



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ / SC
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

GESTÃO 2011– 2013

Itapoá,

Prefeito Municipal:

Ervino Sperandio

Vice Prefeito:

Mario Eloi Tavares

Secretário Municipal de Saúde:

Cristiane Motta

Presidente da Câmara de Vereadores:

Daniel Weber

ELABORAÇÃO

Susinei Schultz

ASSESSORIA TÉCNICA:

Janayna Gomes – Técnica em Enfermagem

Denise de Souza Zagonel - Técnica em Enfermagem

Joselice Pereira de Oliveira Assunção- Agente Administrativo

Marciane Rech - Enfermeira

Carla Aparecida Rusiska- Enfermeira

Giancarlo Falchetti- Enfermeiro

Priscila de Araujo Carneiro - Enfermeira

Milton Dias - Enfermeiro

Simoni Dias Fernandes de Souza - Fisioterapeuta

Silvana Aparecida Bialeski Rijanowski – Diretora do Departamento de Saúde -PA 24 horas

Alberto Bauer Filho - Médico

Eliana Frigo da Silva- Farmacêutica

Janice Maria Guimarães Morara – Psicologa

*Plano Municipal de Saúde aprovado em reunião
extraordinária do Conselho Municipal de Saúde no dia
24 de maio de 2011 através da Resolução Nº 08/2011*

1-Introdução

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado como a maior política de inclusão social do Brasil. Nestes 20 anos de existência alcançou importantes conquistas para a população e vem se consolidando como um sistema universal e equânime, capaz de atender às necessidades em saúde de aproximadamente 180 milhões de brasileiros.

A Constituição Federal de 1988 trouxe cidadania à população ao estabelecer o direito universal à saúde como dever do estado, levando a construção de um sistema de saúde universal, descentralizado, participativo com controle social e que atenda a todos os brasileiros sem distinção, utilizando a lógica do cuidado que é um conceito ampliado de saúde, o qual não trata só a doença, mas também busca a prevenção, a qualidade de vida e o atendimento integral das necessidades de saúde da população.

A organização e gestão desse sistema é um **processo**, que encontra-se em diferentes estágios, ao se comparar estados regiões e municípios, ainda heterogêneos, tanto do ponto de vista epidemiológico como da própria estruturação e gestão dos serviços oferecidos à população.

A descentralização efetiva, trazida com as diretrizes do SUS, está cada vez mais fortalecida, consolidada pelo PACTO PELA SAÚDE, (portaria. GM 699/2006). Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão, tem por finalidade apoiar o gestor na condução do SUS, no âmbito do seu território, de modo a alcançar a efetividade esperada na melhoria da qualidade dos níveis de saúde de sua população e no aperfeiçoamento do Sistema, sendo estes instrumentos de gestão que visam o aprimoramento do Sistema de Saúde. As discussões atuais entre os gestores de saúde, em cada nível de governo, apontam para que o Plano de Saúde, que é a base de todas as atividades e programações do SUS, deva ser compatível com o Plano Plurianual e com as anuais LDO e LOA. Nesse sentido, o Plano de Saúde é também plurianual, sendo operacionalizado por intermédio das Programações Anuais que, no tocante aos recursos financeiros necessários a sua consecução, devem manter igualmente a necessária uniformidade com a LDO e a LOA.

Enfim, o PPA, a LDO, a LOA, o Plano de Saúde e as Programações Anuais de Saúde são instrumentos que balizam a formulação de programações específicas de áreas técnicas, a exemplo das atuais PPI da assistência, da PPI da Vigilância em Saúde, da programação das DST/Aids, da atenção básica, da assistência farmacêutica, etc. O Plano Plurianual (PPA) 2006-2009, que definiu o Orçamento Municipal para o ano 2009, teve suas metas e prioridades definidas pelo Plano Municipal de Saúde 2005-2008. Com o intuito de se articular/integrar este Plano Municipal de Saúde com o PPA (2010-2013) e conseqüentemente com o Orçamento Municipal, propomos que o período de vigência deste Plano seja igual ao período do PPA (3 anos da gestão atual e 1 da seguinte), isto é 2010 – 2013.

Diante da quantidade e complexidade das tarefas a serem realizadas, no processo de planejamento, algumas etapas são fundamentais, como a participação no diagnóstico, análise e entendimento do sistema, assim como a avaliação de suas capacidades. Dessa forma é possível definir metas e objetivos, assim como priorizar ações e equacioná-las de acordo com os recursos disponíveis.

Entendemos que a participação dos vários segmentos no processo de planejamento (usuários, trabalhadores e gestores) não finaliza com a apresentação desse

instrumento, mas sim com a proposta de avaliação e monitoramento das ações, com efetiva participação de todos os envolvidos. Com o olhar voltado para a melhoria da saúde pública, é necessário criar estratégias eficientes de acompanhamento, propiciando o uso correto dos instrumentos de gestão. É necessário assumir novas responsabilidades e o comprometimento com o cuidado da população que a equipe se propõe a assistir.

2- Características Gerais do Município

2.1 Histórico

Itapoá é um nome de origem indígena, que significa:

ITA = pedra e *POÁ* = ponta. *ITAPOÁ* na língua Tupi-guarani significa Arpões curtos e largos, utilizados por índios e caboclos (*dicionário Tupi-Português de Luiz Caldas Tibiriçá*).

Esta pedra se localiza em frente ao camping no Balneário de Itapoá, a 300 metros da praia, e faz um curioso surgimento segundo o encanto das marés; quando alta fica submersa, quando baixa, fica à vista para contemplação.

Os índios carijós foram os primeiros habitantes destas terras e admiravam esse acontecimento sempre a espera do ressurgimento da pedra. A marca de sua existência ficou registrada através dos Sambaquis encontrados em todo Município.

Sambaquis são montões de conchas, restos de cozinha, esqueletos, depositados por tribos selvagens que habitavam o litoral na pré-história.

Itapoá pertencia ao Município de Garuva, foi transformada em Distrito pela Lei nº 08/66, de 01 de março de 1966, pelo então Prefeito Dórico Paese. Para a emancipação do município foram feitos dois plebiscitos, o primeiro em outubro de 1987, e o segundo em setembro de 1988. Em 26 de abril de 1989, através da Lei Estadual n.º 7.586, foi finalmente criado o Município de Itapoá.

A Bandeira e o Brasão de Itapoá foram criados através da Lei Municipal nº 55/90, de 05 de setembro de 1990. A idéia e esboço dos mesmos foram aperfeiçoados pela desenhista Margareth Christine Lohmann e João Pedro Duque Irulegui.

A Bandeira: composta de 03 faixas com as cores: vermelha, branca, azul e no centro o Brasão. O vermelho representa o sol, a raça, e a vontade de ver Itapoá crescer, o branco representa a paz e o azul representa os 32 km de praia.

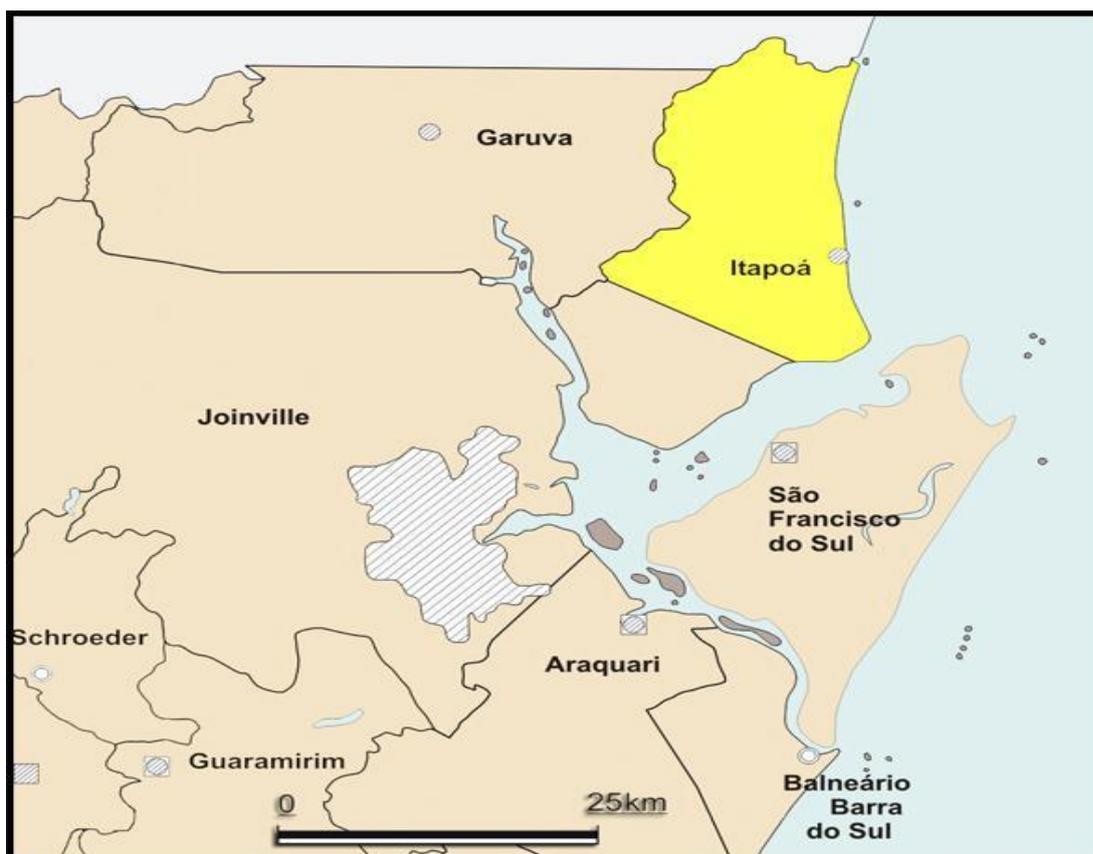
O Brasão: a coroa representa os antecedentes Portugueses; a parte superior representa a natureza; os três quadros representam as riquezas do Município: madeira, pesca e agropecuária; nos lados: esquerdo a cana de açúcar e no direito o arroz.

Os 32 Km de belíssimas praias são, distribuídas em cinco Balneários: Barra do Saí, Itapema do Norte, Itapoá (centro), Pontal do Norte e Figueira do Pontal, com 100% de balneabilidade durante todo o ano, além de reservas de mata atlântica.

2.2 Localização

Itapoá está localizada no extremo litoral norte de Santa Catarina, fazendo divisa com o município de Guaratuba, já estado do Paraná, através do Rio Sai Guaçu. O Município se encontra, praticamente, às margens da maior rodovia de acesso ao sul do Brasil, favorecendo o atendimento de veranistas de vários Estados, como Paraná, São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, além é claro, de toda a Santa Catarina. Esta ligação também favorece a presença de turistas e veranistas internacionais oriundos predominantemente da Argentina, do Paraguai e da Bolívia.

Figura 1- Mapa de localização do Município de Itapoá



LIMITES

- Ao Norte – Estado do Paraná;
- Ao Sul – São Francisco;
- A Leste –Oceano Atlântico;
- A Oeste – Garuva;

PRINCIPAIS RODOVIAS

- BR 101 em SC;
- SC 280;
- BR 376 PR;
- SC 415 Estadual,

DISTÂNCIA DO MUNICÍPIO AS PRINCIPAIS CIDADES

- FLORIANÓPOLIS S/C.....270Km
- JOINVILLE S/C.....90 Km
- GARUVA S/C50 Km
- SÃO FRANCISCO S/C.....114Km

2.3 Aspectos Físicos

- Área da unidade territorial: 256,1 km²
- Gentílico: Itapoaense
- População: 14.763 Censo 2010, sendo que durante a alta temporada , temporada,compreendida entre os meses de dezembro à fevereiro, a população flutuante chega a aproximadamente 200.000 pessoas
- Altitude: 6 a 20 metros
- Longitude: 48° 36' 58" W de Greenwich
- Latitude: 26° 07' 01" S

2.4 Aspectos Econômicos

A base econômica municipal é o Turismo. A costa itapoaense proporciona aos turistas 100% de balneabilidade, com praias boas para banho com águas límpidas, quentes e areia branca; ideais para famílias com crianças. A cidade recebe na alta temporada, compreendida entre os meses de dezembro à fevereiro, cerca de 200.000 visitantes movimentando todo o comércio local. A região também proporciona boas condições para a prática de esportes náuticos como o surfe, o windsurfe, o jet-ski e barcos a vela, além da pesca esportiva.

Destacam-se ainda atividades econômicas como:

- A construção civil, sempre ativa com obras espalhadas por todo o município;
- A pesca artesanal, sendo historicamente uma das principais atividades que Itapoá já teve, hoje atende basicamente o mercado local e aos veranistas e turistas;
- A agricultura tipicamente de subsistência, com raras exceções, que cultiva principalmente culturas como banana, arroz, mandioca, abacaxi e hortifrutigranjeiros.
- A pecuária, explorada por pequenos proprietários com rebanhos de gado de corte e de gado leiteiro, atende o mercado local.

Itapoá está recebendo um novo e promissor ramo econômico, esta sendo construído no município o primeiro terminal portuário privado de uso misto exclusivo para movimentação de contêineres. O Terminal de Containeres Santa Catarina é um empreendimento privado, tendo como acionistas a Portinvest Participações (Conglomerado Battistella e Logística Brasil) e Aliança Navegação e Logística (Hamburg Süd). O Porto está em construção e as obras estão previstas para finalizarem no segundo semestre de 2011.

O porto está sendo construído no início da Baía da Babitonga aproveitando um calado (profundidade) natural de aproximadamente 16 metros. Devido a essa característica, irá receber navios de grande porte, melhorando o fluxo destas embarcações nas regiões Sul e Sudeste brasileiro, caracterizando o terminal como um porto de concentração de cargas de importação e exportação.

Seguindo tendência dos portos mais modernos do mundo, terá mínima interferência no meio ambiente. Duas pontes saem do pátio de containeres e avançam 230 metros no mar até o píer, onde ficam os três berços de atracação. Desta forma, o impacto gerado na praia da Figueira do Pontal, local onde o empreendimento está sendo construído, será o menor possível.

3 - POPULAÇÃO

3.1- ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Itapoá vem apresentando um crescimento populacional bastante significativo. Por ser um município litorâneo possui uma população flutuante o ano inteiro, aumentando na época de veraneio, onde chega a uma estimativa de 200,000 habitantes, oriundos de outros municípios e de outros estados, notadamente do Paraná.

- População.....14763 Censo 2010.
- Urbana.....14172
- Rural.....591
- Masculino.....7447
- Feminino7316

Tabela 1- Distribuição da População estimada,por Sexo e faixa etária, Itapoá 2010.

População Residente -Itapoá - Santa Catarina 2010			
População Resident por Sexo segundo Faixa Etária			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	101	97	198
1 a 4 anos	386	388	774
5 a 9 anos	570	508	1078
10 a 14 anos	661	648	1309
15 a 19 anos	587	579	1166
20 a 29 anos	1103	985	2088
30 a 39 anos	1000	1022	2022
40 a 49 anos	990	1021	2011
50 a 59 anos	943	1034	1977
60 a 69 anos	729	655	1384
70 a 79 anos	305	295	600
80 anos e mais	72	84	156
Total	7447	7316	14763
Período:2010			

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Tabela 2- Comparativo da População Residente por ano.

População Residente por ano		
Ano	População	Método
2010	14763	Estimativa
2009	11.487	Estimativa
2008	11.251	Estimativa
2007	12.945	Estimativa
2006	12.409	Estimativa
2005	11.866	Estimativa
2004	10.799	Estimativa
2003	10.327	Estimativa
2002	9.857	Estimativa
2001	9.421	Estimativa
2000	8.839	Censo

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

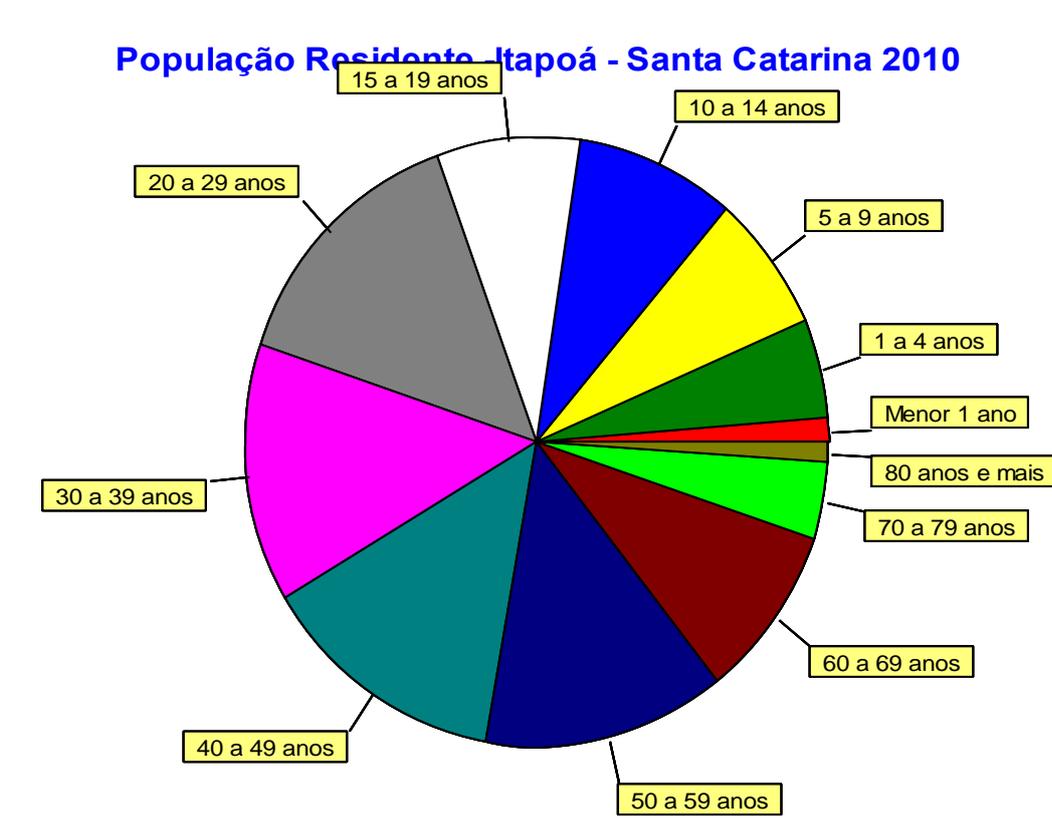
Taxa de crescimento anual estimada (%) (2006-2009) (2,5)

Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2009 3.497

Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2009 (%) 61,8

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Figura 2- Gráfico Populacional do Município de Itapoá 2010



Ao analisarmos o gráfico acima, evidencia-se que em Itapoá prevalece as faixas etária dos 20 a 59 anos de idade, o que nos mostra a importância de implementar ações na área da saúde da mulher, saúde do homem, gestante, mulher em idade fértil e portador de doenças crônicas a fim de proporcionar melhor qualidade de vida .

4. – Educação

Tabela 3 – População alfabetizada por faixa etária:

Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária		
Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	51,1	60,1
10 a 14	94,6	98,4
15 a 19	97,1	97,8
20 a 49	90,5	95,4
50 e +	74,6	88,2
Total	83,8	90,6

Fonte: IBGE/Censos

A taxa de analfabetismo do Município de Itapoá é de 6.1

4.1- REDE DE ENSINO PÚBLICO E PRIVADO

O Município possui 20 escolas sendo essas 18 municipais 01 estadual e 01 particular. As escolas municipais atende cerca de 2.520 alunos, a estadual atende em média 1100 alunos e a escola particular atende cerca de 45 alunos.

5. - Estrutura Sanitária

5.1- Abastecimento de Água

A Empresa Aguas de Itapoá, faz o tratamento e o abastecimento da água no município

Cerca de 63,4% da população recebe água via rede pública, 32,4% têm poço ou nascente em sua propriedade e 4,2% outra forma de abastecimento, conforme IBGE de 2000.

5.2- Rede de Esgoto

Itapoá ainda não dispõe de captação e tratamento de esgoto sanitário, em nosso município o sistema mais utilizado é o de fossa séptica. Sendo que 95,5% utiliza este sistema, mas 2,5% da população faz uso de outros escoadouros (vala, rio), e 2% não tem instalação sanitária.

5.3 – coleta de Lixo

Em nosso município a coleta do lixo é feita por uma empresa terceirizada, a SERRANA ENGENHARIA, e é encaminhado ao Município de Mafra, pois não há aterro sanitário em Itapoá.

A coleta do lixo é feita diariamente em 90% da população, e os 10% restante da outro destino ao seu lixo, queima na propriedade 8,2%, enterra na propriedade 1,2% outro destino 0,6%.

6- Estrutura Organizacional da Secretária Municipal de Saúde- Itapoá



7 - Recursos Humanos da SMS

VINCULO MUNICIPAL

QUANTIDADE	CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA HORÁRIA
01	Secretario Municipal de Saúde	40 horas/semanais
01	Diretor de Departamento	40 horas/semanais
04	Médico PSF	40 horas/semanais
03	Médico – Clínico Geral	20 horas/semanais
01	Médico – Pediatra	40 horas/semanais
09	Enfermeiros	40 horas/semanais
03	Fisioterapeutas	40 horas/semanais
01	Fonoaudióloga	40 horas/semanais
01	Odontólogo	40 horas/semanais
01	Odontólogo	20 horas/semanais
02	Psicólogos	40 horas/semanais
26	Auxiliares de Enfermagem	40 horas/semanais
05	Técnicas de Enfermagem	40 horas/semanais
02	Técnico em Radiologia	20 horas/semanais
01	Farmacêutico	40 horas/semanais
02	Atendente de Enfermagem	40 horas/semanais
7	Agente Administrativo	40 horas/semanais
02	Fiscais Sanitários	40 horas/semanais
12	Motoristas	40 horas/semanais
12	Auxiliar de Serviços Gerais	40 horas/semanais
01	Aux. de consultório Odontológico	40 horas/semanais
30	Agentes Comunitárias	40 horas/semanais
01	Telefonista	30 horas/semanais
01	Profissional de Educação Física	40 horas/semanais

VINCULO FEDERAL

QUANTIDADE	CATEGORIA FUNCIONAL	CARGA HORARIA
03	Agentes da Dengue	40 horas/semanais
01	Motorista	40 horas/semanais

8 – Situação de Saúde do Município de Itapoá

8.1 – Natalidade

Tabela 4- Informações sobre os nascimentos do Município de Itapoá 2010

Condições	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número de nascidos vivos	152	143	155	171	167	142	163	140	167	186	167
Taxa Bruta de Natalidade	17,2	15,2	15,7	16,6	15,5	12,0	13,1	10,8	14,8	-	-
% de partos cesáreos	17,8	26,1	21,9	27,5	32,9	32,4	35,6	34,3	36,5	32,26	43,71
% de mães de 10-19 anos	29,3	27,3	27,3	20,5	27,5	25,4	27,6	26,4	24,6	21,51	22,16
% de mães de 10-14 anos	1,3	1,4	0,6	-	-	0,7	0,6	-	-	1,08	-----
% com baixo peso ao nascer	11,2	9,1	4,5	9,4	5,4	10,6	6,1	7,9	12	-	-
- geral	11,2	9,3	4,6	9,4	5,4	10,6	6,1	7,9	12,0	186	167
- partos cesáreos	11,1	5,4	5,9	12,8	5,6	10,9	10,3	12,5	16,4	60	73
- partos vaginais	11,2	10,7	4,3	8,1	5,4	10,4	3,8	5,5	9,4	126	94

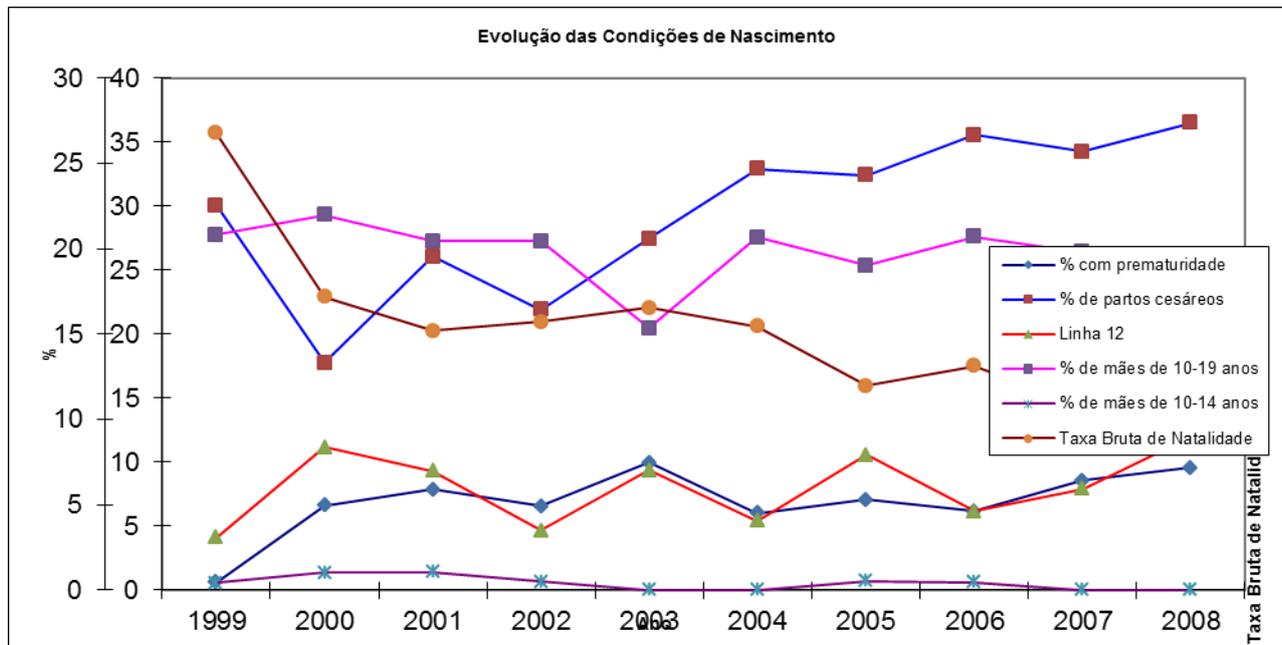


Tabela5- Evolução nas condições de nascimento do município.

8.2 Mortalidade

Tabela 6- Mortalidade por faixa etária e grupo de causas do Município de Itapoá 2008.

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 2008										
Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	-	-	4,5	3,3	1,6
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	15,0	17,6	18,2	16,7	15,9
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	5,0	35,3	50,0	43,3	28,6
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	5,9	4,5	6,7	3,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	100,0	65,0	23,5	4,5	13,3	31,7
Demais causas definidas	100,0	-	-	100,0	-	15,0	17,6	18,2	16,7	19,0
Total	100,0	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

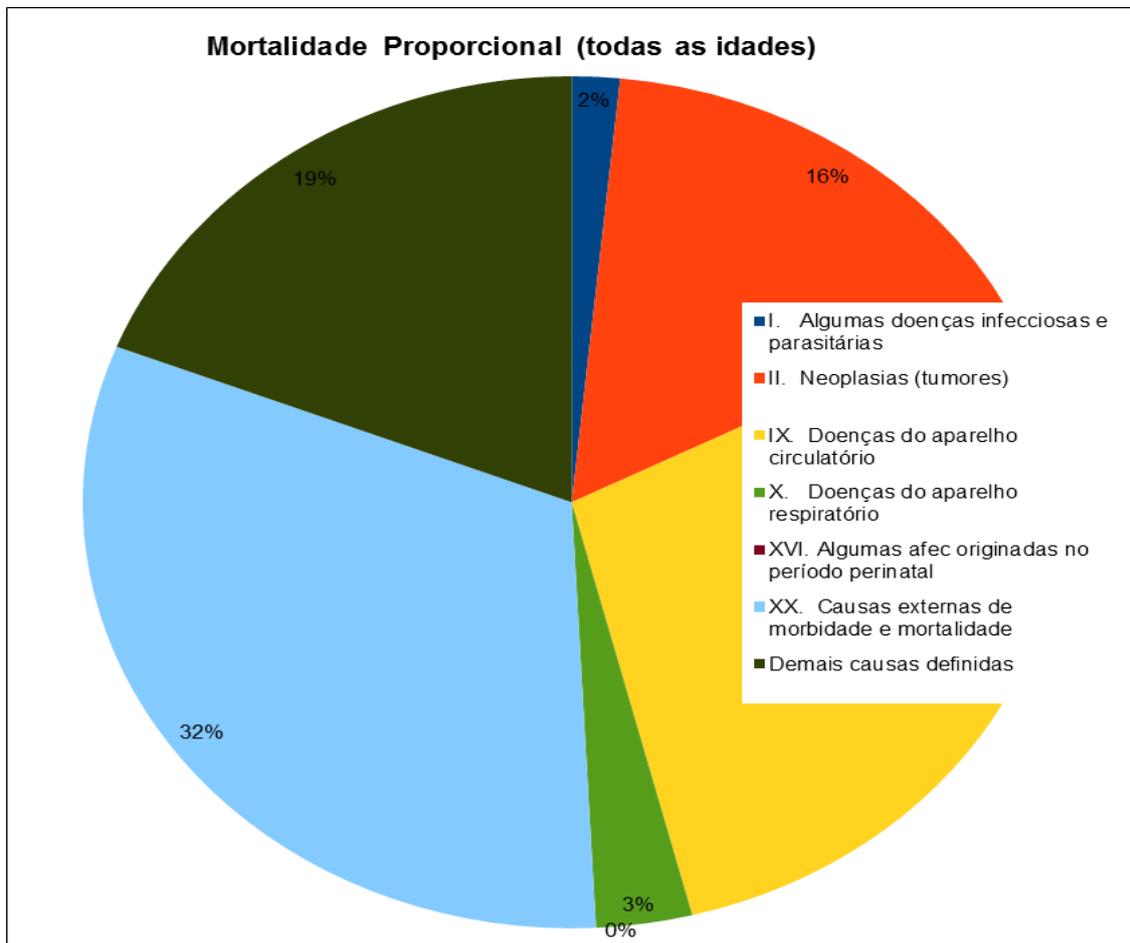
Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Tabela 7 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)							
Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	10,1	-	-	-	-	-	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	21,0	-	-	-	-	31,5	-
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	-	20,0	19,1	-	-	-	-
Infarto agudo do miocárdio	30,4	29,1	74,1	50,6	48,4	38,6	44,4
Doenças cerebrovasculares	40,6	67,8	64,8	25,3	48,4	23,2	53,3
Diabetes mellitus	40,6	-	46,3	16,9	16,1	30,9	44,4
Acidentes de transporte	20,3	9,7	-	8,4	32,2	7,7	35,6
Agressões	20,3	29,1	27,8	-	48,4	7,7	35,6

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Figura 3 - Mortalidade proporcional todas as idades



Ao analisarmos as tabelas acima, evidencia-se que a principal causa de mortalidade é por Doenças do Aparelho Circulatório (hipertensão, isquemias, doenças cardiovasculares, diabetes...), onde muitas vezes a descoberta é tardia, a prevenção e tratamento são incorretos, os hábitos de vida são irregulares (alimentação, exercício físico,...).

Morbidade Hospitalar

Internações por Município e Ano processamento

Município: Itapoá

Período:Jan/2008-Fev/2011

Município	2008	2009	2010	2011	Total
420845 Itapoá	461	613	610	79	1763
Total	461	613	610	79	1763

Morbidade Sistema de Informação de Agravos e Notificações

	2007	2008	2009	2010
Acidente por animais peçonhentos	12	5	12	17
Atendimento Anti-rábico	45	42	39	52
Caxumba	4	0	1	0
Condiloma	1	5	12	5
Hepatites virais	1	1	6	7
Leptospirose	0	3	1	0
Síndrome do Corrimento Cervical Mulheres	11	18	1	0
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino	1	0	0	0
Varicela	145	29	9	5
Violência				4

Imunização e Doenças Imunopreveníveis

COBERTURA VACINAL POLIO (MENOR DE 1 ANO)

Ano	Cobertura
2006	108,59
2007	130,71
2008	122,16
2009	126,35
2010	120,36

COBERTURA VACINAL HEPATITE B (MENOR DE 1 ANO)

	Cobertura
2006	101,84
2007	121,43
2008	117,37
2009	121,56
2010	113,77

COBERTURA VACINAL TETRA (MENOR DE 1 ANO)

	Cobertura
2006	108,59
2007	133,57
2008	121,56
2009	125,75
2010	120,96

COBERTURA VACINAL ROTA (MENOR DE 1 ANO)

Cobertura	
2006	112,57
2007	110,18
2008	104,19
2009	117,86
2010	60,12

COBERTURAS EM CAMPANHAS POLIO (menor de 5 anos)

Cobertura	
2006	90,3
2007	91,56
2008	120,4
2009	110,33
2010	114,87

COBERTURAS EM CAMPANHAS GRIPE (maiores de 60 anos)

Cobertura	
2006	107,69
2007	106,78
2008	117,31
2009	132,92
2010	97,75

Série histórica do Pacto pela Vida

Município:		Itapoá						Meta Pactuada 2008- 2009	Observações
PACTO PELA SAÚDE: AVALIANDO OS RESULTADOS ALCANÇADOS	série histórica								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009			
Taxa de internação hospitalar em idosos por fratura de fêmur	0,0	20,1	0,0	14,9	0,0	31,0	0,0	Não se aplica	
Exames citopatológico cérvico-vaginais/mulheres 25 a 59 anos	0,23	0,27	0,09	0,22	0,16	0,20	0,00		

% de investigação de óbitos infantis investigados	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	
% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	100,0	75,0	
Nº de Óbitos no período pós-neonatal	1	0	0	0	0	0	0,0	
Nº de Óbitos no período neonatal	0	2	0	0	1	2	0,0	
Coeficiente de mortalidade pós-neonatal	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Não se aplica
Coeficiente de mortalidade neonatal	0,0	14,1	0,0	0,0	6,0	10,8	0,0	Não se aplica
Número de casos de sífilis congênita	0	0	0	0	0	0	0,0	
Taxa de cesáreas	28,8	29,8	33,1	28,0	32,6	31,1	25,0	Não se aplica
% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	75,0	100,0	50,0	50,0	66,7	100,0	85,0	
% de cura dos casos novos de hanseníase	0,0	0,0	66,7	50,0	0,0	0,0	60,0	Não ocorreram casos
% de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	
Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Não se aplica
% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	105,7	103,8	101,3	98,6	113,5	99,4	95,0	
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	21,5	19,0	37,1	32,7	35,5	28,0	30,0	
Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral	51,1	20,4	27,8	17,4	34,2	32,7	33,0	
Taxa de internação por diabetes mellitus	8,4	7,7	3,7	6,2	0,0	5,1	3,0	
Média anual de consultas médicas básicas por habitante	3,1	2,8	3,2	2,8	3,2	4,0	1,0	
% de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal	93,4	95,8	87,7	95,0	96,4	96,2	86,0	

% de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal	68,3	73,9	77,3	76,4	70,7	70,4	86,0	
% de crianças < 5 anos com baixo peso para idade	0,0	0,0	13,2	5,7	3,8	4,0	4,0	
Média anual da ação coletiva escovação supervisionada								
Média mensal de visitas domiciliares por família por ACS	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	
Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes								Não se aplica
Cobertura vacinal por Tetravalente em < 1 ano	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	128,5	100,0	
% de óbitos não fetais com causas básicas definidas	98,8	127,5	108,6	133,6	121,6	77,3	90,0	
% de doenças exantemáticas investigados oportunamente	97,9	95,7	92,2	86,5	80,0	100,0	80,0	
% de casos notificação compulsória encerrados oportunamente	100,0	60,0	100,0	100,0	100,0	95,2	80,0	

Nota: Os dados do SIM e do SINASC para o ano de 2009 são preliminares.

9- ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

9.1 Atenção básica

O município conta com 05 Unidades de Saúde da Família (PSF) e mais 02 (duas) extensões rurais com uma cobertura de 100% da população. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e de 5 a 7 agentes comunitários de saúde. O município conta com um total de 30 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para viabilizar a cobertura de 14.763 pessoas.

No entanto, a distribuição quanto ao número de famílias não é uniforme entre as equipes de saúde da família. Isto acontece em virtude do espaço geográfico do município que possui 32Km de extensão em linha reta. Assim sendo, as duas Unidades localizadas nos extremos do município possuem menos famílias cadastradas que as demais unidades de saúde família localizados na porção central do município.

Apesar de o município possuir cobertura total da estratégia de saúde da família, não possui implantado o Programa de Saúde Bucal. O atendimento odontológico é realizado por dois odontólogos sendo que um deles atua apenas em uma Unidade de Saúde cumprindo carga horária de 20 horas semanais. Outras 04 unidades contam com um odontólogo que cumpre carga horária de 40 horas dividindo-a entre as unidades. Uma unidade de saúde não possui consultório odontológico, sendo que a demanda desta

unidade é coberta por outra unidade próxima ocorrendo assim excesso de demanda.

Em relação à estrutura física das 05 equipes (mais 02 extensões rurais), quatro unidades e uma extensão rural possuem sede própria, sendo que uma unidade e uma extensão encontram-se em situação precária. Uma extensão rural é uma casa adaptada, com poucos cômodos. A outra unidade central encontra-se em prédio locado, com estrutura física inadequada, poucos cômodos, não possuindo sala de vacina, consultório odontológico, sala de procedimentos separada da sala de esterilização e expurgo.

Em Outubro de 2009 implantamos no município o NASF (Núcleo de Atendimento a Saúde da Família), sendo feitas reuniões em todas as unidades de PSF, essa equipe conta com 02 fisioterapeuta, 01 psicóloga e 01 profissional de educação física.

Temos também um Centro de Reabilitação, sede locada com estrutura física adaptada para atendermos uma média de 1.000 (mil) pacientes/mês nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia.

O administrativo da secretaria de saúde fica localizada próximo a sede da Prefeitura Municipal, prédio locado funcionando junto os setores de vigilância sanitária e epidemiológica e o setor de controle e avaliação. Também contamos com a farmácia básica e o departamento de compras.

A Secretaria de Saúde oferece além do atendimento de baixa complexidade (atenção básica) os serviços de marcação de consultas especializadas através do programa TFD - Tratamento Fora do Domicílio e exames da média e alta complexidade.

O programa de TFD tem por objetivo encaminhar consultas de especialidades para um município de referencia no caso de Itapoá a referencia é Joinville. Os documentos são encaminhados pelo médico do PSF e marcado conforme PPI (Programa de Pactuação Integrada) todo mês. Este serviço inclui, além da consulta marcada, o transporte deste cliente/paciente até Joinville.

O grande agrave do programa de TFD é o numero de consultas disponíveis em cada especialidade, que na grande maioria das vezes é insuficiente para a demanda o que implica em uma fila de espera, que para algumas especialidades chega a um ano.

Pensando em uma maneira de amenizar este problema, foi criado o Consórcio Inter-municipal de Saúde o CIS- AMUNESC. Este consórcio contrata prestadores de serviços de saúde como clínicas, consultórios e laboratórios que vendem seus serviços aos municípios pelo preço do SUS. Em média são encaminhadas 250 consultas/ mês para consultas de especialidades, e 150 exames/ mês de média e alta complexidade.

Também alguns exames já são realizados no município como Rx de extremidades e exames de bioquímica que são realizados por um laboratório credenciado no município.

9.2 Vigilância em Saúde

9.2.1 Vigilância Sanitária

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendida todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

- A liberação do Alvará Sanitário também é uma ação que permite a garantia de que os estabelecimentos estejam dentro das normas e padrões exigidos pela legislação.

A Vigilância Sanitária conta com 02 fiscais sanitários que realizam todas as ações de nível básico, sendo que as ações de nível médio são realizadas pelo Estado 01 Agente Administrativo e três agentes da Funasa que realizam as fiscalizações do meio-ambiente em locais considerado crítico e de risco para controle de vetores.

9.3 Vigilância Epidemiológica

Entende-se por Vigilância Epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A Secretaria de Saúde conta com o Departamento de Vigilância Epidemiológica, tendo como responsável uma Técnica de Enfermagem e conta também com um agente administrativo que é responsável pela alimentação e manutenção dos sistemas preconizados pelo Ministério da Saúde. A seguir detalharemos as diferentes ações de cada programa:

1. Programa de Saúde da Mulher:

1.1 - PHPNN- Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento: Oferece nas unidades de Saúde consultas médicas e de enfermagem, exames de rotina, encaminhamento para ultrassonografia, vacinação da gestante, educação em saúde através dos grupos de gestantes, acompanhamento da vigilância alimentar e nutricional, visitas domiciliares da equipe de saúde da família, agendamento prévio de consultas e encaminhamentos de urgências e emergências.

1.2 – PCCCUM – Programa de Combate Câncer de Colo de Útero e Mamas:O programa oferece coleta de material para exame citopatológico, que é encaminhado ao Instituto de Anatomo - Patologia do Estado IAP, e orientações sobre auto exame das mamas, depois com o resultado a cliente/paciente é orientada por médico ou enfermeiro sobre o tratamento e acompanhamento de possível lesão, com distribuição de medicamentos e encaminhamento para especialista.

2. Programa de Saúde da Criança:

2.1- PNI – Programa Nacional de Imunização: Este programa disponibiliza imunobiológicos de rotina, previstos no calendário básico de vacinação, nas unidades de saúde, também disponibiliza vacinas especiais para casos específicos através de CRIE Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais, além das campanhas nacionais de vacinação.

2.2– SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: A Vigilância Alimentar e Nutricional tem por objetivo monitorar o crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 0 a 06 anos, através do acompanhamento do peso e estatura, utilizando métodos preconizados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Este acompanhamento é realizado mensalmente de acordo com a rotina de cada unidade.

2.3 – Saúde de Ferro – Este programa foi implantado para combater o alto índice de

anemia ferropriva em crianças de 6 meses a 7 anos. O Programa oferece medicamento específicos como, sulfato ferroso e ácido fólico, na apresentação de comprimidos ou gotas, à todas as crianças nesta faixa etária, além de acompanhamento médico nos casos mais graves.

2.4 – Saúde Bucal – são desenvolvidas ações de prevenção à carie nas escolas de ensino fundamental da rede municipal, com distribuição de material educativo e escovas dentais.

3. Programa de Combate a Tuberculose:

Este programa promove desde o diagnóstico, por meio de solicitação e realização de exames, até fornecer a medicação para tratamento. Além de ações educativas através de palestras e busca ativa de casos.

4. Programa de Combate a Hanseníase:

Este programa está implantado nas unidades de saúde para suspeita diagnóstica, isto é, o médico que avalia um cliente/paciente com suspeita de Hanseníase, pode encaminhá-lo pela Vigilância Epidemiológica para o serviço de referência em Joinville e o tratamento e acompanhamento são realizados no município.

5. HIPERDIA – Programa de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético:

O sistema HIPERDIA monitora as ações de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, com relação as consultas de rotina, distribuição de medicação, exames de rotina realizados e intercorrências que aconteçam nos intervalos entre as consultas. Este sistema mantém transmissão direta com o Ministério da Saúde, e atualmente existem 1385 hipertensos e diabéticos cadastrados no município.

Além dos programas da Atenção Básica, a Secretaria de Saúde, através da Vigilância Epidemiológica desenvolve outras ações de monitorização da ocorrência de agravos de relevância nacional e estadual, são sistemas de informação alimentados pelas unidades de saúde, como:

– 1. SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação:

O Ministério da Saúde preconiza uma série de agravos de importância nacional e quando ocorre a confirmação ou suspeita de determinado agravo, a unidade deve notificar imediatamente a Secretaria Municipal, para que se tome as medidas de controle específicas para o mesmo.

– 2. MDDA – Monitoramento da Doenças Diarréicas Agudas:

Esta ação, tem como objetivo identificar a ocorrência de surtos de diarreia, precocemente, através de instrumento de coleta de dados, atualizado diariamente pelas Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento, sendo possível o acompanhamento de qualquer alteração no número de casos, e possibilitando ações de controle mais eficazes.

– 3. SIM – Sistema de Informação de Mortalidade:

Através deste sistema a Secretaria de Saúde, identifica as causas de óbito que ocorrem no município e informa a Secretaria do Estado, mensalmente, quantos óbitos e quais as causas dos mesmos. Este sistema gera um indicador que serve como referência para que se projetem ações de prevenção à determinados agravos de saúde.

Atualmente a Secretaria de Saúde vem cumprindo o plano de atividades que o Ministério da Saúde preconiza para um município como modelo de gestão básica, por conseguinte não temos nenhum programa estabelecido por lei que não esteja em funcionamento.

9.4 Assistência de Urgência e Emergência

Possuímos Pronto Atendimento 24 horas, sede própria com 736,98 metros/quadrados, conta com uma equipe formada por 01 médico 40 horas e uma rotatividade de 12 médicos plantonistas , 04 enfermeiro, 04 auxiliar de serviços gerais, 05 motorista, 03 recepcionista, 02 técnico em RX, 01 médico ginecologista, 01 médico pediatra, 17 técnico/auxiliar de enfermagem , 01 auxiliar de manutenção e uma Diretora de Departamento. No PA 24horas são realizadas uma media de 3.500 consultas/mês.

Durante a temporada de verão temos dificuldades para manter o atendimento nas unidades Básicas de Saúde, principalmente no Pronto Atendimento 24hs devido o aumento considerável da população do município.

Contamos com um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) suporte básico tendo como regulação o município de Joinville. Essa unidade tem como sede o PA 24hs contando com 04 motoristas socorristas e 04 técnicos de enfermagem.

O SAMU pode ser acionado mediante a necessidade de encaminhamento de pacientes à rede hospitalar, através da Central de Regulação SAMU, e/ou para transporte de pacientes, cuja gravidade impeça que o serviço de transporte do município realize a transferência. O município apresenta pactuação com os hospitais regionais de Joinville e Florianópolis, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI) de Assistência Ambulatorial firmada com a Secretaria de Estado da Saúde. Contudo, a principal referência hospitalar para a urgência e emergência é os hospital São José,Hospital Regional , Hospital Infantil, Maternidade Darci Vargas todos em Joinville.

9.5 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica envolve a gestão da política, estratégias e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que têm o medicamento como insumo essencial, preocupando-se também com o enfrentamento do risco de reações adversas e o crescente número de intoxicações pelo uso indiscriminado de medicamentos que representam um sério problema de saúde pública.

O SUS organiza os insumos da Assistência Farmacêutica em listas de medicamentos, sendo as listas de medicamentos essenciais e os medicamentos especiais de fornecimento obrigatório e regular através das farmácias das unidades básicas municipais, conforme pactuação da CIB. Atualmente, a farmácia básica do município disponibiliza cerca de 103 medicamentos. Os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades sanitárias da maioria da população; os medicamentos especiais, cuja responsabilidade de repasse ao município é da Secretaria de Estado da Saúde, são aqueles indicados nos protocolos pré-estabelecidos, definidos por critérios técnicos e estudos de medicina baseada em evidências clínicas para a terapêutica de agravos mais prevalentes ou de maior demanda local.

Contudo, alguns itens da lista de medicamentos estratégicos direcionados ao tratamento de um grupo de agravos agudos ou crônicos específicos contemplados em programas do Ministério da Saúde, como os tratamentos para tuberculose e hanseníase, já são fornecidos na rede municipal.

10.0 Gestão de Saúde

A gestão da saúde possui como diretriz a qualificação das ações de planejamento e programação em saúde, através de uma política de descentralização baseada nas necessidades da comunidade. Itapoá vem se preparando para assumir suas responsabilidades sanitárias, construindo uma política de saúde a partir das realidades regionais e conforme a nova lógica do Ministério da Saúde, que é o Pacto pela Saúde. Com isso, reafir-

mando seu compromisso público com base nos princípios constitucionais do SUS. As ações de planejamento possuem especial importância neste processo de consolidação, nas quais as necessidades de saúde da população devem ser adotadas como critério para o processo de planejamento, monitoramento e a avaliação, sendo o Plano Municipal de Saúde o instrumento referencial básico por refletir as diferentes realidades locais.

De acordo com o organograma, pode-se evidenciar que a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde atualmente não atende a real necessidade do município.

10.1 Investimentos

A Secretaria Municipal de Saúde busca otimizar recursos e oferecer melhorias e projetos à comunidade. Assim, nos últimos anos, diversos investimentos foram alocados em reformas de unidades de saúde, aquisição de veículos, materiais e equipamentos para todas as unidades. Esses investimentos permitiram beneficiar a comunidade e contribuíram para o avanço das ações de saúde pública. Os principais investimentos realizados nos últimos três anos foram: Reforma das unidades de saúde do Sai Mirim, Barra do Sai, Itapoá e do Pronto Atendimento 24 horas. Construção das Unidades do Pontal e Samambaial, bem como a implantação de uma nova equipe de ESF na comunidade de Itapema do Norte. Foi adquirido vários veículos para renovação e ampliação da frota assim como uma ambulância, um veículo para uso das Unidades de Saúde e um veículo para uso da secretaria de saúde.

Pensando na qualidade de vida e promoção a saúde a secretaria adquiriu no ano de 2010 duas (02) academias ao Ar livre e recebeu mais 02 que foram doação da UNIMED.

10.2 Informações em Saúde

Existe a proposta de informatização integral das unidades de saúde e implantação de software de gestão em saúde, que irá permitir agilizar o processo de gestão e aprimorar a coleta de dados de produção nas unidades de saúde através da compatibilização de dados com os sistemas de informação em saúde do banco de dados do SUS (DATA-SUS). O objetivo é eliminar a necessidade de digitação intermediária desses dados. Portanto, a completa informatização das unidades de saúde é primordial para o fortalecimento da gestão da saúde, que requer uma base de dados qualificada.

A Secretaria Municipal de saúde já utiliza o Sistema Nacional de Regulação SIS-REG, que é um sistema on-line de gerenciamento da Central Nacional de Marcação de Consultas e Exames especializados que visa a otimização na utilização dos recursos, maior controle no fluxo de atendimento e encaminhamento dos usuários, mais rapidez no agendamento de consultas e exames, contribuindo assim para a humanização do atendimento. Os Exames e consultas via CIS Amunesc (Consortio Intermunicipal de Saúde), também é agendado no sistema on-line.

A implantação dos sistemas de informação configuram um passo importante para a qualificação do gerenciamento dos serviços, especialmente de média complexidade. Com a regulação, otimiza-se a oferta de ações e serviços, estabelece-se um fluxo eficaz de referência e contra-referência, de encaminhamentos de pacientes e de agendamento de consultas e exames, garantindo-se o acesso da população aos serviços da média complexidade. O município passou a agendar as consultas de seus usuários, a ter o controle dos prestadores de serviço, facilitando o agendamento/encaminhamento, aprimorando a qualidade dos serviços prestados à população.

10.2 Financiamento

As necessidades de financiamento da saúde são grandes. Isso faz com que as autoridades das três esferas de governo estejam sempre se empenhando na busca de fontes adicionais de recursos.

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegurou a efetiva co-participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A exemplo do que vinha ocorrendo com os mínimos exigidos para a educação, foram estabelecidos percentuais mínimos das receitas da União, dos Estados e dos Municípios, a serem aplicados em ações e serviços de saúde.

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União, quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área da saúde.

Os Estados e Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estão sujeitos a sanções que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no Estado ou do Estado no Município. Os recursos federais do SUS são transferidos aos níveis estadual e municipal mediante remuneração por serviços produzidos (SIA/AIH), celebração de convênios e instrumentos congêneres, e transferências fundo a fundo.

A transferência fundo a fundo é realizada, regular e automaticamente, da União para os Estados e Municípios, para o financiamento das ações e/ou programas de saúde executados, de acordo com a condição de gestão a que estejam habilitados, sendo essa a principal modalidade de transferência de recursos federais para os Estados, Municípios e Distrito Federal, a título de financiamento das ações e serviços de saúde.

Os recursos destinados à execução da Atenção Básica e das ações específicas de Programas e Incentivos do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão bem como as qualificações de estados e municípios aos respectivos Programas e Incentivos de acordo com a regulamentação específica.

Os recursos financeiros do Sistema Municipal de Saúde provêm de diversas fontes, sendo destinados a programas e ações específicas. Os recursos federais da saúde são repassados em cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Já os recursos estaduais são repassados através do Co-financiamento da Atenção Básica e da Farmácia Básica. Outra forma de financiamento, são os convênios compactuados com o Governo Estadual, que permitem o repasse de recursos específicos para a execução de projetos de melhorias.

Os recursos do Governo Federal são repasses exclusivos para financiamento de projetos específicos e representam fontes potenciais de aporte financeiro para diversos projetos de desenvolvimento futuros, a serem implantados no município. A Emenda Constitucional nº. 029/2000 preconiza a aplicação mínima na saúde de 15% dos recursos oriundos da transferência de impostos municipais, estaduais e da União. A Em 2010, foi realizado um repasse de 23,8% para aplicação em saúde, visando atender a programação orçamentário-financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcadas nas responsabilidades decorrentes do preceito constitucional e da missão institucional. Este incremento é significativo em relação aos

anos anteriores e reflete o compromisso da gestão com as novas ações e serviços a serem realizados frente ao Pacto pela Saúde.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é um sistema de coleta e consolidação de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo, proporcionando à sociedade o conhecimento sobre a aplicação dos recursos públicos nesta área através de um instrumento de acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29/2000.

A elaboração da peça orçamentária deve observar a estreita articulação com todos os serviços e áreas da SMS, bem como atender às novas normas de financiamento do SUS, além dos compromissos firmados no Pacto pela Saúde. Tais medidas permitem maior precisão na dotação orçamentária, a fim de que se amplie ainda mais os recursos destinados à saúde.

É fundamental reconhecer que os recursos financeiros, destinados às ações de saúde, são otimizados com um planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população.

É necessária a construção de uma gestão orçamentária-financeira do SUS que integre as funções planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, para tanto, existem instrumentos orçamentários como a Lei de orçamento anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual.

10.3 Participação Social

O controle social, produto de conquistas democráticas, é um importante instrumento para o exercício da cidadania, uma vez que confere à população o papel de sujeito do direito à saúde e da exigência do cumprimento do dever por parte do Estado. Confere também o papel de controlador do funcionamento dos serviços e aos profissionais de saúde, espaço livre para manifestação de idéias e tendências técnico-científicas. Esta participação social nas decisões em saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, devendo ser fortemente favorecida para se garantir um controle construtivo e responsável. A Secretaria Municipal de Saúde tem incentivado a participação da população através de suas entidades representativas, que são o conselho local e municipal de saúde e a conferência municipal. Esta parceria é necessária para assegurar que as ações em saúde, por ser um bem público, não sejam decididas unilateralmente, preservando assim os direitos e o poder da população.

10.3.1 Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Itapoá é um órgão de deliberação coletiva e de caráter permanente, criado pela Lei Municipal 007/2001, atualmente as reuniões ordinárias são realizada na 01 sexta feira do mês e sempre que necessário, convocam-se também reuniões extraordinárias. Desta forma, para se garantir a avaliação imparcial das necessidades de problemas de saúde, é imperiosa a qualificação dos conselheiros para uma participação mais ativa no processo decisório. Contudo, observa-se uma contribuição significativa dos conselheiros, que cumprem o exercício de suas competências e consequentemente, a representatividade da participação social.

10.3.2 Conferencia Municipal de Saúde

As Conferências de Saúde representam o fórum oficial de debates e decisões das entidades representativas da sociedade sobre a saúde do município e embora determinadas em lei, nem sempre têm seus prazos de realização cumpridos. Desde a década de 1990 vem se adotando cada vez mais a prática de conferências temáticas. Itapoá realizou a última Conferência Municipal de Saúde em 2007, a qual discutiu e elaborou propostas sobre o tema central da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, com o Tema: "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento".

11. FORMULAÇÃO PARA OS COMPROMISSOS PARA 2011-2013

OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.

1. AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL

OBJETIVO 1: FORTALECER A ATENÇÃO BÁSICA

DIRETRIZ 1: CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

METAS	PERÍODO
Formular a política municipal de atenção integral à saúde fundamentada nos princípios da Atenção Básica, fortalecer as redes, implantação de rotinas nas ESF.	2011 -2013
Implantar e implementar os Programas de Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do Adolescente e Saúde Mental.	2011-2013
Consolidar a acessibilidade, o acolhimento e humanização em todas as unidades de saúde.	2011-2013
Garantir ações de educação permanente, com temas coerentes com as necessidades locais/regionais.	2011-2013
Implantação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da atenção básica, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais e adequados às características do município.	2011-2013
Qualificar a gestão da atenção básica.	2011-2013
Fortalecer o trabalho do humaniza SUS.	2011-2013

DIRETRIZ 2: ESTRUTURAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).

METAS	PERÍODO
Manutenção de 100% do cadastramento da população na Estratégia da Saúde da Família.	2011-2013
Garantir a composição completa dos profissionais das equipes	2011-2013
Capacitar 100% dos novos profissionais a serem integrados nas equipes.	2011-2013
Definir e implantar política de planejamento e avaliação do desempenho das equipes de ESF.	2011-2013
Aprimorar e informatizar o prontuário familiar.	2011-2013
Manutenção e implementação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF.	2011-2013

Adequar através de construção e ampliação as unidades de saúde para realizar serviços e ações da atenção básica de acordo com a população adscrita e normas técnicas vigentes.	2011-2013
Elevar a média mensal de visitas domiciliares por família para 100% das famílias cadastradas.	2011-2013
Aquisição de mais um veículo para uso das unidades de saúde.	2011-2013
Construção do novo prédio do PSF da comunidade da Jaca	2011-2013
Informatizar 100 % das unidades de ESF.	2011-2013
Construção da sede própria da ESF de Itapema	2011-2013

OBJETIVO 2: QUALIFICAR OS PROGRAMAS E AÇÕES DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE.

DIRETRIZ 1: APRIMORAR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

METAS	PERIODO
Implantar política de incentivo a amamentação em 100% das unidades de saúde.	2011-2013
Implantação e manutenção do Programa Saúde nas Escolas.	2011-2013

DIRETRIZ 2: FORTALECER AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

METAS	PERIODO
Aquisição e manutenção de academias ao Ar Livre	2011-2013
Realizar articulações intersetoriais para concessão e melhoria de espaços públicos para realização de atividades físicas.	2011-2013
Realizar e promover ações educativas com as equipes e os usuários visando a incorporação da prática de atividade física regular.	2011-2013
Realizar capacitação para atualização dos profissionais das ESF e do NASF em atividade física, visando a prevenção de doenças e promoção da saúde.	2011-2013
Ampliação e adequação de estruturas própria (ESF) para espaço destinado a promoção de atividades físicas e promoção da saúde.	2011-2013

DIRETRIZ 3: QUALIFICAR A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

METAS	PERIODO
Criar um protocolo municipal de pré-natal	2011-2013
Captação precoce das gestantes cadastradas	2011-2013
Garantir referencia e contra-referência nos encaminhamentos das gestantes de alto risco.	2011-2013
Garantir consulta de puerpério até o 40º dia após o parto das gestantes acompanhadas.	2011-2013
Garantir a realização dos exames complementares de pré-natal preconizados pelo MS	2011-2013
Aprimorar o sistema de informação SISPRENATAL	2011-2013

Implantar rotina de orientação á gestante no tocante a cuidados básicos, nutrição, aleitamento, atividades físicas, preparação para o parto e planejamento familiar.	2011-2013
--	-----------

DIRETRIZ 4: FORTALECER O PLANEJAMENTO FAMILIAR

METAS	PERIODO
Criar um protocolo de Planejamento Familiar	2011-2013
Implementar o Planejamento Familiar nas unidades de saúde	2011-2013
Criar estratégias específicas para redução da gravidez na adolescência.	2011-2013
Disponibilizar na rede de saúde os métodos contraceptivos definidos no protocolo.	2011-2013
Elaborar cartilha educativa sobre o protocolo de uso dos métodos contraceptivos	2011-2013
Referenciar ao serviço especializado os usuários que desejam realizar métodos cirúrgicos esterilizantes, quando indicados.	2011-2013

DIRETRIZ 5: FORTALECER AS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

METAS	PERIODO
Implantar equipes de saúde bucal conforme o numero de ESF.	2011-2013
Buscar serviço de referencia em radiologia bucal	2011-2013
Adequar a área física e equipamentos aos critérios para atendimento odontológicos nas unidades de saúde.	2011-2013
Padronizar os materiais e instrumentos odontológicos das unidades de saúde.	2011-2013
Disponibilizar turno dos profissionais para trabalho preventivo	2011-2013
Participar do monitoramento da fluoretação das águas de abastecimento público.	2011-2013
Implantar medidas de prevenção/redução de riscos ocupacionais	2011-2013
Criar protocolo de atenção em saúde bucal.	2011-2013
Realizar levantamento epidemiológico de cárie dentária de 04 em 4 anos.	2011-2013
Implantar em 100% dos escolares a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada na faixa etária de 6 a 12 anos.	2011-2013
Realizar módulos de educação permanente.	2011-2013

DIRETRIZ 6: REESTRUTURAR O MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

METAS	PERIODO
Implantar o Programa de Saúde Mental, com definição dos fluxos e criação de protocolo	2011-2013
Implantação do NASF 3	2011-2013
Atuar como equipe de apoio à Estratégia de Saúde da Família na lógica matricial em 100% das unidades de saúde através do NASF 3.	2011-2013
Consolidar as diretrizes clínicas/terapêuticas para instrumentalizar os profissionais da rede .	2011-2013

Realizar ações de educação permanente aos profissionais da rede	2011-2013
Capacitar as equipes de saúde para atendimento de casos com transtorno mental	2011-2013
Adequar sistema de armazenamento e manipulação de dados para saúde mental com informações técnicas e gerenciais	2011-2013
Pactuar leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais locais	2011-2013
Mapear e adequar espaços físicos estratégicos para realização de atividades de grupoterapia em saúde mental (NASF3).	2011-2013
Pactuar leitos para tratamento de dependentes químicos em clínicas especializadas após avaliação psicossocial realizada pelos profissionais do NASF 3.	2011-2013

DIRETRIZ 7: FORTALECER AÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO

METAS	PERIODO
Capacitar 100% dos profissionais em Saúde do Idoso	2011-2013
Implantar o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso	2011-2013
Garantir o acolhimento preferencial ao idoso em situação de vulnerabilidade nas unidades de saúde	2011-2013
Priorizar o atendimento integral aos idosos cadastrados e acompanhados nas unidades de ESF	2011-2013
Implementar a prática de atividades físicas nas unidades de saúde através dos grupos de educação em saúde.	2011-2013
Estruturar a visita sistemática dos Agentes Comunitários para 100% dos idosos atendidos nas unidades de ESF.	2011-2013
Distribuir caderneta de saúde do idoso para 100% dos idosos atendidos nas unidades de ESF	2011-2013
Atingir e manter cobertura vacinal da influenza igual ou acima de 80%	2011-2013
Implementar Grupo de Educação em Saúde para idosos hipertensos/ diabéticos em 100% das unidades de ESF	2011-2013
Definir e elaborar indicadores na Saúde do Idoso para avaliar ações implantadas e direcionar novas ações	2011-2013
Implantar Grupo de Educação em Saúde para os cuidadores de idosos.	2011-2013
Implantar equipe multidisciplinar da saúde do idoso (Geriatra, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional) para atender no Centro de Idoso.	2011-2013

OBJETIVO 2: FORTALECER OS NÍVEIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

DIRETRIZ 1: QUALIFICAR A ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E CONSOLIDAR O COMPLEXO REGULADOR

METAS	PERIODO
Estruturar e organizar a lista de espera da média e alta complexidade.	2011-2013
Manter 100% das solicitações de TFD da população no município, conforme o que é ofertado ao município através da PPI (Programação Pactuada Integrada).	2011-2013
Criar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os	2011-2013

protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais.	
Estabelecer e negociar critérios para quantificação das cotas de exames e consultas especializadas	2011-2013
Manutenção do consócio intermunicipal de saúde, como forma de instrumentalizar o município para oferta de serviços complementares em saúde.	2011-2013
Adequar a infra-estrutura do Departamento de Controle e Avaliação	2011-2013

DIRETRIZ 2: FORTALECER O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

METAS	PERIODO
Ampliar a oferta de serviços de urgência e emergência através da implantação de uma Sala de Estabilização (SE) no PA 24 horas.	2011-2013
Capacitar as equipes de saúde em urgência e emergência	2011-2013
Capacitar os motoristas que atuam nas ambulâncias municipais	2011-2013
Adequar e equipar o PA 24 horas para o funcionamento da Sala de Estabilização .	2011-2013
Criar um fluxo de atendimento, estabelecendo as portas de entrada das urgências e emergências	2011-2013
Estruturar as unidades de atenção básica para o atendimento de urgências.	2011-2013
Manter a pactuação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências SAMU 192.	2011-2013
Manter a pactuação com os hospitais regionais para a retaguarda hospitalar das urgências	2011-2013
Implantar protocolo de avaliação de risco.	2011-2013
Construção da sede própria para o SAMU	2011-2013
Adequar a estrutura física do PA 24hs	2011-2013
Realizar modificações conforme proposta na planta física do PA 24hs.	2011-2013
Aquisição de veículo para atendimento eletivos e burocráticos do PA 24hs.	2011-2013
Informatização do prontuário eletrônico	2011-2013
Reestruturação do equipamento do RX	2011-2013
Ampliar o horário do RX	2011-2013
Disponibilizar laboratório online.	2011-2013

OBJETIVO 3: QUALIFICAR A ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

DIRETRIZ 1: ADEQUAR AS INSTALAÇÕES FÍSICAS DA FARMÁCIA BÁSICA E DAS FARMÁCIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE.

METAS	PERIODO
Realizar levantamento das necessidades de reforma, ampliação e adequação conforme a política de assistência farmacêutica vigente.	2011-2013
Elaborar e aprovar um plano de prioridades para adequação da área física das farmácias municipais das unidades de saúde.	2011-2013
Executar o plano de adequação das instalações físicas	2011-2013
Construção da sede própria da farmácia básica	2011-2013

DIRETRIZ 2: GARANTIR A VIABILIDADE TÉCNICA E GERENCIAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

METAS	PERIODO
Manter profissional farmacêutico com responsabilidade técnica	2011-2013
Discutir e aprovar as atribuições de cada nível e setor da Secretaria Municipal de Saúde quanto ao gerenciamento da assistência farmacêutica	2011-2013
Elaborar o Regimento Interno da Assistência Farmacêutica	2011-2013
Estruturar e garantir as condições técnicas e de pessoas para o controle de estoque de medicamentos	2011-2013

DIRETRIZ 3: ADEQUAR OS INSTRUMENTOS NORMATIVOS OPERACIONAIS

METAS	PERIODO
Organizar, discutir e implantar um ato normativo sobre gestão, uso e controle de medicamentos	2011-2013
Organizar e implantar os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) sobre a distribuição de medicamentos e recebimento	2011-2013
Organizar e implantar os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) sobre o Armazenamento e Controle de Estoque de Medicamentos	2011-2013
Organizar, revisar e implantar os procedimentos e instrumentos da supervisão de Assistência Farmacêutica com o objetivo de detectar problemas locais e orientar as ações referentes ao direcionamento à política e às etapas do ciclo de assistência farmacêutica.	2011-2013
Promover o aperfeiçoamento e a implantação do sistema informatizado de controle de estoque.	2011-2013
Apoiar e promover a capacitação de pessoal para utilização do sistema informatizado	2011-2013
Definir em conjunto com os setores competentes internos e externos as normas e critérios para dispensação dos medicamentos básicos, do Programa de Medicamentos Excepcionais e dos medicamentos da lista complementar para usuários do SUS (rede básica, especializada e hospitalar) e para pacientes oriundos do setor privado.	2011-2013

DIRETRIZ 4: FOMENTAR OS PROGRAMAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

METAS	PERIODO
Criar o cadastro de beneficiários de medicamentos fornecidos via judicial, unificando informações da Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério da Saúde	2011-2013
Criar fluxo de avaliação dos processos judiciais de fornecimento de medicamentos, a partir da elaboração de fundamentos de defesa do município.	2011-2013
Agilizar a emissão de pareceres técnicos dos processos de ação judicial a partir da estruturação de um banco de dados dos medicamentos mais solicitados	2011-2013

Manter e aprimorar o cadastro de beneficiários que recebem medicamentos excepcionais da Secretaria de Estado da Saúde	2011-2013
Implantar o Programa de Medicamentos Fitoterápicos	2011-2013

2. EM RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

OBJETIVO 4: INTENSIFICAR AS AÇÕES DE CARÁTER PREVENTIVO , CURATIVO E DE VIGILÂNCIA INDIVIDUAIS E COLETIVOS

DIRETRIZ 1: REDUZIR A MORBI-MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

METAS	PERIODO
Manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de 9,0/1.000	2011-2013
Reduzir para 8 a taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda < de 5 anos	2011-2013
Manter em 3 a taxa de internação por Doença Diarréica Aguda < de 5 anos	2011-2013
Reduzir para 5/1.000 a taxa de mortalidade neonatal	2011-2013
Manter baixo de 1 a taxa de mortalidade em < de 1 ano por diarreia	2011-2013
Manter abaixo de 1 a taxa de mortalidade em < 1 ano pneumonia	2011-2013
Elevar para 90% das gestantes cadastradas a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal	2011-2013
Elevar para 70% das gestantes cadastradas a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal.	2011-2013

DIRETRIZ 2: EFETIVAR O CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

METAS	PERIODO
Realizar uma capacitação com os enfermeiros das unidades de saúde para sensibilizar sobre prevenção de câncer de mama e colo de útero	2011-2013
Elaborar material educativo sobre exame clínico de mamas e coleta de Papanicolau para as unidades de saúde	2011-2013
Elevar a razão de exames preventivos do câncer do colo uterino em mulheres de 25 a 59 anos/população feminina nesta faixa etária para 0,27	2011-2013
Adequar todas as unidades de saúde para realização do exame Papanicolau	2011-2013
Garantir referência nos casos de achado patológico	2011-2013
Estabelecer o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços, nos casos de achado patológico .	2011-2013
Implantar o SISCOLO e CISMAMA	2011-2013
Implantar ambulatório de ginecologia para pacientes referenciados nas ESF.	2011-2013

DIRETRIZ 3: AMPLIAR A PREVENÇÃO DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

METAS	PERIODO
Manter a cobertura vacinal acima de 95% para < 1 ano.	2011-2013
Manter a cobertura vacinal da população com 60 anos e mais, contra influenza para 80% do subgrupo populacional	2011-2013
Elevar a cobertura vacinal adequada da Tríplice Viral para 95% do subgrupo populacional.	2011-2013
Imunizar 100% das gestantes que fazem pré-natal na Rede Pública	2011-2013
Investigar 100% dos casos registrados de eventos adversos graves pós-vacinação	2011-2013

DIRETRIZ 4: AMPLIAR A PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS

METAS	PERIODO
Elevar p/ 90% encerrados oportunamente os casos notificados.	2011-2013
Elevar p/ 95% investigadas oportunamente as doenças exantemáticas	2011-2013
Realizar diagnóstico laboratorial de 100% dos casos registrados de doenças exantemáticas.	2011-2013
Realizar notificação dos casos de doenças antemáticas, tetacidental e cólera semanalmente.	2011-2013

DIRETRIZ 5: CONSOLIDAR A VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

METAS	PERIODO
Implantar protocolo de atenção ao paciente hipertenso e diabético conforme realidade do município.	2011-2013
Manter atualizado o cadastro de portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial cadastrados no HIPERDIA	2011-2013
Reduzir a proporção de internações por complicações de Diabetes Mellitus	2011-2013
Reduzir a taxa de internação por doenças cardiovascular.	2011-2013
Reduzir a taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	2011-2013

DIRETRIZ 6: AMPLIAR A PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS CRÔNICAS.

METAS	PERIODO
Taxa de cura de casos de hanseníase de 80 %	2011-2013
Taxa de curados casos de tuberculose bacilífera de 80%	2011-2013
Realizar Notificação de 100% dos casos de sífilis em gestantes	2011-2013
Encaminhar e acompanhar as crianças expostas ao HIV	2011-2013
Realizar campanhas informativas sobre as formas de prevenção do DST/AIDS e outras para toda a população do município, por meio	2011-2013

de mídia impressa e eletrônica.	
Evitar transmissão vertical de sífilis	2011-2013
Evitar transmissão vertical do HIV	2011-2013
Realizar testagem para HIV de 100 % das gestantes atendidas na rede pública	2011-2013
Realizar testagem para sífilis (VDRL) de 100% das gestantes atendidas na rede pública	2011-2013

3. COM RELAÇÃO À VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO 1: FORTALECER A GESTÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, NO QUE SE REFERE À VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, EPI-DEMIOLÓGICA, SANITÁRIA, AMBIENTAL E DE SAÚDE DO TRABALHADOR, DE FORMA A AMPLIAR A SUA CAPACIDADE DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.

DIRETRIZ 1: QUALIFICAR A GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

METAS	PERIODO
Aprimorar os sistemas de informação da Vigilância em Saúde	2011-2013
Desenvolver indicadores de desempenho	2011-2013
Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde	2011-2013

DIRETRIZ 2: PRIORIZAR AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

METAS	PERIODO
Realizar as vistorias e dispensar 100% dos alvarás sanitários	2011-2013
Análise de 100% dos projetos hidro-sanitários	2011-2013
Dispensação de 100% dos pedidos de habite-se sanitário	2011-2013
Elevar para 100% o atendimento das denúncias recebidas	2011-2013

DIRETRIZ 3: CONSOLIDAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA.

METAS	PERIODO
Cadastrar todos os sistemas de abastecimento de água para consumo humano, públicos e alternativo	2011-2013
Realizar monitoramento dos sistemas de abastecimento de água, conforme normativa.	2011-2013
Operacionalizar a análise da água em laboratório credenciado, buscando o cumprimento da Portaria 518/MS	2011-2013

DIRETRIZ 4: FORTALECER O PROGRAMA DE COMBATE ÀS ENDEMIAS.

METAS	PERIODO
Implementar e inspecionar redes de armadilhas em todo o município	2011-2013
Fortalecer o Programa de Combate às Endemias	2011-2013
Adequar os recursos materiais às necessidades do Programa	2011-2013
Articular com os demais setores e Regionais de Saúde o cumprimento das medidas de combate e atividades educativas	2011-2013
Realizar atividades de educação permanente	2011-2013
Implantar o Agente de Edemias nas ESFs.	2011-2013

DIRETRIZ 5: QUALIFICAR A ANÁLISE E DIVULGAÇÃO DAS ESTATÍSTICAS VITAIS E INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS.

METAS	PERIODO
Notificação dos recém-nascidos de risco	2011-2013
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	2011-2013
Elaborar Informes Epidemiológicos	2011-2013

DIRETRIZ 6: FORTALECER O CONTROLE DE TABAGISMO E ALCOOLISMO.

METAS	PERIODO
Implantar Programa de Combate ao Tabagismo, visando oferecer o tratamento ao fumante nas unidades de saúde.	2011-2013
Implantar práticas que auxiliem no combate ao alcoolismo.	2011-2013
Realizar ações educativas de combate ao tabagismo e ao alcoolismo, incentivando a promoção de ambientes livres de fumo e promovendo a conscientização da população contra o uso do álcool e do tabaco.	2011-2013
Implantar ações em conformidade com a política nacional de Promoção da Saúde	2011-2013

DIRETRIZ 7: FORTALECER AÇÕES DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.

METAS	PERIODO
Promover a capacitação dos profissionais sobre o SISVAN	2011-2013
Acompanhar e monitorar os programas de suplementação alimentar	2011-2013
Estimular ações de incentivo ao Aleitamento Materno	2011-2013
Qualificar o sistema de informações de Vigilância Alimentar e Nutricional	2011-2013
Ampliar a vigilância nutricional da população atendida nas unidades de saúde.	2011-2013
Notificar e investigar 100% dos casos de peso muito baixo para a	2011-2013

idade (desnutrição grave) em crianças de 28 dias a 5 anos.	
Atingir 50% da cobertura da condicionalidade da saúde no Programa Bolsa Família, aumentando em 10% a cada ano.	2011-2013
Articular a realização de atividades educativas relacionadas à Promoção da Alimentação Saudável através do NASF.	2011-2013
Criar um programa de atendimento a crianças com sobre-peso ou obesidade infantil.	2011-2013

DIRETRIZ 8: IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

METAS	PERIODO
Capacitar equipe para implantação da saúde do trabalhador	2011-2013
Desenvolver atividades de educação permanente em saúde do trabalhador aos profissionais da rede.	2011-2013
Desenvolver ações educativas para a minimização de riscos ocupacionais.	2011-2013
Implantação das Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs).	2011-2013
Elaborar e implantar protocolo de investigação dos acidentes de trabalho.	2011-2013

DIRETRIZ 9 : FORTALECER AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE.

METAS	PERIODO
Desenvolver uma campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para tuberculose.	2011-2013
Desenvolver capacitações para os profissionais das unidades de saúde	2011-2013
Realizar investigação de 100% dos casos novos de TB	2011-2013
Cadastrar 100% dos pacientes no programa e atualizar mensalmente o acompanhamento dos casos	2011-2013
Manter as recomendações preconizadas no Manual de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde	2011-2013

DIRETRIZ 10: FORTALECER AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA HANSENÍASE

METAS	PERIODO
Desenvolver uma campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para hanseníase	2011-2013
Desenvolver uma capacitação para os profissionais das unidades de saúde	2011-2013
Realizar investigação de 100% dos casos novos de hanseníase e vigilância dos contatos	2011-2013
Cadastrar 100% dos pacientes no programa e atualizar mensalmente o acompanhamento dos casos	2011-2013
Manter as recomendações preconizadas no Manual de Controle da hanseníase do Ministério da Saúde	2011-2013

4 . COM RELAÇÃO À GESTÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE

OBJETIVO 1: APRIMORAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO, ESTRUTURANDO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM TODOS OS SEUS NÍVEIS DE ATUAÇÃO DE ACORDO COM A REALIDADE DO PACTO PELA SAÚDE. IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE , DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE E DO SUS; ASSEGURAR E AMPLIAR A DESTINAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS PRÓPRIOS PARA INVESTIMENTO E CUSTEIO DAS AÇÕES DE SAÚDE E BUSCAR OUTRAS FONTES DE RECURSOS PARA INVESTIMENTOS E PROMOVER A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE.

DIRETRIZ 1: QUALIFICAR O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO.

METAS	PERIODO
Atualizar e reorganizar o desenho da estrutura organizacional da SMS	2011-2013
Estabelecer a identidade visual da SMS	2011-2013
Fortalecer as ações de comunicação e marketing	2011-2013
Consolidar o monitoramento da programação orçamentária do FMS	2011-2013

DIRETRIZ 2: QUALIFICAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO

METAS	PERIODO
Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do MS.	2011-2013
Informatizar 100% a Secretaria Municipal de Saúde bem como todas as unidades de saúde.	2011-2013
Agilizar a alimentação das Bases de Dados Nacionais Integrar o Banco de Dados dos sistemas utilizados pela SMS	2011-2013
Implantar Prontuário Eletrônico nas unidades de saúde	2011-2013
Estruturar o arquivamento dos documentos públicos da SMS	2011-2013
Qualificar a alimentação do SIAB	2011-2013
Descentralizar e qualificar o gerenciamento dos Sistemas de Informação em Saúde	2011-2013
Manter atualizado o conteúdo de saúde do site da Prefeitura Municipal	2011-2013

DIRETRIZ 3: FORTALECER A TERRITORIALIZAÇÃO

METAS	PERIODO
Revisar e redefinir a subdivisão territorial do município e as microáreas, em conjunto com as demais Secretarias.	2011-2013
Manter atualizado o cadastramento das famílias em todo o município.	2011-2013
Garantir a plotagem dos mapas atualizados para as unidades de ESF.	2011-2013

DIRETRIZ 4: AMPLIAR O FINANCIAMENTO EM SAÚDE

METAS	PERIODO
Buscar e divulgar linhas de financiamento de projetos de desenvolvimento em saúde	2011-2013

DIRETRIZ 5: QUALIFICAR OS PROCESSOS PRODUTIVOS

METAS	PERIODO
Implantar programa de manutenção preventiva.	2011-2013
Implantar programa de ressuprimento e controle de estoque.	2011-2013
Implantar o serviço de manutenção dos equipamentos de informática para a Secretaria de Saúde.	2011-2013
Elaborar manual normativo das rotinas e ações programadas dos setores	2011-2013
Garantir apoio logístico aos eventos internos promovidos pela SMS.	2011-2013

DIRETRIZ 6: CONSOLIDAR A GESTÃO DO TRABALHO

METAS	PERIODO
Adquirir e Manter o Ponto Biométrico Digital em todas as unidades de saúde	2011-2013
Formular o Plano de Carreiras, Cargos e Salários, considerando as diretrizes nacionais para o SUS e necessidades do município.	2011-2013
Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.	2011-2013

DIRETRIZ 7: FORTALECER A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

METAS	PERIODO
Formular e implantar a política de educação permanente em saúde, pautada nas diretrizes nacionais.	2011-2013
Garantir a capacitação técnica e treinamento periódico dos profissionais, a partir do levantamento das necessidades e outras demandas.	2011-2013
Fortalecer e adequar a biblioteca da Secretaria Municipal de Saúde.	2011-2013
Estabelecer parcerias com outros órgãos governamentais e não governamentais para estimular, preservar e disseminar a produção de conhecimentos na área da saúde.	2011-2013
Articular e desenvolver atividades de educação popular em saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.	2011-2013
Utilizar os diversos meios de comunicação para a educação popular.	2011-2013

5. COM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL

OBJETIVO 1: FORTALECER A GESTÃO DEMOCRÁTICA DO SUS, REFORÇANDO AS INSTÂNCIAS FORMAIS, AMPLIANDO A PARTICIPAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DOS DIVERSOS SEGMENTOS DA SOCIEDADE PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL E IMPLANTANDO MECANISMOS DE DEFESA DOS DIREITOS DA POPULAÇÃO NO SISTEMA.

DIRETRIZ 1: FORTALECER A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

METAS	PERIODO
Implantar ouvidoria municipal, conforme diretrizes nacionais.	2011-2013
Garantir a realização das Conferências Municipais de Saúde, contribuindo para a elaboração e implementação das políticas públicas.	2011-2013
Proporcionar a qualificação básica do Conselho Municipal de Saúde	2011-2013
Manter as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.	2011-2013
Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.	2011-2013
Realizar monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde	2011-2013
Disponibilizar um local para sede do Conselho Municipal de saúde.	2011-2013