



MUNICÍPIO DE  
**ANTÔNIO  
CARLOS**  
SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL



CIDADE DE  
**Antônio  
Carlos**



## PLANO MUNICIPAL DE ANTÔNIO CARLOS

# SAÚDE

## **Entidade Executora**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANTÔNIO CARLOS

Rua 6 de novembro, 210 – Centro 88180-000 – Antônio Carlos – SC

CNPJ 08.585.935/0001-99

Fone/fax: 48 3272-8670

[www.antoniocarlos.sc.gov.br](http://www.antoniocarlos.sc.gov.br)

## **Autoridades do Município de Antônio Carlos**

- Prefeito Municipal – Geraldo Pauli
- Vice Prefeito Municipal – Onélio Richartz
- Presidente da Câmara Municipal Emerson Schappo
- Secretária Municipal de Saúde – Vera Lucia Conrat Silveira

## **Equipe Técnica de Elaboração**

Kátia Coelho - Auxiliar Administrativo

Maria Carolina Mannes – Técnica de Vigilância Sanitária

## **Apoio Técnico**

Data Elaboração e Validade

Plano elaborado em:

Período de Abrangência: 4 ANOS

Antônio Carlos, SC, de 2018.

**CRONOGRAMA**

Análise Situacional –

Objetivos, diretrizes e metas

Fechamento –

CMS (homologação) –

Resolução de Aprovação do PMS pelo CMS–

Envio para SES – Controle e Avaliação –

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABS</b>	- Atenção Básica à Saúde
<b>AIDS/HIV</b>	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>ANVISA</b>	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>AVC</b>	- Acidente Vascular Cerebral
<b>CASAN</b>	- Companhia Catarinense de Águas e Saneamento
<b>CEI</b>	- Centros de Educação Infantil
<b>CEO</b>	- Centros de Especialidades Odontológicas
<b>CEREST</b>	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CIB</b>	- Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIDASC</b>	- Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina
<b>CIR</b>	- Comissão Intergestores Regionais
<b>CIST</b>	- Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
<b>CIT</b>	- Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina
<b>CMS</b>	- Conselho Municipal de Saúde
<b>CNES</b>	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>COAP</b>	- Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
<b>COSEMS</b>	- Conselho dos Secretarias Municipais de Saúde
<b>DCC</b>	- Dengue com Complicações
<b>DNC</b>	- Doenças de Notificação Compulsória
<b>DST/AIDS</b>	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>EAB</b>	- Equipes de Atenção Básica
<b>EC</b>	- Emenda Constitucional
<b>ECA</b>	- Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>EEB</b>	- Escola Estadual Básica
<b>EPAGRI</b>	- Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina

<b>EPS</b>	- Educação Permanente em Saúde
<b>FATMA</b>	- Fundação do Meio Ambiente
<b>FETAESC</b>	- Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado de Santa Catarina
<b>FHD</b>	- Febre Hemorrágica da Dengue
<b>FMS</b>	- Fundo Municipal de Saúde
<b>FUNASA</b>	- Fundação Nacional de Saúde
<b>GESAT</b>	- Gerência de Saúde do Trabalhador
<b>IBGE</b>	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	- Índices de Desenvolvimento Humano
<b>IPEA</b>	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada,
<b>LACEN</b>	- Laboratório Central.
<b>LDO</b>	- Lei Diretrizes Orçamentária
<b>LOA</b>	- Lei Orçamentária Anual
<b>LRF</b>	- Lei de Responsabilidade Fiscal
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>MS/GM</b>	- Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
<b>TEM</b>	- Ministério do Trabalho e Emprego
<b>NASF</b>	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NOAS</b>	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>PAISM</b>	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PFA</b>	- Programação Financeira Anual
<b>PNH</b>	- Política Nacional de Humanização
<b>PNHOSP</b>	- Política Nacional de Atenção Hospitalar
<b>PNM</b>	- Política Nacional de Medicamentos
<b>PNSPI</b>	- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>PNSTT</b>	- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

---

<b>PNUD</b>	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PPA</b>	- Plano Plurianual
<b>PPI</b>	- Programação Pactuada Integrada.
<b>Pronatec</b>	- Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
<b>PSE</b>	- Programa Saúde na Escola
<b>RAS</b>	- Redes de Atenção à Saúde
<b>REMUME</b>	- Relação Municipal de Medicamentos
<b>RENASES</b>	- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
<b>SAMU</b>	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SC</b>	- Estado de Santa Catarina
<b>SCD</b>	- Síndrome do Choque da Dengue
<b>SES</b>	- Secretaria de Estado da Saúde
<b>SEST/SENAT</b>	- Serviço Social do Transporte/Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
<b>SIA</b>	- Sistema de Informação Ambulatorial
<b>SIAB</b>	- Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIM</b>	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SINAN</b>	- Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
<b>SINASC</b>	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
<b>SIPNI</b>	- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
<b>SIS</b>	- Sistema de Informação em Saúde
<b>SISREG</b>	- Sistema de Regulação
<b>SMS</b>	- Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>TCG</b>	- Termo de Compromisso de Gestão
<b>UPA</b>	- Unidades de Pronto-Atendimento

**VISA** - Vigilância Sanitária

**VISAT** - Vigilância em Saúde do Trabalhador

**LISTA DE TABELAS**

TABELA 1: TRATAMENTO DE ESGOTO.....	37
TABELA 2: COBERTURA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA.....	37
TABELA 3: TAXA DE NATALIDADE POR 1.000 HABITANTES (2013- 2016).....	43
TABELA 4: ÓBITO POR ANO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA (2013 – 2016).....	46
TABELA 5: % DE ÓBITOS MULHERES IDADE FÉRTIL POR ÓBITO INVESTIGADO (2013-2016).....	78



**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1: POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO .....	28
QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA SAÚDE SEGUNDO CATEGORIA, CARGA HORÁRIA SEMANAL E VÍNCULO EMPREGATÍCIO. ....	41
QUADRO 3: PERCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS BAIXO PESO POR ANO .....	43
QUADRO 4: PORCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS QUE CONTARAM COM 07 CONSULTAS PRÉ-NATAIS POR ANO .....	44
QUADRO 5: MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA E GRUPO DE CAUSAS. ....	46
QUADRO 6: TAXA MORTALIDADE INFANTIL POR ANO SEGUNDO MUNICÍPIO ...	47
QUADRO 7: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA NO SIAB E E-SUS COM DIABETES MELITUS .....	49
QUADRO 8: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA NO SIAB COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	49
QUADRO 9: INTERNAÇÕES POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO CID-10 – 2012 A 2016.....	50
QUADRO 10: INCIDÊNCIA DE CASOS DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO NOTIFICADOS E CONFIRMADOS – ANTÔNIO CARLOS 2013-2016 .....	52
QUADRO 11: VACINAS FORNECIDAS NO MUNICÍPIO .....	53
QUADRO 12: COBERTURAS VACINAIS POR ANO SEGUNDO IMUNOBOLÓGICOS - ANTÔNIO CARLOS 2013-2016. ....	54
QUADRO 13: METAS DE INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE.....	57
QUADRO 14: TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA ESF .....	65
QUADRO 15: NÚMERO DE FAMÍLIAS POR ÁREA E MICRO ÁREA DE ESF .....	67
QUADRO 16 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO IDADE DA MÃE (ANOS), 2013-2016 ..	78
QUADRO 17: RELAÇÃO DOS HOSPITAIS DA MACRO REGIÃO GRANDE FLORIANÓPOLIS.....	97
QUADRO 18: SISTEMAS QUE COMPÕEM O SIS.....	104
QUADRO 19: CONSOLIDADO DE CONSULTAS PROGRAMAS SAÚDE DA FAMÍLIA, POR ATIVIDADE NO MUNICÍPIO PERÍODO 2013 A 2016. ....	107
QUADRO 20: CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS AGENDADOS ATRAVÉS DO SISREG E FALTANTES.....	108
QUADRO 21: PRODUÇÃO ANUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	113
QUADRO 22: ESCOLAS QUE PODERÃO PARTICIPAR DO PSE.....	129
QUADRO 23: AÇÕES VERSUS EDUCANDOS PACTUADOS.....	130
QUADRO 24: ORÇAMENTO DESTINADO A SAÚDE PÚBLICA, CONFORME EC 29 .....	135
QUADRO 25: EXERCÍCIO 2013.....	139
QUADRO 26: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2013.....	140
QUADRO 27: EXERCÍCIO 2014.....	140
QUADRO 28: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2014.....	140
QUADRO 29: EXERCÍCIO 2015.....	141
QUADRO 30: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2015.....	141
QUADRO 31: EXERCÍCIO 2016.....	141
QUADRO 32: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2016.....	142

QUADRO 33: PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA ANUAL – ESTIMATIVA 2018 A 2021 .....	142
QUADRO 34: RECEITAS ESTIMADAS .....	143
QUADRO 35: PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA PARA 2018 .....	144
QUADRO 36: PROGRAMAS ONDE OS RECURSOS SERÃO APLICADOS .....	144
QUADRO 37: RECEITAS A SEREM UTILIZADAS .....	145
QUADRO 38: DADOS DAS CONTAS DA PREFEITURA DE ANTÔNIO CARLOS....	147

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1: LIMITES TERRITORIAIS..... 25  
FIGURA 2: MUNICÍPIO DIVIDIDO EM ÁREAS DA ESF ..... 65

**LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1: POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA EM 2017.....	27
GRÁFICO 2: DOMICÍLIOS URBANA E RURAL 2017 .....	29
GRÁFICO 3: POPULAÇÃO RURAL - 2008 A 2017 .....	30
GRÁFICO 4: FLUXO ESCOLAR POR FAIXA ETÁRIA – 1991-2000-2010.....	31
GRÁFICO 5: ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH 1991/2010.....	35
GRÁFICO 6: ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH-M) 1991/2000.....	36
GRÁFICO 7: DESTINAÇÃO DO LIXO DOMICILIAR .....	38
GRÁFICO 8: PORCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS DE PARTOS CESÁREOS POR ANO .....	44
GRÁFICO 9: ÓBITOS POR ANO .....	45
GRÁFICO 10: INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS .....	80
GRÁFICO 11: COBERTURA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA GRIPE (2013-2016) .....	83

**LISTA DE ORGANOGRAMAS**

ORGANOGRAMA 1: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL..... 40

SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1.1 Objetivos</b> .....	20
<b>2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO</b> .....	23
<b>2.1 Apresentação</b> .....	23
<b>2.2 Extensão e Limites Territoriais</b> .....	24
<b>2.3 Densidade demográfica</b> .....	26
<b>2.4 Taxa de crescimento populacional</b> .....	28
<b>2.4.1 População</b> .....	28
<b>2.4.2 Projeção Populacional</b> .....	28
<b>2.4.3 População Urbana e Rural</b> .....	29
<b>2.5 Educação</b> .....	30
<b>2.6 Emprego e Renda</b> .....	32
<b>2.7 Índice de Desenvolvimento Humano</b> .....	34
<b>2.8 Habitação</b> .....	36
<b>2.9 Estrutura Sanitária</b> .....	36
<b>2.10 Rede de Transporte Coletivo</b> .....	38
<b>3 ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE DO MUNICÍPIO</b> .....	40
<b>3.1 Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Serviços</b> 40	
<b>3.1.1 Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal da Saúde</b> .....	41
<b>3.2 Taxa de Natalidade</b> .....	42
<b>3.3 Taxa de Mortalidade</b> .....	45
3.3.1 Mortalidade infantil .....	47
3.3.2 Mortalidade materna .....	47
<b>3.4 Taxa de morbidade</b> .....	48
3.4.1 Morbidade hospitalar.....	49
3.4.2 Morbidade SINAN.....	51
<b>3.5 Doenças Imunopreveníveis e Imunizações</b> .....	53
<b>3.6 Série Histórica do Pacto pela Saúde</b> .....	55
<b>4 ANÁLISE SITUACIONAL DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE PARA REDES DE ASSISTÊNCIA</b> .....	62
<b>4.1 Atenção Básica à Saúde</b> .....	62
4.1.1 Unidades Básicas de Saúde.....	63
4.1.2 Estratégia Saúde da Família .....	64

4.1.3	Núcleo de Apoio à Saúde da Família .....	66
<b>4.2</b>	<b>Políticas Estratégicas Articuladas à ABS .....</b>	<b>71</b>
4.2.1	Saúde Bucal .....	72
4.2.2	Saúde Mental .....	73
4.2.3	Saúde da Criança .....	74
4.2.4	Saúde do Adolescente e do Jovem .....	75
4.2.5	Saúde da Mulher .....	76
4.2.6	Saúde do Adulto .....	79
4.2.7	Saúde do Homem .....	81
4.2.8	Saúde do Idoso .....	82
4.2.10	Hanseníase/Tuberculose/Hepatites .....	88
4.2.11	DST/AIDS .....	88
4.2.12	Rede de Urgência e Emergência .....	89
4.2.13	Rede Cegonha .....	91
<b>4.3</b>	<b>Serviços de Referência - Média e Alta Complexidade .....</b>	<b>94</b>
4.3.1	Ambulatório .....	95
4.3.2	Rede Hospitalar .....	95
4.3.3	Assistência farmacêutica .....	98
4.3.4	Laboratório Municipal .....	100
<b>5.</b>	<b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....</b>	<b>102</b>
5.1	Sistemas de Informação em Saúde .....	103
5.2	Produção dos Serviços de Saúde .....	106
5.3	Vigilância Epidemiológica .....	109
5.4	Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental .....	111
<b>6</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A GESTÃO DE SAÚDE .....</b>	<b>119</b>
6.1	Controle Social .....	119
6.2	Conferências Municipais de Saúde .....	121
6.3	Educação Permanente em Saúde .....	121
6.4	Política Nacional de Humanização .....	123
6.5	Estratégias articuladas ao Ensino .....	126
6.5.1	PSE .....	126
6.5.2	Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola .....	130
6.5.3	EDUCANVISA .....	131
<b>7.</b>	<b>RECURSOS FINANCEIROS .....</b>	<b>134</b>
7.1	Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria Financeira .....	135
7.2	Planejamento de Gestão .....	136

7.3	<b>Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP</b> .....	137
7.4	<b>Definição orçamentária</b> .....	138
7.5	<b>Fundo Municipal de Saúde - FMS</b> .....	145
7.6	<b>Funcionamento do Sistema Único de Saúde</b> .....	147
8	<b>COMPROMISSO DE GESTÃO</b> .....	149
8.1	<b>Plano de Governo para a Saúde</b> .....	149
8.2	<b>Identificação dos Projetos, Atividades e Operações Especiais</b> .....	152
8.2.1	<b>PROGRAMA: SAÚDE, PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA</b> .....	153
8.2.1.1	<b>AÇÃO: MANUTENÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE</b> .....	153
8.2.1.2	<b>AÇÃO: AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	153
8.2.1.3	<b>AÇÃO: AÇÕES COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE</b> .....	154
8.2.1.4	<b>AÇÃO: AÇÕES DE SAÚDE BUCAL AÇÕES DE SAÚDE BUCAL</b> .....	154
8.2.1.5	<b>AÇÃO: AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA</b> .....	154
8.2.1.6	<b>AÇÃO: AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b> .....	155
8.2.1.7	<b>AÇÃO: AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b> .....	155
8.2	<b>Gestão em Saúde</b> .....	155
9.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	157



### 1. INTRODUÇÃO

O planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e pela Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS.

A Secretaria de Saúde de Antônio Carlos juntamente com o Poder Executivo e Legislativo do município apresentam o Plano Municipal de Saúde período de abrangência 2018-2021 que tem como objetivo traçar metas e analisar, de forma imparcial, a situação de saúde dos cidadãos Antônio-carlense.

A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito. Neste sentido, o acesso às ações de serviços de saúde deve ser garantido independente de sexo, raça, crença, ocupação ou outras características políticas, sociais ou pessoais. O Sistema Único de Saúde (SUS) teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde n. 8.080, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais. Porém, o princípio da participação popular não apresenta uma classificação específica.

**Universalidade:** "a saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde.

**Integralidade:** a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

**Equidade:** todos devem ter igual oportunidade em usar o sistema de saúde de modo a atender suas necessidades específicas. No entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, logo, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em igualdade, tanto o meio acadêmico, quanto o político consideram mais importante lutar pela equidade do SUS.

**Descentralização político-administrativa:** o SUS opera em três níveis de governo, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal. Cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências de recursos ocorrem de "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas na população e no tipo de serviço oferecido por cada município, e não no número de atendimentos.

O Fundo Municipal de Saúde de Antônio Carlos foi criado pela Lei Municipal Nº 754 de 17 de dezembro de 1996.

**Participação da comunidade:** o controle social, o qual prevê a participação dos usuários do SUS está regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis (municipal, estadual e nacional), e por meio dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados estruturados em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores da saúde outro um quarto.

O Conselho Municipal de Saúde de Antônio Carlos foi criado pela Lei Municipal Nº 1.495/2005 de 15 de dezembro de 2015.

**Hierarquização e regionalização:** os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário, também chamado de Atenção Básica de Saúde (ABS) deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra referência entre os serviços de saúde (níveis

atenção), melhor a sua eficiência e eficácia. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, servido de referência para vários serviços de menor complexidade, devido a isso é imprescindível estar claro no presente plano municipal de saúde, quais os serviços de referência e contra referência do município. O foco de atuação ou de responsabilidade do município de Antônio Carlos é a atenção básica, ou seja, atenção primária à saúde da população.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde definiu a atenção primária à saúde como: Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Há de se considerar a importância de fatores como: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional para prestar assistência básica à população. Por isso, o município de Antônio Carlos investiu seriamente na implantação do Programa de Saúde da Família que atua no município desde o ano de 2000.

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia para prestar assistência à saúde da população e traz como pressuposto uma atuação diferenciada, onde o

vínculo, a corresponsabilidade e o sentimento de pertencer à comunidade são traduzidos em valorização profissional e formas diferenciadas de remuneração. Trabalha tendo as famílias como aliadas na construção de uma vida saudável e no processo de cura e reabilitação. Pressupõe uma grande interação com a comunidade, para o conhecimento da sua realidade, definição das prioridades, desenvolvimento de ações individuais e coletivas, que promovem a qualidade de vida na direção do município saudável.

Desde 1997 o município de Antônio Carlos elegeu a saúde como prioridade e ao longo destes anos várias foram às vitórias como, por exemplo, a construção de 2 Unidades de Saúde; contratação de odontólogo, médicos (clínicos gerais, pediatra, ginecologista, psicólogo, psiquiatra), enfermeiros (especialistas em saúde da família e em gestão hospitalar), técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; a implantação da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal; a estruturação das vigilâncias sanitária e epidemiológica; aquisição de veículos e equipamentos.

Priorizando a melhoria do atendimento à população adstrita, o município vem buscando inserir-se nas Redes de Atenção à Saúde – RAS da Grande Florianópolis. Constatando-se assim a indispensável participação do gestor municipal, nas reuniões da Comissão Intergestores Regionais – CIR, bem como no Conselho das Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS, para efetivar nesta articulação a estratégia de gestão solidária e cooperativa. Também é imprescindível sua participação na elaboração de projetos e, principalmente, no Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde.

### **1.1 Objetivos**

Este Plano Municipal de Saúde está centrado na proposta de governo que é assistir à comunidade nos serviços essenciais de saúde, buscando a melhoria da qualidade no atendimento à população, implantando ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos e comunidade. Priorizando cuidados a

população em todas as fases da vida. Assim, apresentamos os seguintes objetivos:

- Promover capacitação permanente dos profissionais;
- Reestruturar a estrutura física já existente, com a criação de unidades específicas para pronto atendimento e atendimento de emergência e demais setores que compõem a Secretaria Municipal da Saúde;
- Contratar recursos humanos necessários compatíveis com a demanda nos diversos setores da Secretaria Municipal da Saúde;
- Desenvolver atividades de prevenção nas escolas e comunidade, abordando questões referentes à alimentação saudável, prevenindo a obesidade infantil, DST/AIDS, drogas, planejamento familiar e cuidado com o uso dos agrotóxicos;
- Promover a educação continuada e permanente para os Agentes Comunitários de Saúde;
- Ampliação do quadro multidisciplinar;
- Implementar o trabalho de educação permanente em saúde, através dos diversos programas;
- Promover parcerias com universidades e órgãos afins.
- Desenvolver atividade nas comunidades sobre a Prevenção e eliminação dos criadouros potenciais do mosquito *Aedes aegypti* sendo a principal medida contra a dengue, zika e chikungunya.
- Coordenar e supervisionar as atividades do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito do Município;
- Elaborar e manter atualizado o plano municipal de saúde, em consonância com a realidade epidemiológica do Município;
- Controlar e avaliar as ações e serviços de saúde em nível municipal;
- Propor políticas de recursos humanos em saúde e coordenar sua implantação;
- Compatibilizar e adequar a aplicação das normas técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde à realidade municipal;
- Prestar suporte técnico e administrativo ao Conselho Municipal de Saúde;
- Administrar e gerir o Fundo Municipal de Saúde;

- Coordenar a execução de suas atividades administrativas e financeiras;
- Desenvolver outras atividades destinadas à consecução de seus objetivos.

### 2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

#### 2.1 Apresentação

A colonização do Município de Antônio Carlos teve como origem principal, Imigrantes de Hunsrück, na Alemanha, que se instalaram na Colônia de São Pedro de Alcântara em 1829. João Henrique Soelhting, tenente alemão, reformado em 06 de maio de 1830, sai de São Pedro de Alcântara e desce para o Vale do Rio do Louro com aproximadamente 10 famílias que ali se instalam.

Inicia-se, então, a colonização de Antônio Carlos. Do Louro, os alemães foram para o Egito e Rancho Miguel. Mais tarde, em 1848, fundaram a Colônia Leopoldina, nas nascentes do Rio Rachadel e Rio Farias. Seguiram colonizando a região e foram para Guiomar, nome dado em homenagem a Esposa de João Henrique Soelhting.

Em 15 de julho de 1919, conforme Lei Municipal de Biguaçu era criado o 4º Distrito de Paz, na localidade do Louro. Em 02 de agosto do mesmo ano a sede deste Distrito era instalada na residência do Sr. Leopoldo Freiburger (1881-1946), Vereador à época.

Em 1930, a Sede do Distrito do Louro era transferida para o local denominado “Encruzilhada”, também conhecida como “Coração de Jesus”, hoje Sede do Município. Em 09 de dezembro do mesmo ano, através do Decreto nº 24, o então Distrito passa a ser chamado de Antônio Carlos, em homenagem ao político mineiro Antônio Carlos Ribeiro de Andrada, liderança política de Minas Gerais, portanto, nada a ver com a história e a gente de Antônio Carlos. Uma decisão meramente política, influenciada por partidários da Aliança Liberal.

Em 1938, eleva-se o Distrito à categoria de Vila e delimitava-se o perímetro urbano, com vigência a partir de 01 de janeiro de 1939.

Após muita luta e pressão, aos 06 de novembro de 1963, através da Lei nº 928, emancipa-se finalmente de Biguaçu o Município de Antônio Carlos, cuja instalação deu-se em 21 de dezembro de 1963, assinado pelo então Procurador Dr. Celso Ramos. Destacam-se como grandes batalhadores e defensores da emancipação os Srs. João Schmitz e Avelino Muller, respectivamente Vereador e Prefeito à época.

### **2.2 Extensão e Limites Territoriais**

O Município está encravado na Serra do Mar, quase no Centro-Oeste de Santa Catarina. Integra a micro-Região da Grande Florianópolis. Possui área territorial de 205 Km<sup>2</sup>, 200 Km<sup>2</sup> de área rural e 5 Km<sup>2</sup> de área urbana.

Antônio Carlos apresenta um relevo acidentado, onde os formadores do rio Biguaçu (Rio Rachadel, Farias, Braço do Norte, Louro, etc.) construíram planícies aluviais. Estas planícies e parte das encostas cristalinas são ocupadas por pequenas propriedades com exploração familiar. Neste município pequenos trechos situados nos interflúvios se especializaram em culturas agrícolas variadas como: hortaliças, cana - de - açúcar, laranja, bananas, etc.

A vegetação natural formada pela floresta tropical atlântica praticamente não existe mais, ocorrendo apenas em porções esparsas no tope dos espigões. Uma mata secundária e capoeiras ocupam mais de 50% do município, principalmente nos altos cursos dos afluentes dos rios Farias, Rachadel, Biguaçu e Braço do Norte. A meia encosta apresenta-se com alguns patamares que permitem melhor manuseio do solo e do plantio, entretanto, a maior parte dos terrenos nesta área é ocupada por mata secundária e campos. Apenas uma pequena porção junto à várzea foi ocupada com culturas temporárias.

O clima é temperado e úmido. Sem estação seca, com ocorrência de geadas ocasionais, de junho a agosto. A temperatura média é de 19°C, podendo variar entre 5°C e 35°C. Altitude 30 metros e pluviosidade de 1.700mm.



O Rio Biguaçu constitui o principal Rio da região e tem como afluentes principais: Rio Rachadel, Rio Louro, Rio Farias, Rio Braço do Norte e Rio Rancho Miguel.

Limites do Município (Figura 1):

- Ao Norte: Biguaçu, São João Batista e Major Gercino
- Ao Sul: São José e São Pedro de Alcântara
- Ao Leste: Biguaçu e São José
- Ao Oeste: Angelina

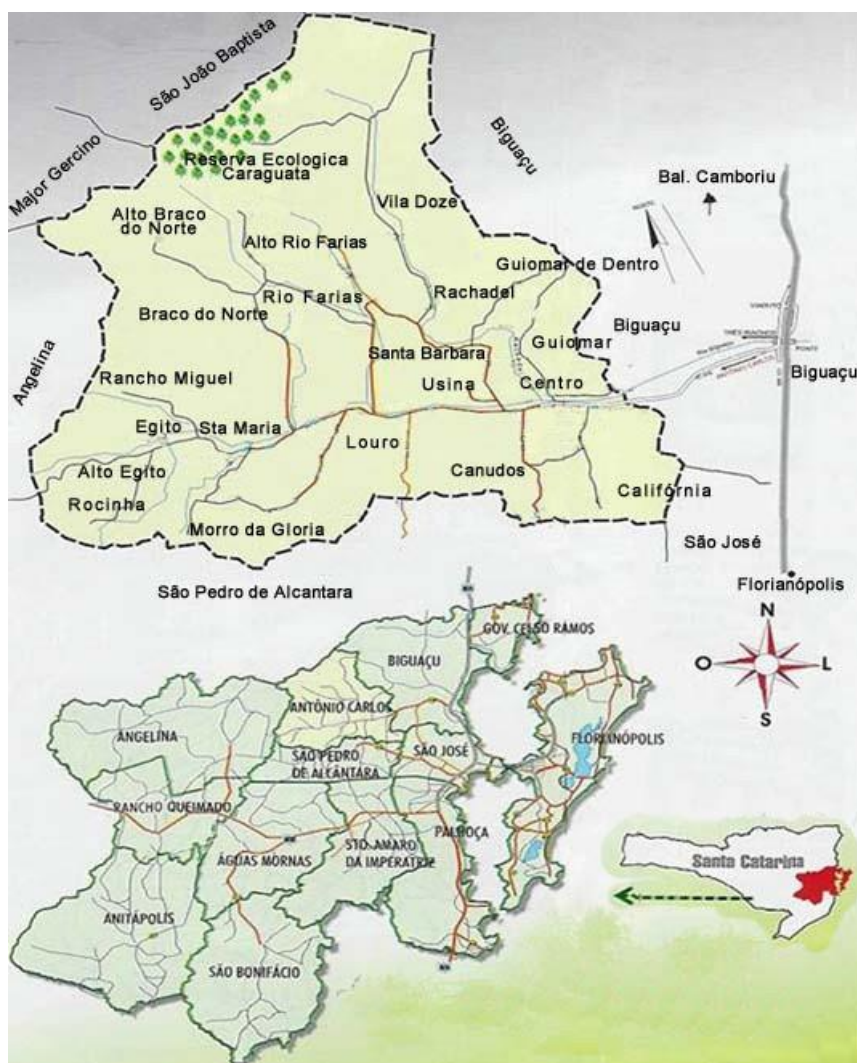


FIGURA 1: LIMITES TERRITORIAIS

Fonte: Prefeitura Antônio Carlos

Geograficamente, o Município divide-se em dezoito (18) Bairros: Canudos, Usina, Louro, Morro da Glória, Rocinha, Egito, Santa Maria, Santa Bárbara, Braço do Norte, Rancho Miguel, Rio Farias, Faxinal, Vila Doze de Outubro, Rachadel, Guiomar de Dentro, Guiomar de Baixo, Guiomar e Centro.

A Estratégia de Saúde da Família divide o município em 03 áreas e as subdivide em 19 microáreas, buscando melhor abrangência e atendimento das metas do programa, conforme segue:

ÁREA 1 - denominada de Sede abrange as microáreas 1, 2, 3, 4, 5, 17, 19

ÁREA 2 - denominada de Santa Maria, abrange as microáreas 8, 9, 10, 11, 16 e 18.

ÁREA 3 - denominada de Rachadel abrange as microáreas 6, 7, 12, 13, 14 e 15.

### **2.3 Densidade demográfica**

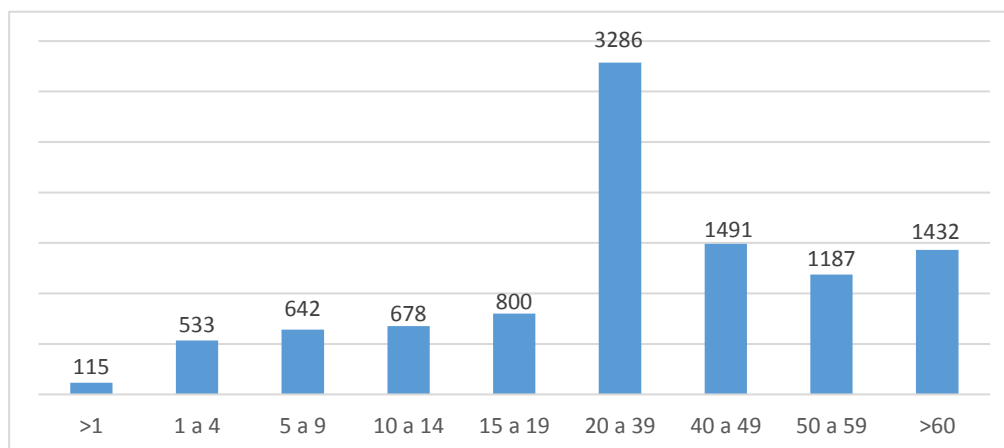
Segundo fonte de dados IBGE (2017) estima-se que a população total do município de Antônio Carlos (código IBGE – 4201208), seria de 8.327 habitantes, apresentando densidade demográfica de 36,4 hab/km<sup>2</sup>.

No entanto, o e-SUS Atenção Básica – eSUS/AB\* em janeiro/2017 registrou o número total de 10.164 habitantes, destes, 54,70% residem na zona rural e 45,30% na área urbana. A população masculina corresponde a 50,20% do total (5.103 homens), e a população feminina corresponde a 49,80% (5.061 mulheres), distribuídos por faixa etária da seguinte forma (Gráfico 1):

---

<sup>1</sup>\* e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

GRÁFICO 1: POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA EM 2017



Fonte: e-SUS

Com relação à faixa etária, podemos observar que a população infantil (0 a 14 anos) abrange 19,36% do total, a adulta (15 a 59 anos) corresponde a 66,56% e os idosos (>60) somam 14,08% da população. Considerando os dados do e-SUS<sup>1</sup>, a densidade demográfica gira em torno de 49,58 hab/km<sup>2</sup>. Um aumento considerável de 10% em relação ao ano de 2013.

É por meio das informações coletadas pelo e-SUS AB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. Este sistema é parte necessária da Estratégia Saúde da Família, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio sanitários alcançados. Dessa forma, todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica (EAB) devem conhecer e utilizar o conjunto de dados estruturados pelo e-SUS AB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como, avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe. As fichas que estruturam o trabalho das EAB e que produzem os dados que compõem o e-SUS AB são utilizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adstritas nos territórios das EAB. Depois de registradas as informações o e-SUS AB se torna uma fonte rica de dados que abarca informações importantes e abrangentes na área da saúde que além de servir para auxiliar as EAB em seu processo de trabalho, servem também como fonte para vários tipos de pesquisas, projetos entre outros que utilizam tais dados a fim de propor planejamento nas áreas de saúde coletiva.

Como a Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social de Antônio Carlos precisa contar com orçamento e programação que atenda a demanda populacional, amparando financeiramente a execução dos programas e os setores da Atenção Básica, levará em consideração neste plano os dados coletados no e-SUS AB.

### 2.4 Taxa de crescimento populacional

Na última década, a população no município aumentou em ritmo moderado, atingindo 8.409 habitantes em 2010 e 9.240 habitantes em 2013. A partir disto, até o ano de 2016 a população cresceu em média 1,58%. Já no período de um ano, a população cresceu consideravelmente tendo um aumento de 4,63% em 2017, atingindo 10.164 habitantes (e-SUS, 2018).

#### 2.4.1 População

QUADRO 1: POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO

Ano	População	Média crescimento ano
2017	10.164	4,63%
2016	9.693	1,68%
2015	9.530	1,54%
2014	9.383	1,52%
2013	9.240	2,80%
2012	8.981	3,31%
2011	8.684	3,17%
2010	8.409	4,10%
2009	8.064	2,48 %
2008	7.864	

Fonte: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica 2008/2014) e-SUS AB (2015/2017)

#### 2.4.2 Projeção Populacional

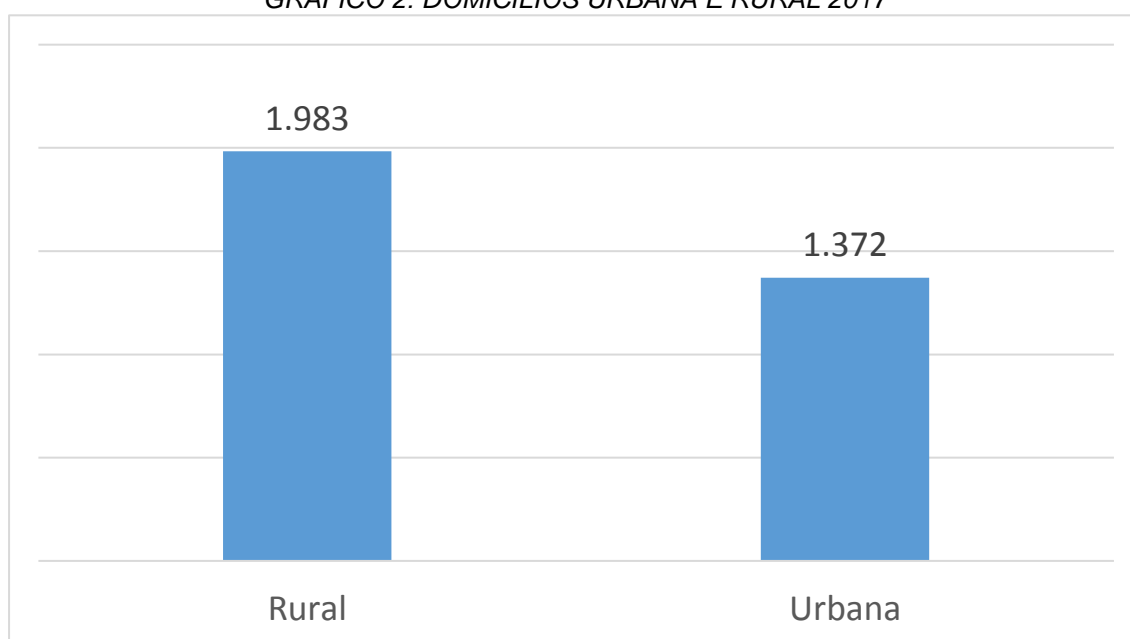
Considerando os dados do quadro 1, observa-se que até o ano de 2016 houve um crescimento médio semelhante ou com uma mínima superioridade em relação a cada ano anterior. No ano de 2017, observou-se um aumento significativo da população. Acredita-se que esse crescimento se deve ao fato da qualidade de vida que o município oferece, a imigração por conta da construção de um anel viário próximo ao município e também devido a implantação do sistema e-SUS, onde houve um recadastramento de toda a população, pelas agentes comunitárias de saúde.

Quanto a projeções populacionais para longos períodos, acredita-se que seja um tanto quanto arriscado realizá-las devido à variedade de fatores naturais, políticos e econômicos, que influenciam o crescimento da população. Porém, é válido fazer o alerta de que, com o mesmo ritmo médio de crescimento dos últimos 5 anos, a população de Antônio Carlos, deverá atingir aproximadamente 11.483 habitantes até o ano 2022.

### 2.4.3 População Urbana e Rural

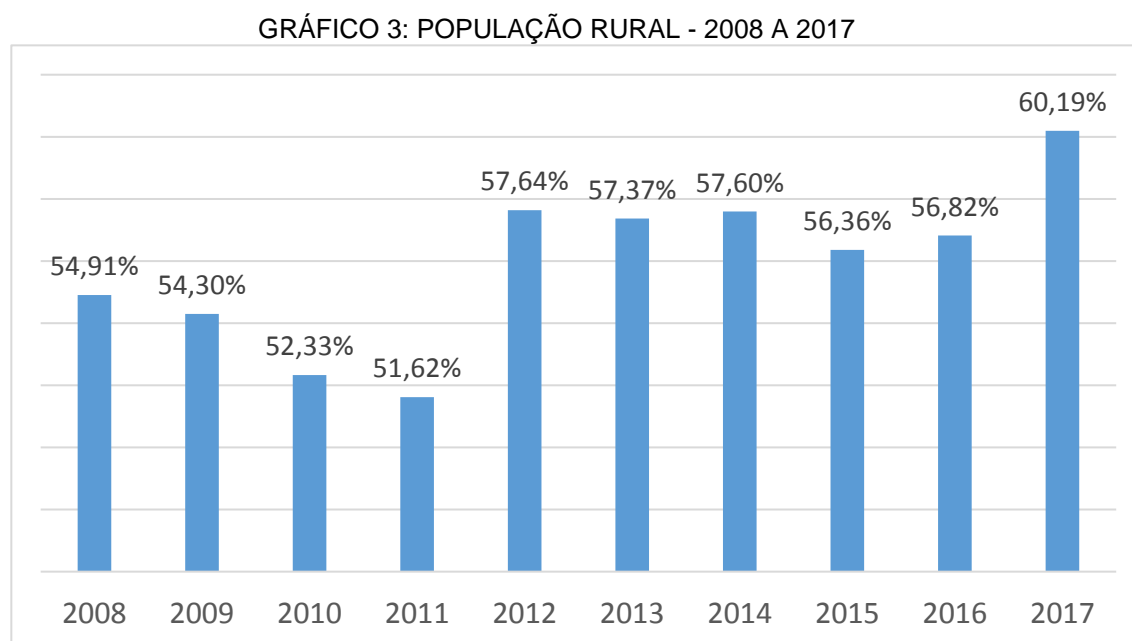
Da localização da população total de Antônio Carlos, estima-se que dos 3.355 domicílios, 1.983 (59,10%) localizam se na área rural e que 1.372 (40,90%) na área urbana (Gráfico 2).

GRÁFICO 2: DOMICÍLIOS URBANA E RURAL 2017



Fonte: e-SUS AB

O significativo crescimento da população rural na última década (Gráfico 3), deve-se ao fato de que o município de Antônio Carlos é o maior produtor de hortaliças de Santa Catarina, com produção média anual de 150 mil toneladas. Tão logo, um dos fatores mais importantes que a economia de Antônio Carlos oferece é a possibilidade aos jovens de permanecerem no campo evitando assim o êxodo rural. A maioria opta pela garantia da qualidade de vida. O gráfico abaixo representa a oscilação da população rural do município.



Fonte: SIAB / e-SUS AB

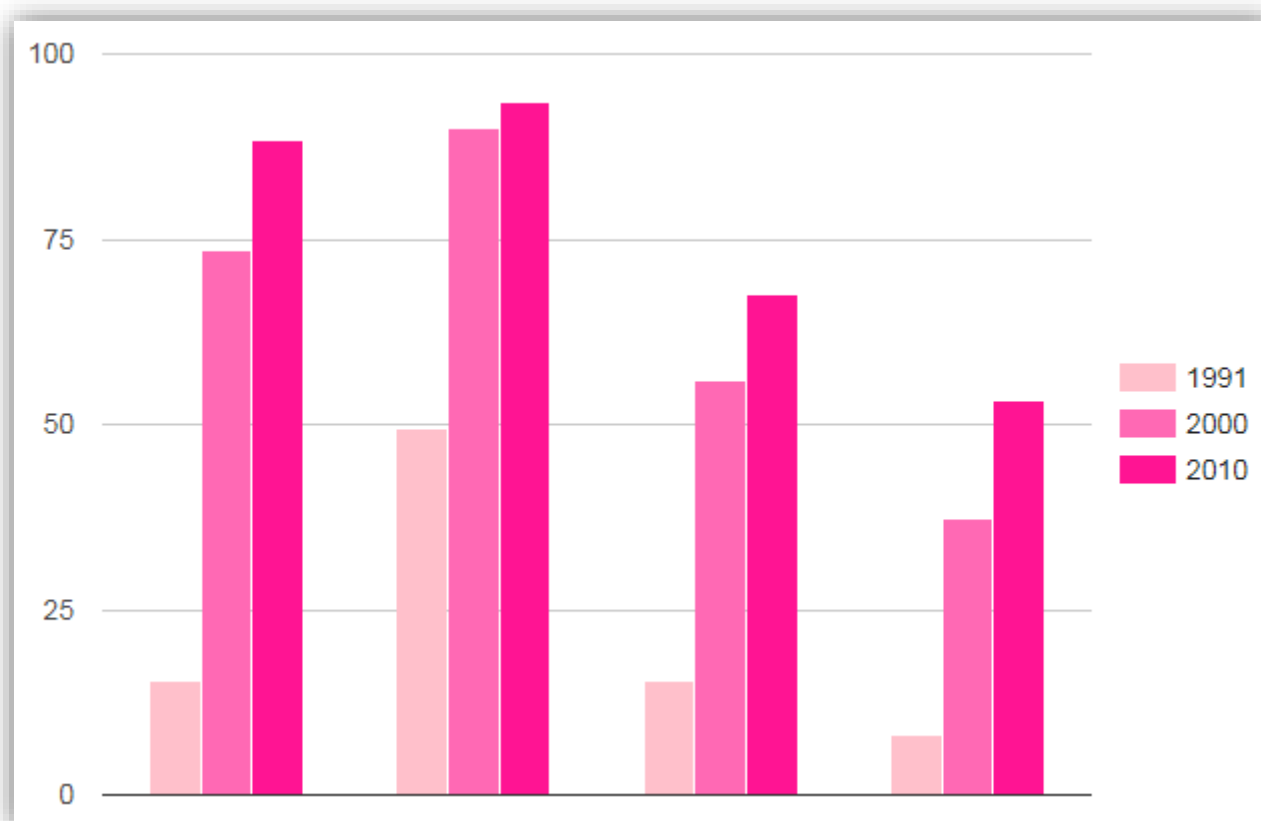
### 2.5 Educação

O Município de Antônio Carlos vem investindo acentuadamente e racionalmente na Educação. Atualmente, o município atende 740 alunos na prática de esportes como handebol, voleibol, futebol, futebol de salão, caratê e ginástica artística. Possui um ginásio de esportes e diversas praças esportivas, e dada a quantidade de espaços destinados a prática de futebol de campo, esta é ainda a modalidade esportiva mais praticada.

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDH Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 88,51%, em 2010. No mesmo ano, a

proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 93,45%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 67,50%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 53,15%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 73,06 pontos percentuais, 44,04 pontos percentuais, 52,22 pontos percentuais e 45,03 pontos percentuais.

GRÁFICO 4: FLUXO ESCOLAR POR FAIXA ETÁRIA – 1991-2000-2010



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Ipea e JFP

Atualmente, Antônio Carlos conta com 6 (seis) escolas municipais, com um total de 463 alunos matriculados no ensino fundamental, sendo 67 alunos no 1º ano, 109 no 2º, 105 no 3º, 86 alunos no 4º ano e 96 alunos no 5º ano. Na educação infantil, são 413 alunos distribuídos em Jardim I, Jardim II e pré-escolar. Além destes, o município ainda atende 116 crianças nos Centros de Educação Infantil - CEI. No que se refere à merenda escolar, as unidades contam com ingredientes provenientes dos hortos próprios, além dos repasses da Secretaria de Estado.

O município possui 1 colégio estadual, (Colégio Estadual Altamiro Guimarães) com aproximadamente 1.250 alunos, cursando desde o ensino fundamental até o nível médio. A taxa de alfabetização de Adultos é de 93,45%, e de analfabetização somente de 6,55% segundo (IBGE-PNUD).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 7.2 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 5.8. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 8 de 295. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 8 de 295. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.5 em 2010. Isso posicionava o município na posição 261 de 295 dentre as cidades do estado e na posição 4193 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O Município não conta com instituições de ensino de nível técnico, nem tão pouco há escolas de nível superior, fazendo com que os munícipes se desloquem para outros municípios da Grande Florianópolis para conseguir estes graus de formação.

A Biblioteca Pública Municipal atende todos os alunos da rede escolar. Possui um acervo de aproximadamente 15.000 títulos e 15 títulos de periódicos (revistas e jornais). O município oferece aos usuários como ferramenta de pesquisa o acesso a Internet, disponibilizando 04 microcomputadores. O horário de funcionamento da biblioteca é das 07:30 horas às 11:30 horas e das 13:00 horas às 17:00 horas, para que todos os interessados possam fazer uso do seu acervo, inclusive os munícipes não estudantes também podem fazer uso da leitura através do processo de empréstimo de livros. Contamos ainda com aulas de músicas que atualmente atende há 200 pessoas.

### **2.6 Emprego e Renda**

Antônio Carlos é o maior produtor de hortaliças de Santa Catarina com produção média anual de 150 mil toneladas. O cultivo da terra é realizado por pequenos proprietários rurais, tendo como mão de obra essencialmente o núcleo familiar.



Cerca de 80% das famílias antônio-carlenses vivem da produção e comercialização dos hortifrutigranjeiros. Tão logo a agricultura familiar ainda representa a força da economia do município.

Aproximadamente 60% da produção vão para as Centrais de Abastecimento de Santa Catarina (Ceasa) de São José, onde pelo menos 14% dos produtos comercializados brotam das terras de Antônio Carlos. O município se destaca na produção de folhosas (verdinhos), cenoura, chuchu e batata-doce. Nossos legumes, hortaliças e frutos ganham a mesa de milhares de consumidores da Grande Florianópolis e de diversas regiões do Estado.

A técnica do cultivo orgânico, trazida e utilizada pelos imigrantes durante muitos anos, acabou dando espaço ao uso de agrotóxicos dado a agilidade no processo de colheita e a facilidade no extermínio de pragas, exigências de um mercado competitivo que objetivava a lucratividade. Observa-se, no entanto, que esta técnica vem surgindo novamente nas propriedades de alguns agricultores, preocupados em oferecer produtos de qualidade e livre de agrotóxicos aos consumidores. Os produtos advindos do cultivo orgânico vêm ganhando cada vez mais espaço nas gôndolas dos supermercados e bancas de feiras. O investimento nesta tendência de mercado reflete positivamente nos rendimentos e traz participação na promoção da saúde da população do município e região.

A pecuária ainda é considerada importante fonte de renda, mas muitos pecuaristas trabalham na ilegalidade. Existe uma forte pressão dos órgãos fiscalizadores para adequação dos abatedouros particulares à legislação vigente. A administração pública, através da Secretaria de Agricultura, Pecuária e Meio Ambiente, vem buscando solucionar este impasse com reuniões periódicas entre prefeitura e comunidade, sugerindo a associação de empresários a cooperativas de municípios vizinhos. A criação de um abatedouro municipal também é assunto sondado, mas no momento considera-se inviável devido ao Serviço de Inspeção e sua abrangência.

A fábrica de refrigerante FEMSA., que produz refrigerantes da franquia Coca-Cola, é uma importante geradora de empregos diretos e indiretos no centro da cidade, além de ser fonte importante de impostos para o município. Além desta,

o município conta também com uma variedade de indústrias do ramo de alimentos, principalmente das bolachas caseiras, produto ainda muito presente na mesa dos antônio-carlenses.

O comércio ganha força com a economia estável da cidade, que ainda experimenta um aumento do fluxo turístico na última década, devido às nossas águas a aos Parques Aquáticos instalados na cidade. Há muitas empresas de pequeno porte do ramo comercial espalhadas por todo o município, com sua maior concentração verificada no centro da cidade.

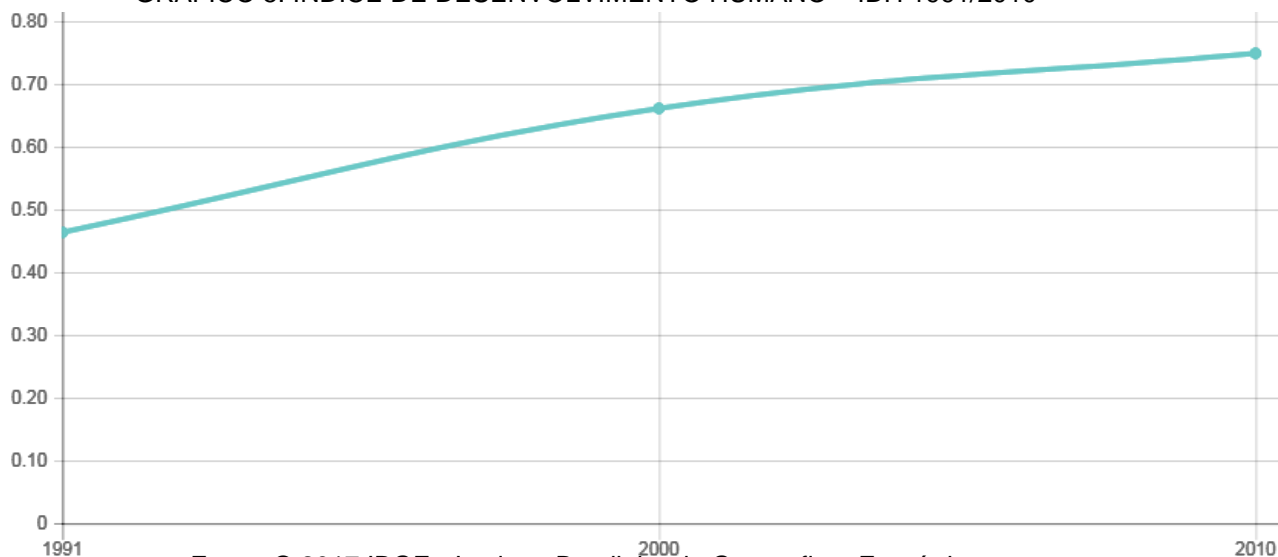
### **2.7 Índice de Desenvolvimento Humano**

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) varia de 0 a 1 considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Antônio Carlos é 0,749, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,890, seguida de Renda, com índice de 0,768, e de Educação, com índice de 0,615. Antônio Carlos ocupa a 562ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

Analisando o gráfico 5, a série histórica do IDH municipal, indica um crescimento ininterrupto tendo um índice de 0,464 no ano de 1991, 0,661 em 2000 e no ano de 2010 alcançou um índice de 0,749.

GRÁFICO 5: ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH 1991/2010

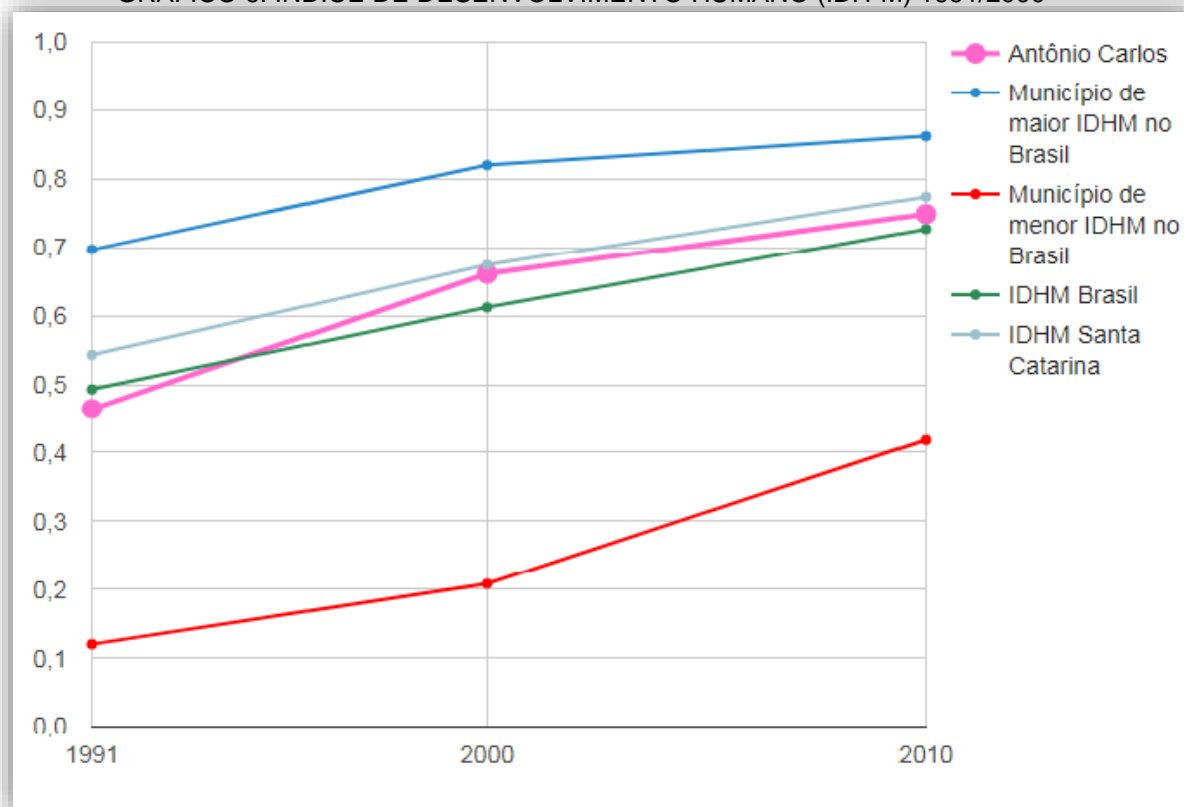


Fonte: © 2017 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Considerando o período de 1991 a 2000, o IDH passou de 0,464 em 1991 para 0,661 em 2000 - uma taxa de crescimento de 42,46%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 63,25% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,276), seguida por Renda e por Longevidade.

Entre 2000 e 2010, o IDH passou de 0,661 em 2000 para 0,749 em 2010 - uma taxa de crescimento de 13,31%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDH do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 74,04% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,128), seguida por Renda e por Longevidade.

GRÁFICO 6: ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH-M) 1991/2000



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Ipea e JFP

### 2.8 Habitação

Com base nos dados do e-SUS em 2017, o município possuía 3.754 domicílios, deste total 73,65% eram próprios, 24,05% alugados, 2,08% eram cedidos e 0,22% tinham outra forma de ocupação.

### 2.9 Estrutura Sanitária

O município não conta com serviço de tratamento de efluentes público, desta forma os munícipes são orientados quanto ao tratamento prévio do seu esgoto, com caracterização conforme descreve a Tabela 1.

TABELA 1: TRATAMENTO DE ESGOTO

<b>Tratamento</b>	<b>Domicílios</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	67
Fossa séptica	1.803
Fossa rudimentar	1.216
Rio, lago ou mar	156
Outro	16
Céu aberto	221
Não informado	275

Fonte: e-SUS

Referente ao abastecimento de água por serviço público a cobertura é de 46,72% dos domicílios, sendo que o restante utiliza outras formas de captação de água, conforme mostra a Tabela 2.

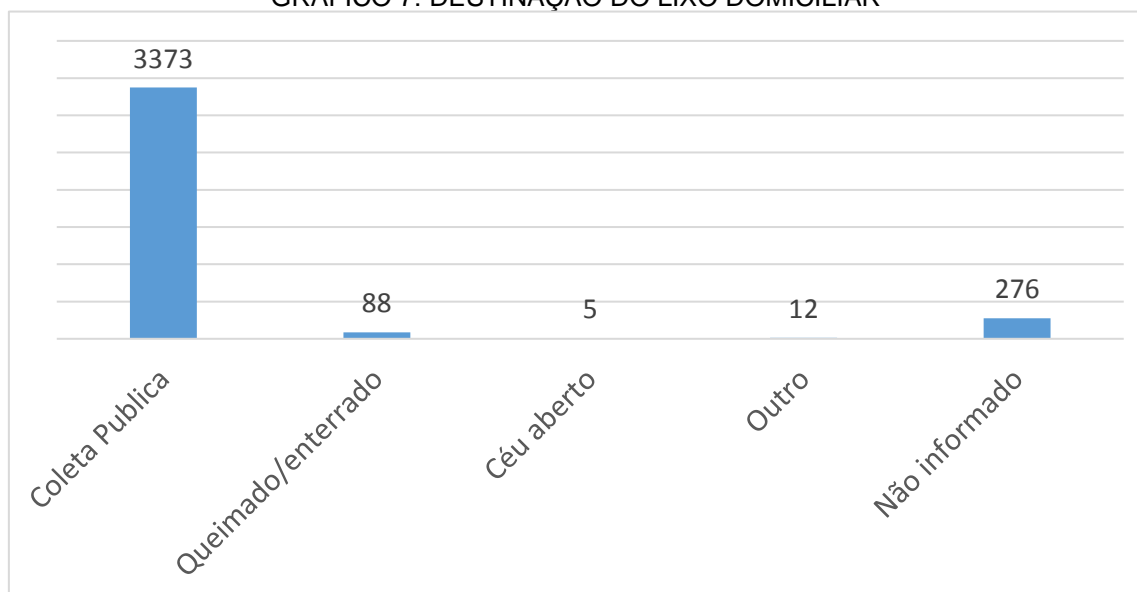
TABELA 2: COBERTURA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

<b>Abastecimento de água</b>	<b>Domicílios</b>
Rede encanada até o domicílio	1.754
Cisterna	2
Poço ou nascente	1.719
Não informado	277
Outros	2

Fonte: e-SUS 2017

O Município de Antônio Carlos não possui aterro sanitário próprio, tão logo os resíduos sólidos residenciais e comerciais, são encaminhados para o aterro sanitário do município de Biguaçu de responsabilidade da empresa Proactiva, com contrato vinculado à Secretaria Municipal de Agricultura, Pecuária e Meio Ambiente. O gráfico abaixo (Gráfico 7) representa as formas de destinação utilizadas pelos domicílios.

GRÁFICO 7: DESTINAÇÃO DO LIXO DOMICILIAR



Fonte: e-SUS - 2017

Quanto aos resíduos gerados nos serviços de saúde, a coleta também é realizada pela empresa Proactiva, mediante contrato de concessão com a Prefeitura de Antônio Carlos. A Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social armazena provisoriamente, em local adequado, os resíduos de clínicas odontológicas, drogarias e dos laboratórios instalados na cidade, bem como da Unidade Básica de Saúde. Semanalmente, os mesmos são coletados pela Proactiva e destinados conforme legislação vigente. O mesmo ocorre com os Resíduos Químicos, Tóxicos e Radiológicos (Classe B). Este último contrato vinculado ao Fundo Municipal de Saúde.

No que se refere ao abastecimento de energia elétrica, segundo dados do IBGE, apenas um domicílio no município não conta com este serviço.

### 2.10 Rede de Transporte Coletivo

O transporte coletivo é explorado pela iniciativa privada, através de contrato de concessão com a empresa Transportes Coletivo Biguaçu, única exploradora. Os horários e a frota são razoáveis, necessitando uma maior atenção por parte da administração pública para os horários de pico onde se verifica uma demanda

superior a frota ofertada, sendo que os munícipes são transportados em condições precárias, podemos chamar até de desumanas, exigindo, desta forma mais horários nesse período.

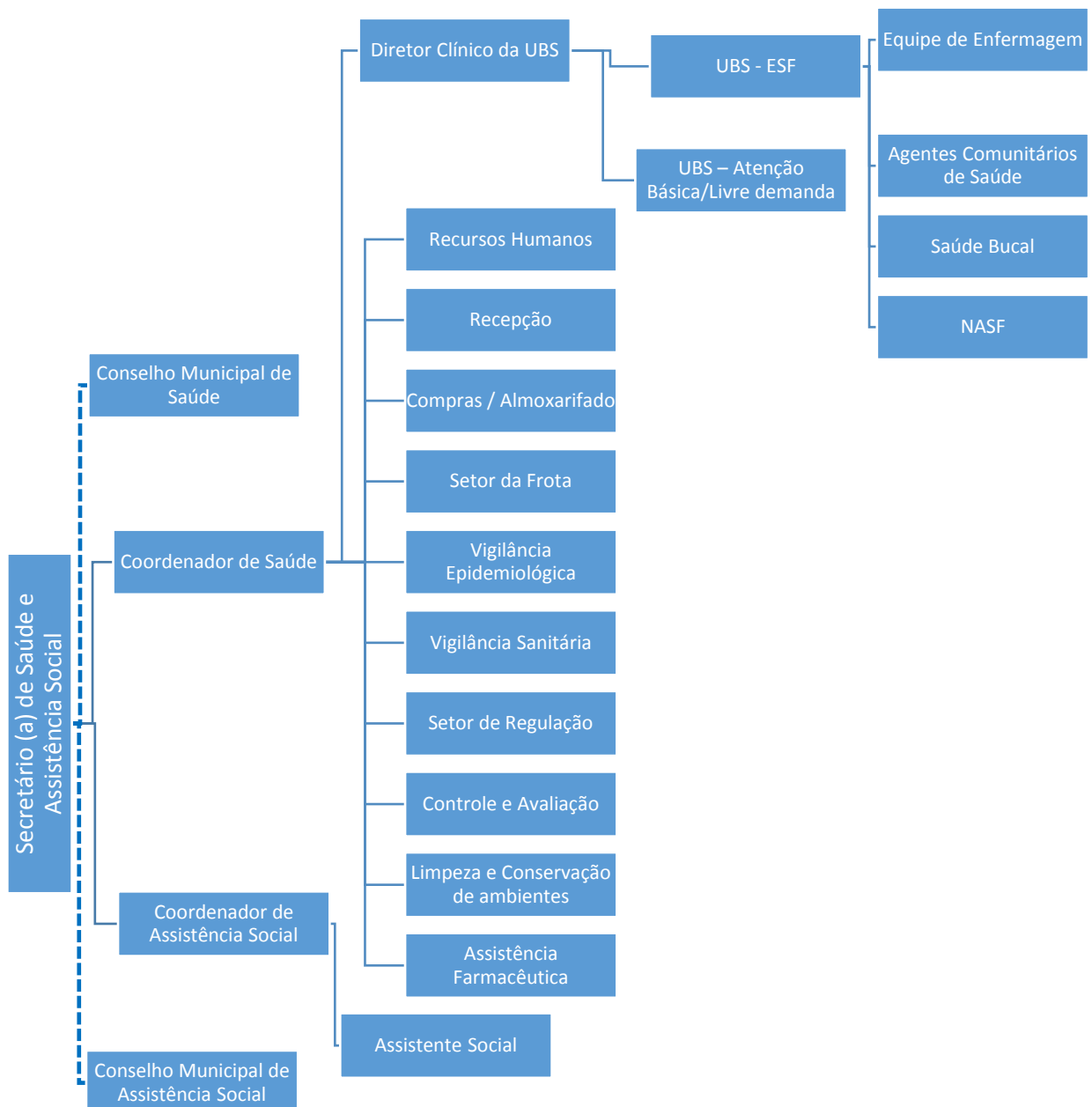
O Município oferece transporte local para a pré-escola e ensino fundamental. Também fornece transporte ou vale transporte para os alunos que estão cursando ensino superior e técnico em outros municípios da grande Florianópolis.

### 3 ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

#### 3.1 Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Serviços

A Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social não conta com uma estrutura organizacional formal. Contudo, com o objetivo de divulgar a sua estrutura organizacional e promover a eficiência na atuação da mesma, foi elaborado informalmente um organograma, como forma de orientar e integrar as ações de saúde no município. Com ele, o servidor estará informado para melhorar a prestação de serviços públicos.

ORGANOGRAMA 1: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL





Salientamos que o organograma ainda não possui legislação, pois não foi submetida ao poder executivo e legislativo, servindo, portanto, como apoio informal com o objetivo de planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar os programas, projetos e atividades do Município visando promover o atendimento integral à saúde da população do Município.

### 3.1.1 Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal da Saúde

Dos 91 (noventa e um) servidores que hoje compõem o quadro de pessoal do serviço de saúde, todos são efetivos (concursados). Esta condição faz com que diminua a alta rotatividade de pessoal, como nos anos anteriores, comprometendo o vínculo dos mesmos com a comunidade, em especial os que compõem as Equipes da Estratégia Saúde da Família, imprescindível, para o sucesso dessa política pública de saúde.

O quantitativo de pessoal por categoria profissional e vínculo empregatício encontra-se discriminado no Quadro 2.

QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA SAÚDE SEGUNDO CATEGORIA, CARGA HORÁRIA SEMANAL E VÍNCULO EMPREGATÍCIO.

Quadro Funcional	Quantidade	Jornada de trabalho	Vínculo Empregatício
Clinica Geral	1	40 horas semanais	Estatutário
Clinica Geral	4	20 horas semanais	Estatutário
Clinica Geral ESF	3	20 horas semanais	Estatutário
Pediatra	1	40 horas semanais	Estatutário
Psicóloga	1	40 horas semanais	Estatutário
Psiquiatra	1	20 horas semanais	Estatutário
Fonoaudióloga	1	40 horas semanais	Estatutário
Enfermeiro (a) ESF	3	40 horas semanais	Estatutário
Enfermeiro (a)	2	40 horas semanais	Estatutário
Enfermeiro (a)	2	20 horas semanais	Estatutário
Odontólogo	2	20 horas semanais	Estatutário
Odontólogo ESF	1	40 horas semanais	Estatutário
Técnico de enfermagem	7	40 horas semanais	Estatutário
Téc. de enfermagem ESF	7	40 horas semanais	Estatutário
Farmacêutico	2	40 horas semanais	Estatutário
Vigilância Sanitária	2	40 horas semanais	Estatutário

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Vigilância de Endemias	1	40 horas semanais	Estatutário
Assistente Social	1	40 horas semanais	Estatutário
Agente Comunitária de Saúde	19	40 horas semanais	Estatutário
Motoristas	9	40 horas semanais	Estatutário
Serviços Gerais	4	20 horas semanais	Estatutário
Serviços Gerais	3	40 horas semanais	Estatutário
Auxiliar administrativo	10	40 horas semanais	Estatutário
Auxiliar técnico de informática	1	40 horas semanais	Estatutário
Animadoras terceira idade	03	40 horas semanais	Estatutário
Coordenador de Saúde	01	40 horas semanais	Comissionado
Coordenador de Assist. Social	01	40 horas semanais	Comissionado
Secretaria de Saúde e Assist. Social	01	40 horas semanais	Comissionado

Fonte: Prefeitura Municipal

### 3.2 Taxa de Natalidade

Entende-se por taxa de natalidade o número de crianças que nascem anualmente por cada mil habitantes, numa determinada área. Considerando que a fertilidade feminina ou masculina não é o único fator que determina o aumento/diminuição desta taxa, conta-se com uma série de outros fatores que estão relacionados com esse aumento/diminuição: sociais, fisiológicos e outros. O conhecimento de métodos contraceptivos, melhores condições médicas e econômicas, contribuem para a redução desta taxa, por conseguinte, o desconhecimento e falta de acesso à informação, e o conservadorismo das tradições familiares e religiosas, contribuem diretamente para a elevação dos índices.

Na Secretaria Municipal da Saúde do município a Estratégia Saúde Família, através das coletas de dados pelas agentes comunitárias de saúde e demais procedimentos na Unidade Básica é a responsável pelo armazenamento das informações e alimentação do e-SUS. Em 2012 a taxa bruta de natalidade de Antônio Carlos era de 12 nascidos vivos por mil habitantes (Tabela 3). Em 2016,

esta taxa passou para 15 nascidos vivos por mil habitantes, representando no período um aumento de 25%.

TABELA 3: TAXA DE NATALIDADE POR 1.000 HABITANTES (2013- 2016)

Ano	Nascidos Vivos (%)
2013	12
2014	14
2015	15
2016	15

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Sabe-se que a desnutrição pode iniciar-se já na vida intrauterina, trazendo consequências mais graves. Quando uma criança nasce com menos de 2.500 gramas, é considerada de baixo peso. O baixo peso ao nascer é um importante fator de risco para "morbi-mortalidade" neonatal e infantil.

Quanto menor o peso ao nascer maior é a mortalidade. Quanto mais alta é a proporção de nascidos vivos de baixo peso, mais grave é o problema de nutrição e de saúde pública no município.

Antônio Carlos detêm um índice médio de 6,8% de nascidos vivos baixo peso por ano, 1 ponto percentual a menos que a média total do Estado. O quadro 3 mostra que nos últimos 4 anos, foi em 2016 ano que ocorreu o maior número de casos de nascidos vivos baixo peso, sendo que o ano de 2014 que teve o menor índice.

QUADRO 3: PERCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS BAIXO PESO POR ANO

Município	2013	2014	2015	2016
420120 Antônio Carlos	6,2	6	7,3	7,8

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbi-mortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê.

Os dados mostram que a proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal se manteve quase que contínuo nos últimos quatro anos. O quadro 4 revela que, segundo dados do SINASC, em média 83,2% das mães antônio-carlenses tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal.

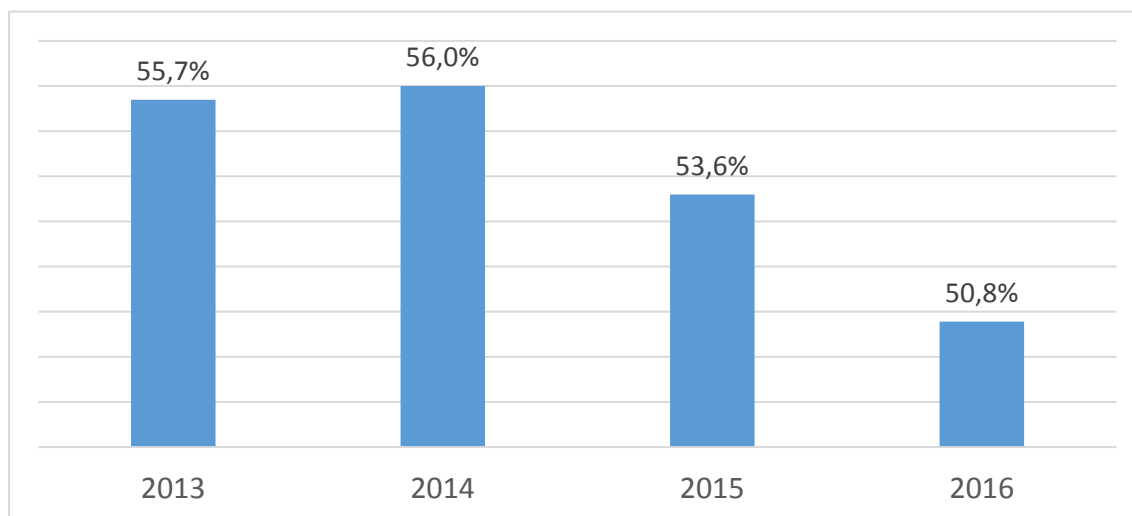
QUADRO 4: PORCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS QUE CONTARAM COM 07 CONSULTAS PRÉ-NATAIS POR ANO

Município	2013	2014	2015	2016
420120 Antônio Carlos	84,5	83,6	79,7	85,1

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 52% das futuras mães optam pela cesariana no Brasil, sendo que 82% são realizados na rede privada e 37% na rede pública. A Secretaria Municipal da Saúde de Antônio Carlos, promove o Grupo de Pais Grávidos, onde mensalmente são realizadas palestras, preparando as futuras mães para receberem seus bebês. No Grupo, entre outros assuntos abordados, discute-se a importância do parto humanizado com orientações, esclarecimentos, além da visita à Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis. Mesmo assim, em 2016 50,8% dos nascidos vivos foram por partos cesáreos. O gráfico 8 mostra a evolução dos partos cesáreos nos últimos 4 anos.

GRÁFICO 8: PORCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS DE PARTOS CESÁREOS POR ANO



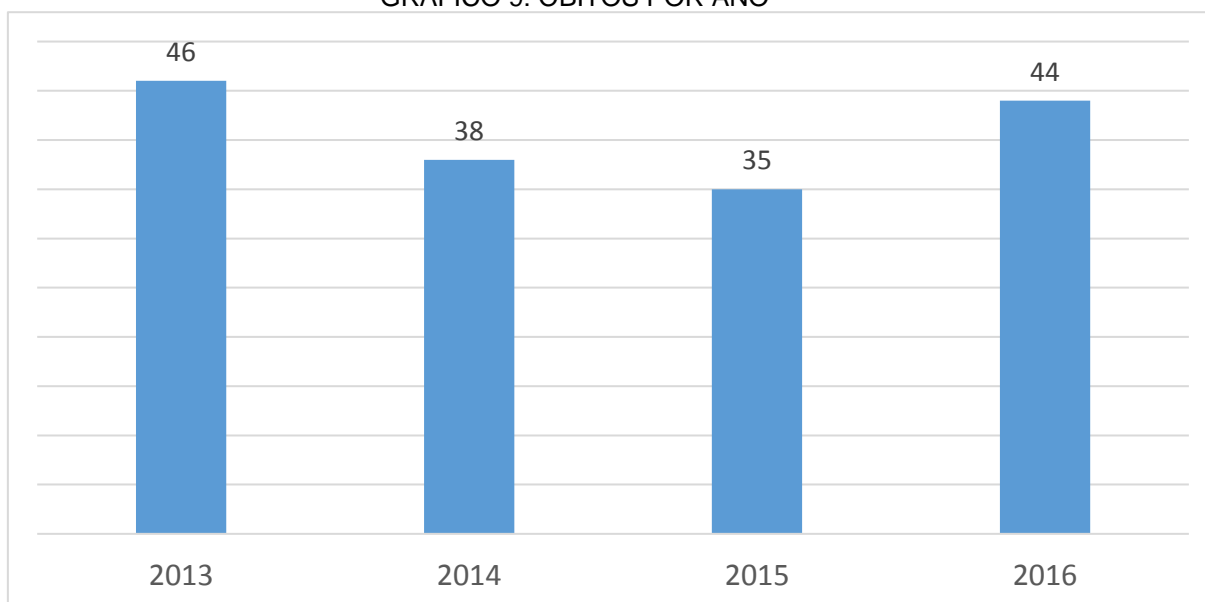
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O acesso da comunidade à informação quanto aos métodos contraceptivos, tem sido trabalhado, mas ainda requer dedicação para sua efetividade. Busca-se com este Plano, encontrar subsídios para implantação de um programa que atenda este quesito, visto que não possuímos um quadro funcional compatível para realizar atividades paralelas. Há apenas o acompanhamento as meninas em consultório, onde recebem orientação de enfermeiras e médicos da Estratégia além do Ginecologista. Também há preservativos disponíveis para a população nas unidades de saúde.

### 3.3 Taxa de Mortalidade

Os indicadores de mortalidade compreendem um dos recursos utilizados para mensurar o estado de saúde da população. Os dados de mortalidade têm sua origem no Sistema de Informação de Mortalidade. No gráfico 9 encontramos a mortalidade proporcional do município por ano.

GRÁFICO 9: ÓBITOS POR ANO



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Em 2016, tivemos um total de 44 óbitos, destes, 40,9% foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório; 29,54% por neoplasias (tumores); 9% doenças do aparelho respiratório, 6,8% Sint sinais e achad anorm ex clín e labora, 4,5%

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Doenças do aparelho digestivo, 2,27% por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, 2,27% Doenças de pele e tecido subcutâneo, 2,27% por doenças do aparelho geniturinário e 2,27% por causas externas de morbidade e mortalidade. Na Tabela 4 encontramos a mortalidade do município por faixa etária entre o ano de 2013 a 2016.

TABELA 4: ÓBITO POR ANO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA (2013 – 2016)

<b>Idade Faixas</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
< 10 Anos	0	1	1	0
10-19 Anos	1	0	0	0
20-49 Anos	5	5	2	2
50-64 Anos	10	8	3	12
>65 Anos	30	24	29	30

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Analisando a tabela acima, verifica-se que em 2016, 95,4% dos óbitos são de pessoas com mais de cinquenta anos de idade, elevado principalmente pelos óbitos de pessoas de idade superior a 65 anos. Nos anos de 2014 e 2015 os óbitos nesta mesma faixa etária corresponderam a 84,2% e 91,4,2% do total de óbitos respectivamente, estando assim próximo aos valores dos anos anteriores. Em 2013 a mortalidade nesta faixa etária foi de 86,9% do total.

Com relação às principais causas de mortalidade (quadro 5), constata-se que o município de Antônio Carlos apresenta o mesmo perfil do Estado de Santa Catarina, tendo como principal causa as doenças do aparelho circulatório, com 40,9%, com importância maior para a população acima de sessenta e cinco anos. Seguidamente vêm as neoplasias onde o maior número de casos ocorre na faixa etária de 70 a 79 anos. As doenças do aparelho respiratório constituem-se na principal causa de mortalidade da população acima de 70 anos.

QUADRO 5: MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA E GRUPO DE CAUSAS.

Causa	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
NEOPLASIAS	1	4	1	6	1

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	-	-	-	-	1
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	-	2	2	2	12
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	-	-	-	2	2
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	-	-	1	-	1
DOENÇAS DA PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO	-	-	-	-	1
DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	-	-	1	-	-
INT, SIN E ACH ANORM CLÍN E LAB, NCOP	1	1	-	-	1
CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	-	-	1	-	-

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

### 3.3.1 Mortalidade infantil

Com relação aos óbitos infantis, houve um (01) em 2014. A causa do óbito foi afecções originadas no período perinatal.

Reduzir a mortalidade infantil continua sendo um desafio para os serviços público de saúde. As mortes precoces podem ser evitadas desde que garantido o acesso aos serviços de saúde, das mulheres ao pré-natal e das crianças no primeiro ano de vida. No quadro 6 está representada a taxa de mortalidade infantil de 2013 a 2016, sendo que 2013, 2015 e 2016 não houve óbito infantil no município.

QUADRO 6: TAXA MORTALIDADE INFANTIL POR ANO SEGUNDO MUNICÍPIO

Município	2014
420120 Antônio Carlos	8,62

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

### 3.3.2 Mortalidade materna

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), “morte materna” é todo falecimento causado por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou

ocorrido até 42 dias depois. A OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos; entre 20 e 49 mortes, o índice é considerado médio; entre 50 e 149 mortes é alto e, acima de 150, muito alto. No Brasil, a taxa oficial de mortalidade materna é de 75 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Taxa de mortalidade materna é o número de óbitos de mulheres devido a complicações da gravidez, do parto e do puerpério, observados durante um determinado período de tempo - normalmente 1 ano civil dividido pelos nascidos vivos neste mesmo período multiplicados por 100.000.

Nas últimas décadas o município de Antonio Carlos teve apenas um óbito materno (2003), tendo neste ano uma taxa de mortalidade materna de 0,014%. Do ano de 2003 até os dias atuais o município não teve nenhum registro de morte materna.

### **3.4 Taxa de morbidade**

Morbidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada em determinado local e em determinado momento. A quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade e morbi-mortalidade são tarefas essenciais para Vigilância Epidemiológica e controle das doenças que, por sua vez para fins de organização dos serviços de saúde e intervenção nos níveis de saúde pública podem ser divididas em Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANTs.

Segundo série histórica de morbidades nas incidências de doenças transmissíveis, nos anos de 2013 a 2016, o município teve dois casos de hepatite C (2014 e 2015). A incidência de AIDS no mesmo período representou 0,00025 per capita com dois casos em 2013 para uma população de 7.906 habitantes e 0,00012 per capita com um caso em 2015 para uma população de 8.118 habitantes. Não houve casos de tuberculose, leishmaniose e hanseníase no período supracitado.



Continuando a análise da série histórica dos indicadores, a taxa de prevalência de Diabetes Mellitus, conforme apresentado no quadro 7, vem crescendo gradativamente chegando a 4,09%, com 416 diabéticos cadastrados no e-SUS/SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Os pacientes insulino dependentes, conforme preconizado pelo MS, possuem cadastro junto à Secretaria Municipal de Saúde e recebem um aparelho glicosímetro. As lancetas são fornecidas mensalmente.

QUADRO 7: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA NO SIAB E E-SUS COM DIABETES MELITUS

Ano	População com diabetes (%)	Diabéticos	População cadastrada (SIAB, e-SUS)
2013	3,03	280	9.240
2014	3,14	295	9.383
2015	3,17	303	9.530
2016	4,09	416	10.162

Fonte: SIAB, e-SUS

Da mesma forma, porém em maiores proporções, cresce no município o número de hipertensos, merecendo maior atenção das equipes de Estratégia Saúde da Família. O quadro 8 demonstra esta problemática:

QUADRO 8: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA NO SIAB COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ano	População com Hipertensão (%)	Hipertensos	População cadastrada (SIAB, e-SUS)
2013	16,07	1.485	9.240
2014	16,29	1.529	9.383
2015	16,13	1.538	9.530
2016	16,90	1.718	10.162

Fonte: SIAB, e-SUS

### 3.4.1 Morbidade hospitalar

Este índice representa o percentual de doentes que vão a óbito após o ingresso no hospital. O mesmo é acompanhado pelo setor de Epidemiologia, através de notificações por parte do Estado e do próprio município.

Em relação às principais causas de internação hospitalar nos últimos cinco anos (Quadro 9), excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério, aparecem como principais causas de internação, as doenças do aparelho circulatório que representam 14,33% do total de internações. As Neoplasias, representam 11,46%, e em terceiro lugar, as internações por Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas com 10,47% do total de internações.

Na sequência da ordenação aparecem as doenças do aparelho digestivo 9,26%, doenças do aparelho respiratório 7,64%, doenças do aparelho geniturinário 6,05% do total. As internações por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, doenças do sistema nervoso, transtornos mentais e comportamentais completam os 10 principais grupos de causas de internação hospitalar no município de Antônio Carlos.

QUADRO 9: INTERNAÇÕES POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO CID-10 –  
2012 A 2016

Capítulo CID-10	2012	2013	2014	2015	2016	Total
XV. Gravidez parto e puerpério	68	89	129	108	95	489
IX. Doenças do aparelho circulatório	70	70	81	89	69	379
II. Neoplasias (tumores)	59	41	70	65	68	303
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	51	41	55	54	76	277
XI. Doenças do aparelho digestivo	40	46	42	57	60	245
X. Doenças do aparelho respiratório	42	30	44	48	38	202
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	28	32	28	31	41	160
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	17	12	20	15	87
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	12	13	17	24	15	81
VI. Doenças do sistema nervoso	5	18	13	13	18	67
V. Transtornos mentais e comportamentais	15	8	14	19	10	66
XXI. Contatos com serviços de saúde	7	11	17	9	14	58
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7	6	9	13	7	42
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	10	4	5	13	9	41
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	6	9	11	10	42

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

VII. Doenças do olho e anexos	1	6	13	6	12	38
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	8	6	2	9	26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	5	8	5	6	28
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	1	2	3	2	10
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	2	1	-	-	3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	1	-	-	-	1

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS

### 3.4.2 Morbidade SINAN

O SINAN compreende o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, que tem por objetivo facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

Como atribuições compete ao SINAN coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade da população nas três esferas de governo.

No SINAN devem ser notificados: Agravos de Notificação Compulsória – Portaria nº 5 SVS/MS de 21/02/06 – compreendendo 41 doenças, agravos de interesse nacional, surtos e agravos de interesse estadual e municipal. Tão logo, fica a encargo do setor de Vigilância Epidemiológica repassar ao digitador do município os dados para alimentação deste sistema. Dessa forma, segundo o SINAN os dados de morbidade no município, estão relacionados na quadro 10.

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

QUADRO 10: INCIDÊNCIA DE CASOS DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO NOTIFICADOS E CONFIRMADOS – ANTÔNIO CARLOS 2013-2016

AGRAVO	2013		2014		2015		2016	
	Nº casos		Nº casos		Nº casos		Nº casos	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Acidentes por animais peçonhentos	1	1	-	-	-	-	1	1
Atendimento antirrábico	40	40	34	34	35	35	34	34
Caxumba(parotidite epidêmica)sem complicações.	4	3	2	1	1	0	8	6
Dengue	2	0	-	-	-	-	-	-
Eventos adversos pós vacinado	-	-	-	-	1	1	-	-
Febre maculosa / rickettsioses	-	-	-	-	1	0	-	-
Gestante HIV	-	-	-	-	1	1	-	-
Hantavirose	2	0	-	-	-	-	-	-
Hepatites virais	-	-	1	1	1	1	-	-
Leptospirose	35	16	36	14	41	11	31	9
Sífilis em adulto (excluída a forma primária)	-	-	-	-	4	4	1	1
Sífilis em gestante	-	-	1	1	1	1	-	-
Sífilis não especificada	-	-	-	-	-	-	1	1
Síndrome do corrimento cervical em mulheres	-	-	-	-	-	-	1	1
Síndrome do corrimento uretral em homem	-	-	-	-	1	1	1	1
Varicela	18	14	6	5	4	2	2	2
Violencia interpessoal/autoprovocada	-	-	-	-	-	-	1	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

### 3.5 Doenças Imunopreveníveis e Imunizações

As ações de vacinação constituem os procedimentos de melhor relação custo-benefício no setor de saúde. O declínio acelerado da morbi-mortalidade por Doenças Imunopreveníveis nas décadas recentes é prova incontestável do enorme benefício que é oferecido à população através da imunização, levando a um aumento na expectativa e qualidade de vida. São doenças imunopreveníveis:

QUADRO 11: VACINAS FORNECIDAS NO MUNICÍPIO

Doença Imunoprevenível	Vacina	Fornecidas no município
Tuberculose e vacina	BCG	X
Poliomielite	Inativada e Oral	X
Hepatite B	Contra hepatite B	X
Difteria, Tétano e Coqueluche Haemophilus influenza tipo B (Hib), Hepatite B	Pentavalente	X
Pneumonia	Pneumococo	X
Rotavírus	Oral rota-vírus	X
Meningite C	Meningococo	X
Sarampo, Caxumba e Rubéola	Tríplice Viral	X
Varicela	Contra varicela	X
Hepatite A	Contra Hepatite A	X
Influenza – Gripe	Contra Influenza	X
Febre Amarela	Contra Febre amarela	X
Papiloma vírus Humano – HPV	Contra HPV	x
Raiva	Contra raiva Humana	X
Febre tifoide	Vacina Typhim Vi	
Cólera e diarreia do viajante	Vacina oral contra cólera e diarreia	

Fonte: Sala de Vacina

O Município de Antônio Carlos conta com uma sala de vacina e 4 vacinadoras capacitadas. Há um trabalho na busca ativa de faltosos e no controle das cadernetas das crianças menores de 5 anos junto as Agentes Comunitárias de Saúde, que conferem mensalmente o cumprimento do calendário de vacinação nas referidas cadernetas.

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Há também o engajamento de toda a Atenção Básica de Saúde nas campanhas de vacinação, exercendo um excelente trabalho alcançando as metas de vacinação previstas pelo Ministério da Saúde, conforme pode ser observado no quadro abaixo:

QUADRO 12: COBERTURAS VACINAIS POR ANO SEGUNDO IMUNOBIOLOGICOS - ANTÔNIO CARLOS 2013-2016.

Imuno	2013	2014	2015	2016	Total
TOTAL	73,77	104,07	111,68	73,79	88,77
BCG	6,86	5,88	26,32	10,34	12,05
Hepatite B em < 1mes	-	3,92	3,16	18,1	6,75
Rotavírus Humano	110,78	114,71	138,95	117,24	120
Meningococo C	120,59	119,61	131,58	111,21	120,24
Hepatite B	131,37	104,9	109,47	155,17	126,51
Penta	110,78	104,9	108,42	109,48	108,43
Pneumocócica	113,73	111,76	112,63	116,38	113,73
Poliomielite	108,82	110,78	110,53	99,14	106,99
Febre Amarela	-	0,98	-	...	0,33
Hepatite A	-	88,24	148,42	109,48	86,27
Pneumocócica(1º ref)	94,12	100,98	146,32	109,48	112,05
Meningococo C (1º ref)	98,04	104,9	147,37	119,83	117,11
Poliomielite(1º ref)	94,12	100	114,74	152,59	116,63
Tríplice Viral D1	106,86	111,76	148,42	120,69	121,45
Tríplice Viral D2	88,24	108,82	109,47	125	108,43
Tetra Viral(SRC+VZ)	45,1	108,82	90,53	125	93,49
DTP	111,76	104,9	109,47	109,48	108,92
DTP REF (4 e 6 anos)	...	...	...	0,51	1,02
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	75,49	100,98	118,95	79,31	92,77
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	58,82	62,75	56,84	2,59	43,61
dTpa gestante	-	21,57	54,74	1,72	18,31
HPV Quadrivalente D1 9 anos - Feminino	...	...	...	73,68	163,16
HPV Quadrivalente D2 9 anos - Feminino	...	...	...	24,56	57,89
HPV Quadrivalente D1 10 anos - Feminino	...	...	...	13,56	101,69
HPV Quadrivalente D2 10 anos - Feminino	...	...	...	25,42	89,83

HPV Quadrivalente D1 11 anos - Feminino	...	...	...	6,56	190,16
HPV Quadrivalente D2 11 anos - Feminino	...	...	...	4,92	124,59
HPV Quadrivalente D1 12 anos - Feminino	...	...	...	3,17	104,76
HPV Quadrivalente D2 12 anos - Feminino	...	...	...	7,94	130,16
HPV Quadrivalente D1 13 anos - Feminino	...	...	...	1,52	119,7

Fonte: Programa Nacional de Imunizações

### 3.6 Série Histórica do Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

O município de Antônio Carlos assinou o TCG em 27 de março de 2008 sendo o mesmo homologado em 1º de julho de 2008 através da portaria MS/GM 1.330. Neste Termo de Compromisso o gestor assume o compromisso público com prioridades que são expressas em objetivos e metas e estão detalhadas em Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, divididos em três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão do SUS.

Anualmente o município tem se comprometido com o alcance de metas na atenção básica (Pacto pela Vida) com o objetivo de garantir a assistência necessária e buscar resultados adequados e com qualidade. É a definição destas metas que devem nortear as decisões estratégicas e focalizar a alocação de recursos. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

São seis as prioridades pactuadas:

- **Saúde do Idoso:** o município vem incansavelmente trabalhando no acolhimento à pessoa idosa, promovendo a atenção domiciliar, reduzindo a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur, entre outras ações.
- **Controle do câncer do colo do útero e da mama:** Antônio Carlos, em 2016, realizou 340 exames citopatológicos, com média de 28 preventivos/mês. Essas coletas são realizadas pelas enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, com consultas pré-agendadas. Implantamos o Sistema SISCOLO para identificar e tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial. Houve também a ampliação da oferta de mamografia visando alcançar uma melhor cobertura da população alvo (50 a 69 anos).
- **Redução da mortalidade infantil e materna:** através da investigação de óbitos infantis de mulheres em idade fértil e maternos, identificamos as causas, para posteriormente trabalhá-las reduzindo assim a taxa de mortalidade infantil e materna.
- **Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza:** busca-se reduzir a letalidade dos casos graves de dengue; aumentar o percentual de cura dos novos casos de hanseníase a cada ano; ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera diagnosticados a cada ano; aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado; fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial; evitar a transmissão vertical do HIV.
- **Promoção da Saúde:** reduzir os níveis de sedentarismo na população e a prevalência do tabagismo
- **Fortalecimento da Atenção Básica:** manter a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família; ampliar o acesso à consulta pré-natal; reduzir a internação hospitalar por Diabetes Mellitus no âmbito do SUS; reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS; reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.



Em 2015 foram pactuadas metas para o biênio 2015 e 2016, os resultados alcançados nos últimos anos estão demonstrados no quadro 13.

### PACTO PELA VIDA

**QUADRO 13: METAS DE INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE**

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Meta 2016	Resultado
1	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	100	100	EXCLUÍDO	
2	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	17	22,22	EXCLUÍDO	
3	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	80	79,27	EXCLUÍDO	
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	80	78,81	80	
5	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	3	---	EXCLUÍDO	
6	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	4	2,87	3	7,64
7	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,80	1,53	EXCLUÍDO	
8	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,5	4,39	EXCLUÍDO	
9	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	6	5,88	EXCLUÍDO	
10	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	7	7,51	EXCLUÍDO	
11	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
12	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	1	0	EXCLUÍDO	
13	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	40	---	40	0
14	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	0	0	0	12,5

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

15	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	0	7,14	EXCLUÍDO	
16	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	100	---	EXCLUÍDO	
18	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	1	0,65	1	0,54
19	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	1,5	0,45	1,5	0,19
20	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	47	46,34	47	49,22
21	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	87	79,67	EXCLUÍDO	
22	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2	0	EXCLUÍDO	
23	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	0	0	EXCLUÍDO	
24	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	0	0	0	0
25	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	100	0	EXCLUÍDO	
26	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS	100	0	100	0
27	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	100	100	100	0
28	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	0	1	0	1
30	NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	9		6	8
35	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	96,5	87,5	96,5	66,67
36	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	100	0	100	0
37	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	100	0	100	0
38	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	100	97,22	100	90,91
39	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	100	100	EXCLUÍDO	
40	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	4	100	100	100
41	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	75	100	0	100

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

42	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	0	0	0	0
43	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
44	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	25	12	EXCLUÍDO	
45	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	N/A	N/A	N/A	N/A
46	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	N/A	N/A	N/A	N/A
47	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
48	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
49	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
51	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	N/A	N/A	N/A	N/A
52	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	N/A	N/A	N/A	N/A
53	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	80	97,50	80	93,98
54	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEBSERVICE	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
55	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
56	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
57	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	42,85	0	EXCLUÍDO	
58	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
59	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
60	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	2	2	EXCLUÍDO	
61	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	100	98,63	EXCLUÍDO	
62	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	N/A	N/A	EXCLUÍDO	

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

63	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1	0	1	1
64	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1	100	EXCLUÍDO	
65	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
66	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	N/A	N/A	EXCLUÍDO	
67	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A	N/A	N/A	N/A

Fonte: SISFACTO – Aplicativo do Pacto pela Saúde

Outra dimensão do Pacto pela Saúde é o Pacto em Defesa do SUS e tem como diretriz, expressar os compromissos entre os gestores do SUS, desenvolvendo e articulando ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública.

Desta forma desenvolvemos algumas ações como:

- Articulação e apoio à mobilização social, por meio da promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a saúde como um direito, e por meio do diálogo com a sociedade, indo além dos limites institucionais do SUS;
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial com os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;
- Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;
- Regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº. 29 pelo Congresso Nacional com o Projeto de Lei (PL) nº. 01/03;
- Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

E o terceiro e último eixo do Pacto pela Saúde que é o Pacto de Gestão do SUS que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão em cada eixo de ação:

- Descentralização

- Regionalização
- Financiamento do SUS
- Planejamento no SUS
- Programação Pactuada Integrada (PPI)
- Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial
- Participação e Controle Social
- Gestão do Trabalho na Saúde
- Educação na Saúde.

## 4 ANÁLISE SITUACIONAL DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE PARA REDES DE ASSISTÊNCIA

### 4.1 Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe dirigidas a população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil são:

**Integralidade:** conjunto de ações e serviços necessários para o tratamento integral da saúde, com foco nas medidas preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais, em outras palavras, considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

**Qualidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde;

**Equidade:** necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” com o objetivo de alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência e desenvolvimento pessoal e social entre os membros da sociedade; e

**Participação Social:** que é a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde, atuando na gestão do SUS através das Conferências da Saúde, Conselhos Municipais, buscando maior legitimidade ao sistema e às ações implantadas.

O Município de Antônio Carlos possui um serviço de saúde de qualidade com profissionais capacitados. Desta forma atendendo aos princípios fundamentais da integralidade, qualidade e equidade, tratando o individual em todas as suas

necessidades fundamentais, priorizando a atitude de dar mais a quem tem menos, e assim, buscando a melhoria contínua e a qualidade no atendimento.

Quanto à participação social, evoluiu muito nos últimos anos, mas ainda tem muito a melhorar. Os conselhos são pouco atuantes devido à falta de capacitação para o exercício e desconhecimento sobre a importância dos mesmos, em seu poder deliberativo e fiscalizador.

### 4.1.1 Unidades Básicas de Saúde

O Município de Antônio Carlos tem duas unidades básicas de saúde, onde uma se concentram as 03 equipes da Estratégia Saúde da Família, 01 equipe NASF e a outra unidade centraliza os atendimentos de demanda espontânea. As duas unidades atendem a toda população Antônio-carlense, contabilizados mais de 2 mil atendimentos/mês, distribuídos em demanda espontânea e programada, para clínica médica, Estratégia Saúde da Família, pediatria, ginecologia, fonoaudiologia, odontologia e psicologia.

A estrutura atual da unidade onde dispõe as equipes ESF/NASF é uma estrutura recém construída com dois pisos e divide-se da seguinte forma: piso térreo conta com 1 sala de espera, 1 recepção, 1 sala de triagem/acolhimento, 01 farmácia, 3 consultórios médicos ESF, 2 consultórios enfermeiros ESF, 1 consultório ginecológico, 1 sala de nebulização, 1 sala de vacina, 1 sala para eletrocardiograma e uma sala para reuniões e trabalho de planejamento dos profissionais ESF/NASF. No piso superior ficam distribuídas da seguinte forma, 1 sala para epidemiologia, 1 consultório fonoaudiólogo, 1 consultório psicóloga, 1 consultório psiquiatra, 1 consultório ginecológico. A estrutura da unidade de demanda espontânea divide-se da seguinte forma: 1 sala de espera, 1 recepção, 2 sala de triagem/acolhimento, 1 consultório pediátrico, 4 consultórios de clínica médica, 7 salas para procedimentos de enfermagem, subdivididas em nebulização, medicação, curativo, esterilização, sutura/pequenas cirurgias e observação, 1 farmácia e uma sala para trabalho de planejamento dos profissionais. Os atendimentos de odontologia, são realizados no mesmo prédio

da Secretaria Municipal da Saúde, situado ao lado das unidades básicas, onde se encontra toda a estrutura administrativa, inclusive a vigilância sanitária.

A Unidade Básica de Saúde de atendimento de demanda espontânea tem horário de atendimento ampliado, ou seja, atende diariamente das 07:00 as 21:00 horas. Os profissionais da unidade de saúde ESF, tem jornada diária de oito horas, sendo que a Unidade atende das 7:30/11:30 e 13:00/17:00. O número de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante no ano de 2017 foi de 2,15. Verificando-se que na grande maioria são as mesmas pessoas que utilizam o serviço constantemente. Como justificativas para este fato pode-se citar: falta de resolutividade nos atendimentos, principalmente aos doentes crônicos, e a longa espera por consultas especializadas. Observa-se a ineficácia na avaliação de riscos para os encaminhamentos, resultando em uma demanda reprimida que aumenta devido à capturação irregular de consultas, por uma fila lateralizada, observada no SISREG. Quanto às consultas médicas de rotina são na sua maioria, agendadas previamente, por telefone. Culturalmente, observa-se por parte da população a valorização do atendimento médico, a procura por exames especializados e medicamentos. O município não utiliza protocolos clínicos.

#### 4.1.2 Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1997). Esta estratégia busca reorganizar os serviços, reorientar as práticas profissionais de promoção da saúde e de prevenção de doenças, bem como, a reabilitação, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política, administrativa e inovadora.

A política da Estratégia Saúde da Família pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a intermultidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).



## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

A Atenção Básica no município é efetivada pela atuação das três Equipes de Saúde da Família, denominadas, respectivamente de ESF 1 SEDE, ESF 2 SANTA MARIA e ESF 3 RACHADEL. A Estratégia Saúde da Família está implantada na Atenção Básica do município desde 2000, e as três equipes garantem cobertura de 100% da população, cabendo a área urbana (ESF 1 SEDE) a maior cobertura, com aproximadamente 50% das famílias. As áreas de cobertura de ambas as equipes podem ser melhor visualizadas no Mapa (Figura 2).

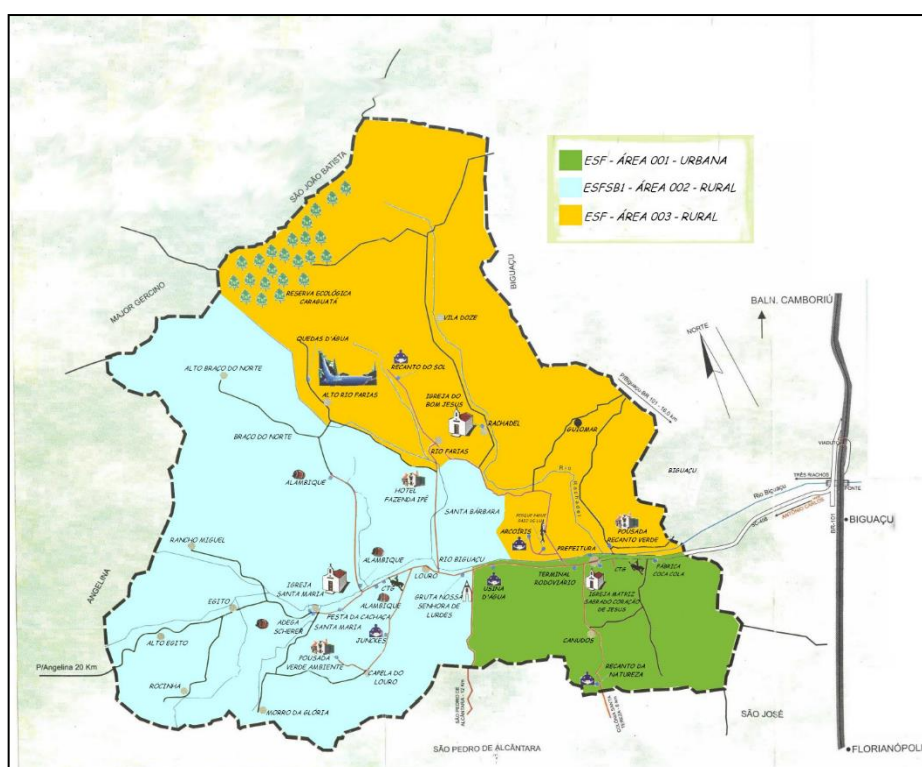


FIGURA 2: MUNICÍPIO DIVIDIDO EM ÁREAS DA ESF

Fonte: Adaptado de Prefeitura Antônio Carlos

No quadro abaixo se tem o território de atuação formado por áreas contíguas de Equipes de Saúde da Família:

QUADRO 14: TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA ESF

Área de atuação	Equipes Saúde da Família	População estimada
SEDE	EQUIPE 001	5.727
SANTA MARIA	EQUIPE 002	3.528
RACHADEL	EQUIPE 003	4.032

Fonte: e-SUS

### 4.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Em 24 de Janeiro de 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, através da Portaria GM nº 154, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

O NASF deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) atendendo de 08 a 20 Equipes de Saúde da Família; e o NASF 2, composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, no município de Antônio Carlos foi implantado em 2012, composto por um farmacêutico, uma psicóloga, uma psiquiatra, uma fonoaudióloga e uma assistente social. Estes profissionais oferecem suporte, trabalhando em rede com as equipes da Estratégia da Saúde da Família, fortalecendo o trabalho já existente nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, bem como incentivando a criação de novos grupos de apoio, alcançando, desta forma, a promoção da saúde da comunidade.

O território de atuação do NASF em nosso município apresenta-se conforme o quadro a seguir:

QUADRO 15: NÚMERO DE FAMÍLIAS POR ÁREA E MICRO ÁREA DE ESF

ÁREA DE ATUAÇÃO	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINCULADAS	Nº DE FAMÍLIAS
Micro área 01	ESF 01 SEDE	182
Micro área 02		203
Micro área 03		185
Micro área 04		181
Micro área 05		180
Micro área 17		184
Micro área 19		114
<b>Total: 07 Micro Áreas</b>	<b>01 Equipe</b>	<b>1229 Famílias</b>
Micro área 08	ESF 02 SANTA MARIA	166
Micro área 09		174
Micro área 10		146
Micro área 11		174
Micro área 16		198
Micro área 18		168
<b>Total: 06 Micro Áreas</b>	<b>01 Equipe</b>	<b>1.026 Famílias</b>
Micro área 06	ESF 03 RACHADEL	222
Micro área 07		242
Micro área 12		147
Micro área 13		181
Micro área 14		158
Micro área 15		156
<b>Total: 06 Micro Áreas</b>	<b>01 Equipe</b>	<b>1.106 Famílias</b>
<b>Total Geral 19 M.A.</b>	<b>03 Equipes</b>	<b>3.361 Famílias</b>

Fonte: e-SUS

O apoio do NASF às equipes da Estratégia Saúde da Família se dá através de reuniões com as equipes, participação nos grupos, visitas domiciliares, e nos atendimentos das emergências.

O processo de trabalho é da seguinte forma:

**PROFISSIONAL: MÉDICO PSIQUIATRA**

**ATIVIDADE:** Atuar e trabalhar preferencialmente com o Grupo de Saúde Mental.

O Grupo de Saúde Mental, teve início no município de Antônio Carlos, no ano de 2010, coordenado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, e o médico psiquiatra. Foi realizado o cuidado em saúde mental através de grupos de terapia ocupacional, considerando as necessidades individuais de cada paciente.

Existe hoje uma grande preocupação dos profissionais de saúde no município de Antônio Carlos em decorrência do número crescente de pessoas em uso de medicação psicotrópica.

Outras ações realizadas pelo médico psiquiatra:

- Consulta médica a pacientes agendados e encaminhados pelas ESF;
- Apoio as ESF na abordagem e no processo de trabalho, referente aos casos especiais, doentes crônicos em tratamento e reabilitação;
- Suporte e ampliação do vínculo com as famílias tomando-as parceiras no tratamento.
- Planejamento de ações de saúde com as ESF;
- Atividade educativa e orientação no grupo de tabagismo.

### **PROFISSIONAL: PSICÓLOGO**

ATIVIDADE: Atuar e trabalhar preferencialmente no Grupo de Tabagismo.

O Grupo de tabagismo de Antônio Carlos teve início no ano de 2010, sob coordenação de uma enfermeira e os médicos da ESF. Foram realizadas reuniões mensais para avaliação do grau de dependência de nicotina em cada paciente (teste de Fagerström), sendo verificada na grande maioria deles, a dependência física, psicológica (maior incidência) e o condicionamento.

Considerando que a maior parte dos fumantes sustentam o vício por dependência psicológica, vimos a necessidade de contratar o profissional de psicologia para apoio no Grupo de Tabagismo, onde temos uma grande demanda de pacientes necessitando de psicoterapia.

Outras ações realizadas pelo psicólogo:

- Trabalho integrado com as ESF, abordando os problemas vinculados ao abuso de álcool, tabaco, outras drogas e a violência, visando à redução de danos e a melhoria da qualidade do cuidado dos grupos mais vulneráveis;
- Atendimento diário de pacientes agendados e encaminhados pelas ESF;
- Participação nos grupos de diabéticos, hipertensos, tabagismo e gestantes;
- Participação nos Grupos educativos na comunidade buscando espaços para reabilitação psicossocial;
- Planejamento das ações de saúde em conjunto com as ESF;
- Participação em reuniões com ESF.
- Realização de grupo terapêutico, atividade educativa e oficinas.

### **PROFISSIONAL: FARMACÊUTICO**

ATIVIDADES: Atuar e trabalhar preferencialmente no Grupo de Hipertensos e Diabéticos.

O Grupo de Hipertensos e Diabéticos do município de Antônio Carlos, teve seu início com a implantação da ESF, em junho de 2001.

O município possui 03 equipes de ESF, e cada equipe coordena o seu grupo de HA e DM. As reuniões de grupos acontecem semanalmente (01 vez por semana, em cada micro área), onde realizam-se palestras educativas com temas diversos, conforme o interesse da população. Nessas reuniões é realizada aferição de PA, HGT, IMC e distribuição de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes de uso contínuo, pelo farmacêutico, conforme prescrição médica.

Com a implantação do NASF queremos intensificar a participação do profissional farmacêutico e a equipe de saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Outras ações realizadas pelo farmacêutico:

- Dispensação de medicamentos conforme prescrição médica, orientando quanto aos efeitos colaterais e uso correto dos mesmos;

- Atividade educativa, grupo terapêutico e orientação nos grupos de hipertensos, diabéticos, tabagistas e gestantes;
- Participação no planejamento de ações em saúde junto com as ESF;
- Participação em reuniões com ESF;
- Atendimento diário a pacientes agendados e encaminhados pela ESF.

### **PROFISSIONAL: ASSISTENTE SOCIAL**

ATIVIDADE: Atuar e trabalhar com a família.

O município de Antônio Carlos tem sido procurado por famílias vindas de várias partes do Estado. Sendo uma considerável parte, em condições de vulnerabilidade social e econômica.

Outras ações realizadas pelo assistente social:

- Apoio ao ESF na abordagem de famílias, nos casos que requerer a intervenção profissional.
- Suporte na manutenção do vínculo com a família, tornando-as parceiras do tratamento.
- Planejamento de ações de Assistência Social com o ESF.
- Atividades pertinentes à atuação específica nos grupos de pessoas em tratamento de patologias diversas, sob a coordenação de outros profissionais.

### **PROFISSIONAL: FONOAUDIÓLOGO**

ATIVIDADE: Avaliar aspectos do desenvolvimento da fala e da linguagem em adultos e crianças como forma preventiva e, se necessário realizar reabilitação;

- realizar triagem auditiva em escolas e creches, bem como em indivíduos com suspeita ou de risco à perda auditiva;
- participar de reuniões com profissionais das ESF, para levantamento das reais necessidades da população adscrita;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- trabalhar de forma integrada com as ESF;
- realizar visitas domiciliares necessárias;
- desenvolver ações intersetoriais;
- realizar avaliação em conjunto com as ESF

- desenvolver ações coletivas preventivas através de palestras abordando situações ou patologias que interfiram na fala, linguagem, voz, audição, deglutição, aprendizagem, etc..;
- integrar-se na rede de serviços oferecidos, realizando referência e contra referência, seguindo fluxo pré-estabelecido, mantendo vínculo com os pacientes encaminhados;

### **4.2 Políticas Estratégicas Articuladas à ABS**

A Atenção Básica à Saúde desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular. Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, a Atenção Básica caracteriza-se, por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essa população.

Utilizando tecnologia de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético, de que toda demanda necessidade de saúde ou sofrimento, devem ser acolhidos.

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. Tem como objetivo, desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, definindo os determinantes e condicionantes da saúde

coletiva. A seguir, apresentamos a realidade do município em seus programas estratégicos, abordando suas responsabilidades no âmbito da Atenção Básica à Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde.

### 4.2.1 Saúde Bucal

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar de 6 a 12 anos e gestantes.

Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social.

Nas duas últimas décadas, apenas algumas experiências isoladas e pontuais ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional efetiva para a Saúde Bucal. O Brasil Sorridente foi lançado pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004 para ampliar o acesso ao tratamento odontológico. A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, visa avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propor um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente por meio da ESF; a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

O município conta com uma Equipe de Saúde Bucal, com carga horária de 40 horas semanais, vinculada à Equipe de Saúde da Família ESF 002 – SANTA



MARIA, garantindo cobertura de 80,50% da população. A equipe de saúde bucal é composta por uma dentista e uma técnica de enfermagem – Auxiliar de Consultório Dentário, que trabalha com os grupos prioritários que são as crianças da rede escolar. Para a população em geral é disponibilizado agendamento para atendimentos individuais no consultório da unidade básica de saúde, atendendo também as demandas espontâneas, com procedimentos de baixa complexidade.

Constatou-se através do Sistema de Informação Ambulatorial que no ano de 2016, o município atingiu uma cobertura de primeira consulta odontológica de 16,76% da população geral. A Média de escovação dental supervisionada nos últimos 4 anos manteve com 1,73% . O percentual de exodontia/procedimento individual teve em 2015 uma queda de 1,43% em relação ao ano de 2015, alcançando um percentual de 2,87%.

### 4.2.2 Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/2001, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.

O município não dispõe de serviços especializados em saúde mental. Também não conta com Centros de Atenção Psicossocial. As internações de pessoas portadoras de transtornos mentais são referenciadas para o município de São José. Entretanto, com a implantação do NASF estruturou-se a atenção em saúde mental no nível de atenção básica, com grupos terapêuticos e atendimentos individuais com os profissionais multiprofissionais.

Em Antônio Carlos existe uma associação de pais com filhos portadores de necessidades especiais, que estão empenhados na construção da APAE. Portanto, até a presente data os portadores de necessidades especiais são

encaminhados para APAE do município de São José, considerando o interesse dos pais em realizar o acompanhamento dos seus filhos.

Quanto ao consumo de drogas/álcool, ainda não existe no município um trabalho efetivo, apenas orientações durante as consultas na atenção básica, identificada a necessidade, os pacientes são encaminhados para unidade de referência, Instituto de Psiquiatria – IPQ, no município de São José.

Em relação a acessibilidade, a Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano vem realizando fiscalizações aos estabelecimentos públicos e projetando adaptações nas vias e órgãos públicos da cidade.

### 4.2.3 Saúde da Criança

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança envolve ações que vão desde um pré-natal de qualidade para a mulher e o bebê, nascimento seguro e humanizado com a adoção de boas práticas, atenção à saúde do recém-nascido, aleitamento materno, estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e prevenção de violências. Nos últimos dois anos, o lançamento de programas prioritários como a Rede Cegonha e o Brasil Carinhoso refletiu a importância com que o governo federal trata as questões voltadas para o público infantil, tendo os Estados e Municípios, bem como, a sociedade civil organizada, como parceiros na construção de um SUS que investe na infância.

Os índices de mortalidade infantil, em especial no primeiro mês de vida, reflete a qualidade da assistência ao pré-natal e parto. Conforme comentado anteriormente, na análise do perfil de mortalidade o município de Antônio Carlos tem mantido valores baixos de óbitos infantis (01 em 2009 e 01 em 2010). Para que se mantenham estes valores se faz necessário o desenvolvimento e a continuidade de ações voltadas para a saúde da criança.

Uma dessas ações é a oferta adequada de pré-natal. Segundo dados do SINASC, em média 79,67% das mães antônio-carlenses tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal no ano de 2015. Além do pré-natal de qualidade, o incentivo ao aleitamento materno, o manejo adequado das doenças respiratórias e diarreicas e as ações de imunização, são consideradas importantes ações para melhoria da qualidade de vida de nossas crianças.

O aleitamento materno é incentivado pelas equipes de saúde e pelo profissional pediatra que atende no município, além do grupo de gestantes que trabalha efetivamente a importância do aleitamento materno. Mensalmente é acompanhado o crescimento e desenvolvimento de aproximadamente 260 crianças menores de dois anos de idade, pelas agentes comunitárias de saúde. Uma vez identificado algum risco à saúde das crianças, as mesmas são imediatamente encaminhadas à equipe multiprofissional para consulta. É importante ressaltar o trabalho das agentes de saúde, que tenham sido parceiras na identificação precoce de crianças com problemas de saúde (diarreia, infecção respiratória, baixo peso, caderneta de vacinação), com contato direto repassando as informações aos profissionais da Unidade Básica em especial aos da ESF.

Os casos de violência infantil são solucionados através de um trabalho intersetorial com o Conselho Tutelar, Assistência Social e Equipes de Saúde, todos somando esforços na resolubilidade do problema, buscando o melhor para a criança, evidenciando seus direitos.

#### 4.2.4 Saúde do Adolescente e do Jovem

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA trouxe o enfoque de proteção integral as crianças e os adolescentes que, sem distinção de raça, cor ou classe social, são reconhecidos como sujeitos de direitos. O artigo 11 do ECA, assegura o atendimento integral à criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, a abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos. Reconhecendo a vulnerabilidade do grupo jovem, de 15 a 24 anos de idade, às repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas da Reforma do Estado. O Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos.

Para nortear ações, integradas às outras políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS, frente aos desafios que a presente situação de saúde das pessoas jovens evidencia, o Ministério da Saúde propõe Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sensibilizando gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais, que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, interferindo no desenvolvimento saudável desse grupo populacional.

O município não dispõe de serviço especializado em saúde do adolescente. Entretanto, sente há necessidade de estruturá-lo no nível de atenção básica.

#### 4.2.5 Saúde da Mulher

Em 1984 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou-se o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”. Em parceria com diversos setores da sociedade, reflete

o seu compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres, e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Incorpora a esta política a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente excluídos das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

Tão logo, esta política inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

O município de Antônio Carlos, em 2016 realizou 340 exames cito patológicos, com média de 28 preventivos/mês. Essas coletas são realizadas pelas enfermeiras da Estratégia Saúde da Família em consultas pré-agendadas. Implantou-se, também, o Sistema SISCOLO para identificar e tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero a nível ambulatorial. Houve também a ampliação da oferta de mamografia visando alcançar uma melhor cobertura da população alvo (50 a 69 anos).

A investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) é uma ação importante que permite identificar os óbitos maternos que porventura não tenham sido declarados nas notificações de óbito. O valor alcançado em 2013 e 2015 foi de 100%, no entanto em 2014 e 2016 não houve casos, conforme mostra a Tabela 5. É possível a ocorrência de óbitos não notificados, devido à ausência de busca ativa e do acompanhamento pré-natal em serviços de saúde

privados o que dificulta o acesso do serviço epidemiológico as informações necessárias. Tal problema está sendo resolvido com o acompanhamento da Gerência de Saúde que tem resgatado tais declarações e encaminhado ao município para investigação.

TABELA 5: % DE ÓBITOS MULHERES IDADE FÉRTIL POR ÓBITO INVESTIGADO (2013-2016)

Ano do Óbito	Informado %	Investigado	Não Investigado %	% Total
2013	100,00	100,00	0,00	0,00
2014	0,00	0,00	0,00	0,00
2015	100,00	100,00	0,00	100,00
2016	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Tabnet - DATASUS

A gravidez na adolescência constitui-se em um importante problema de saúde pública. Além de trazer riscos a um organismo que ainda não está preparado para esta condição, obriga à adolescente a abrir mão de alguns compromissos, inclusive, abandono dos estudos.

O quadro 17 revela o comportamento deste indicador no município, a necessidade de se realizar trabalhos com a juventude, visando reduzir ainda mais este indicador.

QUADRO 16 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO IDADE DA MÃE (ANOS), 2013-2016

Ano do nascimento	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	Total
2013	7	22	29	26	12	1	97
2014	14	19	33	30	18	2	116
2015	10	20	44	30	16	3	123
2016	10	25	48	27	16	2	128
Total	41	86	154	113	62	8	464

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A análise do quadro 17 mostra que em 2013, 7,21% das gestantes do município, tinham idade inferior a 19 anos, dado este que representa a média dos últimos 4 anos, com exceção do ano de 2014 em que o valor chegou a 12,06% das gestantes.

Outro importante indicador na saúde da mulher é o uso de medicamentos psicotrópicos, sendo elas as principais usuárias. Através deste indicador sente-se a necessidade de maior mobilização para identificar as causas e desenvolver ações que visem prevenir a incidência de doenças psicossociais, o uso racional destes medicamentos através da promoção em saúde. Usando da interdisciplinaridade, a Assistência Social do município de Antônio Carlos vem promovendo cursos profissionalizantes (patchwork, corte costura, culinária) voltados para este tipo de público, além de abranger as famílias carentes.

#### 4.2.6 Saúde do Adulto

A Assistência Integral à Saúde do Adulto, como engloba o maior número de usuários, deve estar focado na atenção ao Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica, dentro de um conceito de integralidade, mudando o foco de atenção na doença para atenção global de saúde, permitindo identificar os principais problemas que o afetam; prestar apoio e referência às Equipes da Saúde da Família na assistência ao adulto, garantindo o fluxo de referência e contra referência, destacando a importância da responsabilidade na prestação da assistência de forma integrada; rastreamento populacional de suspeitos de possíveis diabéticos e/ou hipertensos; realizar capacitação de recursos humanos (Educação continuada e permanente); prestar assistência farmacêutica.

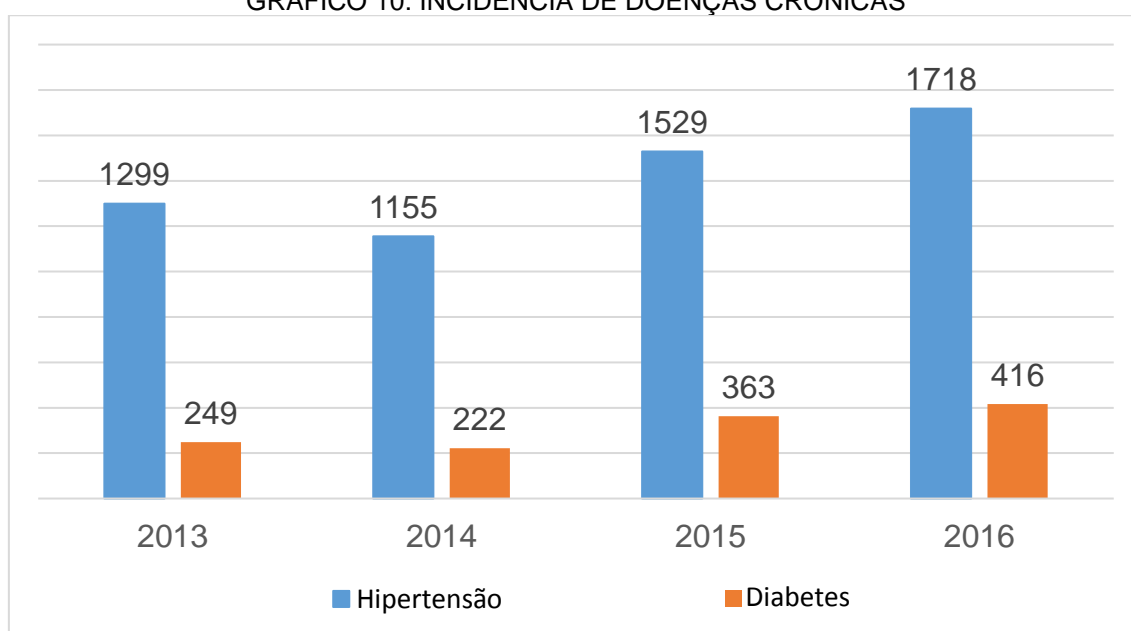
Conforme apresentado no item 3.3, em 2016, a principal causa de mortalidade e internação da população adulta do Município de Antônio Carlos é causada por doenças do aparelho cardiocirculatório. E a ela estão relacionados como principais fatores de risco a hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus. Tanto a hipertensão como o diabetes são doenças crônicas, não têm cura, mas podem ser controladas com medicamentos e bons hábitos de vida: exercícios físicos, alimentação saudável, sem cigarros, bebida alcoólica e outras drogas.

Em 2011 o município foi escolhido para participar do projeto QUALIDIA, um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Médica do Rio Grande do Sul, com o intuito de revisar e expandir a “Estratégia de Educação em Saúde para o Autocuidado em Diabetes”. Muitas foram as conquistas com o projeto, entre elas, a implantação do protocolo do Diabetes e a estratificação de risco de desenvolver o diabetes na população acima de 18 anos (exceto gestantes).

As Equipes da Estratégia Saúde da Família, através das reuniões de grupo nas comunidades, fazem a prevenção e o controle da hipertensão arterial com palestras abordando temas pertinentes e aferição de PA. Porém, é comum identificar a não adesão ao tratamento medicamentoso das pessoas portadoras de problemas crônicos, justificado pela resistência à mudança de hábitos e a prática de só tomar medicamentos se evidenciado sintomas.

O Gráfico 10 demonstra que a incidência de hipertensão nos últimos 4 anos teve um crescimento de 32,25%, um aumento de 13,75% em relação ao período 2008-2012. Porém com o comparativo do aumento da população, o índice se manteve com uma média de 15% da população hipertensa.

GRÁFICO 10: INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS



Fonte: SIAB (2013-2014) e-SUS (2015-2016)



O gráfico mostra, também, que a incidência de Diabetes no mesmo período, manteve em média 3,29% da população.

### 4.2.7 Saúde do Homem

Estudos comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, especialmente as enfermidades graves e crônicas. Essa ocorrência está ligada ao fato de que eles recorrem em menor frequência do que as mulheres aos serviços de atenção primária, e procuram o sistema de saúde quando os quadros já se agravaram. É para ampliar o acesso deles aos serviços de saúde, que o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde do Homem, em 2009. Alinhada à Política Nacional de Atenção Básica e integrante do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”. Criado em 2007, a iniciativa pela saúde masculina prevê aumento de até 570% no valor repassado às unidades de saúde por procedimentos urológicos e de planejamento familiar, como a vasectomia, e a ampliação em até 20% no número de ultrassonografias de próstata. A estratégia fundamental adotada alicerça suas ações e metas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do homem, sobretudo nos serviços oferecidos na Rede SUS, a Política Nacional de Atenção Básica e do seu Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

A Política está em fase de implementação por meio de repasse de recurso financeiro fundo a fundo, em 26 Estados, Distrito Federal e em diversos municípios brasileiros que deverão desenvolver estratégias e ações voltadas para a atenção à saúde do homem, inserindo-se em seus respectivos Planos de Saúde, respeitando as especificidades e as diversidades de cada localidade.

O município de Antônio Carlos não dispõe de serviços especializados em saúde do homem. Entretanto, sente a necessidade de estruturar a Atenção à Saúde do Homem no nível de atenção básica.

### 4.2.8 Saúde do Idoso

Em 1999 a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa esteja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção

ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da PNSPI.

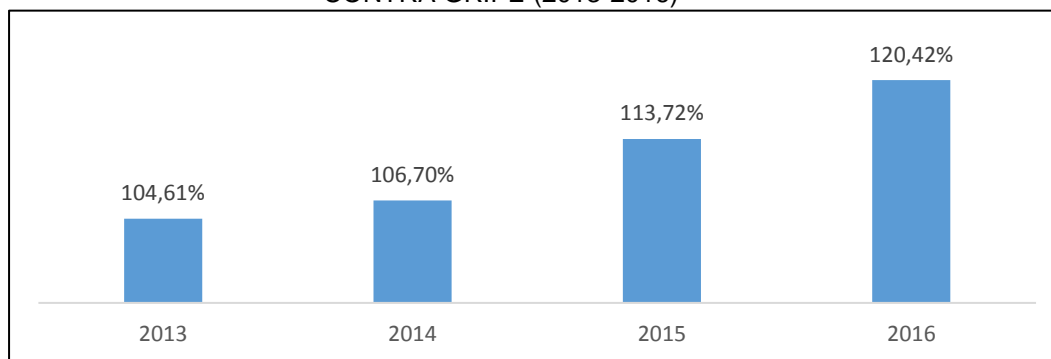
Segundo dados do IBGE (2010), a proporção da população idosa no município é 12,55%, com um índice de envelhecimento de 59,39%. Estes números passam a exigir, além da assistência às doenças prevalentes desta idade, outras ações em especial as de promoção à saúde que proporcionem um envelhecimento saudável.

As fraturas, em especial as de fêmur, têm contribuído para aumento da mortalidade em idosos. Os números mostram que a taxa de internação de idosos antônio- carlenses por fratura de fêmur vem diminuindo tendo seu valor mais baixo no ano de 2016, representando 0,48% (SIH), com apenas uma internação. Na prevenção desse agravo, Estratégia Saúde da Família orientam os idosos e seus familiares com cuidados e adequações no domicílio, como corrimãos em escadas, apoios no banheiro, eliminação de tapetes, etc.

Outro importante indicador da saúde do idoso são as doenças do aparelho respiratório com total de 18 internações de 2013 a 2016. As campanhas nacionais de vacinação contra a influenza ocorrem desde 1999, e tem contribuído para reduzir as internações por gripe e suas complicações.

O gráfico 9 mostra as coberturas de vacinação contra gripe nos últimos quatro anos. Através do gráfico percebe-se que a cobertura vem aumentando a cada ano chegando a 120,42% de cobertura em 2016.

GRÁFICO 11: COBERTURA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA GRIPE (2013-2016)



Fonte: SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

### 4.2.9 Saúde do Trabalhador

A Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Esta Política contempla todos os trabalhadores, priorizando, no entanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, inseridos em relações informais, em situações precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, em formas nocivas de discriminação, no trabalho infantil, buscando superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. As pessoas ou grupos vulneráveis devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais.

O município de Antônio Carlos, desde o ano de 2010 vem se preocupando e exercendo ações referentes à saúde do trabalhador através de seu setor de Vigilância Sanitária. Capacitados em 2010, os técnicos de Vigilância Sanitária, exercem fiscalização em Saúde do trabalhador, com o apoio da Diretoria de Vigilância Sanitária Estadual, através da Gerência de Saúde do Trabalhador (GESAT), e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), mantendo um cadastro atualizado de todas as empresas, priorizando as fiscalizações das que oferecem maior risco ocupacional aos seus trabalhadores.

No ano de 2012, o setor de Vigilância Sanitária capacitou a ESF, com base na Norma Regulamentadora 15 (NR-15), da Portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), para protocolo e atendimento de trabalhadores expostos a substâncias químicas em sua própria concentração, ou nas formas

de poeiras, vapores e névoas. O objetivo maior foi sensibilizar os profissionais da saúde para o risco ocupacional e as doenças que a exposição e a manipulação destes produtos podem vir a ocasionar no trabalhador. A implantação de protocolo visa maior suporte ao reconhecimento de agravos, bem como o acompanhamento, através de dados clínicos, da evolução da saúde destes usuários/trabalhadores, mesmo depois de findado o contato. A capacitação também abrangeu os riscos físicos, ergonômicos, biológicos e de acidentes, aos quais os trabalhadores podem estar expostos, bem como, as formas de estabelecer onexo-causal da doença com o trabalho, e tipos de exames exigidos em norma.

Quanto às notificações de caráter compulsório de doenças e agravos relacionados ao trabalho, a Vigilância Epidemiológica do município vem notificando através do SINAN, apenas os casos de acidentes com exposição a material biológico na unidade, até porque não recebem informações de ocorrência por parte do laboratório e consultórios do município. Dessa forma, observa-se a existência de subnotificação de doenças ocupacionais e do trabalho. Justificando esta situação, salientamos que a ausência de acompanhamento da vida ocupacional do usuário e de protocolo formal para agravos e doenças relacionadas ao trabalho, bem como de profissionais capacitados, é o maior dificultador da notificação adequada.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como objetivos:

- Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, identificando as atividades produtivas, as situações de risco à saúde do trabalhador e os agravos, intervindo nos processos e ambientes de trabalho, com ações de VISAT, em empresas públicas e privadas, produzindo protocolos e normas técnicas e regulamentares;
- Promover a saúde, através de ambientes e processos de trabalhos saudáveis, estabelecendo e adotando parâmetros protetores, e desenvolvendo estratégias e ações de comunicação de risco, de educação ambiental e de saúde do trabalhador;

- Garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, inserindo ações em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias, e dispositivos de organização e fluxos da rede;
- Ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;
- Incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;
- Considerar a identificação da situação do trabalho dos usuários nas ações e serviços de saúde do SUS, de forma a assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador.

Dentro do organograma de gestão do SUS, cabe aos municípios:

- Executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;
- Coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- Conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT);
- Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS);
  - Desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS;
- Constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

- Participar, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;
- Articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- Regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;
- Implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador em sistemas informatizados estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da PNSTT;
- Instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental;
- Elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;
- Capacitar os profissionais e as equipes de saúde do SUS, em parceria com a SES e com os CERESTs, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, diagnosticando os agravos, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
- Promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

### 4.2.10 Hanseníase/Tuberculose/Hepatites

As equipes da Estratégia Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica no município devem mobilizar a comunidade para identificar os tossidores crônicos nas famílias, clubes, igrejas, e comunidades, com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro nas Unidades Básicas de Saúde, tendo por objetivo manter sob controle a Tuberculose e Hanseníase através de investigação, diagnóstico e tratamento de casos suspeitos.

As equipes da Estratégia Saúde da Família, também são os responsáveis por fazer o tratamento supervisionado dos pacientes com diagnóstico positivo na unidade de saúde ou no domicílio quando indicado, mantendo o controle de tratamento dos casos de tuberculose com informações atualizadas acerca do seu acompanhamento, baciloscopias e critério de alta.

As Unidades Básica da Saúde Municipal deve manter a sua autonomia na descoberta e no tratamento de casos de tuberculose, mas como contrapartida deverá ter o apoio de uma unidade de referência de média complexidade, neste caso o LACEN – Laboratório Central.

### 4.2.11 DST/AIDS

A organização dos serviços de Atenção Básica é estratégica para ampliar o acesso da população às ações de prevenção e assistência às DST/AIDS. Um importante passo para o início deste trabalho é a articulação do Programa DST/AIDS com a Atenção Básica Saúde da Mulher, Da Criança; Vigilância Epidemiológica, responsável pela assistência laboratorial, medicamentos e outros atores a critério da Coordenação da Atenção Básica desde a construção da proposta até a estratégia a sua execução.

Com a proposta de reduzir cada vez mais a incidência de casos positivos no município, são disponibilizados com apoio do Ministério da Saúde, preservativos,



tanto masculino quanto feminino na Unidade Básica de forma acessível ao usuário.

Não existe um trabalho efetivo referente às DSTs no município. São realizadas testes rápidos, orientações em consultas individuais e distribuição de preservativos na Unidade Básica de Saúde de Antônio Carlos.

### 4.2.12 Rede de Urgência e Emergência

Como regimento legal das redes de urgência e emergência, tem-se a Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, e a Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências do SUS.

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Deve ser implementada gradativamente, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional. Constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de Atenção às Urgências o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, que devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. É composta pelos seguintes componentes:

**Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:** objetiva estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente, voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

**Atenção Básica em Saúde:** objetiva a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências:** objetiva chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

**Sala de Estabilização:** objetiva funcionar como local de assistência temporária para estabilização de pacientes críticos/ Graves, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde pela Central de Regulação das Urgências.

**Força Nacional de Saúde do SUS:** objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

**Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas:** objetiva prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

**Atenção Hospitalar:** objetiva organizar a atenção às urgências nos hospitais, atendendo à demanda espontânea e/ou referenciada, e funcionar como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade. É constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda clínicas e de longa permanência, pelos leitos de cuidados intensivos e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias: Cardiologia - Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, Neurologia e Neurocirurgia - Acidente Vascular Cerebral - AVC e Traumatologia.

**Atenção Domiciliar:** objetiva a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Antônio Carlos ainda não se enquadra à Rede de Urgência e Emergência devido aos critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

### 4.2.13 Rede Cegonha

Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.

É uma Rede de cuidados que assegura às MULHERES o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as CRIANÇAS o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores

de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a:

- Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal.
- Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto.
- Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”.
- Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção.
- Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante.
- Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
- Acesso ao planejamento reprodutivo.

Em Santa Catarina, o trabalho de implantação da Rede Cegonha teve início 2011, contando com representantes da Secretaria de Estado da Saúde, das Gerências Regionais de Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina e do Conselho Estadual de Saúde.

A partir de agosto de 2013, Santa Catarina passou a contar com 16 Planos de Ação da Rede Cegonha aprovados pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo a primeira Rede de Atenção à Saúde com cobertura estadual integral e a primeira Rede Cegonha com cobertura estadual no Brasil, com investimento anual em recursos para custeio que ultrapassam R\$ 26 milhões.

Os 295 municípios catarinenses aderiram a Rede Cegonha com o compromisso de garantir acesso e qualidade na atenção à saúde materno- infantil. Os compromissos no âmbito da Atenção Básica envolvem o planejamento sexual e reprodutivo, a atenção ao pré-natal, ao puerpério e ao recém nascido.

O município de Antônio Carlos teve adesão Regional, onde o conjunto de municípios da região de saúde apresentam o plano operativo para aderir ao Rede Cegonha. Esta adesão foi aprovada pela CIB através da deliberação 169/CIB/12, no dia 24 de maio de 2012.

O Plano Operativo da Rede Cegonha, para a Região Metropolitana de Florianópolis/Região de Saúde do PDR Grande Florianópolis, foi deliberado em reunião da Comissão Intergestores Regional da Grande Florianópolis – CIR Grande Florianópolis, em 16.05.2012.

#### 4.2.14 SAMU

A Rede de Urgência e Emergência é pensada de forma integrada e coloca à disposição da população serviços mais próximos de sua residência. Com as Centrais de Regulação do SAMU 192, o Ministério da Saúde trabalha na organização da estrutura disponível. Quando uma ambulância do programa é enviada para o atendimento, os profissionais de saúde já sabem para onde levarão o paciente. É o fim da peregrinação à procura de um leito, com a ambulância buscando onde deixar o paciente. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, que atendem as ocorrências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, iniciando pela chamada gratuita ao número 192.

Antônio Carlos não possui Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, sendo este, realizado pela Base de Suporte, com sede em Biguaçu, através de convênio entre as Secretarias de Saúde dos dois municípios. Devido à

quantidade de urgências verificadas no município nos últimos anos e o tempo de espera entre a chegada da unidade de SAMU ao local da ocorrência dentro do seu território, sente-se a necessidade de possuir um serviço próprio ou unidade/equipe especializada e disponível para este fim, visando melhor amparo ao munícipe nessas situações. Salientamos que as equipes da ESF e Emergência não possuem capacitação para estes atendimentos, e tampouco poderão abandonar seu local de trabalho para prestar suporte ao paciente que se encontra em situação de emergência.

### **4.3 Serviços de Referência - Média e Alta Complexidade**

A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A Atenção Primária é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade.

Já a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio a diagnóstico e tratamento.

Alta complexidade é o conjunto de procedimentos que no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

O Município de Antônio Carlos não dispõe em seu território da maioria dos serviços de média complexidade, clínicas em diagnósticos e tratamentos mais complexos, ficando, dependente de pactuações com municípios que compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis que disponibilizam esses serviços. Diante da falta de acesso a esses serviços os pacientes são encaminhados para os Hospitais Referências através do Sistema de Regulação ou a outras clínicas de diagnóstico e tratamento através de convênio. Na falta da oferta destes serviços, inclusive pela Secretaria de Estado da Saúde, a gestão municipal realiza processo licitatório ou contratualização de serviços através de chamamento público para suprir e conseqüentemente ofertar ao usuário essas demandas existentes a nível de especialidades.

### 4.3.1 Ambulatório

O município de Antônio Carlos não conta com ambulatório de média complexidade na rede pública. Para ser atendido nos Ambulatórios de Especialidades o munícipe deve primeiramente procurar a Unidade Básica de Saúde, para que seu médico da Estratégia Saúde da Família avalie seu caso. Caso haja necessidade, o médico fará encaminhamento para tratamento com especialista. Com este encaminhamento o paciente deve se dirigir à Secretaria Municipal de Saúde, para que o setor responsável, através do SISREG, agende a(o) consulta/exame nos ambulatórios pactuados na PPI - Programação Pactuada Integrada.

A Secretaria Municipal de Saúde também realiza convênios com clínicas para os casos mais urgentes, desafogando assim a fila de espera.

### 4.3.2 Rede Hospitalar

A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabelece as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS, com a finalidade de promover o aprimoramento dos processos

assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, mediante um planejamento cooperativo e solidário entre as esferas governamentais, com vistas à qualificação e resolutividade da atenção.

A política Hospitalar deve garantir atenção às condições agudas, crônicas e crônicas agudizadas, organizada a partir das necessidades dos usuários; a continuidade do cuidado em outros pontos de atenção da RAS; possuir equipe multiprofissional e equipes de referência; organização horizontal do trabalho; acesso regulado; organização do Sistema de Saúde por Linhas de Cuidado.

O acesso à atenção hospitalar será realizado pelas centrais de regulação, que atuarão de forma integrada, garantindo transparência e equidade no acesso, independente da esfera administrativa, da natureza jurídica ou da esfera de gestão do hospital. Os objetivos do acesso regulado são: organização, controle, gerenciamento, estabelecimento dos fluxos e priorização do acesso de acordo com riscos e vulnerabilidades, além da garantia da continuidade do cuidado efetivada pela disponibilização de alternativas assistenciais mais adequadas ao usuário por meio de atendimento às urgências e emergências, consultas, exames, internações e outras que se fizerem necessárias.

A União, Estados, Distrito Federal e Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP. Os gestores de saúde deverão formalizar a relação com o conjunto dos hospitais que prestam serviços ao SUS por meio de instrumento legal de contratualização (Programação Pactuada Integrada - PPI hospitalar), independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e gestão.

Em 2016 a PPI Hospitalar estava sem passar por atualização a mais de 05 anos, já que seus valores estavam baseados na Deliberação CIB/SC nº 425/2010. Desta forma, após amplo debate em Câmaras Técnicas, prévias do COSEMS/CIB e plenárias da CIB foram aprovados os critérios técnicos de



## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

reavaliação da PPI Hospitalar e conseqüentemente os impactos financeiros de tal medidas.

Junto com a aprovação da “nova PPI Hospitalar” foi pactuado que as revisões seriam periódicas. Sendo assim, em março de 2017 a PPI Hospitalar passou por nova atualização, resultando na Deliberação CIB nº044/2017 e na referida plenária foi consenso entre os membros da CIB que nova atualização deveria ser realizada em breve, pactuando-se a previsão de nova avaliação para setembro de 2017.

Antônio Carlos não tem Hospital instalado em seu território. Para que população tenha atendimento hospitalar garantido conta-se com hospitais de referência com gestão estadual conforme apresentado no quadro 18, o qual demonstra a relação dos Hospitais da Macrorregião Grande Florianópolis com seus respectivos leitos de acordo com as especialidades, através da Programação Pactuada Integrada Hospitalar, ou seja, o número de leitos disponível por Unidade Hospitalar aos municípios da macrorregião da Grande Florianópolis.

QUADRO 17: RELAÇÃO DOS HOSPITAIS DA MACRO REGIÃO GRANDE FLORIANÓPOLIS

MACRORREGIÃO <b>GRANDE FLORIANÓPOLIS</b>		ESPEC - CIRURGICO											OBSTÉTRICO	PEDIÁTRICO	Total Geral				
		01-BUCO MAXILO FACIAL	02-CARDIOLOGIA	03-CIRURGIA GERAL	04-ENDOCRINOLOGIA	05-GASTROENTEROLOGIA	06-GINECOLOGIA	08-NEFROLOGIAUROLOGIA	09-NEUROCIRURGIA	11-OFTALMOLOGIA	12-ONCOLOGIA	13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	14-OTORRINOLARINGOLOGIA	15-PLASTICA		16-TORAXICA	67-TRANSPLANTE	10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	68 - PEDIATRIA CIRURGICA
2778785	CENTRO DE CONVIVENCIA SANTANA - São José																		0
0019445	CEPON - Florianópolis										8					11			19
2596784	FUNDACAO HOSPITALAR MUNICIPAL DE CANELINHA - Canelinha			3													5		8
2418630	HOSPITAL DE ALFREDO WAGNER - Alfredo Wagner			1													2		3
2596792	HOSPITAL DE SAO BONIFACIO - São Bonifácio			2													2		4
2418304	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - Angelina			10													4		14
0019305	HOSPITAL FLORIANOPOLIS - Florianópolis			8								14							22
2691841	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - Florianópolis	2		30			13	18		6	24	2	1	3	7				106
2691868	HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMAO - Florianópolis	1	1		1	1		1	2	1	1	12	1	1	1			11	35
2418967	HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR JOSE LOCKS - São João Batista			9													6		15
2664879	HOSPITAL NEREU RAMOS - Florianópolis			1										2					3
2778831	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA IMACULADA CONCEICAO - Nova Trento			10		5					10						5		30
2555646	HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOMES - São José			61		14		5	6		60				1		35	2	184
2302950	HOSPITAL SANTA TERESA - São Pedro de Alcântara			1															1
2418177	HOSPITAL SAO FRANCISCO - Santo Amaro da Imperatriz			19														5	24
2626659	HOSPITAL SAO JOSE E MATERNIDADE CHIOQUINHA GALLOTTI - Tijucas			4		1			0		6						8	1	20
2691574	HOSPITAL SAO SEBASTIAO - Anitápolis			3													3		6
3157245	HOSPITAL UNIVERSITARIO - Florianópolis	1		29	4	8	6	6	1	1	5	1	1	4	1	2	6		76
2302969	ICSC - São José		64																64
0019402	IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE - Florianópolis	1	19	15	1	1	1	4			1	1	1		2	2			49
2706369	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA IQP - São José																		0
0019283	MATERNIDADE CARMELA DUTRA - Florianópolis					5					5						15		25
3374548	HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR - Florianópolis			1				5					6	5				1	18
6292224	INSTITUTO DE OLHOS - Florianópolis									2									2
<b>TOTAL POR CLÍNICA</b>		<b>5</b>	<b>84</b>	<b>207</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>128</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>91</b>	<b>20</b>	<b>728</b>
<b>TOTAL</b>																	<b>728</b>		

Fonte: Secretaria do Estado da Saúde

### 4.3.3 Assistência farmacêutica

Aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Conta com a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis.

Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços prestados em saúde.

A política visa, sobretudo, garantir a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS; descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados; utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica; construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e de qualidade; estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos; e a promoção do uso racional de

medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS nº. 3.916/2008, esclarece o caráter sistêmico da Assistência Farmacêutica, definindo-a como: Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em cada uma das etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos, e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002a, p.34).

A estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios da atual administração do município, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento. O objetivo principal é garantir o acesso da população a medicamentos de qualidade, no quantitativo necessário para assegurar a qualidade de vida dos antônio-carlenses, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde.

O Município conta com uma única unidade de Farmácia Básica, instalada nas dependências da Unidade de Saúde - ESF. São dispensados, pelos farmacêuticos, medicamentos para toda a população, independente da origem do receituário.

O Decreto Municipal nº 49/2013, aprovou a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), elaborada pelo Farmacêutico, juntamente com um comitê técnico da Secretaria de Saúde de Antônio Carlos, além de representantes do Conselho Municipal de Saúde, com base na RENAME, considerando os itens obrigatórios estipulados por lei, inclusive os disponíveis na Farmácia Popular, e a demanda comum de dispensação. Tal demanda já era considerada nas

licitações desde 2010, ampliando em aproximadamente 500% a quantidade de itens que obrigatoriamente deveriam constar na Farmácia Básica em relação aos anos anteriores a este. A REMUME considerou, no entanto, os mais dispensados no balcão e os mais solicitados.

Os medicamentos Excepcionais/Alto Custo, gerenciados pela Secretaria do Estado da Saúde, são aqueles medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. O recebimento desta demanda e a juntada de documentação necessária para realização do processo é feito pelo setor responsável na Secretaria Municipal de Saúde de Antônio Carlos, que encaminha para a Regional de Saúde da Grande Florianópolis. Aprovado o processo a Regional encaminha a medicação ao município, ficando a dispensação destes a encargo do Farmacêutico. Em termos operacionais, os recursos para a aquisição de Medicamentos Excepcionais são transferidos pelo Ministério da Saúde aos Estados todos os meses e de forma antecipada. Os Estados planejam a aquisição a partir das necessidades da população, adquirem os medicamentos e controlam a distribuição e os estoques. Os medicamentos excepcionais/alto custo não constam então como despesa do município, visto que são de responsabilidade do Estado.

Os medicamentos que não constam na Farmácia Básica e na lista das excepcionalidades, passam então por processo judicial, ficando a encargo de a promotoria deliberar que o município execute a compra.

#### 4.3.4 Laboratório Municipal

O município não dispõe de Laboratório Municipal na rede pública. Entretanto, os usuários do Sistema Único de Saúde são atendidos nos laboratórios de análises clínicas da rede privada existente no território municipal, conforme contrato de concessão. Neste local são realizados exames laboratórios de média complexidade, tendo por finalidade suprir demanda existente no município, haja vista que o recurso repassado pelo Estado é irrisório. Consequentemente cabe

ao município custear a contrapartida de mais de 80% das despesas mensais com esses exames laboratoriais.

### 5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde é modelo de assistência descentralizado que busca a integralidade, com a participação da sociedade, e que pretende dar conta da prevenção, promoção e atenção à saúde da população, privilegiando cuidados ambulatoriais onde se deve fazer presente o vínculo e a acolhida ao paciente.

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Este conceito deve estar cotidianamente inserido em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias tendo por diretrizes:

- compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das equipes da Saúde da Família;

- planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;
- monitoramento e avaliação integrada;
- reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como, linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros;
- educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

O município de Antônio Carlos conta com Vigilância em Saúde efetivamente estruturada conforme o seu conceito. Foi contratada uma enfermeira com carga horária de 20 horas semanais, que é responsável por toda a parte epidemiológica do município. A Vigilância Sanitária Municipal é o órgão responsável por realizar ações de fiscalização em saúde, meio ambiente e saúde do trabalhador. Percebe-se, no entanto, devido à demanda dos últimos anos, a necessidade de ampliação do Serviço de Vigilância em Saúde e de sua estruturação para que haja a integralidade na Atenção Básica e o alcance dos resultados almejados para a prevenção e promoção da Saúde.

### **5.1 Sistemas de Informação em Saúde**

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde – SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e inclusive recomendações para a ação.

Além dos grandes bancos de dados gerados por atividades de outros setores (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, etc.) e estudos amostrais realizados por universidades e outras instituições, o SIS é composto por diferentes

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

subsistemas, com dados referentes às atividades setoriais em saúde, gerando grandes bancos de dados nacionais, dos quais se destacam (quadro 19):

QUADRO 18: SISTEMAS QUE COMPÕEM O SIS

SISTEMAS	EVENTO	INSTRUMENTO DE COLETA	FLUXO	USOS (ALGUNS)
SIM	ÒBITO	Declaração De óbito	Cartório SMS Regional SES	Estudos de mortalidade, vigilância de óbitos, materno, etc.
SINASC	Nascidos Vivos	Declaração de Nascido Vivo	Unidade SMS Regional SES	Monitoramento da Saúde da Criança, Vigilância a criança de risco.
SINAN	Agravos sob Notificação	Ficha Notificação e investigação	Unidade SMS Regional SES	Acompanhamento dos Agravos sobre notificação, surtos, epidemias, etc.
SIH	Informação Hospitalar	AIH	Regional SES	Morbidade Hospitalar, gestão hospitalar, Custeio da Atenção Hospitalar.
SAI	Produção ambulatorial (Agregado)	BPA	Unidade SMS Regional SES	Acompanhamento da produção ambulatorial, Gestão ambulatorial, Custeio da atenção ambulatorial
SI-AIU / EDI	Imunização (Estoque, distribuição e apuração das vacinas utilizadas)	Doses aplicadas X Doses distribuídas.	Unidade SMS MS Regional SES	Controle de estoque de imunes necessários, desde a aquisição à distribuição;



## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

SISVAN	Vigilância Alimentar Nutricional	Fichas de cadastro e acompanhamento nutricional	Unidade SMS MS	Acompanhamento nutricional da população
SISCOLO	Câncer de Colo do útero	Relatório de busca ativa	Unidade Regional Estado Regional Unidade	Coleta e processa informações sobre identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos e histopatológicos
SISMAMA	Câncer de Mama	Relatório de Busca ativa	Unidade Regional ,Estado Regional, Unidade	Monitoramento das ações de detecção precoce do Câncer de mama
SISPRENATAL	Assistência ao Pré natal	Ficha de cadastro e acompanhamento da gestante	Unidade SMS, Regional Estado MS	Permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	Fichas de cadastro de estabelecimentos e de profissionais	Unidade MS SES	O CNES, visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, estadual e Municipal.
e-SUS	Reestrutura as informações da Atenção Básica em nível nacional,	Ficha de cadastro e acompanhamento	Unidade, MS	Cadastro e acompanhamento da população, Sistema de Prontuário Eletrônico

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

SISREG	Sistema de Centrais de Regulação	Requisição médica	Unidade SES	Sistema que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional.
CARTAO NACIONAL DO SUS	Cartão Nacional de Saúde	Ficha de cadastro do domicilio e dados pessoais	SMS MS	Possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados.

Fonte: DATASUS

### 5.2 Produção dos Serviços de Saúde

Para que os recursos advindos do Governo Estadual e Federal sejam liberados faz-se necessário que a Atenção Básica alimente os sistemas de informações com os dados de produção. Competindo a Secretaria Municipal de Saúde do município a utilização destas informações para planejamento de investimentos em saúde.

De acordo com a orientação do SUS, o serviço de saúde prestado no município tem como porta de entrada o Programa Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e o atendimento de urgência e emergência com capacidade instalada na Unidade de Saúde utilizam-se de forma hierarquizada os serviços existentes no município.

A produção ambulatorial da Unidade Básica de Saúde (quadro 21), vem crescendo a cada ano. Este crescimento deve-se a qualidade dos serviços prestados pelas equipes médicas, enfermeiros e técnicos muito bem preparados e comprometidos com seus objetivos profissionais.

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

QUADRO 19: CONSOLIDADO DE CONSULTAS PROGRAMAS SAÚDE DA FAMÍLIA, POR ATIVIDADE NO MUNICÍPIO PERÍODO 2013 A 2016.

Procedimentos		2013	2014	2015	2016
Consultas Médicas		20.035	22.500	20.732	29.065
Consultas Pré-natal		448	550	695	833
Consultas Ginecológicas		1442	418	1.253	1.203
Consultas de Enfermagem		720	821	1.603	2.311
Atendimento Odontológico		2990	3.410	4.016	3.764
Procedimentos coletivos		4.269	6.442	2.354	62
1ª Consulta odontológica		1812	1.371	1.686	1.608
Atendimento enfermagem nível médio	Retirada de pontos	416	528	321	461
	Nebulização	156	117	109	131
	Aferição de pressão arterial	13.822	10.655	14.908	18.478
	Aferição de HGT	655	731	1.260	1.122
	Aplicação de Injeção	4.402	5.627	2.177	3.387
	Fluidoterapia	1.524	1.479	2.335	448
	Teste do pezinho	81	85	44	2
	Imunização	3.777	4.920	1.749	-
Visita domiciliar médico - ESF		510	484	144	129
Visita domiciliar enfermeiro – ESF		291	324	121	127
Visita domiciliar – nível médio		786	1.001	591	392
Visita domiciliar - ACS		27.968	29.711	27.933	45.346
Exames preventivos		829	807	380	341
Pequenas Cirurgias		347	401	333	139
Curativos		2.335	2.130	1.059	2.803
Eletrocardiograma		26	1	301	429
Transporte de pacientes para os municípios de referência (estimativa)		18.144	18.144	18.144	18.144

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS

Em meados de junho de 2015, com a implantação do e-SUS, os formulários foram gradativamente ficando em desuso. Observa-se no quadro 20, que há uma grande discrepância na quantidade de alguns procedimentos, em 2015 e 2016. Isso ocorreu por vários motivos, podendo citar alguns como dificuldade dos profissionais em inserir corretamente as informações no sistema e erros no próprio sistema que vem sendo solucionados em cada versão de atualização.

Após as Consultas na Unidade Básica de Saúde, as requisições para exames especializados são encaminhados para a Central de Regulação que agenda os mesmos pelo SISREG.

Não podemos deixar de destacar a participação da administração municipal na compra de exames e consultas de média complexidade, com recursos financeiros próprios, tais como: ultrassonografia, ecocardiograma, fisioterapia, consultas médicas especializadas, entre outras.

O absenteísmo no atendimento público é um dos problemas mais críticos na gestão.

A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação. Esta ausência priva outros pacientes de atendimento, além de causar transtornos de natureza administrativa e financeira.

Os serviços de saúde são planejados para atender a determinado número de pacientes visando atenção ao cidadão, economia de escala e solvência dos problemas coletivos e individuais de saúde. O atendimento não realizado é uma oportunidade perdida de oferecer assistência a outro indivíduo que necessita de atenção a sua saúde e também prejuízo financeiro, mercadológico, comprometendo a imagem da instituição perante a sociedade.

Este ainda é um grande problema do município, porém, nos últimos anos, através das agentes comunitárias de saúde, fez um trabalho de busca ativa destes faltantes para analisar os motivos da ausência dos pacientes nas consultas, e orientando a população em avisar previamente podendo assim transferir o procedimento para outro paciente.

No quadro 22 observamos que no último ano, um pouco mais de 1,5% faltou nas consultas agendadas pela regulação.

QUADRO 20: CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS AGENDADOS ATRAVÉS DO SISREG E FALTANTES

Consultas agendadas em 2017	Faltantes
6.304	105

Fonte: SISREG

### 5.3 Vigilância Epidemiológica

Segundo a Lei 8.080: “conjunto de ações que proporciona 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 as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

A vigilância epidemiológica tem, como propósito, fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos. Para subsidiar esta atividade, deve tornar disponíveis informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes, em uma área geográfica ou população determinada. A vigilância epidemiológica constitui-se, ainda, em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e intercomplementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, de modo a possibilitar conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo que se apresente como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica, compreendendo o conjunto das funções mencionadas. Quanto mais eficientemente essas funções forem realizadas no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas. Além disso, a atuação competente no nível local estimulará maior visão do conjunto nos níveis estadual e nacional, abarcando o amplo espectro dos problemas prioritários a serem enfrentados, em diferentes situações operacionais.

São funções da vigilância epidemiológica:

- coleta de dados em todos os níveis de atuação do sistema de saúde;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de controle apropriadas;
- promoção das ações de controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

### PROGRAMA DA DENGUE

Sabe-se que o Programa da dengue é de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica, ficando esta com a responsabilidade do monitoramento do programa e o suporte ao Agente de Endemias. O controle da Dengue é realizado por um único agente, cedido pelo Ministério da Saúde (Funasa), que realiza quatro (04) ciclos/mês de visitas a quarenta e uma (41) armadilhas instaladas no município. Quinzenalmente, visita também, vinte e dois (22) pontos estratégicos.

A fiscalização dos estabelecimentos é de responsabilidade da Vigilância Sanitária atentando ao cumprimento da Lei Estadual nº 15.243/2010.

Já a orientação nas edificações residenciais para as famílias, fica a encargo das Agentes Comunitárias de Saúde, capacitadas pela Vigilância Sanitária e epidemiológica para os cuidados a serem tomados com relação a depósitos de água e asseio das propriedades. As ACS também participam do “Dia D”, realizando ações preconizadas anualmente.

Nos últimos quatro anos, tivemos no município dois focos do mosquito *Aedes Aegypti*. As amostragens deram, no entanto, negativo para Dengue em todas as ocasiões, tendo sido feito o acompanhamento vetorial, a aplicação de larvicida para eliminação das larvas e o monitoramento.

O trabalho do Agente de Endemias, em parceria com as ações de orientação das agentes de saúde, e a fiscalização e suporte da Vigilância Sanitária e epidemiológica, tem sido base para o sucesso do programa e o histórico negativo

da transmissibilidade da doença pelo vetor. No entanto, novamente enfatiza-se a necessidade de estruturação do setor de epidemiologia, para cumprimento legal do Programa.

### **5.4 Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental**

Vigilância Sanitária é 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. A VISA é muito mais do que um conjunto de ações, é prática de vida. Enfim, a VISA é responsável por promover e proteger a saúde e prevenir a doença por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização.

Visando promover e proteger a saúde além de prevenir doenças por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização, a Vigilância Sanitária busca eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. Intervindo nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Todas as ações desenvolvidas estão regulamentadas pelas legislações vigentes a nível Federal, Estadual e Municipal.

Elaborada pelos Técnicos de Vigilância Sanitária, a Lei Municipal nº 1.397, foi sancionada em 28 de Agosto de 2012, instituindo o Código Sanitário Municipal, estabelecendo as normas relativas à saúde e outras providências. Dentre elas, a modificação da Tabela das Taxas dos Atos de Vigilância Sanitária, cuja qual passou a vigorar no início do corrente ano. Apesar dos técnicos de vigilância sanitária já terem iniciado ao processo de regulamentação desta Lei. Portanto, as autuações no momento baseiam-se em Leis Estaduais, Federais, Resoluções, Normas e outros atos baixados pelo Ministério da Saúde e ANVISA.

As atribuições da Vigilância Sanitária estão descritas dentre as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), art. 200 da Constituição Federal – “Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do

trabalhador". A execução dessas ações de vigilância sanitária está incluída dentre os campos de atuação do SUS – Inciso I, alínea "a" do Art. 6º e integra o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária definida na Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Reguladora Federal). O risco sanitário ocorre em quase todos os setores, pois muitos não têm a mínima preocupação em manter a estrutura organizacional dos seus estabelecimentos em boas condições e os recursos humanos devidamente preparados para a execução dos serviços. A Vigilância Sanitária está sempre disposta a interferir de maneira séria e objetiva para que todos tenham uma vida mais saudável.

O Setor de Vigilância Sanitária conta com dois técnicos de Vigilância Sanitária, servidores efetivos, devidamente capacitados e credenciados pela Diretoria de Vigilância Sanitária, que realizam as seguintes Ações:

- coletas de amostras de água para consumo humano;
- orientação educativa – educação sanitária através de palestras;
- inspeções aos estabelecimentos e transportes para fins de licenciamentos;
- fiscalização de rotina e denúncias;
- aplicação das legislações vigentes (apreensão de produtos, análises);
- atendimento ao público;
- controle e cadastros dos estabelecimentos;
- fiscalização da saúde do trabalhador e da saúde ambiental;
- controle do programa da dengue.

Apenas no ano de 2011, a produção da Vigilância Sanitária passou a ser informada no SIASUS e no SIAB. Abaixo, pode-se visualizar-se, então, a produção do Setor referente 2013 a 2016.



## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

QUADRO 21: PRODUÇÃO ANUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AÇÃO	2013	2014	2015	2016	Total
ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO	2	-	9	3	14
CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	30	8	39	26	103
INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E/OU QUEIXAS TÉCNICAS	-	-	1	-	1
EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADAS.	7	2	6	9	24
INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	68	49	148	89	354
LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	74	41	98	89	302
INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	-	-	1	-	1
ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO	-	-	-	5	5
RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	23	27	84	101	235
ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	13	25	81	100	219
CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	35	22	27	22	106
INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	155	165	240	316	876
LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	197	160	242	316	915
FISCALIZAÇÃO DO USO DE PRODUTOS FUMÍGENOS DERIVADOS DO TABACO EM AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS, PÚBLICOS OU PRIVADOS.	172	148	335	403	1058
ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A TEMÁTICA DA DENGUE, REALIZADAS PARA A POPULAÇÃO	1	1	2	1	5
ATIVIDADES EDUCATIVAS, COM RELAÇÃO AO CONSUMO DE SÓDIO, AÇÚCAR E GORDURAS, REALIZADAS PARA O SETOR REGULADO E PARA POPULAÇÃO	-	9	-	-	9
INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	-	58	319	392	769

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

CONCLUSÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	-	75	340	405	820
<b>Total</b>	<b>777</b>	<b>790</b>	<b>1972</b>	<b>2277</b>	<b>5816</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Desde 2010, os técnicos utilizam o PHAROS, Sistema Integrado de Informações de Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina, para cadastro e autuações de estabelecimentos. Neste sistema, realizam o protocolo, cadastro de Pessoa Física ou Jurídica (258 estabelecimentos cadastrados), e de Responsabilidade Técnica, digitam os Relatórios de Inspeção, Autos de Intimação, Infração e de Imposição de Penalidades, bem como os Alvarás Sanitários. Também, realizam Baixas de Funcionamento emitindo a respectiva Certidão. Outro procedimento registrado no PHAROS é a programação e quantificação das ações no início de cada exercício, compreendendo o Plano Municipal de Ação, com execução trimestral. A produção de Vigilância Sanitária também é informada no SIA/SUS e no SIAB.

### VIGIÁGUA

Os procedimentos para controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano estão regulamentados na Portaria MS n.º 2914, de 12 de Dezembro de 2011. Esta Portaria estabelece aos municípios as seguintes competências:

I - exercer a vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com os responsáveis pelo controle da qualidade da água para consumo humano;

II - executar ações estabelecidas no VIGIAGUA, consideradas as peculiaridades regionais e locais, nos termos da legislação do SUS;

III - inspecionar o controle da qualidade da água produzida e distribuída e as práticas operacionais adotadas no sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, notificando seus respectivos responsáveis para sanar a(s) irregularidade(s) identificada(s);

IV - manter articulação com as entidades de regulação quando detectadas falhas relativas à qualidade dos serviços de abastecimento de água, a fim de que sejam adotadas as providências concernentes a sua área de competência;

V- garantir informações à população sobre a qualidade da água para consumo humano e os riscos à saúde associados, de acordo com mecanismos e os instrumentos disciplinados no Decreto nº 5.440, de 4 de maio de 2005;

VI - encaminhar ao responsável pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano informações sobre surtos e agravos à saúde relacionados à qualidade da água para consumo humano;

VII - estabelecer mecanismos de comunicação e informação com os responsáveis pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água sobre os resultados das ações de controle realizadas;

VIII - executar as diretrizes de vigilância da qualidade da água para consumo humano definidas no âmbito nacional e estadual;

IX - realizar, em parceria com os Estados, nas situações de surto de doença diarreica aguda ou outro agravo de transmissão fecal oral, os seguintes procedimentos:

a) análise microbiológica completa, de modo a apoiar a investigação epidemiológica e a identificação, sempre que possível, do gênero ou espécie de micro-organismos;

b) análise para pesquisa de vírus e protozoários, quando for o caso, ou encaminhamento das amostras para laboratórios de referência nacional quando as amostras clínicas forem confirmadas para esses agentes e os dados epidemiológicos apontarem a água como via de transmissão; e

c) envio das cepas de *Escherichia coli* aos laboratórios de referência nacional para identificação sorológica;

X - cadastrar e autorizar o fornecimento de água tratada, por meio de solução alternativa coletiva, mediante avaliação e aprovação dos documentos exigidos no art. 14 desta Portaria.

Parágrafo único: A autoridade municipal de saúde pública não autorizará o fornecimento de água para consumo humano, por meio de solução alternativa coletiva, quando houver rede de distribuição de água, exceto em situação de emergência e intermitência.”

Através do VIGIÁGUA os técnicos de Vigilância Sanitária monitoram a qualidade da água para consumo humano realizando coletas estabelecidas em plano de amostragem, de acordo com cronograma do Laboratório Central – LACEN, responsável por analisar as amostras. Em campo, os técnicos de Vigilância Sanitária realizam apenas análise do Cloro Livre. As informações constantes dos laudos resultantes das análises são repassadas ao estado através do sistema SISÁGUA, na aba vigilância. A aba controle fica a encargo do fornecedor do serviço público de tratamento de água, CASAN.

O foco do programa VIGIÁGUA é o monitoramento da Água fornecida pelo sistema público de tratamento de água. Alguns bairros, no entanto, ainda não são abastecidos por este sistema, e utilizam-se de Soluções Alternativas Individuais ou Coletivas de captação (nascente ou poço). Por este motivo, o Setor de Vigilância Sanitária reserva algumas coletas/mês para análise laboratorial de águas advindas deste sistema.

O Setor de Vigilância Sanitária, atualmente, realiza a coleta de 11 amostras para verificação de padrões de coliformes totais, cumprindo com o percentual de 100%, conforme diretriz nacional.

### VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS POPULAÇÕES EXPOSTAS À AGROTÓXICO

O objetivo do Projeto é elaborar, estruturar e implantar a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos, através de ações integradas que diminuam a exposição humana e ambiental a essas substâncias. Além disso, coíbe as práticas ilegais, o uso de produtos sem registro, o fracionamento de agrotóxicos

para uso indevido e o uso de agrotóxicos não autorizados para determinada cultura.

Os Municípios prioritários do projeto piloto, que teve início em setembro desse ano, são: Rancho Queimado, Antônio Carlos, Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina e Santo Amaro da Imperatriz. Para os próximos anos, o número de municípios participantes será ampliado. Como critério de escolha, o Estado utilizará a maior incidência média de intoxicações por agrotóxicos, o risco de contaminação dos recursos hídricos e a disponibilidade de recursos humanos municipais nos órgãos envolvidos.

O Programa conta com o envolvimento dos seguintes órgãos: Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador, Saúde Ambiental, Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Laboratório Central de Saúde Pública, Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT), Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina (CIDASC), Fundação do Meio Ambiente (FATMA), Sindicato de Trabalhadores Rurais, EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina, FETAESC - Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado de Santa Catarina e membros do Grupo Técnico de trabalho, responsável por elaborar, estruturar e implantar o Projeto Integrado de Vigilância em saúde de populações Expostas a agrotóxicos.

Antônio Carlos já deu início ao projeto através do Setor de Vigilância Sanitária municipal, que em parceria com a Gerência em Saúde Ambiental do Estado, realizou coletas de amostra de água para consumo humano, para verificação do fator agrotóxico. Foram disponibilizadas 18 coletas para o município, em pontos identificados pela Vigilância Sanitária do município, como de possível contaminação, dadas as características locais, nos bairros de Vila Doze, Rachadel, Rio Farias, Santa Bárbara, Santa Maria, Louro, Guiomar, Guiomar de Fora, Canudos e Centro.

Outras etapas do programa estão previstas para os próximos anos, sendo elas, o monitoramento da comercialização do agrotóxico, a encargo da CIDASC e

FATMA, a saúde do trabalhador, a encargo da Vigilância Sanitária, e o acompanhamento dos pacientes e da família exposta, bem como identificação de intoxicação aguda e crônica sobre responsabilidade da Estratégia da Saúde da Família e da Epidemiologia.

### PROJETO PEDAGÓGICO "FISCAIS MIRINS NAS ESCOLAS"

A Vigilância Sanitária de Antônio Carlos, numa ação conjunta com as secretarias de Educação e Cultura, Planejamento e Saúde e Assistência Social, Agricultura e Meio Ambiente lançará neste ano de 2017 o projeto "Fiscais Mirins nas Escolas". O objetivo desta iniciativa é desenvolver nas crianças o conhecimento teórico e prático, instruir para a fiscalização cidadã e apresentar os seus direitos e deveres como cidadãos. Em suma, o fiscal mirim é um multiplicador de informação entre os pais, amigos e familiares sobre o papel dos agentes fiscalizadores públicos.

O projeto deve atender cerca de 240 crianças e é voltado para os alunos do quarto ano das redes municipal e estadual de ensino de Antônio Carlos. São quatro escolas: Dom Afonso Niehues, Verônica Guessser Pauli, Cônego Raulino Reitz e Altamiro Guimarães. As crianças receberão um certificado no fim da atividade.

## 6 ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A GESTÃO DE SAÚDE

### 6.1 Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é compreendido como uma forma de Democracia Participativa, em que o Poder Público, ao invés de decidir unilateralmente, atrai os sujeitos sociais para debates de interesses comuns, os quais visam resolver problemas de saúde a partir de consensos ou por meio de votação. A participação da sociedade civil na elaboração de Políticas Públicas contribui para o exercício da cidadania, sendo que o controle social indica que deve haver um controle do poder público pela sociedade, especialmente em âmbito local, na definição de metas, objetivos e planos de ação.

O CMS elege prioridades, fiscaliza e avaliam as ações de saúde, dentro das obrigadoriedades ditadas pelo Ministério da Saúde e demais órgãos públicos que, para validação de programações/ações, exigem o “parecer” do CMS. O Conselho Municipal de Saúde é composto com o seguinte percentual, 50% representantes dos usuários, 25% representantes de governo e 25% dos demais seguimentos.

O controle social pressupõe um avanço na construção de uma sociedade democrática e que determina alterações profundas nas formas de relação do aparelho de Estado com o cidadão. Através da reforma e modernização do aparelho do Estado é possível criar mecanismos capazes de viabilizarem a integração dos cidadãos no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública. Por meio do fortalecimento do Controle Social nos municípios, é possível garantir serviços de qualidade, pois os sujeitos sociais que compõem esse fórum são responsáveis pela definição, formulação e fiscalização das ações de saúde específicas para uma região ou município.

Além disso, o controle social é uma forma de estabelecer uma parceria eficaz e gerar a partir dela um compromisso entre poder público e população capaz de

garantir a construção de saídas para o desenvolvimento econômico e social de uma determinada região. Controle Social pressupõe, igualmente, que haja descentralização do Estado em direção à sociedade, ou seja, a participação da população na gestão pública e a possibilidade do cidadão em controlar instituições e organizações governamentais para verificar o bom andamento das decisões tomadas em seu nome.

Oferecer Controle Social à população é governar de modo interativo, equilibrando forças e interesses, e promovendo maior organização das diversas camadas sociais de forma a buscar melhores padrões de equidade. Enfim, descentralizar a administração, instituindo mecanismos de controle social e participação popular são maneiras eficazes de garantir a transparência e evitar a corrupção.

O Conselho Municipal de Saúde de Antônio Carlos é órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente, composto por representantes do governo, representante dos profissionais de saúde e representantes dos usuários, criado pela Lei municipal nº 748/1996; com nova redação dada pela Lei Municipal nº 1.495/2015, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da Política Municipal da Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de Controle Social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

Quanto as organizações populares, pode-se afirmar a existência da Associação Empresarial de Antônio Carlos - ACIAC, APAE, Sindicato de Trabalhadores Rurais, além das entidades religiosas, cujos representantes participam do Conselho Municipal de Saúde. No entanto, observa-se a grande dificuldade de manter o quórum necessário para as funções deliberativas do Conselho, dado o desinteresse por parte da população em participar desta ação.



### **6.2 Conferências Municipais de Saúde**

As Conferências de Saúde são consideradas espaço onde os representantes dos segmentos sociais se reúnem para discutir e estabelecer propostas de interesse de toda uma 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, sendo que o Município de Antonio Carlos – Secretaria Municipal da Saúde realizou 3 Conferências Municipais de Saúde nos anos de 2003, 2007 e 2015 sendo que em 2009 realizou a 1ª Conferência de Saúde Ambiental.

As conferências municipais são muito importantes, haja vista, que contribuem para auxiliar a implantação de políticas de saúde pública municipal, dando subsídio para elaboração dos planos municipais de saúde.

### **6.3 Educação Permanente em Saúde**

A Educação Permanente em Saúde é uma proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. O objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A lógica da Educação Permanente em Saúde é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, visa promover a democratização institucional, incentivar a capacidade de aprendizagem e o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde.

Inovar nas ações de educação em saúde, colocar em pauta os modos de pensar e sentir dos trabalhadores e gestores, criar capacidade de sair de si mesmo para entender a lógica do outro e, a partir disso, reconstruir a história do sujeito -

respeitando a sua singularidade - e das instituições - enquanto espaço coletivo de decisão democrática viabiliza um trabalho efetivo de Educação Permanente.

A proposta de Educação Permanente em Saúde opera sobre as práticas profissionais com o intuito de formar para transformar, tomando como cenário o campo da gestão, do ensino, da atenção e do controle social em saúde.

A qualificação dos recursos humanos refletirá no acolhimento dos usuários de maneira mais adequada, o que tende a diminuir e eliminar procedimentos desnecessários. A integração dos serviços e sua padronização, desde a recepção, são primordiais para alcançarmos os objetivos propostos pelo modelo de atenção à saúde, adotado pelo município.

A Secretária Municipal de Saúde incentiva o aperfeiçoamento e a capacitação constantes de seus atores, tanto na participação em congressos, oficinas e cursos da EFOS ou da Escola Pública.

Levando-se em consideração a crescente demanda pelos serviços, consideramos como uma das estratégias a qualificação dos recursos humanos existentes, peça fundamental para o desenvolvimento dos serviços de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde reconhece a importância dos modernos processos de desenvolvimento de pessoas e gestão do conhecimento, implementando o processo de educação permanente, envolvendo seus servidores conforme as necessidades dos programas e as detectadas junto aos mesmos.

A qualificação dos recursos humanos refletirá no acolhimento dos usuários de maneira mais adequada, o que tende a diminuir e eliminar procedimentos desnecessários. A integração dos serviços e sua padronização, desde a recepção, são primordiais para alcançarmos os objetivos propostos pelo modelo de atenção à saúde, adotado pelo município.

### 6.4 Política Nacional de Humanização

No ano de 2003 quando a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, já existiam ações e programas com foco na humanização, como por exemplo: o Programa de Atenção ao Parto e Pré- Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Entretanto estes programas, de modo geral, não mantinham articulação entre si e tinham um caráter fragmentado.

A PNH ou HumanizaSUS surge, então, como uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão.

A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

- traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos Humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;

- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Destacamos, então, os princípios norteadores da política de humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

### **Marcas**

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar quatro marcas específicas:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

### **Estratégias gerais**

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam a institucionalização, difusão desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;
- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade;
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e às instituições de formação;
- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;
- No eixo da gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

### **6.5 Estratégias articuladas ao Ensino**

#### 6.5.1 PSE

Uma das estratégias ao ensino é o Programa Saúde na Escola (PSE) como forma de articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde, para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

Todos os Municípios do País estão aptos a participar do Programa Saúde na Escola. Podem participar todas as equipes de Atenção Básica e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas, assim todos os níveis de ensino passam a fazer parte do Programa.

A proposta do PSE é centrada na gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução, monitoramento e a avaliação das ações são realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais.

Com o intuito de facilitar a dinâmica de trabalho das equipes de saúde e educação, o PSE trabalha com três componentes, ou seja, três dimensões que precisam ser desenvolvidas para que possamos construir processos de educação e saúde integral e qualificar a gestão intersetorial.

### Componente I – Avaliação das Condições de Saúde

Tem como objetivo avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ser encaminhados para atendimento e acompanhamento.

### Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos

As ações do Componente II visam garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde.

### Componente III – Formação

Prever momentos formais como cursos, oficinas, participação em congressos, curso de educação à distância entre outros, sem esquecer que a formação é um

processo permanente e de integração dos Grupos de Trabalho Intersetoriais e das equipes de saúde e educação.

As ações são divididas em essenciais e optativas. As essenciais são vinculadas a Programas prioritários do governo federal, são de pactuação obrigatória e o registro nos sistemas de monitoramento será considerado para o alcance das metas e repasse de recurso financeiro. As ações optativas, que não estão vinculadas a Programas prioritários do Governo Federal, são de livre pactuação e seu registro nos sistemas de monitoramento não será considerado para repasse de incentivo financeiro. Para devida adesão cada Secretaria (Saúde/Educação) cadastrou o seu Secretário e um representante para o GTI-M (Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal).

A Portaria nº 1.055, de 25/04/2017, que redefine que os componentes I, II e III são agora um conjunto de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação.

As ações são:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação da situação vacinal;
9. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;



12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Entre as escolas selecionadas pelos gestores municipais, 50% devem ser do grupo de escolas prioritárias. São elas:

- Creches e Pré-Escolas– essencial selecionar pelo menos uma no município
- Escolas com mais de 50% de matriculados no Programa Bolsa Família;
- Escolas do Programa Mais Educação de 2012;
- Escolas com adolescentes em medidas sócio educativas;
- Escolas que participaram do PSE em 2012;
- Escolas do campo;

Escolas de Antônio Carlos que poderão participar do PSE:

QUADRO 22: ESCOLAS QUE PODERÃO PARTICIPAR DO PSE

INEP	ESCOLAS	GRUPO
42002877	CENTRO DE EDUCACAO INFANTIL MUNICIPAL CORACAO DE JESUS	PRIORITÁRIA
42002893	EEB ALTAMIRO GUIMARAES	NÃO PRIORITÁRIA
42002907	NUCLEO ESCOLAR MUNICIPAL CONEGO DOUTOR RAULINO REITZ	NÃO PRIORITÁRIA
42002915	NUCLEO ESC MUN PROFESSORA VERONICA GUESSER PAULI	NÃO PRIORITÁRIA
42003083	NUCLEO ESC MUN PROF XENIA GOEDERT KREMER	NÃO PRIORITÁRIA
42106729	ESCOLA MUNICIPAL DOM AFONSO NIEHUES	NÃO PRIORITÁRIA
42111730	CEIM PROF JOAO JUVENAL DE AMORIM	PRIORITÁRIA

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Antônio Carlos conta com 3 equipes da Estratégia Saúde da Família. Contudo, foram elencadas 2 escolas para adesão ao programa sendo, CENTRO DE EDUCACAO INFANTIL MUNICIPAL CORACAO DE JESUS e NUCLEO ESC MUN PROFESSORA VERONICA GUESSER PAULI.

A proposta para ações do PSE é da seguinte forma:

QUADRO 23: AÇÕES VERSUS EDUCANDOS PACTUADOS

<b>AÇÕES</b>	<b>EDUCANDOS PACTUADOS</b>
1 - Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	415
2 - Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas	415
3 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	415
4 - Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos	415
5 - Prevenção das violências e dos acidentes	415
6 - Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação	415
7 - Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor.	415
8 - Verificação da situação vacinal	415
9 - Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	415
10 - Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	415
11 - Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	415
12 - Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	415

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

O município fez sua adesão ao PSE no corrente ano, com a assinatura do Termo de compromisso pelas secretarias de saúde e educação em junho, tendo sido pactuadas metas e responsabilidades para ações na prevenção de doenças e na promoção da saúde dos estudantes, trabalhando de forma intersetorial.

### 6.5.2 Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola lança a 6ª Semana Saúde na Escola 2017 com o tema “Comunidade Escolar Mobilizada Contra o *Aedes Aegypti*!”, realizada de 3 a 7 de abril. A mobilização visa orientar os estudantes das escolas públicas sobre a temática, com ações de limpeza do ambiente escolar, identificação de possíveis focos do mosquito, palestras sobre o ciclo do *Aedes Aegypti* e os

sintomas da dengue, zika e chikungunya. Para isso, contou-se com a articulação entre escolas e equipes de saúde da Atenção Básica.

O tema deste ano foi escolhido com base no quadro epidemiológico atual. O objetivo foi de mobilizar as equipes das escolas e das unidades de saúde, estudantes, familiares e comunidades para, juntos, atuarem no combate ao *Aedes Aegypti*. Deverão ser realizadas várias estratégias e atividades relacionadas ao tema, reforçando a articulação local entre saúde e educação, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável. Ao estimular ações de promoção à saúde no ambiente escolar, envolvemos não apenas os estudantes, mas também os pais e educadores, atingindo toda a comunidade. Com a iniciativa, os Ministérios da Saúde e da Educação objetivam trazer para o cotidiano das escolas e das equipes de saúde da Atenção Básica o enfrentamento do mosquito como parte do cuidado em saúde.

**Saúde na Escola** - A participação dos municípios na Semana Saúde na Escola é voluntária. O Programa Saúde na Escola (PSE) surgiu como um programa indutor de políticas intersetoriais entre as áreas da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção, atenção e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens da Educação Básica pública. O PSE tornou possível, ao longo dos anos, um novo modelo de gestão da política de educação e de saúde que trata a saúde e a educação de forma integral. Seu objetivo é possibilitar, por meio de amplo processo formativo, o exercício de ações cidadãs e o usufruto pleno dos direitos humanos. São beneficiários do programa os estudantes da Educação Básica.

Salienta-se que o objetivo principal da Semana Saúde na escola não foi apenas atingir um número pré-estabelecido de educandos e de ações realizadas, mas sim, refletir sobre as necessidades do município e da população adstrita, e reconhecer a capacidade de atendimento das equipes de saúde e educação. Pode-se afirmar que foi um momento privilegiado de mobilização para o cuidado à saúde.

### 6.5.3 EDUCANVISA

O Educanvisa é uma ação educativa que a ANVISA desenvolve a nível nacional desde 2006, por meio de uma parceria firmada com as secretarias de Educação e os núcleos de Vigilância Sanitária dos estados e dos municípios. Com o objetivo de levar às salas de aula do ensino fundamental da rede pública os conceitos de saúde e promoção da saúde, relacionados à Vigilância Sanitária, como a prevenção aos riscos associados ao consumo de medicamentos e de alimentos industrializados. A ANVISA através deste projeto acredita na proposta de mudança de comportamento, a partir da capacitação de professores e profissionais de vigilância sanitária e da mobilização da comunidade escolar.

Pelo Educanvisa os profissionais de Educação da rede pública e de Vigilância Sanitária, disseminam conceitos de saúde que tem relação direta com o trabalho da ANVISA, como a prevenção aos riscos associados ao consumo de medicamentos e de alimentos industrializados. Os alunos aprendem sobre os cuidados com a qualidade da alimentação e uso de medicamentos.

A capacitação promovida pela ANVISA está associada também ao fornecimento regular de material didático, o que significa dizer que a Agência investe para garantir a implantação e a continuidade do projeto Educanvisa. Esses recursos permitem que os professores de ensino médio e fundamental disponham de meios para abordar e estimular a discussão dos temas da Vigilância Sanitária em sala de aula.

### METODOLOGIA

No Educanvisa, os conteúdos são passados por meio de minicursos fundamentados em quatro temas:

- A Saúde e a Promoção da Saúde;
- A Vigilância Sanitária;
- Os Medicamentos / Os Alimentos;
- A Propaganda de Medicamentos e de Alimentos.

Nos minicursos, os professores são preparados para aplicar os temas em sala de aula. O que se espera como resultado é a formação de estudantes capazes de disseminar conhecimentos de Vigilância Sanitária em suas comunidades.

No corrente ano, o Setor de Vigilância Sanitária Municipal recebeu o convite para adesão ao Projeto e sensibilização inicial para implantação no início de 2014. Para tanto fez-se necessário a elaboração de ofício assinado pela Secretária de Saúde e Assistência Social e pelo Secretário da Educação e Cultura, indicando os profissionais que coordenarão o Educavisa no Município. São eles: 02 Técnicas de Vigilância Sanitária, 01 Farmacêutico e 01 Técnica Pedagoga. Contará também com 01 Nutricionista a ser contratado por concurso ainda no corrente ano.

Somente uma escola poderia ser inscrita para dar início ao Projeto no município, sendo escolhida então a Escola Municipal Dom Afonso Niehues, no Centro da cidade, que conta com 277 alunos, 07 professores, 01 diretor de ensino e 01 secretária, por ser tratar da maior escola municipal, sendo que a ANVISA e a Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado se encarregam pelo fornecimento do material didático para a mesma. No caso da Secretaria de Saúde e Assistência Social e da Secretaria de Educação e Cultura mostrarem interesse em abranger as outras escolas municipais e a escola estadual neste projeto, deverão arcar com os custos da multiplicação do material didático, bem como deverão coordenar efetivamente o EDUCANVISA em todas as escolas, sem deixar a desejar no suporte.

Cabe salientar, que dada a necessidade de informação em saúde apresentadas pelas nossas crianças, as peculiaridades de cada comunidade, e sua reflexão positiva na sociedade, é de extrema importância que se considere no plano a abrangência das outras escolas, já a partir do início do ano de 2014. Acredita-se que tendo uma equipe de coordenação comprometida o projeto EDUCANVISA no município será sucesso e referência para o Estado, junto com os outros municípios que já participam do projeto desde 2006.

### **7. RECURSOS FINANCEIROS**

O presente plano municipal de saúde 2018-2021 foi elaborado de acordo com as normas e parâmetros regulamentadores do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de fornecer orientações sobre a aplicação de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde do Município na busca da eficiência e eficácia nos trabalhos desenvolvidos.

No planejamento público a abordagem centra-se na análise da compatibilização do Plano Plurianual com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e execução da despesa, evidenciando-se as metas, cumprimento e financiamento, de modo que se possa avaliar a aplicação de recursos nos parâmetros de excelência de como gastar bem, com transparência e controle, para que se tenha economicidade, eficiência e eficácia, com vistas à qualidade de atendimento ao usuário do SUS.

Na parte destinada à gestão dos recursos financeiros do SUS, são focos da abordagem as fontes de captação de recursos e suas formas de repasses, expondo de maneira mais elucidativa a aplicação dos recursos e sua utilização.

A aplicação da Lei de Responsabilidade Fiscal é discorrida com foco no binômio “responsabilidade/transparência”, abrangendo seu objetivo, pilares, limites, prazos e penalidades, com vistas a uma abordagem na utilização dos recursos destinados à saúde, explicitando seus mecanismos de controle com enfoque voltado para a boa e regular forma de utilização desses recursos nas três esferas de governo.

O orçamento público é um instrumento essencial de atuação do Poder Legislativo no direcionamento e fiscalização dos recursos públicos e no processo de formulação de políticas públicas e acompanhamento de sua implementação.

A Lei do Plano Plurianual - PPA e a Lei das Diretrizes Orçamentárias - LDO são instrumentos definidores dos parâmetros e diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária Anual (LOA).

O financiamento das ações de saúde provem das seguintes fontes:

- Ministério da Saúde
- 15% (mínimo) do orçamento da Prefeitura Municipal
- Secretaria de Estado da Saúde - Fundo Estadual de Saúde

QUADRO 24: ORÇAMENTO DESTINADO A SAÚDE PÚBLICA, CONFORME EC 29

%	2013	2014	2015	2016
A aplicar	15%	15%	15%	15%
Aplicado	21,78%	20,89%	22,47%	20,77%

Fonte: Balanço Consolidado e LRF – Prefeitura de Antônio Carlos

### 7.1 Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria Financeira

A Secretaria Municipal de Saúde - Fundo Municipal da Saúde, não possui sistema de controle, avaliação e auditoria própria isso se deve ao fato de não possuir recursos humanos e, conseqüentemente, a falta de capacitação para desenvolver estas atividades com responsabilidade, sendo então auditado pelo Controle Interno da Prefeitura e pelo CMS (Conselho Municipal de Saúde), através da apresentação de relatório anual. Estes têm por objetivo avaliar se medidas e metas estão sendo alcançadas, a que custo, e reorientar o curso das ações e serviços programados.

A avaliação, também é feita através do Relatório de Gestão elaborado e apresentado no final de cada ano, que contempla uma série de itens, que possibilitam avaliar o desempenho, a qualidade e a resolutividade das ações e serviços do SUS no âmbito do município. Possibilita ainda avaliar se os serviços oferecidos a população estão seguindo os princípios e diretrizes contidas na Constituição Federal, Lei Orgânica Municipal, nas Leis 8.080/90, 8.142/90 e outras que regulam o funcionamento do SUS.

Enquanto que a SMS organiza e controla seus serviços. Através da produção que é devidamente registrada em formulários padronizados pelo SUS diariamente e mensalmente é encaminhada ao setor de Controle e Avaliação da Gerência Regional de Saúde, ao DATASUS e arquivada na Secretaria Municipal de Saúde.

### **7.2 Planejamento de Gestão**

O Planejamento é uma tecnologia de gestão para articular mudanças e aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde. Nesse sentido, planejar significa definir prioridades, mobilizar recursos e esforços em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, dentro de uma lógica transparente e dinâmica com o objetivo de orientar os processos do Sistema de Saúde em seus vários espaços.

Segundo o componente Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde, na diretriz referente ao Planejamento e Programação, são responsabilidades sanitárias da esfera municipal:

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano de Saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- Formular, no Plano Municipal de Saúde, a política municipal de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- Operar os Sistemas de Informação referentes à Atenção Básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos Sistemas de Informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de



Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

- Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;
- Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde.

É necessário efetivar o Plano Municipal de Saúde, como instrumento de planejamento e gestão participativa, reconhecendo a Atenção Básica (AB) como prioridade, colocando-a como foco de investimentos com legitimação técnica e política. Ou seja, o Plano deve apontar diretrizes e estratégias para o fortalecimento da AB no município, sendo que esta deve estar integrada com a região de saúde.

### **7.3 Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP**

O COAP tem como objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS.

Dentre esses novos elementos, destacamos a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES; a Relação Nacional de medicamentos Essenciais – RENAME; o mapa da saúde; o planejamento integrado das ações

e serviços de saúde; as regiões de saúde; a articulação interfederativa e o contrato organizativo da ação pública da saúde.

O contrato organizativo da ação pública, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo.

O contrato garantirá uma gestão compartilhada dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira, o centro do SUS.

#### **7.4 Definição orçamentária**

O presente Plano Municipal de Saúde 2018-2021 está elaborado de acordo com as normas e parâmetros regulamentadores do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de fornecer orientações sobre a aplicação de recursos financeiros repassados pelos Fundos Nacional e Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde do Município de Antônio Carlos na busca da eficiência e eficácia nos trabalhos desenvolvidos.

No planejamento público a abordagem centra-se na análise da compatibilização do Plano Plurianual com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e execução da despesa, evidenciando-se as metas, cumprimento e financiamento, de modo que se possa avaliar a aplicação de recursos nos parâmetros de excelência de como gastar de forma correta e em benefício da população, com transparência e controle, para que se tenha economicidade, eficiência e eficácia, com vistas à qualidade de atendimento ao usuário do SUS.

Na parte destinada à gestão dos recursos financeiros do SUS, são focos da abordagem as fontes de captação de recursos e suas formas de repasses, expondo de maneira mais elucidativa a aplicação dos recursos e sua utilização.

A aplicação da Lei de Responsabilidade Fiscal é discorrida com foco no binômio “responsabilidade/transparência”, abrangendo seu objetivo, pilares, limites, prazos e penalidades, com vistas a uma abordagem na utilização dos recursos destinados à saúde, explicitando seus mecanismos de controle com enfoque voltado para a boa e regular forma de utilização desses recursos nas três esferas de governo.

O orçamento público é um instrumento essencial de atuação do Poder Legislativo no direcionamento e fiscalização dos recursos públicos e no processo de formulação de políticas públicas e acompanhamento de sua implementação.

A Lei do Plano Plurianual (PPA) e a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) são instrumentos definidores dos parâmetros e diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária Anual (LOA). O financiamento das ações de saúde para os exercícios 2018 a 2021 provem das seguintes fontes:

- Ministério da Saúde
- Orçamento da Prefeitura Municipal
- Secretaria de Estado da Saúde - Fundo Estadual de Saúde

O Percentual do orçamento destinado à saúde pública, segue a EC 29.

Histórico dos recursos aplicados na saúde no exercício 2013 e outras fontes de financiamento:

QUADRO 25: EXERCÍCIO 2013

Receita Arrecadada no exercício 2013	R\$ 26.659.865,99
Dispêndios efetuados com saúde	4.991.456,77
Percentual de recursos aplicados com saúde	18,72%
Percentual de recursos aplicados com saúde em relação aos recursos próprios	21,78%

Fonte: Balanço Consolidado (2013) e LRF (2013) – Prefeitura de Antônio Carlos

Detalhamento das despesas com saúde pública no município em 2013:

QUADRO 26: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2013

Detalhamento da Despesa	Valor (R\$)
Pessoal e encargos sociais	3.269.843,08
Material de consumo	558.349,37
Serviços de terceiros e encargos	761.287,43
Equipamentos e material permanente	16.092,32
Outras despesas correntes	1.705.521,37
<b>Total</b>	<b>6.311.093,57</b>

Fonte: Balanço Consolidado (2013) e LRF (2013) – Prefeitura de Antônio Carlos

Histórico dos recursos aplicados na saúde no exercício 2014 e outras fontes de financiamento:

QUADRO 27: EXERCÍCIO 2014

Receita Arrecadada no exercício 2014	R\$ 28.413.420,20
Dispêndios efetuados com saúde	5.992.970,07
Percentual de recursos aplicados com saúde	21,09%
Percentual de recursos aplicados com saúde em relação aos recursos próprios	20,89%

Fonte: Balanço Consolidado (2014) e LRF (2014) – Prefeitura de Antônio Carlos

Detalhamento das despesas com saúde pública no município em 2014:

QUADRO 28: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2014

Detalhamento da Despesa	Valor (R\$)
Pessoal e encargos sociais	3.300.146,21
Material de consumo	811.619,54
Serviços de terceiros e encargos	749.228,45
Equipamentos e material permanente	26.628,50
Outras despesas correntes	1.898.527,95
<b>Total</b>	<b>6.786.150,65</b>

Fonte: Balanço Consolidado (2014) e LRF (2014) – Prefeitura de Antônio Carlos

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Histórico dos recursos aplicados na saúde no exercício 2015 e outras fontes de financiamento:

QUADRO 29: EXERCÍCIO 2015

Receita Arrecadada no exercício 2015	R\$ 32.311.705,22
Dispêndios efetuados com saúde	6.118.167,76
Percentual de recursos aplicados com saúde	18,93%
Percentual de recursos aplicados com saúde em relação aos recursos próprios	22,47%

Fonte: Balanço Consolidado (2015) e LRF (2015) – Prefeitura de Antônio Carlos

Detalhamento das despesas com saúde pública no município em 2015:

QUADRO 30: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2015

<b>Detalhamento da Despesa</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Pessoal e encargos sociais	3.781.967,49
Material de consumo	748.929,05
Serviços de terceiros e encargos	77.992,67
Equipamentos e material permanente	4.930,00
Outras despesas correntes	1.856.507,96
<b>Total</b>	<b>6.470.327,17</b>

Fonte: Balanço Consolidado (2015) e LRF (2015) – Prefeitura de Antônio Carlos

Histórico dos recursos aplicados na saúde no exercício 2016 e outras fontes de financiamento:

QUADRO 31: EXERCÍCIO 2016

Receita Arrecadada no exercício 2016	R\$ 35.954.169,31
Dispêndios efetuados com saúde	4.852.071,01
Percentual de recursos aplicados com saúde	13,50%
Percentual de recursos aplicados com saúde em relação aos recursos próprios	20,77%

Fonte: Balanço Consolidado (2016) e LRF (2016) – Prefeitura de Antônio Carlos

Detalhamento das despesas com saúde pública no município em 2016:

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

QUADRO 32: DETALHAMENTO DAS DESPESAS 2016

<b>Detalhamento da Despesa</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Pessoal e encargos sociais	4.167.670,43
Material de consumo	831.759,04
Serviços de terceiros e encargos	1.092.410,98
Equipamentos e material permanente	325.674,63
Outras despesas correntes	2.314.684,38
<b>Total</b>	<b>8.732.199,46</b>

Fonte: Balanço Consolidado (2016) e LRF (2016) – Prefeitura de Antônio Carlo

Analisando o quadro 32, percebe-se uma despesa bem superior aos anos anteriores. Esse excedente são os gastos com a construção, moveis e equipamentos para a nova Unidade de Saúde concluída em 2016.

A Programação Financeira Anual (PFA) municipal - estimativa 2018 a 2021, foi elaborada com base no PPA, conforme segue:

QUADRO 33: PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA ANUAL – ESTIMATIVA 2018 A 2021

<b>Especificação</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total (R\$)</b>
Ações de vigilância epidemiológica	71.000,00	73.100,00	75.200,00	79.350,00	298.650,00
Manutenção da Unidade de Saúde	3.500.000,00	3.964.000,00	4.100.000,00	4.293.562,00	15.857.562,00
Ações de Saúde da Família	2.000.000,00	2.236.000,00	2.412.200,00	2.600.400,00	9.248.400,00
Ações com agentes comunitárias de saúde	300.000,00	460.750,00	500.000,00	582.250,00	1.843.000,00
Ações da assistência farmacêutica básica	330.925,00	340.925,00	350.925,00	360.925,00	1.383.700,00

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Ações da saúde bucal	364.750,00	365.750,00	366.750,00	367.750,00	1.465.000,00
Ações da vigilância sanitária	110.700,00	111.700,00	112.700,00	113.700,00	448.800,00
<b>Total</b>	<b>6.677.375,00</b>	<b>7.552.225,00</b>	<b>7.917.775,00</b>	<b>8.397.937,00</b>	<b>30.545.112,00</b>

Fonte: PPA 2018/2021 – Prefeitura de Antônio Carlos

Para execução da programação estima-se as seguintes Receitas:

QUADRO 34: RECEITAS ESTIMADAS

Especificação	2018	2019	2020	2021	Total (R\$)
Receitas Oriundas de convênios	-	-	200.000,00	-	200.000,00
Receita e transferência de impostos	6.000.000,00	6.100.000,00	6.282.428,00	6.347.284,00	24.729.712,00
Repasse Fundo Nacional de Saúde	1.229.000,00	1.240.750,00	1.360.750,00	1.456.500,00	5.287.000,00
Repasse Fundo Estadual de Saúde	123.000,00	130.100,00	135.100,00	140.200,00	528.400,00
Percentual a ser aplicado com recursos Próprios	22%	22%	22%	22%	22%

Fonte: PPA 2018/2021 – Prefeitura de Antônio Carlos

Com base na Lei Orçamentária Anual para 2018, Lei de Diretrizes Orçamentárias e PPA, a Programação Financeira segue a estimativa abaixo para 2018:

## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

QUADRO 35: PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA PARA 2018

<b>Especificação</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Contratação por tempo determinado	220.668,10
Pessoal civil	2.823.244,94
Obrigações patronais	64.073,58
Outras despesas variáveis	123.227,65
Indenizações e restituições trabalhistas	52.222,23
Serviços de terceiros – Pessoa física	11.400,00
Serviços terceiros – Pessoa jurídica	970.575,64
Equipamento e Material permanente	276.618,01
Material de consumo	714.071,99

Fonte: LOA, LDO e PPA – Prefeitura de Antônio Carlos

Relação dos Programas que contarão com aplicação de Recursos em 2018:

QUADRO 36: PROGRAMAS ONDE OS RECURSOS SERÃO APLICADOS

<b>Especificação</b>
Programa Saúde da mulher
Vigilância epidemiológica
Vigilância Sanitária e ambiental
Estratégia Saúde da Família
Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal
Estratégia Saúde da Família – NASF
Cofinanciamento da Atenção Básica
Agentes Comunitários de Saúde
Assistência Farmacêutica Básica
Programa de Melhoria de Acesso a Qualidade
Saúde do homem
Saúde do trabalhador
Saúde do Idoso
Saúde do Mental
Saúde da Criança, Adolescente e Jovem
Educação Permanente em Saúde



## Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Política Nacional de Humanização
Conferencias Municipal da Saúde, Mental. Meio Ambiente, etc
PSE – Saúde nas Escolas
Implantação Controle e Avaliação
Aquisição de móveis/mobiliários
Aquisição equipamentos de informática
Medicamentos
Material odontológico
Material de Enfermagem
Aquisição de veículos
Ampliação da Unidade de Saúde

Fonte: LOA, LDO e PPA – Prefeitura de Antônio Carlos

Receitas a serem utilizadas em 2018:

QUADRO 37: RECEITAS A SEREM UTILIZADAS

<b>Especificação</b>	<b>Total (R\$)</b>
Receitas Oriundas de convênios	-
Receita resultante de impostos	89.100,00
Repasse Fundo Nacional da Saúde-FNS	1.229.000,00
Repasse Fundo Estadual da Saúde	123.000,00
Percentual a ser aplicado com recursos próprios	22%
<b>Total geral a ser aplicado (estimativa)</b>	<b>1.430.100,00</b>

Fonte: LOA, LDO e PPA – Prefeitura de Antônio Carlos

### 7.5 Fundo Municipal de Saúde - FMS

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal nº 754/1996, criando condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao

desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, que compreendem:

- O atendimento à saúde universalizado, integral, regionalizado e hierarquizado;
- A vigilância sanitária;
- A vigilância epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondente;
- O controle e a fiscalização das agressões ao meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho, em comum acordo com as organizações competentes das esferas federal e estadual.

O Fundo Municipal de Saúde encontra-se conforme a Lei, subordinado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde. No entanto, seu orçamento integra o orçamento do Município, em obediência ao princípio da unidade.

São receitas do Fundo:

- as transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o artigo 30, item VII, de Constituição da República Federativa do Brasil;
- os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;
- o produto de convênios firmados com outras entidades financeiras;
- o produto da arrecadação da taxa de fiscalização sanitária e de higiene (no caso de sua existência no âmbito do Município), multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o Município vier a criar;
- as parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômicas de prestação de serviços e de outras transferências que o Município tenha direito de receber por força da Lei e de convênios.

Tais receitas são depositadas obrigatoriamente em conta especial, mantida em agência de estabelecimento oficial de crédito, conforme segue:

QUADRO 38: DADOS DAS CONTAS DA PREFEITURA DE ANTÔNIO CARLOS

	Conta corrente nº	Denominação	
	Banco do Brasil Agência: 3634x	51.831-x	Farmácia básica – Assistência Farmacêutica
8.801-3		Saúde movimento	
10.581-3		NASF Estadual	
49.462-3		ESF Estadual	
	Conta corrente nº	Denominação	
	Caixa Econômica Federal Agência: 4439-3	2-4	Saúde Movimento
		624.001-9	Piso Atenção Básica Fixo
		624.000-0	Farmácia Básica
		6-7	Vigilância Sanitária Municipal
		624.004-3	Custeio da saúde (PSF, PACS, NASF, PMAQ, SAUDE BUCAL, PSE, PAB FIXO, AFM, Farm. Básica, Vig. Epidemiológica, Vig. Sanitária, MAC, REDE CEGONHA, PRO EPS – SUS)

Fonte: Setor Contábil – Prefeitura de Antônio Carlos

### 7.6 Funcionamento do Sistema Único de Saúde

O município de Antônio Carlos, que tem seu atendimento baseado na Atenção Básica de Saúde, procura dentro do que determina a Constituição Federal de 1988, que o SUS funcione por meio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada de acordo com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas,
- sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- participação da comunidade.

Por ser um município que atende apenas a Atenção Básica, tem como referência para atendimento de média e alta complexidade hospitais de São José, Florianópolis, São Bonifácio, Biguaçu, Nova Trento e Santo Amaro da Imperatriz (Hospital Florianópolis, Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Governador Celso Ramos, Hospital Universitário, Maternidade Carmela Dutra, Fundação Méd. Ass. Trabalhador Rural São Bonifácio, Instituto de Cardiologia, Instituto de Psiquiatria, Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, Hospital Regional Helmut Nass, Hospital Nossa Senhora Imaculada Conceição, Sociedade Hospitalar São Francisco de Assis). Este acesso se consegue mediante cotas pré-estabelecidas através da PPI – Programação Pactuada Integrada, que na sua totalidade não corresponde à necessidade dos municípios, provocando a demanda reprimida.

Consultas especializadas e exames de média e alta complexidade são protocolados e agendados através do Sistema de Regulação - SISREG, ou por meio de Convênio firmado com municípios parceiros, sem a interferência do Estado ou Gerência de Saúde, usando-se para isso recursos próprios (EC 29).

### 8 COMPROMISSO DE GESTÃO

#### 8.1 Plano de Governo para a Saúde

Um plano de governo deve ser focado nas intenções individuais ou de grupos de pessoas para quatro anos, mas nem sempre contempla todas as necessidades de um município. O atendimento das necessidades do município, principalmente as que buscam melhorar a qualidade de vida de seus munícipes, deve ser planejado estrategicamente, para mais de quatro anos. Inquestionavelmente, tal estudo deve levar em conta propostas coerentes, integradas e viabilizadas por meio de políticas públicas factíveis e participativas. Muitas delas podem ser viabilizadas pelas iniciativas privadas (ou parcerias público-privadas).

Preocupado em apresentar uma proposta de gestão sólida aos munícipes de Antônio Carlos, o então candidato a prefeito, Senhor Geraldo Pauli apresentou o seguinte plano de governo:

**GERAL:** Avaliar, priorizar, manter e aprimorar todos os planos, programas, projetos e ações desenvolvidas pela Prefeitura.

1. Revitalizar e modernizar a atual estrutura da Unidade de Saúde do município, para humanizar e melhorar sua estrutura e atendimento;  
A revitalização da estrutura física deverá atender a demanda da população, da equipe técnica, e atentar para o cumprimento das exigências legais.
2. Ampliar a informatização e implantar sistema de gerenciamento e informações dos usuários do SUS, possibilitando uma melhor gestão nos serviços;  
A informatização da gestão e da assistência é uma realidade crescente na área da saúde brasileira, possibilitando inúmeros benefícios aos profissionais, instituições, órgãos governamentais e, principalmente, aos cidadãos. O gerenciamento das informações é fundamental para que o

gestor público possa ter acesso a informações precisas sobre o atendimento e os principais problemas de saúde do cidadão, além do maior controle do gasto público. Para a população, permite o acesso a serviços de mais qualidade.

3. Capacitação e educação continuada para os profissionais da saúde;

A OMS (Organização Mundial da Saúde) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Entende também que a educação continuada faz parte do desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços por meio do desempenho do seu pessoal.

Os treinamentos na área da saúde tem como objetivo atuar no aprendizado de novas práticas e desenvolvimento de competências, além de atualização técnica-científica, bem como a revisão de rotinas, procedimentos e uso de tecnologias.

4. Renovar e ampliar a frota de veículos da área da saúde;

Os novos carros serão usados para ampliar os atendimentos da Atenção Básica, em especial as visitas domiciliares realizadas pelas unidades básicas de saúde.

5. Manter e ampliar convênios/contratos com clínicas para especialidades médicas e laboratórios para disponibilizar exames para a população;

A contratação de clínicas médicas e de exames nas especialidades que se fazem necessárias diante da demanda criada pela Estratégia Saúde da Família é interessante, mas a fim de evitar demanda judicial futuramente o processo mais indicado é o credenciamento através do chamamento público, na hipótese de ser custeado 100% do valor com recursos públicos.

Entretanto, se o objetivo é oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde uma clínica onde eles possam realizar exames e/ou consulta a um valor diferenciado, mas custeados pelo próprio usuário, então se aplica o recurso do convênio.

6. Garantir o fornecimento de medicamentos da farmácia básica e outros medicamentos para os idosos e cidadãos carentes, mediante comprovação da necessidade e prescrição médica;

Percebe-se que entre os princípios do SUS, está o da integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Vale dizer que os medicamentos estão incluídos na assistência prestada pelo SUS, em qualquer caso, seja na atenção básica à saúde, na atenção de média complexidade (especialidades) ou na alta complexidade. A REMUME – Relação Municipal de Medicamentos foi elaborada e aprovada em 2013, já fazendo parte da realidade do município, garantindo à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

7. Criar projetos de saúde preventiva;

Cuidar da saúde antes de que alguma condição clínica se manifeste é a melhor maneira de garantir maior longevidade e qualidade de vida para qualquer pessoa. O velho mantra do “prevenir é melhor que remediar” funciona muito bem também para quem valoriza a medicina preventiva, que consegue contar com os benefícios dessa prática no seu dia a dia.

A medicina preventiva, além de auxiliar a identificar sintomas que estão relacionados com doenças como o câncer, a diabetes, os problemas cardiovasculares e os problemas pulmonares, também atua no tratamento precoce dessas doenças ainda na fase inicial – aumentando sua chance de cura – e na melhora dos hábitos de vida para evitar que elas se desenvolvam.

8. Implantação de núcleos de Atendimento de equipes da ESF - Estratégia da Saúde da família nas comunidades do interior;

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do

conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. Com os núcleos de Atendimento, irá favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e desafogar as agendas e estrutura da Unidade de Saúde da no centro.

9. Melhorar a estrutura de atendimento da Emergência na Unidade de Saúde, estendendo também o atendimento até às 22:00h;

A iniciativa tem como objetivo oportunizar atendimento ampliado para a comunidade que durante o atendimento normal da UBS está em horário de trabalho.

10. Articular e viabilizar junto ao Governo do Estado, a estruturação da base operacional do Corpo de Bombeiros no município, incluindo a ambulância ASU;

Com a base operacional em funcionamento, o município será beneficiado com atendimento rápido pelo Corpo de Bombeiros, principalmente nos períodos em que as UBS estarão fechadas.

A aquisição de uma ambulância ASU irá impactar diretamente no atendimento prestado à população, proporcionando melhores condições técnicas e de segurança para o desempenho das atividades oferecidas pela corporação, além de diminuir os gastos com a manutenção da frota municipal

11. Melhorar o sistema de agendamento de consultas.

Ter um sistema de agendamento de consultas torna-se um diferencial muito grande e um poderoso aliado para um atendimento mais eficiente e humanizado. O objetivo é estruturar o serviço de maneira a ampliar o acolhimento já executado, diminuir filas de espera e a demanda reprimida sempre crescente, tentando melhorar a satisfação do usuário e da equipe de saúde.

### 8.2 Identificação dos Projetos, Atividades e Operações Especiais



### 8.2.1 PROGRAMA: SAÚDE, PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

#### *OBJETIVO*

Reestruturar, melhorar, qualificar e humanizar os serviços públicos de saúde oferecidos pelo município, aumentar a oferta de serviços, exames e medicamentos disponibilizados pelo município, reorganizar a estrutura física, administrativa, emergência e unidade básica de saúde; realizar obras de urbanização, acessibilidade e sinalização no entorno dos prédios da Secretaria de Saúde; oferecer qualificação continuada os servidores da Saúde.

#### *JUSTIFICATIVA*

Para execução do programa, ações e serviços públicos de saúde oferecidos realizados nas 02 Unidade Básica de Saúde. Uma para atendimento de demanda espontânea e outra para atendimento de demanda programada.

Também para realizar ações unidade administrativa instalada ao lado. Nessa unidade são executados os serviços de regulação, transporte de pacientes, autorizações de internações, setor de Vigilância Sanitária e toda a parte de gestão administrativa da secretaria municipal de saúde.

#### *8.2.1.1 AÇÃO: MANUTENÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE*

**Descrição:** Esta ação refere-se a despesas com a manutenção da unidade de saúde, tais como aquisição de materiais de consumo, expediente, materiais permanentes, assim como a realização de serviços públicos de saúde, aprovadas pelo Conselho Municipal e em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde. Manutenção do Conselho municipal de saúde do município.

**Meta Física:** 324.000,000

**Meta Financeira:** 15.857.562,00

#### *8.2.1.2 AÇÃO: AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA*

**Descrição:** Esta ação refere-se à execução de ações e serviços públicos de saúde da família, saúde do homem, saúde do trabalhador, saúde do idoso, saúde mental, saúde da criança, adolescente e jovem, educação permanente em saúde, política nacional de humanização, programa saúde escolar, implantação controle e avaliação.

**Meta Física:** 70.500,000

**Meta Financeira:** 9.248.400,00

### *8.2.1.3 AÇÃO: AÇÕES COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE*

**Descrição:** Esta ação refere-se à execução das ações e serviços públicos de saúde do agente comunitário de saúde que realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde.

**Meta Física:** 125.316,000

**Meta Financeira:** 1.843.000,00

### *8.2.1.4 AÇÃO: AÇÕES DE SAÚDE BUCAL AÇÕES DE SAÚDE BUCAL*

**Descrição:** Esta ação refere-se à execução de ações e serviços públicos de saúde bucal.

**Meta Física:** 33.900,000

**Meta Financeira:** 1.465.000,00

### *8.2.1.5 AÇÃO: AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA*

**Descrição:** Execução das ações e serviços públicos de saúde de assistência farmacêutica básica.

**Meta Física:** 184.600,000

**Meta Financeira:** 1.383.700,00

### 8.2.1.6 AÇÃO: AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Descrição:** Esta ação refere-se à manutenção do setor de vigilância sanitária e fiscalização do cumprimento das leis e normas sobre vigilância sanitária.

**Meta Física:** 4.560,000

**Meta Financeira:** 448.800,00

### 8.2.1.7 AÇÃO: AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**Descrição:** Esta ação refere-se à manutenção do setor de vigilância sanitária e fiscalização do cumprimento das leis e normas sobre vigilância epidemiológica.

**Meta Física:** 2.856,000

**Meta Financeira:** 298.650,00

## 8.2 Gestão em Saúde

O processo de construção de políticas públicas é dinâmico, necessitando de constantes reformulações, baseadas em análises e avaliações sistemáticas e periódicas. Com esta clareza o presente plano poderá sofrer implementações e adequações no decorrer de sua execução, porém, sempre respaldado pelos debates e conciliações necessários, realizados pela equipe técnica, Conselho Municipal de Saúde, ou qualquer outro conselho existente no município, consolidando assim uma política de saúde legítima e participativa.

Precisamos sim, termos como prioridade a saúde preventiva (atenção básica) como rotina de todos. Para alcançarmos a efetividade e eficiência na prevenção temos que enxergá-la como o grande alvo do nosso trabalho, e, num esforço conjunto, trabalhar seriamente na inversão da lógica do financiamento. Isso significa, retirarmos o dinheiro do alto custo, do exame caro, da internação desnecessária e, transferirmos o recurso para atenção básica, para a educação em saúde, para os programas de saúde, enfim, para tudo aquilo que pratique a prevenção e a verdadeira saúde.

### 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde, instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, refere-se a um período de governo de 04 anos (2018 a 2021) e constitui um documento formal da política de saúde do município. A formulação do Plano de Saúde deve ser realizada de forma participativa e ascendente e o encaminhamento deste documento para o Conselho de Saúde é de competência exclusiva do Gestor, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e aprová-lo, além de propor as alterações que julgarem necessárias. O Plano de Saúde é elaborado no primeiro ano da gestão, com execução a partir do seu segundo ano, até primeiro ano da gestão subsequente. Ressalta-se quanto à importância do debate constante deste plano e seus ajustes anuais, possam torná-lo um instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado na efetivação da Lei Federal Complementar nº 141, que enfatiza o planejamento de âmbito regional.

Todas as ações e metas aqui apresentadas são baseadas na situação de saúde, na situação social e política do município. Visam subsidiar as atividades do serviço de saúde, com o intuito de oferecer um instrumento concreto de planejamento. Ao fim dos quatro anos de desenvolvimento do trabalho aqui apresentado, esperamos contribuir para a melhoria da situação de saúde da população, da qualidade do serviço oferecido aos usuários e melhoria dos indicadores de saúde do município