



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRACCHO CARDOSO 2022-2025

**GRACCHO CARDOSO
2022**

JOSÉ ARAKEM ARAGÃO
PREFEITO

ERILIO JOAQUIM DOS SANTOS
VICE-PREFEITO

JOSÉ ADEILSON DOS SANTOS
SECRETÁRIO DE SAÚDE

MARCOS DOS SANTOS
PRESIDENTE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

**JOSÉ ADEILSON DOS SANTOS
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**MANOELA FERREIRA SANTOS
COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA**

**CRISLEY LOURRANE ARAGÃO SANTOS
COORDENADORA DA SAÚDE BUCAL**

**MIRIUN MIGUEL ARAGÃO NUNES
COORDENADOR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**IZABELA MORAES ARAGÃO
COORDENADORA DO NASF**

**ISIS JULIANA SANTOS GARCIA
COORDENADORA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**MARIA CLEUDINAR DE ARAGÃO SANTOS
COORDENADORA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**JOÃO FÁBIO RODRIGUES DE ARAGÃO
COORDENADOR DE ENDEMIAS**

**THAIS DOS SANTOS SILVA
COORDENADORA DA IMUNIZAÇÃO**

**ANDERSON SOARES REIS DE ALMEIDA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**TACIANNE PADILIA FERREIRA FARIAS
COORDENADORA DO CENTRO COVID-19**

**MARCOS DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

I – Representantes do Segmento Usuários / Sindicato dos trabalhadores Rurais:

Edjalma Marques da Silva – **TITULAR**
Mirle Clécia da Silva Aragão - **SUPLENTE**

II – Representantes do Segmento Usuários Associação de Moradores:

Valdinalson Cardoso dos Santos – **TITULAR**
Érica Regina dos Santos – **SUPLENTE**

III – Representantes do Segmento Usuários Entidades Religiosas:

Ângela Maria Arimateia Rosa - **TITULAR**
Viviane Amorim de Santana Aragão - **SUPLENTE**

IV – Representantes do Segmento Usuários Associação de Produtores:

Maria José dos Santos Souza – **TITULAR**
Rosenilde Ferreira dos Santos – **SUPLENTE**

V – Representante Segmento Trabalhadores da Saúde – Nível Superior

Crisley Lourrane Aragão Santos – **TITULAR**
Naíza Rodrigues Alves – **SUPLENTE**

VI – Representante Segmento Trabalhadores da Saúde – Nível Médio

Manoel Sérgio de Andrade – **TITULAR**
Clesia Aragão – **SUPLENTE**

VII – Representantes do Segmento Gestor / Prestador

José Adeilson dos Santos - **TITULAR**
Pedro de Castro Neri Junior - **SUPLENTE**
Marcos dos Santos - **TITULAR**
Wellington Gomes Lima Filho – **SUPLENTE**

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	7
2. Aspectos Históricos	7
2.1. Formação Administrativa.....	8
3. Objetivo Geral.....	8
4. Objetivos Específicos.....	8
5. Determinantes e Condicionantes da Saúde	9
5.1 Panorama Demográfico	10
5.2. Pirâmide Populacional	10
5.3. Estratificação da População.....	11
6. Estrutura Organizacional.....	11
a) Rede Física Instalada.....	11
b) Recursos Humanos	12
c) Apoio Diagnóstico e Terapêutico (atendimentos ambulatoriais).....	13
d) Regulação	13
6.1. Perfil de Morbimortalidade.....	13
a) Mortalidade.....	13
b) Morbidade Hospitalar.....	15
7. Assistência à Saúde.....	16
7.1. Especialidades atendidas no município.....	17
7.2. Cobertura Vacinal	17
8. Recursos Financeiros.....	17
9. Controle Social.....	22
10. Acesso às Ações e Serviços de Saúde	23
a. Modelos de Atenção à Saúde.....	23
b. Modelo de Atenção às Condições Agudas.....	23
c. Componentes de uma Rede de Atenção à Saúde.....	25
d. Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC.....	28
11. Processo de Gestão	30
12. Políticas Intersetoriais.....	32
13. Ações e acesso ao Serviço de Saúde.....	35
14. Metas e Diretrizes do Plano Municipal de Saúde	39
15. Considerações Finais	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Município: Graccho Cardoso

Estado: Sergipe

Data de Criação: 30 de abril de 1958.

População 2021: 5.831 habitantes

Extensão Territorial: 242,679 km²

Densidade Demográfica: 23,32

hab/km²

Região Administrativa do Estado: Sertão Sergipano

Limites do Território: Aquidabã, Itabi, Gararu, Cumbe, Nossa Senhora da Glória e Feira Nova.

Prefeito Municipal: José Arakém Aragão

Secretário Municipal de Saúde: José Adeilson dos Santos

Endereço da Prefeitura:

- Rua da Glória, s/n, Centro, Graccho Cardoso/SECEP: 49860-000

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde:

- Praça Manoel Henrique de Santana, 56, Centro, Graccho Cardoso / SE
- CEP: 49860-000

Regional de Saúde: Nossa Senhora da Glória/SE

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

- **Secretaria Municipal de Saúde**

Praça Manoel Henrique de Santana, 56, Centro

CEP: 49860-000

CNES: 6285279

- **Clínica de Saúde da Família Nossa Senhora da Piedade**

Rua da Glória, s/n, Centro

CEP: 49860-000

CNES: 2612224

- **Posto de Saúde Povoado Quintas**

Povoado Quintas, Z. Rural

CEP: 49860-000

CNES: 6326765

- **Academia de Saúde Elenaldo Aragão**

Rua da Glória, s/n, Centro

CEP: 49860-000

CNES: 7561083

- **Posto de Saúde Povoado Queimadas**

Povoado Queimadas, Z. Rural

CEP: 49860-000

CNES: 2612240

- **Posto de Saúde Povoado Guedes**

Povoado Guedes, Z. Rural

CEP: 49860-000

CNES: 2612

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Graccho Cardoso/SE, objetiva apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para os anos de 2022 a 2025, 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, metas 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 intersectorialidade 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 estarem afinadas com as necessidades da comunidade.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS

Em 1776 os irmãos Luiz de França e Manoel Cristóvão desbravaram e se estabeleceram com criatório de gado numa área denominada Moita do Tamanduá devido a abundância do animal no local onde se ergue a cidade, daí, seu nome antigo de Tamanduá.

Alguns anos mais tarde Justino Vieira dos Santos, filho de Luís de França, construiu casa para residir com sua esposa, no que foi seguido por parentes e outras pessoas.

Em 1876 o local contava com vinte moradias, uma escola primária e uma casade oração construída no lugar denominado Cruz do Agostinho. No começo do século, o povoado possuía alguns estabelecimentos comerciais e uma feira incipiente aos domingos.

Em 1925 foi demolida a capela e ao seu lado ergueu-se uma igreja que continuou sob a invocação de Nossa Senhora da Piedade.

2.1. Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Tamanduá, pelo Decreto-lei Estadual n.º 533, de 07-12-1944, que revogou o de n.º 377, de 31-12-1943, subordinado ao município de Aquidabã.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o distrito de Tamanduá, figura no município de Aquidabã.

Elevado à categoria de vila com a denominação de Tamanduá, pela Lei Estadual n.º 525-A, de 25-11-1953, desmembrado de Aquidabã. Sede no antigo distrito de Tamanduá. Constituído do distrito sede. Instalado em 06-02-1955. Em divisão territorial datada de 1-VII-1955, o município é constituído do distrito-sede.

Pela Lei Estadual n.º 897, de 30-04-1958, o município de Tamanduá passou a denominar-se Graccho Cardoso.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município Graccho Cardoso (ex-Tamanduá) é constituído do distrito-sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2020.

3. 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.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar situação de saúde do município através de análise situacional e

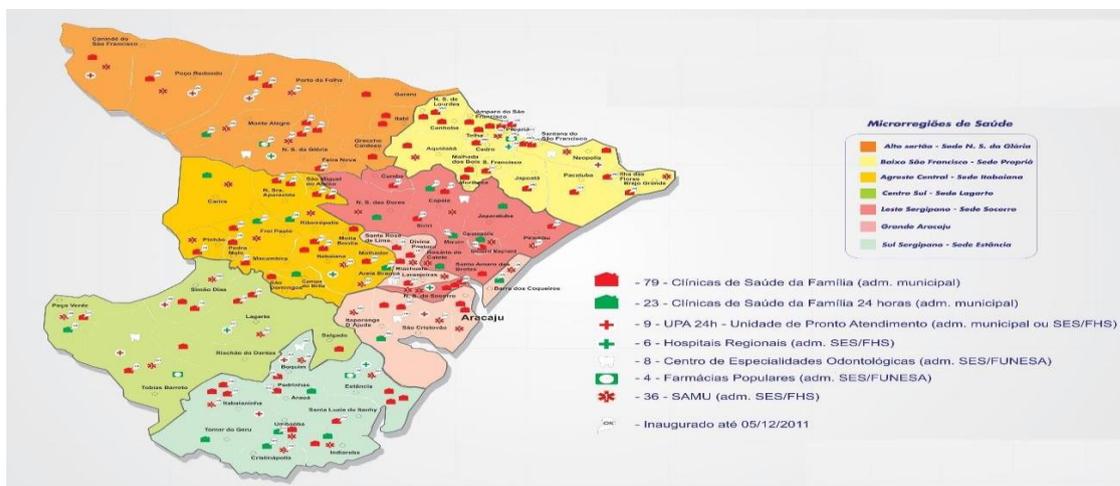
epidemiológica;

- i. Promover a saúde e prevenir as doenças, outros agravos e riscos à população;
- ii. Aperfeiçoar o acesso integral a ações e serviços de qualidade de forma oportuna no Sistema Único de Saúde/SUS;
- iii. Qualificar a gestão para potencializar os resultados da promoção, da prevenção e da atenção em saúde;
- iv. 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;
- v. Prevenir e reduzir os riscos para a saúde individual e do ambiente em geral;
- vi. Promover estilos de vida saudáveis;
- vii. Garantir serviços de alta qualidade de saúde que são eficientes e acessíveis;
- viii. Reduzir as desigualdades sociais;
- ix. Fornecer informações de saúde para ajudar tomar decisões informadas; e
- x. Acompanhar a execução das ações propostas de forma sistemática e contínua.

5. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

O município está situado à região Sertão do Estado e faz parte da Região de Saúde que tem como polo o município de Nossa Senhora da Glória situado a cerca de 28,4 km onde está localizado o Hospital Regional Governador João Alves Filho que é a primeira referência do município para urgências e emergências. 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, Sergipe, 2021.



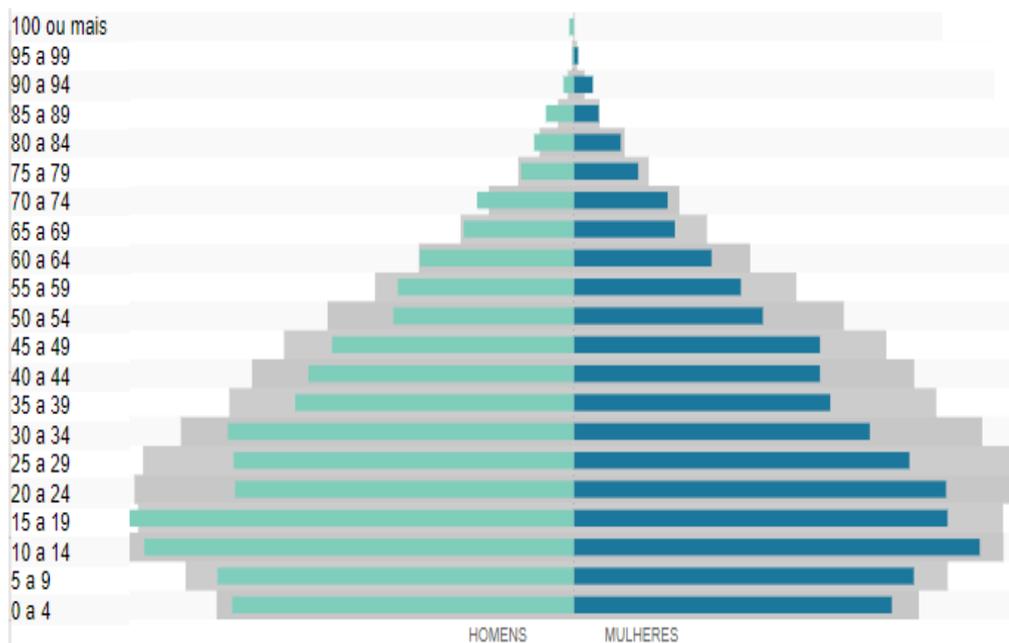
Fonte: Plano Estadual de Saúde de Sergipe. Sergipe, 2016

De acordo com os dados dos Atlas IDHM do ano de 2010 no Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, Graccho Cardoso possui o IDHM é de 0,577 considerado baixo (IDH Renda: 0,729; IDH Longevidade: 0,562; IDH Educação: 0,468

5.1. 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 Graccho Cardoso com uma população de 5.645 habitantes. Em 2021 a população estimada para o município foi de 5.831 habitantes, mas sem estratificação populacional.

5.2. Pirâmide Populacional



5.3. Estratificação da População

Tabela 1. Distribuição da População por área de residência segundo CENSO 2010. Graccho Cardoso, 2021.

POPULAÇÃO CENSO 2010	QUANTIDADE	%
RURAL	2.942	52,13%
URBANA	2.703	47,87%
TOTAL	5.645	100,00%

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 de 2016-2020. Graccho Cardoso, 2021.

ENSINO	ANO				
	2016	2017	2018	2019	2020
INFANTIL	175	161	186	169	174
FUNDAMENTAL	979	964	955	928	854
MÉDIO	195	157	162	168	214

Fonte: IBGE, 2021.

Em análise histórica a partir de 2016 a 2020, percebemos um declínio desde 2016. 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.

6. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

a) REDE FÍSICA INSTALADA

Tabela 3. Tipo de Estabelecimento por tipo de prestador. Graccho Cardoso, 2021.

Tipo de Estabelecimento	Público	Total
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	01	01
SECRETARIA DE SAÚDE	01	01
POSTOS DE SAÚDE	05	05
ACADEMIA DA SAUDE	01	01
TOTAL	08	08

Fonte: CNES/DATASUS, 2021.

b) RECURSOS HUMANOS

Tabela 4. Profissionais de acordo com a natureza do vínculo. Graccho Cardoso, 2021.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	
TIPO	TOTAL
CONTRATO POR EXPCIONALIDADE	01
COMISSIONADO	06
ESTATUTÁRIO	85

Fonte: Folha de pagamento outubro de 2021.

Tabela 5. Relação de ocupação. Graccho Cardoso, 2021.

OCUPAÇÃO EM GERAL
Administrador
Agente Comunitário de Saúde
Agente de Combate as Endemias
Agente de Saúde Pública
Assistente Administrativo
Assistente Social
Auxiliar de Enfermagem
Auxiliar de Enfermagem / ESF
Auxiliar de Saúde Bucal / ESF
Cirurgião Dentista / ESF
Digitador
Enfermeiro
Enfermeiro / ESF
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Gerente
Médico / ESF
Médico Clínico
Nutricionista
Psicólogo Clínico
Técnico de Enfermagem
Trabalhador de Serviços de Limpeza
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.

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. Na área de obstetrícia, a regulação é feita pela regulação Estadual. A ausência de alguns serviços no município deixa a regulação vinculada aos serviços de referência.

6.1. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

a) MORTALIDADE

No ano de 2020 tivemos o registro consolidado de 42 óbitos, sendo as cinco principais causas de óbitos no município a seguir: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, sintomas e sinais e achados anormais e causas externa de morbidade e mortalidade.

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 por Grupo de Causa. Graccho Cardoso/SE, 2018-2020.

Causa (CID 10 CAP)	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	00	01	03
II. Neoplasias (tumores)	05	08	09
III. Doenças sangue	00	02	00
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	04	04	02
V. Transtorno mentais	01	00	01
VI. Doenças do sistema nervoso	01	02	01
IX. Doenças do aparelho circulatório	13	10	08
X. Doenças do aparelho respiratório	07	02	02
XI. Doenças do aparelho digestivo	02	02	03
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	03	00	00
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	00	01	00
XV. Gravidez, parto e puerpério	00	00	00
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	01	00	00
XVII. Malformações congênitas	00	01	01
XVIII. Sint. Sinais e achad anorm. Ex clín. e laborat	07	12	06
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	05	01	06
TOTAL	49	46	42

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

Analisando o processo histórico entre 2018 e 2020, observamos na tabela acima uma diminuição gradativa nos últimos anos a cerca do índice de mortalidade em nosso município.

Dentre o número de óbitos, a mortalidade infantil em 2020 foi de 01 óbito. 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.

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.

b) MORBIDADE HOSPITALAR

Tabela 7. Internações de residentes por Grupos de Causa. Graccho Cardoso/SE, 2020.

Capítulo CID-10	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	09	35	11
II. Neoplasias (tumores)	14	17	12
III. Doenças do sangue	00	08	08
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	03	03	05
V. Transtornos mentais e comportamentais	05	03	02
VI. Doenças do sistema nervoso	00	01	00
VII. Doenças dos olhos e anexo	00	02	00
VIII. Doenças do ouvido e apófise mastoide	00	00	00
IX. Doenças do aparelho circulatório	18	17	15
X. Doenças do aparelho respiratório	11	19	06
XI. Doenças do aparelho digestivo	12	14	25
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	03	02	02
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	00	02	02
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	09	14	17
XV. Gravidez parto e puerpério	57	60	69
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	06	05	03
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	01	01	02
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín. e laborat	03	03	05
XIX. Lesões enven e alg out conseq. causas externas	24	16	17
XXI. Contatos com serviços de saúde	06	01	13
Total	181	223	214

Fonte: Ministério da Saúde-Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH/SUS), 2021.

Percebe-se que principais grupos de causas, excluindo o XV, são: em 2018 foi as

lesões por envenenamento em 2019 algumas doenças infecciosas e parasitárias e em 2020 as doenças do aparelho digestivo.

C) ASSISTÊNCIA À 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. 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 oncótica, 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 de 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.

A assistência a saúde dos munícipes é constituída, além das equipes da estratégia saúde da família, por 02 Equipes de Saúde Bucal, as quais realizam atividades em conjunto com as equipes da estratégia saúde da família. O município também possui implantado 01 Polo da Academia da Saúde.

7.1. Especialidades atendidas no município

- Clínica Médica
- Enfermagem
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Serviço Social

7.2. Cobertura Vacinal

A cobertura é caracterizada por todos os imunobiológicos disponíveis na rede municipal do SUS para serem administrados em todas as faixas etárias e grupo populacional.

Abaixo apresentamos a cobertura vacinal dos munícipes de Graccho Cardoso no processo histórico de 2018 a 2021. Nota-se nesses dados que 2019 apresentou o melhor índice.

COBERTURA	ANO			
	2018	2019	2020	2021
	84,34	90,78	84,48	39,11

8. RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão, ou seja, de responsabilidade do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal. A Lei Complementar 141/2012 que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 5º (União), 6º (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 Graccho Cardoso recebeu R\$ 3.036.602,23 em repasses do Ministério da Saúde distribuído por blocos descritos abaixo:

Tabela 8. Demonstrativo de repasse por bloco do ano de 2020. Graccho Cardoso, 2021.

BLOCO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
Custeio	R\$ 2.975.338,23	R\$ 0,00	R\$ 2.975.338,23
Investimento	R\$ 61.264,00	R\$ 0,00	R\$ 61.264,00
Total Geral	R\$ 3.036.602,23	R\$ 0,00	R\$ 3.036.602,23

Fonte: FNS, 2021.

Tabela 9. Percentual da receita própria aplicada em saúde por ano e bimestre no município. Graccho Cardoso, 2018-2020.

BIMESTRE	ANO		
	2018	2019	2020
6º BIMESTRE	18,07%	18,45%	23,11%

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 141/201

Tabela 10. Despesas com Saúde de Graccho Cardoso, 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)	2.331.900,00	2.602.180,64	2.559.895,91	98,38	2.558.995,91	98,34	2.502.741,26	96,18	900,00
Despesas Correntes	2.223.400,00	2.135.626,60	2.094.291,88	98,06	2.093.391,88	98,02	2.037.137,23	95,39	900,00
Despesas de Capital	108.500,00	466.554,04	465.604,03	99,80	465.604,03	99,80	465.604,03	99,80	0,00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (V)	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
SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (VI)	234.000,00	154.874,90	151.613,59	97,89	151.613,59	97,89	151.613,59	97,89	0,00
Despesas Correntes	234.000,00	154.874,90	151.613,59	97,89	151.613,59	97,89	151.613,59	97,89	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)	9.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	8.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VIII)	8.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	7.100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	1.100,00	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	7.600,00	33.656,00	33.656,00	100,00	33.656,00	100,00	33.656,00	100,00	0,00

(X)									
Despesas Correntes	600,00	33.656,00	33.656,00	100,00	33.656,00	100,00	33.656,00	100,00	0,00
Despesas de Capital	7.000,00	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)	2.590.700,00	2.790.711,54	2.745.165,50	98,37	2.744.265,50	98,34	2.688.010,85	96,32	900,00

Fonte: SIOPS, 2021.

Ao apurar as receitas totais de impostos e transferências legais no valor de R\$ 11.872.696,29 e as despesas de recursos próprios no valor de R\$ 2.744.265,50 temos um percentual apurado de 23,11%, considerado regular para fins de apuração dos limites legais.

Tabela 11. Indicadores Financeiros de Graccho Cardoso, 2020.

INDICADORES FINANCEIROS	
Participação % da receita de impostos na receita total do Município	2,43%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	96,85%
Participação % das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	13,95%
Participação % das transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	95,67%
Participação % das transferências da União para a Saúde (SUS) no total de transferências da União para o Município	20,91%
Participação da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais legais na Receita Total do Município	51,83%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante	R\$ 1.001,80
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	37,60%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	5,42%
Participação % da despesa com serviços de terceiros-pessoa jurídica na despesa total com Saúde	16,66%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	14,37%
Participação das transferências para a Saúde em Relação à despesa total do Município com saúde	53,12%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	23,11%

Fonte: SIOPS, 2021.

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.

9. 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, o SUS passou a ser imprescindível.

O município dispõe da Lei nº 33 de 30 de dezembro de 1995 que trata do Conselho Municipal e dá outras providências. 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, avaliar a 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.

10. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Modelo assistencial é tido como o modo em que as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais são organizadas, em uma dada sociedade. É a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Os modelos assistenciais são diferentes combinações tecnológicas com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita, organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.

a. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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) descreve o 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 subpopulações 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”.

b. 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).

c. COMPONENTES DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

• 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).

• ESTRUTURA OPERACIONAL

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.

- **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 contrafluxos 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).

- **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).

- **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).

- **OS SISTEMAS LOGÍSTICOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contrafluxos 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).

- **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).

d. 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 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).

11. PROCESSO DE GESTÃO

▪ 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.

▪ 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 Graccho Cardoso 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.

▪ 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 de sensibilização 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 Graccho Cardoso, sejam elas da Estratégia de Saúde da Família ou do modelo tradicional.

12. POLÍTICA INTERSETORIAIS

▪ 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 IDHabaixo 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, a fim 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.

▪ 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.

13. AÇÕES E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

▪ 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 a 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 Graccho Cardoso é através da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

▪ 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 Graccho Cardoso 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 ESFe UBS tradicionais do município de Graccho Cardoso. 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; legitimar 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.

▪ SAÚDE BUCAL

De acordo com o Ministério da Saúde a Equipe de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das eSB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

Atualmente a atenção odontológica no município é desenvolvida por 02 Equipes 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, executadas no Programa Saúde na Escola.

▪ NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Esta estratégia está regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 2, os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde.

Atua de forma integrada possibilitando a realização de discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

▪ ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde.

▪ 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 federado.

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.

1. METAS E DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Este capítulo foi definido a partir da análise de situação de saúde que apontou para as prioridades e compromissos de maior relevância a serem assumidos pela gestão municipal de saúde.

Alguns conceitos guiaram o trabalho, como:

- As Diretrizes expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde. São formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressões de forma objetiva – sob a forma de um enunciado – síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde

- O(s) Objetivo(s) de cada Diretriz representa(m) os resultados desejados com a Diretriz, “o que se quer”, “o que se pretende” a fim de superar, reduzir, eliminar, prevenir ou controlar os problemas identificados.

- As metas são expressões quantitativas de um objetivo, elas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.

- O Indicador é uma variável que representa uma meta, em geral numérica (número absoluto ou índice/relação: percentual, taxa coeficiente, razão). Permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar o alcance das mesmas. Os indicadores são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde.

EIXO 1: Gestão da Atenção Integral à Saúde. Consolidação e Qualificação da Rede de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Melhoria do acesso e da qualidade das Ações dos Serviços de 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. Garantia do acesso aos serviços de saúde de qualidade, mediante aprimoramento da Política Nacional da Atenção Básica.

Objetivo 1: Ampliar o acesso e fortalecer a atenção básica, com ênfase na Atenção Primária à Saúde					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Adquirir ou locar ambulâncias	Nº de ambulâncias adquiridas ou locadas	02	02	02	02

Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura estimada	100%	100%	100%	100%
Ampliar a disponibilização de internet nas Unidades de Saúde	Percentual de unidades com acesso a internet	100%	100%	100%	100%
Ampliar cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	Cobertura estimada	88%	89%	90%	91 %
Ampliar o serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências nas unidades básicas de saúde.	Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência	100%	100%	100%	100%
Atingir a cobertura populacional pelas equipes de Saúde Bucal	Cobertura alcançada	100%	100%	100%	100%
Construir, reformar e/ou ampliar as Unidades de Saúde	Nº de Unidades contruídas Nº de Unidades reformadas Nº de Unidades ampliadas	06	06	06	06
Contratar empresa ou pessoa física especializada em serviço de buffet para auxílio nos eventos da atenção básica	Nº de empresas ou pessoas físicas de buffet contratadas	01	01	01	01
Contratar empresa ou prestador de serviço para manutenção dos aparelhos de ar-condicionado	Nº de empresas ou prestador de serviços contratados	01	01	01	01
Contratar empresa ou prestador de serviço para realizar capacitações, cursos e treinamentos com os profissionais	Nº de empresas ou prestador de serviços contratados	01	01	01	01
Contratar empresa para manutenção dos equipamentos odontológicos e médico-hospitalar	Nº de empresas contratadas	01	01	01	01
Contratar empresa para recolher o lixo biológico	Nº de empresas contratadas	01	01	01	01
Adquirir equipamentos para estruturação do serviço de fisioterapia	Aquisição de equipamentos	100%	100%	100%	100%
Contratar empresa para manutenção dos equipamentos do serviço de fisioterapia	Nº de empresas contratadas	01	01	01	01
Contratar empresa que forneça equipamentos de impressão e recarga de cartuchos	Nº de empresas contratadas	01	01	01	01
Contratar profissionais de saúde para comporem o quadro das unidades de saúde conforme necessidade e condições legais	Nº de unidades de saúde Nº de unidades de saúde com profissionais contratados	100%	100%	100%	100%
Desenvolver ações estratégias com as equipes de saúde	Nº de ações realizadas com as equipes de saúde	06	06	06	06
Equipar com material permanente a Secretaria Municipal de Saúde e suas Unidades	Nº de unidades que foram equipadas	100%	100%	100%	100%
Fornecer camisas aos profissionais envolvidos nas campanhas	Nº de profissionais de saúde Total de profissionais de saúde que receberam camisas	100%	100%	100%	100%
Fornecer fardamento aos ACS e ACE	Nº de ACS e ACE Nº de ACS e ACE que receberam fardamento	100%	100%	100%	100%
Implantar o prontuário eletrônico nas Unidades de Saúde	% de unidades de saúde Percentual de unidades de saúde com pec implantado	100%	100%	100%	100%
Implantar o serviço de almoxarifado informatizado	Nº de serviço de almoxarifado implantado	-	01	-	-

Adquirir ou locar veículos para transportar os profissionais para realizar atendimentos e auxiliar nos deslocamentos das unidades de saúde	Nº de veículos locados ou adquiridos	02	02	02	02
Adquirir ou locar veículos para transportar os usuários do SUS para realizarem atendimento fora e dentro do município	Nº de veículos locados ou adquiridos	02	02	02	02
Realizar ação coletiva de escovação dental supervisionada	Nº de atividades realizadas	02	02	02	02
Realizar ação estratégica para acolhimento da população LGBTQIA +	Nº de ações realizadas	01	01	01	01
Realizar ações do Programa Saúde na Escola	Nº de ações realizadas	13	13	13	13
Realizar campanhas de conscientização, prevenção e do diagnóstico precoce de doenças com alta incidência de mortalidade entre homens e mulheres	Nº de ações realizadas	02	02	02	02
Realizar manutenção de jardinagem nas unidades de saúde/secretaria	Nº de unidades com jardins Nº de unidades que passaram por manutenção de jardinagem	06	06	06	06
Realizar reparo e manutenção nos equipamentos das unidades de saúde	Nº de unidades de saúde que houve reparo e manutenção os equipamentos	06	06	06	06
Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Percentual de gestantes adolescentes	15%	20%	25%	30%
Reduzir internações por causas sensíveis à atenção básica	Percentual de internações por causas sensíveis	15%	20%	25%	30%
Ampliar o número de equipes de saúde	Nº de equipes em exercício	-	-	01	-
Implementar as ações do NASF com novos temas e formação de grupos para acompanhamento nas Unidades de Básicas de Saúde	Nº de unidades de saúde Nº de unidades que realizaram ações	100%	100%	100%	100%
Manter nas Unidades de Saúde as fichas de cadastro do e-SUS e realizar o envio ao Ministério da Saúde, através do prontuário eletrônico	Nº de unidades de saúde Nº de unidades de saúde que realizaram ações	100%	100%	100%	100%
Manter as equipes de saúde pactuadas no PSE e realizar as ações estabelecidas pelo programa, anualmente, nas unidades escolares pactuadas na adesão	Nº de unidades de saúde Nº de unidades de saúde que realizaram ações	100%	100%	100%	100%
Fortalecer o trabalho em rede, visando a promoção e prevenção a saúde	Nº de unidades de saúde Nº de unidades de saúde que realizaram ações	100%	100%	100%	100%
Atingir as metas pelas equipes de saúde orientadas pelas ações do Programa Previne Brasil	Percentual de alcance das metas do Previne Brasil	100%	100%	100%	100%

Objetivo 2: Prevenir e deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria de saúde e bem-estar das crianças					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Disponibilizar carga horária para que os profissionais da atenção primária a saúde do município que atuam na prevenção da obesidade infantil realizem pelo menos 01 capacitação ou curso por ano oferecido pelo Ministério da Saúde para a temática	Nº de capacitações realizadas	100%	100%	100%	100%
Monitorar o estado nutricional das crianças e adolescentes por equipe de saúde	Nº de crianças e de adolescentes Percentual de crianças e adolescentes monitorados	100%	100%	100%	100%
Monitorar o estado nutricional das gestantes por equipe de saúde	Nº de gestantes Percentual de gestantes monitoradas	100%	100%	100%	100%
Realizar audiência pública, junto ao poder legislativo, para discussão sobre prevenção da obesidade infantil	Nº de audiência pública realizadas	01	01	01	01
Realizar divulgação da rede de apoio de proteção da alimentação adequada e saudável (PAAS) e de atividades físicas no município nas redes sociais, emissoras de rádio e nas unidades de saúde quadrimestralmente	Nº de ações realizadas	03	03	03	03
Realizar educação em saúde para prevenção da obesidade infantil	Nº de ações realizadas	02	02	02	02
Realizar inspeções sanitárias nos estabelecimentos municipais de produção, comercialização e consumo de alimentos para evitar exposição da saúde a riscos	Nº de estabelecimentos para realização de comercialização para fins de consumo	100%	100%	100%	100%
Realizar manejo do ganho de peso excessivo, do diabetes gestacional e hipertensão induzida pela gravidez nas Unidades Básicas de Saúde	Nº de unidades de saúde Percentual de unidades de saúde	100%	100%	100%	100%
Reduzir o índice de obesidade infantil	Nº de obesos Percentual de crianças obesas	10%	15%	20%	25%

Objetivo 3: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Ampliar a 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.	Razão de exames realizados	55%	60%	65%	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	Razão de exames realizados	58 %	59 %	60%	61%
Realizar campanhas de combate e prevenção do câncer de mama e colo do útero	Nº de campanhas realizadas	02	02	02	02

Realizar exames preventivos que reduzam o índice de novos casos de câncer de mama e do colo do útero nas unidades básicas de saúde	Nº de unidades de saúde Percentual de unidades de saúde	100%	100%	100%	100%
--	--	------	------	------	------

DIRETRIZ 2: Atenção à Saúde Mental no contexto dos serviços em rede

Objetivo 1: Promover atenção à Saúde Mental para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Contratar consultas em psiquiatria para atender os usuários das unidades de saúde	Percentual de unidades de saúde que realizam atendimento psiquiátrico	100%	100%	100%	100%
Realizar mapeamento sobre a situação de saúde mental dos pacientes atendidos no município	Nº de pacientes atendidos	100%	100%	100%	100%
Proporcionar aos profissionais da área de saúde capacitação sobre a temática bem como prover meios para participação de eventos realizados pela RSM	Nº de capacitações realizadas	01	02	02	02
Realizar ações de educação e prevenção em saúde	Nº de ações realizadas	01	02	02	02
Implantar o programa de combate ao tabagismo, com equipe multidisciplinar e reuniões de grupos	Nº de programa implantado	01	-	-	-
Ampliar o número de atendimentos clínicos em saúde mental com profissionais de psicologia e psiquiatria	Nº de atendimentos clínicos realizados Percentual de atendimentos clínicos psiquiátricos	10%	15%	20%	25%
Proporcionar melhor acesso do paciente em situação de risco psicossocial e/ou doença mental ao sistema de Saúde através de ações de saúde	Nº de ações realizadas	02	02	02	02
Incluir as ações de saúde mental no NASF	Nº de ações em saúde mental Nº ações de saúde no NASF	01	02	02	02
Ampliar a assistência em Saúde Mental nas unidades de saúde	Nº de consultas em saúde mental Percentual de consultas em saúde mental	100%	100%	100%	100%
Conscientizar as equipes de saúde quanto a importância das ações de Saúde Mental	Percentual de equipes conscientizadas	100%	100%	100%	100%
Realizar ações de matriciamento com todas as modalidades de equipes de saúde em parceria com as secretarias de educação e assistência social	Nº de ações realizadas	06	06	06	06

DIRETRIZ 3: Aprimorar a atenção integral à saúde da mulher e da criança, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 1: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito municipal para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Alcançar a cobertura de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal	Percentual de cobertura	45%	55%	65%	75%
Manter a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	Nº de partos Proporção de parto normal	70 %	70 %	70 %	70 %
Garantir o acesso a consulta e exames de pré-natal nas unidades de saúde	Percentual de unidades que ofertam o serviço	100%	100%	100%	100%
Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Percentual de investigação	100%	100%	100%	100%
Investigar os óbitos infantis e fetal	Percentual de investigação	100%	100%	100%	100%
Investigar os óbitos maternos	Percentual de investigação	100%	100%	100%	100%
Realizar educação em saúde com as gestantes nas Unidades de Saúde	Nº de educação em saúde realizadas	2	2	2	2
Realizar consulta odontológica nas gestantes do município	Nº de consultas odontológicas realizadas Percentual de consultas odontológicas nas gestantes	60%	70%	80%	90%
Realizar testes de HIV e sífilis nas gestantes do município	Nº de gestantes Percentual de gestantes que realizaram testagem para HIV e Sífilis	100%	100%	100%	100%
Manter o número de casos de sífilis congênita em menores de um ano	Nº de casos de sífilis congênita em menores de um ano	0	0	0	0
Manter o número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Nº de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0	0	0
Manter o número de óbitos infantis	Nº de óbitos infantis	0	0	0	0
Manter o número de óbitos maternos	Nº de óbitos materno	0	0	0	0
Reduzir os casos de infecções causadas pelo Aedes aegypti em gestantes	Percentual de infecções causadas pelo Aedes aegypti	90 %	93%	96%	100%
Tratar as gestantes com sífilis	Nº de gestantes com sífilis Percentual de gestantes tratadas com sífilis	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 4: Fortalecimento da atenção integral à saúde da pessoa idosa, da pessoa com deficiência e dos portadores de doenças crônicas

Objetivo 1: Melhoria das condições de saúde mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Realizar educação em saúde na Academia da Saúde	Nº de educação em saúde realizadas	02	02	02	02
Realizar o acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes	Percentual de usuários acompanhados pelas equipes ESF	50%	55%	60%	65%

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)	Nº de óbitos prematuros	06	05	04	03
Acompanhar os pacientes com hipertensão e diabetes descompensados de cada área de abrangência	Percentual de pacientes com HAS ou DM acompanhados	100%	100%	100%	100%
Criar linha de cuidado a saúde do Idoso com apoio multiprofissional que será utilizado nos próximos anos	Nº de plano de ação de cuidado da pessoa idosa	01	-	-	-
Aferir a pressão arterial dos usuários com diagnósticos de Hipertensão Arterial Sistêmica	Percentual de pacientes com HAS que aferiram a pressão	50%	55%	60%	65%
Solicitar e Avaliar exame Hemoglobina Glicada nos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus	Percentual de pacientes com DM que foi avaliado o exame hemoglobina glicada	50%	55%	60%	65%
Capacitar continuamente os técnicos em relação às especificidades da saúde do idoso	Percentual de técnicos capacitados	100%	100%	100%	100%
Atingir as metas de cobertura vacinal pactuadas	Percentual de alcance das metas de vacinação	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 5: Redução dos riscos e agravos a saúde da população e do trabalhador, por meio das ações de promoção e proteção com foco na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violência e no controle das doenças transmissíveis

Objetivo 1: Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde e saúde do trabalhador					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Adquirir ou Locar veículo para realização das ações de vigilância	Nº de veículos adquiridos ou locados	01	01	01	01
Ampliar a cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Nº de imóveis Percentual de imóveis visitados	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.	Proporção de análises realizadas	60%	70%	80%	90%
Ampliar a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase	Proporção de examinados de contratos intradomiciliares	100%	100%	100%	100%
Manter a cobertura das vacinas do calendário básico de vacinação para crianças	Percentual de crianças com vacinação em dias	100%	100%	100%	100%
Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura	90%	91%	92%	93%
Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	Proporção de cura	90%	91%	92%	93%
Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de óbitos com causa básica definida	98%	98%	98%	98%
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)	Percentual de notificações encerradas em 60 dias	100%	100%	100%	100%

Garantir a cobertura vacinal antirrábica dos cães	Nº de cães Percentual de cães vacinados	80%	82%	84%	86%
Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Nº de ações realizadas	100%	100%	100%	100%
Implementar o serviço de vigilância e atenção às violências	Nº de ações realizadas	100%	-	-	-
Manter a taxa de prevalência anual de hanseníase abaixo de 1/10.000	Taxa de prevalência	0	0	0	0
Preencher as notificações de agravos o campo "ocupação" nos casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	Percentual de notificações com o campo ocupação preenchidos	100%	100%	100%	100%
Realizar campanha de combate as drogas	Nº de campanhas realizadas	01	01	01	01
Realizar campanhas de vacinação	Nº de campanhas realizadas	02	02	02	02
Realizar campanhas de vigilância em saúde	Nº de campanhas realizadas	02	02	02	02
Realizar ciclos com percentual mínimo de 80% dos imóveis visitados para controle da dengue	Nº de ciclos realizados	06	06	06	06
Manter o comitê municipal de enfrentamento de pandemias	Nº de comitê ativo	01	01	01	01
Manter em 80% ou mais de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Progra de Imunizações de dados individualizados, por residência	Percentual de alcance de cobertura vacinal	80%	80%	80%	80%
Manter as notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	Percentual de notificações com campo de raça/cor preenchido	95%	95%	95%	95%
Implantar a sala de situação de arbovírus	Nº de salas implantadas	12	12	12	12
Implementar a realização de teste rápido para diagnóstico da dengue seguindo critérios médicos de acordo com sinais e sintomas nas unidades de saúde	Nº de ações realizadas	100%	100%	100%	100%
Implementar ações voltadas a Saúde do trabalhador, de modo a reduzir os riscos e agravos	Nº de ações realizadas	04	04	04	04
Realizar seminários/encontros educativos e intensificar as ações de Vigilância em Saúde na comunidade em parceria com a Atenção Básica	Nº de ações realizadas	10	10	10	10
Implementar serviço de Saúde do Trabalhador, com equipe técnica voltada para realização de ações de companhamento e prevenção de riscos	Nº de ações realizadas	05	05	05	05
Elaborar/atualizar o diagnóstico de situação de saúde do trabalhador no município	Nº de diagnósticos realizados	01	01	01	01
Realizar o controle de zoonose por meio de ações de saúde	Nº de ações realizadas	12	12	12	12
Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves, fatais e envolvendo crianças e adolescentes	Percentual de investigação	100%	100%	100%	100%

Objetivo 2: Aprimorar as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Manter o percentual das análises realizadas em amostras de água para consumo humano	Percentual de análises realizadas	66,67%	66,67%	66,67%	66,67%
Realizar 100% das ações de Vigilância sanitária consideradas necessárias para o município	Nº de ações realizadas	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 6: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS

Objetivo 1: Garantir o acesso aos medicamentos básicos					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Aquisição de medicamento do RENAME	Percentual de aquisição	80%	82%	84%	86%
Abastecer e manter a farmácia da atenção básica e central de armazenamento	Percentual de estruturação	100%	-	100%	-
Manter o sistema HORUS atualizado	Percentual de atualização	90%	92%	94%	96%
Realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos	Nº de ações realizadas	01	01	01	01
Garantir a manutenção Adequada de estoque mínimo de medicamentos para dispensação aos usuários, evitando o desabastecimento	Percentual de reposição de estoque	100%	100%	100%	100%
Farmácias equipadas e estruturadas de acordo com boas práticas de armazenamento de medicamentos de Atingir 100% dos medicamentos Demandas Judiciais adquiridos em tempo adequado para o seu atendimento.	Percentual de farmácia equipada	100%	100%	100%	100%
Praticar os preços de aquisição de medicamentos conforme Banco de Preços em Saúde (BPS)	Percentual de medicamentos conferidos no BPF	100%	100%	100%	100%
Atender as demandas judiciais de aquisição de medicamentos conforme Banco de Preço em Saúde	Percentual de demanda judicial atendida	100%	100%	100%	100%
Estabelecer vínculo de adesão a Consórcio para compras compartilhadas de medicamentos, insumos e serviços de saúde	Nº de vínculo com consórcio	01	01	01	01

DIRETRIZ 7: Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS

Objetivo 1: Potencializar a assistência laboratorial visando a capacidade de resposta para rede municipal de atenção à saúde					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Ampliar a oferta do teste rápido de HIV, sífilis, Hepatite B e C nas unidades básicas de saúde	Percentual de unidades de saúde que realizam testes rápidos	100%	-	-	-
Realizar teste de triagem (teste do pezinho) nas unidades de saúde	Percentual de unidades de saúde que realizam triagem neonatal	100%	100%	100%	100%
Manter os serviços: marcação de consultas e	Nº de serviços realizados	04	04	04	04

exames especializados, Regulação e TFD					
Adequar o repasse para o consórcio existente e buscando novas parcerias para agilizar o tratamento de exames e consultas	Percentual de repasses para o consórcio conveniado	100%	100%	100%	100%
Criar mecanismos para agilizar a marcação de consultas e exames através de contato telefônico e/ou através da equipe de Estratégia de saúde da família	Nº de mecanismos criados	02	02	02	02
Criar mecanismos para agilizar a marcação de consultas e exames através de contato telefônico e/ou através da equipe de Estratégia de saúde da família	Nº de mecanismos criados	02	02	02	02
Promover avaliação anual das filas de espera das unidades, para reduzir as perdas de consultas especializadas e exames	Nº de avaliação realizada	01	01	01	01

DIRETRIZ 8: Saúde Bucal

Objetivo 1: Ampliar o acesso a cuidados de qualidade em saúde bucal					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Manter a cobertura populacional pelas equipes de Saúde Bucal	Cobertura alcançada	100%	100%	100%	100%
Manter a ação coletiva de escovação dental supervisionada	Nº de ações realizadas	02	02	02	02
Realizar campanha de prevenção de câncer bucal anualmente	Nº de campanhas	01	01	01	01
Reduzir a proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Percentual de exodontia realizada	10%	12%	14%	16%
Realizar manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos odontológicos	Nº de manutenções realizadas	100%	100%	100%	100%
Realizar atividades preventivas e educativas em saúde bucal através do PSE	Nº de atividades realizadas	02	02	02	02
Implantar um protocolo de atendimento de ações de promoção e prevenção em odontologia	Nº de protocolos implantados	01	01	01	01
Ampliar as ações de saúde bucal, em especial as crianças de 0 mês a 01 ano, com o agendamento da consulta odontológica vinculada à carteira nacional de vacinação	Nº de ações realizadas	12	12	12	12
Monitorar a cobertura das ações de saúde bucal na atenção básica	Percentual de cobertura	100%	100%	100%	100%
Manter as ações da Odontologia nas campanhas do Outubro Rosa	Nº de campanhas	01	01	01	01
Adquirir um veículo para o setor de odontologia de uso exclusivo	Nº de veículos adquiridos	01	-	-	-

DIRETRIZ 9: Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública Decorrente do Coronavírus (COVID- 19)

Objetivo 1: Executar ações e serviços públicos de saúde compreendidos por ações de atenção básica, vigilância, média complexidade, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do Coronavírus.					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Contratação temporária de trabalhadores e profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia do coronavírus	Nº de profissionais contratados	3	3	3	3
Aquisição medicamentos de suporte terapêutico aos sintomas da Covid-19	Percentual de aquisição de medicamentos para tratamento dos sintomas da covid-19	100%	100%	100%	100%
Realizar contratação de serviços pessoas físicas ou jurídicas necessários para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus	Nº de serviços contratados	05	05	05	05
Adquirir Equipamentos de Proteção Individual destinados para os profissionais e trabalhadores de Saúde	Percentual de trabalhadores que receberam epi	100%	100%	100%	100%
Aquisição de produtos de higienização, material de limpeza e correlatos para suprir as necessidades das unidades básicas de saúde de suporte ao enfrentamento da pandemia	Percentual de unidades de saúde que foi contemplada com os produtos e materiais	100%	100%	100%	100%
Criar mecanismos de divulgação, para a população, das informações locais sobre a COVID-19 e das ações de prevenção e controle da doença	Nº de mecanismos criados	05	05	05	05
Adquirir máscaras de tecido e outros materiais ou serviço que se fizerem necessários para serem distribuídas durante as ações de combate ao novo Coronavírus (Covid-19)	Quantidade de caixas de máscaras	1.500	3500	3500	3500

EIXO 2: Aprimoramento da gestão do SUS, investimento em serviços de saúde de qualidade e consolidação da gestão participativa e do controle social

DIRETRIZ 10: Contribuir com a qualificação dos trabalhadores do SUS

Objetivo 1: Qualificar os processos de gestão do SUS					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Implementar ações de educação permanente com as equipes de apoio em saúde	Nº de ações realizadas	100%	100%	100%	100%
Implantar Núcleo de Educação Permanente	Nº de núcleo implantado	01	-	-	-
Aprimorar a Política de Educação Permanente	Nº de aprimoramento	01	01	01	01
Capacitar e qualificar os trabalhadores dos serviços de saúde	Percentual de trabalhadores capacitados e qualificados	80%	90%	95%	100%
Implantar Política Municipal da Saúde do Trabalhador	Nº de políticas implantadas	01	-	-	-

Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	Nº de ações	04	04	04	04
Qualificar os profissionais da Saúde da Família nas redes de atenção	Percentual de profissionais qualificados	100%	-	-	-

Objetivo 2: Ampliar e qualificar a articulação regional em saúde					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Participar em 90% das reuniões programadas de CIR/COSEMS	Percentual de participação de reuniões	100%	100%	100%	100%
Implementar ações junto ao Governo de Estado para ampliar a oferta de exames e consultas de especialidades pediátricas e população geral	Percentual de oferta e consultas especializados	25%	50%	75%	100%
Articular ações junto ao Governo de Estado de modo a aumentar os recursos financeiros para aquisição de medicamentos de alto custo e melhorar o local onde é realizado a dispensação dos medicamentos na DRS	Percentual de arrecadação e repasses federais	15%	25%	35%	45%

DIRETRIZ 11: Investimento – Garantia do acesso da população aos serviços de saúde de qualidade, mediante estruturação e investimento na rede municipal

Objetivo 1: Investir na infraestrutura das Unidades de Saúde próprias					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Buscar projetos do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde para aquisição de equipamentos / insumos / construção / reformas de Unidades de Saúde, bem como através de emendas parlamentares	Nº de projetos aderidos	10	10	10	10
Melhorar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e dos Mini Postos de Saúde	Percentual de melhoria na infraestrutura	20%	50%	80%	100%
Manutenção de software para os sistemas de informação da Secretaria de Saúde e dos equipamentos de informática equipamentos quando necessário	Percentual de sistemas	100%	100%	100%	100%
Manter uma frota de veículos adequada e suficiente para atender a demanda	Percentual de atendimentos da frota de urgência	100%	100%	100%	100%
Garantir equipamentos, materiais e insumos necessários para o funcionamento da rede básica	Percentual de unidades que receberam equipamentos	100%	100%	100%	100%
Aquisição de veículo móvel de saúde equipado com consultórios para exames preventivos, odontologia, vacina, consultório médico	Nº de veículos adquiridos	01	-	-	-
Adquirir e disponibilizar materiais de apoio ao desenvolvimento dos Programas, Campanhas e Ações Estratégicas do SUS (folders, cartazes, cartilhas, álbuns seriados, recursos audiovisuais, cadernetas, camisetas e outros)	Percentual de materiais adquiridos	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 12: Qualificar e potencializar os processos de gestão participativa e controle social

Objetivo 1: Qualificar processos de gestão participativa e controle social					
Metas	Indicadores	2022	2023	2024	2025
Capacitar novos conselheiros	Percentual de conselheiros capacitados	100%	-	-	-
Enviar Plano de Saúde ao Conselho de Saúde	Nº de plano enviado	-	-	-	01
Equipar o Conselho Municipal de Saúde	Nº de conselho equipado	01	-	-	-
Realizar ações que estimule o interesse e a participação social da comunidade das questões de saúde em conjunto com os profissionais de saúde	Nº de ações realizadas	01	01	01	01
Reativar as caixas de sugestões nas unidades de saúde	Percentual de unidades com caixas de sugestões	100%	100%	100%	100%
Implantar no transporte sanitário a caixa de sugestões	Nº de serviço implantado	01	-	-	-
Realizar conferência de saúde	Nº de conferência realizada	01	-	-	-

15. 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 (2022-2025) 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 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>>. Acesso em: 14 de setembro de 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] República 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] República 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] República 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 SUS2011, v. 1).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=280110&search=||infor%EFfic os:-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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO N° 001, de 21 de MARÇO de 2022

Dispõe sobre a **Aprovação do Plano Municipal de Saúde** para o quadriênio 2022 - 2025 do município de Graccho Cardoso – SE

O Conselho Municipal de Saúde de Graccho Cardoso - SE, no uso de suas prerrogativas conferidas pela Lei Federal n° 8.080/1990, Lei Federal n° 8.142/1990, Resolução CNS n° 453/2012 e Lei Municipal n° 33//95;

Considerando o disposto na Lei Municipal n° 33/95;
Considerando a Lei Orgânica n° 8080/1990;
Considerando a Lei Orgânica Complementar n° 8142/1990;
Considerando a Resolução CNS 453/2012

Considerando a Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde que ocorreu aos 18 dias do mês de março de 2022, às 9:00 horas, na Clínica de Saúde da Família Nossa Senhora da Piedade, sito à Rua da Glória, Graccho Cardoso – Sergipe;

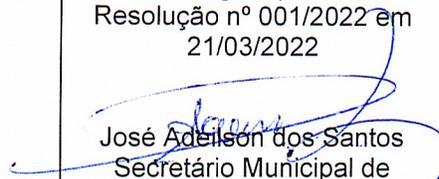
RESOLVE:

Art. 1º - O Pleno do Conselho Municipal de Saúde aprova o **Plano Municipal de Saúde** para o quadriênio **2022 - 2025** do município de Graccho Cardoso - SE.

Artigo 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Graccho Cardoso (SE), 21 de março de 2022.


Marcos dos Santos
Presidente
Conselho Municipal de Saúde
Graccho Cardoso-SE

Homologo a presente
Resolução n° 001/2022 em
21/03/2022

José Adilson dos Santos
Secretário Municipal de
Saúde