martinho Guimarães, 12, Centro, Amparo do Francisco
CEP: 49920-000
- Fone: (79) 3361-1062

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde:

- Avenida Abraao Freire, s/n, Centro, Amparo do São Francisco/SE
CEP: 49920-000
- Fone: (79) 3361-1061

Regional de Saúde: Propriá/SE

Elaboração:



Matos Gestão em Saúde
Consultoria e Treinamentos

2. ENDEREÇOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, SERVIÇOS E SETORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- **Secretaria Municipal de Saúde**
Avenida Abraao Freire, s/n, Centro
CEP: 49920-000 CNES: 6253482
- **Clínica de Saúde de Amparo de São Francisco**
Avenida Abraao Freire, s/n, Centro
CEP: 49920-000 CNES: 7009615
- **Posto de Saúde Aloisio Pinheiro**
Povoado Pontal, Z. Rural
CEP: 49920-000 CNES: 7009631
- **Posto de Saúde da Família do Povoado São José**
Povoado São José, Z. Rural
CEP: 49920-000 CNES: 5125359
- **Posto de Saúde Pedro Alves dos Santos**
Povoado Criolo, Z. Rural
CEP: 49920-000 CNES: 7009623

3. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Amparo do São Francisco/SE, objetiva apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para os anos de 2022 a 2024, tendo como função principal, nortear as ações a serem realizadas no âmbito da qualificação do Sistema Único de Saúde no município neste período por meio da análise situacional e epidemiológica. Esse Plano subsidiará os objetivos, meta e atividades que deverão nortear a gestão para adoção de adequadas estratégias que garantam, agilidade no processo de trabalho e impacto das ações sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

O compromisso da gestão municipal da saúde em consonância com as atividades políticas de saúde Nacional e Estadual, e em conformidades com os princípios e diretrizes políticas (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular). Tem a missão de assegurar Políticas Públicas locais e regionais de atenção à saúde contemplando ações de promoção, prevenção e reabilitação dos usuários.

Entende-se que o êxito do sistema de saúde depende da qualificação da gestão. O que significará ampliar a capacidade de escuta, fortalecer a intersetorialidade entre os programas, ampliar o trabalho de equipe e em redes, divisão de responsabilidades, descentralização de tomada de decisões e perseverança em prol de desenvolvimento comum. Bem como, o monitoramento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde que possam garantir o acesso a serviços, procedimentos clínicos e a medicamentos, quanto assim for entendido à continuidade do cuidado.

Reconhece como grande desafio e grande responsabilidade a de aplicar o orçamento disponível de acordo com as diretrizes e políticas formuladas pelo SUS, e de dinamizar o monitoramento, controle e avaliação das ações em saúde sendo que estas devem sempre afinadas com as necessidades da comunidade.

4. ASPECTOS HISTÓRICOS

Na localidade de Urubu do Baixo, hoje cidade de Propriá havia uma grande fazenda chamada Campinhos pertencente ao Capitão Antônio Rodrigues da Costa Dória, membro da primeira Comarca de Propriá.

Em 1855, João da Cruz Freire, filho de donos de engenho, recebe sua herança com a morte do pai e compra parte das terras da fazenda Campinhos, as batizando posteriormente de fazenda Amparo. Dedicar-se à criação de gado e lavouras nas novas terras, anos depois casa-se com dona Francisca Senhorinha, descendente de uma família portuguesa e recebe a patente de Capitão da Guarda Nacional. Posteriormente, doa área de terras para a construção de uma igreja dedicada a Nossa Senhora do Amparo. Com o passar do tempo, foram chegando algumas famílias, que decidiram construir suas casas às margens do riacho Jaguaribe, entre a lagoa Salgada e o local onde hoje funciona a Fazenda Jaguaribe.

A localidade cresceu e tornou-se um povoado vinculado à cidade de Propriá. Entre 1937 e 1947 sua jurisdição foi transferida à cidade de Canhoba, retornando a Propriá por influência política do deputado Martinho Guimarães, natural daquela cidade.

Em 1953, Amparo passa a atender os requisitos mínimos da Lei Orgânica dos municípios da época, para sua elevação à categoria de município. O político militante Epaminondas Freire (neto de João da Cruz Freire) e o deputado Martins Dias Guimarães encabeçam a luta em prol da emancipação política do povoado. As primeiras eleições municipais ocorreram em 6 de outubro de 1954, sendo Leonel Vieira da Silva seu primeiro prefeito.

Formação Administrativa

Elevado à categoria de município com a denominação de Amparo, pela Lei Estadual n.º 525-A, de 25-11-1953, desmembrado de Propriá. Sede no atual distrito de Amparo (ex-povoado). Constituído do distrito sede. Instalado em 06-02-1955. Pela Lei Estadual n.º 554, de 06-02-1954, o município de Amparo passou a denominar-se Amparo do São Francisco. Em divisão territorial datada 1-VII-1960, o município de Amparo do São Francisco (ex-Amparo) é constituído do distrito sede.

Fonte: IBGE

5. OBJETIVO GERAL

Estruturar e organizar o sistema municipal de saúde proporcionando a melhoria no acesso universal e igualitário aos meios de promoção da saúde e prevenção de doenças, através de ações programáticas que atendam às necessidades dos usuários do SUS.

5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar situação de saúde do município através de análise situacional e epidemiológica;

Promover a saúde e prevenir as doenças, outros agravos e riscos à população;

Aperfeiçoar o acesso integral a ações e serviços de qualidade de forma oportuna no Sistema Único de Saúde/SUS;

Qualificar a gestão para potencializar os resultados da promoção, da prevenção e da atenção em saúde;

Efetivar o plano municipal de saúde como eixo norteador de todas as ações no âmbito municipal e contemplar todo o contexto de ação da secretaria na esfera global do SUS;

Prevenir e reduzir os riscos para a saúde individual e do ambiente em geral;

Promover estilos de vida saudáveis;

Garantir serviços de alta qualidade de saúde que são eficientes e acessíveis;

Reduzir as desigualdades sociais;

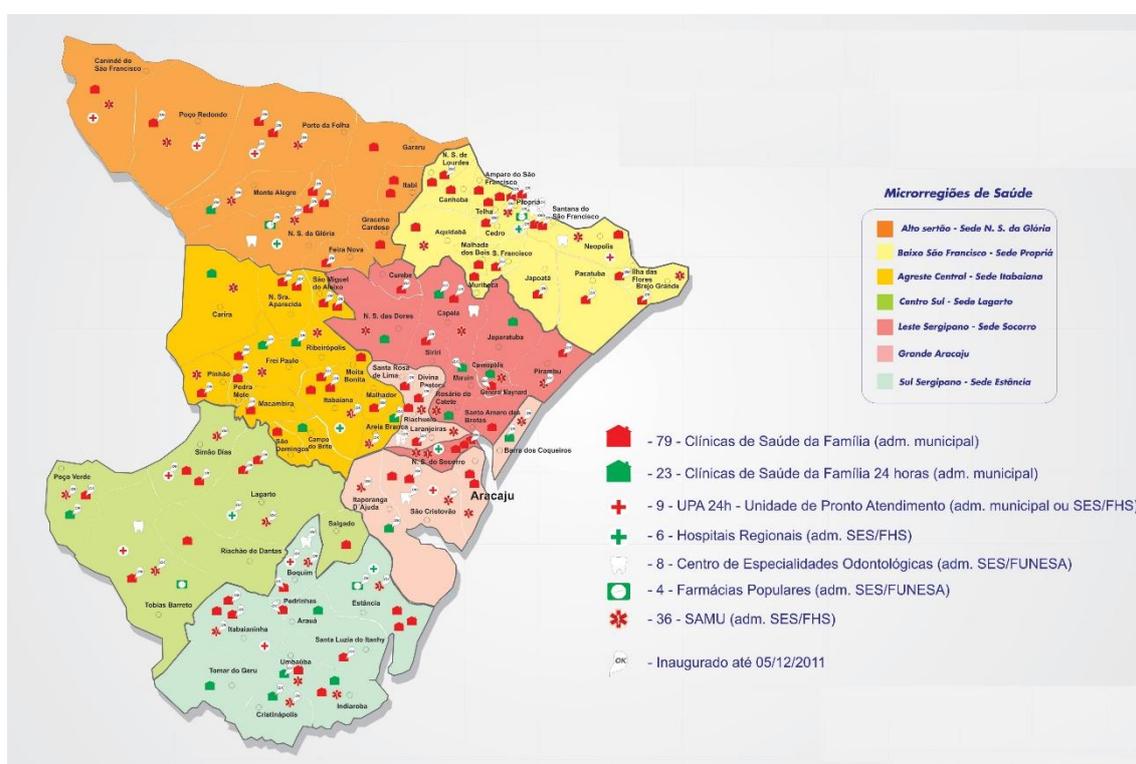
Fornecer informações de saúde para ajudar tomar decisões informadas; e

Acompanhar a execução das ações propostas de forma sistemática e contínua.

6. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

O município está situado à região Leste do Estado e faz parte da Região de Saúde que tem como polo o município de Propriá situado a cerca de 19,5 km onde está localizado o Hospital Regional e Maternidade São Vicente de Paula que é a primeira referência do município para urgências e emergências e gestação e parto de risco habitual. A cidade fica bem localizada na Regional de Saúde em que está inserida, com fácil acesso aos serviços de referência.

Mapa 1. Região de Saúde, Polo Propriá, 2021.



Fonte: Plano Estadual de Saúde de Sergipe, Sergipe, 2016.

De acordo com os dados dos Atlas IDHM do ano de 2010 no Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, Amparo do São Francisco possui o IDHM é de 0,611 considerado baixo (IDH Renda: 0,728; IDH Longevidade: 0,569; IDH Educação: 0,550). Os Atlas IDHM não atualizou os dados e por isso não foi colocado os resultados do ano de 2017.

6.1.PANORAMA DEMOGRÁFICO

De acordo com o Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população de Sergipe é de 2.068.017 habitantes, e de Amparo do São Francisco com uma população de 2.275 habitantes. Em 2021 a população estimada para o município foi de 2.386 habitantes, mas sem estratificação populacional.

- **Estratificação da População**

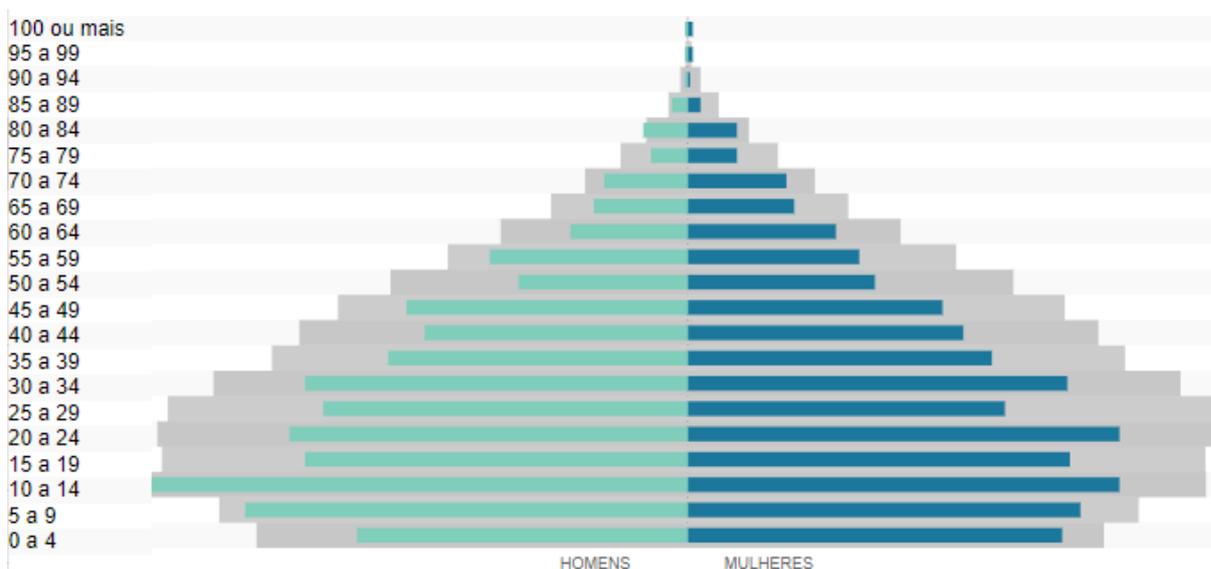
Tabela 1. Distribuição da População por área de residência segundo CENSO 2010. Amparo do São Francisco, 2021.

POPULAÇÃO CENSO 2010	QUANTIDADE	%
RURAL	435	19,10%
URBANA	1.840	80,90%
TOTAL	2.275	100,00%

Fonte: IBGE/CENSO 2010.

A distribuição populacional demonstra no **Gráfico 1** representa uma pirâmide etária adulta. Esse perfil sobrecarrega economicamente o município onde reflete a necessidade de investimentos em educação, saúde pública e geração de trabalho. Há um predomínio do sexo feminino com 50,15% comparado ao masculino.

Gráfico1. Distribuição populacional por sexo e faixa etária. Amparo do São Francisco, 2021



Fonte: IBGE/CENSO 2010.

Esse perfil sinaliza a necessidade de investimentos em educação, saúde pública e geração de trabalho, pois se observa um carregamento econômico no município.

Tabela 2. Matrícula escolar em 2020. Amparo do São Francisco, 2021.

	ANO
ENSINO	2020
FUNDAMENTAL	372
MÉDIO	71

Fonte: IBGE, 2021.

Em 2021, não obtivemos nenhum registro até então. As crianças em idade escolar precisam ser acompanhadas integralmente pela equipe de saúde, pois esse período é marcado por susceptível acometimentos e transformações no corpo.

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 97,4%, segundo a pesquisa de 2010. O IDEB dos anos iniciais e anos finais de 2019, foram 5,4 e 4,3 respectivamente.

7. ANÁLISE SITUACIONAL

7.1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

a) REDE FÍSICA INSTALADA

Tabela 3. Tipo de Estabelecimento por tipo de prestador. Amparo do São Francisco, 2021.

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE SAÚDE / UNIDADE BÁSICA	01	01	-	-
POSTO DE SAÚDE	03	03	-	-
SECRETARIA DE SAÚDE	01	01	-	-
TOTAL	05	05	-	-

Fonte: CNES/DATASUS, 2020.

Toda rede física prestadora de serviço ao SUS no município é composta por 01 Centros de Saúde e 03 Postos de Saúde e todos sob a gestão e administração municipal.

b) RECURSOS HUMANOS

Tabela 4. Profissionais de acordo com a natureza do vínculo. Amparo do São Francisco, 2021.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	
TIPO	TOTAL
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	18
ESTATUTÁRIO	36
TOTAL	54

Fonte: CNES/DATASUS, 2021.

Tabela 5. Relação de ocupação. Amparo do São Francisco, 2021.

Ocupações em geral
Agente Comunitário de Saúde
Agente de Combate as Endemias
Agente de Saúde Pública
Assistente Administrativo
Assistente Social
Auxiliar de Enfermagem
Auxiliar de Laboratório
Auxiliar de Saúde Bucal
Auxiliar de Serviços Gerais
Biomédico
Cirurgião Dentista
Diretor
Educador Físico
Enfermeiro
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Médico
Motorista
Psicólogo Clínico
Técnico de Enfermagem
Visitador Sanitário

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2021.

Em relação à estratégia de Saúde da família, temos uma cobertura de 100% do município.

c) APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS)

- Laboratórios: para exames de análises clínicas e bioquímica o município conta com o laboratório credenciado na região de saúde através da PPI, além do serviço oferecido pelo CONSÓRCIO CONIVALES.
- Em relação aos exames de imagem e citopatologia, estes são realizados nos locais de referência pactuados junto ao Departamento Regional de Saúde.

d) REGULAÇÃO

A regulação de urgência e emergência é realizada através da Central de Regulação do SAMU Regional-Própria

Na área de obstetrícia, a regulação é feita pela regulação Estadual e pela Maternidade São Vicente de Paula que a referência da região.

A ausência de serviços no município deixa a regulação vinculada aos serviços de referência

7.2. PERFIL DE MORTALIDADE

a) MORTALIDADE

No ano de 2020 tivemos o registro consolidado de 19 óbitos, sendo as principais causas de óbitos no município: IX – Doenças do aparelho circulatório com 09 registros e as I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias com 3 registros.

Especificamente temos as causas originais segundo c=CID 10: infarto agudo do miocárdio. Sinalizando a necessidade de novas ações de promoção e prevenção, bem como melhoria da assistência na atenção primária.

Um grande enfrentamento a ser combatido está relacionado ao preenchimento das causas de óbitos nas declarações de óbitos, que são informadas como “mal definidas”, que prejudica o estudo e análise do perfil epidemiológico da mortalidade do município.

Tabela 6. Mortalidade proporcional por Grupo Causa. Amparo do São Francisco/SE, 2020.

Causa (Capítulo CID10)	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3
II. Neoplasias (tumores)	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	9
X. Doenças do aparelho respiratório	1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1
XVIII. Sint. Sinais e achad anorma ex clin e laborat	1
Total	19

Fonte: SIM/DIVEP/NSI/SES, 2021.

Tabela 7. Mortalidade por Grupo de Causa e Faixa Etária. Amparo do São Francisco/SE, 2020.

Causa (CID10 CAP)	<01a	05-29 anos	30-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 e + anos	Ign	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	2	1	0	0	3
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	0	1	0	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	2	0	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	1	2	2	3	1	0	9
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	1	0	0	1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	0	0	0	0	0	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	0	0	1
XVIII. Sint. Sinais e achad anorma ex clin e laborat	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	1	0	2	2	5	5	4	0	19

Fonte: SIM/DIVEP/NSI/SES, 2021.

A mortalidade infantil dividida em dois componentes: o neonatal, que são os óbitos de crianças nascidas vivas, ocorridas no período de 0 a 27 dias completos, e o pós-neonatal, corresponde ao risco de óbitos ocorridos a partir de 28 dias de vida até o final do primeiro ano.

A mortalidade neonatal está relacionada às condições gestacionais, do parto e à integridade física da própria criança. E, a pós-neonatal tem uma associação clara entre as condições de saúde, as condições socioeconômicas e as ambientais. Entretanto, em ambos os componentes, os serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade exercem um peso determinante na redução da mortalidade infantil.

O crescimento no componente pós-neonatal sinaliza a necessidade de implementar ações estratégicas na atenção primária, com ênfase na puericultura, bem como implementar o acompanhamento das crianças em condições de risco.

8. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A atenção básica na assistência à saúde em Amparo do São Francisco está estruturada a partir das equipes de saúde da família distribuídas nas 01 Centros de Saúde da Família e 03 Postos de Saúde. A estrutura física em algumas localidades não está dentro dos padrões do Ministério da Saúde.

O processo de melhoria do modelo assistencial foi estruturado a partir da implantação efetiva do Programa saúde da Família em 100% do município. As Unidades Básicas de Saúde constituem porta de entrada do SUS e têm objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Nesses centros de saúde são desenvolvidas ações em diferentes áreas. Para o profissional médico o atendimento consta de consulta nas áreas de clínica geral e ginecologia, por exemplo. Incluem-se aqui o atendimento ao pré-natal de baixo risco, exames ginecológicos, puericultura, avaliação e encaminhamento para as especialidades se necessário, entre outras.

Os(as) enfermeiros(as) além das ações da equipe de enfermagem tem atuação específica: acolhimento, consulta de pré-natal, puerpério, prevenção de câncer de mama e coleta da citologia oncológica, sendo responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da Unidade.

A equipe de enfermagem realiza os seguintes procedimentos: vacinação, curativos, retirada de pontos, acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, ações de planejamento familiar, puericultura, coleta de exames. Uma atribuição comum a todos da equipe é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, para levantamento de uma determinada situação. Através das visitas domiciliares são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, quer sejam de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, etc.

Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde que as Unidades de Saúde oferecem de acordo com as necessidades locais como grupos de caminhada, grupos de orientações para pacientes portadores de hipertensão e diabetes, grupos de atividade física, entre outros. São realizadas ações educativas nos espaços

coletivos, como escolas, grupos comunitários e orientações individuais em temas como: autocuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre IST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, melhoria de autoestima.

9. RECURSOS FINANCEIROS

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

“Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal”.

Entretanto é notório que o investimento pelos municípios é muito acima do mínimo constitucional. Sendo o município que abriga o usuário, esse acaba sendo responsabilizado e arcado com toda diferença no financiamento das ações de saúde.

Os recursos financeiros em saúde são divididos em blocos de financiamento:

- **Custeio**
- **Investimento**

A transferência será realizada em conta financeira única e específica para cada uma das categorias econômicas. O novo formato vai possibilitar ao gestor mais agilidade e eficiência na destinação dos recursos hoje disponíveis, com base a necessidade e realidade local. O intuito é assegurar o cumprimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) e a realização dos Planos de Saúde dos estados e municípios, uma vez que a destinação das verbas estará vinculada a esse planejamento, garantindo assim o andamento das ações.

No ano de 2020, o município de Amparo do São Francisco recebeu R\$ 1.213.956,98 em repasses do Ministério da Saúde distribuído por blocos descritos abaixo:

Tabela 10. Demonstrativo de repasse por bloco do ano de 2020. Amparo do São Francisco, 2021.

BLOCO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
Custeio	R\$ 1.183.324,98	R\$ 0,00	R\$ 1.183.324,98
Investimento	R\$ 30.632,00	R\$ 0,00	R\$ 30.632,00
Total Geral	R\$ 1.213.956,98	R\$ 0,00	R\$ 1.213.956,98

Fonte: FNS, 2021.

Tabela 11. Percentual da receita própria aplicada em saúde por ano e bimestre no município. Amparo do São Francisco, 2018-2020.

BIMESTRE	ANO		
	2018	2019	2020
6º BIMESTRE	16,65%	19,08%	17,92%

Fonte: SIOPS, 2021.

Percebe-se que nos últimos três anos, o município estava aplicando o percentual da receita de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012.

Tabela 12. Despesas com Saúde de Amparo do São Francisco, 2020.

DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS) - POR SUBFUNÇÃO E CATEGORIA ECONÔMICA	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		DESPESAS PAGAS		Inscritas em Restos a Pagar Não Processados (g)
			Até o bimestre (d)	% (d/c) x 100	Até o bimestre (e)	% (e/c) x 100	Até o bimestre (f)	% (f/c) x 100	
ATENÇÃO BÁSICA (IV)	2.102.966,00	2.256.277,00	2.060.527,17	91,32	2.060.527,17	91,32	1.850.156,56	82,00	0,00
Despesas Correntes	2.091.466,00	2.206.377,00	2.060.527,17	93,39	2.060.527,17	93,39	1.850.156,56	83,85	0,00
Despesas de Capital	11.500,00	49.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (V)	11.440,00	15.440,00	12.000,00	77,72	12.000,00	77,72	12.000,00	77,72	0,00
Despesas Correntes	9.440,00	15.440,00	12.000,00	77,72	12.000,00	77,72	12.000,00	77,72	0,00
Despesas de Capital	2.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (VI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VIII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (IX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (X)	0,00	5.700,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	5.700,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL (XI) = (IV + V + VI + VII + VIII + IX + X)	2.114.406,00	2.277.417,00	2.072.527,17	91,00	2.072.527,17	91,00	1.862.156 ,56	81,77	0,00

Fonte: SIOPS, 2021.

Tabela 13. Indicadores Financeiros de Amparo do São Francisco, 2020.

INDICADORES	
1.1 Participação % da receita de impostos na receita total do Município	2,33%
1.2 Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	91,28%
1.3 Participação % das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	7,66%
1.4 Participação % das transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	91,18%
1.5 Participação % das transferências da União para a Saúde (SUS) no total de transferências da União para o Município	10,04%
1.6 Participação da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais legais na Receita Total do Município	62,15%
2.1 Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante	R\$ 1.452,36
2.2 Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	61,58%
2.3 Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,00%
2.4 Participação % da despesa com serviços de terceiros-pessoa jurídica na despesa total com Saúde	12,80%
2.5 Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,43%
2.6 Despesas com Instituições Privadas sem fins lucrativos	0,00%
3.1 Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	39,29%
3.2 Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	17,92%

Fonte: SIOPS/2020

De acordo com os indicadores financeiros acima, ficou demonstrado que o município cumpriu com o percentual legal de receita própria aplicada em saúde que é no mínimo 15%. Alocando esses recursos em despesas como: locação de veículos, combustível, servidores, medicamentos entre outros materiais e serviços prestados. Respeitando a resolução 283 do Tribunal de Contas do Estado.

10. CONTROLE SOCIAL

A Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define, no parágrafo primeiro, artigo segundo, o papel dos conselhos: atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos financeiros.

O conselho municipal de saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo. Por isso deve funcionar e tomar decisões regulamente acompanhando a execução da política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamento em seus rumos.

Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Para atingir esse fim, de modo articulado e efetivo, conhecer o SUS passou a ser imprescindível.

Os atuais conselheiros tomaram posse em junho de 2017, respeitando a Lei nº 062, de 13 de outubro de 1995 que dispõe sobre o Conselho Municipal e da outras providencias. Os conselheiros se reúnem ordinariamente uma vez ao mês sempre na última quinta-feira do mês e extraordinariamente quando necessário.

O SUS tem como base os princípios de igualdade e da universalidade a saúde. A participação da comunidade é uma forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas públicas de saúde. A Lei Orgânica Municipal estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão SUS: as conferências e os conselhos de saúde. As conferências municipais de saúde ocorrem a cada 04 anos.

As Conferências de Saúde são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliara situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Ocorrem nas três esferas de governo periodicamente, constituindo as instâncias máximas de deliberação. Cabe às instituições fornecerem informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

11. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

11.1. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Mendes (2011) descreve modelo de atenção à saúde como:

“sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”.

Os Modelos de Atenção à Saúde podem ser classificados em Modelo de Atenção às Condições Agudas e Modelo de Atenção às Condições Crônicas, dependendo da função de natureza (MENDES, 2011).

11.2. MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

Esse modelo tem como objetivo identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências. Os modelos de atenção às condições agudas prestam-se, também, à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas (MENDES, 2011).

Além disso, esse modelo tem como características: são fragmentados, organizados por componentes isolados, orientados para a atenção às condições agudas e para as agudizações das condições crônicas, voltados para indivíduos, os sujeitos são os pacientes, é reativo, tem ênfase nas ações curativas e reabilitadoras, utiliza sistemas de entrada aberta e sem coordenação da atenção pela Atenção Primária à Saúde, a ênfase no cuidado profissional, gestão é da oferta e o pagamento é realizado por procedimentos (MENDES, 2011).

A organização dos serviços de saúde através das Redes de Atenção à Saúde está sendo proposta como alternativa à organização atual dos sistemas de saúde, pois propõe um novo arranjo organizativo, considerando a realidade epidemiológica, demográfica e sanitária do país.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo mundo, e no Brasil, cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A tendência de crescimento das condições crônicas nos países em desenvolvimento é agravada pela persistência das condições agudas. O declínio das taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida, e o envelhecimento da população são fatores demográficos importantes nas últimas décadas e que contribuem enormemente para o crescimento das condições crônicas (MENDES, 2011). O número de pessoas com 60 anos e mais vinculadas as Operadoras de Saúde já representa 24,5% dos beneficiários de planos de autogestão.

As Redes de Atenção à Saúde caracterizam-se por terem uma organização sistêmica que tem seu centro de comunicação na atenção primária à saúde, voltada para a atenção concomitante às condições agudas e crônicas, que é desenvolvida para populações classificadas por riscos sócio sanitários, é proativa, integral, ofertando ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e alívio do sofrimento. O cuidado é centrado em equipes multiprofissionais e os conhecimentos e ações clínicas são partilhados pela equipe de saúde e pelos usuários da rede (MENDES, 2011)

As Redes de Atenção à Saúde exigem uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção. No Brasil, há enormes diferenças entre estados e dentro dos estados e mais de 75% dos municípios têm menos de vinte mil habitantes (IBGE, 2012), uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde, eficientes e de qualidade (CONASS, 2010).

A organização das Redes de Atenção à Saúde engloba a atenção primária, secundária e terciária à saúde, além dos sistemas de apoio e sistemas logísticos em um determinado território para uma população definida. Considera-se de maneira geral, que a atenção primária à saúde seja ofertada no nível local, a atenção secundária na região e que os serviços de atenção terciária sejam ofertados na macrorregião. Esta organização se dá através de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2011).

11.3. COMPONENTES DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

a) POPULAÇÃO

O primeiro elemento de uma Rede de Atenção à Saúde é a população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Conforme Mendes (2011), uma Rede de Atenção à Saúde tanto de sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, com territórios sanitários definidos e com uma população adscrita.

O conhecimento da população de uma Rede e atribuição inerente a APS envolve: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011).

b) ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde segundo Mendes (2011) compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde), os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança.

11.4. O CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra fluxos do sistema de atenção à saúde. A APS tem como principais atributos o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Sua função é de resolutividade, comunicação e responsabilização pela população adscrita (MENDES 2011).

11.5. OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

São pontos de atenção que ofertam determinados serviços especializados, que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo que os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das Redes. (MENDES 2011).

Os pontos de atenção secundária ambulatorial nas Redes de Atenção à Saúde têm papel diferenciado do modelo fragmentado onde atuam de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede e sem a coordenação da atenção primária à saúde. São diferentes porque são parte de um sistema integrado através de sistemas logísticos potentes (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde). Os pontos de atenção secundária de uma RAS são sistemas fechados, sem possibilidades de acesso direto das pessoas usuárias, a não ser em casos de urgência e emergência ou de raras intervenções definidas nas diretrizes clínicas em que esses centros constituem os pontos de atenção do primeiro contato (MENDES 2011).

Os hospitais nas Redes de Atenção à Saúde devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade (MENDES 2011).

11.6. OS SISTEMAS DE APOIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de apoio prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico devem ter comunicação fluida com a APS e com os pontos de atenção secundária e terciária. O sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica (MENDES 2011).

Já os sistemas de informação em saúde compreendem os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde

operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde (MENDES 2011).

11.7. OS SISTEMAS LOGÍSTICOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas Redes por meio de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação. Os principais sistemas logísticos são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (MENDES 2011).

O cartão de identificação das pessoas usuárias é o instrumento que permite destinar um número de identidade único a cada pessoa que utiliza o sistema de atenção à saúde.

Os prontuários eletrônicos únicos podem ser parte de um sistema mais amplo de registro eletrônico de saúde. Os registros eletrônicos de saúde são sistemas de centralização dos dados sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, organizados a partir da identificação dessas pessoas, de forma longitudinal, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde e todos os serviços prestados. Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que medeiam uma oferta de terminada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Os sistemas de transporte em saúde são soluções logísticas transversais a todas as Redes, imprescindíveis para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (MENDES 2011).

11.8. O SISTEMA DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A governança das Redes de Atenção à Saúde é o arranjo organizativo uni ou pluriinstitucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo

prazos para cumprir com a missão e a com visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (SINCLAIR *et al.*, 2005).

O sistema de governança compreende o desenho institucional, o sistema gerencial das redes de atenção à saúde e o sistema de financiamento das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

11.9. MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS - MACC

Proposta construída por Mendes o MACC é voltado para o Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro, considerando que o SUS é sistema público universal com responsabilidades claras sobre territórios e populações, devendo incorporar intervenções sobre os determinantes sociais intermediários e distais. É um modelo expandido porque as intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas devem ser feitas por subpopulações estratificadas por riscos e por meio de tecnologias de gestão da clínica.

Tem como pressuposto a alteração do enfoque da gestão da saúde, saindo da gestão da oferta para a gestão de base populacional, a habilidade de um sistema de atenção em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, com estratificação dos riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a esta população e de prover o cuidado com foco nas pessoas e suas famílias e no contexto de suas culturas e de suas preferências (MENDES, 2011).

Neste desenho, a coluna da esquerda, sob influência do modelo da pirâmide de riscos, está a população adscrita à APS, estratificada em subpopulações por riscos na coluna da direita, sob a influência do modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead estão as diferentes camadas de determinação social da saúde na coluna do meio, sob a influência do modelo de atenção crônica, estão os níveis de intervenções: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e intervenções assistenciais realizadas por meio da gestão da clínica e com as mudanças nos seis elementos do CCM (MENDES, 2011).

O nível 1 do MACC incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais.

O nível 2 do MACC incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (MENDES, 2011).

Os níveis 3, 4, e 5 do MACC incorporam as intervenções sobre fatores de riscos biopsicológicos individuais e sobre condições de saúde estabelecidas, estratificadas por riscos (MENDES, 2011).

A lógica de estruturação dos níveis 3, 4 e 5 do MACC segue o modelo da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente, com a utilização da gestão da clínica. No nível 3 são realizadas intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos. No o nível 4 as intervenções são sobre as condições de saúde complexas com utilização da gestão da condição de saúde. No nível 5 são realizadas intervenções sobre as condições de saúde altamente complexas com utilização da gestão de caso (MENDES, 2011).

Mendes (2011) descreve gestão da clínica como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada. As tecnologias de gestão da clínica são as diretrizes clínicas, através da gestão das condições de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera. As diretrizes clínicas são de 2 tipos: as linhas guias e os protocolos clínicos (MENDES, 2011).

A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar (MENDES, 2011).

12. PROCESSO DE GESTÃO

12.1. PLANEJAMENTO

O processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde atende à legislação que instituiu o PlanejaSUS, no que se refere à elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão. O setor de Planejamento tem empreendido diversas ações visando aprimorar o processo e comprometer os profissionais de diferentes setores da gestão com

o planejamento do trabalho e acompanhamento dos resultados alcançados, visando construir uma cultura de planejamento e avaliação. Percebe-se uma valorização dos profissionais quanto ao planejamento, aos indicadores e ao processo de monitoramento e avaliação das ações realizadas. Entretanto, a falta de disponibilidade de informações de boa qualidade e o atraso tecnológico na informatização da Secretaria ainda constitui graves problemas que dificultam as ações do planejamento e da própria gestão.

O município tem participado de projetos do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde de Sergipe dentre os quais merece destaque o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, com o Programa Mais Médicos e o Requalifica, que financia a qualificação e ampliação da Rede de Saúde. A SES também está investindo na qualificação e fortalecimento da Atenção Básica e o município habilitou-se aos incentivos de custeio e investimento para a construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, reforma de UBS e veículo de apoio para as equipes.

O planejamento juntamente com a programação e o controle e avaliação, tornam-se especialmente importantes para monitorar e fazer ajustes no processo de definição de responsabilidades assistenciais para qualificar e organizar a atenção à saúde da população.

12.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Os processos de educação permanente impõem aos serviços e setores de treinamento/capacitação e de educação permanente das instituições de serviço de saúde a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento.

A equipe gestora da Secretaria da Saúde de Amparo do São Francisco vem desenvolvendo processos de educação permanente com todos os trabalhadores de forma sistemática e de acordo com as necessidades de cada categoria profissional ou serviço.

O município está se habilitando ao incentivo estadual que tem este objetivo, conforme resolução CIB-SES/SE. Também está estimulando as equipes que façam adesão as diversas formações ofertadas pelo Ministério da Saúde outros organismos federais e pela SES/SE.

12.3. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: ACOLHIMENTO

A implantação do acolhimento à demanda espontânea foi uma decisão de gestão. Inicialmente a temática será trabalhada em três momentos distintos desensibilização de todos os trabalhadores de saúde do município, concomitante a isso as equipes serão

estimuladas a instituir reuniões de equipe com intervalo semanal e realização de rodas de conversa para implantação do acolhimento em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), levando em consideração as peculiaridades de cada equipe e sua comunidade. Passado esse período o acolhimento será implantado em todas as UBS do município.

A partir da implantação do acolhimento todo usuário que procurar a UBS demandando algum tipo de atendimento passará pelo acolhimento onde será ouvido por um profissional de saúde. A existência de um espaço de escuta e a atitude acolhedora do profissional são a chave para identificação dos motivos de busca por atenção e, conseqüentemente, para intervenções mais resolutivas.

O objetivo é que o profissional consiga escutar o usuário, perceber as diversas dimensões (subjetivos, biológicas e sociais) relacionadas ao motivo da procura por atendimento e identificar risco e vulnerabilidade, de maneira a orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do seu problema, podendo ser uma consulta eletiva (agenda para no máximo 15 dias), consulta para semana, consulta para o mesmo dia, orientações de saúde ou atividade programáticas (coleta de CP, atividades de grupo). As agendas para consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas são gerenciadas pelo acolhimento.

A estratégia do governo de priorizar a atenção básica com ampliação das Equipes de Saúde da Família e a implantação do acolhimento como uma decisão de gestão, mudou a forma de cuidar da saúde das pessoas, e as unidades básicas de saúde passaram a ser a porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, buscando subsídios para resolver a maior parte das condições de saúde/adoecimento. Hoje o desafio é legitimar a efetividade do acolhimento e da atenção básica junta à população criando espaços de conversa e trocas dentro de cada comunidade com o objetivo de dar voz ao usuário, fazendo com que ele se sinta parte desse novo modo de agir e pensar em saúde.

Com esta estratégia de humanização, o acolhimento será implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de Amparo do São Francisco, sejam elas da Estratégia de Saúde da Família ou do modelo tradicional.

13. POLÍTICA INTERSETORIAIS

13.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS SOCIAIS

As políticas sociais compõem um conjunto de programas e ações que implicam em oferta de bens e serviços com o objetivo de atender as necessidades e os direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas de vida da população e que se sintetizam em dois grandes eixos constitutivos da proteção e da promoção social, mas que implicam em proteção, prevenção, promoção e inserção ou inclusão.

A estruturação da rede de proteção social no Brasil dependeu, inicialmente, da estabilização da economia, com o fim da inflação que prejudicava especialmente os mais pobres e ao longo do tempo alcançou um novo patamar de combate à exclusão social, atacando as fontes geradoras da miséria. O mais recente relatório do PNUD (Programas das Nações Unidas para o Desenvolvimento) sobre a evolução do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), relativo a 2012, confirma que a transformação brasileira começou em 1994, “quando o governo implementou reformas macroeconômicas para controlar a hiperinflação, com o Plano Real, e concluiu a liberalização do comércio, que começou em 1988, com a redução de tarifas e o fim de restrições comerciais”.

A partir da Constituição de 1988 se definiram novos marcos para as políticas sociais no Brasil. Ao se estabelecer que nenhum benefício poderia ser menor que um salário mínimo, o antigo FUNRURAL se modificou e ampliou através da Lei 9032/1995), que regulamentou a aposentadoria plena no campo. A LOAS/Lei Orgânica de Assistência Social (lei 8742/1993) firmou a assistência social como um “direito do cidadão e dever do Estado”. A regulamentação de fundos de financiamento para os programas governamentais foi decisiva no processo de combate à pobreza. O Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), instituído pela LOAS (Lei 8.742/1993, assegurou os benefícios sociais aos idosos e pessoas com deficiência.

Na educação básica, fonte estável de recursos se estabeleceu com o FUNDEF 14/1996, regulamentado pela Lei 9.424/1996.

Na saúde, o FNS, tornou financeiramente viável o SUS (Sistema Único de Saúde). Em 2000 surgiu o Fundo Nacional de Combate e Erradicação da Pobreza beneficiando famílias abaixo da linha de pobreza. Mais que recursos, porém, uma nova articulação com a sociedade civil se erigiu em 1995 através do Programa Comunidade Solidária que concatenou e priorizou um conjunto de 20 programas, executados por nove ministérios (Agricultura, Educação, Esportes, Fazenda, Justiça, Planejamento e Orçamento,

Previdência e Assistência Social, Saúde e Trabalho). A sinergia das ações governamentais, o foco de trabalho e o apoio da sociedade permitiram modificar o conteúdo e o caráter das políticas sociais no Brasil.

Ao final de 2002, cerca de 6,5 milhões de famílias estavam sendo atendidas nos programas de transferência de renda no País. Outros 6,5 milhões de trabalhadores rurais estavam beneficiados com aposentadoria plena. Cerca de 1,5 milhão de pessoas idosas ou com deficiência recebiam seu benefício continuado de um salário mínimo.

Consequência: entre 1994 e 2001, a participação dos gastos sociais no orçamento federal passou de 23% para 28,3%, significando um expressivo ganho real, fazendo com que os dispêndios na área social atingissem 3% do PIB nacional.

Nos anos 90 e início dos anos 2000 surgiram vários programas que ajudaram a estruturar a rede de proteção e promoção social no Brasil, entre eles o Bolsa Alimentação, o Bolsa Escola, o Garantia de Renda Mínima, o Auxílio-Gás, o Projeto Alvorada que reforçou e integrou 17 ações governamentais – nas áreas de educação, saúde, saneamento, emprego e renda – com foco regionalizado nos municípios com IDH abaixo de 0,50. Foram inicialmente selecionados 1796 municípios, que passaram a receber recursos para o desenvolvimento de ações integradas no combate à exclusão social.

Em 2001 iniciou a unificação dos cadastros dos Programas Bolsa Escola e Bolsa Alimentação através do Cadastro Único dos Programas Sociais. O Programa Bolsa Renda (MP 2.203/2001), regulamentado pela Lei 10.458/2002), tornou-se o mais emblemático da modernização das políticas sociais no Brasil, levando o governo a atuar por meio da transferência direta de renda monetária às famílias.

No ano de 2002, foi instituído o “Cartão do Cidadão”, em forma magnética, permitindo às pessoas beneficiárias receberem seu auxílio financeiro diretamente da Caixa Econômica Federal. Representou o golpe da morte na política social clientelista do Brasil e, em 2004, o governo federal criou o Bolsa Família, unificando os quatro programas: Bolsa Escola, Bolsa Família, Auxílio Gás e as transferências do PETI, implantando definitivamente, o Cadastro Único dos programas sociais do governo federal, e mantendo a diretriz da transferência de renda.

Em 2005 foi criado o Projovem, que reestruturado em 2008 gerou o Projovem Urbano, Projovem Adolescente, Projovem Trabalhador e Projovem Campo Saberes da Terra e, foi criado o FUNDEB que sucedeu e ampliou o FUNDEF em 2006 e, já no ano de 2009 foi lançado o Minha Casa, Minha Vida.

O ano de 2011 foram criados diversos programas como o Rede Cegonha com o objetivo de ampliar a rede de assistência destinada às gestantes e aos bebês para reduzir a mortalidade infantil e materna; o “ProUni do Ensino Técnico”, o Pronatec (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego) que foi lançado para dar bolsas de estudo a alunos e trabalhadores que queiram fazer cursos técnicos e profissionalizantes e o Brasil sem Miséria, como complemento do Bolsa Família visando erradicar a pobreza extrema no Brasil através da garantia de renda, garantia do acesso aos serviços e inclusão produtiva.

Hoje o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) é um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país, afim de incluí-las nos programas sociais do Governo Federal como o Bolsa Família, Projovem Adolescente/Agente Jovem, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), Tarifa Social de Energia Elétrica e outros. Além disso, o CadÚnico também é utilizado para conceder a isenção de pagamento de taxa de inscrição em concursos públicos realizados no âmbito do Poder Executivo Federal.

Essa retrospectiva torna claro que a rede de proteção social no Brasil tem se consolidado e ampliado nos últimos anos, seja pela criação de programas em diferentes governos, seja pela modernização e avanços na normatização das políticas sociais bem como pela ampliação dos recursos investidos pelos diferentes entes federados, pela participação da sociedade em Conferências de diferentes níveis governamentais e em Conselhos integrados por representantes da sociedade civil e dos governos, com atribuições consultivas e deliberativas sobre programas e ações desenvolvidas no campo das políticas sociais.

13.2. PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

Políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o Programa Saúde na Escola. OPSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.

14. AÇÕES E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

14.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / ATENÇÃO BÁSICA

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006).

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde.

A Atenção Primária diferencia-se da secundária e da terciária por diversos aspectos, dentre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. São princípios da APS: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação. São princípios derivados dos anteriores o enfoque na pessoa (não na doença) e na família, valorização dos aspectos culturais, a orientação para a comunidade.

A qualificação da APS em Amparo do São Francisco é através da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

14.2. ACOLHIMENTO NAS UBS

Objetivando mudar essa realidade a Coordenação da Atenção Básica junto a Responsabilidade Técnica de Enfermagem elaborou os Protocolos de Enfermagem do Município de Amparo do São Francisco que propõe mudança no processo de trabalho das equipes de saúde da família e das UBS tradicionais, trazendo o acolhimento como ferramenta para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, humanizar o atendimento e fomentar a formação de vínculo.

Objetivo Geral desta ação é implantar o acolhimento em todas as equipes de ESF e UBS tradicionais do município de Amparo do São Francisco. Tem como objetivos específicos criar a cultura do atendimento sempre; valorizar usuário e suas demandas; fortalecer o vínculo equipe de saúde-usuário; aumentar a resolutividade do serviço de

saúde; legitimizar o papel e importância de cada profissional de saúde dentro de suas especificidades; acabar com as filas para agendamento de consultas.

A Justificativa para esta ação é que a Estratégia Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia para reorganização da atenção básica e impulsionadora da reorganização do processo de trabalho. Apesar das dificuldades encontradas na organização dos serviços de saúde e processos de trabalho em saúde, estudos mostram que a implantação do acolhimento à demanda espontânea fortalece o vínculo entre a equipe e a comunidade, legitima os diferentes saberes, favorece a humanização do atendimento.

14.3. SAÚDE BUCAL

A Atenção à Saúde bucal na Atenção Básica está sendo estruturada para fazer parte das Equipes de Saúde da Família. Atualmente a atenção odontológica é desenvolvida por 01 Equipe de Saúde Bucal. Nesta ação pretende-se além da atenção básica em odontologia, fortalecer as ações que vêm sendo desenvolvidas em conjunto com a Secretaria de Educação com foco na escovação supervisionada e atendimento dos escolares.

14.4. NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde criou este dispositivo assistencial para apoiar as equipes de Saúde da Família potencializando as ações desenvolvidas e trabalhando com o matriciamento do cuidado nas diversas ações desenvolvidas, especialmente aquelas de maior relevância epidemiológica.

14.5. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS

O município possui um convênio com Cedro de São João para disponibilizar o serviço do Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, que atende seus usuários diariamente (segunda a sexta), nos dois turnos, promovendo além de atendimento clínico e ambulatorial, oficinas a seus usuários. O corpo técnico é constituído por diversos profissionais.

14.6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As diretrizes da Vigilância são claras diante dos Manuais do Ministério da Saúde – série PACTOS pela saúde 2006, vol. 13: “a vigilância em saúde detém conhecimentos e metodologias que auxiliam na identificação de problemas, estabelecimentos de

prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para elaboração do planejamento”.

A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população por intermédio de indicadores - universais.

Com o cenário de determinantes da população, procura-se assegurar a saúde condicionada pelos fatores, entre outros, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, expressos na Lei 8.080/90, art. 3º.

Para tanto se necessita de uma organização na administração destes processos, sendo os governos municipais, em todas as suas esferas, diretamente responsáveis pela análise dos determinantes, visando à melhoria e continuidade de planos de saúde embasados na realidade da população, transparência da situação e descoberta das soluções efetivas para a saúde da população. Colaborando na efetivação das competências estaduais e federais, além do planejamento e coordenação das ações, o financiamento, a ornamentação, a administração e o controle dos recursos financeiros, a avaliação e a fiscalização sobre as ações e os serviços de saúde, a elaboração de normas atinentes à saúde, a organização e coordenação dos sistemas de informação, a realização de estudos e pesquisas na área de saúde, a participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, a participação na formulação e execução das políticas de saneamento e meio ambiente com ênfase nas ações que repercutem sobre a saúde da população, já que estas atribuições são comuns aos três entes federados (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

A caracterização da população, das condições de vida, do perfil epidemiológico, descrevendo seus problemas possibilita a consistência de um planejamento com um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro. De forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente, as ações devem ser identificadas de modo a permitir que sejam executadas adequadamente, considerando aspectos como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes.

Para a efetivação das ações de vigilância em saúde necessita-se de um quadro de pessoal responsáveis pela vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Estando

a vigilância em saúde inserida cotidianamente em todos os níveis de atenção da saúde, a partir de ferramentas específicas, as equipes de saúde da atenção primária deve desenvolver habilidades de programação e planejamento, integrando os processos de trabalho de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde, sendo a educação permanente dos profissionais de saúde, controle social e movimentos populares, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância e promoção da saúde, sendo esta a diretriz fundamental para o alcançarmos o conceito de vigilância em saúde.

15. METAS E DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

EIXO 1: GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

DIRETRIZ 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, mediante a adequação do perfil das unidades de saúde da rede pública municipal.

Objetivo1: Ampliar o acesso e fortalecer a atenção básica, com ênfase na APS				
Metas	2022	2023	2024	2025
Adquirir ou locar ambulâncias	01	01	01	01
Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100%	100%	100%	100%
Ampliar a disponibilização de internet nas Unidades de Saúde, Postos de Saúde e Centros de Saúde	02	-	-	-
Ampliar cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	88%	89%	90%	92%
Ampliar o número de unidade de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	01	01	-	-
Aumentar a cobertura populacional pelas equipes de Saúde Bucal	100%	100%	100%	100%
Construir, reformar e/ou ampliar as Clínicas de Saúde da Família e/ou Unidades de Saúde da Família e/ou Postos de Saúde	02	02	01	-
Contratar empresa ou pessoa física especializada em serviço de buffet para auxílio nos eventos da atenção básica	01	01	01	01
Contratar empresa ou prestador de serviço para manutenção dos aparelhos de ar-condicionado	01	01	01	01
Contratar empresa ou prestador de serviço para realizar capacitações, cursos e treinamentos com os profissionais	01	01	01	01
Contratar empresa para manutenção dos equipamentos odontológicos e médico-hospitalar	01	01	01	01
Contratar empresa para recolher o lixo biológico	01	01	01	01
Contratar empresa que forneça equipamentos de impressão e recarga de cartuchos	01	01	01	01
Contratar profissionais médicos e/ou enfermeiros e/ou psicólogo e/ou assistente social e/ou fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista e/ou educador físico e/ou psicopedagogo e/ou oficineiro	12	12	12	12
Desenvolver ações estratégicas do NASF e ESF	06	06	06	06
Equipar com material permanente as Clínicas de Saúde da Família e as Unidades de Saúde, NASF e Secretaria	02	03	02	02
Fornecer camisas aos profissionais envolvidos nas campanhas de vacinas e eventos da atenção básica	100%	100%	100%	100%
Fornecer fardamento e protetor solar aos ACS e ACE	100%	100%	100%	100%
Garantir o acesso dos usuários ao CAPS de referência do município	100%	100%	100%	100%
Implantar o centro de especialidades para pessoa com deficiência	-	01	-	-
Implantar o laboratório de prótese dentária	01	-	-	-
Implantar o prontuário eletrônico através do sistema de gestão da saúde no município	100%	-	-	-
Implantar ou Implementar o serviço de almoxarifado informatizado	-	01	-	-
Implantar Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades de Saúde	01	01	01	01
Implementar o serviço móvel odontológico com ações de saúde	05	05	05	05
Locar veículos para transportar os profissionais para realizar atendimentos e auxiliar nos deslocamentos das unidades de saúde	01	01	01	01
Locar veículos para transportar os usuários do SUS para realizarem atendimento fora e dentro do município	01	01	01	01
Realizar ação coletiva de escovação dental supervisionada	02	02	02	02
Realizar ação estratégica para acolhimento da população LGBTQI	01	01	01	01
Realizar ações de saúde para o enfrentamento do coronavírus – COVID 19	04	04	04	04
Realizar ações do Programa Saúde na Escola	13	13	13	13
Realizar campanhas de conscientização, prevenção e do diagnóstico precoce de doenças com alta incidência de mortalidade entre homens e mulheres	02	02	02	02

Realizar manutenção de jardinagem nas unidades de saúde/secretaria	08	08	08	08
Realizar reparo e manutenção nos equipamentos das unidades de saúde	02	02	02	02
Realizar visitas ao CAPS de referência para monitoramento do serviço	03	03	03	03
Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	13%	15%	17%	20%
Reduzir internações por causas sensíveis à atenção básica	15%	20%	25%	30%
Objetivo 1.2: Organizar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito municipal para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.				
Metas	2022	2023	2024	2025
Alcançar a cobertura de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal	70%	80%	90%	100%
Aumentar o percentual de parto normal	70,9%	82%	86%	100%
Garantir o acesso a consulta e exames de pré-natal nas unidades de saúde	100%	100%	100%	100%
Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	90%	100%	100%	100%
Investigar os óbitos infantis e fetal	100%	100%	100%	100%
Investigar os óbitos maternos	100%	100%	100%	100%
Realizar capacitação com gestantes nas Unidades de Saúde	2	2	2	2
Realizar consulta odontológica nas gestantes do município	70%	80%	90%	100%
Realizar testes de HIV nas gestantes do município	70%	80%	90%	100%
Realizar testes de sífilis nas gestantes do município	70%	80%	90%	100%
Reduzir o número de casos de sífilis congênita em menores de um ano	0	0	0	0
Reduzir o número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0	0	0
Reduzir o número de óbitos infantis	1	0	0	0
Reduzir o número maternos	0	0	0	0
Reduzir os casos de infecções causadas pelo Aedes aegypti em gestantes	90%	93%	96%	100%
Tratar as gestantes com sífilis	100%	100%	100%	100%
Objetivo 1.3: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.				
Metas	2022	2023	2024	2025
Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,50	0,60	0,65	0,70
Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos, após dois exames consecutivos normais a cada intervalo de um ano	0,78	0,82	0,84	0,86
Objetivo 1.4: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde.				
Metas	2022	2023	2024	2025
Ampliar a assistência em Saúde Mental nas unidades de saúde	100%	100%	100%	100%
Conscientizar a equipe de saúde quanto a importância das ações de Saúde Mental	100%	-	-	-
Realizar ações de matriciamento com todas as modalidades de equipes de saúde em parceria com as secretarias de educação e assistência social	02	02	02	02
Objetivo 1.5: Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e da assistência.				
Metas	2022	2023	2024	2025
Implementar o programa HiperDia nas unidades de saúde	100%	-	-	-
Reduzir o número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	01	01	00	00

DIRETRIZ 2: Redução dos riscos e agravos a saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.1: Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde				
Metas	2022	2023	2024	2025
Adquirir ou Locar veículo para realização das ações de vigilância	01	01	01	01
Aferir a pressão arterial dos usuários com diagnósticos de Hipertensão Arterial Sistêmica	70%	80%	90%	100%
Ampliar a cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	80%	82%	83%	84%
Ampliar a proporção de análises realizada em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez.	50%	55%	60%	65%
Ampliar a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase	100%	100%	100%	100%
Aumentar a cobertura das vacinas selecionadas do calendário de vacinação para crianças menores de dois anos de idade – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada	100%	100%	100%	100%
Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	90%	91%	92%	93%
Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	80%	84%	88%	92%
Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95%	100%	100%	100%
Encerrar em até 60 dias a partir da data da notificação as doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN)	85%	87%	89%	91%
Garantir a cobertura vacinal antirrábica dos cães	80%	82%	84%	86%
Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	100%	100%	100%	100%
Implantar o serviço de tratamento de água no município	-	01	-	-
Implementar o serviço de vigilância e atenção às violências	100%	-	-	-
Manter a taxa de prevalência anual de hanseníase abaixo de 1/10.000	1	1	1	1
Monitorar o estado nutricional das crianças e adolescentes	100%	100%	100%	100%
Monitorar o estado nutricional das gestantes	100%	100%	100%	100%
Preencher as notificações de agravos do campo “ocupação” nos casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	95%	96%	97%	98%
Realizar ação de combate aos vetores com o carro fumacê	02	02	02	02
Realizar ações de controle das zoonoses	02	02	02	02
Realizar ações de educação em saúde para prevenção da obesidade infantil	02	02	02	02
Realizar ações de prevenção da esquistossomose	02	02	02	02
Realizar campanha de combate as drogas	01	01	01	01
Realizar campanhas de vacinação	02	02	02	02
Realizar campanhas de vigilância em saúde	02	02	02	02
Realizar ciclos com percentual mínimo de 80% dos imóveis visitados para controle da dengue	6	6	6	6
Realizar inspeções sanitárias nos estabelecimentos municipais de produção, comercialização e consumo de alimentos para evitar exposição da saúde a risco	100%	100%	100%	100%
Realizar levantamento epidemiológico dos usuários para identificar casos de glaucoma	01	01	01	01
Reduzir o índice de obesidade infantil	10%	20%	30%	40%
Solicitar e Avaliar exame Hemoglobina Glicada nos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus	70%	80%	90%	100%

DIRETRIZ 3: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS

Objetivo 3.1: Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica				
Metas	2022	2023	2024	2025
Aquisição de medicamento do RENAME	80%	82%	84%	86%
Estruturar a farmácia da atenção básica e a central de armazenamento	100%	-	100%	-
Implantar o Programa Farmácia Viva	01	-	-	-
Implementar sistema HORUS	100%	-	-	-
Realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos	01	01	01	01

DIRETRIZ 4: Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS

Objetivo 4.1: Implementar e qualificar a assistência laboratorial potencializando a capacidade de resposta da rede municipal de atenção à saúde.				
Metas	2022	2023	2024	2025
Ampliar a oferta do teste rápido de HIV, sífilis, Hep. B e C nas unidades básicas de saúde	100%	-	-	-
Realizar teste de triagem (teste do pezinho) nas unidades de saúde	100%	-	-	-

EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS

DIRETRIZ 5: Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Objetivo 5.1: Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS				
Metas	2022	2023	2024	2025
Ampliar o percentual de trabalhadores que atendam ao SUS com vínculos empregatício estatutário	30%	35%	40%	45%
Contratar empresa de consultoria em Gestão de Saúde Pública	01	01	01	01
Elaborar o Plano Municipal de Cargos, Carreiras e Salários dos Trabalhadores do SUS	01	-	-	-
Implantar Núcleo de Educação Permanente	01	-	-	-
Implantar Política Municipal da Saúde do Trabalhador	01	-	-	-
Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	04	04	04	04
Qualificar os profissionais da Saúde da Família nas redes de atenção	100%	-	-	-

DIRETRIZ 6: Potencialização da Participação e Controle Social

Objetivo 6.1: Estimular vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, educadores populares com o SUS				
Metas	2022	2023	2024	2025
Ampliar o percentual de conselhos de saúde cadastrados no SIACS	100%	-	100%	-
Capacitar novos conselheiros	100%	-	-	-
Enviar Plano de Saúde ao Conselho de Saúde	-	-	-	01
Equipar o Conselho Municipal de Saúde	01	-	-	-
Realizar ações que estimule o interesse e a participação social da comunidade das questões de saúde em conjunto com os profissionais de saúde	01	01	01	01
Realizar conferência de saúde	01	-	-	-

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde, instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, refere-se a um período de governo de 04 anos (2022-2024) e constitui um documento formal da política de saúde do município.

A formulação e o encaminhamento do Plano de Saúde dão de competência exclusiva do Gestor, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgarem necessárias.

O resultado final a ser alcançado dependerá do conjunto de determinantes da saúde dentro da conjuntura política econômica. E o desenvolvimento desse conjunto de ações estabelecidas deverá garantir o alcance das metas para a melhoria da saúde da população.

As programações anuais de saúde deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento do serviço de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

Ressaltamos, ainda, que o debate constante deste plano e seus ajustes anuais, possam produzir vida a este documento e torná-lo um instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado à luz das mudanças da realidade e na implantação do Decreto nº 7.508 e na efetivação da Lei Federal Complementar nº 141/2012, que enfatizam o planejamento de âmbito regional.

Após a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse Plano substituirá o Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

REFERÊNCIA BOBLIOGRÁFICA

BRASIL, Fundo Nacional de Saúde. **Portal FNS**. Disponível em:

<<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>>. Acesso em: 14 de setembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**.

Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>.

Acesso em: 14 de setembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012 – 2015**.

Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 14 de setembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes**. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal DataSUS**. Sistema de Informações de

Mortalidade. Disponível em: <[http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-](http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade)

[aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade](http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade)>. Acesso em: 14 de setembro 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal DataSUS**. Sistema de Informações sobre

Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: 14 de setembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal DataSUS**. Sistema de Informações Hospitalares.

Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>>.

Acesso em: 14 de setembro de 2019.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a**

serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS – Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, p. 5, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. O Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=280110&search=||infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>>. Acesso em: 14 de setembro 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília: OMS; 2003.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO BRASIL. **Portal Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>. Acesso em: 14 de setembro de 2019.

SARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília – UNESCO, Ministério da Saúde, 1994 (726p).

SINCLAIR, D. et al. **Riding the third rail: the story of Ontario's health services restructuring commission, 1996- 2000.** Montreal, The Institute for Research on Public Policy, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde.** In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.