



PREFEITURA MUNICIPAL DE MALHADOR
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 – 2021

**Elayne de Oliveira Araújo
Prefeita Municipal**

**Gilson Cardoso dos Santos filho
Secretário Municipal de Saúde**

**Cherla Menezes de Andrade Araújo
Presidente do Conselho Municipal de Saúde**

MALHADOR- SE

2018

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
I. ANÁLISE SITUACIONAL	5
I.1. Mortalidade Geral	6
I.2. Doenças Transmissíveis.....	6
I.3. Doenças e Agravos não Transmissíveis.....	6
I.4. Infecção respiratória aguda (IRA).....	7
I.5. Saúde Bucal	8
II. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE.....	8
II.1. Aspectos socioeconômicos	8
II.2. Índice de Desenvolvimento Humano	8
III. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	9
IV. MODELO DE ATENÇÃO	10
V. TERRITORIALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO	11
VI. REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	12
VI.1. Atenção Primária em Saúde	12
VI.2. Atenção Especializada Ambulatorial	14
VI.3. Serviços Especializados de Atenção à Saúde.....	14
VI.4. Assistência Farmacêutica	15
VII. ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS	16
VIII. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	17
XIX. GESTÃO EM SAÚDE	17
XIX.1. Planejamento	19
XIX.2. Financiamento	20
X. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE	22
X.1. Gestão do Trabalho	22
X.2. Dimensionamento de pessoal	23
X.3. Absenteísmo	23
XI. HUMANIZAÇÃO.....	24
XII. COMUNICAÇÃO	24
XIII. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	25
XIV. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	26
XIV.1. Propostas aprovadas na 4ª Conferência Municipal de Saúde.....	26
REFERÊNCIAS	37

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de Malhador para o quadriênio 2018-2021, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde.

A análise situacional do plano seguiu o modelo do Plano Nacional de Saúde 2016 - 2019, com a divisão entre quatro eixos: **CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO; DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE; ACESSO, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE** e **GESTÃO EM SAÚDE**.

A discussão iniciou-se em Junho de 2017, através de reuniões na sede do município e comunidades com representantes da Administração Municipal, representantes da Secretaria de Saúde e representantes das comunidades. Foram levantados pontos em que se precisa avançar na saúde municipal e após discussões, a comunidade apresentou suas contribuições para o quadriênio 2018 – 2021.

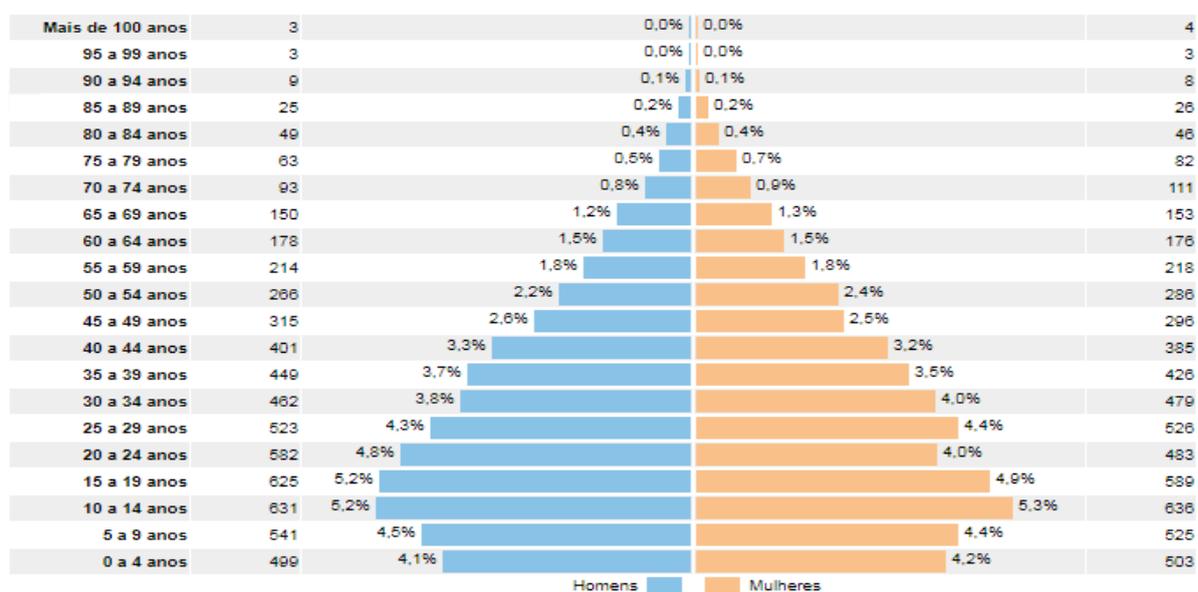
Em consonância com a situação atual de saúde do Município de Malhador, foram elaboradas as metas possibilitando a transversalidade dos setores que compõe a Secretaria Municipal de Saúde e os demais setores da Administração Municipal, buscando maior alinhamento entre as ações estratégicas da Secretaria da Saúde com as ações intersetoriais do Plano de Governo e, conseqüentemente, com a sua execução orçamentária.

I. ANÁLISE SITUACIONAL

Malhador é um município brasileiro do estado de Sergipe. Fundado em 1953, localiza-se no centro do estado. Localiza-se bem no centro do Estado de Sergipe, num planalto, edifica-se a sede do município de Malhador, a 49km de Aracaju, sua respectiva capital, de acordo com a divisão fisiográfica do Estado de Sergipe. O município, cujas coordenadas geográficas são: latitude 10°39'28" sul e a uma longitude 37°18'17" oeste, tem sua sede edificada na parte sul do território do município, a pequena distância da margem esquerda do rio Jacarecica, estando a uma altitude de 251 metros. Sua população estimada em 2020, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 12.653 habitantes.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população.

No município de Malhador esta realidade não é diferente e a porcentagem de idosos se mostra maior ano a ano. No tocante ao sexo, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE censo 2010, existe um empate técnico entre pessoas do sexo masculino e feminino.



Fonte: IBGE 2010

Para assistir essa população, no setor saúde definiu-se a atenção primária como ordenadora da rede de atenção a saúde do cidadão de Malhador. A população é em sua maioria usuária do Sistema Único de Saúde, por isso como município de pequeno porte,

Malhador qualificou 05 Equipes de Saúde da Família, 02 Equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, distribuídas na zona rural e urbana, atualmente com 100% da cobertura populacional, conforme Parâmetros Nacionais, contamos ainda com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para apoio matricial às equipes e um Pólo de Academia da Saúde.

I.1. Mortalidade Geral

Em 2017, Malhador registrou: Óbitos p/Residência por Município:84 óbitos.

I.2. Doenças Transmissíveis

O Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) é a metodologia recomendada pelo Ministério da Saúde para a determinação do Índice de Infestação Predial (IIP) do mosquito vetor da dengue (*Aedes aegypti*). Através da amostragem de imóveis do município, pode-se realizar um rápido diagnóstico da situação da presença de larvas do mosquito vetor na cidade.

Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) realizaram visitas, durante todo o ano e em todos os bairros, coordenados pela Coordenação de Endemias do município. Por suas características demográficas apresenta elevado risco de transmissão de dengue em Malhador.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de mobilizar a população para o efetivo controle dos depósitos nos imóveis residenciais e comerciais, assim como do poder público, nas áreas sob sua responsabilidade. Além disso, os serviços de saúde do município devem estar preparados para diagnosticar e notificar os casos de dengue propiciando uma rápida intervenção ambiental. Somente com esses cuidados será possível minimizar as condições de transmissão da dengue em Malhador nos próximos anos.

I.3. Doenças e Agravos não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011a). No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, sendo responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT et al, 2011), correspondendo a 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados

brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA et al, 2006).

Os indicadores de mortalidade pelas Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) têm no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) a principal fonte de dados. O documento que alimenta o SIM é a Declaração de Óbito (DO) preenchida pelo médico ao constatar um óbito.

Não há, atualmente um sistema unificado de informação sobre morbidade por DANT na SMS. Entretanto, é possível conjugar vários sistemas de informação para elaboração de indicadores de morbidade. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) constitui o principal sistema de informação de morbidade, através do qual é possível obter um conjunto de variáveis a cerca de 80% das internações hospitalares, como a causa da internação, os dias de permanência, a evolução da situação de saúde que levou a internação, custos diretos, etc. Todas as informações obtidas podem ser desagregadas até o nível municipal.

I.4. Infecção respiratória aguda (IRA)

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) foram incluídas entre os três principais problemas de saúde pública da infância ainda no final da década de 60, junto com as doenças diarréicas e a desnutrição (Benício,2000). Estes três problemas de saúde são considerados responsáveis pela maioria das mortes antes dos cinco anos de idade, e são a causa mais freqüente pela qual uma criança perde sua saúde durante seus primeiros anos de vida.

Contudo, apesar do caráter global da distribuição da IRA, seu impacto sobre as taxas de hospitalização e os óbitos entre crianças sofre diferenciações significativas, relacionadas às desigualdades existentes no desenvolvimento econômico dos diversos países e regiões. Estima-se que aproximadamente 70.000 crianças com menos de cinco anos morram anualmente no continente americano em consequência de infecções respiratórias agudas, aproximadamente, 15% de todas as mortes que ocorrem anualmente de nesta faixa etária.

As internações por IRA apresentam clara associação sazonal, com cerca de 70% delas ocorrendo no período do inverno, entre os meses de dezembro a março. É neste período que devemos concentrar os esforços de organização da rede para atendimento desta grande e importante demanda.

A probabilidade de doenças respiratórias aumenta em crianças que convivem na mesma residência com pessoas que fumam. O tabagismo passivo aumenta o número de crises de asma, bronquite, rinite alérgica, sinusite, otites e pneumonias bacterianas entre as crianças,

especialmente abaixo dos 5 anos de idade, sendo importante a abordagem sobre o tabagismo com pais/responsáveis. A alta morbimortalidade por IRA nesta faixa etária, com elevado custo humano e social, justifica os esforços da rede pública de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e curativas eficazes para estas patologias.

I.5. Saúde Bucal

Segundo os dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal (SBBrasil 2010), em Malhador, das crianças que estão na faixa etária dos 5 anos de idade (40% a 50%) dessas encontram-se livres de cárie na dentição decídua (dentes de leite).

Por isso, as crianças e adolescente que estão na 1º e último ano de ensino fundamental terão prioridade nas ações em saúde bucal pelas equipes de Atenção Primária em Saúde para os anos de 2018 a 2021. As ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal para fase da criança e adolescentes no município devem priorizar as crianças que estão iniciando o ensino fundamental (5 a 7 anos de idade) e os adolescentes que estão concluindo o ensino fundamental (15 a 19 anos).

II. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov,1996).

Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas regiões mais vulneráveis da cidade. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (determinantes sociais de saúde).

II.1. Aspectos socioeconômicos

O objetivo dessa subseção é apresentar um prisma de indicadores socioeconômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB), o IDH, a educação, trabalho e renda.

II.2. Índice de Desenvolvimento Humano

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para oferecer um contraponto ao PIB, tendo em vista que este somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento. É uma medida simplificada do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano, são eles: renda, Produto Interno Bruto (PIB) é o valor

de mercado de todos os bens e serviços finais produzidos em um país durante certo período de tempo. (MANKIWI, N. Gregory. Introdução à Economia. O IDH do Brasil é 0,718, que ficou em 84º lugar no IDH Global de 2011. O IDH do Município é 0,611).

III. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, cuja reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população.

Entre os desafios novos ou persistentes para o Sistema Único de Saúde - SUS destaca-se o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade, que se traduz na equidade a este acesso, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas.

A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012- 2015).

São inegáveis os avanços alcançados pelo SUS, os quais repercutiram de forma muito importante sobre a saúde da população. A expansão da atenção primária, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população, a redução da mortalidade infantil são exemplos que atestam as conquistas já registradas. Há, todavia, enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

Da mesma forma, Malhador apresentou grandes conquistas para a saúde pública nos últimos anos, das quais pode-se destacar, entre outras, a expansão da atenção primária e investimentos em tecnologia da informação, assim como a implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e do Pólo de Academia da Saúde.

Contudo, como em outras regiões do Brasil, enormes desafios se impõem para a gestão da saúde pública em Malhador, devido à transição demográfica, com o acentuado

envelhecimento da população, e a atual situação epidemiológica da cidade, havendo a necessidade de um novo modelo de atenção e a reorganização das suas redes de saúde.

Em países ou regiões que fizeram a transição epidemiológica clássica onde existe uma situação de acumulação epidemiológica ou de dupla carga das doenças com predomínio relativo das condições crônicas, o mais grave problema dos sistemas de saúde está na incoerência entre esta situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde hegemônico, que se caracteriza pela fragmentação do cuidado e pelo foco nas condições agudas.

Ao longo do tempo o modelo vigente se organizou mais pelo modelo econômico vigente do que as necessidades em saúde, onde a lógica é tratar a doença e não cuidar da saúde. Daí um sistema que funciona com base nos sintomas, médico-centrado, hospitalocêntrico. A razão é muito mais um modelo econômico do que uma proposição "técnica" do campo da saúde para atender majoritariamente às condições agudas ou agudizadas de saúde em serviços de alta densidade tecnológica. Isto fica evidente ao analisarmos a insuficiência de acesso a atenção primária, a situação de sobrecarga nas portas de urgência, a dificuldade de acesso a consultas e procedimentos eletivos em algumas especialidades e o elevado número de internações de urgência ou urgencializadas.

Estes dados demonstram fragilidade na formação de vínculo dos usuários na atenção primária, uma fragmentação da rede com a atenção isolada nos seus componentes sem a visão sistêmica e uma fragilidade das estratégias que regem a transição do cuidado no sistema de saúde municipal.

Neste contexto, o plano de Estruturação e Articulação da Rede de Atenção à Saúde em Malhador visa à organização do sistema dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde do usuário e da população atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, incluindo também a reabilitação e cuidados paliativos, através de uma rede integrada de ações e serviços, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS

IV. MODELO DE ATENÇÃO

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo, em determinada sociedade. (Mendes, 1993)

É preciso cuidar das pessoas para que não adoçam, para o controle das condições crônicas e não apenas cuidar da agudização das doenças. A integralidade é o princípio mais desafiador para o SUS, levando-se em conta as características singulares das condições agudas e das condições crônicas.

As Redes de Atenção a Saúde (RAS) podem ser definidas como conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ações cooperativas e interdependentes, coordenadas pela atenção primária à saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, de acordo com as necessidades dos usuários.

As ações e serviços devem ser prestados no tempo certo, no lugar certo, com a qualidade e tecnologia adequada, de forma humanizada, com equidade e com responsabilidades sanitária, social e econômica, com algumas especificidades para as situações agudas ou crônicas.

V. TERRITORIALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

Para fins de compreensão deste documento, território é entendido como sinônimo de espaço geográfico, pode ser definido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos) (Santos, 1996).

No setor saúde, os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania (Monken, ENSP, 2012). Inclui, portanto, tanto a estruturação física e espacial dos serviços como também os fluxos e relações entre serviços, profissionais e estes e os usuários dos serviços.

Na saúde, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (Monken e Barcellos, 2005, p. 898).

Em Malhador, o território e a sua população de 12.653 habitantes, são atendidos por 05 Equipes de Saúde da Família, 01 NASF I.

Para cada Estratégia de Saúde da Família estão definidos os limites geográficos e sua população, com vistas ao estabelecimento do conjunto de serviços a serem ofertados. Para a APS, esta oferta já está definida, sendo necessário qualificá-la para as demais esferas de atenção (Média e Alta Complexidade) e para a vigilância em saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB limita as áreas de atuação de uma ESF até pessoas 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de

equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Com o exposto, os desafios da territorialização e da regionalização para o quadriênio serão:

- ✓ Consolidação da territorialização e da regionalização no planejamento da SMS;
- ✓ Continuidade da regionalização para todos os serviços especializados não citados;
- ✓ Implantação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde;
- ✓ Modernização e informatização das Estratégias de Saúde da Família, com acesso descentralizado aos exames de rotina e complementares.

VI. REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

A atuação de forma territorialidade e regionalizada visam aos estabelecimentos das redes de atenção à saúde que, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Como estrutura administrativa e gerencial da SMS, são compostas por Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde sob a Coordenação Municipal da Atenção Básica.

Para o quadriênio 2018-2021, os desafios da SMS nas redes de atenção está na integração entre as esferas de atenção, com o fortalecimento da regulação dos serviços e na revisão dos processos de trabalho de forma integral, não se restringindo aos processos dos equipamentos de saúde de forma isolada, mas garantindo a transição do cuidado e fortalecendo a coordenação da APS.

VI.1. Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária de Saúde (APS) no município tem se colocado como ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde. O acesso aos serviços de saúde independente de sua complexidade deve ser assegurado, assim como respeitadas as equidades e as reais necessidades da população. Deve se garantir serviços na APS a toda à população, com capacidade diagnóstica e resolutiva assim como a existência de redes de apoio integradas e disponíveis.

É considerada a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável pela longitudinalidade do cuidado em saúde. Fundamenta-se pela otimização das ações em saúde agindo sobre as causas das doenças mais prevalentes que ocorrem na

população, manejando as doenças e maximizando a saúde. As Unidades de Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde constituem-se como os serviços protagonistas da APS, tendo como fortalecedores Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

Por ser reconhecida como as principais portas de entrada do sistema tanto para situações agudas de menor complexidade, como para demandas programadas, com o papel ordenador do cuidado transversal na Rede de Atenção à Saúde, devem ser dispersos em quantidade e efetividade suficientes no território local, de acordo com os seus atributos:

- ✓ proximidade com o usuário;
- ✓ longitudinalidade (vínculo);
- ✓ integralidade;
- ✓ foco no usuário, na família e na comunidade.

Além disso, os atributos devem cumprir três funções essenciais:

- ✓ Função resolutiva - de dar respostas efetivas a, pelo menos, 80% dos problemas mais comuns de saúde;
- ✓ Função de coordenação - de ordenar os fluxos e contra-fluxos dos usuários por todos os níveis da rede de atenção à saúde;
- ✓ Função de responsabilização - de responsabilizar-se pela saúde da população independentemente do ponto de atenção à saúde em que esteja.

Atualmente Malhador possui: 08 Postos de Saúde; 03 Centros de Saúde / Unidades Básicas; 01 Central de Gestão em Saúde e 02 Pólos: Academia da Saúde, distribuídas nos bairros e comunidades do município, sendo responsáveis pelo atendimento de populações que variam de 1.000 a 3.000 pessoas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade.

Evidências científicas mundiais e nacionais mostram que, dentre as orientações de modelo assistencial para a APS, a ESF é a que mais contempla seus atributos essenciais e derivados. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (Starfield, 2003). Desta forma consegue aplicar maior número dos princípios do SUS, com destaque para a integralidade, a equidade, a coordenação do cuidado, a preservação da autonomia e a participação e controle social (Lei 8080/90).

Baseado nessas constatações e seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o município de Malhador opta pela ESF como modelo prioritário na organização da Atenção Primária em Saúde. Reafirma, que as novas unidades de saúde da APS seguirão o modelo da ESF, corroborando com a deliberação do CMS. Neste sentido, Malhador possui 05 Equipes de Saúde da Família e 02 Equipes de Saúde Bucal.

Os usuários têm acesso na Atenção Primária de forma não padronizada. Em algumas UBS o modelo de acesso existente é através das recepções dos serviços e o agendamento de consultas obedece a ordem de chegada exceto para os idosos, gestantes, crianças menores de um ano de idade e casos agudos. Nas Unidades de Saúde da Família o acesso é realizado pelo acolhimento realizado pelos profissionais de saúde.

Integrados a APS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família existente, potencializam as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família. Assim aumentam a resolutividade, considerando que regionalmente a composição de suas equipes, observa o perfil epidemiológico e social de cada localidade. Não se constituem como unidades físicas independentes ou especiais, e não se caracterizam pelo livre acesso ao atendimento individual ou coletivo, uma vez que o acesso deve ser regulado pelas equipes da atenção primária.

VI.2. Atenção Especializada Ambulatorial

Atenção Especializada Ambulatorial caracteriza-se pelo papel complementar a APS, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência especializada e, quando necessário através do apoio matricial, ajudar na resolutividade da APS.

Os componentes da atenção especializada são serviços de média complexidade, ambulatoriais e serviços especializados e que constituem as redes de atenção. Para os casos agudos, serve como porta de entrada os serviços de Urgência e Emergência, e, na demanda programada, como serviços de apoio especializado ambulatorial referenciados.

No município a distribuição destes serviços ocorre desta forma regulada. Também, encontram-se ainda, outros serviços especializados ambulatoriais que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da prestação serviços de forma contratualizada e/ ou conveniada, e devendo estar inserido no contexto das redes de atendimento preconizado e estabelecido pelo Gestor Municipal, isto é, a Secretaria Municipal da Saúde de Malhador.

VI.3. Serviços Especializados de Atenção à Saúde

Os usuários são referenciados pelas unidades de saúde através de regulação, estabelecendo integralidade necessária aos tratamentos que são fundamentais para garantia de

um atendimento qualificado. Além disso, a realização de pequenos procedimentos e o acesso aos exames complementares de média complexidade, possibilitam a resolutividade do profissional com o caso que se apresenta, permitindo a realização de um diagnóstico seguro, e conseqüentemente de um tratamento mais adequado.

Cabe a Coordenação da Central de Regulação através da sua avaliação de perfil epidemiológico e indicadores de vulnerabilidade, identificar as especialidades necessárias e a capacidade de resolutiva destes serviços. Regulando as especialidades que necessitam maior complexidade para a responsabilidade dos ambulatórios especializados hospitalares.

VI.4. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica teve como tema: “Efetivando o Acesso, Qualidade e Humanização da AF com Controle Social”. Uma das propostas desta conferência foi o acesso a medicamentos seguros, eficazes, produzidos com qualidade, de acordo com as necessidades, com regularidade e orientação para o uso correto. Desta conferência surgiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS 338/2004.

Para uma melhor assistência aos usuários faz-se necessário:

- ✓ Ampliar e melhorar o acesso à Assistência Farmacêutica;
- ✓ Melhorar o acesso aos medicamentos especiais, facilitando a entrega;
- ✓ Implementar o acesso a medicamentos através das farmácias básicas;
- ✓ Informatizar todos os insumos necessários à execução dos serviços.

A Assistência Farmacêutica no município de Malhador tem como objetivo propiciar um novo modelo de atendimento, não restrito à mera aquisição e distribuição de medicamento, e sim buscando a humanização das atividades inerentes ao ciclo de Assistência Farmacêutica, incluindo todos os serviços necessários para a integralidade das ações, com atenção voltada ao usuário do Sistema Único de Saúde.

O município de Malhador atualmente conta com Assistência Farmacêutica. Na rede primária de atenção tem como referência a Farmácia Básica. A seguir foram identificados

alguns problemas relacionados ao acesso de medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

- ✓ Necessidade de implantação de um sistema de informatização descentralizado eficiente para solicitação, distribuição, dispensação e controle de estoque de medicamentos;
- ✓ Necessidade de atividades de Educação Permanente, vinculada às competências, atribuições e processos de trabalho, para os profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica;
- ✓ Necessidade de definição de rotinas de medicamentos controlados e injetáveis em geral.

VII. ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS

De acordo com a Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, são considerados componentes e interface da Rede de Atenção às Urgências, todos os serviços e ações que buscam garantir a integralidade do cuidado.

A Rede de Atenção às Urgências foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deva ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior ou menor complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

O Modelo de Atenção às Urgências deve ser centrado no usuário, garantido a universalidade, equidade e integralidade do cuidado, ampliando o acesso com acolhimento e classificação de risco, integrando os componentes da Rede de Atenção à Saúde por meio da regulação.

A portaria 1600 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria normatiza a estruturação da rede de saúde para o atendimento aos usuários com quadros agudos. Ainda, destaca que a organização em rede visa atender aos problemas de saúde dos usuários na área de urgência. Sendo assim, é fundamental considerar o perfil epidemiológico no Brasil.

Compondo a reformulação da rede de atenção às urgências necessitamos considerar as necessidades regionais e planejar a re-estruturação da rede e dos pontos de atenção com

base nas características regionais. O Decreto 7508, de 27 de julho de 2011, regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde – SUS dentro da lógica de regionalização da rede de saúde.

A Atenção Primária (ESF e UBS), são portas de entrada aos usuários do SUS, com garantia de atendimento às demandas agudas ou agudizadas, com funcionamento 24hs, em todos os dias da semana, devendo ter garantia de referenciamento, sempre que necessário, a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.

VIII. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cabe a Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município e também definidas pelo Ministério da Saúde (Programação de Ações de Vigilância à Saúde – PAVS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

O Departamento de Promoção e Proteção à Saúde atualmente se encontra dividido em Equipes nas seguintes áreas:

- ✓ Epidemiológica – Eventos Vitais;
- ✓ Prevenção e Controle de Doenças e Agravos – Doenças Transmissíveis, Vigilância de Doenças Crônicas, Vigilância de Doenças Agudas;
- ✓ Sanitária – Vigilância de Alimentos, Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, subdividida em Produtos, Serviços e Engenharia; Ambiental - Vigilância de Saúde Ambiental, Vigilância das Águas e Vigilância de Zoonoses, subdividida em Vigilância de Roedores e Vetores e Vigilância de População Animal.

XIX. GESTÃO EM SAÚDE

Por gestão em saúde entende-se a criação e a utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política (Paim e Teixeira, 2006). Para fins de compreensão, os mesmos autores pontuaram política de saúde como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e

regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy). Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes (Paim e Teixeira, 2006, p. 74).

A gestão em saúde no Brasil, desta forma, acompanhou as orientações legais e dos gestores ao longo da história, sendo que a incorporação do Sistema Único de Saúde no país remeteu a uma reorientação das políticas de saúde até então vigentes. Em Malhador, a qualificação da gestão do SUS apresenta desafios anteriores a sua constituição, onde se destaca a não formalização de elementos básicos norteadores da ação gestora e a dificuldade de formação e remuneração específicos para atuação neste campo.

Exemplo disto foi a fragilidade do planejamento do SUS em Malhador até 2018, período de elaboração do Plano Municipal de Saúde, em construção compartilhada com todas as coordenações. A partir deste diagnóstico, desde junho de 2018 as equipes dos setores da gestão centralizada vêm atuando de forma a organizar as suas ações de forma articulada com os demais atores envolvidos.

Nos últimos dois anos, documentos importantes como relatórios de gestão, Programações Anuais e Planos Estratégicos específicos vêm sendo desenvolvidos e acompanhados, utilizando-se, principalmente, de fóruns colegiados para construção, validação e acompanhamento.

Essa forma de agir em saúde aponta para uma “gestão em redes”, compreendendo-se que a transversalidade dos planos de trabalho da saúde é o que potencializará a capacidade gestora para as mudanças necessárias com vistas à qualificação da rede de serviços públicos e do SUS como um todo.

Com esse enfoque, os Fundamentos Estratégicos da SMS de Malhador são imprescindíveis ao alinhamento estratégico almejado pela gestão municipal. São eles: Promover o bem-estar em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, por meio de gestão única que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com controle social e respeitando as pactuações interfederativas. Com o enfoque proposto, o Planejamento, o Financiamento, a Gestão do Trabalho e Educação Permanente, a Humanização, a Ouvidoria, a Comunicação, a Infraestrutura de Apoio e Logística, Participação e Controle Social serão apresentadas a seguir.

XIX.1. Planejamento

O Planejamento é um processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinados objetivos (Paim e Teixeira, 2006, p. 76). Nesse sentido, para a SMS consiste principalmente na elaboração de planos e programas governamentais para dar conta das necessidades populacionais em saúde diagnosticadas pela gestão do SUS.

Em uma perspectiva nacional estratégica, “define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (Caderno 2, PlanejaSUS, 2006). Da mesma forma, o planejamento do SUS em Malhador também está sendo organizado para atuar de forma sistêmica, sendo que, para isso, tem ocorrido mudanças significativas na estrutura de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Até Dezembro de 2017, o setor responsável por assessorar o planejamento do SUS em Malhador estava voltado principalmente para o acompanhamento temático das áreas técnicas (Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, DST/AIDS, Tuberculose, Saúde Nutricional e outras). Outras responsabilidades estavam atreladas ao cumprimento de instrumentos normativos de planejamento, em especial o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão, sem o destaque necessário.

Para concretizar o trabalho apresentado, a mudança estrutural da Assessoria de Planejamento e Programação ocorreu em junho de 2018, sendo composta uma equipe centrada nas estratégias de planejamento já descritas. Além disso, mudanças na legislação relacionada ao planejamento do SUS, em especial o decreto 7508/11 e a Lei Complementar 141/12, suscitaram a necessidade do setor de planejamento integrar com setor responsável pelo orçamento, até então com responsabilidade estrita do setor financeiro da SMS.

Para a continuidade do projeto atual, de fortalecimento do planejamento do SUS em Malhador, destaca-se que ele está orientado por três características preconizadas pela gestão da SMS. São elas a co-responsabilização (setores desenvolvem seu plano e metas de trabalho, diagnosticando seus processos críticos e propondo estratégias, metas e respectivas ações, ao encontro do diagnóstico e dos planos estratégicos da SMS), a gestão compartilhada ou co-gestão (com o planejamento da SMS monitorado e avaliado por gestores, usuários, trabalhadores e prestadores do SUS); e espaços permanentes de gestão colaborativa (canais permanentes para a participação no planejamento e na avaliação do SUS em Malhador).

Pode-se afirmar que essas características serão consideradas diretrizes para o planejamento municipal do SUS em Malhador. Com o exposto, considerando o diagnóstico

do planejamento e as três diretrizes para a sua institucionalização na SMS, as dificuldades encontradas até o momento foram:

- ✓ Participação incipiente do Controle Social na agenda de planejamento da SMS, considerando ser atividade recente a ser priorizada na agenda dos conselheiros;
- ✓ Interesse e disposição para o planejamento, acentuado pela existência de diferentes estágios do conhecimento sobre o tema entre os setores da gestão centralizada e entre os integrantes das equipes de monitoramento regional. Da mesma forma, tem-se a realidade de diferentes estágios de utilização dos seus dados epidemiológicos, de vigilância sanitária e de reuniões de equipe para o planejamento das ações de saúde no seu território;
- ✓ Sistematização, padronização e disponibilidade dos dados, pela quantidade de dados em contraposição à limitação das tecnologias para auxiliar na alimentação e compilação dos mesmos. Nos últimos anos, essa dificuldade gerou uma densidade de sobre trabalho para as equipes de toda a SMS, ao exigir conhecimento e disponibilidade para o manuseio das bases de dados, o que por vezes não é uma realidade entre os servidores;
- ✓ Planejamento intersetorial incipiente, considerando que o método de trabalho por meio dos seus programas intersetoriais vem recebendo maior destaque na SMS a partir de 2018.

XIX.2. Financiamento

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências ‘fundo a fundo’, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores

estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Os blocos de financiamento instituídos pela Portaria GM/MS 698/2006, não são fatores de dificuldades para a aplicação, uma vez que os recursos de cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco (art. 6º), que tem esfera ampla (p. ex. Atenção Básica).

Apesar da edição das novas regras para a prestação de contas de recursos da saúde (Lei Complementar 141/2012 e Resolução CNS 459/2012), a SES mantém o entendimento de fiscalização de uso de recursos por vínculo orçamentário. O resultado são as dificuldades para a correta aplicação dos recursos de transferências federais e estaduais.

Já sobre os recursos destinados aos projetos prioritários do MS, destaca-se a principal característica de incentivos que, por vezes, podem gerar armadilhas para a SMS. O risco está na adesão de programas incentivados pelo MS sem observar que os recursos podem ser insuficientes para a prestação de serviços com a qualidade e a temporalidade necessárias (serviços com perfil de campanha ou permanentes). Ou seja, ao incentivar determinados programas sem considerar as necessidades locais, o financiamento será pouco resolutivo e, conseqüentemente, pouco desejado pelo gestor municipal.

As regras de financiamento das três esferas de gestão têm como contexto maior a Lei Complementar 141/2012, que regula a EC 29. Neste sentido, União, Estado e Município devem adequar seus sistemas de financiamento para garantir a articulação PPA e PMS e, por conseguinte, viabilizar o alinhamento entre a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) com a PAS.

O histórico da Prefeitura de Malhador e da SMS é de elaboração e condução do PPA e do PMS de forma completamente separadas, diferenciadas. Essas distorções resultam em dificuldade da SMS em incluir o seu plano estratégico na Agenda Política Municipal, junto à base de governo e à sociedade.

Outras dificuldades relacionadas à condução do orçamento e do planejamento das ações em separado são:

- 1) de compreensão e de atuação das áreas técnicas, áreas meio (apoio técnico-administrativo) e da gestão descentralizada da SMS (gerências distritais), de forma a contribuir na execução financeira conforme as regras vigentes (exposto acima) e os limites orçamentários e;
- 2) de transparência para a sociedade e para o controle social no SUS, onde os meios de divulgações podem auxiliar na compreensão da sociedade sobre o planejamento

integrado de ações e financiamento.

Diante do exposto, a elaboração do PMS 2018-2021 está sendo direcionada para convergir com a elaboração do PPA do Município. Assim, definidas as prioridades dentro destes instrumentos de planejamento, serão identificados os recursos necessários para viabilizá-las e suas fontes de financiamento, que podem ter origem Municipal, Estadual e Federal, bem como atuaremos com vistas a cumprir o disposto na Lei Complementar 141/12.

Por fim, os desafios do financiamento do SUS municipal para o quadriênio 2018-2021 envolvem o alcance de maior eficácia na aplicação dos recursos disponíveis, com estratégias que visam a disseminar o conhecimento sobre essa área do SUS para toda a SMS e sua relação com o planejamento das ações em saúde. Para isso, há a necessidade de qualificar a área de captação de recursos e de elaboração de projetos para o recebimento de recursos, de forma integrada às áreas técnicas e setores com necessidades comuns, bem como de fortalecer a estrutura da equipe de financiamento e orçamento para tais atribuições e demandas.

De forma a cumprir com estes desafios, os objetivos estratégicos relacionados à sustentabilidade do SUS municipal são:

- I. Promover o equilíbrio da receita e das despesas atendendo às necessidades da população;
- II. Implementar modelo de gestão que contribua para a sustentabilidade econômico-financeira e;
- III. Estruturar o sistema de custos.

X. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para a SMS, a Gestão do Trabalho e Educação Permanente no SUS são consideradas partes integrantes da política de qualificação da força de trabalho do SUS em Malhador. Estão integradas na Diretoria Geral Administrativa e têm interface em todas as coordenadorias e equipes da Secretaria de Saúde.

X.1. Gestão do Trabalho

Para a realização das suas atividades envolvendo áreas meio e áreas fim, a SMS apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos (municipais e estaduais), cargos em comissão e servidores com contrato temporário.

Com os vínculos apontados, o SUS em Malhador conta com uma força de trabalho de trabalhadores envolvidos com a saúde pública no Município, conforme o Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Há de ser considerada a possibilidade de subnotificação ou supernotificação dos cadastros de profissionais atuantes no SUS e na iniciativa privada, a depender da sistemática de alimentação e pela compreensão de uso do banco de dados em questão. Essa afirmação suscita para a necessidade de qualificação nas formas de registro e monitoramento do CNES, para que reflita um panorama real da força de trabalho em saúde em Malhador.

Essa parceria com as instituições de saúde é necessária, tendo em vista as condições impostas pela legislação vigente, que acabam por moldar a composição do SUS em todo o país, ao considerar a Lei de Filantropia e a atuação de instituições estaduais e federais em serviços de governabilidade municipal – “direção única em cada esfera do governo” (LOS 8080/90). Desta forma, cabe a SMS a administração e fiscalização dos contratos com os prestadores de serviços privados, como hospitais, clínicas, empresas de diagnóstico por imagem, exames hematológicos, dentre outros serviços, incluindo a gestão do trabalho definida pela SMS para o SUS em toda a cidade.

Neste ponto, as necessidades diferenciadas apresentadas pelos prestadores modelam as suas relações com os trabalhadores, o que nem sempre é positivo para a uniformização da gestão do trabalho do SUS conforme os objetivos do município. Este é um desafio para a SMS, tendo em vista as diferenças salariais, as dinâmicas de trabalho impostas pelos empregadores parceiros aos trabalhadores, as diferenças regionais em saúde e a priorização da APS como ordenadora da rede de cuidados.

O desafio, nestes casos, está na rotatividade destes trabalhadores, seja por organização da SMS, seja por questões pessoais dos próprios trabalhadores.

X.2. Dimensionamento de pessoal

A gestão do trabalho, nos últimos anos, apresentou dificuldades no dimensionamento de pessoal específico para as áreas de atuação do SUS em Malhador, com algumas exceções, como a ESF. Entre as áreas de atuação do SUS em Malhador, destaca-se também a área administrativa ou “áreas meio”, que não tem destaque na regulação do trabalho e de seus processos, com consequente ausência de dimensionamento de pessoal.

Outro problema de monitoramento e qualificação da gestão do trabalho, como apontado, é a qualidade dos registros, o que inclui os registros locais e na base de dados nacional – CNES.

X.3. Absenteísmo

Entre os principais desafios para a gestão do trabalho no SUS está também o

absenteísmo, que é um termo utilizado para designar todas as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho devido a algum motivo interveniente. As ausências aos processos de trabalho acarretam vazios em postos de trabalho, além de custo financeiro à instituição. Por este motivo, o absenteísmo e suas causas (licenças de saúde, por exemplo) devem ser investigados e estudados, a fim de serem definidas ações voltadas ao seu enfrentamento.

Para tanto, é necessário que seja avaliada a elaboração de relatório contendo o código da “Classificação Internacional de Doenças (CID)”, de forma a não identificar os servidores nominalmente, mas suas formas de adoecimento na atuação junto aos serviços e áreas do SUS.

A atuação para a prevenção do absenteísmo também merece destaque para o quadriênio. O acompanhamento do trabalhador, evitando problemas diagnosticados entre os motivos de absenteísmo não teve foco nos últimos anos na SMS.

Com o exposto, destaca-se também a necessidade de estabelecimento da Política de Gestão do Trabalho no SUS em Malhador, que estruture a gestão do trabalho (objetivo estratégico) e que seja reguladora da ampliação e da realocação de pessoal na SMS. Precisa incluir, ainda, a definição dos métodos para a realização do dimensionamento de pessoal que atenda à demanda dos diferentes serviços, baseado em critérios técnicos e epidemiológicos, bem como a definição do incentivo à qualidade na prestação dos serviços e das estratégias de humanização e de saúde do trabalhador.

XI. HUMANIZAÇÃO

Por Humanização, compreende-se a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão e a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão e da atenção, prevendo aumento do grau de corresponsabilização na produção de saúde e de sujeitos.

Para a gestão estratégica da humanização da saúde em Malhador, destaca-se a necessidade de qualificar as ações já mapeadas nos relatórios de gestão, de monitorar as ações de humanização também na gestão centralizada, de ampliar e qualificar o acolhimento em todas as portas de entrada (APS, urgências).

XII. COMUNICAÇÃO

De acordo com Dewey (1859-1952, apud Rosemberg, 2012), “comunicação é o

processo de repartir a experiência para que ela se torne patrimônio comum e que modifica a disposição mental das partes interessadas”. Esta definição remete à afirmação de que o uso de tecnologias em comunicação é estratégico para a formação da identidade em torno da marca “SUS” e, em Malhador, essa compreensão vem tomando espaço na atuação da SMS e suas coordenações, apoiadas pela Assessoria de Comunicação.

A Assessoria de Comunicação desenvolve um trabalho de planejamento de comunicação efetivo em relação às metas pactuadas na Programação Anual de Saúde. Com isso, oferece aos setores da SMS acompanhamento e assessoramento, também atuando em vários momentos como executora das ações propostas.

Nas notícias publicadas na mídia, percebe-se que as pautas positivas vêm ganhando espaço gradativamente maior e mais frequente. Pode-se dizer que isso se deve ao trabalho desenvolvido pelo gestor para implantação de melhorias e, conseqüentemente, à credibilidade conquistada pela Assessoria de Comunicação junto aos veículos de comunicação.

XIII. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

No município de Malhador o Conselho Municipal de Saúde é atuante e paritário, realizando reuniões mensais para avaliar a saúde da população do município, apresentando alguns desafios para o quadriênio, além da ampliação da rede de controle social no município, também há necessidades de melhorias em estrutura, onde destaca-se que:

- ✓ o local das reuniões que é insuficiente e desconfortável e falta de espaço para atividades simultâneas.
- ✓ não existem Conselhos Locais de Saúde, nos distritos e bairros do município.

Sobre a estrutura de apoio técnico-administrativo para as instâncias de controle social, esta ainda apresenta dificuldades na estrutura de apoio administrativo e de assessorias.

XIV. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Contando com ampla participação popular, a conferência foi realizada no dia 11 de abril de 2019, com a participação de gestores, trabalhadores da saúde, membros da sociedade civil, estudantes, participantes de organizações religiosas, sindicatos e associações. Realizado no Centro Social São José, houve a solenidade de abertura contando com a presença da prefeita do município, Elayne Oliveira de Araújo, do secretário municipal de Saúde, Gilson Cardoso dos Santos Filho, da presidente do Conselho Municipal de Saúde, Cherla Menezes Andrade de Araújo, além de representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde.

XIV.1. Propostas aprovadas na 4ª Conferência Municipal de Saúde

EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO

RESPONSABILIDADE DO GOVERNO MUNICIPAL:

- I. Direcionar odontólogo para a coordenação de saúde bucal no município;
- II. Instaurar no município programas e campanhas de humanização voltadas a diferentes tipos de pessoas com deficiência;
- III. Fortalecer o cuidado dos trabalhadores do município na implantação de ações que promovam a saúde (psíquica, física, odontológica, social);
- IV. Criar grupos de ginástica laboral e de orientações em saúde para os trabalhadores;
- V. Realizar concurso público no município.

PROPOSTAS PARA A CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE:

- I. Criar Centro de Referência Estadual/ Municipal de atenção a pessoa com deficiência;
- II. Criar o CEO Regional, garantindo o serviço de referência e contra referência;
- III. Adquirir veículo adaptado para locomoção de pessoas com deficiência;
- IV. Garantir a nível tripartite o retorno dos LACEN's municipais, para a realização de exames de rotina;
- V. Ampliar e garantir na Regional, os exames de eletroforese hemoglobina as gestantes na primeira consulta pré-natal;
- VI. Ampliar na Regional a oferta de consultas e exames de alta e média complexidade;
- VII. Garantir o pagamento do salário insalubridade para todos os profissionais da saúde, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

RESPONSABILIDADE DO GOVERNO MUNICIPAL:

- I. Criação de folhas de referência e contra- referência do NASF para a maior integração das equipes;
- II. Criação e Implantação do Plano de Cargo, Carreiras e Vencimentos no município de Malhador;
- III. Garantir o reajuste geral anual para os servidores da saúde;
- IV. Contratação de Pediatra para os Povoados;
- V. Garantir a triagem dos pacientes para as prioridades no atendimento médico.

PROPOSTAS PARA A CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE:

- I. Garantir a implantação de CAPS nos municípios, independente da população;
- II. Garantir equipe de Saúde Bucal nas equipes mínimas da Atenção Básica;
- III. Garantir o cumprimento do Plano de Cargo, Carreiras e Vencimentos para os profissionais de saúde;
- IV. Reformulação da nova PNAB (Redução da carga horária de todos os profissionais da saúde para 30 horas);
- V. Estabelecer diretrizes que garantam instalações, insumos e equipamentos odontológicos na Atenção Básica e Especializadas;
- VI. Garantir a volta das Farmácias Populares;
- VII. Aumento nas Equipes de Saúde da Família, conforme o crescimento populacional e extensão territorial.
- VIII. Garantir a triagem dos pacientes para as prioridades no atendimento médico;
- IX. Criar e implantar políticas de fluoretação e cloração da água onde não há tratamento desta (programa água tratada para todos).

FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

RESPONSABILIDADE DO GOVERNO MUNICIPAL:

- I. Criar e implantar Plano Municipal de cargos e salários;
- II. Distribuir de forma igualitária o recurso do PMAQ entre os integrantes das equipes de saúde;
- III. Garantir o transporte as equipes de saúde da família para o desenvolvimento das ações no seu cotidiano.

PROPOSTAS PARA A CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE:

- I. Revogar a EC95;
- II. Criar piso salarial para as categorias na área de saúde (não contempladas);
- III. Garantir o aumento de recursos financeiros para o fortalecimento da Atenção Básica;
- IV. Atualizar a tabela do SUS de acordo com a vigência;
- V. Ampliar os profissionais e integrantes das equipes de saúde da família;
- VI. Garantir a aplicação mínima dos recursos em saúde pelas 3 esferas do governo;
- VII. Criação e implantação da Farmácia Viva;
- VIII. Garantir o repasse federal do incentivo financeiro para a implantação das práticas integrativas;
- IX. Retornar com o recuso da Farmácia Popular;
- X. Criar um consorcio para a aquisição de materiais intermunicipais;
- XI. Implantar a insalubridade para as categorias não contempladas;
- XII. Promover aos profissionais de saúde ações da educação continuada.

Diretriz 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica.

Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Ampliar o acesso da população às ações e serviços básicos de saúde no município.	Manter e ampliar o número de Equipes de Saúde da Família.	Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família.	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	2018 – 2021
	Ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal.	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	2018 – 2021
	Ampliar a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	2018 – 2021
	Reduzir a taxa de exodontia.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	2018 – 2021
	Aumentar a cobertura de Equipes de Atenção Primária apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF.	Percentual de equipes da Atenção Primária apoiadas por NASF.	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	2018 - 2021
	Aderir 100% das Equipes de Saúde da Família ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.	Percentual de equipes aderidas ao PMAQ.	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	2018 - 2021

Diretriz 2: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Ampliar a oferta de ações e serviços organizados em rede de atenção à saúde materna e infantil.	Aumentar em 10% as gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis	Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis	Financiamento Tripartite	2018-2021
	Reduzir em 5% de taxa de mortalidade infantil neonatal	Taxa de mortalidade infantil neonatal	Financiamento Tripartite	
	Diminuir 10% taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	Financiamento Tripartite	
	Investigar 90% dos óbitos infantis e fetais	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Financiamento Tripartite	
	Investigar 100% dos óbitos maternos e 95% de óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte	Financiamento Tripartite	

	morte materna	materna investigada		2018-2021
	Redução de 50% incidência da sífilis congênita	Taxa de incidência de Sífilis Congênita	Financiamento Tripartite	
	Alcançar 75% da Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal	Financiamento Tripartite	
	50% de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto	Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto	Financiamento Tripartite	
Implantar e/ou implementar ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama	25% de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária	Financiamento Tripartite	
Implantar e/ou implementar ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer do colo do útero	100% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau de colo de útero	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau de colo de útero	Financiamento Tripartite	
	Alcançar $\geq 0.25\%$	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	Financiamento Tripartite	

Diretriz 3: Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas				
Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Ampliar a oferta de ações e serviços organizados em rede de atenção Psicossocial, em articulação com outros pontos intersetoriais	implantar o CAPS I local em parceria com o município de Moita Bonita	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Bloco da Média e Alta Complexidade Tesouro Municipal	2018 – 2021

Diretriz 4: Garantia da Atenção Integral à Saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.				
Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Ampliar o acesso de portadores de doenças crônicas as ações e serviços qualificados e organizados em rede de atenção	Reduzir em 3% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Financiamento Tripartite	2018 – 2021
	Aumento de 1% da Cobertura vacinal contra gripe tomando como parâmetro 80%	Cobertura Vacinal contra gripe	Financiamento tripartite	

Diretriz 5: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.				
Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Fortalecer as ações e serviços de promoção, proteção e vigilância em saúde	Alcançar as coberturas vacinais adequadas de todas as vacinas do calendário básico de vacinação	Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança	Financiamento Tripartite	2018 – 2021
	Alcançar 75% a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Financiamento Tripartite	2018 – 2021
	Alcançar 80% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Financiamento Tripartite	2018 – 2021
	Garantir $\geq 85\%$ de exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	Financiamento Tripartite	
	Alcançar $\geq 90\%$ a proporção de registro	Proporção de registro óbitos com	Financiamento Tripartite	

	de óbitos com causa básica definida	causa básica definida		
	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em domicílios	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 6 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	Financiamento Tripartite	
	0% taxa de letalidade pelas formas graves de dengue	Taxa de letalidade pelas formas graves de dengue	Financiamento Tripartite	
	Garantir $\geq 90\%$ a vacinação anti-rábica dos cães na campanha	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação anti-rábica canina	Financiamento Tripartite	
Implementação de ações de vigilância ambiental	Ampliar em 10% a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez	Proporção de amostras da qualidade da água examinadas para parâmetro coliforme total, cloro residual e turbidez	Financiamento Tripartite	2018 – 2021

Diretriz 6: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.				
Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Fortalecer do Sistema HORUS no município	Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em 90% das Unidades Básicas	Percentual de unidades com o Sistema HORUS implantado e funcionando	Bloco da Assistência Farmacêutica/MS Tesouro Municipal	2018 - 2021

Diretriz 7: Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.				
Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Implementar práticas de gestão participativa e controle social	Carta dos direitos e deveres do cidadão atestada	Atesto do Conselho de Saúde para divulgação dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde	Financiamento Tripartite	2018 - 2021
	Ações ou políticas de promoção de equidade contempladas no Plano de Saúde	Desenvolver ações ou políticas de promoção de equidade contempladas no Plano de Saúde	Financiamento Tripartite	

Diretriz 8: Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo	Meta	Indicador	Fonte de Recurso	Cronograma
Implementar práticas de gestão participativa e controle social	Manter e Implementar o NASF	NASF implantado e em funcionamento	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	2018 – 2021
	Estruturar o NASF	NASF implantado e estruturado	Bloco de custeio para ações de Atenção Básica/MS, Recursos Próprios	

REFERÊNCIAS

Benicio MHD'A, Cardoso MRAB, Gouveia NC, Monteiro CA. **Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996)**. Rev Saúde Pública 2000; 34(6 Supl):91-101.

Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_05.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011**, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**, que organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BRASIL. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Site da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul:
<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno 1 PlanejaSUS, 2006**. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Glossário Temático: **Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação – Modelo de Referência de Plano Diretor de Tecnologia da Informação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: 2008.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf

IBGE. Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE. Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Mendes EV. **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.

Paim JS, Teixeira CF. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev Saúde Pública, 2006; 40 (N Esp): 73-8.

Rosemberg B. **Comunicação e Participação em Saúde**. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Campos GWS, Bomfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). 2ª ed. Ver. Aum. – São Paulo: Hucitec, 2012. p. 795-8.