



ESTADO DE SERGIPE
MUNICÍPIO DE TOMAR DO GERU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOMAR DO GERU

2022-2025



TOMAR DO GERU
2021

PEDRO SILVA COSTA FILHO
PREFEITO

GERSON DINIZ DA FONSECA
VICE-PREFEITO

MARINALVA REIS DOS SANTOS
SECRETÁRIA DE SAÚDE

BARBARA MARIA
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

RUTH LOPES
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

LUCIMAR SOARES CLEMENTINO
PRESIDENTA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

JÚNIAR BATISTA DOS SANTOS
APOIO ADMINISTRATIVO

MARCOS A. BARROSO
ACESSOR TÉCNICO

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Município: Tomar do Geru

Estado: Sergipe

Data de Criação: 06 de fevereiro de 1954
População 2021: 13.534

habitantes **Extensão Territorial:**

304,837 km² **Densidade**

Demográfica: 42,16 hab/km²

Região Administrativa do Estado: Leste Sergipano

Limites do Território: Tobias Barreto, Itabaianinha e Cristinápolis

Prefeito Municipal: Pedro Silva Costa Filho

Secretário Municipal de Saúde: Marinalva Reis dos Santos

Endereço da Prefeitura:

- Praça Getúlio Vargas, 284, Centro, Tomar do Geru/SE.CEP: 49280-000

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde:

- Rua Robério Dias, 44, Centro, Tomar do Geru/SE.CEP: 49280-000

Regional de Saúde: Estância/SE

Elaboração

Júnior Batista dos Santos-Apoio Administrativo na Secretaria Municipal de Saúde
Marcos Barroso- Acessor Técnico da Secretaria Municipal de Saúde
Marinalva Reis dos Santos-Secretária Municipal de Saúde

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

- **Secretaria Municipal de Saúde**
Rua Robério Dias, 44, Centro
CEP: 49280-000 CNES: 6301762
- **Academia de Saúde Gov. Marcelo Deda**
Rua Nova Esperança, s/n, Centro
CEP: 49280-000 CNES:
9159142
- **Clínica Saúde da Família Marcelo Soares da Fonseca**
Rua Nova Esperança, s/n, Centro
CEP: 49280-000 CNES:
2420449
- **Posto de Saúde Abdias Antônio dos Santos**
Povoado Boqueirão, s/n, Z. Rural
CEP: 49280-000 CNES:
9175792
- **Unidade Básica de Saúde Chico Conrado**
Povoado Tabuleiro, s/n, Z. Rural
CEP: 49280-000 CNES:
3997049
- **Unidade Básica de Saúde João Velames de Oliveira**
Povoado Campo Grande, s/n, Z.
Rural CEP: 49280-000 CNES:
2420457
- **Unidade Básica de Saúde Pedro Gois**
Povoado Lopes, s/n, Z. Rural
CEP: 49280-000 CNES: 2420422
- **Unidade Mista Gov. João Alves**
Povoado Lopes, s/n, Z. Rural
CEP: 49280-000 CNES: 9706534

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Tomar do Geru/SE, objetiva apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para os anos de 2022 a 2025, o qual configura-se por ser um instrumento magno da gestão do SUS, expressa as políticas públicas para a saúde no município de Tomar do Geru do Estado de Sergipe, traduzidas no objetivo do Fundo Municipal de Saúde, de “Garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano, e prover políticas de saúde, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, dentro dos princípios do SUS preconizado pela Lei 8080/90, tendo como função principal, nortear as ações a serem realizadas no âmbito da qualificação do Sistema Único de Saúde no município neste período por meio da análise situacional e epidemiológica. Esse Plano subsidiará os objetivos, meta e atividades que deverão nortear a gestão para adoção de adequadas estratégias que garantam, agilidade no processo de trabalho e impacto das ações sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

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

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

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

Assim, torna-se importante lembrar que o Plano Municipal de Saúde deve ser fortalecido através de avaliações periódicas, com participação de técnicos das diversas áreas, possibilitando um melhor aproveitamento das discussões, avaliações das rotinas e monitoramento das ações executadas e cumprimento das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (Domi), conforme determina no § 3º do artigo 96 da Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017 onde demonstra que o plano de saúde deve conter os seguintes itens: análise de situação de saúde; Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e o processo de monitoramento e avaliação.

1. INTRODUÇÃO

A reafirmação do Pacto pela Saúde que aconteceu em fevereiro de 2006 configurou-se na importância da construção do Plano Municipal de Saúde, exigido na Lei 8080/90, atribuindo ao gestor municipal, a responsabilidade de elaborar e atualizar periodicamente o Plano Municipal de Saúde compreendido como um instrumento de gestão essencial para direcionar as atividades e programações da Saúde Municipal durante o quadriênio.

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de planejamento das ações para o desenvolvimento das atividades no período de 4 anos, portanto sua elaboração deve ser criteriosa e fundamentada no cenário municipal, considerando aspectos socioeconômicos, epidemiológicos, capacidade instalada dos serviços de saúde e o desempenho da gestão. Este documento é desenvolvido a partir das orientações legais das Leis 8.080/90, 8.142/90, Portaria 3.176/08 e Resolução CIB 205/09 e demais legislações que regem a formalização desse instrumento de planejamento no Município.

A elaboração deste Plano Municipal de Saúde tem como justificativa a elaboração de um instrumento de gestão que expresse as ações de saúde que serão desenvolvidas pelo município, durante o período compreendido entre 2022 a 2025, explicitando e descrevendo o modelo de saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações de saúde propostas neste plano estão norteadas pelos princípios doutrinários do SUS Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Popular, e com as seguintes diretrizes municipais para a saúde: Enfrentamento dos problemas de saúde indicados no Perfil Epidemiológico Municipal e nos Indicadores de Saúde. Aperfeiçoamento do Modelo de Atenção, visando à defesa da vida e a humanização. Implementação de ações de caráter coletivo e de Vigilância em Saúde.

Dessa maneira o objetivo geral desse instrumento é 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. E os objetivos específicos:

- a) Identificar situação de saúde do município através de análise situacional, epidemiológica e social;
- b) Implementar as Diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde;
- c) Promover a saúde e prevenir as doenças, outros agravos e riscos à população;
- d) Aperfeiçoar o acesso integral a ações e serviços de qualidade de forma oportuna no Sistema Único de Saúde/SUS;
- e) Qualificar a gestão para potencializar os resultados da promoção, prevenção e da atenção em saúde;
- f) 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;
- g) Prevenir e reduzir os riscos para a saúde individual e do ambiente em geral;
- h) Promover estilos de vida saudáveis;
- i) Garantir serviços de alta qualidade de saúde que são eficientes e acessíveis;
- j) Reduzir as desigualdades sociais;
- k) Fornecer informações de saúde para ajudar tomar decisões informadas; e
- l) Acompanhar a execução das ações propostas de forma sistemática e contínua.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS

O município de Tomar do Geru/SE está localizado na bacia do Rio Real na região Centro Sul de Sergipe, dista da capital Aracaju 131 Km e faz divisa com os municípios de Cristinápolis, Tobias Barreto, Itabaianinha e o Estado da Bahia.

A povoação de Geru foi núcleo de gentios, que ali se firmara, possivelmente bem antes do período das invasões holandesas em Sergipe. Com a Carta Régia de 22 de novembro de 1758, o Rei declarava livre todos os índios do território Sergipano, ao tempo em que criava Vila o antigo povoado de Geru,

que passava a chamar-se Nova Távora ou Tomar, com a característica singular de ter nos cargos de seu serviço público exatamente elementos indígenas.

Assim, ensaiava El Rei uma medida de alto alcance sociológico, habilitando o primitivo habitante de nossas selvas para as funções da administração, levando-o a assimilar e confundir-se com a população branca, numa tentativa de extinguir antagonismo.

Em 1808 a Vila de Tomar tinha em seu território uma população de 633 índios e alguns brancos, servindo em sua Câmara um Juiz Ordinário “índios” e um “branco”.

Pela Lei de 19 de fevereiro foi extinta a Vila Tomar e anexada à Vila de Itabaianinha.

Pela Lei Estadual nº 525-A, de 25 de novembro de 1953 foi criado o novo município com o nome de Tomar do Geru passando à categoria de cidade, sendo o seu território desmembrado do Município de Itabaianinha.

2.1 Formação Administrativa

Em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, figura no município de Itabaianinha o distrito de Geru.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1950.

Elevado à categoria de município com a denominação de Geru, pela lei estadual nº 525-A, de 25-11-1953, desmembrado de Itabaianinha. Sede no antigo distrito de Geru. Constituído do distrito sede. Instalado em 31-01-1955.

Pela lei estadual nº 524, de 06-02-1954, o município de Geru passou a denominar-se Tomar do Geru.

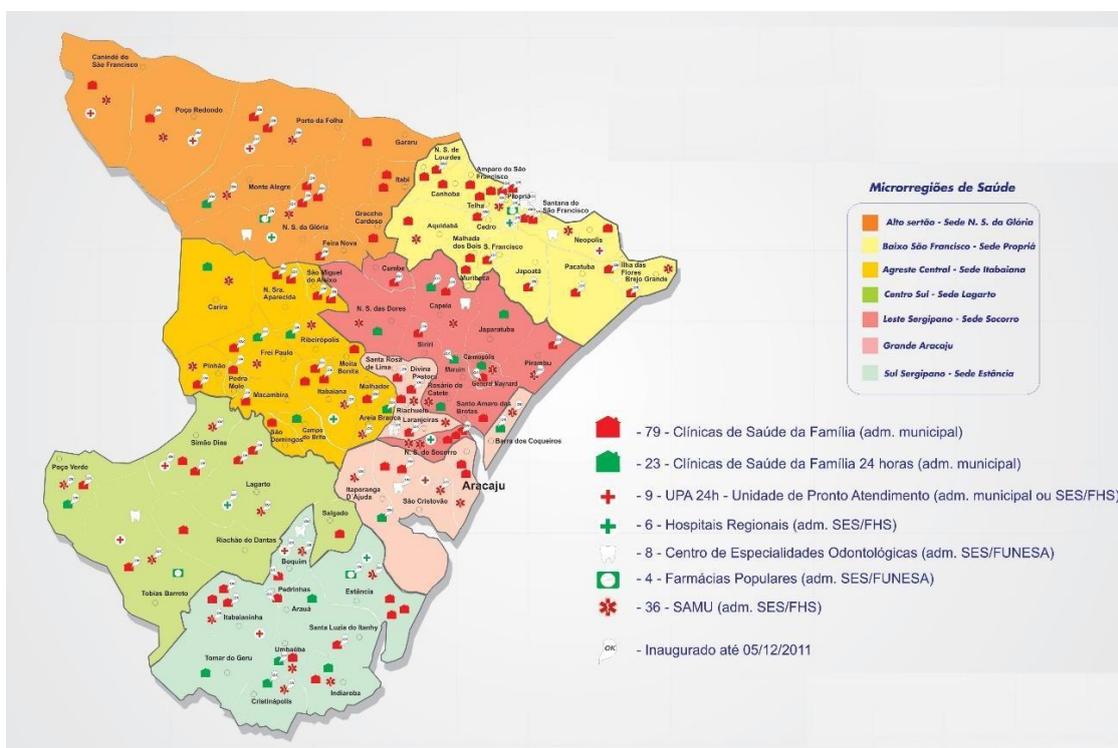
Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

3. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

O município está situado à região Leste do Estado e faz parte da Região de Saúde que tem como polo o município de Estância situado a cerca de 65 km onde está localizado o Hospital Regional Dr. Jessé de Andrade Fontes que é a primeira referência do município para urgências e emergências e gestação e parto de risco habitual. A cidade fica bem localizada na Regional de Saúde em

que está inserida, com fácil acesso aos serviços de referência.

Mapa 1. Região de Saúde, 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, Tomar do Geru possui o IDHM é de 0,551 considerado baixo (IDH Renda: 0,746; IDH Longevidade: 0,520; IDH Educação: 0,432).

3.1. 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 Tomar do Geru com uma população de 12.855 habitantes. Em 2021 a população estimada para o município foi de 13.534 habitantes, mas sem estratificação populacional.

- **Estratificação da População**

Tabela 1. Distribuição da População por área de residência segundo CENSO 2010. Tomar do Geru, 2021.

POPULAÇÃO CENSO 2010	QUANTIDADE	%
RURAL	8.043	62,55%
URBANA	4.812	37,45%
TOTAL	12.855	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. Considerando o sexo, a população masculina é predominante a feminina, apresentando 6.536 e 6.319 respectivamente.

Tabela 2. Matrícula escolar de 2016-2020. Tomar do Geru, 2021.

ENSINO	ANO				
	2016	2017	2018	2019	2020
INFANTIL	690	638	614	568	542
FUNDAMENTAL	2.282	2.200	2.140	2.042	433
MÉDIO	428	463	423	433	452

Fonte: IBGE, 2021.

Em análise histórica a partir de 2016 a 2020, observamos que há uma diminuição no número de matrículas desde 2018 ao somar todas as matrículas na rede de ensino. 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 a acometimentos e transformações no corpo.

4. ANÁLISE SITUACIONAL

4.1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

a) REDE FÍSICA INSTALADA

Tabela 3. Tipo de Estabelecimento por tipo de prestador. Tomar do Geru, 2021.

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA /POSTO DE SAÚDE / UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	05	05	-	-
UNIDADE MISTA DE SAÚDE	01	01	-	-
POLO ACADEMIA DA SAÚDE	01	01	-	-
SECRETARIA DE SAÚDE	01	01	-	-
TOTAL	08	08	-	-

Fonte: CNES/DATASUS, 2021.

Toda rede física prestadora de serviço ao SUS no município é composta por 01 Unidade Mista de Saúde, 05 Centros de Saúde/Posto de Saúde/UBS, 01 Polo de Academiade Saúde e todos sob a gestão e administração municipal.

b) RECURSOS HUMANOS

Tabela 4. Profissionais de acordo com a natureza do vínculo. Tomar do Geru, 2021.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO			
TIPO			TOTAL
CONTRATO	POR	PRAZO	35
DETERMINADO			
COMISSIONADO			15
ESTATUTÁRIO			95
CELETISTA			16
AGENTE POLÍTICO			01
TOTAL			162

Fonte: Folha de Pagamento/setembro, 2021.

Tabela 5. Relação de ocupação. Tomar do Geru, 2021.

Ocupações em geral
Agente Comunitário de Saúde
Agente de Combate as Endemias
Assistente Administrativo
Assistente Social
Auxiliar de Enfermagem
Assessor
Agente de Limpeza
Auxiliar de Saúde Bucal
Merendeira
Auxiliar de Serviços de Gerais
Cirurgião Dentista
Diretor
Telefonista
Enfermeiro
Chefe
Escriturário
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Médico Clínico
Secretário
Coordenador
Técnico de Enfermagem
Vigilante
Motorista
Servente
Guarda Municipal

Fonte: Relação de Servidores, setembro, 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, assim como laboratório credenciado pelo Consórcio Conivales.
- Em relação aos exames de imagem e citopatologia, estes são realizados nos locais de referência pactuados junto ao Departamento Regional de Saúde.

d) REGULAÇÃO

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

Na área de obstetrícia, a regulação é feita pela regulação Estadual.

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

4.2. PERFIL DE MORTALIDADE

No ano de 2020 tivemos o registro consolidado de 84 óbitos, sendo as quatro principais causas de óbitos no município a seguir: doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, sintomas e sinais e achados anormais e causas externas.

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.

O número de óbito infantil em 2020 foi de 02 óbitos. 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.

Tabela 6. Mortalidade por Grupo de Causa. Tomar do Geru/SE, 2020.

Causa (Capítulo CID10)	2020	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	13,09
II. Neoplasias (tumores)	05	5,95
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	05	5,95
VI. Doenças do sistema nervoso	01	1,20
IX. Doenças do aparelho circulatório	28	33,33
X. Doenças do aparelho respiratório	03	3,57
XI. Doenças do aparelho digestório	06	7,14
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	01	1,20
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	02	2,38
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	01	1,20
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	02	2,38
XVIII. Sint. Sinais e achad anorma ex clin e laborat	10	11,90
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	09	10,71
Total	84	100%

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

5. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A atenção básica na assistência à saúde em Tomar do Geru está estruturada a partir das equipes de saúde da família distribuídas nas 05 Centros de Saúde da Família/Posto de Saúde/UBS, 01 Unidade Mista de Saúde e 01 Polo de Academia da Saúde, sendo que a maioria dessas unidades estão situadas na área rural. A estrutura física em algumas localidades não está dentro dos padrões do Ministério da Saúde.

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

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

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

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

Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde

que as Unidades de Saúde oferecem de acordo com as necessidades locais como grupos de caminhada, grupos de orientações para pacientes portadores de hipertensão e diabetes, grupos de atividade física, entre outros. São realizadas ações educativas nos espaços coletivos, como escolas, grupos comunitários e orientações individuais em temas como: autocuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre IST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, melhoria de autoestima.

A atenção odontológica é desenvolvida por 03 Equipes de Saúde Bucal nas unidades de saúde e ainda dão suporte as áreas descobertas.

6. RECURSOS FINANCEIROS

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

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

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

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

Entretanto é notório que o investimento pelos municípios é muito acima do mínimo constitucional. Sendo o município que abriga o usuário, esse acaba

sendo responsabilizado e arcado com toda diferença no financiamento das ações de saúde.

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

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

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

No ano de 2020, o município de Tomar do Geru recebeu R\$ 5.413.254,04 em repasses do Ministério da Saúde distribuído por blocos descritos abaixo:

Tabela 8. Demonstrativo de repasse por bloco do ano de 2020. Tomar do Geru, 2021.

BLOCO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
Custeio	R\$ 5.395.879,04	R\$ 0,00	R\$ 5.395.879,04
Investimento	R\$ 17.375,00	R\$ 0,00	R\$ 17.375,00
Total Geral	R\$ 5.413.254,04	R\$ 0,00	R\$ 5.413.254,04

Fonte: FNS, 2021.

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

BIMESTRE	ANO		
	2018	2019	2020
6º BIMESTRE	22,38	19,36	21,38

Fonte: SIOPS, 2021.

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

Tabela 10. Despesas com Saúde de Tomar do Geru, 2020.

DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS) - POR SUBFUNÇÃO E CATEGORIAECONÔMICA	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)	517.000,00	527.988,87	414.498,54	78,51	414.498,54	78,51	369.686,54	70,02	0,00
Despesas Correntes	512.000,00	527.988,87	414.498,54	78,51	414.498,54	78,51	369.686,54	70,02	0,00
Despesas de Capital	5.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (V)	987.500,00	813.887,05	716.502,17	88,03	716.502,17	88,03	638.734,59	78,48	0,00
Despesas Correntes	985.500,00	813.887,05	716.502,17	88,03	716.502,17	88,03	638.734,59	78,48	0,00
Despesas de Capital	2.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (VI)	13.000,00	42.033,16	42.033,16	100,00	42.033,16	100,00	42.033,16	100,00	0,00
Despesas Correntes	13.000,00	42.033,16	42.033,16	100,00	42.033,16	100,00	42.033,16	100,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VII)	36.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	35.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	1.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VIII)	74.500,00	255.740,61	235.819,62	92,21	235.819,62	92,21	222.476,50	86,99	0,00
Despesas Correntes	74.000,00	255.740,61	235.819,62	92,21	235.819,62	92,21	222.476,50	86,99	0,00
Despesas de Capital	500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO(IX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (X)	1.864.600,00	2.195.077,29	1.976.701,75	90,05	1.964.151,75	89,48	1.750.981,07	79,77	12.550,00
Despesas Correntes	1.852.100,00	2.125.687,24	1.916.571,70	90,16	1.914.021,70	90,04	1.718.851,02	80,86	2.550,00
Despesas de Capital	12.500,00	69.390,05	60.130,05	86,66	50.130,05	72,24	32.130,05	46,30	10.000,00
TOTAL (XI) = (IV + V + VI +VII + VIII + IX + X)	3.492.600,00	3.834.726,98	3.385.555,24	88,29	3.373.005,24	87,96	3.023.911,86	78,86	12.550,00

Fonte: SIOPS, 2021.

Ao apurar as receitas totais de impostos e transferências legais no valor de R\$ 7.461.876,03 e as despesas de recursos próprios no valor de R\$ 3.373.005,24 temos um percentual apurado de 21,38%, considerado regular para fins de apuração dos limites legais.

Tabela 11. Indicadores Financeiros de Tomar do Geru, 2020.

INDICADORES FINANCEIROS	
Participação % da receita de impostos na receita total do Município	3,75%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	78,68%
Participação % das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	14,45%
Participação % das transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	97,65%
Participação % das transferências da União para a Saúde (SUS) no total de transferências da União para o Município	22,00%
Participação da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais legais na Receita Total do Município	36,59%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante	R\$ 887,22
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	62,10%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,71%
Participação % da despesa com serviços de terceiros-pessoa jurídica na despesa total com Saúde	11,22%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	15,78%
Participação das transferências para a Saúde em Relação à despesa total do Município com saúde	43,75%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	21,38%

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.

7. CONTROLE SOCIAL

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

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

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

O município dispõe da Lei nº 629 de 11 de dezembro de 2014 que trata do Conselho Municipal e das outras providências. O atual CMS é constituído pelos seguintes: usuários, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e representantes do governo. 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 da 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.

8. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

11.1. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

“sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas 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 prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”.

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

9. 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).

10. COMPONENTES DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

a) POPULAÇÃO

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

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

b) ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO

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

11. 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).

12. 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).

13. 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).

14. 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).

14.1. 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).

14.2 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).

15. PROCESSO DE GESTÃO

15.1. PLANEJAMENTO

O processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde atende à legislação que instituiu o PlanejaSUS, no que se refere à elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão. O setor de Planejamento tem empreendido diversas ações visando aprimorar o processo e comprometer os profissionais de diferentes setores da gestão com o planejamento do trabalho e acompanhamento dos resultados alcançados, visando construir uma cultura de planejamento e avaliação. Percebe-se uma valorização dos profissionais quanto

ao planejamento, aos indicadores e ao processo de monitoramento e avaliação das ações realizadas. Entretanto, a falta de disponibilidade de informações de boa qualidade e o atraso tecnológico na informatização da Secretaria ainda constitui graves problemas que dificultam as ações do planejamento e da própria gestão.

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

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

15.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

A equipe gestora da Secretaria da Saúde de Tomar do Geru 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 às diversas formações ofertadas pelo Ministério da Saúde outros organismos federais e pela SES/SE.

15.3. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: ACOLHIMENTO

A implantação do acolhimento à demanda espontânea foi uma decisão de gestão. Inicialmente a temática será trabalhada em três momentos distintos: 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/doença. 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 Tomar do Geru, sejam elas da Estratégia de Saúde da Família ou do modelo tradicional.

16. POLÍTICA INTERSETORIAIS

16.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS SOCIAIS

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

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

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

Na educação básica, fonte estável de recursos se estabeleceu com o

FUNDEF 14/1996, regulamentado pela Lei 9.424/1996.

Na saúde, o FNS, tornou financeiramente viável o SUS (Sistema Único de Saúde). Em 2000 surgiu o Fundo Nacional de Combate e Erradicação da Pobreza beneficiando famílias abaixo da linha de pobreza. Mais que recursos, porém, uma nova articulação com a sociedade civil se erigiu em 1995 através do Programa Comunidade Solidária que concatenou e priorizou um conjunto de 20 programas, executados por nove ministérios (Agricultura, Educação, Esportes, Fazenda, Justiça, Planejamento e Orçamento, Previdência e Assistência Social, Saúde e Trabalho). A sinergia das ações governamentais, o foco de trabalho e o apoio da sociedade permitiram modificar o conteúdo e o caráter das políticas sociais no Brasil.

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

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

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

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

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

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

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

Hoje o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) é um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país, 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.

16.2. PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

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

17. CRESCER SAUDÁVEL

Esse programa consiste em um conjunto de ações a serem implementadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, com o objetivo de contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil.

O Crescer Saudável precisa estar atrelado com a Educação, pois ele está diretamente vinculado ao PSE e prevalece a articulação intersetorial, primordialmente com a Educação, em função da complexidade dos determinantes da obesidade e da influência dos ambientes no seu desenvolvimento.

18. ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL

A Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021, é uma iniciativa da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de

Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/ DEPROS/SAPS/MS) que tem como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças brasileiras.

Esta Estratégia é uma convocação do Ministério da Saúde a todos os gestores, profissionais de saúde, sociedade civil e parceiros para que possamos reconhecer a obesidade infantil como um problema prioritário de saúde pública e compartilhar a responsabilidade na implementação de medidas efetivas na prevenção e atenção à obesidade infantil no país.

O PROTEJA contempla um conjunto de ações essenciais e complementares que, reunidas e implementadas, em nível municipal, poderão apoiar a reversão do cenário de obesidade infantil no país. Para tanto é necessário a implantação de um grupo de trabalho de ações intersetoriais para o cumprimento das metas previstas no plano de ação.

Toda essa preocupação com a questão do sobrepeso e obesidade é que em 2017, o IMC elevado foi responsável por 165.954 mortes e 5.095.125 DALYs (Disability Adjusted Life Years - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade).⁸ No Brasil, os custos financeiros totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais em 2018 (NILSON *et al.* 2019). Desses custos, 11% foram referentes ao tratamento da obesidade. Levando em conta apenas a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão. O aumento dos custos dos cuidados de saúde, associado ao aumento das taxas de obesidade, é uma tendência em diversos países. No Brasil, estima-se uma duplicação dos custos de saúde relacionados à obesidade de US\$ 5,8 bilhões em 2010 para US\$ 10,1 bilhões em 2050 (SHEKAR e POPKIN, 2020).

19. ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) foi instituída no Sistema Único de Saúde, a partir da Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, como resultado de uma ação conjunta da Coordenação Geral de Alimentação e

Nutrição (CGAN/SAPS) e da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (COCAM/SAPS) do Ministério da Saúde, em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde, porém no ano de 2021 ela entra no PRETEJA como uma das ações essenciais a sua implementação com objetivos Gerais e qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, assim como aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

20. SELO UNICEF

O Selo UNICEF é uma iniciativa do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para estimular e reconhecer avanços reais e positivos na promoção, realização e garantia dos direitos e da Amazônia Legal brasileira. Ao aderir ao Selo UNICEF, o município assume o compromisso de manter a agenda de suas políticas públicas pela infância e adolescência como prioridade.

Adesão ao Selo UNICEF é espontânea. O Selo UNICEF contribui para o alcance de 8 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, uma agenda global acordada por todos os Estados-Membros das Nações Unidas até 2030 (SELO UNICEF, 2022). O Município de Tomar do Geru aderiu a selo UNICEF com vigência para o ano 2021-2024.

Existem 2023 municípios participantes do Selo, sendo que 1.347 fazem parte do Semiárido Brasileiro, e 676 estão na Amazônia Legal Brasileira. A seguir veja os municípios que aderiram ao selo no Brasil.

Mapa 2. Municípios que Aderiram ao Selo No Brasil.



Fonte: Selo UNICEF, 2022.

21. AÇÕES E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

21.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / ATENÇÃO BÁSICA

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

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para respondera 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 Tomar do Geru é através da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

O município conta com 01 CAPS, 01 Centro de Saúde e 06 Unidades de Saúde da Família, os quais estão descritas no início deste Plano.

21.2. ACOLHIMENTO NAS UBS

Objetivando mudar essa realidade a Coordenação da Atenção Básica junto a Responsabilidade Técnica de Enfermagem elaborou os Protocolos de Enfermagem do Município de Tomar do Geru 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 Tomar do Geru. 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.

21.3. SAÚDE BUCAL

A Atenção à Saúde bucal na Atenção Básica está sendo estruturada para fazer parte das Equipes de Saúde da Família. Atualmente a atenção odontológica é desenvolvida por 03 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 dosescolares.

21.4. NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

O município conta para esse serviço a equipe multiprofissional ligados a atenção básica.

21.5. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS

O município possui convênio com Cristinápolis para ser assistido pelo Centro de Atenção Psicossocial/CAPS localizado naquela cidade, que atende seus usuários diariamente (segunda a sexta), nos dois turnos, promovendo além de atendimento clínico e ambulatorial, oficinas a seus usuários. O corpo técnico é constituído por diversos profissionais.

21.6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

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

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

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

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

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

condicionantes.

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

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

22. METAS E DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

DIRETRIZ Nº 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.

OBJETIVO Nº 1.1 - Ampliar o acesso e fortalecer a atenção básica, com ênfase na APS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Manter ,adquirir ou locar ambulâncias	Nº de veículos Mantidos, adquiridos ou locados pela Secretaria Municipal de saúde	-	-	Número	10	Número	2	3	3	2
1.1.2	Ampliar a disponibilização de internet nas Unidades de Saúde, Postos de Saúde e Centros de Saúde	Nº de unidades de saúde com o serviço	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
1.1.3	Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Nº de unidades de saúde com o serviço	-	-	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.4	Ampliar cobertura do acompanhamento das	Percentual de cobertura de acompanhamento das	-	-	Percentual	88	Percentual	88	90	92	94

	condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)										
1.1.5	Ampliar o número de unidade de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Nº de unidades de saúde com o serviço	0	-	Número	4	Número	1	1	1	1	
1.1.6	Aumentar a cobertura populacional pelas equipes de Saúde Bucal	Percentual de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	-	-	Percentual	100	Percentual	20	30	20	30	
1.1.7	Construir, reformar e/ou ampliar as Clínicas de Saúde da Família e/ou Unidades de Saúde da Família e/ou Postos de Saúde	Nº de unidades de saúde que foram reformadas e/ou ampliadas	-	-	Número	7	Número	1	1	3	2	
1.1.8	Contratar empresa ou pessoa física que preste serviço de buffet para auxílio nos eventos da atenção básica	Nº de serviços licitados	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1	
1.1.9	Contratar empresa ou prestador de serviço para manutenção dos aparelhos de ar-condicionado	Nº de empresas ou prestador de serviço contratados	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1	
1.1.10	Contratar empresa ou prestador de serviço para realizar capacitações, cursos e treinamentos com os profissionais	Nº de empresas ou prestador contratados	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1	
1.1.11	Contratar empresa para recolher o lixo biológico	Nº de empresas contratadas	-	-	-	1	Número	1	1	1	1	
1.1.12	Contratar empresa que forneça equipamentos de impressão e recarga de cartuchos	Nº de empresas contratadas	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1	
1.1.13	Contratar profissionais médicos e/ou enfermeiros e/ou psicólogo e/ou assistente social e/ou fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista e/ou educador físico e/ou psicopedagogo e/ou oficineiro	Nº de profissionais contratados	-	-	Número	100	Número	20	30	30	20	
1.1.14	Desenvolver ações estratégicas da Equipe Multiprofissional e eSF	Nº de ações realizadas	-	-	Número	24	Número	6	6	6	6	

1.1.15	Equipar com material permanente as Clínicas de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, NASF e Secretaria	Nº de Unidades de Saúde e Secretaria equipadas	-	-	Número	7	Número	2	2	2	1
1.1.16	Fornecer camisas aos profissionais envolvidos nas campanhas de vacinas e eventos de atenção básica	Percentual de profissionais que receberam camisas	-	-	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.17	Fornecer medicamento aos ACS e ACE	Percentual de Profissionais de Saúde que receberam medicamentos	-	-	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.18	Implantar o prontuário eletrônico através do sistema de gestão da saúde no município	Percentual de equipes com PEC implantado	-	-	Percentual	100	Percentual	0	20	40	40
1.1.19	Implantar serviço no almoxarifado para o controle e automatize das Operações de Estoque	Nº de serviço implantado	-	-	Número	1	Número	0	1	0	0
1.1.20	Locar veículos para transportar os profissionais para realizar atendimentos e auxiliar nos deslocamentos das unidades de saúde	Nº de veículos locados	-	-	Número	11	Número	2	3	3	3
1.1.21	Locar veículos para transportar os usuários do SUS para realizarem atendimento fora e dentro do município	Nº de veículos locados	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
1.1.22	Realizar ações coletivas em cuidados com a saúde bucal	Nº de ações coletivas realizadas em cuidados com a saúde bucal	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
1.1.23	Realizar ação estratégica para acolhimento da população LGBTQI	Nº de ações realizadas	-	-	Percentual	4	Número	1	1	1	1
1.1.24	Realizar ações de saúde de combate e prevenção a COVID-19	Nº de ações realizadas	-	-	Número	16	Número	4	4	4	4

1.1.2 5	Realizar ações do Programa Saúde na Escola, PROTEJA, EAAB e Crescer Saudável	Nº de ações realizadas no Programa Saúde na Escola, PROTEJA, EAAB e Crescer Saudável	0	-	Número	80	Número	20	20	20	20
1.1.2 6	Realizar campanhas de conscientização, prevenção e do diagnóstico precoce de doenças com alta incidência de mortalidade entre homens e mulheres	Nº de campanhas realizadas	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
1.1.2 7	Realizar manutenção de jardinagem nas unidades de saúde/secretaria	Nº de Unidades de Saúde/secretaria com manutenção	-	-	Número	28	Número	7	7	7	7
1.1.2 8	Realizar reparo e manutenção nos equipamentos das unidades de saúde	Nº de unidades de saúde que receberam reparo e manutenção nos equipamentos	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
1.1.2 9	Reduzir o número de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Nº de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	-	-	Percentua 	35	Percentua 	20	25	30	35
1.1.3 0	Reduzir internações por causas sensíveis à atenção básica	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	-	-	Percentua 	30	Percentua 	15	20	25	30
1.1.3 1	Adquirir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde	Nº de unidades mantidas com a aquisição de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde	-	-	Número	5	Número	5	5	5	5

OBJETIVO Nº 1.2 - Organizar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito municipal para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.2.1	Alcançar a cobertura de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal	Percentual de cobertura de gestantes com 06 ou mais consultas de pré-natal	-	-	Percentua 	95	Percentua 	70	80	90	95
1.2.2	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	-	-	Percentua 	76	Percentua 	70	72	74	76
1.2.3	Garantir o acesso a consulta e exames de pré-natal nas unidades de saúde	Percentual de Unidades de Saúde que garantem o acesso e os exames de pré-natal	-	-	Percentua 	90	Percentua 	90	90	90	90

1.2.4	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos MIF (10 a 49 anos) investigados	-	-	Percentua l	100	Percentua l	100	100	100	100
1.2.5	Investigar os óbitos infantis e fetal	Proporção de óbitos fetal e infantil investigados	-	-	-	100	Percentua l	100	100	100	100
1.2.6	Realizar capacitação com gestantes nas Unidades de Saúde	Nº de gestantes	-	-	Número	4	Número	2	2	2	2
1.2.7	Realizar consulta odontológica nas gestantes do município	Percentual de gestantes que receberam consulta odontológica	-	-	Percentua l	95	Percentua l	70	80	90	95
1.2.8	Realizar testes de HIV nas gestantes do município	Percentual de gestantes que realizaram testes de HIV	-	-	Percentua l	95	Percentua l	70	80	90	95
1.2.9	Realizar testes de sífilis nas gestantes do município	Percentual de gestantes que realizaram testes de sífilis	-	-	Percentua l	95	Percentua l	70	80	90	95
1.2.1 0	Reduzir o número de casos de sífilis congênita em menores de um ano idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	-	-	Número	3	Número	2	1	0	0
1.2.1 1	Reduzir o número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	-	-	Percentua l	0	Número	0	0	0	0
1.2.1 2	Reduzir o número de óbitos infantis	Taxa de mortalidade infantil	-	-	Taxa	1	Taxa	1	0	0	0
1.2.1 3	Reduzir o número maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	-	-	Número	0	Número	0	0	0	0
1.2.1 4	Reduzir os casos de infecções causadas pelo Aedes aegypti em gestantes	Número de casos de infecções causadas pelo Aedes aegypti em gestantes	-	-	Percentua l	100	Percentua l	90	93	96	100

1.2.1 5	Tratar as gestantes com sífilis	Número de gestantes com sífilis que foram tratadas	-	-	Percentua l	100	Percentua l	100	100	100	100
------------	---------------------------------	--	---	---	----------------	-----	----------------	-----	-----	-----	-----

OBJETIVO Nº 1.3 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	An o	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.3.1	Ampliar o percentual de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	Percentual de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0	-	Percentua l	40	Percentua l	10	10	10	10
1.3.2	Ampliar o percentual 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	Percentual de exames de citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0	-	Percentua l	40	Percentua l	10	10	10	10

OBJETIVO Nº 1.4 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	An o	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.4.1	Ampliar a assistência em Saúde Mental nas unidades de saúde	Percentual de Unidades de Saúde que ofertam assistência em saúde mental	-	-	Percentua l	100	Percentua l	100	100	100	100

1.4.2	Conscientizar as equipes de saúde quanto a importância das ações de Saúde Mental	Percentual de equipes conscientizadas	-	-	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.4.3	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 de matriciamento realizadas	-	-	Número	12	Número	3	3	3	3

OBJETIVO Nº 1.5 - Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e da assistência.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.5.1	Implantar/Implementar a Academia da Saúde	Percentual de implementação da academia da saúde	0	-	Número	1	Número	0	1	0	0
1.5.2	Implementar consultas de HiperDia nas unidades de saúde	Percentual de implementação do Programa HiperDia	-	-	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.5.3	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 (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	-	-	Número	74	Número	20	19	18	17

DIRETRIZ Nº 2 - Redução dos riscos e agravos a saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

OBJETIVO Nº 2.1 - Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Adquirir ou Locar veículo para realização das ações de vigilância	Nº de veículos adquiridos	-	-	Número	2	Número	0	1	1	0
2.1.2	Aferir a pressão arterial dos usuários com diagnósticos de Hipertensão Arterial Sistêmica	Percentual de aferição alcançado	-	-	Percentual	90	Percentual	70	80	85	90
2.1.3	Ampliar a cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Percentual de cobertura dos imóveis visitados	-	-	Percentual	84	Percentual	80	82	83	84
2.1.4	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 em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	-	-	Proporção	86	Proporção	80	82	84	86
2.1.5	Ampliar a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase	-	-	Proporção	100	Proporção	100	100	100	100
2.1.6	Aumentar a cobertura das vacinas selecionadas do calendário de vacinação para crianças menores de dois anos de idade – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada	Proporção de vacinas selecionadas do calendário de vacinação para crianças menores de dois anos de idade – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada	0	-	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95

2.1.7	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar	-	-	Proporção	93	Proporção	90	91	92	93
2.1.8	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	-	-	Proporção	93	Proporção	90	91	92	93
2.1.9	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	-	-	Proporção	98	Proporção	95	96	97	98
2.1.10	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)	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerradas em até 60 dias após notificação	-	-	Proporção	91	Proporção	85	87	89	91
2.1.11	Garantir a cobertura vacinal antirrábica dos cães	Proporção da cobertura vacinal antirrábica dos cães	-	-	Proporção	86	Proporção	80	82	84	86
2.1.12	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Proporção de testes de HIV realizados nos novos casos de tuberculose	-	-	Proporção	100	Proporção	100	100	100	100
2.1.13	Implementar o serviço de vigilância e atenção às violências	Percentual de implementação do serviço de vigilância	-	-	Percentual	100	Percentual	100	0	0	0
2.1.14	Manter a taxa de prevalência anual de hanseníase abaixo de 1/10.000	Nº de casos de hanseníase	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
2.1.15	Monitorar o estado nutricional de das crianças e adolescentes	Percentual de cobertura de crianças e adolescentes monitoradas	-	-	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95

2.1.16	Monitorar o estado nutricional de das gestantes	Percentual de cobertura de gestantes monitoradas	-	-	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95
2.1.17	Realizar campanha de combate as drogas	Nº de campanhas de combate as drogas realizadas	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
2.1.18	Realizar campanhas de vacinação	Nº de campanhas de vacinação realizadas	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
2.1.19	Realizar campanhas de vigilância em saúde	Nº de campanhas de vigilância em saúde realizadas	-	-	Número	16	Número	4	4	4	4
2.1.20	Realizar ciclos com percentual mínimo de 80% dos imóveis visitados para controle da dengue	Nº de ciclos realizados	-	-	Número	24	Número	6	6	6	6
2.1.21	Realizar educação em saúde para prevenção da obesidade infantil	Nº de ações realizadas	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
2.1.22	Realizar inspeções sanitárias nos estabelecimentos municipais de produção, comercialização e consumo de alimentos para evitar exposição da saúde a risco	Nº inspeções realizadas	-	-	Número	10.000	Número	100	100	100	100
2.1.23	Reduzir o índice de obesidade infantil	Percentual de redução do índice de obesidade infantil	-	-	Percentual	40	Percentual	10	20	30	40
2.1.24	Solicitar e Avaliar exame Hemoglobina Glicada nos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus	Percentual de solicitação e avaliação do exame	-	-	Percentual	100	Percentual	70	80	90	95

DIRETRIZ Nº 3 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS**OBJETIVO Nº 3.1 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Adquirir medicamentos e insumos da RENAME e REMUME	Proporção de medicamentos e insumos da RENAME e REMUME adquiridos	-	-	Proporção	95	Proporção	90	90	90	90
3.1.2	Estruturar a farmácia da atenção básica e a central de armazenamento	Percentual de serviço estruturado	-	-	Percentual	100	Percentual	100	0	100	0
3.1.3	Atualizar periodicamente a REMUME	Número de Atualização da REMUME anualmente	0	-	Número	8	Número	2	2	2	2
3.1.4	Realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos	Nº de ações realizadas	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1

DIRETRIZ Nº 4 - Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS**OBJETIVO Nº 4.1 - Implementar e qualificar a assistência laboratorial potencializando a capacidade de resposta da rede municipal de atenção à saúde.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Ampliar a oferta do teste rápido de HIV, sífilis, Hep. B e C nas unidades básicas de saúde	Percentual de Unidades de Saúde que oferecem testes rápidos	-	-	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95
4.1.2	Realizar teste de triagem (teste do pezinho) nas unidades de saúde	Percentual de Unidades de Saúde que realizam teste do pezinho	-	-	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ Nº 5 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

OBJETIVO Nº 5.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendam ao SUS com vínculos empregatício estatutário	Percentual de trabalhadores que possuem vínculo empregatício estatutário	-	-	Percentual	60	Percentual	50	58	59	60
5.1.2	Contratar empresa de consultoria em Gestão de Saúde Pública	Nº de empresas contratadas	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
5.1.3	Realizar Educação Permanente para os profissionais da Atenção Primária em Saúde em assuntos ligados as Estratégias e Programas do MS e temáticas diversas	Nº de Educação Permanente para os profissionais da Atenção Primária em Saúde em assuntos ligados as Estratégias e Programas do MS e temáticas diversas	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
5.1.4	Implantar Política Municipal da Saúde do Trabalhador	Política implantada	-	-	Número	1	Número	0	1	0	0
5.1.5	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	Nº de ações realizadas	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
5.1.6	Qualificar os profissionais da Saúde da Família nas redes de atenção	Percentual de profissionais que foram qualificados	-	-	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ Nº 6 - Potencialização da Participação e Controle Social

OBJETIVO Nº 6.1 - Estimular vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, educadores populares com o SUS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025

6.1.1	Ampliar o percentual de conselheiros de saúde cadastrados no SIACS	Percentual de conselheiros cadastrados	-	-	Percentua l	100	Percentua l	100	100	100	100
6.1.2	Capacitar novos conselheiros	Percentual de conselheiros capacitados	-	-	Percentua l	100	Percentua l	0	100	0	0
6.1.3	Enviar Plano de Saúde ao Conselho de Saúde	Nº de Plano enviado ao Conselho Municipal de Saúde	-	-	Número	1	Número	0	0	0	1
6.1.4	Equipar o Conselho Municipal de Saúde	Nº de conselho equipado	-	-	Número	1	Número	0	1	0	0
6.1.5	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	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
6.1.6	Realizar conferência Municipal de saúde	Nº de conferências realizadas	-	-	Número	1	Número	0	1	0	0
6.1.7	Realizar Conferência Municipal de Saúde Mental	Nº de Conferência Municipal de Saúde Mental realizada	-	-	Número	1	Número	1	0	0	0

23. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

O resultado 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

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.p df>. Acesso em: 14 de setembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Visapromover 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 ea transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na formade blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.**Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2007.

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Sistema Único de Saúde. Brasília:** CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS2011, v. 1).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades.**

Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=280110&search=||infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>>. Acesso em: 14 de setembro 2019.

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

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

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

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO

BRASIL. **Portal Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em:

<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>. Acesso em: 14 de setembro de 2019.

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

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

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