

**ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICIPIO DE MARAVILHA**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
2018-2021**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE MARAVILHA**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
2018-2021**

**PREFEITA  
Rosimar Maldaner**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Miriane Sartori**

**ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Equipe de Planejamento e Assessoria Técnica  
Colaboração – Coordenadores de Setor, Servidores Públicos, com apoio do Conselho  
Municipal de Saúde (CMS).**

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	6
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>I – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b> .....	9
<b>01 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO</b> .....	9
1.1 – HISTÓRICO .....	9
1.1.2 – Localização, Altitude, Clima e Limites Territoriais do Município .....	10
1.2.2 – Limites Territoriais .....	11
1.2.3 – Distâncias Referências serviços SUS .....	11
1.2.4 – Mapa interativo de Santa Catarina. ....	11
<b>2 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS</b> .....	12
2.2 – População .....	12
2.3 – Estrutura etária, razão de dependência e índice de envelhecimento .....	123
2.4 – Pirâmide Etária – Maravilha, SC – 1991-2010 .....	13
2.5 – Longevidade, mortalidade e fecundidade. ....	14
2.6 – Densidade Demográfica de Maravilha – SC .....	15
2.7 – Aspectos étnicos da população de Maravilha – SC .....	15
2.8 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Maravilha – SC .....	16
2.9 – Ranking Brasil e Estado de Santa Catarina .....	18
<b>3 – ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA</b> .....	18
3.1 – Renda Per Capita de Maravilha – SC .....	18
3.2 – Principais Atividades Econômicas de Maravilha .....	19
3.2.1 – Setor Agropecuário .....	20
3.2.2 – Setor industrial .....	20
3.2.3 – Setor comercial .....	20
3.2.4 – Prestação de Serviços .....	20
3.3 – Trabalho – Taxa de Atividade e Desocupação 18 anos ou mais 2010. ....	21
<b>4 – ASPECTOS EDUCACIONAIS</b> .....	22
4.1 – Rede Pública de Ensino .....	22
4.2 – Crianças e Jovens Frequentando a Escola .....	23
<b>5 – ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA</b> .....	24
5.1 – Indicadores de Habitação – Água .....	24
5.2 – Indicadores de Habitação – Esgoto .....	24
5.3 – Indicadores de Habitação – Energia Elétrica .....	26
5.4 – Indicadores de Habitação – Coleta de Lixo .....	26
5.5 – Vulnerabilidade Social – Maravilha .....	27
5.6 – Meio Ambiente. ....	28
<b>II – DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b> .....	29
6.1 – Vigilância Epidemiológica .....	29
6.2 – Mortalidade Geral .....	29
6.3 – Mortalidade Infantil .....	31
6.4 – Mortalidade Materna .....	31
6.5 – Morbidade Hospitalar .....	32
<b>7 – ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	34
7.1 – Atenção Básica .....	35
7.2 – Cobertura Vacinal .....	36
7.3 – Doenças de Notificação Compulsória .....	36
7.4 – Sistema de Informações Ambulatoriais .....	37
7.5 – Atenção Hospitalar .....	38

7.6 – Serviços de urgência e emergência.....	38
7.7 – Assistência Farmacêutica.....	39
7.8 – Gestão e Planejamento do Sistema Único de Saúde.....	40
7.9 – Descentralização, regionalização e hierarquização.....	40
7.10 – Financiamento em Saúde.....	41
7.11 – Participação e Controle Social no SUS .....	41
7.12 – Gestão do Trabalho em Saúde .....	42
7.13 – Informações em Saúde .....	42
<b>III – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.....</b>	<b>43</b>
<b>OBJETIVO GERAL DO PLANO.....</b>	<b>43</b>
<b>1 – ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>43</b>
1.1 – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) .....	44
1.2 – SAÚDE BUCAL .....	46
1.3 – SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE .....	48
1.4 – AÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	49
1.5 – AÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	50
1.6 – SAÚDE DO IDOSO .....	51
1.7 – SAÚDE MENTAL .....	52
<b>2 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) – AMBULATORIAL/HOSPITALAR.....</b>	<b>54</b>
<b>3 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....</b>	<b>58</b>
<b>4 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....</b>	<b>61</b>
<b>5 – GESTÃO DO SUS .....</b>	<b>64</b>
5.1 DIRETRIZ I – GESTÃO DO TRABALHO .....	65
5.2 DIRETRIZ II – EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	67
5.3 DIRETRIZ III – CUSTEIO E INVESTIMENTO.....	68
<b>6 – CONTROLE SOCIAL.....</b>	<b>69</b>
<b>MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>



Figura 01 – Pórtico de Entrada Maravilha – BR 282



Figura 02 – Lei que dá o Título de CIDADE DAS CRIANÇAS

## **APRESENTAÇÃO**

Este documento apresenta uma proposta de diretrizes para a gestão da saúde em Maravilha no período de 2018 a 2021. A proposta foi desenvolvida com base na descrição do território de saúde, assim como na análise situacional de saúde de seus moradores e da estrutura, ações, processo de trabalho e políticas de saúde.

O principal desafio na elaboração deste plano foi produzir um documento norteador e compatível com as Diretrizes, Objetivos e Metas do próximo quadriênio, assim como com o Plano Plurianual Municipal (PPA). O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 tem como referenciais normativos principais: o Decreto Federal no. 7.508/2011 (BRASIL, 2011), a Lei Complementar Nº 141/2012 e a Portaria Ministerial 2.135/2013 (BRASIL, 2013). Foi elaborado a partir de um processo descentralizado, coordenado pela Assessoria Técnica e área de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Maravilha, em parceria com o conjunto das diretorias, coordenações, assessorias, Conselho Municipal de Saúde e Gabinete da Secretária Municipal de Saúde. Por este motivo, apresenta dados das diferentes fontes de informação utilizadas na SMS, dados estes que foram lidos e analisados em cada um dos segmentos e indicadores.

A partir de uma análise sistêmica da situação da saúde da cidade e das estratégias e ações já implementadas anteriormente, com maior ou menor êxito, delineamos dois eixos norteadores: priorização e fortalecimento da atenção primária e implantação da regulação clínica do fluxo dos pacientes na rede de serviços por meio da integração total dos dados clínicos e da maior incorporação tecnológica em todos os pontos assistenciais. Com foco nesses grandes eixos, as Diretrizes, Objetivos e Metas do quadriênio 2018-2021 enfatizam, de um lado, as áreas de Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade (MAC), Assistência Farmacêutica, Controle Social e Investimentos. Ainda Saúde Materno-Infantil, Doenças Transmissíveis, Doenças Emergentes e re-emergentes, Doenças Crônicas e Causas Externas entre outras. De outro lado, a qualificação dos processos gerenciais, de gestão e de regulação e o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde para descentralizar informações, aproximar a população do sistema de saúde e apoiar a tomada de decisões.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 é uma ferramenta de apoio à tomada de decisões, que serve também para o controle social de gestores, trabalhadores, prestadores e usuários sobre os serviços de saúde ofertados em Maravilha.

**Miriane Sartori**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, cuja efetivação vem sendo buscada através de medidas de reorganização do setor saúde que viabilizem os princípios e diretrizes estabelecidas nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, regulamentadas pelo Decreto 7.508/2011, para a consolidação do SUS no Brasil.

Preconizada pelo novo sistema, a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância concreta para a execução dessas atribuições. Entretanto a descentralização constitui-se num processo complexo, interativo e dinâmico, implicando mudanças e envolvendo vários atores com diferenciadas expectativas e possibilidades, o que exige flexibilidade e progressividade, assim como a consideração da necessidade de cooperação técnica entre as esferas de governo e o acompanhamento de seu desenvolvimento, na tentativa de superar as dificuldades que venham a manifestar-se.

Esse movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais foram avaliadas, de alguma forma, por diversos segmentos envolvidos neste processo. Acumulam-se avanços e retrocessos, cabendo salientar a presença de incessante reflexão concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde.

Um desses desafios continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, a partir do desencadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las.

O Sistema Único de Saúde (SUS), vigente no Brasil, decorre segundo, LUCCHESI (1996), de processo mais amplo e complexo, que se inicia no final dos anos 60, com movimentos dos profissionais de saúde engajados nos mais diversos setores, dos partidos políticos progressistas, dos sindicatos, dos movimentos populares e dos municipalistas. Isso deu-se em decorrência de seu descontentamento com o sistema de saúde então existente. Com isso, acabam por construir as bases da Reforma Sanitária mesmo em contexto político repressivo.

No começo da década de 80, este movimento proporcionou o debate acerca da redefinição do Estado democrático e suas funções públicas, reivindicando a saúde como direito de todos devida pelo Estado.

Entretanto, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Grande ênfase tem sido atribuída, pelas políticas de saúde, ao planejamento estratégico, que privilegia: o processamento de problemas, o

desenho das operações para enfrentá-los, a definição dos objetivos e metas a serem atingidos, a determinação dos recursos necessários e o cronograma de execução, além de um sistema de acompanhamento e avaliação que possibilite reformulações, quando preciso, utilizando a participação e a comunicação intensivas e favorecendo a responsabilidade compartilhada quanto aos objetivos a serem atingidos. Isto nos leva a refletir a respeito da necessidade de planejamento e, ao mesmo tempo, acerca da complexidade que envolve.

Muitos esforços têm sido feitos para o desenvolvimento de métodos que possam ser empregados na prática da gestão do sistema. Na América Latina, o desenvolvimento do planejamento inicia-se com um enfoque normativo – inspirado no planejamento econômico – e evolui para um enfoque estratégico, que vai incorporar a racionalidade política, retomando a problemática da planificação social.

Entre as elaborações existentes para o enfoque estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) – desenvolvido por Carlos Matus – tem balizado no Brasil, experiências de planejamento, em virtude de conter um corpo teórico e de apresentar um método que, apesar de complexo, é bem articulado e potente. O núcleo principal deste é constituído por problemas e pelas operações realizadas para seu enfrentamento, cuja explicitação é feita mediante uma estrutura modular de plano.

Estendendo-se a descentralização da atenção à saúde ao Município, este passa a responder pela saúde de sua população, o que lhe exige dispor de habilidades para planejar e administrar a rede de serviços de saúde em seu território. Como uma de suas funções, o município deve elaborar um Plano Municipal de Saúde, porém nem sempre as tecnologias de planejamento são suficientemente difundidas, disponibilizadas e até mesmo valorizadas. Assim, para que tal elaboração ocorra de forma coerente com a realidade e consistente com as necessidades a serem supridas, é preciso ter clareza, em primeiro lugar, dos objetivos da elaboração de um plano para a gestão do sistema de saúde local e, em segundo lugar, da necessidade de optar por um método de planejamento que auxilie nessa tarefa.

O Plano Municipal é o instrumento que integra a formulação dos Planos Estaduais e Nacional e serve de base à elaboração da Programação Anual e do Relatório de Gestão do Município que conformará o Relatório Estadual e Nacional. Este encadeamento visa à construção da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, para possibilitar a efetivação da gestão em cada nível e a avaliação de desempenho do Sistema, em busca de unificação.

Sendo assim, o Plano Municipal de Saúde conforma um instrumento fundamental, não só para a gestão do sistema dos municípios, mas também no âmbito estadual e federal, pois é a partir dele que se planeja a atenção à saúde no País e se tem condições de avaliar a gestão nos diferentes níveis.

## **I – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

### **01 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO**

#### **1.1 – HISTÓRICO**

No início do século XX, havia no Oeste mais de 90% de florestas. Com novas companhias territoriais colonizadoras, as terras foram sendo ocupadas. Onde hoje é o município de Maravilha, as terras eram da companhia Territorial Sul Brasil, formada em 1925. Nesta terra tinha gente morando, mas havia ainda muito espaço livre disponível para aquisições.

Do velho município de Chapecó Quando colonizado em 1942, o pequeno povoado recebeu o nome graças à “*mancha dos pinhais*”, e a expressão “*Que Maravilha!*” firmou-se unânime e espontaneamente.

Os maravilhenses costumam contar que alguns caçadores vindos do Rio Grande do Sul, ao chegarem ao alto do morro, onde hoje está localizado o antigo seminário, olharam a paisagem, com a copada dos pinhais na planície e exclamaram: “Que Maravilha!”.

Antes de o nome Maravilha ser oficializado, chamavam a área de Cabeceira do Rio Iracema ou Mancha dos Pinhais.

Maravilha surgiu como a obra de um visionário: prosperar, tanto pela posição geográfica como pela importância microrregional. O belo nome serviu como atrativo à colonização pelos imigrantes gaúchos, a partir de 1949. O primeiro marco da projetada cidade de Maravilha foi solenemente colocado no dia 22.07.1951.

O belo nome surgiu como atrativo à colonização de imigrantes gaúchos, a partir de 1949. O primeiro marco da projetada cidade de Maravilha foi solenemente colocado no dia 22 de julho de 1951. Em Maravilha, a colonização foi múltipla, tanto na origem étnica, com predominância de alemães e italianos, quanto na religião, principalmente católicos, evangélicos e luteranos.

O município foi planejado com um perímetro urbano, tendo suas ruas quadriláteras regulares conforme os pontos cardeais. Os latifúndios não tiveram vez. A Companhia Territorial Sul Brasil dividiu e se comprometeu com a colonização. Eram mais de nove mil lotes coloniais à venda.

No ano de 1956, Maravilha virou Distrito, desmembrando-se do Distrito de Cunha Porã. Maravilha cresceu rapidamente, destacando-se na agricultura, comércio e indústria de madeiras. O impulso colonizador foi tão acentuado que, em apenas nove anos, (1949-1958) a “mancha de pinhais dava lugar à cidade”.

Maravilha tornou-se município, juntamente com Cunha Porã e inúmeros outros, através da Lei Estadual nº 348, de 21 de junho de 1958. A instalação oficial ocorreu no dia 27 de julho de 1958, data que se comemora o dia do município.

Um município em franco desenvolvimento, voltado para o crescimento econômico e bem estar de seus munícipes, Maravilha é polo microrregional no Oeste Catarinense, sendo ainda sede da Associação dos Municípios Entre Rios (AMERIOS).

O processo de desenvolvimento em Maravilha teve seu foco modificado. Além de buscar o crescimento econômico, buscam-se vincular, também, a distribuição de renda e redução no número de famílias menos favorecidas.

"Maravilha, Cidade das Crianças", surgiu como "Capital da Criança" em 1970, pelo motivo do grande número de crianças presentes na escola local e nas ruas, por ocasião dos desfiles. Nas festas e nas recepções às autoridades "enfeitavam-se as ruas com crianças". O censo de 1970 veio confirmar a alta taxa de natalidade e o destaque ao elemento CRIANÇA como símbolo de nossa bela cidade!

O termo Cidade das Crianças surgiu porque os viajantes diziam que Maravilha era Cidade das Crianças. No dia 07 de setembro de 1954, todas as crianças da escola compareceram pela primeira vez uniformizadas e o povo que assistiu ao desfile se admirou com a fila de crianças. Então, o termo nunca mais mudou.

Em 2012, a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.596, que conferiu ao Município de Maravilha, o título oficial de Cidade das Crianças. O projeto de criação da lei foi de autoria do deputado federal Onofre Santo Agostini.

### **1.1.2 – Localização, Altitude, Clima e Limites Territoriais do Município.**

O município de Maravilha está localizado na Região Oeste do Estado de Santa Catarina, Macro Região do Grande Oeste, paralelo 26°46'12 de latitude Sul com o meridiano 53°13'00 de longitude Oeste. Faz parte da Associação de Municípios do Entre Rios (AMERIOS), pertence a 2ª Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) com sede em Maravilha. A extensão territorial é de 169,1 Km². A população residente, segundo o Censo IBGE 2010 a estimativa é de 25.076 habitantes para 2016. O município localiza-se a uma altitude de 606 metros acima do nível do mar no perímetro urbano. O Clima é mesotérmico úmido, com as quatro Estações do ano bem definidas. Limita-se ao Norte, com os municípios de São Miguel da Boa Vista, Tigrinhos e Bom Jesus do Oeste; ao Sul, com Cunha Porã e Iraceminha; ao Leste, com Modelo e ao Oeste, com Flor do Sertão.

### 1.2.2 – Limites Territoriais

O município de Maravilha limita-se ao Norte, com os municípios de São Miguel da Boa Vista, Tigrinhos e Bom Jesus do Oeste; ao Sul, com Cunha Porã e Iraceminha; ao Leste, com Modelo e ao Oeste, com Flor do Sertão.

### 1.2.3 – Distâncias Referências serviços SUS

O município de Maravilha dista das principais cidades de Santa Catarina, onde referencia serviços de saúde, conforme segue:

<b>Cidade</b>	<b>Distancia</b>	<b>Referência/Serviço</b>
São Miguel do Oeste	50 km	Serviço de Saude (HRO) – Hemodiálise
Chapecó	95 km	Serviços de Saúde Espeializado
Florianópolis	630 km	Capital do Estado
Xanxerê	120 km	Serviços de Saúde – Cardiologia

### 1.2.4 – Mapa interativo de Santa Catarina.



Localização do Município em Santa Catarina.

## 2 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

### 2.2 – População

Entre 2000 e 2010, a população de Maravilha teve uma taxa média de crescimento anual de 1,78%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 1,09%. No Estado, estas taxas foram de 1,02% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 16,20%.

**Quadro 001: População Total, por Gênero e Taxa de Urbanização – Maravilha**

População	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)	População (2016)	% do Total (2016)
<b>População Total</b>	<b>18.521</b>	<b>100</b>	<b>22.101</b>	<b>100</b>	<b>24.712</b>	<b>100</b>
<b>Homens</b>	<b>9.127</b>	<b>49,28</b>	<b>10.907</b>	<b>49,35</b>	<b>12.035</b>	<b>48,70</b>
<b>Mulheres</b>	<b>9.394</b>	<b>50,72</b>	<b>11.194</b>	<b>50,65</b>	<b>12.677</b>	<b>51,30</b>
<b>Urbana</b>	<b>14.226</b>	<b>76,81</b>	<b>18.087</b>	<b>81,84</b>	<b>20.560</b>	<b>83,20</b>
<b>Rural</b>	<b>4.295</b>	<b>23,19</b>	<b>4.014</b>	<b>18,16</b>	<b>4.152</b>	<b>17,80</b>
<b>Taxa de urbanização</b>	<b>-</b>	<b>76,81</b>	<b>-</b>	<b>81,84</b>	<b>-</b>	<b>83,20</b>

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Analisando o quadro, podemos perceber a importante mudança – migração (êxodo rural) – da população do município de Maravilha, como ocorre na maioria das cidades brasileiras. Com agricultura e pecuária cada vez mais tecnificada, menos pessoas são necessárias para cuidar das atividades. As famílias cada vez menores, (com média de 3,5 pessoas por domicílio, faz com que a população jovem, ao saírem para estudar, deixem o campo e fixam residência nas cidades, onde além da busca por emprego a falsa ilusão de vida “fácil” acaba provocando esse movimento e aumentando a taxa de urbanização que atualmente em Maravilha está em torno de 82%.

### 2.3 – Estrutura etária, razão de dependência e índice de envelhecimento da população

No quadro a seguir é possível observar aspectos relacionados à estrutura etária, razão de dependência e o índice de envelhecimento da população de Maravilha.

**Quadro 002: Estrutura etária, razão de dependência e envelhecimento da população – Maravilha 1991-2010**

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menor de 15 anos	5.473	32,59	5.182	27,98	5.289	23,93
15 a 64 anos	10.647	63,39	12.187	65,80	14.998	67,86
65 anos ou mais	676	4,02	1.152	6,22	1.814	8,21
Razão de dependência	57,76	0,34	51,97	0,28	41,38	0,19
Índice envelhecimento	-	4,03	-	6,22	-	8,21

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Maravilha passou de 51,97% para 41,38% e o índice de envelhecimento evoluiu de 6,22% para 8,21%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 57,76% para 51,97%, enquanto o índice de envelhecimento evoluiu de 4,03% para 6,22%. Razão de dependência é a população de menos de 14 anos e de 65 anos (população dependente) ou mais em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa). Já o índice de envelhecimento da população leva em consideração as pessoas de 65 anos ou mais em relação à população de < 15 anos.

**2.4 – Pirâmide Etária – Maravilha, SC – 1991-2010.**

**1991** Pirâmide etária - Maravilha - SC  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

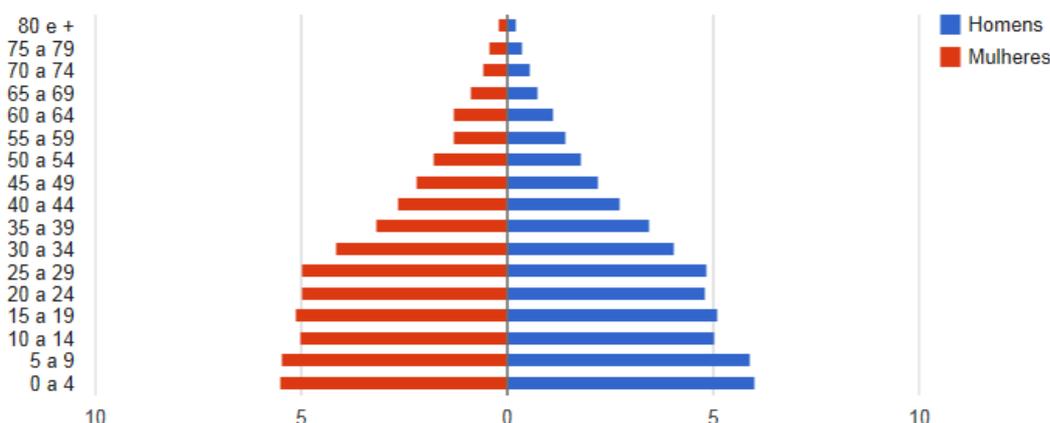


Gráfico 001 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP

**2000** Pirâmide etária - Maravilha - SC  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

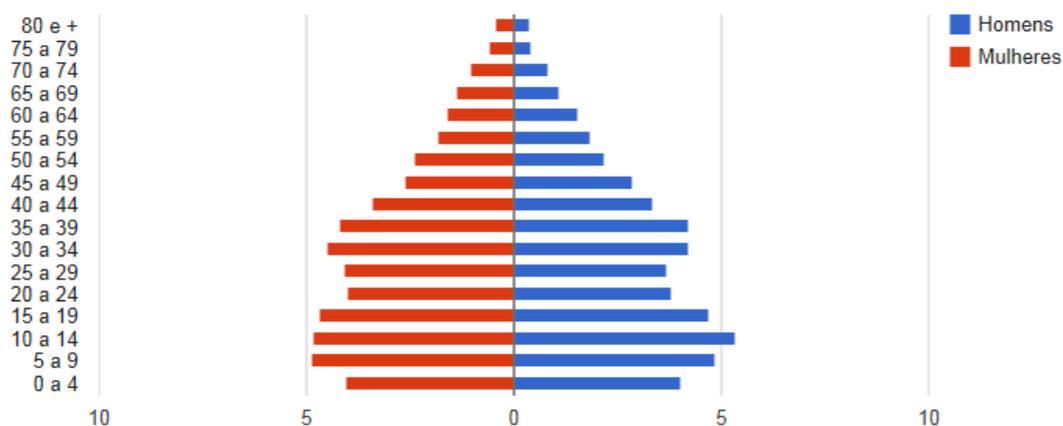


Gráfico 002 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP

**2010** Pirâmide etária - Maravilha - SC  
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

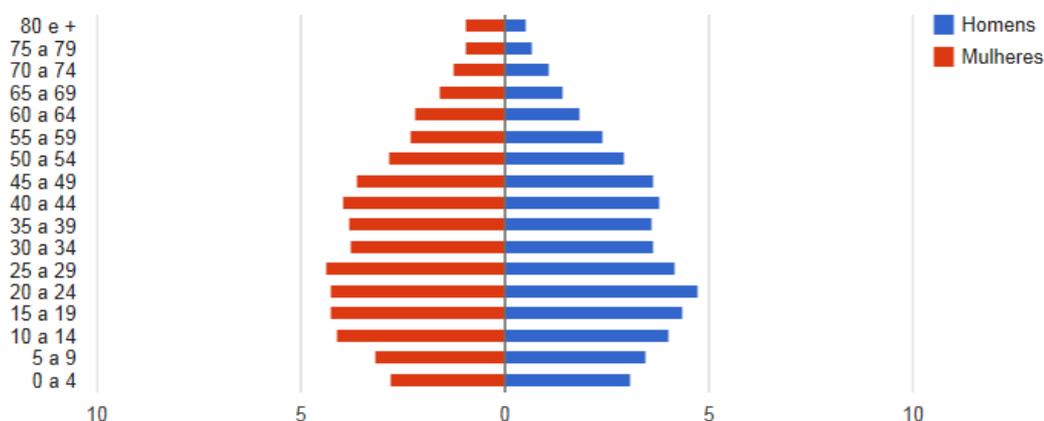


Gráfico 003 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP

**2.5 – Longevidade, mortalidade e fecundidade.**

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Maravilha reduziu 49%, passando de 18,9 por mil nascidos vivos em 2000 para 9,5 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2015, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 11,5 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

### Quadro 003: Longevidade, mortalidade e fecundidade em Maravilha – SC

INDICADOR	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	69,1	74,2	78,2
Mortalidade até 01 ano de idade (por mil nascidos vivos)	27,6	18,9	9,5
Mortalidade até 05 anos de idade (por mil nascidos vivos)	31,8	21,8	11,2
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,7	2,2	1,5

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

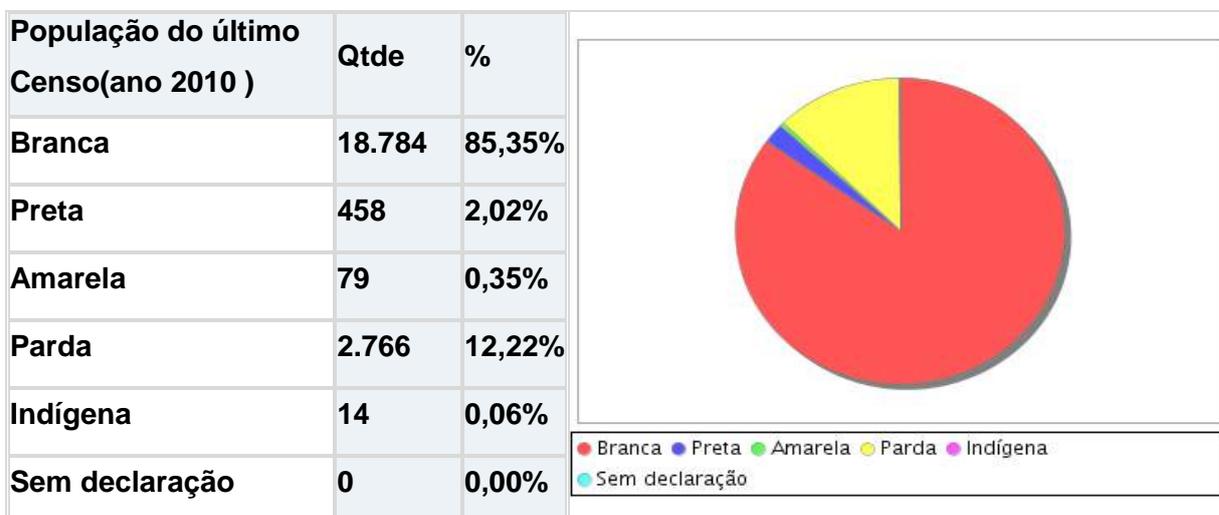
A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Maravilha, a esperança de vida ao nascer aumentou 9,1 anos nas últimas duas décadas, passando de 69,1 anos em 1991 para 74,2 anos em 2000, e para 78,2 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 76,6 anos e, para o país, de 73,9 anos.

### 2.6 – Densidade Demográfica de Maravilha – SC

Baseado nos resultados do último censo a densidade demográfica no município de Maravilha é de 130,18 habitantes por Km<sup>2</sup>. Em 2010, o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apontou 22.101 habitantes. A estimativa para o ano de 2017 em Maravilha, é de que a população total seja de 25.076 habitantes, o que perfaz uma densidade demográfica de 148,32 hab/km<sup>2</sup>.

### 2.7 – Aspectos étnicos da população de Maravilha – SC

O gráfico a seguir apresenta informações levantadas pelo Censo IBGE 2010, sobre a distribuição da população de Maravilha por quantidade de habitantes e como se autodeclararam com relação à cor da pele.



Por este gráfico percebe-se que a população do município de Maravilha, é caracterizada pela predominância da cor da pele branca, assim como na grande maioria dos municípios da região. Do total de habitantes residentes no município, 18.784 se autodeclararam brancos alcançando o percentual de 85,35%. Em seguida os habitantes que se autodeclararam de cor parda, 2.766 habitantes num percentual de 12,22%, seguindo-se os habitantes de cor preta 458 correspondendo a 2,02% da população. Habitantes que se declararam da cor amarela foram 79 habitantes, 0,35%. Segundo o censo do IBGE 2010, há 14 indígenas em Maravilha, 0,06% da população.

## 2.8 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Maravilha – SC

### IDHM

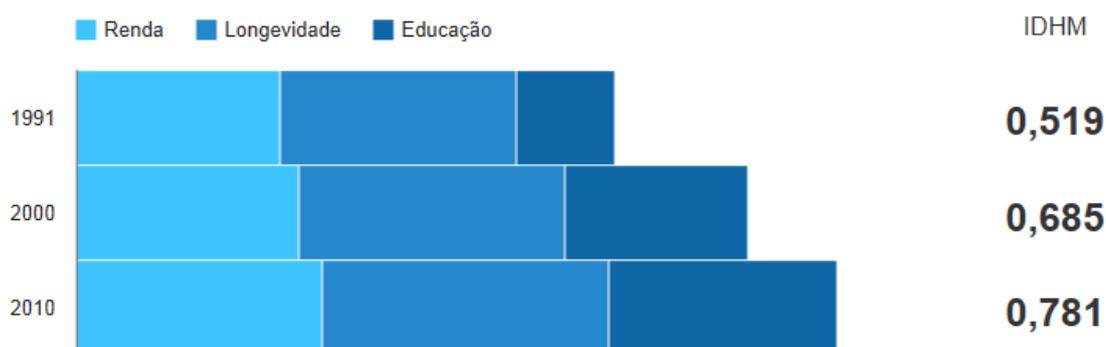


Gráfico 005 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Maravilha é 0,781, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,138), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,267), seguida por Longevidade e Renda.

#### Quadro 004: IDH Municipal e seus componentes 1991-2010: Maravilha/SC

IDHM e Componentes: % de indivíduos e faixa etária	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	0.303	0.570	0.708
<b>18 anos ou mais com ensino fundamental completo.</b>	28,34	39,05	56,23
<b>05 a 06 anos frequentando a escola.</b>	29,48	88,07	95,10
<b>11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino</b>	52,42	87,38	94,66

<b>fundamental.</b>			
<b>15 a 17 anos com ensino fundamental completo.</b>	28,89	58,12	74,50
<b>18 a 20 anos com ensino médio completo.</b>	14,22	41,98	53,77
<b>IDHM Longevidade</b>	0,734	0,819	0,886
<b>Esperança de vida ao nascer (em anos).</b>	69,05	74,16	78,17
<b>IDHM Renda</b>	0,628	0,689	0,758
<b>Renda per capita (em R\$)</b>	397,33	583,00	896,02

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

O IDHM passou de 0,685 em 2000 para 0,781 em 2010, uma taxa de crescimento de 14,01%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 30,48% entre 2000 e 2010.

O IDHM passou de 0,519 em 1991 para 0,685 em 2000 - uma taxa de crescimento de 31,98%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 34,51% entre 1991 e 2000.

Maravilha teve um incremento no seu IDHM de 50,48% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (42,54%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 54,47% entre 1991 e 2010.

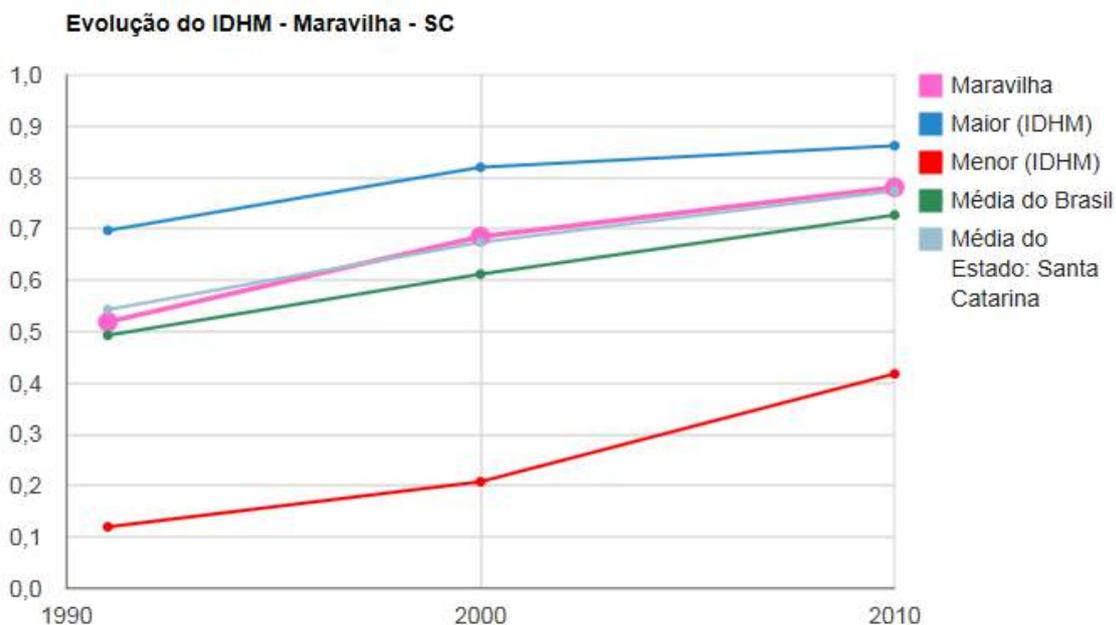


Gráfico 006 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP

## 2.9 – Ranking Brasil e Estado de Santa Catarina

Maravilha ocupa a 521ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 520 (9,34%) municípios estão em situação melhor e 5.045 (90,66%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 293 outros municípios de Santa Catarina, Maravilha ocupa a 64ª posição, sendo que 63 (21,50%) municípios estão em situação melhor e 230 (78,50%) municípios estão em situação pior ou igual.

## 3 – ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS E DE INFRA-ESTRUTURA

Nesta seção é apresentada uma visão geral do município de Maravilha sob o ponto de vista de seu desempenho econômico nos últimos anos. Deste modo, foram estudados aspectos renda per capita, taxa média anual de crescimento, extrema pobreza e desigualdade social.

### 3.1 – Renda Per Capita de Maravilha – SC

A renda per capita média de Maravilha cresceu 125,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 397,33 em 1991 para R\$ 583,00 em 2000 e R\$ 896,02 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,73% no primeiro período e 53,69% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 13,40% em 1991 para 3,62% em 2000 e para 0,39% em 2010.

A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,58 em 1991 para 0,51 em 2000 e para 0,45 em 2010.

O Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que **zero** representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor **um** significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

#### Quadro 005: Renda, Pobreza e Desigualdade – Maravilha – SC

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	397,33	583,00	896,02
% de extremamente pobres	13,40	3,62	0,39
% de pobres	33,45	13,15	2,14
Índice de Gini	0,58	0,51	0,45

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

**Quadro 006: Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos – Maravilha – SC**

	1991	2000	2010
20% mais pobres	2,65	3,87	5,52
40% mais pobres	9,07	12,03	15,38
60% mais pobres	19,76	25,15	28,84
80% mais pobres	37,23	44,12	48,13
20% mais ricos	67,72	55,88	51,87

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

### **3.2 – Principais Atividades Econômicas de Maravilha**

A história de Maravilha pode ser dividida em quatro períodos sob o prisma desenvolvimentista. O primeiro período ficou entre os anos de 1950 e 1960, a principal atividade econômica da época era a agropecuária de subsistência, exceto as madeiras e imobiliárias. Os principais produtos agropecuários da época eram: milho, feijão, fumo, trigo, arroz e suínos. O segundo período aconteceu entre os anos 1960 e 1980, a produção agrícola aumentou com o cultivo de novos produtos como a soja, com isso houve a instalação de uma extratora de óleo, a CIVEMA.

O progresso aconteceu em 1970 quando duas grandes rodovias federais foram abertas, a BR 282 e BR 158. Entre as indústrias podem se destacar a fábrica de fogões da Metalúrgica Maravilha e a produção de móveis e esquadrias. No comércio se destacou os alemães Alexandre Kasper e Alexandre Dondoerfer e o italiano Reimundo Gottardo. O terceiro período ficou entre os anos 1980 e 1995 essa fase foi de industrialização, houve a tentativa da instalação do frigorífico de suínos FRIMASA (Frigorífico Maravilha S.A). a construção estava quase concluída quando muitas pessoas faliram e ele virou ruínas.

Em agosto de 1988 iniciou a produção do Frigorífico de Aves da Coopercentral (AURORA). No setor primário que estava baseado na produção de grãos entra uma nova fase: a produção de aves em escala industrial. Com a industrialização surgiram outras empresas como as de metalurgia, equipamentos para avicultura, transporte, móveis, recapagem de pneus, oficinas mecânicas e autopeças além de prestadoras de serviços. Em 1981 também se instalou em Maravilha a Tabacos Brasileiros S. A, depois a Universal Leaf Tabacos.

O quarto período acontece a partir de 1995 nesse período pode-se citar a criação da ANERIOS a instalação do Campus aproximado da Universidade do Oeste de Santa Catarina da Unoesc SMO e a 23ª Coordenadoria Regional de Educação. Diversas empresas foram destaque como a Avioeste, Realce, Folle Produtos Siderúrgicos e atualmente a Laticínios Bela Vista.

### **3.2.1 – Setor Agropecuário**

Maravilha destaca-se na agropecuária, indústria e comércio sendo tudo relacionado a agricultura. A citricultura, piscicultura e hortaliças foram estimuladas no início da década de 2000 mas não representam grande importância para a economia local.

Atualmente em torno de 16% (dezesseis por cento) do movimento econômico de Maravilha, provem do Setor Primário com destaque para a produção de aves de corte, gado leite e suínos. Já nos grãos o milho e soja tem destaque, seguidos de feijão e trigo. Há ainda a produção de fumo em folha, utilizado para a produção de cigarros.

### **3.2.2 – Setor industrial**

Iniciou com a exploração da madeira e, com isso surgiram as serrarias isso nas décadas de 50 e 60. Com o esgotamento das reservas de floresta várias empresas faliram, assim outros setores ganharam impulso, como os de gêneros alimentícios e de vestuário.

Atualmente o parque industrial de Maravilha é bastante desenvolvido e com uma grande diversidade de indústrias instaladas em nosso município. A diversidade do setor é demonstrada de vários aspectos, haja vista que, estão instaladas e solidificadas, indústrias que beneficiam produtos agropecuários com destaque para a Cooperativa Central Aurora, em que o frigorífico de abate de aves (frangos). A Laticínios Piracanjuba trabalha no beneficiamento de leite produzindo diversos subprodutos lácteos.

Destacamos ainda a produção de móveis domésticos como fogões a gás e a lenha, cozinhas, mesas cadeiras entre outros.

### **3.2.3 – Setor comercial**

O Setor Comercial em Maravilha destaca-se pela diversidade e pela grande oferta de produtos em praticamente todas as áreas, alimentos, móveis e utensílios domésticos, eletroeletrônicos, tecidos e confecções, calçados, aviamentos, peças, veículos e demais. A oferta de produtos no município é ampla e atende praticamente toda a demanda da população local e dos municípios vizinhos. Representa cerca de 20% da economia local e está organizado através da CDL/Associação Empresarial de Maravilha, com cerca de 420 (quatrocentos e vinte) associados e tem como missão “Representar e defender a classe empresarial, estimular a competitividade e o empreendedorismo, e contribuir para o desenvolvimento socioeconômico.” E visão “Ser reconhecida pelos associados e comunidade em geral como a entidade de maior representatividade e de excelência na prestação de serviços da região”.

### **3.2.4 – Prestação de Serviços**

A prestação de serviços tem destaque no município, com cerca de 10% do movimento econômico do município. Assume grande importância para o Poder público, uma vez que o

ente público legisla sobre a arrecadação de impostos, com destaque para o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) em que a receita total fica para o município. Entre os serviços prestados podemos destacar o transporte de cargas, manutenção em geral, construção civil, telecomunicações entre outros.

### 3.3 – Trabalho – Taxa de Atividade e de Desocupação 18 anos ou mais 2010.

No Gráfico a seguir são apresentadas informações relativas à taxa de atividade e de desocupação da população economicamente ativa de Maravilha em 2010.

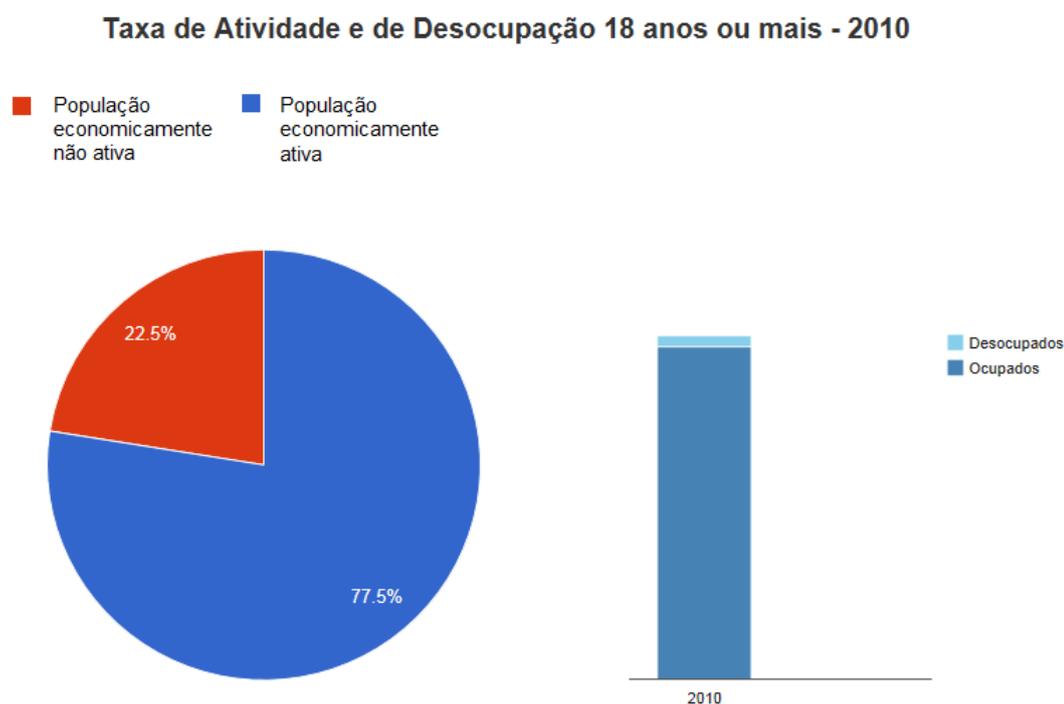


Gráfico 008 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 75,04% em 2000 para 77,52% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) diminuiu de 6,14% em 2000 para 2,57% em 2010.

## 4 – ASPECTOS EDUCACIONAIS

### 4.1 – Rede Pública de Ensino

A Rede Pública de ensino no município de Maravilha é bastante ampla e atende toda a demanda de alunos desde o Ensino Infantil até o Ensino Médio, com diversas escolas da Rede Municipal e da Rede Estadual de Educação. Há no município 02 (duas) escolas da Rede Privada que atuam nesses níveis de ensino. No total são 18 (dezoito) escolas no município entre estaduais, municipais e particulares no ensino infantil, fundamental e médio. Há ainda duas Universidades Privadas que oferecem cerca de 15 cursos de nível superior diferentes e nas mais diversas áreas como exatas, humanas e biológicas.

**Quadro 007: Rede de Ensino do Município de Maravilha – Ano base 2016**

ESCOLAS	Creche	Pré-Escola	Ensino Fundam. 1ª a 4ª	Ensino Fundam. 5ª a 8ª	Ensino Médio	Total de alunos	Docentes
<b>12 Municipais</b>	756	534	452	375	00	2.117	309
<b>04 Estaduais</b>	00	00	1.002	890	720	2.612	321
<b>02 Particulares</b>	72	85	84	101	38	380	57
<b>TOTAL</b>	828	619	1.538	1.366	758	5.109	687
<b>ENSINO SUPERIOR</b>					<b>Alunos</b>	<b>Tutores</b>	<b>Cursos</b>
<b>UNOPAR EAD</b>					1.450	22	15
<b>UONESC</b>					687	81	07
<b>TOTAL</b>					2.137	103	22

Fonte: Secretaria Municipal/Estadual de Educação – INEP – Secretaria das Universidades

Pelo quadro acima podemos perceber que mais de 7.000 alunos estão estudando no município de Maravilha com uma população de cerca de 25.000 habitantes, pode-se afirmar que aproximadamente 28% da população estariam frequentando as salas de aula, considerando do ensino infantil ao ensino superior. Claro que no caso do Ensino Superior, cerca de 60% são alunos oriundos de outros municípios, mas é um percentual importante de indivíduos que frequentam a escola. Assim como há um número importante de alunos que estudam no município no Ensino Superior, certamente outros tantos estudam em outras cidades, por opção de cursos de graduação pretendidos.

Um dado importante a ser destacado é o de que, à medida que os níveis de ensino aumentam, o número de alunos diminui, ou seja, é inversamente proporcional e isso preocupa, pois o desenvolvimento de uma cidade, por que não dizer do país, precisa de

pessoas com formação em nível superior, de bacharéis de pesquisadores etc. e quanto maior esse número, maiores são as possibilidades de crescimento.

O índice de evasão escolar, segundo dados da Secretaria Municipal de Educação e IBGE, era de 0,2% nos anos iniciais e de 2,30% nos anos finais. Já no ensino médio esse percentual chega a 7,20%. Esses percentuais reforçam o que dissemos anteriormente em relação ao aumento do nível de ensino e a diminuição do número de alunos.

#### 4.2 – Crianças e Jovens Frequentando a Escola

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação.

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 7,98% e no de período 1991 e 2000, 198,74%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 8,33% entre 2000 e 2010 e 66,69% entre 1991 e 2000.

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 28,18% no período de 2000 a 2010 e 101,18% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 28,08% entre 2000 e 2010 e 195,22% entre 1991 e 2000.

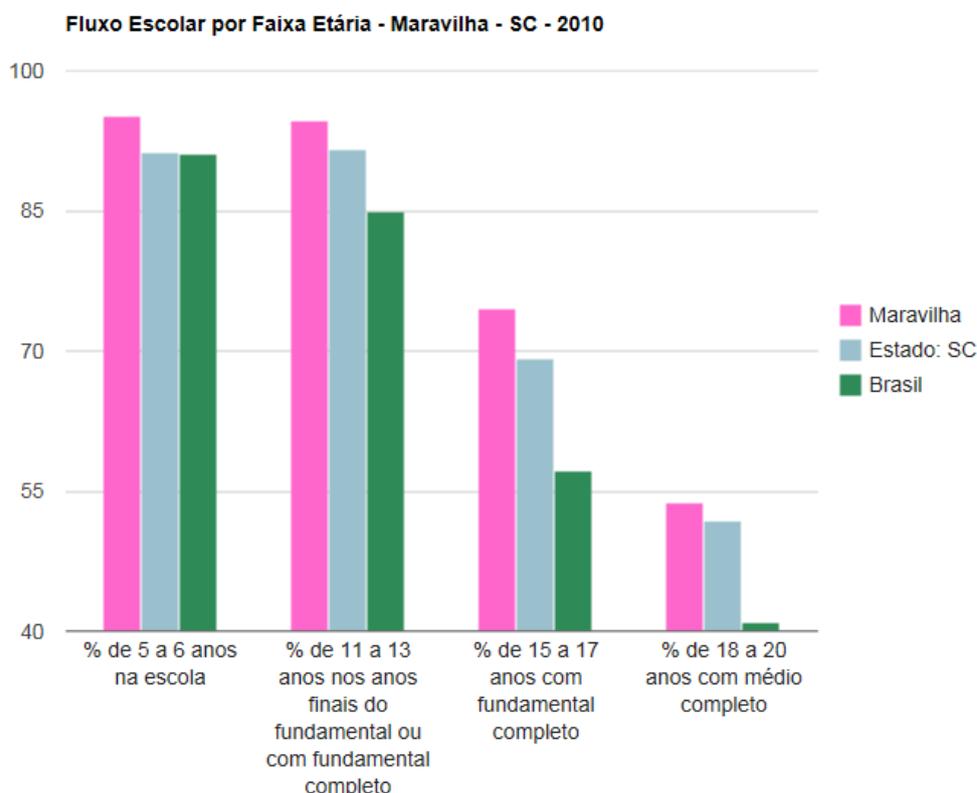


Gráfico 009 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP

## **5 – ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA**

### **5.1 – Indicadores de Habitação – Água**

Sendo a água o principal alimento e fonte de vida em todo o planeta, importa analisar de onde as pessoas retiram a água para o consumo humano e a produção de alimentos. A água é essencial para os humanos e para as outras formas de vida. Ela age como reguladora de temperatura, diluidora de sólidos e transportadora de nutrientes e resíduos por entre os vários órgãos. Bebemos água para ajudar na diluição e funcionamento normal dos órgãos para em seguida ser eliminada pela urina e por evaporação nos poros, mantendo a temperatura corporal e eliminando resíduos solúveis, como sais e impurezas. As lágrimas são outro exemplo de eliminação de água. Na indústria ela desempenha o mesmo papel de diluidora, transportadora e resfriadora nos vários processos de manufatura e transformações de insumos básicos em bens comerciais.

No município de Maravilha, haviam sérios problemas com o abastecimento de água, pois o riacho onde era captada a água para o consumo humano (Jundiá) devido as frequentes estiagem que ocorrem no estado, não dava mais conta de atender a demanda. Em virtude disso, foi perfurado um poço profundo pela Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (CASAN), para resolver o problema. O Poço fora perfurado com uma profundidade total de 1.305m e busca á água diretamente no Aquífero Guarani, um dos maiores reservatórios de água doce do Planeta. Com isso o problema foi diminuído e a cidade hoje pode contar com água potável de qualidade. Como o sistema exige equipamentos robustos e trabalham sempre no limite, ocorrem quebras que ocasionam falta de água, pois devido as especificidades a dificuldade para consertar os equipamentos em função da profundidade, do poço, faz com que o processo seja demorado, e com isso faz-se necessário reativar o sistema convencional em sistema de rodízio, para garantir o abastecimento de água nesses períodos.

No interior do município, como ocorre em grande parte do Planeta, as águas superficiais estão contaminadas o que as torna impróprias para consumo humano e também para os animais, foçando o Poder Público buscar soluções alternativas. A perfuração de poços artesianos (assim denominados porque a água jorra/flui naturalmente do solo, sem a necessidade de bombeamento) de média profundidade – 100 a 300m. Há em funcionamento no interior do município e fornece água aos moradores do zonal rural, 32 (trinta e dois) poços que atendem mais de 4.200 habitantes, ou seja, praticamente todos os moradores da zona rural.

A problemática da água é tão significativa, que mesmo estes poços de profundidade maior, onde na teoria, deveriam estar livres de contaminação biológica mas que no entanto

precisam de tratamento regular para controlar a contaminação, pois apresentam contaminação por coliformes.

Pelo quadro a seguir, podemos ver o total de domicílios e o percentual destes que recebem água potável diretamente do sistema público.

**Quadro 008: Abastecimento de água nos domicílios 2012-2015 – Maravilha/SC**

<b>ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Número de domicílios no município</b>	<b>7.665</b>	<b>7.785</b>	<b>8.259</b>	<b>8.186</b>
<b>% de domicílios com água de rede pública</b>	<b>81,18</b>	<b>81,25</b>	<b>82,63</b>	<b>82,36</b>
<b>% domicílios com água de poço ou nascente</b>	<b>18,79</b>	<b>18,73</b>	<b>17,34</b>	<b>17,68</b>
<b>% domicílios com água de outras fontes</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,03</b>	<b>0,06</b>

Fonte: SIAB 2015

Pelo quadro podemos verificar que mais de 80% da população recebe água tratada da Rede Pública administrada pela CASAN, no município de Maravilha. Os 19% dos domicílios restante, utilizam água de poços artesianos, poços e fontes superficiais. Há no município 32 (trinta e dois) poços artesianos, de uso coletivo, com cerca de 1.200 famílias atendidas/beneficiadas.

## **5.2 – Indicadores de Habitação – Esgoto.**

No perímetro urbano do município não há rede de captação e tratamento de esgoto. Os domicílios possuem sistema de esgoto próprio: fossa séptica, sumidouro, fossa rudimentar etc. O mesmo acontece com as famílias residentes na área rural do município. Pelo quadro a seguir podemos verificar como é feita a destinação das águas servidas e a deposição do esgoto doméstico no município.

**Quadro 009: Destinação do esgoto doméstico – Maravilha – 2011/2015**

<b>Instalações Sanitárias (em %)</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Número de domicílios no município</b>	<b>6.415</b>	<b>7.665</b>	<b>7.785</b>	<b>8.259</b>	<b>8.186</b>
<b>Domicílios com fossa séptica</b>	<b>98,43</b>	<b>99,40</b>	<b>98,87</b>	<b>98,31</b>	<b>98,37</b>
<b>Domicílios com fossa rudimentar</b>	<b>1,22</b>	<b>0,48</b>	<b>0,51</b>	<b>0,52</b>	<b>0,49</b>
<b>Domicílios sem instalação sanitária</b>	<b>0,36</b>	<b>0,12</b>	<b>0,62</b>	<b>1,17</b>	<b>1,14</b>

Fonte: SIAB 2015

Pelo quadro podemos perceber praticamente 100% do esgoto sanitário do município de Maravilha é despejado na natureza sem nenhum tipo de tratamento. Sabemos que as fossas sépticas são uma forma rudimentar/primitiva de tratamento de esgoto e indicada para

a zona rural devido a distancia entre as casas. Já no perímetro urbano isso já está ultrapassado e necessitamos de investimentos em Tratamento de Esgoto, sob pena de não conseguirmos mais água potável para o consumo humano. Isto já está provado no município pois o abastecimento é feito através de poço profundo ou através de poços artesianos como dito anteriormente.

### 5.3 – Indicadores de Habitação – Energia Elétrica.

No município de Maravilha, segundo dados do censo IBGE 2010, 99,97% da população possui energia elétrica em suas residências, sendo este um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida da população. Percebe-se no quadro a seguir que este percentual em 1991 era de 91,04%, passou para 98,93% em 2000, atingindo 99,97% em 2010 graças aos investimentos dos governos municipal e estadual.

**Quadro 010 – Domicílios, percentual com energia elétrica – Maravilha/SC – 2011-2015**

<b>Energia Elétrica</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Total de domicílios no município</b>	<b>6.415</b>	<b>7.665</b>	<b>7.785</b>	<b>8.259</b>	<b>8.186</b>
<b>% de domicílios com energia elétrica</b>	<b>99,86</b>	<b>99,92</b>	<b>99,93</b>	<b>99,94</b>	<b>99,87</b>

Fonte: SIAB 2015

A energia elétrica produzida no Brasil é talvez a energia produzida da forma mais “limpa” que há no Planeta. Se por um lado as águas superficiais estão, quase que totalmente contaminadas, por outro lado o relevo e a abundância de rios e riachos, permitem-nos produzir energia de forma barata e que chegue a todos os lares brasileiros. Em Maravilha praticamente todos domicílios possuem energia elétrica, produzida em Usinas Hidrelétricas. As poucas residências que não possuem, tratam-se de barracos e/ou casebres em construídos em locais proibidos (faixa de domínio de rodovias) ou em terrenos invadidos de propriedade pública ou privada.

### 5.4 – Indicadores de Habitação – Coleta de Lixo

A coleta de lixo é realizada no perímetro urbano onde o percentual atinge 100% das residências. Já no interior do município, o lixo é queimado ou enterrado, ou ainda, existem situações onde o lixo é jogado a céu aberto, o que evidencia a necessidade de políticas intersetoriais visando à conscientização da população para a necessidade de dar destino adequado ao lixo.

O lixo contaminante (resíduos de hospitais, postos de saúde, consultórios médicos, odontológicos, farmácias etc.) é recolhido por empresa especializada que dá destino a este tipo de lixo, conforme legislação específica.

**Quadro 011: Domicílios e destinação do Lixo Doméstico – Maravilha /SC – 2011/2015**

<b>Destino do Lixo doméstico</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Número de domicílios no município</b>	6.415	7.665	7.785	8.259	8.186
<b>Domicílios com lixo coletado</b>	5.738	6.738	6.884	7.387	7.313
<b>Domicílios com lixo queimado/ enterrado</b>	912	926	900	867	868
<b>Domicílios com lixo jogado a céu aberto</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>78</b>	<b>118</b>	<b>117</b>

Fonte: SIAB 2015

Analisando o quadro acima, podemos perceber que a maioria dos domicílios, tem coleta regular de lixo domiciliar, podemos identificar que no perímetro urbano 100% dos domicílios tem coleta regular, já na zona rural, não há recolhimento de lixo domiciliar, o lixo reciclável é recolhido seguindo um cronograma estabelecido pelo poder público, quinzenal, mensal ou bimestral dependendo do tipo de lixo e da quantidade produzida. O lixo úmido e outras é enterrado ou queimado, gerando lixo ambiental. É a alternativa que resta os moradores do interior. As embalagens de agrotóxicos e outros materiais de maior risco ambiental, são recolhidos pelas empresas que vendem os produtos de acordo com o que prevê a Lei 9974/2000, regulamentada pelo Decreto 4.074/2002.

### **5.5 – Vulnerabilidade Social**

A vulnerabilidade social é um conceito que tem sua origem na área dos Direitos Humanos. Refere-se a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seu direito à cidadania. No quadro a seguir é demonstrada a vulnerabilidade social no município de Maravilha.

**Quadro 012: Comparativo da Vulnerabilidade Social – Maravilha/SC – 1991-2010**

<b>Crianças e Jovens</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>Mortalidade infantil.</b>	<b>27,60</b>	<b>18,90</b>	<b>9,50</b>
<b>% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola.</b>	-	<b>43,13</b>	<b>3,20</b>
<b>% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola.</b>	<b>16,81</b>	<b>2,31</b>	<b>2,31</b>
<b>% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza.</b>	-	<b>8,60</b>	<b>2,88</b>
<b>% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos.</b>	<b>1,07</b>	<b>1,59</b>	<b>0,00</b>
<b>% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos.</b>	<b>9,36</b>	<b>8,48</b>	<b>7,09</b>

<b>Taxa de atividade – 10 a 14 anos (%).</b>	<b>-</b>	<b>20,34</b>	<b>18,61</b>
<b>Família</b>			
<b>% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos.</b>	<b>8,70</b>	<b>9,72</b>	<b>14,79</b>
<b>% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos.</b>	<b>2,03</b>	<b>1,85</b>	<b>0,25</b>
<b>% de crianças extremamente pobres.</b>	<b>20,57</b>	<b>7,12</b>	<b>0,85</b>
<b>Trabalho e Renda</b>			
<b>% de vulneráveis à pobreza.</b>	<b>60,64</b>	<b>31,92</b>	<b>10,80</b>
<b>% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal.</b>	<b>-</b>	<b>43,61</b>	<b>28,30</b>
<b>Condição de Moradia</b>			
<b>% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitários inadequados.</b>	<b>4,19</b>	<b>2,80</b>	<b>0,10</b>

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

## 5.6 – Meio Ambiente.

A consciência ambiental tem sido tema de muitas discussões e encaminhamentos por parte de várias entidades no município. Percebe-se uma grande preocupação com o meio ambiente que desde os primórdios da colonização vem sendo agredido por práticas inadequadas principalmente da produção agropecuária que tinha como único objetivo o fator econômico, sem levar em consideração a degradação ambiental.

Com o passar dos anos e os sérios problemas enfrentados pelos fenômenos climáticos, como estiagens e enchentes, governos e sociedade passaram a levar em consideração a necessidade de um cuidado maior com o meio ambiente.

No município de Maravilha os problemas ambientais são similares aos municípios da região, caracterizando-se pela contaminação dos mananciais hidrográficos especialmente pelo uso indevido de agrotóxicos, e lançamento de dejetos nos córregos e riachos que acabam contaminando o lençol freático. O Poder público municipal juntamente com demais entidades governamentais vem desenvolvendo ações visando melhor as condições ambientais no município.

## **II – DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO**

O perfil da morbimortalidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas, coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes ou reemergentes, bem como pela alta carga de acidentes e violências. Para termos um diagnóstico da situação de saúde do município, faz-se necessário que tenhamos uma série de informações de diversos indicadores de saúde, para demonstrar o diagnóstico epidemiológico. Assim sendo, passamos a analisar alguns indicadores de setores diversos, em relação a morbidade ambulatorial e hospitalar, assim como os indicadores de mortalidade, proporcional, infantil e materna.

### **6.1 – Vigilância Epidemiológica**

A dinâmica do perfil epidemiológico das doenças, o avanço do conhecimento científico e algumas características da sociedade contemporânea têm exigido não só constantes atualizações das normas e procedimentos técnicos de Vigilância Epidemiológica, como também o desenvolvimento de novas estruturas e estratégias capazes de atender aos desafios que vêm sendo colocados.

A análise da condição de saúde no município de Maravilha, apresentada a seguir, foi organizada considerando inicialmente o perfil de mortalidade geral, segundo os principais grupos de causas, a distribuição por faixa etária e por sexo, destacando-se algumas particularidades locais.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Maravilha, através dos profissionais responsáveis pela Vigilância Epidemiológica no município busca constantemente aperfeiçoar as ações visando à busca de resultados efetivos na epidemiologia no município.

### **6.2 – Mortalidade Geral**

Nos últimos 50 anos ocorreram significativas mudanças no perfil da mortalidade da população brasileira, com diminuição dos óbitos por doenças infecto-parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas.

O município de Maravilha acompanha esta tendência, tendo as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e doenças do aparelho respiratório como principal causa de óbito.

**Quadro 013: Mortalidade Geral por causas capítulos 2013-2016 – Maravilha – SC**

<b>Causas Capítulo CID 10</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	02	02	04	10	<b>18</b>
II – Neoplasias (tumores)	27	35	37	35	<b>134</b>
III – Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários.	00	01	02	00	<b>03</b>
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	06	05	13	15	<b>39</b>
V – Transtornos mentais e comportamentais	00	01	01	02	<b>04</b>
VI – Doenças do sistema nervoso	06	04	03	05	<b>18</b>
IX – Doenças do aparelho circulatório	30	43	46	45	<b>164</b>
X – Doenças do aparelho respiratório	19	18	14	20	<b>72</b>
XI – Doenças do aparelho digestivo	09	09	03	02	<b>23</b>
XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	00	01	00	02	<b>03</b>
XIV – Doenças do aparelho geniturinário	05	02	01	00	<b>08</b>
XVI – Algumas afecções orig. no período perinatal	02	00	00	02	<b>04</b>
XVII – Malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas	02	00	00	02	<b>04</b>
XX – Causas externas	18	15	23	14	<b>70</b>
					<b>564</b>

Fonte – DATASUS – Tabnet/SIM

Analisando o quadro acima, podemos perceber que nos últimos cinco anos, as principais causas de morte, permaneceram inalteradas sem oscilações importantes no período. A principal causa de mortes está relacionada às doenças do Aparelho Circulatório – Capítulo X, com cerca de 29% das mortes. Em segundo lugar as Neoplasias Malignas (Tumores) Capítulo II com 24% do total de óbitos no período. Chama atenção também, as mortes por causas externas, que com 70 óbitos no período, está em terceiro lugar, juntamente com as mortes relacionadas às doenças do aparelho respiratório. É importante fator de morbimortalidade no município e região. Trata-se de causas em que a saúde pública não tem muito o que fazer, porém ações extra-setoriais, devem ser implantadas/implementadas em conjunto com outros setores públicos, como a Secretaria de Segurança Pública (SSP) Educação e outros.

Por este quadro, podemos verificar que a mortalidade geral, está concentrada nas faixas populacionais mais elevadas, ou seja, nas pessoas mais velhas o que indica a qualidade de vida da população em determinado local e em determinada época. Segundo Nelson de Moraes, 1995, a curva em forma de “J” no quadro da mortalidade, sugere uma boa expectativa e qualidade de vida. Podemos perceber que 67% dos óbitos em Maravilha no período, ficaram concentrados na população com 60 anos ou mais, o que representa que a população está morrendo em idade avançada.

### 6.3 – Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil no Brasil caiu de 69,1 por mil nascidos vivos, em 1980, para 16,7 por mil, em 2010, o que representa queda de 75,8%. O resultado está na pesquisa Tábuas de Mortalidade 2010 – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, (IBGE 2010).

Na avaliação do Instituto, a redução na taxa de mortalidade infantil é resultado concreto de ações governamentais e não governamentais no campo da saúde e reflete as condições de vida da população.

Aleitamento materno, melhoria nas condições de saneamento básico e higiene pública, campanhas de vacinação, maior acesso da população aos serviços de saúde, maior escolaridade da mãe e política de assistência básica às gestantes são programas que efetivamente têm forte impacto na diminuição da mortalidade infantil e infanto-juvenil.

No quadro a seguir é demonstrada taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos em Saltinho no referido período.

**Quadro 014: Óbitos Infantis e Taxa de Mortalidade Infantil. Período 2012-2016**

<b>ANO DO ÓBITO</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Óbitos Infantis – (número absoluto)</b>	<b>02</b>	<b>05</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>05</b>
<b>Taxa de Mortalidade Infantil por 1000</b>	<b>6,34</b>	<b>17,24</b>	<b>12,26</b>	<b>11,73</b>	<b>15,10</b>
<b>Nascidos Vivos</b>	<b>254</b>	<b>263</b>	<b>326</b>	<b>341</b>	<b>331</b>

Fonte SINASC/DATASUS

O quadro nos mostra que no período de 2012 a 2016, houveram 20 óbitos infantis (número absoluto) com um total de 1.515 nascidos vivos, o que representa uma taxa média de mortalidade de 13,20 por mil nascidos vivos. Parece ser uma taxa de mortalidade baixa, mas ainda está acima do preconizada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de menos de dois dígito (10/1000).

### 6.4 – Mortalidade Materna

O Coeficiente de Mortalidade Materna também representa um bom indicador de saúde da população feminina. Faz parte dos Objetivos do Milênio da ONU e expressa também a qualidade da saúde pública.

Neste sentido o foco é enfrentar os desafios para a redução da mortalidade materna, principalmente aquela decorrente do parto e puerpério, que aparece entre as três maiores causas de morte de mulheres. São mortes evitáveis, em sua grande maioria. A rigor, nenhuma mulher deveria morrer em razão do parto no mundo atual.

**Quadro 016: Taxa de mortalidade materna e MIF em Maravilha/SC – 2012-2016**

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)</b>	<b>10</b>	<b>06</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>08</b>
<b>Óbitos Maternos</b>	<b>01</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>00</b>

Fonte: DATASUS

Pelo quadro acima, podemos identificar um total de 34 mortes no período analisado sendo que destas, a principal causa foi por Causas Externas. Houve somente uma morte materna devida a complicações obstétricas indiretas no período.

### **6.5 – Morbidade Hospitalar**

Em epidemiologia, 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 morbimortalidade 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).

A palavra morbidade provém da palavra latina morbus, que significa tanto doença física, enfermidade, como doença do espírito, paixão. A medida de morbidade é um dos temas centrais da epidemiologia, sendo que sua obtenção apresenta diferentes graus de dificuldade. Também é a taxa de portadores de determinadas doenças em relação ao número de habitantes sãos em determinado local ou em determinado doente.

O termo “**freqüência**” necessita ser bem definido na epidemiologia, sofrendo distinção entre “**incidência**” e “**prevalência**”, no intuito de separar determinados aspectos que, se não levados em conta, dificultam as comparações de “freqüências”.

**Incidência e Prevalência:** A **incidência** de uma doença refere-se aos casos novos e a prevalência aos casos existentes. Comparando, a incidência é como se fosse um “filme” sobre a ocorrência da doença, constitui-se como uma sucessão de ocorrências de adoecimentos e curas ou óbitos. **Prevalência** produz um “retrato” dela na coletividade. Assim uma é dinâmica, a outra é estática.

Para conhecimento da incidência, especifica-se a duração do tempo de observação de surgimento de casos novos, como por exemplo, a incidência de casos de dengue durante um mês. A prevalência informa o número de casos existentes, como por exemplo, a prevalência de casos de tuberculose nos dias de hoje. Nos seus resultados estão misturados casos novos e antigos.

**Medidas de incidência e prevalência:** A incidência reflete a dinâmica com que os casos aparecem no grupo. Por exemplo, ela informa quantos, entre os sadios, se tornam doentes em um dado período de tempo; ou ainda quando, entre os doentes, apresentam uma dada complicação ou morrem decorrido certo período de tempo. Por isso se costuma dizer que a incidência reflete a “força de morbidade” (ou “força de mortalidade”, quando referente aos óbitos).

A incidência é um dos fatores determinantes do nível de prevalência. Essa última representa o estoque de casos, ou seja, a proporção da população que apresenta uma dada doença. Ela aumenta com os casos novos e diminui com a cura e o óbito.

**Quadro 016: Morbidade Hospitalar, por local de residência – Maravilha – SC – 2013-2016.**

<b>Causas Capítulo CID 10</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
<b>I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	34	48	54	62	<b>198</b>
<b>II – Neoplasias (tumores)</b>	164	110	143	130	<b>547</b>
<b>III – Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários.</b>	27	28	23	17	<b>75</b>
<b>IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</b>	29	32	26	25	<b>92</b>
<b>V – Transtornos mentais e comportamentais</b>	29	25	26	24	<b>80</b>
<b>VI – Doenças do sistema nervoso</b>	49	79	74	51	<b>253</b>
<b>VII – Doenças do olho e anexos</b>	22	20	17	35	<b>94</b>
<b>VIII – Doenças do ouvido, apófise e mastoide</b>	32	55	28	96	<b>211</b>
<b>IX – Doenças do aparelho circulatório</b>	152	202	205	198	<b>757</b>
<b>X – Doenças do aparelho respiratório</b>	247	235	218	218	<b>918</b>
<b>XI – Doenças do aparelho digestivo</b>	233	282	251	199	<b>965</b>
<b>XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	08	18	14	28	<b>68</b>
<b>XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</b>	83	77	58	55	<b>273</b>
<b>XIV – Doenças do aparelho geniturinário</b>	129	208	145	125	<b>607</b>
<b>XV – Gravidez, parto e puerpério</b>	173	323	334	259	<b>1089</b>
<b>XVI – Algumas afecções orig. no período perinatal</b>	11	19	24	14	<b>61</b>
<b>XVII – Malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas</b>	14	10	18	16	<b>58</b>
<b>XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais.</b>	09	23	42	27	<b>101</b>
<b>XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas</b>	168	186	178	226	<b>758</b>
<b>XX – Causas externas</b>	139	173	175	206	<b>693</b>
<b>Total</b>	<b>1752</b>	<b>2153</b>	<b>2053</b>	<b>2011</b>	<b>7898</b>

Fonte: DATASUS/TabNet

Analisando de forma geral, pode-se afirmar que as internações hospitalares (morbidade) no período, tiveram um comportamento regular, sem alterações importantes e/ou significativas. Destaca-se apenas que a principal causa é relacionada a fatores biológicos, uma vez que

refere-se à gravidez, parto e puerpério. As demais internações, boa parte são consideradas “sensíveis” a Atenção Básica. Doenças do Aparelho Respiratório – Capítulo X. Explica-se por diversos fatores de morbidade em que a população está exposta. Clima tropical com variações bruscas de temperatura, trabalho em indústrias frigoríficas com temperaturas baixas, umidade alta e bem diferente da temperatura ambiente, na maior parte do tempo. Considerando que os dados preliminares, indicam que cerca de 30% das internações hospitalares no Brasil, são por causas tidas como “sensíveis a Atenção Básica” (ICSAB), acredita-se então que podem ser reduzidas, porém esse é trabalho de médio a longo prazo e envolve mudanças de atitude dos profissionais que internam, sem seguir protocolos clínicos e a superlotação das urgências/emergências dos hospitais, que leva a questões culturais. Faz-se necessário esforços concentrados e compartilhados de saber e comportamento, que envolvem setores diversos, como saúde, educação, profissionais, gestores e prestadores de serviços, para mudar esse indicador.

## **7 – ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. (Camila Maia Franco, Mestranda em Saúde Coletiva – UFF) Artigo de Mestrado.

Temos então que as Linhas de Cuidado ou de Atenção à Saúde, são formas de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.

O desenvolvimento de práticas alternativas à atenção hospitalar e a racionalização da utilização das tecnologias médicas, por meio do fortalecimento da Atenção Básica, são essenciais à reorganização da prática assistencial e melhoria das ações e serviços prestados no SUS.

A seguir serão abordados aspectos da atenção básica, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e serviços de urgência e emergência.

## 7.1 – Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se por 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias 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 deve ser acolhida.

A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A seguir são demonstradas informações relacionadas à Atenção Básica no município de Maravilha, como cobertura das Equipes de da Estratégia Saúde da Família e Estratégia Saúde Bucal, bem como demais indicadores de Atenção Básica.

**Quadro 017: Indicadores de Saúde – Atenção Básica 2013-2016 – Maravilha/SC**

<b>COBERTURA POPULACIONAL AL ESF</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>% Cobertura Estratégia Saúde da Família</b>	89,56	89,56	89,56	89,56
<b>% Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal</b>	100	100	100	100

Fonte: DATASUS/TabNet

O quadro nos mostra a evolução da Estratégia Saúde da Família (ESF) e alguns indicadores no município de Maravilha entre 2008 a 2012. Vemos que a cobertura das equipes de ESF tem aumentado, mas ainda não atinge 100% da população, considerando a média por equipe de 3.000 (três mil) pessoas. Sabendo-se que para um bom trabalho, seria razoável que a relação população/equipe fosse de 2.000 (dois mil) indivíduos, a cobertura

seria ainda menor. Esse certamente é um dos objetivos a serem contemplados no Plano Municipal de Saúde, a ampliação das equipes de ESF. Já na Saúde Bucal, seguindo mesma lógica das equipes de ESF, apresenta cobertura de 100%, esse dado na verdade apenas representa o cálculo equipes versus população, mas que na prática, o acesso aos serviços é limitado e não é integral. Podemos ver pela cobertura de ações coletivas em que a média de escovações supervisionadas caiu de forma vertiginosa. Mudanças radicais nas políticas e ações em saúde bucal devem ser implantadas/implementadas com urgência. Os demais indicadores estão dentro da média a exceção da cobertura de mamografias deve ser melhorada/ampliada de acordo com os parâmetros assistências propostos.

## **7.2 – Cobertura Vacinal**

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) constitui peça importante no controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas mediante imunizações. O modelo tecnológico adotado no controle dessas doenças combina uma série de elementos: a vacinação de rotina, os dias nacionais de vacinação, as campanhas periódicas e a vigilância epidemiológica.

No município de Maravilha o calendário vacinal é observado de forma efetiva e os resultados alcançados são muito positivos, conforme é demonstrado no quadro a seguir.

A cobertura vacinal das doenças imunopreveníveis é um indicador importante na Atenção Básica, representa o controle, a eliminação ou a erradicação da doença. Em Maravilha a cobertura vacinal normalmente o percentual fica acima de 100% das metas previstas.

## **7.3 – Doenças de Notificação Compulsória**

Notificação compulsória é um registro que obriga e universaliza as notificações, visando o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção. Para construir o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória (SDNC), cria-se uma Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC), cujas doenças são selecionadas através de determinados critérios como: magnitude, potencial de disseminação, transcedência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle, compromisso internacional com programas de erradicação, etc.

Devido as alterações no perfil epidemiológico, a implementação de outras técnicas para o monitoramento de doenças, o conhecimento de novas doenças ou a re-emergência de outras, tem a necessidade de constantes revisões periódicas na LDNC no sentido de mantê-la atualizada.

No quadro a seguir, apresentaremos os resultados da notificação das Doenças de Notificação Compulsória no município de Maravilha no período de 2008 a 2012.

**Quadro 019: Doenças de Notificação Compulsória – Maravilha – 2013-2016**

<b>DOENÇAS NOTIFICADAS</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
<b>Acidentes por animais peçonhentos</b>	16	21	25	33	<b>95</b>
<b>Atendimento anti-rábico</b>	21	13	34	41	<b>108</b>
<b>Brucelose</b>	00	00	02	04	<b>06</b>
<b>Condiloma acuminado</b>	03	07	02	0	<b>12</b>
<b>Dengue</b>	00	01	00	25	<b>26</b>
<b>Febre amarela</b>	00	00	00	00	<b>00</b>
<b>Hepatites virais</b>	35	48	25	55	<b>163</b>
<b>Leptospirose</b>	03	04	06	04	<b>17</b>
<b>Meningite</b>	02	01	00	03	<b>06</b>
<b>Sífilis em gestante</b>	01	00	01	02	<b>04</b>
<b>Sífilis em adulto</b>	01	04	02	06	<b>13</b>
<b>Varicela</b>	16	38	00	01	<b>55</b>
<b>Violência doméstica, sexual e outras violências</b>	03	05	12	14	<b>34</b>

Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Notificação de Agravos)

Esse quadro merece ser analisado de forma criteriosa e cuidadosa tendo em vista que os dados/informações tem variações importantes. A leptospirose ainda é presente, apesar das diversas ações de orientação e prevenção.

Em relação aos acidentes por animais peçonhentos e atendimento anti-rábico, estão dentro da média da região e mantém certa “regularidade” dos incidentes. Quanto à síndrome do corrimento cérvico-vaginal em mulheres, deixou de ser uma doença de notificação compulsória, mas era bastante frequente quando devia ser notificada.

#### **7.4 – Sistema de Informações Ambulatoriais**

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Organização Mundial de Saúde define um Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997).

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados. O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

### **7.5 – Atenção Hospitalar**

A atenção hospitalar no município de Maravilha é prestado pela Sociedade Hospitalar Beneficente de Maravilha – Hospital São José, que é um hospital de Médio Porte, pelo nível de hierarquia estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde (SES). São 88 (oitenta e oito leitos) dos quais 68 (sessenta e oito) estão ativos e estão disponíveis ao SUS 49 (quarenta e nove) leitos.

Entre os serviços prestados estão cirurgias de pequena e média complexidade, atendimento de urgência/emergência, internações clínicas, pediátricas e cirúrgicas. Possui UTI tipo II com dez leitos, dois leitos de isolamento, duas serviços de imagem com Raio X, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia. Exames laboratoriais de Análises Clínicas, serviços de fisioterapia entre outros. No hospital são realizadas cirurgias gerais, em ortopedia, oftalmologia (cataratas e implante de lentes), vascular entre outras. Além do município de Maravilha o hospital atende ainda, através da PPI, mais

O Hospital São José faz parte da a Rede de Urgência/Emergência (RUE) – Portaria 2395/2011, como Hospital de Retaguarda para atendimentos de acordo com os protocolos estabelecidos na referida portaria à Região do Grande Oeste, nas Regiões de Saúde do Extremo Oeste, Oeste Região e Região Oeste Xanxerê.

Os serviços de Alta Complexidade são referenciados em São Miguel do Oeste – Hospital Tereza Gaio Basso e Chapecó – Hospital Regional do Oeste que atende em quase todas as áreas de alta complexidade a exceção de Cardiologia, cujos serviços são prestados pelo Hospital São Paulo de Xanxerê. Ainda, tem-se alguns serviços referenciados em outras cidades, como Florianópolis, Blumenau (transplante de fígado) e Lages com cirurgia bariátrica.

### **7.6 – Serviços de urgência e emergência**

Seguindo a lógica da implantação de uma rede hierarquizada, regionalizada e regulada por critérios técnicos, e na perspectiva de melhorar e modernizar a execução dos serviços de urgência e emergência em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde delineou uma nova proposta de organização desses serviços. Trata-se da construção de uma rede assistencial hierarquizada, considerando a atenção pré-hospitalar fixa e móvel, a atenção hospitalar e a atenção pós-hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SAMU foi criado tendo como objetivo prestar socorro à população em casos de

urgências ou emergências 24 horas, diminuindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce.

O projeto institui o componente pré-hospitalar móvel, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. O serviço deve ser organizado e gerenciado pelo município, mas várias cidades poderão organizar um serviço de amplitude regional, cuja Central de Regulação Médica de Urgências será coordenada pela Secretaria Estadual da Saúde, de forma a diminuir custos e qualificar a estrutura do atendimento às urgências nos municípios integrados.

No Município de Maravilha conta com uma Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU, que atende Maravilha e região, com cerca de 10 (dez) municípios estão na área de abrangência da USB, que é regulada pela Central de Regulação do SAMU, com sede em Chapecó. Com a definição e implantação da Rede de Urgência e Emergência Etapa IV – Portaria Ministerial 1.256/2013, uma nova Unidade de Suporte Avançado (USA) foi destinada para o município de Maravilha, mas que será disponibilizada somente em 2015, segundo informações da Organização Social que administra o SAMU em Santa Catarina, pela falta de recursos em sua implantação.

#### **7.7 – Assistência Farmacêutica**

A consolidação das ações de Atenção Básica, como fator estruturante do Sistema Municipal de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento. Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização do sistema municipal, tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações.

A Política Municipal de Assistência Farmacêutica tem como propósito precípua garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

Importante ressaltar que o Plano Municipal de Assistência e Atenção Farmacêutica deverá conter as diretrizes básicas para nortear esta política no âmbito do SUS e que garanta a assistência sem ser assistencialista. Sendo este um dos maiores problemas de demandas judiciais na saúde pública, torna-se ainda maior o desafio, à medida que o impacto financeiro e de “desconstrução” do SUS que essas demandas judiciais causam, precarizando os critérios previstos no Decreto 7.508/2011 – Art. 28 e seguintes.

O município de Maravilha possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) que contempla quase que a totalidade das patologias, ainda assim são frequentes os pedidos de medicamentos no constantes de REMUME, e normalmente prescritos por profissionais não SUS, o que tem gerado algumas demandas judiciais e a necessidade de fornecimento destes itens, através de farmácias e/ou drogarias locais. Para

eu isso seja feito, e de acordo com a legislação vigente, são utilizadas duas formas: através de auxílio financeiro à pessoa, ou por meio de um credenciamento público, em que as empresas interessadas, fornecem os medicamentos de acordo com um desconto sobre a tabela de preço máximo de venda, disponibilizada mensalmente pela ANVISA.

### **7.8 – Gestão e Planejamento do Sistema Único de Saúde.**

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde configura-se como responsabilidade dos entes públicos, desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde, definindo diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados e desta forma contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

A Lei 8.080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7.508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

Nesse contexto, a recente edição do Decreto 7.508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontado a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde, em todos os níveis de gestão, desde a micro-gestão até a interface com os demais entes públicos, para obter-se o maior grau de resolutividade possível no sistema.

### **7.9 – Descentralização, regionalização e hierarquização**

Estes princípios tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS na prática. Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o Comando Unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa determinada região.

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir controle e fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do comando

único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

### **7.10 – Financiamento em Saúde**

O financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita.

Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores do SUS.

Os recursos para o financiamento da saúde são repassados por meio de transferências Fundo a Fundo, regulares e automáticas e destinam-se ao financiamento das ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, à assistência de média e alta complexidade e às ações básicas de saúde.

Um grande avanço nesse sentido, foi a promulgação da Lei 141/2012 – 12 anos após a Emenda Constitucional ter sido editada, que garantiu o mínimo de recursos de cada ente público. Com isso os municípios ficaram obrigados a investir 15% (quinze) por cento da receita de impostos em saúde. Estados 12% e a união, não teve nenhum percentual mínimo contemplado na referida Lei. Movimentos e abaixo assinado, estão na pauta para garantir no mínimo 10% (dez por cento) da receita da união em saúde. Se isso for assegurado, termos a “injeção” de cerca de 20 (vinte) bilhões de reais no setor.

Sabemos que o recuso por si só, não é a solução do problema do financiamento, faz-se necessário uma boa gestão do recursos, capacidade de conseguir investir com resolutividade e que os prestadores de serviços,, uma vez contratados/contratualizados, cumpram com as obrigações pactuadas.

### **7.11 – Participação e Controle Social no SUS**

A participação da comunidade, sob a perspectiva do controle social, permite que a população interfira na gestão do SUS, empregando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Essa perspectiva é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de maneira que decisões sobre as ações de saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades. (BRASIL, 2001).

Em Maravilha o Controle Social é exercido de forma efetiva pelos membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) que são escolhidos democraticamente pelas entidades representativas da sociedade para representá-la na definição das políticas públicas de saúde e também na fiscalização das ações de saúde desenvolvidas no município.

Como uma das propostas da atual gestão, é a criação dos Conselhos Locais de Saúde, para que as ações e políticas de saúde, estejam mais próximas possível da realidade local e que a comunidade possa participar ativamente da consolidação dos SUS e melhorar e efetivada e racionalidade.

### **7.12 – Gestão do Trabalho em Saúde**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, se desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde. Atualmente a gestão do trabalho é uma questão que tem merecido a devida atenção por parte de todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais.

Entender a gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições de trabalho com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização.

### **7.13 – Informações em Saúde**

Informação em Saúde é uma área estratégica para o conhecimento da rede, perfil dos pacientes, indicadores de saúde e a produção de serviços do SUS. É com base em dados contidos no Sistema DATASUS, tabulados e formatados por meio de programas como Tabwin, Tabnet e de Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) que os gestores do SUS tomam as decisões na administração da rede de serviços.

Em Maravilha a operacionalização dos Sistemas de Informações é exercida por uma equipe com três pessoas que compõe a Equipe de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (ECA). A equipe ainda necessita de capacitação para melhorar o desempenho.

Além dos Sistemas de Informações Oficiais do Ministério da Saúde, o município possui um sistema informatizado de gestão pública, prestado por empresa especializada no setor, e que permite, em tempo real, uma série de informações de auxílio à gestão.

O Sistema de Regulação Estadual (SISREG), implantado em agosto de 2016, ainda está na fase de implementação e consolidação, o qual necessita de ajustes, mas que já demonstrou ser eficiente e, se bem conduzido, será importante ferramenta de apoio para a gestão, regulando o acesso, diminuindo interferências externas nas listas de espera.

### **III – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

#### **OBJETIVO GERAL DO PLANO**

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Maravilha tem como objetivo principal a implementação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o arranjo organizacional que dará suporte a efetivação das políticas públicas de saúde no município.

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes no município e em outros, assegurados à população através da Programação Pactuada Integrada (PPI) ambulatorial e hospitalar e consórcios públicos e/ou através da compra de serviços diretamente com os prestadores de serviços da rede privada.

Está dividido em seis diretrizes principais, a fim de permitir melhor adequação da aplicação dos recursos de acordo com os Blocos de Financiamento (Portaria 204/2007 e seguintes), facilitando assim a compreensão e a execução financeira e contábil do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

#### **1 – ATENÇÃO BÁSICA**

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do trabalho em equipe e orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Seu papel no Sistema de Saúde é garantir a acessibilidade, a coordenação, responsabilização e continuidade do cuidado; construindo vínculo entre usuário e profissionais. Para isto, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e próxima da vida das pessoas.

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (Portaria 2436 PNAB Artigo 5º).

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no SUS e a ordenadora dos serviços, deve ser o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta rede de atenção conta com equipe(s) de Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiadas pelo(s) Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF,

além de arranjos assistenciais inovadores com a(s) equipes do melhor em casa, articuladas com a comunidade e com os demais serviços do território.

Cabe à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através da Coordenação de Atenção Básica, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território. Para o cumprimento desta missão, apresenta-se neste Plano Municipal de Saúde, instrumentos que norteiam o trabalho das equipes nas UBS com o objetivo de padronizar as ações na rede básica, respeitando as especificidades e peculiaridades de cada território.

Este documento traz diretrizes que buscam orientar os processos de trabalho nas UBS e aproximá-los cada vez da Política Nacional de Humanização do SUS e da Atenção Básica em Saúde. Assim, a Secretaria pretende qualificar a relação e a convivência entre usuários e trabalhadores, garantir acesso mais humanizado e fortalecimento do SUS.

## **DIRETRIZ**

Ordenação da Rede de Atenção à Saúde, através do cuidado centrado na pessoa de forma humanizada, buscando os melhores índices de resolutividade, com ações intra e intersetoriais que assegurem o acesso universal á população adscrita.
--

## **OBJETIVOS DA DIRETRIZ**

### **1.1 – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

#### **Objetivos**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ampliar o acesso aos serviços ambulatoriais da Atenção Básica, por meio das equipes de ESF.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Assegurar os recursos necessários – humanos, materiais, veículos e instalações físicas – adequados ao atendimento aos usuários da Atenção Básica, com qualidade e resolutividade.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Humanizar o atendimento às pessoas com acolhimento e escuta qualificada, priorizando às urgências e os grupos vulneráveis como idosos, crianças, gestantes, de acordo com o que preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003).</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Planejamento das ações com vistas a definir estratégias, organizar os fluxos, estabelecer rotinas e avaliar os resultados.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Reorientação do Modelo Assistencial voltado para a promoção de saúde e a prevenção de doenças.</li></ul>   |

- Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo as UBS, como portas de entrada aos serviços de saúde.
- Manter a Estratégia Saúde da Família, como política prioritária em Saúde Pública e ordenadora dos serviços de Atenção Básica.

### Metas e indicadores

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Atender 100% da demanda por consultas médicas em Atenção Básica através das equipes de ESF.	46.000	48.000	50.000	55.000	Consultas Médicas ambulatoriais
Ampliar para 10 (dez) as equipes de ESF, visando melhorar a equidade da população nas áreas asdscritas.	06	08	09	10	Equipes ESF implantadas
Assegurar a carga horária semanal de profissionais médicos para o atendimento	240	320	360	400	Horas Semanais de médicos ESF
Reorientação do Modelo Assistencial através de acolhimento humanizado e escuta qualificada.	X	Manter	Manter	Manter	Profissionais da Saúde
Implementar ações do NASF compatibilizando a carga horária com as necessidades.	200	200	200	200	Horas semanais equipe multidisciplinar.
Definir calendário de reuniões para planejar ações e definir estratégias de ação.	X	Manter	Manter	Manter	Equipe de Saúde
Planejar o atendimento através do agendamento prévio dos atendimentos eletivos (consultas e exames) na Atenção Básica.	X	Manter	Manter	Manter	Equipes ESF

## 1.2 – SAÚDE BUCAL

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir o atendimento integral à população na área de Saúde Bucal, contemplando desde a Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças da cavidade oral através da Odontologia Social em escolas, creches, APAE e outros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o tratamento clínico em consultórios odontológicos realizando minimamente os procedimentos estabelecidos no Caderno de Atenção Básica Nº 17 (Brasil, 2008)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Restaurar a saúde bucal da população endentada de acordo com o preconizado pelo Programa Brasil Sorridente através da protetização.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar o acesso dos usuários da Atenção Básica da Rede Pública Municipal de saúde aos serviços de Saúde Bucal de forma planejada e organizada estabelecendo rotinas de acesso e integralidade na atenção.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar a abrangência do atendimento clínico bem como implementar as ações de promoção e prevenção, orientando acerca dos problemas de saúde bucal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Implantar o sistema de Tratamento Concluído (TC) de modos que o cidadão possa, após a primeira consulta programática, seguir o tratamento até o TC através de consultas agendadas com dia e hora marcados previamente, evitando o atendimento à livre demanda, exceto os casos de urgência/emergência.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar a atenção em saúde bucal, através do ciclo de vida iniciando com a gestante, bebê, crianças e adolescentes até a fase adulta, atenção esta através de equipe multi-profissional com foco na educação para o auto-cuidado, conscientizando cada cidadão sobre a importância da higiene bucal adequada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter e ampliar os recursos materiais necessários para o desenvolvimento dos trabalhos evitando a falta dos insumos mínimos para as ações de promoção e prevenção, o tratamento clínico e a protetização.</li> </ul>

### Meta e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Realizar Escovação dental supervisionada pelo menos 04 (quatro) vezes ao ano vezes aos alunos entre 03 e 15 anos.	4.500	4.800	5.200	5.650	Crianças 03 a 15 anos – procedimentos coletivos
Realizar palestras educativas e orientações em escolas e creches.	24	24	24	24	Turmas/ano
Implantar sistema de	X	Manter	Manter	Manter	População usuária

Tratamento Concluído (TC) na Atenção Básica com a 1ª Consulta programática.					SUS
Organizar o acesso aos serviços por meio do agendamento prévio e reagendamento até o final do tratamento.	X	Manter	Manter	Manter	Equipes Saúde Bucal
Ampliar o atendimento clínico curativo para integralidade da assistência.	20.000	25.000	35.000	40.000	Procedimentos /ano
Ampliar o número de equipes e Saúde Bucal com profissionais e carga horária adequados.	06	08	09	10	Equipes SB implantadas
Organizar a Atenção em Saúde Bucal pelo Ciclo de Vida.	X	100%	100%	100%	Gestantes, crianças, idosos.
Disponibilizar os materiais ambulatoriais necessários para o tratamento clínico e preventivos.	X	X	X	X	Insumos
Capacitação e atualização dos profissionais de Saúde Bucal.	10	06	06	08	Profissionais SB todos os níveis.
Fornecer Próteses Totais (PT) e Próteses Parciais Removíveis (PPR) à população maravilhense de acordo com a demanda.	240	360	480	480	Próteses/ano
Aprimorar o acolhimento humanizado à população em todos os níveis.	X	Manter	Manter	Manter	Servidores Públicos
Contratar profissionais de Nível Médio (TSB) com vínculo protegido através de Concurso Público.	04	Manter	Manter	Manter	Servidores concursados admitidos.
Contratar Odontólogos para Atenção Básica (SB) com vínculo protegido através de Concurso Público e carga horária de 40h semanais.	04	Manter	Manter	Manter	Odontólogos contratados
Implementar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo I	Manter	Manter	Manter	Manter	CEO tipo I

### 1.3 – SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

#### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"><li>• Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atenção integral e integrada a saúde da criança;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estímulo às ações trans-setoriais visando a integralidade da atenção;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da criança;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimular a realização do Teste do Pezinho e Teste do Olhinho, Teste da Orelhinha de acordo com os prazos preconizados.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assegurar a imunização em todas as crianças de acordo com o calendário vacinal estipulado.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter as ações de vigilância das doenças, agravos e fatores de risco associados.</li></ul>

#### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças (ACDC) até 05 anos peso e altura.	850	1.100	1.200	1.300	Crianças de até cinco anos
Buscar 100% das Declarações de Nascidos Vivos (DNs) e inseri-las no SINASC	100%	100%	100%	100%	Nascidos vivos
Captar 100% das Declarações de Óbitos (DO) infantis e digitá-las no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	100%	100%	100%	100%	Óbitos menores de um ano.
Manter a vigilância dos óbitos infantis através da investigação e análise de 100% dos óbitos em crianças menores de um ano.	100%	100%	100%	100%	Óbitos em menores de um ano
Acompanhar o Programa Bolsa Família em 100% das crianças menores de cinco anos.	60	60	55	55	Crianças cadastradas no PBF < 05 anos

## 1.4 – AÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"><li>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres residentes no município de Maravilha, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, assistência e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Garantir a atenção às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Reduzir a morbimortalidade relacionada ao câncer de colo uterino e mamas.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Detectar precocemente câncer de mamas, através da oferta de exames de diagnóstico para mulheres na faixa etária recomendada.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Expansão do programa de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) através de equipe multi disciplinar e fornecimento de medicamentos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Humanizar o atendimento, aumentado a segurança e melhorando a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Implantar/implementar o programa de Planejamento Familiar com vistas a reduzir a gravidez na adolescência, gravidez de alto risco e óbitos maternos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Redução da mortalidade infantil e neonatal, garantindo a saúde e bem estar da mulher e do concepto.</li></ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Realizar exame preventivo (coleta de material citológico) para o câncer do colo do útero com busca ativa das faltosas ao menos um exame/ano.	2.200	2.300	2.400	2.500	Mulheres entre 25 e 64 anos
Realizar exames de mamografia para rastreamento em mulheres entre 50/69 anos.	450	650	850	1.100	Mulheres na faixa etária
Realizar reuniões/palestras mensais com as gestantes oferecendo orientação multiprofissional sobre a importância do pré-natal.	12	12	12	12	Palestras gestantes/ano
Garantir atendimento multiprofissional às gestantes de risco.	100%	100%	100%	100%	Gestação de risco
Notificar os casos identificados de violência contra mulher e	100%	100%	100%	100%	Casos de violência

vítimas de violência sexual.					identificados
Investigar os óbitos maternos e mulheres em idade fértil (MIF)	100%	100%	100%	100%	Óbitos maternos e/ou em idade fértil
Assegurar atendimento em ginecologia e obstetrícia para a demanda da Atenção Básica.	100%	100%	100%	100%	Demanda referenciada AB

## 1.5 – AÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

### Objetivos

- Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do município, contribuindo, de modo efetivo para a redução da morbimortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde do homem. (Portaria nº. 1.944/2009).
- Assegurar a integralidade da assistência em todos os níveis de Atenção.
- Fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas.
- Detectar precocemente os casos de cânceres com atenção especial para o câncer de próstata.

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar a oferta de exames na Rede Pública, para detecção precoce de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.	3.500	4.000	4.500	5.000	Exames análises clínicas/ano
Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.	1.000	1.000	1.200	1.200	Consultas/ano para homens a partir dos 20 anos
Conscientizar os homens sobre paternidade responsável, garantindo oferta de contracepção cirúrgica voluntária (Vasectomia).	30	35	40	50	Vasectomias/ano
Estimular o auto-cuidado através de palestras e orientações nos grupos de idosos.	12	12	12	12	Palestras/ano
Garantir acesso à consulta com Urologista nos casos suspeitos	250	280	300	350	Consultas urologista/ano

de CA de Próstata, faixa etária acima de 40 anos.					
Implementar o Programa de Controle do Tabagismo no município para atender a demanda.	X	Manter	Manter	Manter	Programa Implementado

## 1.6 – SAÚDE DO IDOSO

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Política de Atenção à Saúde do Idoso tem o intuito de garantir a promoção da capacidade funcional e da saúde do idoso em ações que visem à valorização, ao respeito e à efetivação do Estatuto do Idoso. (Lei N°10.741, de 01.10.2003).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A ampliação do acesso ao cuidado e aos serviços e equipamentos públicos de assistência social e à saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de acesso ao medicamento, às terapias adequadas, incluindo a saúde bucal e ocular, as terapias integrativas, e reabilitação física e cognitiva.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em idosos para a redução da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fraturas do fêmur;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de ações intersetoriais de fortalecimento da pessoa idosa, mediante ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência funcional;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia do acesso aos equipamentos de tecnologia assistiva (órtese e prótese).</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Implantação de grupos de educação em saúde de idosos e criação de uma Rede Solidária de Cuidado ao Idoso na comunidade;	X	X	X	X	
Realizar capacitação aos profissionais de saúde visando qualificar a atenção às pessoas idosas.	10	15	15	15	Profissionais capacitados.
Definição e implantação de protocolos clínicos e linhas de cuidados de atenção à saúde do idoso.	X	X	X	X	Idosos
Assegurar a assistência	X	X	X	X	REMUME

farmacêutica integral e regular com medicamentos de uso contínuo e/ou temporários.					
Otimização do fluxo dos atendimentos, de acordo com a demanda e quando necessário encaminhamento à geriatras.	X	X	X	X	Demanda livre e agendada nas ESFs
Implantação de práticas integrativas assistidas – Academia ao Ar Livre, Fitoterapia e outros.	X	X	X	X	Idosos do município.
Organização de redes solidárias com as comunidades e promoção de grupos de convívio e orientação.	X	X	X	X	Idoso/comunidades e equipes de ESF.
Ações e orientações para o envelhecimento saudável.	02	02	02	02	Reuniões/ano em cada grupo de idosos.

## 1.7 – SAÚDE MENTAL

### Objetivos

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
- Consolidar, no município de Maravilha, uma rede de atenção integral e resolutiva para os usuários com transtorno em decorrência do uso de drogas – lícitas e ilícitas – promovendo espaços de inclusão e de reinserção social e atuando junto às famílias e à comunidade.
- Fortalecer ações integradas de saúde do trabalhador voltadas ao controle do tabagismo e do sedentarismo;
- Fortalecer a Política de Controle do Tabagismo através do apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Desenvolver um plano de atuação intersetorial para a atenção ao usuário de drogas.	X	Manter	Ampliar	Manter	Usuários de drogas
Realização de mapeamento por equipe de ESF em relação ao uso de álcool e outras drogas,	X	Manter	Manter	Manter	Alcoolistas e outras drogas.

lícitas e/ou ilícitas.					
Realizar ações de redução de danos e prevenção do uso de drogas no território.	X	X	X	X	Dependentes químicos
Estabelecer protocolos e fluxos nas Unidades de Atendimento para garantir o atendimento de 100% da demanda de portadores de transtorno mental.	X	X	X	X	Demanda identificada em Saúde Mental
Elaboração de fluxos e rotinas de ações junto ao NASF e Equipes de Saúde da Família e aos serviços de referência (CAPS) entre outros.	X	X	X	X	
Redução da prevalência de dependentes do tabaco no município, gradualmente.	10%	20%	20%	20%	Fumantes do município.
Formar grupos e realizar oficinas terapêuticas com portadores de transtornos mentais por similaridade.	06	08	10	12	Oficinas/ano por grupo.
Definir o NASF como o ordenador de Saúde Mental no município, qualificando a equipe e ampliando a carga horária.	X	X	X	X	NASF
Formar no município, grupos (02 a 04 ao ano) de tabagistas e, de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), reduzir a prevalência de fumantes.	02	04	04	04	Grupos de tabagistas
Expandir o Projeto de Ambientes Livre do Fumo para todas as Repartições Públicas Municipais, incluindo as escolas.	02	02	02	02	Repartições Públicas Municipais ano.
Implantar o programa Saber Saúde (controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer) nas escolas municipais como parte do Programa de Saúde na Escola (PSE).	X	Manter	Manter	Manter	Escolas públicas
Inserir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica, como apoio institucional às equipes de ESF.	X	X	X	X	Equipes de ESF/NASF

Elaborar, juntamente com as equipes de ESF, protocolos de atendimento, visando o cuidado compartilhado.	X	Manter	Ampliar	Ampliar	NASF/ESF Necessidade percebida
Capacitação e educação permanente em temas relevantes oriundos da demanda espontânea ou pactuada com as equipes de ESF/Atenção Básica	X	Ampliar	Ampliar	Ampliar	NASF/ESF Necessidade percebida
Ampliar a equipe multiprofissional do NASF, contratando profissionais com vínculo protegido.	02 prof. 40h	Manter equipe	Manter equipe	Manter Equipe	Profissionais CBO NASF – Portaria

## 2 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) – AMBULATORIAL E HOSPITALAR

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 demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

O acesso aos serviços de média e alta complexidade, certamente está entre os maiores desafios dos gestores municipais. A pouca oferta de serviços na área, aliada à dificuldade de acesso nos locais referenciados e que há de se fazer uma referência que, nem sempre a negativa do acesso ocorre por falta de vontade dos gestores, mas sim pela pouca oferta de determinados serviços, especialmente em relação à consultas especializadas e algumas especialidades e sub-especialidades, cirurgias eletivas e exames de imagem.

Os serviços assistenciais do SUS organizam-se em ações da **Atenção Básica** e em ações da **Média e Alta Complexidade**, que envolvem a assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades. Visando à promoção dos direitos sociais da saúde consagrados na Constituição Federal com observância aos princípios/diretrizes da regionalização e da hierarquização da atenção à saúde.

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

A Constituição Federal definiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...).

Isto posto, fica evidente a necessidade de articulação e a implementação as Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade, sem “transferir” responsabilidades, ou seja, assegurar ao cidadão usuário do SUS, o atendimento ambulatorial e hospitalar, em tempo oportuno e de acordo com as necessidades individuais e coletivas, mediante a referência e contra-referência, o mais próximo possível de sua residência, através de protocolos clínicos estabelecidos e a regulação do acesso, priorizando os casos mais urgentes sem interferências externas e/ou políticas.

Na média e alta complexidade, propõe-se a ampliação da oferta de serviços da rede própria e de forma complementar, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS). Fortalecer o processo de descentralização dos serviços de saúde, buscando garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, integralidade, acolhimento e co-gestão. Desta forma, será possível potencializar as ações de saúde nas UBS, incluindo a oferta de diagnóstico laboratorial, de imagem, anatomia e citologia entre outros, considerando risco e vulnerabilidade de grupos e sujeito e ainda articular a atenção especializada à vigilância em saúde.

### **DIRETRIZ**

Assegurar a integralidade da assistência, em todos os níveis de complexidade, através da articulação e estruturação das Redes de Atenção à Saúde em todos os pontos de atenção, ampliando a oferta serviços ambulatoriais e hospitalares.
---

### **Objetivos**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde com garantia de acesso.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Potencializar as ações de saúde com a oferta de diagnóstico laboratorial e de imagem, prioritariamente para os programas de saúde estruturados na rede básica, considerando risco e vulnerabilidade.</li></ul> |

• Ampliar a oferta de consultas especializadas para atendimento em tempo adequado.
• Fortalecimento da Assistência pré-hospitalar (SAMU)
• Melhorar a oferta de procedimentos hospitalares de média e alta complexidade.
• Assegurar o serviço de Atenção Especializado em Odontologia no CEO.

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar e adequar o espaço físico para ofertas de serviços de fisioterapia.	X	Manter	Manter	Manter	Serviços de fisioterapia
Ampliação da equipe NASF para implantar/implementar ações multi e inter disciplinares e apoio matricial às equipes de ESF.	120h	Manter	Manter	Manter	Ampliar a Carga Horária profissionais do NASF
Aumento do número de especialidades da rede de forma equânime priorizando a expansão das especialidades com maior déficit e garantindo ao usuário consultas à especialistas.	10%	20%	20%	20%	Ampliação da oferta de consultas especializadas
Ampliar a oferta de exames laboratoriais de análises clínicas e de imagem de acordo com a demanda advinda da Atenção Básica.	30%	20%	X	X	Percentual de aumento/ano.
Manter e ampliar a participação Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMERIOS (CIS/AMERIOS).	X	X	X	X	Participação em Consórcio de Saúde.
Aumentar a oferta de procedimentos ambulatoriais e clínico-cirúrgicos de média e alta complexidade para população marvilhense.	20%	20%	20%	20%	Cirurgias eletivas de média e alta complexidade
Garantir o acesso aos serviços para pessoas com transtornos mentais/comportamentais unidades ambulatoriais (CAPS) ou hospitalares, de acordo com a demanda.	60	70	80	100	Indivíduos acompanhados pelo CAPS
Manutenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município.	X	X	X	X	USB/SAMU

Contratação de profissionais de nível superior, vínculo protegido para atuarem no CEO, CAPS e NASF.	X	X	X	X	Profissionais concursados e admitidos.
Ordenar o acesso aos serviços de média complexidade no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	X	Manter	Manter	Manter	CEO Implantado
Assegurar a manutenção do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo I, com equipe mínima, materiais e equipamentos necessários	X	X	X	X	Serviço Mantido
Garantir a oferta de serviços profissionais de nível superior na Rede Própria em fisioterapia, psicologia, nutricionista, psiquiatria entre outros.	X	X	X	X	Oferta de Serviços de Média Complexidade
Manutenção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, com profissionais e os insumos necessários.	X	X	X	X	CAPS mantido
Assegurar a Regulação dos serviços através do Sistema de Regulação (SISREG) municipal e regional.	X	X	X	X	Serviços Regulados

### 3 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço, contendo: atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. A definição ampliou-se, sendo que a Vigilância em Saúde, é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, com o monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, proposição de medidas de controle entre outros.

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e

mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la. (LANGMUR, 1963). Vigilância da Saúde é uma proposta de reorganização das práticas de saúde, cujas bases conceituais e metodológicas vem sendo definidas a partir da reflexão sobre um processo de experimentação iniciado a cerca de 15 anos (TEIXEIRA, Carmen 2004).

A partir destas definições, serão objeto de atenção à vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imuno-preveníveis, bem como a manutenção da capacidade de resposta às emergentes. Constituirão igualmente prioridades o fortalecimento da promoção da saúde, nesta incluída a vigilância em saúde ambiental e a implantação/implementação da saúde do trabalhador. Particularmente em relação às doenças transmissíveis, deverão ser empreendidas ações de atuação voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce, bem como ao controle e a eliminação de agravos. Quanto às doenças não transmissíveis, a estratégia central consistirá na implementação e monitoramento de ações voltadas à redução da mortalidade decorrente destas doenças. A prevenção e o controle incluirão o fortalecimento de medidas educativas, com prioridade à conscientização da população quanto aos fatores de risco relacionados a essas doenças.

#### **DIRETRIZ**

- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde através de ações de promoção de saúde, prevenindo doenças reduzindo a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, implementando e aprimorando as ações de Vigilância em Saúde.

#### **Objetivos**

- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde, implementando ações para a redução das desigualdades sociais e a promoção da qualidade de vida.
- Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes e privilegiar a intensificação de ações coletivas de caráter preventivo.
- Implementar e aprimorar as ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências e Promoção da Saúde, na perspectiva de fomentar um enfrentamento efetivo, interdisciplinar e intersetorial.
- Prevenir e controlar as DST/Aids no município e promover a melhoria da qualidade de vida com assistência adequada à saúde das pessoas soropositivas ao HIV residentes no município.
- Ampliar a atuação da VISA, aprimorando suas práticas de trabalho e apoio tecnológico.

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Manter e ou alcançar as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde.	X	X	X	X	Cobertura vacinal público alvo
Encerrar oportunamente pelo menos 95% das doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN.	X	X	X	X	Encerramento oportuno.
Manter a proporção de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase.	X	X	X	X	100% cura casos novos
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil	100%	100%	100%	100%	100% dos casos investigados e encerrados
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos infantis no município	100%	100%	100%	100%	100% dos casos encerrados
Reduzir para menos de dois dígitos a taxa de mortalidade infantil no município no período.	02	02	02	02	Óbitos infantis
Implantar/implementar a Política Municipal de Práticas Integrativas Complementares (PICs).	X	X	X	Manter	Práticas Integrativas
Ampliar ações de prevenção e controle ao HIV e Aids na população vulnerável (gays, travestis, profissionais do sexo etc.), e também dirigidas a adolescentes, mulheres e às pessoas acima de 50 anos.	X	X	X	X	Ações implemente.
Manter cadastrados 100% dos estabelecimentos de interesse da saúde no município (VISA).	90%	100%	100%	100%	Estabelecimentos inspecionados
Alcançar as metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) Portaria 1708/2013.	80%	80%	90%	90%	Metas pactuadas a serem alcançadas.
Atualizar o Código Sanitário Municipal (Lei Municipal) de acordo com a legislação vigente.	X	Manter	Manter	Manter	CSM

Atualizar Lei/Decreto que regulamenta a cobrança de taxas da Vigilância Sanitária.	X	Manter	Manter	Atualizar	Taxas municipais
Manutenção de inspeções em unidades comerciais, pelo menos uma inspeção em cada estabelecimento.	800	960	1.100	1.300	Inspeções/ano
Capacitação dos trabalhadores para boas praticas de fabricação/manipulação de alimentos e/ou produtos de interesse da saúde.	150	150	200	200	Trabalhadores capacitados
Monitorar a qualidade da água para consumo humano - soluções alternativas coletivas – poços artesianos, através de análise mensal e tratamento quando for o caso.	48	48	48	48	Amostras de água analisadas por mês.
Monitoramento da qualidade da água consumida na Rede Pública e em poços coletivos, de acordo com a Portaria 2914/2011.	25	25	25	25	Amostras de água/mês enviadas ao LACEN
Implantar e implementar a Política de Saúde do Trabalhador no setor primário e terciário.	X	Manter	Ampliar	Ampliar	Saúde do trabalhador
Cadastrar, notificar e investigar 100% das ocorrências de surtos de DTAs.	100%	100%	100%	100%	Surtos DTAs
Atualizar o mapa de Reconhecimento Geográfico (RG) do perímetro urbano para controle da Dengue.	01	01	01	01	01 RG/ano
Realizar 100% das ações de campo para determinar os índices de infestação do mosquito Aedes Aegypti, de acordo com o PNCD – Levantamento de Índice (LI) e Pontos Estratégicos (PE)	2.616 PE 384	LI 2.619 PE 384	LI 2.619 PE 384	LI 2.619 PE 384	LI – imóveis 873x3/ano PE 16x24 visitas ano
Realizar 100% das ações de bloqueio e delimitação de focos, quando e se houver, de acordo com PNCD.	100%	100%	100%	100%	Ações de Bloqueio
Realizar pelo menos um evento	01	01	01	01	Evento anual

anual com atividades educativas visando mobilizar a comunidade em geral sobre ações de prevenção e combate a dengue.					
Elaboração de material informativo (folders, banner, placas) e distribuí-los/afixá-los em pontos estratégicos.	5.000 20	5.000 20	5.000 20	5.000 20	Panfletos, Placas
Contratação de Agente de Combate a Endemias (ACE) com vínculo protegido – concurso público.	02	Manter	Manter	Manter	ACE Concursado
Manter atualizado o Plano de Contingência da Dengue	X	X	X	X	Plano Atualizado

#### 4 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Entendendo a Assistência Farmacêutica como parte importante de um Sistema de Saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, o Ministério da Saúde após ampla discussão, aprovou, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM N° 3.916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do país. A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito precípuo garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde — SUS na sua efetivação. As ações direcionadas para o alcance desse propósito serão balizadas pelas diretrizes a seguir: Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Regulamentação sanitária de medicamentos. Reorientação da assistência farmacêutica. Promoção do uso racional de medicamentos. Desenvolvimento científico e tecnológico. Promoção da produção de medicamentos. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I – estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II – ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III – estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV – ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.(...) Decreto 7.508/2011 – Artigo 28º.

Assim sendo, pressupõe-se que todo indivíduo atendido na Rede Pública de Saúde, deva ter assegurada a INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA, incluindo a terapêutica para o tratamento completo. Isso implica em garantir o acesso aos medicamentos que devem estar disponíveis em tempo integral e de acordo com as especificidades locais/regionais.

#### **DIRETRIZ**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Integralidade da assistência farmacêutica aos usuários do SUS através da distribuição regular e uso racional de medicamentos.</li></ul> |
|---|

#### **Objetivos**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Manter e adequar a oferta de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica à população maranhense, com revisões sistemáticas da REMUME.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Atualizar anualmente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Garantir o acesso e a distribuição de medicamentos do componente básico, componente especializado (excepcional) e demandas judiciais.</li></ul>     |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover o uso racional de medicamentos.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Reestruturação da assistência farmacêutica do município.</li></ul>  |

#### **Metas e indicadores**

<b>Meta/ação</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Indicador</b>
Rever anualmente a REMUME, com base em portarias ministeriais, evidências científicas e perfil epidemiológico local.	X	X	X	X	Revisão REMUME
Divulgação e fortalecimento da REMUME junto aos profissionais da equipe, principalmente os prescritores.	X	X	X	X	REMUME divulgada junto a equipe.

Garantir a oferta de medicamentos com base no uso racional do medicamento.	X	X	X	X	REMUME Dispensação
Manter estoques mínimos necessários para evitar a falta de medicamentos de uso contínuo ou sazonais nas UBS.	X	X	X	X	Estoque de remédios mantido.
Ampliação/adequação do almoxarifado Central, com climatização e acondicionamento adequado dos medicamentos e insumos.	X	Manter	Manter	Manter	Estrutura física
Centralização dos principais serviços farmacêuticos em UBS distintas no município: CAIC e Centro I.	X	X	Manter	Manter	Atenção Farmacêutica estruturada
Adequar sala exclusiva para realização das atividades do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica.	X	X	Manter	Manter	Estrutura física
Assegurar o destino correto dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), Grupos A e B – RDC ANVISA 306, produzidos pela Rede Pública de Saúde.	X	X	X	X	Resíduos de Serviços de Saúde
Adequar, alimentar e manter regularmente o Sistema de Controle de Estoque – entradas e saídas – no Sistema de Gestão Municipal (GEMUS).	X	X	X	X	Sistema alimentado regularmente.
Treinar profissionais de nível técnico sobre as rotinas das farmácias das UBS com objetivo de padronizar os serviços relacionados ao fornecimento medicamento	04	Manter	Manter	Manter	Servidores treinados
Ações educativas e informativas sobre o uso racional de medicamentos à usuários e profissionais de saúde em datas específicas.	X	X	X	X	Prescrição e uso racional de medicamentos.
Dispensar e entregar regularmente os medicamentos prescritos pelos profissionais da Rede Básica Municipal e	X	X	X	X	Medicamentos dispensados regularmente.

referenciados através da PPI/COAP ou Consórcio.					
Contratação de profissionais de nível superior (farmacêuticos) para assegurar a Assistência Farmacêutica à população usuária.	X	X	X	X	Profissionais contratados.
Estabelecer rotinas de reposição de medicamentos – solicitação, distribuição, transporte e entrega – de modos a assegurar o estoque regular e evitar faltas nas UBS.	X	Manter	Manter	Manter	Rotinas efetivas
Fazer a exportação dos dados – entradas/saídas – de medicamentos ao Sistema HORUS.	X	X	X	X	Dados exportados

## 05 – GESTÃO DO SUS

Mesmo levando em consideração a conquista histórica que significa o Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país, devemos ter muito claro as enormes dificuldades que significam a sua implementação dado a nossa história de tratamento do estado com relações de fisiologismo, patrimonialismo, loteamento e privatização por grupos e corporações organizadas, como também de um modelo de atenção equivocado.

Assim, se por um lado temos um sistema com significativos avanços e que tem sido de uma importância incomensurável para toda a população brasileira, de outro há ainda gargalos que são produtos de toda essa nossa cultura e que necessitam de um tratamento correto e sintonizado com os princípios da Reforma Sanitária.

A prática corrente tem sido do tratamento da doença em detrimento de ações que possibilitem a promoção efetiva da saúde. Quando analisamos o SUS, nos seus vinte e poucos anos, percebemos que apesar de alguns avanços pontuais e de relevância e impacto no contexto sócio-epidemiológico, continuamos presos a uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, “medicocêntrica” e mais recentemente nos exames de alta complexidade.

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde tem gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo. Não temos programas que possibilitem um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia,

saúde mental, assistência farmacêutica, saúde bucal e outros e somos obrigados, em consequência, a arcar com os desumanos e insustentáveis tratamentos de hemodiálise, cirúrgicos, transplantes, intoxicações e câncer, só para citar alguns. (CNS, 2006 – João Batista Júnior).

A partir dos pressupostos acima, queremos poder assegurar aos profissionais de saúde e a população sulflorense, a certeza de que não mediremos esforços no sentido de melhorar indicadores e a efetiva mudança do modelo assistencial atual, centrado no ato médica, na cura de doenças em detrimento da promoção de saúde, do auto-cuidado e da prevenção de doenças.

## DIRETRIZ I – GESTÃO DO TRABALHO

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar a Gestão do Trabalho no SUS, centrada na valorização dos trabalhadores e com a participação dos diversos atores envolvidos no processo, fortalecendo as relações do trabalho, o desenvolvimento profissional e uma atuação solidária, humanizada e de qualidade, na perspectiva do trabalho em equipe e integralidade da atenção à Saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer e aprimorar as ferramentas/instrumentos de gestão como um espaço democrático de avaliação contínua e participativa dos trabalhadores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver estratégias para a incorporação da prática do planejamento no cotidiano das ações desenvolvidas em todos os âmbitos da Secretaria de Saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar/implementar o Sistema de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (ECA) com vistas a ordenar, coordenar a aprimorar as ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar.</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS)	01	01	01	01	PAS elaborada
Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS)	01	01	01	01	RAG elaborado
Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)	01	Revisar	Revisar	Revisar	PMS 2018/2021
Atualizar o plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) adequando vencimentos aos padrões	X	Manter	Manter	Manter	PCCS adequado

regionais.					
Realização de Concurso Público para provimento de vagas e garantir vínculo protegido à pelo menos 95% do servidores.	X		X	X	Concurso público para provimento de vagas.
Manter canal de negociação com servidores para adequação da Política Municipal de Cargos e Salários.	X	X	X	X	Mesa de negociação
Contratação de servidores de nível superior para as vagas/cargos existentes e novas a serem criadas.	X	X	X	X	Servidores contratados
Contratação de Servidores de nível médio e fundamental para as vagas em aberto e novas.	X	X	X	X	Servidores nível médio contratados
Instalar mecanismo de controle de registro frequência (ponto) nos locais de trabalho.	X	X	X	X	Ponto Eletrônico
Fazer a avaliação de desempenho (Estágio Probatório) dos servidores novos com objetivo de inseri-los no contexto da filosofia de trabalho da Secretaria de Saúde.	X	02	02	02	Avaliações/ano
Estruturar e capacitar uma equipe de regulação, controle, avaliação e auditoria (ECA) do SUS.	X	Manter	Manter	Manter	Equipe ECA
Implantar/implementar protocolos de acesso aos serviços ambulatoriais de média complexidade, de acordo com os Parâmetros Assistenciais	X	X	X	X	Protocolos estabelecidos
Capacitar a equipe de ECA para Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria de acordo com as normas vigentes.	X	X	X	X	Servidores capacitados

## DIRETRIZ II – EDUCAÇÃO PERMANENTE

O processo da Educação Permanente deve estar voltado à qualificação dos profissionais de saúde com foco na consolidação e ampliação da resolutividade da Atenção Primária, bem como para o fortalecimento da atuação em áreas prioritárias, além dos aportes para o fortalecimento gerencial, como a formação aos funcionários que trabalham nas farmácias e no apoio administrativo das Unidades Básicas de Saúde.

Para isso, deve ser elaborado um Plano de Educação Permanente articulado ao modelo de atenção atual, contemplando as áreas de gestão de sistema, atenção à saúde, educação e controle social, assumindo um olhar no território, e das propostas estratégicas das áreas temáticas. Além disso, este plano deverá pensar estratégias e critérios para a garantia da participação dos servidores em eventos e atividades inerentes a função.

O município de Maravilha, firma compromisso com a prática da Educação Permanente, em contraposição à lógica da capacitação continuada e das ações fragmentadas de treinamento e capacitação. Propõem-se estratégias que fortaleçam o caráter pedagógico da prática cotidiana, fornecendo os aportes necessários de conhecimento atualizado para o seu fortalecimento e qualificação, de acordo com o desenvolvimento profissional dos atores envolvidos.

### Objetivos

• Ampliar o processo de educação permanente a todos os servidores.
• Buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e com isso, promover transformações na prática profissional.
• Promover o aprimoramento e a atualização dos profissionais, considerando suas vivências profissionais e as especificidades de cada serviço.

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Possibilitar/promover a participação dos servidores em cursos de capacitação em pelo menos 40h/ano.	150	150	200	200	Servidores efetivos.
Manter/ampliar a equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através de concurso público	X	Manter	Manter	Manter	Concurso público

Estabelecer critérios para remoção de profissionais nos períodos de férias e/ou que antecedem a entrada de novos profissionais na rede.	X	X	X	X	Critérios estabelecidos
Priorizar a contratação de profissionais por meio de concurso público, mantendo o vínculo protegido	Concurso público priorizado	Concurso público priorizado	Concurso público priorizado	Concurso público priorizado	Concursos para reposição de profissionais

### DIRETRIZ III – CUSTEIO E INVESTIMENTO

Para o próximo período, a secretaria de saúde busca o melhor desenvolvimento dos processos internos, no intuito de garantir agilidade e eficiência administrativa. Desta forma, pretende-se aprimorar a gestão de contratos e convênios, e o desenvolvimento dos atos necessários às ações de manutenção e expansão dos serviços. No tocante à infraestrutura física, veículos e de equipamentos além da reforma do Centro Municipal de Saúde está prevista a reforma e manutenção das demais unidades de saúde.

Em relação ao custeio, cabe a gestão assegurar os recursos financeiros necessários para implementação das ações e políticas de saúde pública no município, com remuneração de pessoal, compra de materiais e insumos, custeio de energia elétrica, telefonia, água e manutenção da estrutura física, veículos, equipamentos de saúde, de informática rede de frios entre outros.

#### Objetivos

• Garantir ambientes adequados e com área necessária para execução dos serviços.
• Equipar as Unidades de Saúde com equipamentos e veículos de acordo com as necessidades.
• Aprimorar a aplicação dos recursos de custeio e remuneração de pessoal.

#### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Manutenção/reforma das UBS da Rede Municipal.	X	Manter	Manter	Manter	UBS adequadas
Manutenção preventiva de veículos e equipamentos	X	X	X	X	Manutenção regular

ambulatoriais, odontológicos, de informática, rede de frios etc..					
Adequação de espaço físico para implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	X	Manter	Manter	Manter	CEO implantado
Garantir estrutura física, equipamentos, veículos e os recursos humanos necessários para Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD).	X	Manter	Manter	Manter	EMAD funcionando
Assegurar os recursos financeiros para custeio necessários ao pagamento de recursos humanos, dos prestadores de serviços e despesas operacionais.	X	X	X	X	Recursos financeiros LDO Execução orçamentária e financeira.
Aprimorar a execução financeira de acordo com o orçamento vigente, para aquisição de medicamentos, materiais ambulatoriais, odontológicos, de escritório e expediente.	X	X	X	X	Execução orçamentária

## 6 – CONTROLE SOCIAL

O Controle Social no SUS, talvez seja ainda o maior desafio a ser enfrentado pelos gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e especialmente pelos usuários do Sistema. Nota-se uma participação muito tímida da grande maioria dos usuários. Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) funcionam de forma muito irregular ao ponto do Ministério Público Federal, ter expedido correspondência para verificar o funcionamento dos conselhos, sua estruturação e se estão de acordo com o que preconiza a Resolução CNS 453/2012.

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 10 de maio de 2102, em sua Terceira Diretriz traz. *“a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de*

entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática”.

A principal mudança entra as Leis Orgânicas da Assistência à Saúde (LOAS) 8080/090 e 8142/90, é justamente a participação popular no controle social. Participação esta muito tímida por parte da sociedade, seja de usuários, profissionais e prestadores de serviço, e não obstante, vemos gestores públicos eximindo-se das responsabilidades impostas para efetivação do controle social. Por isso fazem-se necessárias medidas para estruturação e efetivação do controle social em todos os níveis de gestão, desde a esfera federal à esfera municipal.

O município de Maravilha, por meio seu Gestor de Saúde, definiu entre as prioridades a ampliação do controle social e deu início a implantação de Conselhos Locais de Saúde justamente para que a participação da comunidade com sugestões, participação nas decisões e auxiliar a definir a implantação de ações e políticas de saúde pública.

#### **DIRETRIZ**

- Fortalecer a participação e o controle social no SUS.

#### **Objetivos**

- Implementar o controle social na rede de serviços públicos.
- Garantir a estruturação e o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde.
- Realização de conferências municipais de saúde.

#### **Metas e indicadores**

<b>Meta/ação</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Indicador</b>
Promover a renovação sistemática dos conselheiros quando não houver a participação desejada.	X	X	X	X	Renovação do CMS
Assegurar a capacitação dos conselheiros de saúde de pelo	06	08	10	12	Conselheiros capacitados.

menos 12h anuais, para atualização e conhecimento da atuação junto ao CMS					
Realizar pelo menos Conferencia Municipal de Saúde no período com a realização de 04 (quatro) pré-conferencias.		X			01 Conferência 06 pré-conferencias.
Estimular a participação das comunidades, sociedade civil organizada, idosos e outros segmentos para participarem das reuniões do CMS	X	X	X	X	Estímulo contínuo
Manter a realização de pelo menos uma reunião mensal do CMS, com calendário aprovado no início de cada ano e recesso de 60 (sessenta) dias.	10	10	10	10	Reuniões mensais do CMS.
Implementar Conselhos Locais de Saúde (CLS) visando ampliar a participação e o controle social no SUS.	X	X	X	X	Conselhos Locais implantados.
Realizar a prestação de contas quadrimestral ao CMS – lei 141/2012 – Artigo 41.	04	04	04	04	Relatórios quadrimestrais apresentados
Submeter a aprovação do CMS o Relatório Anual de Gestão (RAG); Programação Anual em Saúde (PAS) e Plano Municipal de Saúde (Portaria Ministerial 2.135/2013).	X	X	X	X	PMS, RAG e PAS aprovados.
Apresentação e aprovação dos Relatórios quadrimestrais Lei 141/2012 – Artigo 41	03	03	03	03	Relatórios quadrimestrais

## **MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO**

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 será revisado anualmente, no período de outubro a dezembro quando da elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS), conforme previsto na Portaria Ministerial 2.135/2013 de 25 de setembro de 2013, para adequação e aprimoramento de suas metas.

O denso elenco de atividades propostas em função do enfrentamento dos problemas diagnosticados e dos objetivos, que se pretende alcançar, exige da gestão a definição de estratégias específicas e monitoramento e avaliação de suas metas, da eficiência administrativa e do impacto, quando possível, das ações realizadas.

Outras ferramentas a serem utilizadas para monitoramento do Plano estão o Relatório Anual de Gestão (RAG), o Relatório Quadrimestral da Execução Financeira e Contábil (Lei 141/2012). O Relatório de Gestão deverá ser descritivo e analítico, sendo sempre relacionado ao Plano, servindo de subsídio para a sua revisão.

Todas estas estratégias, juntas, implicarão no monitoramento das ações realizadas e propostas no Plano Municipal de Saúde, e serão sempre apresentadas e discutidas no Conselho Municipal de Saúde, e conseqüentemente, inseridas no processo anual de revisão e readequação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.



Prefeitura de  
**MARAVILHA**

Av. Euclides da Cunha, 60 - Centro  
CEP: 89874-000 Maravilha/SC  
CNPJ: 82.821.190/0001-72  
Fone/Fax: (49) 3664 0044

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARAVILHA

**RESOLUÇÃO Nº 005/2017, de 15 de dezembro de 2017.**

Dispõe sobre a **APROVAÇÃO** do **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021**, do município de Maravilha e dá outras providências.

A Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maravilha, no uso das atribuições legais conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal nº 007/1993, alterada pela Lei 4.026/2017;

Considerando o princípio da organização e do Planejamento no Setor Público, assim como da transparência e de acordo com o Decreto 7.508/2011, combinado com a Portaria Ministerial 2.135/2013.

Considerando ainda a elaboração pela Equipe e coordenações, com apoio da Consultoria Técnica, após apresentação, discussão e Deliberação da Plenária do CMS;

### RESOLVE:

**Art. 1º** – **APROVAR** o **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)**, vigência **2018-2021**, do município de **Maravilha**, cuja aprovação deu-se por consenso e à unanimidade dos conselheiros presentes.

**Art. 2º** – O Pleno do CMS deliberou também, que a revisão do **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**, dar-se-á pelo menos uma vez ao ano.

**Art. 3º** – Encaminhar a presente resolução, para que seja dada a publicidade de acordo com a legislação vigente.

**Art. 4º** – Esta Resolução entrará em vigor na data de a publicação, após homologação através de Decreto do Executivo Municipal.

**Art. 5º** – Revogam-se disposições em contrário.

Maravilha/SC, 15 de dezembro de 2017.

**Eliane Schossler**  
Presidente do CMS

## LEI Nº 4.026, DE 13 DE SETEMBRO DE 2017

Dispõe sobre reformulação, reestruturação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Maravilha/SC e dá outras providências.

A PREFEITA DO MUNICÍPIO DE MARAVILHA, ESTADO DE SANTA CATARINA, faço saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono a presente Lei:

### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

**Art. 1º** Esta Lei visa à adequação do Conselho Municipal de Saúde de Maravilha/SC, à Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, bem como à Legislação Vigente, Decreto nº 7.508/2011 e Lei nº 141/2012.

### CAPÍTULO II

#### DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

**Art. 2º** O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), com composição, organização e competência, fixadas na Lei nº 8.142/90. Os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

### CAPÍTULO III

#### DAS ATRIBUIÇÕES

**Art. 3º** Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências Municipais de Saúde;

IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração do Plano Municipal de Saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - deliberar sobre a aprovação ou não dos Instrumentos de Gestão, sendo:

a) Plano Municipal de Saúde (PMS): a cada quatro anos;

- b) Relatório Anual de Gestão (RAG): anualmente;
- c) Programação Anual em Saúde (PAS): anualmente;
- d) Relatório Quadrimestral Lei 141/2012, art. 41: 03 vezes ao ano;
- e) Outros: de acordo com a legislação específica.

VII - estabelecer as estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados existentes no município.

VIII - proceder à revisão periódica do Plano Municipal de Saúde;

IX - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes do Plano Municipal de Saúde (PMS);

X - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde, bem como as ações e serviços de saúde públicos;

XI - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XII - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XIII - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo Municipal de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município.

XIV - participar da organização das Conferências Municipais de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XV - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho Municipal de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XVI - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XVII - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho Municipal de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS);

XVIII - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias; **NR**

XIX - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento; **NR**

XX - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente. **NR**

## CAPÍTULO IV

### DA CONSTITUIÇÃO

**Art. 4º** O Conselho Municipal de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, trabalhadores de saúde e governo. As vagas serão distribuídas da seguinte forma:

- I - 50% de entidades e movimentos representativos de usuários do SUS;



- II - 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área da saúde;
- III - 25% de representação de governo e prestadores de serviços de saúde, públicos, privados filantrópicos, privados credenciados/contratualizados e privados sem fins lucrativos.

*Parágrafo único.* A composição totalizará 16 (dezesseis) Conselheiros Titulares e 16 (dezesseis) Conselheiros Suplentes.

## CAPÍTULO V

### DA COMPOSIÇÃO

**Art. 5º** De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas as seguintes representações:

- I - Representantes do Governo Municipal e Prestadores de Serviço:
  - a) Secretaria Municipal de Saúde;
  - b) Secretaria Municipal de Educação e Cultura;
  - c) Prestadores de Serviços da Saúde (Hospitais, Clínicas ou Casas de Saúde, Laboratórios, etc.), públicos ou privados, estabelecidos no território do município;
  - d) Secretaria Municipal da Agricultura e Meio Ambiente.
  
- II - Representantes dos Profissionais de Saúde:
  - a) Profissionais de Enfermagem;
  - b) Classe Médica;
  - c) Classe Odontológica;
  - d) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
  
- III - Representantes dos Usuários:
  - a) Associações de Pais e Professores (APPs);
  - b) Entidades religiosas, associações de moradores e entidades indígenas; **NR**
  - c) Comunidades do interior;
  - d) Grupo de Idosos, movimentos organizados de mulheres em saúde; **NR**
  - e) Portadores de doenças crônico-degenerativas;
  - f) Sindicatos estabelecidos no município;
  - g) Comércio e indústria do município e entidade de defesa do consumidor; **NR**
  - h) Estudantes do município (clubes de serviços);
  - i) Movimentos sociais e populares organizados. **NR**

§ 1º A cada titular do CMS corresponderá um suplente.

§ 2º Será considerada como existente, para fins de participação do CMS, a entidade regularmente organizada, que possua pelo menos um ou mais desses registros: Ata de Fundação, Estatuto Social, CNPJ ou outro fundamentado em lei específica.

§ 3º A representação das entidades, em que houver mais de uma entidade na mesma categoria no município, será definida por indicação conjunta das entidades representativas em cada categoria ou representação.

§ 4º O número de representantes de que trata o inciso III do presente artigo não será inferior a 50% (cinquenta por cento) dos membros do CMS.

**Art. 6º** As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização.

§ 1º recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, quando possível, promovam a renovação de no mínimo, 30% de seus representantes.

§ 2º é vedada a participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros de saúde.

**Art. 7º** Os membros efetivos e suplentes do CMS serão nomeados por decreto do executivo municipal, após indicação das respectivas entidades e/ou instituições:

I - da autoridade estadual ou federal correspondente, no caso da representação de órgãos estaduais ou federais;

II - das respectivas entidades/instituições nos demais casos.

§ 1º Os representantes do Governo Municipal serão de livre escolha do Chefe do Poder Executivo.

§ 2º O(a) Secretário(a) Municipal de Saúde é membro nato do Conselho Municipal de Saúde, sendo vedada a sua condução à Presidência do Conselho. **NR**

**Art. 8º** O mandato dos membros do Conselho Municipal de Saúde será de dois anos, sendo permitida somente uma recondução.

**Art. 9º** O CMS reger-se-á pelas seguintes disposições, no que se refere a seus membros:

I - o exercício da função de Conselheiro não será remunerado, considerando-se como serviço público relevante;

II - os membros do CMS serão substituídos caso faltem, sem motivo justificado a 03 (três) reuniões consecutivas ou 05 (cinco) reuniões intercaladas no período de um ano;

III - os membros do CMS poderão ser substituídos mediante solicitação, da entidade ou autoridade responsável, apresentada ao Prefeito Municipal.

## CAPÍTULO VI

### DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

**Art. 10.** O Governo Municipal garantirá autonomia administrativa para o pleno e bom funcionamento do Conselho Municipal de Saúde em local público definido pelo Poder Executivo.



**Art. 11.** O CMS será dirigido por uma diretoria assim constituída:

- I - Um Presidente;
- II - Um Vice-presidente;
- III - Um Secretário;
- IV - Um Vice-secretário.

§ 1º A eleição da Diretoria do CMS, será realizada a cada dois anos e será escolhida entre os membros titulares indicados.

§ 2º O(a) vice-presidente substituirá o presidente em sua ausência, assim como o(a) vice-secretário(a), substituirá o(a) secretário(a), na ausência deste.

**Art. 12.** O CMS terá seu funcionamento regido pelas seguintes normas:

- I - o órgão de deliberação máxima é a plenária;
- II - as sessões plenárias serão realizadas ordinariamente pelo menos uma vez a cada mês e extraordinariamente quando convocadas pelo Presidente ou por solicitação de 1/3 dos membros titulares;
- III - para a realização das sessões será necessário a presença da maioria simples dos membros do CMS (50% mais um), que deliberará pela maioria dos votos presentes;
- IV - cada membro do CMS terá direito a um único voto na sessão plenária;
- V - as decisões do CMS serão consubstanciadas em resoluções.

*Parágrafo único.* O Presidente do CMS terá, além do voto comum, o de qualidade, bem como, a prerrogativa de deliberar, “*ad referendum*”, do plenário.

**Art. 13.** A Secretaria Municipal de Saúde prestará o apoio administrativo necessário ao funcionamento do CMS.

**Art. 14.** Para melhor desempenho de suas funções o CMS poderá recorrer a pessoas e entidades, mediante os seguintes critérios:

- I - consideram-se colaboradores do CMS, as instituições formadoras de Recursos Humanos para a Saúde e as entidades representativas de profissionais dos serviços de saúde, sem embargo de sua condição de membro;
- II - poderão ser convidadas pessoas ou instituições de notória especialização, para assessorar o CMS em assuntos específicos;
- III - poderão ser criadas comissões internas, constituídas por entidade-membro do CMS e outras instituições, para promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos.

**Art. 15.** As sessões plenárias ordinárias e extraordinárias do CMS deverão ter divulgação ampla e acesso assegurado ao público.

§ 1º As resoluções do CMS, bem como os temas tratados em plenário, reuniões de diretoria e comissões, deverão ser amplamente divulgadas.



§ 2º Ao público está assegurado o direito de assistir as reuniões, já a manifestação somente se deliberado pela plenária e em assuntos pautados previamente.

**Art. 16.** O CMS elaborará seu Regimento Interno no prazo de até 60 (sessenta) dias após a promulgação desta Lei.

**Art. 17.** As despesas decorrentes da aplicação desta Lei serão suportadas pelas dotações orçamentárias municipais vigentes.

**Art. 18.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 19.** Revogam-se as disposições em contrário, especialmente a Lei nº 2.761, de 23 de dezembro de 2002.

Maravilha - SC, 13 de setembro de 2017.

Registrado e publicado na data supra.

**ROSIMAR MALDANER**  
Prefeita Municipal

**CLEITON BORGARO**  
Secr. Planej. Adm. e Fazenda