

PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBUIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2014 – 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBUIA
SECRETARIA DE SAÚDE

Antônio Oscar Laurindo

Prefeito Municipal

João Schwambach

Vice – Prefeito Municipal

Neri Fermino

Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social

ELABORAÇÃO

Neri Fermino

Secretário Municipal de Saúde

Pruneli Amancio

Enfermeira

Andreza Kreusch

Auxiliar Administrativa

Adalberto Jorge França Silveira

Enfermeiro

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	6
LISTA DE QUADROS	7
LISTA DE GRÁFICOS	8
APRESENTAÇÃO.....	9
INTRODUÇÃO	10
I – ANÁLISE SITUACIONAL	12
1. DADOS GERAIS	13
1.1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO (Aspectos gerais, geografia, e economia).....	13
1.2. ASPECTOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	15
1.3. EDUCAÇÃO	17
1.4. ESTRUTURA SANITÁRIA	19
1.5. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇOS ..	21
2. SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	25
3. ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE.....	30
3.1. ATENÇÃO BÁSICA	30
3.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	42
3.3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	43
3.4. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	45
3.5. ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	45
3.6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	45
4.1. PLANEJAMENTO	47
4.2. DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO	47
4.3. FINANCIAMENTO.....	48
4.4. PARTICIPAÇÃO SOCIAL	53
II - PROBLEMAS PRIORITÁRIOS.....	54

1. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	55
2. CONDIÇÕES DE SAÚDE	55
3. ATENÇÃO EM SAÚDE.....	55
4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	56
5. GESTÃO EM SAÚDE	56
III - DIRETRIZES, OBJETIVOS E AÇÕES	57
1. EIXO – ATENÇÃO Á SAÚDE	58
2. EIXO – GESTÃO E FINANCIAMENTO	70
3. EIXO – DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE.....	72
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
V – ANEXOS	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população segundo sexo e faixa etária. Imbuia, 2012	15
Tabela 2 – Proporção de idosos por município. SDR Ituporanga, 2012.....	16
Tabela 3 – Taxa de analfabetismo e níveis de escolaridade. SDR de Ituporanga, 2000 e 2010.	18
Tabela 4 - Indicadores de cobertura saneamento básico. Imbuia, 1991, 2000 e 2010.	19
Tabela 5 - Mortalidade proporcional segundo idade e ano do óbito. Imbuia, 2009-2013.....	25
Tabela 6 – Número de óbitos segundo causas-capítulo CID 10 e faixa etária. Imbuia, 2013	26
Tabela 7 – Número de internações hospitalares segundo causa e faixa etária. Imbuia, 2013...	29
Tabela 8 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade.	32
Tabela 9 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências.....	33
Tabela 10 – Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança	33
Tabela 11 – Óbitos de pessoas com menos de 70 anos de idade por DCNT	36
Tabela 12 - Percentual de vacinas com cobertura adequada de menores de 01 ano.	36
Tabela 13 – Doenças de notificação compulsória segundo ano. Imbuia. 2010-2014.....	44
Tabela 14 - Demonstrativo das Transferências Fundo Nacional de Saúde x Fundo Municipal de Saúde. Imbuia, 2013.....	48
Tabela 15 – Detalhamento das despesas com saúde. Imbuia, 2.013.	50

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Distribuição das localidades do município de Imbuia e distâncias em relação à área central.	14
Quadro II – Unidades Escolares de ensino segundo categoria e número de matriculados.....	18
Quadro III – Distribuição dos ambientes existentes na Unidade de Saúde	21
Quadro IV – Distribuição dos servidores da saúde, segundo categoria e vínculo empregatício e carga horária semanal.....	24
Quadro V – Demonstrativo de receitas e despesas segundo item e fonte. Imbuia, 2013.....	49
Quadro VI – Previsão orçamentária 2.014 – 2.017.	51
Quadro VII - Previsão de receitas segundo PPA do município de Imbuia, 2014 – 2017.....	51
Quadro VIII - Previsão de despesas segundo PPA do município de Imbuia, 2014 – 2017.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade (p/100.000) por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo. Imbuia, 2009-2013.	27
Gráfico 2 – Taxa de mortalidade (p/100.000) por neoplasias, segundo sexo. Imbuia, 2009-2013.	28
Gráfico 3 – Cobertura vacinal das crianças menores de 01 ano, Imbuia, 2013 – 2014.	37
Gráfico 4 – Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. Imbuia, 2009 - 2013.....	38
Gráfico 5 – Cobertura vacinal contra a influenza em idosos. Imbuia, 2009 – 2014.....	40
Gráfico 6 – Cobertura de primeira consulta odontológica. Imbuia, 2009-2013	42

APRESENTAÇÃO

O planejamento em saúde reveste-se de importância a nível municipal por possibilitar momentos de interação e discussão dos vários atores envolvidos com a saúde, quais sejam, gestores, profissionais de saúde e população. Seus diferentes olhares contribuem para análise da situação e conseqüentemente definição de prioridades e propostas de ações coerentes com as necessidades da população.

O Plano Municipal de Saúde, instrumento de gestão, constitui-se em uma obrigatoriedade prevista na lei federal 8.142/90 de dezembro de 1990, sendo que a sua elaboração é condição para efetivação das transferências de recursos federais para a saúde.

A Portaria GM/MS 2.135 de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no seu artigo 3º estabelece que o Plano de Saúde é instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

O Plano Municipal de Saúde de Imbuia tem como propósito apresentar os compromissos do governo para o setor saúde, para o período 2014 a 2017, refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e contemplar a integralidade da assistência em saúde.

Antônio Oscar Laurindo

Prefeito Municipal

Neri Fermino

Secretário Municipal de Saúde

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Imbuia foi construído orientado pela Portaria GM/M 2.135 de 25 de setembro de 2013. O Plano constitui-se em elemento norteador do processo de planejamento em saúde no município, haja visto que os outros instrumentos de gestão, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão Anual terão nele a sua orientação.

Para elaboração do Plano Municipal de Saúde de Imbuia formou-se um pequeno grupo condutor tendo como membros o secretário municipal de saúde e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Imbuia contempla três eixos, considerados prioritários, quais sejam: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes da saúde e gestão municipal da saúde. Para cada eixo foram construídos três momentos, o de análise atual da situação, a identificação dos problemas e a proposição de diretrizes, objetivos e metas que nortearão as discussões posteriores e a implementação de ações.

As ações em saúde deverão ser discutidas previamente pelas Equipes de Saúde da Família e Gestão e deverão compor as Programações Anuais de Saúde.

A análise situacional da saúde teve como fontes as bases de dados dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Para melhor entendimento foram construídos tabelas, gráficos e quadros e realizadas as análises pertinentes.

As informações referentes à estrutura física e de recursos humanos do serviço de saúde municipal foram fornecidas pelo Secretário Municipal de Saúde e técnicos da Secretaria.

Vários aspectos se mostraram importantes durante a elaboração do Plano entre eles merecem destaque: a necessidade de fortalecer a Atenção Básica, que no município tem a sua maior fortaleza as três Equipes de Saúde da Família, mas que necessitam adequar o seu processo de trabalho aos princípios da Estratégia Saúde da Família; a necessidade constante de participação do gestor municipal das discussões e deliberações da Comissão Intergestores Regional de Saúde (CIR Alto vale do Itajaí) tendo em vista o processo de construção de Redes de Atenção que garantirão a

conquista da integralidade da atenção em saúde, da população do município de Imbuia.

Espera-se que o Plano Municipal de Saúde de Imbuia cumpra o papel de nortear as ações de saúde e permita o efetivo controle social por parte do Conselho Municipal de Saúde.

Por fim o Plano Municipal de Saúde foi submetido à apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde e encaminhado ao Executivo Municipal para homologação.

I - ANÁLISE SITUACIONAL

1. DADOS GERAIS

1.1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO (Aspectos gerais, geografia, e economia).

Os primeiros colonizadores, que eram alemães, estabeleceram-se no município no ano de 1926 na localidade denominada de Chapadão do Rio dos Bugres, atraídos pela abundância da Imbuia, árvore nativa. A árvore, cuja madeira foi muito utilizada para construções deu nome à cidade. A lei Estadual nº6.473 de 03 de dezembro de 1984, estabeleceu a árvore "imbuia" como árvore símbolo, representativa do Estado de Santa Catarina. Também os italianos e poloneses estão entre as principais etnias que colonizaram o município.

O município, desmembrado do município de Ituporanga foi criado pela lei Estadual nº839 de 23 de agosto de 1962, e sua instalação oficial deu-se em 10 de setembro de 1962.

Imbuia faz parte da Região do Alto Vale do Itajaí, localiza-se a uma latitude 27°29'34" sul e a uma longitude 49°25'26" oeste, estando a uma altitude de 718 metros. Sua população estimada é de 5.946 habitantes. Possui uma área de 121,90 km². Tem como limítrofes os municípios de Vidal Ramos, Alfredo Wagner, Ituporanga e Leoberto Leal. Sua distância a Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, é de 163 quilômetros e a Rio do Sul, cidade polo, aproximadamente 50 quilômetros.

Dados do PNUD mostram que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Imbuia é 0,713. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Este indicador apresentou uma taxa de crescimento de 29,40% quando comparado ao de 2010.

Anualmente ocorre a tradicional Festa Estadual do Milho Verde (FEMIVE) festa que iniciou nos anos 90 visando destacar as potencialidades econômicas do município.

As comunidades, periurbanas e rurais do município de Imbuia e suas respectivas distâncias até a área central do município constam, no Quadro 1.

Localidade	Distância(km)
Vila Progresso	2
Alto Rio Engano	14
Fazenda Boa Vista	14
Campo das Flores	8
Alto Garrafão	6,5
Garrafão	5
Bracatinga	5
Samambaia	5
Chapadão Rio Bonito	6
Águas Cristalinas	4
Vista Alegre	5
Furna Rio Bonito	8
Alto Ivaí	6
Nova Alemanha	4
Chapadão Unida	7,5
Verde Vale	8
Fazenda do Céu	16
Rio Bonito	7
Campo Azul	2

Quadro I – Distribuição das localidades do município de Imbuia e distâncias em relação à área central.

De acordo com o Quadro I verificamos que o município contém 19 comunidades rurais. Segundo informações o município não dispõe de transporte coletivo. Para locomoção a população utiliza veículos particulares e outros alternativos, tais como tratores “tobata”, utilizados nas atividades rurais.

A economia do município de Imbuia está baseada na produção agrícola, principalmente no cultivo da cebola do fumo e do milho. Essa atividade é desenvolvida principalmente pelas famílias, no entanto, nos últimos anos percebe-se um fluxo de trabalhadores procedentes de outras regiões do país que se concentram no município

nos últimos meses do ano e início de outono, época das colheitas (novembro a abril). Após esse período poucos trabalhadores permanecem no município. Percebe-se, embora de forma não intensa, o abandono da área rural pela população mais jovem que sai em busca de novas perspectivas de ensino e trabalho. Em virtude das características de vida e trabalho da população há de se pensar nas doenças relacionadas a essas atividades, doenças osteomusculares, intoxicações por agrotóxico, etc.

A atividade industrial no município é de pouca expressão e o comércio tem seu maior movimento nos períodos de colheita. Existem no município duas malharias, sendo que uma tem aproximadamente cinquenta funcionárias.

Não existem opções de lazer para a população.

1.2. ASPECTOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

O município de Imbuia contava, no ano de 2012, com uma população geral de 5.777 habitantes. A distribuição por sexo e faixa etária encontra-se na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da população segundo sexo e faixa etária. Imbuia, 2012

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
Menor 1	51	39	90	1,56
1 a 4	176	171	347	6,01
5 a 9	225	246	471	8,15
10 a 14	273	265	538	9,31
15 a 19	274	255	529	9,16
20 a 29	490	468	958	16,58
30 a 39	420	410	830	14,37
40 a 49	451	392	843	14,59
50 a 59	301	292	593	10,26
60 a 69	269	309	578	10,01
Total	2930	2847	5777	100,00

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Analisando a tabela 1 verificamos que o quantitativo da população masculina é superior à feminina na grande maioria das faixas etárias, excetuando-se apenas nas faixas etária de cinco a nove anos e sessenta e mais. Esta última é semelhante a outros municípios da região do Alto Vale que demonstram maior longevidade da população feminina. Acredita-se que a população feminina, que é a principal usuária

do sistema Único de Saúde, seja mais zelosa com a saúde e por isso procura precocemente os serviços permitindo diagnóstico e tratamento mais rapidamente.

Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a taxa de fecundidade do município, ou seja, o número de filhos por mulher em 2010 era de 2,4, já na região do Vale do Itajaí era de 1,5. O valor do município pode apontar para a necessidade de ações de planejamento familiar.

Segundo os mesmos Institutos, citados no parágrafo anterior, a esperança de vida ao nascer, no município, aumentou 7,4 anos nas últimas duas décadas, passando de 68,0 anos em 1991 para 70,0 anos em 2000, e para 75,4 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado era de 76,6 anos e, para o país, de 73,9 anos.

No momento em que vivemos uma transição demográfica, ou seja, uma tendência crescente da população idosa, e, sendo este um indicador de qualidade de vida apresentamos na tabela 2 um comparativo do município de Imbuia com os demais municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Ituporanga.

Tabela 2 – Proporção de idosos por município. SDR Ituporanga, 2012

Município	% Idosos
Alfredo Wagner	11,4
Atalanta	13,2
Aurora	12,4
Chap. do Lageado	9,3
Imbuia	10,0
Ituporanga	10,5
Leoberto Leal	12,2
Petrolândia	14,0
Vidal Ramos	10,7
Total	11,3

Fonte: IBGE

A análise da tabela 2 mostra que o percentual de idosos do município de Imbuia é superior a município de Chapadão do Lageado, semelhante aos municípios limítrofes (Vidal Ramos e Ituporanga), porém inferior aos demais. É importante destacar que o aumento dessa população exigirá cada vez mais investimentos em

ações de promoção da saúde, prevenção de doenças características da idade e assistência, incluindo ofertas de serviços de assistência e diagnóstico bem como medicamentos para tratamento das doenças crônico degenerativas.

A razão de dependência é um indicador que mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo (menores de quinze e maiores de sessenta anos), que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. A razão de dependência no município de Imbuia era de 53,9% no ano de 2012. Este valor é bastante próximo ao da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Ituporanga que é de 52,4%.

A taxa bruta de natalidade, ou seja, o número de nascidos vivos por 1.000 habitantes passou de 13,69/1.000 habitantes em 2008 para 11,25/1.000 habitantes em 2012.

1.3 EDUCAÇÃO

A rede municipal de ensino bem como o número de alunos matriculados, em 2014, é apresentada no Quadro II. Essas informações foram prestadas pela Secretaria Municipal de Educação de Imbuia.

Nome da Unidade Escolar	Categoria	Número de Alunos
Escola Municipal Campo das Flores	Ensino Fundamental de 09 anos	73
C.M.E.I. Branca de Neve	Ensino Infantil unificado	18
C.M.E.I. Chapeuzinho Vermelho	Ensino Infantil unificado	9
C.M.E.I. Jardim Florido	Ensino Infantil unificado	20
Centro Municipal de Educação Infantil	Ensino Infantil unificado (3 e 4 anos)	13
	Pré-escola	17
	Creche	20
C.M.E.I. Roseli Maria Soares	Ensino Infantil unificado	12
C.M.E.I. Sítio da Saudade	Ensino Infantil unificado	16

C.M.E.I. Professora Ione Sens	Creche	15
E.B.M. Prof ^a Umbelinda Lorenzi	Ensino Fundamental de 9 anos	203
Esc. Municipal Alto Rio dos Bugres	Ensino Fundamental de 9 anos	45

Quadro II – Unidades Escolares de ensino segundo categoria e número de matriculados.

Na tabela 3, abaixo, encontraremos a taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos de idade, bem como os níveis de escolaridade. Para efeitos de comparação utilizamos os anos de 2000 e 2010 dos municípios da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Ituporanga.

Considera-se alfabetizada toda pessoa capaz de ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece.

O nível de escolaridade refere-se ao percentual da população com 15 anos e mais de idade com o ensino fundamental completo e mais anos de estudo (08 anos e mais).

Tabela 3 – Taxa de analfabetismo e níveis de escolaridade. SDR de Ituporanga, 2000 e 2010.

Município	Taxa de analfabetismo		Níveis de Escolaridade	
	2000	2010	2000	2010
Alfredo Wagner	13,29	8,61	17,45	33,55
Atalanta	5,9	4,95	27,24	47,03
Aurora	4,52	5,3	22,28	38,08
Chap do Lageado	8,02	7,35	11,87	39,38
Imbuia	9,12	5,61	18,96	38,10
Ituporanga	5,29	4,47	31,77	45,65
Leoberto Leal	11,95	10,57	19,32	27,97
Petrolândia	8,21	7,09	23,0	37,94
Vidal Ramos	10,21	7,36	22,49	37,32

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD

Analisando a tabela 3 é possível identificar que a taxa de analfabetismo no município teve uma queda significativa, do ano de 2000 para 2010, quando comparada aos outros municípios da região. Comportamento semelhante tiveram os níveis de escolaridade, cujo município ficou entre aqueles com melhor desempenho neste

indicador. Os dois indicadores demonstram maior acesso à Educação. Importante destacar que entre 2000 a 2010 a dimensão que mais contribuiu para a elevação do IDH do município foi a educação. Vários indicadores e análises referente a evolução da educação no município de Imbuia, construídos pelos Institutos PNUD e IPEA, podem ser encontrados no seguinte site: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/imbuia_sc

1.4. ESTRUTURA SANITÁRIA

A tabela 4 foi construída com o objetivo de visualizar a cobertura do abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo. Foram selecionadas diferentes fontes, uma vez que apenas uma não dava conta de demonstrar o que desejávamos. Os anos de 1991 e 2000 a fonte é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já no ano de 2010 utilizamos o PNUD, IPEA E FJV e também dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O conceito usado pelo IBGE como relação à cobertura de abastecimento de água é o percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Já o PNUD considera o percentual da população em domicílios com água encanada. A coleta da informação realizada pelo Agente Comunitário de Saúde tem como objetivo identificar se o domicílio é servido por água proveniente de uma rede geral de abastecimento. Acreditamos que todos têm a mesma conotação.

Observamos um aumento progressivo da cobertura nos anos estudados, porém os dados do SIAB demonstram um valor inferior. Acredita-se que IBGE e PNUD apresentem apenas os dados referente a área urbana, já o SIAB a totalidade do município, indicando, portanto a existência de outras fontes de onde procede a água para consumo doméstico. Importante ressaltar a existência de extensa área rural onde reside a maioria da população imbuense (aproximadamente 63%). Sendo assim torna-se importante a busca de soluções alternativas, discutidas intersetorialmente, para garantir a qualidade da água dessa população.

Tabela 4 - Indicadores de cobertura saneamento básico. Imbuia, 1991, 2000 e 2010.

Item	1991(*)	2000(*)	2010	SIAB 2010
Água	70,04	86,41	88,70	31,13
Esgoto	45,93	30,36		2,73
Col. lixo	26,83	37,49	96,98	55,29

Fonte: IBGE (*), SIAB e PNUD.

Com relação ao esgotamento sanitário considera-se o percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico.

Observamos uma redução da cobertura no ano de 2000 quando comparado ao ano de 1991. O SIAB novamente mostra valores muito baixos. Esses resultados podem sofrer influência de respostas inexatas ocasionadas pela compreensão do respondente em relação à pergunta ou o próprio entendimento de quem formula a pergunta.

Com relação a coleta de lixo, IBGE e SIAB consideram a totalidade do município ao passo que o PNUD apenas a cobertura da área urbana. Assim sendo é possível verificar um aumento significativo deste serviço de 2000 para 2010.

Segundo informações, fornecidas pelo setor responsável da Prefeitura Municipal, a coleta pública de lixo na área urbana é realizada três vezes por semana. Na segunda e sexta-feira são coletados os lixos orgânicos e rejeitos e na quarta-feira o lixo reciclável. Recebido o lixo no Centro Municipal de Triagem de Resíduos Sólidos, o que é reciclável é separado por tipo de material e vendido; o orgânico é feita a compostagem; e o rejeito (que na separação resumimos ao lixo sujo do banheiro), mas que na destinação final também é todo aquele lixo seco que não é reciclável e nem orgânico) segue para o aterro sanitário da empresa contratada, em Brusque - SC.

Na área rural a coleta é feita uma vez por semana.

Quanto às embalagens de agrotóxicos, os usuários são orientados a fazerem a tríplex lavagem, perfurar e secar as embalagens e devolver nas agropecuárias ou outras empresas de revenda onde os produtos foram adquiridos. As fumageiras costumam fazer campanhas de recolhimento das suas embalagens vendidas em determinadas épocas do ano, porém o correto é o agricultor devolver assim que utilizar os produtos (desde que a embalagem esteja limpa, perfurada e seca).

1.5. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇOS

A Secretaria Municipal e a Unidade Básica de Saúde funcionam no mesmo prédio. Na verdade a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde restringe-se a sala do Secretário. O prédio tem um subsolo onde funcionam a sala de marcação de consultas e controle de viagens, operacionalização dos sistemas de informação em saúde, uma sala grande de reuniões e as dependências da vigilância sanitária. Os ambientes que compõem a Unidade de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde estão demonstrados no Quadro III.

AMBIENTES
04 Consultórios médicos
01 sala de acolhimento e triagem.
01 sala de vacina.
01 sala de recepção.
01 sala de Eletrocardiograma.
01 sala de curativos/procedimentos.
01 posto de enfermagem.
01 consultório para o psicólogo.
Farmácia
Expurgo
Área de serviço.
02 sanitários para funcionários
02 sanitários para o público.
01 copa
01 depósito

Quadro III – Distribuição dos ambientes existentes na Unidade de Saúde

Embora a Unidade de Saúde tenha uma estrutura de tamanho razoável ela mantém muitos problemas que dificultam a funcionalidade e os fluxos de pessoas, que acabam por apontar como insuficientes a quantidade de espaços. Três Equipes de Saúde da Família atendem no mesmo espaço, sendo, portanto, três médicos e três enfermeiros para dividirem os consultórios.

Cabe destacar que atendem, na Unidade, mais um profissional médico, que não é vinculado a nenhuma equipe específica e periodicamente um ginecologista-obstetra e um pediatra.

O consultório de enfermagem é compartilhado pelos enfermeiros das três equipes. Neste mesmo espaço são realizadas as coletas dos exames preventivos do câncer de colo útero, os testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites virais B e C, bem como são produzidas as imagens para exame dermatológico pela telemedicina. O mesmo consultório serve para realização de consulta de enfermagem de pré-natal e para consulta dos médicos ginecologista e cardiologista (duas vezes por mês para cada profissional).

Analisando as atividades desenvolvidas nos demais consultórios identificou-se que apenas um deles é utilizado exclusivamente pelo médico de uma das Equipes de Saúde da Família. Os demais são compartilhados com um médico pediatra e outro médico da Atenção Básica não vinculado a nenhuma outra equipe.

Foi improvisada uma sala para realização dos testes do pezinho e eletrocardiogramas. Ressalte-se que esta sala anteriormente era utilizada como depósito.

Ao lado da recepção funciona de tudo um pouco, arquivo de fichas, marcação de consultas e exames, entrega de resultado de exames e informações.

A sala de observação foi desativada recentemente e neste espaço atualmente é realizado acolhimento dos usuários, verificação de sinais vitais, pré-consulta médica, e alguns atendimentos de urgência.

No Posto de Enfermagem são preparadas e administradas medicações intramusculares. Utilizado também como sala administrativa onde as enfermeiras organizam exames de biópsia, mamografias, preventivos e outros para serem enviados para as referências.

Na sala de curativos são realizadas, também, nebulizações, pequenos procedimentos como retirada de corpo estranho, pequenas suturas e lavagem de ouvido.

Na recepção estão os prontuários de família.

Na farmácia observa-se um grande quantitativo de medicamentos para os quais as prateleiras parecem insuficientes. No momento não há um controle de entrada e saída de medicamentos.

Não existe almoxarifado na Unidade de Saúde. Os materiais de estoque encontram-se distribuídos em duas pequenas salas e completamente expostos. Parte desse material divide espaço com a autoclave onde são realizadas as esterilizações de material.

Na área de serviço também encontramos um espaço para lavação de roupa e rouparia. Este espaço também serve como depósito de materiais e conta com uma geladeira onde são armazenadas as biópsias e testes rápidos recebidos.

O serviço de odontologia funciona no prédio do hospital local que fica ao lado da Unidade de Saúde. São três equipes de saúde bucal que compartilham um consultório e uma cadeira odontológica.

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

Categoria Profissional	Quantidade	Vínculo	Carga Horária
Médicos	01	PROVAB - MS	
	01	Programa Mais Médicos - MS	
	01	Estatutário	
Enfermeiros	03	Estatutário	
Técnicos de Enfermagem	03	Estatutário	
Auxiliar de Enfermagem	01	Estatutário	
Farmacêutico	01	Estatutário	
Fisioterapeuta	01	Estatutário	
Nutricionista	01	Estatutário	
Psicólogo	01	Estatutário	
Cirurgiões dentista	02	Estatutário	
	01	PROVAB - MS	
Auxiliar de Consultório	01	Estatutário	

Dentário			
Fiscal sanitário	01	Estatutário	
Motorista	07	Estatutário	
Auxiliar Administrativo	02	Estatutário	
Auxiliar de serviços gerais	03	Estatutário	
Agentes Comunitários de Saúde	03	Estatutário	
Secretário Municipal de Saúde		Comissionado	

Quadro IV – Distribuição dos servidores da saúde, segundo categoria e vínculo empregatício e carga horária semanal.

Analisando quadro IV verificamos que todos os servidores tem vínculo efetivo, excetuando-se o secretário municipal de saúde, os médicos e um cirurgião dentista. Se por um lado é extremamente positiva a questão do vínculo da maioria dos servidores, por outro a situação do vínculo dos médicos pode comprometer a continuidade do serviço em longo prazo haja visto que suas permanências no município estão atreladas às normas dos programas do Ministério da Saúde e uma delas é o tempo determinado (Programas de Valorização da Atenção básica – PROVAB e mais Médicos).

2. SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Para a análise da situação de saúde no município utilizamos os dados de morbimortalidade. Esses dados permitem construir indicadores que favorecem a visualização das condições de vida e saúde da população.

Utilizamos dados secundários, ou seja, que são coletados regularmente pelos serviços de saúde e alimentam os Sistemas de Informação em Saúde. Os dados de mortalidade são provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade; os de morbidade hospitalar, do Sistema de Informação Hospitalar/SUS. Enquanto os primeiros referem-se a toda população, os outros, apenas de uma parcela da população, ou seja, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na tabela 5 encontramos a mortalidade proporcional segundo faixa etária e ano de ocorrência do óbito.

Tabela 5 - Mortalidade proporcional segundo idade e ano do óbito. Imbuia, 2009-2013.

Idade (anos)	2009	2010	2011	2012	2013
Menor 1 ano	7,14	-	-	2,94	5,13
1 a 4	3,57	-	-	-	-
5 a 9	3,57	-	-	2,94	2,56
10 a 19	-	-	2,70	5,88	2,56
20 a 29	-	2,63	2,70	-	2,56
30 a 39	3,57	-	2,70	-	5,13
40 a 49	3,57	7,89	13,51	5,88	5,13
50 a 59	10,71	21,05	10,81	5,88	17,95
60 a 69	32,14	26,32	24,32	26,47	28,21
70 a 79	17,86	21,05	21,62	23,53	15,38
80e mais	17,86	21,05	21,62	26,47	15,38
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – MS

Analisando a tabela 5 observamos que o percentual mais significativo de óbitos ocorrem em idades mais avançadas. Em todos os anos os óbitos de pessoas com mais de cinquenta anos de idade representou percentuais acima de 75%. Nos anos de 2010 e 2012 esses valores foram superior a 80%, indicando longevidade e condições sócio sanitárias favoráveis no município. Destaque-se também que em 2012 os óbitos das pessoas com mais de oitenta anos representou mais de ¼ da totalidade dos óbitos.

Com o objetivo de identificar as causas de óbitos por faixa etária construímos a tabela 6, que se refere aos óbitos ocorridos no ano de 2013.

Tabela 6 – Número de óbitos segundo causas-capítulo CID 10 e faixa etária. Imbuia, 2013

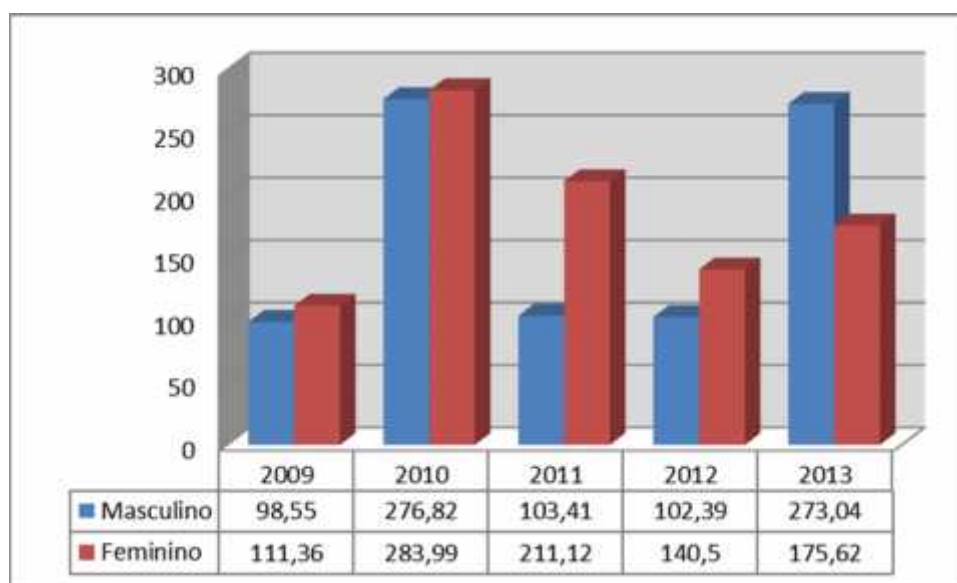
Causas-Capítulos CID10	< 10 anos	10 a 19 anos	20 a 49 anos	50 a 59 anos	60 e + anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	1	0	0	1
Neoplasias (tumores)	0	0	0	1	8	9
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	1	1
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	1	1	2
Doenças do sistema nervoso	0	0	0	1	0	1
Doenças do aparelho circulatório	0	0	2	3	8	13
Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	1	3	4
Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	1	1
Algumas afec originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	1
Malformações congênicas e anomalias cromossômicas	1	0	0	0	0	1
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	1	1	2	0	1	5
Total	3	1	5	7	23	39

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – MS

Conforme mencionado anteriormente a população com mais de sessenta anos é a que mais contribui proporcionalmente com o número de óbitos. Na tabela 6 verificamos que figuram como principais causas de óbitos, nessa faixa etária as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias tendo ocorrido o mesmo número de óbitos no ano de 2013 (8). As doenças do aparelho respiratório ficaram em segundo lugar, na mesma faixa etária. Para o município, porém, a primeira causa são as doenças do aparelho circulatório e a segunda as neoplasias. As causas externas constituem-se na primeira causa na população com idade inferior a vinte anos, sendo a terceira causa no município.

Sabe-se que algumas doenças são mais prevalentes em um ou outro sexo. Porém o óbito pode estar associado a diversos fatores como o diagnóstico precoce, o acesso e a adesão ao tratamento. Com o objetivo de identificar o grupo, segundo sexo, como maior risco para óbito pelas principais causas do município construiu-se os gráficos 1 e 2 que são apresentados na sequência. O gráfico 1 refere-se a mortalidade por doenças do aparelho circulatório e o 2 pelas das neoplasias.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade (p/100.000) por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo. Imbuia, 2009-2013.

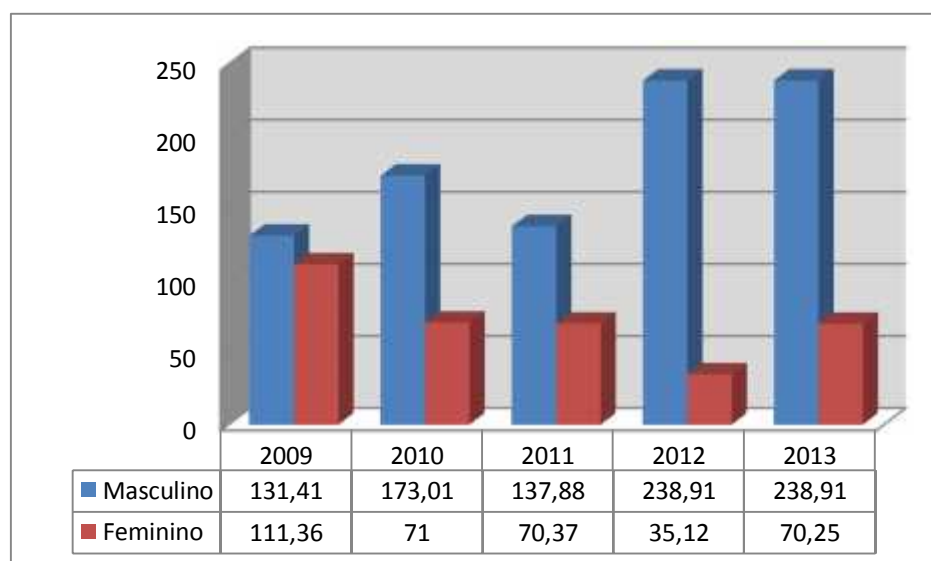


Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - MS

Observa-se pela análise do gráfico 1 que o risco de óbitos pelas doenças do aparelho circulatório, é maior no sexo feminino, excetuando-se apenas no ano de 2013. Estudos podem ser aprofundados no sentido de identificar os fatores de risco que contribuem para esse perfil uma vez que é divergente de uma lógica encontrada em outros lugares.

Quanto ao risco de morrer por neoplasia, no município de Imbuia, verificamos que é maior na população masculina. É provável que se justifique pelo diagnóstico feito mais tardiamente, haja visto o hábito da população masculina de relutar a busca de atenção para sua saúde. Observa-se também uma elevação das taxas dos dois últimos anos quando comparados aos anos anteriores, sugerindo que a identificação dos fatores contribuintes para este fato devam ser verificados o mais brevemente possível (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade (p/100.000) por neoplasias, segundo sexo. Imbuia, 2009-2013.



Fonte: Sistema de informação de Mortalidade - MS

Com relação aos óbitos infantis ocorreram 02 no ano de 2009, 01 em 2012 e 02 em 2013. As causas foram: Algumas afecções originadas no período perinatal (03) e mal formações congênitas (02).

Na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí encontra-se em fase de implantação a Rede Cegonha. Reduzir a mortalidade no período perinatal e neonatal constitui-se, portanto, num desafio a ser alcançado assegurando o acesso e a atenção ao pré-natal com qualidade e garantida da atenção hospitalar. Hoje os municípios do Alto Vale do Itajaí não contam com a assistência de pré-natal de alto risco habilitada.

Os dados de internação hospitalar constituem-se em uma das poucas fontes para se traçar o perfil de morbidade, considerando-se a maioria das doenças e agravos uma vez que no Sistema de Informação Ambulatorial não é possível identificar as causas da procura pelas Unidades de Saúde. Estes se referem apenas ao quantitativo de procedimentos realizados nos atendimentos da rede ambulatorial do SUS, sendo úteis para a construção de indicadores de cobertura, não servindo para análise de perfil de morbidade ambulatorial.

Tabela 7 – Número de internações hospitalares segundo causa e faixa etária. Imbuia, 2013

Causa-Capítulo	Menor 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e +	Total
Aparelho circulatório	1	-	-	0	34	18	24	77
Gravidez parto e puerpério	-	-	-	8	51	-	0	59
Aparelho respiratório	3	3	4	2	5	1	22	40
Aparelho digestivo	-	-	2	0	18	7	9	36
Aparelho geniturinário	-	-	-	5	11	6	15	37
Lesões enven e causas externas	-	-	2	3	13	2	6	26
Transtornos mentais e comport.	-	-	1	1	18	3	1	24
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	2	0	15	1	0	18
Neoplasias (tumores)	-	-	-	0	4	4	9	17
Outras causas	8	4	0	6	16	3	13	50
Total	12	7	11	25	185	45	99	384

Fonte: Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH-SUS)

Analisando a tabela 7 verificamos que a principal causa de internações são as doenças do aparelho circulatório, com um número significativo de pessoas de vinte a 49 anos (aproximadamente 50%). Destaque-se que quase a totalidade das internações por essa causa é de pessoas acima de vinte anos. A segunda causa (excluindo-se gravidez, parto e puerpério) são as doenças respiratórias, sendo que o grupo populacional que mais interna por estes agravos são as pessoas com sessenta e mais anos de idade.

Com o objetivo de detalhar as principais causas de internação por transtornos mentais e comportamentais identificamos que 50% são devido ao uso de álcool. Já as doenças do sistema osteomuscular, que geram internações, podem estar relacionadas às atividades laborais (agricultura) tendo em vista que a população mais atingida é a de vinte a quarenta e nove anos.

3. ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

O município de Imbuia integra a Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí. Com o objetivo de garantir a integralidade da atenção em saúde o município desenvolve as ações de Atenção Básica e tem realizado pactuações para garantir o acesso aos procedimentos de média e alta complexidade. Essas pactuações são em sua maioria com os municípios de Rio do Sul, polo da região, e Florianópolis, capital do Estado.

O Secretário Municipal de Saúde é membro da Comissão Intergestores Regional de Saúde (CIR), fórum de articulação e pactuação regional que trabalhou, no ano de 2013, na construção das Redes de Atenção (Urgência e Emergência, Cegonha e Psicossocial).

3.1. ATENÇÃO BÁSICA

O município de Imbuia conta atualmente com uma Unidade de Saúde localizada na sede do município, onde funciona também a Secretaria Municipal de Saúde. Com o objetivo de levar o serviço de saúde às comunidades mais distantes, o município mantém uma pequena Unidade de Saúde na localidade de Campo das Flores.

A atenção básica é efetivada pela atuação de três Equipes de Saúde da Família, denominadas, respectivamente de PSF Centro, Equipe Sucesso e ESF Misto.

Todas as equipes atendem em média seiscentas famílias. Com exceção da equipe PSF Centro as demais atendem as comunidades rurais.

Embora todas as equipes atendam na mesma Unidade de Saúde não se tem dificuldade para vincular os usuários à sua equipe. Um facilitador é a organização do prontuário de família.

As consultas são agendadas (por telefone ou pessoalmente) e a equipe considera que não há demanda reprimida. Todas as situações de urgência e emergência são atendidas, não existindo um limite.

Um dos médicos não permanece tempo integral a serviço da Estratégia Saúde da Família, parte de seu horário é cumprido no Pronto Atendimento do Hospital,

contrariando, portanto, princípios da Política Nacional da Atenção Básica, constante na Portaria 2488/2012.

O município tem registrado muitos gastos com exames, e tem sido observado solicitações de exames de alta complexidade pelos profissionais da atenção básica, devido a dificuldade de acesso a consultas especializadas. Tal fato aponta o comprometimento do princípio da integralidade da atenção. Muitos pacientes, dada a demora de agendamentos para especialidades, acabam realizando consultas particulares, porém os exames realizam pelo Sistema Único de Saúde. Observa-se também um forte peso da cultura da população com relação a vincular saúde a oferta de medicamentos e exames. Neste sentido caberá aos profissionais um trabalho educativo mais intenso junto à população com o objetivo de resgatar os verdadeiros objetivos da assistência à saúde.

Não são utilizados no município protocolos clínicos.

O município dispõe de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), modalidade 2.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e a Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012 inserem o planejamento da Saúde na centralidade da agenda da gestão. Sendo este um processo ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de Saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e o estabelecimento de metas de Saúde.

Com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde e a implementação do contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) em 28 de fevereiro de 2013, pactuou-se premissas que nortearam a seleção das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período 2013-2015.

Neste sentido foram definidos indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde. Tais indicadores foram pactuados pelo município de Imbuia para os anos de 2013, 2014 e 2015. São sessenta e seis indicadores constantes na Resolução CIT nº 5 de 19 de junho de 2013. As ações de saúde implementadas pela gestão municipal e equipe de saúde é que irão garantir o alcance das metas.

Na sequência são apresentados os principais indicadores que compõem diferentes diretrizes e seus comportamentos nos últimos três anos. Os resultados apresentados permitirão uma análise e poderão nortear as ações a serem desenvolvidas.

A tabela 8 apresenta o comportamento dos indicadores, na série histórica de 2011 a 2013, referentes a Diretriz 1 que trata da garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção.

Tabela 8 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade.

Indicador	2011	2012	2013
% Cobertura Equipes de At. Básica	100,00	100,00	100,00
% Int. por causas sensíveis a At. Básica	24,67	29,76	20,59
% famílias PBF acompanhadas	51,94	83,26	74,35
% Cobertura Eq. Saúde Bucal	52,57	52,24	100,00
Média escovação dental supervisionada	-	0,02	-
% Exodontias	19,05	14,98	23,38

Fonte: Datasus - MS

A análise da tabela 8 mostra que o município de Imbuia com três Equipes de Saúde da Família garante uma cobertura de 100% da população. As três áreas contam com quatorze Agentes Comunitários de Saúde. Importante verificar a queda de internações, sensíveis a Atenção Básica, ocorrida no ano de 2013, quando comparados os números dos dois anos anteriores.

Com relação ao acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família verifica-se uma baixa cobertura no ano de 2011 e melhora da mesma nos anos subsequentes, porém 2013 ficando abaixo de 2012. É importante que não se descuide desse grupo de famílias haja vista que as mesmas apresentam vulnerabilidades que as colocam em situação de maior risco de adoecimento.

Verifica-se que no ano de 2013 a cobertura de Equipes de Saúde Bucal garantiu a cobertura de 100% da população, porém observa-se a inexistência da escovação dental supervisionada. Esse procedimento destina-se a grupos específicos.

É possível que o problema seja a falta de alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS). Observa-se também um percentual alto de exodontias no montante dos atendimentos odontológicos, situação que tem se repetido ao longo dos anos.

Tabela 9 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências.

Indicador	2011	2012	2013
Nº de Unidades de Notificação de violência	2	2	2

A tabela 9 apresenta um indicador referente a diretriz 2 sobre o aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências. Embora essa diretriz tenha outros indicadores apresentamos apenas este que é afim com a atenção básica que trata do quantitativo de Unidades de Saúde que notificam a violência doméstica, sexual e outras violências. O município de Imbuia tem como fontes notificadoras a unidade de Saúde e o Hospital local.

Tabela 10 – Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança

Indicador	2010	2011	2012
Rz de exame de colo do útero	0,59	0,56	0,54
Rz de mamografias	0,29	0,17	0,30

Fonte: Datasus - MS

Na tabela 10 são apresentados os indicadores que compõem a Diretriz 3 que trata da promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. A razão de exames de colo de útero contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Verificamos que ao longo de três anos os números mantêm-se muito próximos, demonstrando uma cobertura de aproximadamente 50% das mulheres. Torna-se necessário identificar que fatores estão dificultando o acesso da população feminina a este serviço tão necessário e eficaz na identificação precoce do câncer de colo de útero, o que pode garantir maior sucesso nos tratamentos, quando indicados. Foi pactuado para 2014 uma razão de 0,71.

Com relação à mamografia observa-se uma evolução crescente da oferta desse exame para as mulheres de 50 a 69 anos. Para o ano de 2014 foi pactuado aumento de cobertura (razão de 0,4). É possível que esse resultado satisfatório deva-se ao convênio do município como o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISAMAVI) que mantém contrato com vários prestadores de serviço de mamografia e a existência de mamógrafo no município de Ituporanga, com quem o município de Imbuia mantém pactuação.

Ambos os indicadores medem o acesso das mulheres a exames preventivos.

Na tabela 10A continuamos apresentando os indicadores que compõem o elenco da Diretriz 3, que trata da promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança com vistas a implementação da Rede Cegonha.

Tabela 10A – Promoção da Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança.

Indicador	2011	2012	2013
% Partos Normais	61,11	52,31	42,03
% 7 ou mais cons. de pré-natal	73,61	84,62	76,81
Teste de sífilis/gestante	0,50	0,58	0,24
Óbitos Maternos	0,00	0,00	0,00
Óbitos Infantis	-	1	2
Óbitos infantis investigados	-	0,00	0,00
Óbitos MIF investigados	-	-	100,00

Fonte: Datasus - MS

Tem se observado nos últimos anos um incremento na realização de cesarianas. Acredita-se que vários fatores contribuíram para essa inversão: oferta por parte dos profissionais, comodidade, medos e inseguranças por parte das gestantes, etc. No entanto, é sabido que os riscos para mãe e filho são maiores quando a opção for pela cesariana eletiva. Neste sentido entre os princípios que fundamentam a Rede Cegonha, está a de incentivo ao parto natural. Esse estímulo deve ser fomentado durante o pré-natal e concluído na maternidade, a qual a gestante deverá formar vínculo já durante o pré-natal. No município de Imbuia observamos uma evolução negativa do indicador registrando queda de aproximadamente vinte pontos percentuais

na opção pelo parto natural, no período 2011 a 2013. A inversão destes valores deve constituir-se em desafio para as Equipes de Saúde da Família.

Conforme apresentado na tabela 10A o município tem assegurado número adequado de consultas de pré-natal (acima de 70%), acredita-se que tal resultado esteja associado à cobertura da Atenção Básica.

O indicador referente o número de testes de sífilis por gestante tem como fonte dois sistemas de informação em saúde, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) de onde é retirado o número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) de onde provém o número de gestantes internadas pelo Sistema Único de Saúde. Estimam-se três exames por gestante. No município observa-se uma baixa cobertura, inferior a 01 exame por gestante, sugerindo que muitas gestantes não realizam, sequer, 01 exame. É possível também que hajam problemas relacionados à alimentação do Sistema de informação Ambulatorial.

Os indicadores relacionados a óbitos maternos, fetais e infantis avaliam a assistência do pré-natal e do parto e a assistência à criança no primeiro ano de vida, respectivamente. Não ocorreu óbito materno no período apresentado, porém ocorreram óbitos infantis conforme demonstra a tabela. Dos três óbitos ocorridos, dois estão relacionados com afecções ocorridas no período perinatal.

A investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Observa-se que apenas em 2013 houve investigações. Já a investigação dos óbitos fetais e infantis permite a análise de evitabilidade o que aponta para medidas a serem recomendadas na área de atenção à saúde da criança. Verifica-se que no município as investigações dos óbitos ocorridos não foram realizadas.

A diretriz 5 refere-se a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. São consideradas, para construção do indicador as doenças crônicas não transmissíveis: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Tabela 11 – Óbitos de pessoas com menos de 70 anos de idade por DCNT

Indicador	2011	2012	2013
Ób.<70) por DCNT	9	10	15

Fonte: Datasus -MS

Na série histórica estudada é possível identificar um aumento do número de óbitos em faixas etárias inferiores aos setenta anos, sugerindo a identificação dos fatores relacionados ao fato bem como a adoção de novas ações de promoção da saúde para essa população.

Tabela 12 - Percentual de vacinas com cobertura adequada de menores de 01 ano.

Indicador	2011	2012	2013
%Vacinas c/cobertura adequada	87,5	87,5	100,0

Fonte: Datasus - MS

A vacinação é uma das responsáveis pela transição epidemiológica que vivemos atualmente no país. No entanto, para termos o efeito desejado devemos manter altas coberturas em todas as regiões, e, estas altas coberturas devem ser para todas as vacinas da população menor de 01 ano.

Das sete vacinas que compõem o calendário dos menores de um ano, em seis o município alcançou coberturas adequadas, superior a 95%.

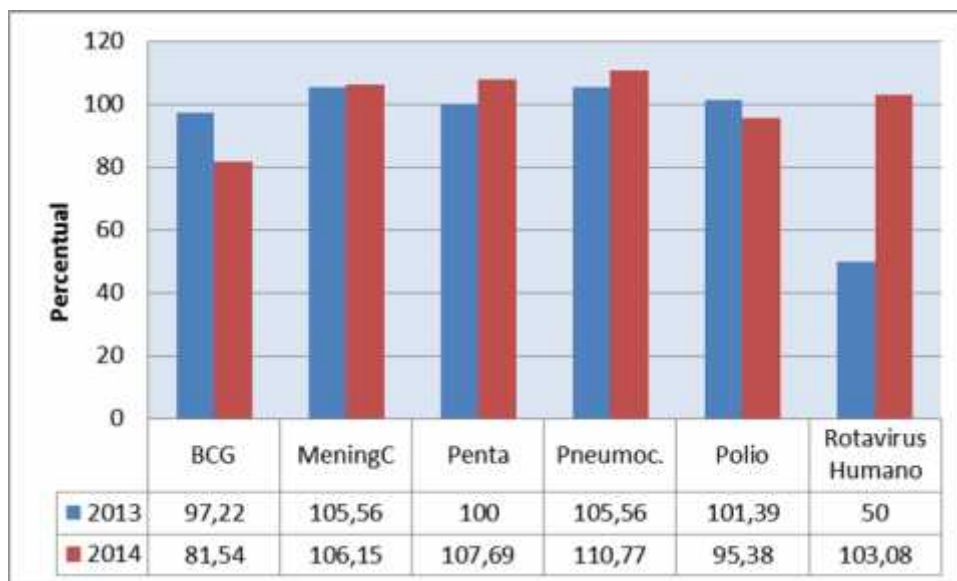
Outros indicadores que compõem a Diretriz 7 são: proporção de registro de óbitos com causa básica definida e proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação. Os resultados de todos eles se apresentaram satisfatórios, na série histórica estudada. Não foram notificados casos de tuberculose nos anos estudados.

O percentual de análise de água para coliformes fecais caiu assustadoramente do de 2012 para 2013, aspecto a ser analisado posteriormente (45,52% para 2,59%).

3.1.1. Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente

No Gráfico 3 apresentamos as coberturas vacinais do menor de 01 ano, dos últimos dois anos.

Gráfico 3 – Cobertura vacinal das crianças menores de 01 ano, Imbuia, 2013 – 2014.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

Verificamos que o município apresentou, nos anos estudados, coberturas vacinais adequadas, excetuando-se o BCG em 2.014 e o Rotavírus em 2013. Esta última com uma boa recuperação em 2.014.

Com relação à atenção à saúde da criança as equipes de saúde trabalham o incentivo ao aleitamento materno e realizam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

São ofertadas quinze consultas/dia com o médico pediatra que atende três vezes por semana no município.

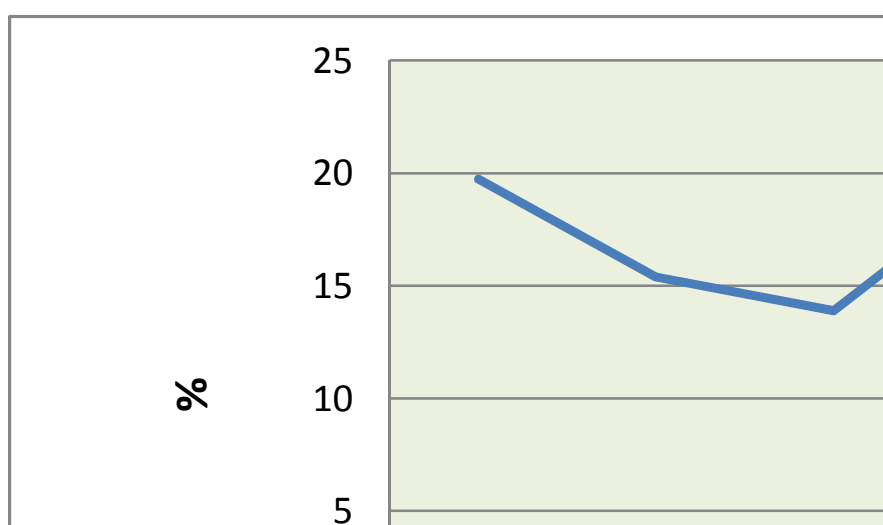
3.1.2. Atenção Integral à Saúde da Mulher

A atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal vem se consolidando ao longo dos últimos anos, bem como se percebe um aumento da

adesão ao exame preventivo para detecção precoce do câncer de colo do útero. A oferta à mamografia também tem aumentado. Esses aspectos já foram analisados anteriormente. No entanto, identifica-se a necessidade de ampliar atenção para a vida das mulheres levando-se em conta as características regionais. Nesse sentido as equipes de saúde precisam estar atentas e promover ações que contribuam para identificar vulnerabilidades e reduzir riscos à saúde das mulheres.

Com o objetivo de se identificar se a gravidez na adolescência constitui-se em problema prioritário no município construiu-se o gráfico 3.

Gráfico 4 – Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. Imbuia, 2009 - 2013



A análise do gráfico 4 mostra uma queda do percentual de gravidez na adolescência, nos anos estudados, exceção para 2012 que superou o ano de 2009.

Nenhum trabalho em sendo desenvolvido junto às mulheres climatéricas.

O município de Imbuia dispõe de dois médicos obstetras, um que atende diariamente e outro a cada quinze dias. Este último atendendo trinta consultas/mês.

3.1.3. Atenção à Saúde do Adulto

Atualmente a atenção à saúde do adulto, no município, restringe-se a oferta de consultas médicas e o acesso às demais ações ofertadas pelo serviço de saúde municipal. Sente-se, no entanto, a necessidade de identificar fatores de riscos para a saúde da população adulta principalmente os relacionados com o trabalho, em

destaque o trabalho na agricultura, que requer esforço físico, exposição ao sol e possibilidade de acidentes por animais peçonhentos.

Sabe-se também que existem muitas pessoas utilizando medicamentos psicotrópicos e que é uma queixa constante dos usuários do serviço de saúde a “depressão”. Nesse sentido há uma prática de muitos desses pacientes utilizarem a consulta médica para “renovação” de receita médica.

3.1.4. Atenção à Saúde do Idoso

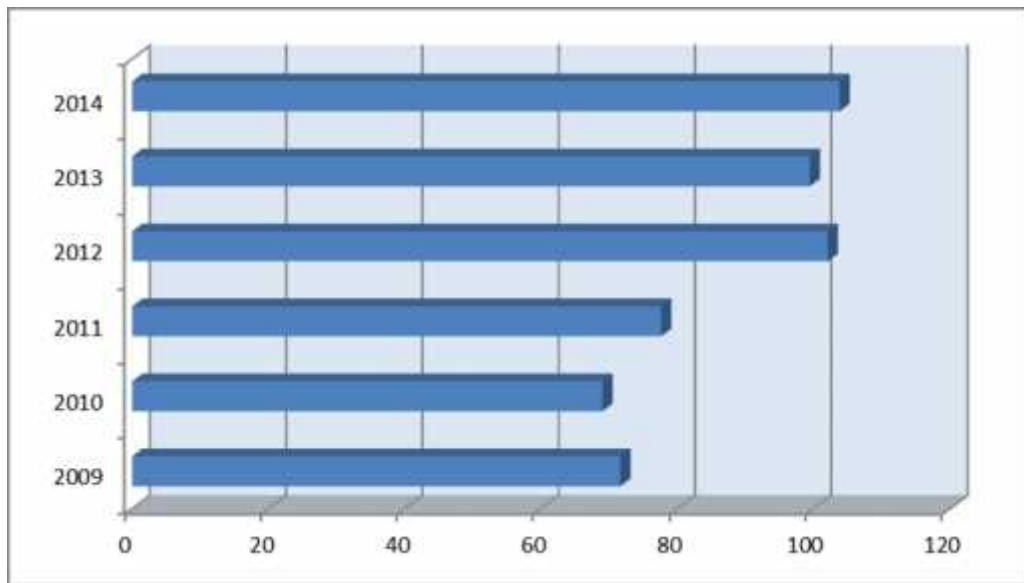
Conforme já mencionado e analisado anteriormente o número de idosos, no município de Imbuia, vem aumentando e representava, em 2012, 10% da população geral. Esse é um aspecto positivo que indica qualidade de vida, acesso aos serviços e recursos de saúde. Por outro lado é possível que o município necessite investir mais recursos para garantir atenção integral à saúde desse grupo, seja com exames ou medicamentos.

Importante destacar também a necessidade de mudança de práticas no processo de trabalho das equipes de saúde no sentido de identificar condições de vida desses idosos e planejar ações de promoção da saúde.

Conforme apresentado anteriormente as principais causas de internações em idosos são as doenças do aparelho circulatório e as do aparelho respiratório.

O Ministério da Saúde desde 1.999 desencadeia, anualmente, a campanha de vacinação contra a influenza com o objetivo de reduzir internações e óbitos das pessoas idosas devido a infecções pelo influenza ou problemas respiratórios crônicos complicados pelas infecções deste vírus. Para se ter impacto a cobertura vacinal mínima desejada é de oitenta por cento. No município de Imbuia, pela análise do Gráfico 5, percebe-se dois momentos, o de coberturas inferiores a oitenta por cento (2009 – 2011) e coberturas superiores, 2012 em diante. As coberturas vacinais dos últimos anos devem refletir nas internações e na mortalidade.

Gráfico 5 – Cobertura vacinal contra a influenza em idosos. Imbuia, 2009 – 2014.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

As equipes de saúde têm desenvolvido ações educativas junto ao grupo de idosos do município. Essas ações, no entanto, tem sido restritas a palestras sendo que a equipe tem percebido que a adesão é decrescente.

3.1.5. Atenção à Saúde do Homem

Embora já analisado anteriormente cabe lembrar que a taxa de mortalidade por neoplasias, no município de Imbuia, é superior na população masculina, apontando, portanto, um risco maior de morte por tais agravos, nessa população. Sendo assim, torna-se necessário investigar os fatores relacionados a este perfil. Acredita-se que um dos fatores seja o diagnóstico tardio devido à baixa procura pelos serviços de saúde.

Em 2008 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem com o objetivo de estimular ações de saúde que contribuam para compreensão da realidade singular masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, como o objetivo de aumentar a expectativa de vida, reduzindo os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Caberá às equipes de saúde buscar melhor conhecer esta população, identificando vulnerabilidades e priorizar ações necessárias à melhoria da saúde.

3.1.6. Saúde Mental

O serviço de saúde do município encontra grande dificuldade para assegurar a atenção integral em saúde mental, isto porque o município não comporta serviço de média complexidade, ficando, portanto, dependendo de pactuações com municípios de referência. Estes tem oferta reduzida de consultas.

No ano de 2013 foi aprovado, na Comissão Intergestores Regional (CIR – Alto Vale do Itajaí), a Rede de Atenção Psicossocial. No referido projeto consta a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) microrregional no município de Ituporanga. Até o momento não houve sinais de implantação e implementação do serviço em Ituporanga.

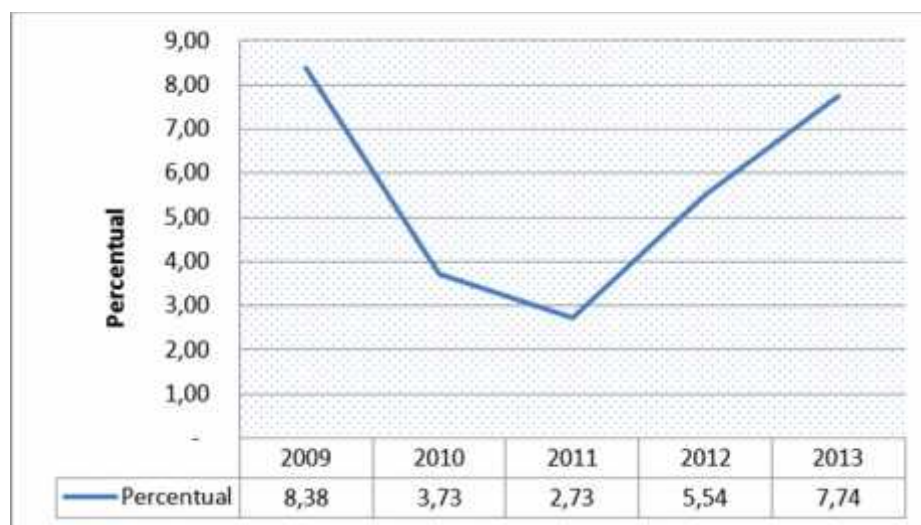
Se por um lado se tem essa dificuldade, de outro, o município pode contar com a possibilidade de desenvolver ações de saúde mental na atenção básica, com apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que tem na sua equipe o profissional psicólogo.

Ressalte-se a necessidade de desvincular o tratamento em saúde mental ao uso, exclusivo de medicamentos.

3.1.7. Saúde Bucal

Conforme citado anteriormente, o município conta com três profissionais cirurgiões dentistas. Destes, um faz parte da Equipe de Saúde Bucal credenciada junto ao Ministério da Saúde e outro faz parte do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Porém, existe apenas um consultório odontológico, o que nos faz concluir que há baixa cobertura de consulta odontológica para a população geral. O histórico dessa cobertura encontra-se no gráfico 6.

Gráfico 6 – Cobertura de primeira consulta odontológica. Imbuia, 2009-2013



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial – Datasus - MS

Através do gráfico 6 verificamos uma queda da oferta de primeira consulta odontológica no período de 2010 a 2012. Em 2013 essa cobertura aproxima-se do valor de 2009.

Não existe registro no município de quando foi realizado o último levantamento epidemiológico de dentes cariados, perdidos e obturados. Sendo esse levantamento uma necessidade urgente. O município não apresenta bons indicadores em saúde bucal, alta percentagem de exodontias em relação ao total de procedimentos, bem como a inexistência de trabalhos preventivos com grupos de estudantes, gestantes, idosos e outros.

O Centro de Especialidade Odontológicas (CEO), referência para o município, é em Ituporanga, porém, até o momento nenhum atendimento foi realizado embora os mesmos já tenham sido pactuados.

3.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Conforme citado anteriormente, o município de Imbuia não dispõe em seu território de serviços de média complexidade, sendo assim depende de pactuações com outros municípios para garantir a integralidade da atenção. As principais referências para consultas especializadas e exames de média e alta complexidade são

os municípios de Rio do Sul e Florianópolis, sendo que Florianópolis através da Secretaria de Estado da Saúde. Os encaminhamentos são realizados através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Percebe-se, porém, que dado ao longo tempo de espera algumas pessoas acabam optando por consultas particulares.

Atualmente através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto vale do Itajaí (CISAMAVI) são encaminhados pacientes para consultas especializadas de proctologia, cirurgia geral e ortopedia, devido a falta de oferta pelos municípios com os quais Imbuia tem pactuação, sendo que proctologia a pactuação é estadual e cirurgia geral a referência pactuada é Rio do Sul e estadual. **Há falta de oferta de consultas para endocrinologista, cirurgião de cabeça e pescoço e psiquiatra**, cuja pactuação é estadual.

É percebido pelo setor responsável pelo TFD e de encaminhamento de exames um volume crescente de exames de alta complexidade que requerem um gasto maior dos recursos da saúde em detrimento de ações que beneficiariam um volume maior da população. Tal situação aponta para a necessidade urgente de adoção de protocolos por parte da equipe de saúde.

O município tem contrato com um médico cardiologista que atende trinta consultas por mês. Seu atendimento é a cada quinze dias.

3.3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Passamos elencar alguns aspectos referentes os serviços das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.

3.3.1. Vigilância Sanitária

Para o serviço de vigilância sanitária o município conta com um técnico, credenciado para o desenvolvimento das ações, cedido para outro setor da prefeitura Municipal. Outras duas servidoras foram treinadas e não estão atuando no serviço. Recentemente foi contratada, através de concurso uma profissional, engenheira civil, para o setor, porém a mesma ainda não recebeu treinamento, não tendo portanto, credencial para desenvolver as atividades.

3.3.1. Vigilância Epidemiológica

O serviço de vigilância epidemiológica é desenvolvido por uma técnica de enfermagem que acumula também a função de vacinadora. A alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é realizada por uma auxiliar administrativa.

Tabela 13 – Doenças de notificação compulsória segundo ano. Imbuia. 2010-2014

Doença/Agravo	2010	2011	2012	2013	2014
Ac. Por animais peçonhentos	18	19	19	18	19
At. Antirrábico humano	14	11	7	6	11
Hepatites virais	1				
Violência Doméstica	3	8	8	5	8
Meningite		1			1
Sífilis e outras DSTs		1	3		
Caxumba			1		
Varicela			5	1	
Malária			1	0	0

Fonte: sistema de informação de Agravos de Notificação.

Analisando a tabela 13 é possível concluir que o município tem notificado apenas os casos confirmados de doenças e agravos de notificação. Isto traz um prejuízo para o serviço haja vista que a vigilância deve ser a partir da suspeita, pois aí está a possibilidade de se encontrar os casos positivos, ou seja, aumenta a chance de encontrar casos positivos quanto maior for o número de suspeitos. A tabela demonstra um número importante de acidentes por animais peçonhentos provavelmente associados ao trabalho. Merece destaque também o número de violências domésticas. Esse aspecto é importante vincular com outro dado levantado anteriormente referente o número de internações por alcoolismo.

3.3.1. Vigilância Ambiental

A vigilância ambiental realiza o monitoramento do *Aedes aegypti*. O município tem uma pessoa treinada para desenvolver essas atividades, porém, encontra-se, no momento, em outro serviço. Esta situação faz com que as próprias armadilhas utilizadas para controle do vetor tornem-se criadouros do mesmo.

3.4. ASSSITÊNCIA HOSPITALAR

Para atendimento hospitalar o município conta com um hospital geral local, a Fundação Hospitalar de Imbuia.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o hospital possui sala de acolhimento com classificação de risco e sala de atendimento a paciente crítico (sala de estabilização). O hospital também possui uma sala de cirurgia e uma sala de parto normal e serviço de apoio diagnóstico terapêutico (laboratorial).

Para internações pelo Sistema Único de Saúde o hospital dispõe do seguinte quantitativo de leitos: um para cirurgia geral, cinco de clínica geral, dois de obstetrícia cirúrgica e seis para pediatria clínica. O serviço de ambulância é terceirizado.

O hospital pertence ao município e os servidores também são municipais.

3.5. ASSSITÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O transporte de urgência e emergência de pacientes é feito pela Unidade de Suporte Básico com sede em Ituporanga, porém a realização do serviço não é satisfatória, por isso algumas vezes o transporte de pacientes é realizado por veículos do próprio município, nem sempre é adequado para urgências.

3.6. ASSSITÊNCIA FARMACÊUTICA

São dispensados medicamentos para toda a população, independente da origem da consulta médica, ou seja, do sistema público ou não.

Conforme já mencionado anteriormente há um consumo, aparentemente, excessivo do uso de medicamentos psicotrópicos, e, muitas vezes as pessoas vem na Unidade de Saúde apenas para “renovar” a receita.

O município adotou a entrega de medicamentos no domicílio, através dos Agentes Comunitários de Saúde. Esses medicamentos até pouco tempo eram preparados pelos próprios agentes na farmácia local. Dois problemas são observados: o despreparo do agente de saúde para esta atividade e a não utilização dos

medicamentos adequadamente por parte dos usuários, visto que nas visitas domiciliares os agentes de saúde encontram muita sobra dos mesmos.

O elenco de medicamentos do município agrega quatrocentos itens.

4. GESTÃO DE SAÚDE

Fazer a gestão da saúde municipal tem exigido dos Secretários Municipais de Saúde mais do que uma postura de agente político. Cada vez aumenta a exigência por um agente sanitário. Na função de agente sanitário o secretário municipal de saúde além de garantir recursos físicos, materiais e humanos é desafiado a planejar, com sua equipe e a população, os passos a serem dados para assegurar o cumprimento da política de saúde municipal. Para isso, mais do que nunca precisa estar apoiado em indicadores de processo e de resultado que permitam monitorar a assistência à saúde.

Outro aspecto importante com relação à gestão da saúde municipal é ter a clareza da necessidade de garantir a integralidade da atenção. E, como, nenhum município de pequeno porte consegue ser autossuficiente na oferta dos serviços o secretário municipal de saúde necessita tornar-se um articulador dentro de sua região em busca de “equipamentos” que assegurem a integralidade da assistência.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Imbuia toda a responsabilidade pela gestão acaba sendo do Secretário, trazendo sobrecarga. Esta condição aponta para a necessidade de se construir um organograma da Secretaria de Saúde e da Unidade de Saúde, estabelecendo-se setores com as respectivas chefias. Na área de assistência a saúde verifica-se a necessidade da criação de uma Coordenação da Atenção Básica que seria o elo de integração das diferentes Equipes de Saúde da Família.

4.1. PLANEJAMENTO

Não existe no município de Imbuia uma equipe de planejamento. Atualmente percebe-se como necessária, haja vista a importância que a equipe teria para dar suporte ao Secretário Municipal de Saúde, mantendo-o atualizado com informações relativas às atividades assistenciais ou administrativas.

4.2. DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO

O município de Imbuia pertence a Comissão Intergestores Regional de Saúde da Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí. Rio do Sul e Florianópolis (Secretaria de

Estado da Saúde) são as principais referências para os procedimentos de média e alta complexidade. Aspectos esses já abordados anteriormente.

No momento a região tenta consolidar as Redes de Urgência e Emergência, Cegonha e Psicossocial, porém em todas tem encontrado dificuldades. Com relação a Urgência e Emergência e rede Cegonha a principal dificuldade são as adequações do Hospital Regional Alto Vale, situado em Rio do Sul, qualificado com porta de entrada para as urgências e ambulatório e maternidade de alto risco para a rede cegonha. Já a rede psicossocial a dificuldade é a inexistência de Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), cujo projeto prevê a implantação do mesmo no município de Ituporanga que seria referência para o município de Imbuia.

4.3. FINANCIAMENTO

A receita realizada em 2013 no município de Imbuia foi de R\$ 15.212.542,27 (Quinze milhões, duzentos e doze mil, quinhentos e quarenta e dois reais e vinte e sete centavos).

As informações financeiras que passamos apresentar foram retiradas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), cujo objetivo é apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

Na tabela 14 estão apresentadas as transferências de recursos do SUS DO Fundo Nacional de Saúde para o município.

Tabela 14 - Demonstrativo das Transferências Fundo Nacional de Saúde x Fundo Municipal de Saúde. Imbuia, 2013

ITEM	Valor	%
Atenção Básica	568.071,76	78,73
Fixo	255.088,91	
Variável	312.982,85	
At. MAC Hospit. e Ambul.	105.277,76	14,59
Vigilância em Saúde	21.123,58	2,93
Assistência Farmacêutica	26.988,71	3,75
TOTAL	721.461.81	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentação Pública (SIOPS), 2013

A análise da tabela 14 permite verificar que as transferências para a Atenção Básica representam o maior percentual, ou seja, 78,73%.

Embora não demonstrado na tabela acima o Estado também efetuou repasses financeiros que somaram R\$ 112.369,72 (Cento e doze mil, trezentos e sessenta e nove reais e setenta e dois centavos). Essa contrapartida foi realizada para custeio da Atenção Básica, denominada cofinanciamento e também para a Assistência Farmacêutica.

No Quadro V é possível visualizar melhor as receitas e despesas liquidadas no ano de 2013.

Item	Fonte	Receita	Despesas liquidadas
Atenção Básica	Ministério da Saúde	568.071,76	1.925.352,57
	Município	304.429,59	
MAC	Ministério da Saúde	105.277,76	203.931,19
Vig. em Saúde	Ministério da Saúde	21.123,58	36.614,45
	Município	24.488,39	
Ass. Farmacêutica	Ministério da Saúde	26.988,71	11.039,62
	Município	9.715,51	
Outras receitas	Estado	112.369,72	788.291,19
	Município	1.980.446,63	
	Outras fontes	165.597,40	
TOTAL		3.318.508,60	2.965.229,02

Quadro V – Demonstrativo de receitas e despesas segundo item e fonte. Imbuia, 2013.

Analisando o quadro V verificamos que o Ministério da Saúde contribuiu com 21,74%, o Estado, 3,38% e o município com 74,88% da receita da saúde municipal. Verificamos também que o principal item de receita e despesa é da Atenção Básica.

Um melhor detalhamento das despesas com saúde encontra-se na tabela 14.

A tabela a seguir apresenta um detalhamento maior no subitem aplicações diretas, do item Outras Despesas Correntes.

Tabela 15 – Detalhamento das despesas com saúde. Imbuia, 2.013.

DESPESAS CORRENTES	2.941.024,38
Pessoal e encargos sociais	1.922.864,76
Outras despesas correntes	1.018.159,62
Transf. a Inst. Privadas s/fins lucr.	44.320,76
Material de consumo	281.308,71
Mat. Distrib. Gratuitamente	137.122,29
Serviços de Terceiros (p. física)	106.564,27
Serviços de Terceiros (p. jurídica)	231.019,96
DESPESAS DE CAPITAL	24.204,64
Obras e instalações, equipamentos e mat. permanentes	24.204,64

Analisando a tabela 15 verificamos que as despesas com pessoal e encargos sociais representaram 65,38% do total das despesas com saúde. O segundo item de despesa foi com material de consumo e o terceiro de pagamentos efetuados a pessoa jurídica por serviços prestados ou realizados.

A previsão orçamentária, constante no Plano Plurianual, 2.014 – 2.017 para a Secretaria Municipal de Saúde está alocada para o desenvolvimento do Programa Saúde para Todos

Ação/Descrição	Valor orçado (R\$)
0025 – Ampliação, melhoria e reaparelhamento das unidades de saúde do município, construção de novas unidades de saúde, aquisição de veículos para o transporte de pacientes, aquisição de equipamentos hospitalares e odontológicos, contratação de profissionais especializados, realização da medicina preventiva, vigilância sanitária, aquisição de medicamentos para a farmácia básica, fiscalização e vigilância epidemiológica, realização e campanhas de vacinação contra	13.703.400,00

doenças e manutenção dos programas Saúde da Família e agentes comunitários de Saúde.	
--	--

Quadro VI – Previsão orçamentária 2.014 – 2.017.

Nos Quadros a seguir constam as previsões de receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde para os anos de 2014 a 2017.

Item	2.014	2.015	2.016	2.017
Receitas de impostos e transf. legais	2.172.250,00	2.310.250,00	2.463.250,00	2.622.250,00
Epidemiologia	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00
Assist. Farmacêutica	31.000,00	35.000,00	40.000,00	45.000,00
Vigil. Sanitária	14.000,00	15.000,00	16.000,00	17.000,00
PAB fixo	215.000,00	215.000,00	215.000,00	215.000,00
Ag. Comunitários de Saúde	148.200,00	148.200,00	148.200,00	148.200,00
Estr. Saúde da Família	171.000,00	171.000,00	171.000,00	171.000,00
M.A.C	98.400,00	98.400,00	98.400,00	98.400,00
Transferências Estado	117.000,00	125.000,00	132.000,00	140.000,00
Convênios M.S.	201.000,00	201.000,00	201.000,00	201.000,00
Total	3.180.350,00	3.331.350,00	3.497.350,00	3.670.350,00
Município	11.682.040,00	12.185.440,00	12.721.840,00	13.298.440,00

Quadro VII - Previsão de receitas segundo PPA do município de Imbuia, 2014 – 2017.

Procedência	2.014	2.015	2.016	2.017	Total
Receitas de impostos.	2.189.000,00	2.320.000,00	2.456.000,00	2.599.000,00	9.564.000,00
Convênios	203.000,00	203.000,00	203.000,00	203.000,00	812.000,00
Atenção Básica	492.950,00	517.950,00	547.950,00	577.950,00	2.136.000,00
M. A. C	98.400,00	98.400,00	98.400,00	98.400,00	393.600,00
Vig. Saúde	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	116.000,00
Assit. Farmacêutica	170.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	665.000,00

Quadro VIII - Previsão de despesas segundo PPA do município de Imbuia, 2014 – 2017.

Audiência Pública realizada com o objetivo de apontar prioridades elencou:

1. Aquisição de veículos.
2. Implantação de Postos de Saúde nas localidades de Garrafão, Nova Alemanha, Samambaia e Vista alegre.
3. Aquisição de gerador de energia para o hospital.
4. Ampliação e reforma do hospital.
5. Oferecer mais exames clínicos.
6. Ampliação e aperfeiçoamento das Equipes de Saúde da Família.
7. Construção, reforma e ampliação das Unidades de Saúde.
8. Construção de uma Unidade de Saúde no Copa 94.
- 9. Criação de um Centro de Referência em ginecologia e obstetrícia e pediatria com UTI e contratação de médicos de diversas especialidades.**
10. Contratação de médicos, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, etc.
- 11. Aquisição de Raio X para a saúde.**
12. Aquisição de Raio X para consultório odontológico.
13. Ampliação e reforma da Unidade de Saúde Centro.

Os itens grifados não correspondem à realidade do município de Imbuia haja visto a complexidade dos serviços e ações e a impossibilidade de operacionalizá-los.

4.4. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde está assegurada na Constituição Federal, na lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 e regulamentada pela lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Esta participação se efetiva através das Conferências de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde.

De acordo com a lei 8.142 (1990) as Conferências de Saúde acontecem a cada quatro anos, devendo participarem os vários segmentos sociais para avaliarem a situação de saúde e proporem as diretrizes para a formulação da política de saúde. A última Conferência que ocorreu no município foi em 2007, antecedendo as Conferências Estadual e Nacional de Saúde.

A lei 8.142 (1990) define que o Conselho de Saúde de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído.

A lei de criação do Conselho Municipal de Saúde de Imbuia é a de número 737 de 12 de novembro de 1.991. O Decreto Municipal número 13, de 03 de abril de 2014 nomeou os conselheiros para o exercício nos próximos dois anos.

Com relação a composição do Conselho Municipal de Saúde observa-se que o mesmo está em desacordo com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução 453 de 10 de maio de 2012, que estabelece que 25% das vagas deve ser destinadas a entidades representativas de trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Pela lei Municipal os representantes o governo estão com 30% das vagas, ao passo que trabalhadores da saúde com 10%.

II - PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

1. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

1.1. Doenças e agravos relacionados ao trabalho (intoxicação por agrotóxico).
1.2. Inexistência no município de opções de lazer para a população geral.
1.3. Destino inadequado de esgoto sanitário.
1.4. Necessidade de tratamento alternativo da água de consumo da população da área rural.

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

2.1. Elevado número de pessoas com problemas osteomusculares, responsáveis por internações na população mais jovem.
2.2. Elevada taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório na população feminina.
2.3. Elevada taxa de mortalidade por neoplásicas na população masculina.
2.4. Doenças do aparelho respiratório nas pessoas idosas sendo responsáveis por internações dessa população.
2.5. Internações de população “jovem” devida ao uso de álcool.
2.6. Aumento do número de óbitos por Doenças Crônicas não transmissíveis em pessoas com idade inferior a setenta anos.
2.7. Número de casos de violência doméstica notificados.

3. ATENÇÃO EM SAÚDE

3.1. Atenção Básica
3.1.1. Não cumprimento da carga horária semanal (40 horas) pelo profissional médica de uma das Equipes de Saúde da Família.
3.1.2. Excesso de solicitação de exames de alta complexidade pelos profissionais da Atenção Básica.

3.1.3. Inexistência de protocolos clínicos.
3.1.4. Não realização de procedimentos coletivos de saúde bucal.
3.1.5. Desconhecimento da situação da cárie dentária no município.
3.1.6. Percentual elevado de exodontias em relação aos demais procedimentos de saúde bucal.
3.1.7. Redução da cobertura de coleta de exame preventivo de câncer de colo do útero.
3.1.8. Percentual elevado de cesarianas, superior a 60%.
3.1.9. Baixa cobertura de exames para sífilis em gestantes.
3.1.10. Inexistência de trabalho específico com mulheres climatéricas.
3.2. Atenção Especializada
3.2.1. Demanda reprimida de consultas especializadas.
3.3. Assistência farmacêutica
3.3.1. Alto número de pessoas que utilizam medicamentos psicotrópicos.
3.3.2. Número elevado de diferentes itens de medicamentos (400).
3.3.3. Entrega de medicamentos no domicílio.

4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.1. Serviço de Vigilância Sanitária desestruturado.
4.2. Subnotificação de doenças e agravos de notificação compulsória?
4.3. Serviço de monitoramento da circulação do Aedes aegypti desativado.

5. GESTÃO EM SAÚDE

5.1. Número insuficiente de consultórios outros ambientes para procedimentos na Unidade de Saúde.
5.2. Número insuficiente de consultórios e equipamentos odontológicos.
5.3. Inexistência de equipe de planejamento.
5.4. Inexistência de estrutura organizacional (setores, departamentos com chefias) na Secretaria municipal de Saúde.

III - DIRETRIZES, OBJETIVOS E AÇÕES

1. EIXO – ATENÇÃO Á SAÚDE

Diretriz 1: Aprimoramento da Atenção Básica municipal assegurando o acesso da população a serviços de qualidade e em tempo adequado.			
Objetivo: Criar e adequar mecanismos que favoreçam o acesso da população aos serviços de saúde, e, que os mesmos sejam de qualidade.			
Ação	Meta	Período	Recursos
1. Regularizar o cumprimento da carga horária do profissional médico de uma das Equipes de Saúde da Família atendendo o que dispõe a Portaria GM/MS 2448/12.	Situação regularizada	2.015	00.01.0064 00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023
2. Adequar o processo de trabalhos das Equipes de Saúde da Família realizando atividades de educação permanente.	Realização de reuniões semanais das Equipes, durante um período. (52 encontros anuais). Realizar treinamentos e oficinas de planejamento semestrais.	2.014 – 2.017	
3. Criar protocolos de tratamentos das doenças prevalentes do município, visando reduzir a variedade de medicamentos hoje adquiridos.	Protocolos criados.	2015	
4. Criar e adequar protocolos existentes referentes encaminhamentos para Tratamento Fora do Domicílio e solicitação de exames de alta complexidade.	Protocolos criados e implantados.	2.015	
5. Manter participação ativa de um representante do município junto a Comissão Integrada Ensino e Saúde (CIES).	Representante designado	2.014 – 2.017	

6. Ampliar a oferta de testes de sífilis para as gestantes.	Garantir a realização de no mínimo 02 exames no pré-natal e 01 por ocasião do parto.	2.014 - 2017	
7. Implementar a assistência sistematizada, baseada na utilização de protocolos p de atenção à saúde de grupos prioritários: Criança e adolescente, mulher, homem, adulto e idoso de com as políticas do ministério da Saúde.	Protocolos criados	2.015	
8.1. Criança			
8.1.1. Garantir atividades e procedimentos voltados para a população menor de dois anos de acordo com o plano de ação municipal da rede cegonha.	70% no primeiro ano de implantação até atingir 100% nos demais anos.	2014 - 2017	00.01.0064 00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023
8.1.2. Diagnosticar precocemente as doenças prevalentes da infância (doenças respiratórias, diarreicas e nutricionais) intervindo, também, precocemente, evitando internações e reduzindo mortalidade.	Redução 30% de internações associadas às referidas doenças no primeiro ano e 50% nos demais anos.	2.014 – 2.017	
8.1.3 Desenvolver ações programadas do Programa Saúde na Escola em conjunto com a Secretaria Municipal de Educação.	Estruturar o grupo técnico intersetorial, planejar e desenvolver as ações.	2.014 - 2017	
8.1.4. Vacinar todas as crianças de acordo com o calendário vacinal proposto para a idade.	Cobertura mínima de 95%	2.014 – 2.017	

8.2. Adolescente			
8.2.1. Identificar problemas relacionados à saúde do adolescente e elaborar projeto de atenção integral.	- Criar grupo intersetorial para discussão e diagnóstico das problemáticas relacionadas à saúde do adolescente: droga, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e trabalho e violência.	2.015	
8.2.2. Desenvolver atividades intersetoriais na prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis.	- Elaborar projeto de atenção à saúde do adolescente.	2.014 – 2.017	
8.2.3. Prevenir a gravidez na adolescência.	Desenvolver atividades educativas em conjunto com a Secretaria de Educação referente sexualidade.	Permanente	00.01.0064 00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023
8.2.4. Identificar situações de violência contra o adolescente, garantindo a assistência adequada (médica, psicológica e assistência social).	Implementar o sistema de notificação e vigilância das violências, assegurando a atenção adequada.	2.014	

Ação	Meta	Período	Recursos
<p>8.3. Mulher</p> <p>8.3.1. Ampliar o acesso das mulheres de 25 a 59 anos aos exames preventivos para diagnóstico do câncer de colo de útero.</p> <p>8.3.2. Manter a cobertura de oferta de mamografia de rastreamento a população feminina de 50 a 69 anos.</p> <p>8.3.3. Implementar a utilização do SISCAN (Sistema de Informação de Câncer) para realização do seguimento das mulheres com exames alterados.</p> <p>8.3.5. Implantar/desenvolver atividades de atenção às mulheres climatéricas.</p> <p>8.3.6. Garantir assistência pré-natal de qualidade.</p> <p>8.3.7. Implementar a atenção ao casal no</p>	<p>Atingir e manter cobertura de no mínimo 80% das mulheres (razão: 0,80).</p> <p>Razão: 0,3</p> <p>Seguimentos realizados.</p> <p>Criar um grupo terapêutico de mulheres por Equipe de Saúde da Família com atividades multidisciplinares.</p> <p>Captar precocemente todas as gestantes, assegurando que 85% delas, no mínimo, realizem 7 e mais consultas de pré-natal, garantindo o acesso a todos os exames.</p>	<p>2.014 – 2.017</p> <p>2.014 – 2.017</p> <p>2.014 – 2.017</p> <p>2.014 – 2.017</p> <p>Permanente</p>	<p>00.01.0064 00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023</p>

<p>planejamento familiar, garantindo os métodos contraceptivos.</p> <p>8.3.8. Reduzir a mortalidade em mulheres por doenças cardiocirculatórias.</p> <p>8.3.9. Reduzir o percentual de partos cesáreos.</p>	<p>Implantar a assistência a casais.</p> <p>Identificar fatores relacionados a prevalência das doenças cardiocirculatórias em mulheres, assegurando o diagnóstico precoce e tratamento adequado.</p> <p>Reduzir 10% ao ano ate atingir 35%.</p>	<p>2015</p> <p>Permanente</p> <p>2.014 – 2.017</p>	
---	---	--	--

Ação	Meta	Período	Recursos
<p>8.4. Homem</p> <p>9.4.1. Criar mecanismos para facilitar o acesso da população masculina aos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde (horários diferenciados), diagnosticando assim precocemente os riscos para problemas prevalentes dessa população (neoplasias e doenças do aparelho cardiocirculatório).</p> <p>8.4.2. Garantir o acesso da população masculina, acima de 40 anos, a assistência integral da saúde.</p> <p>.</p> <p>8.4.3. Reduzir internações devido a doenças relacionadas ao uso de álcool.</p>	<p>Identificar demanda, da população masculina, pelos serviços da Unidade de Saúde, bem como fatores dificultadores do acesso. Desenvolver atividades educativas específicas para a população masculina.</p> <p>Assegurar a oferta de consulta em urologia para a população masculina, bem como o acesso a exames preventivos para o câncer de próstata e outros procedimentos, quando necessários, inclusive cirúrgicos.</p> <p>Identificar fatores associados ao uso de álcool da população masculina do município e realizar ações intersetoriais visando a prevenção. Elaborar proposta de intervenção.</p>	<p>2.015</p> <p>2.014 – 2.017</p> <p>2.015</p>	<p>00.01.0064 00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023</p>

Ação	Meta	Período	Recursos
<p>8.5. Adulto e Idoso</p> <p>8.5.1. Garantir o acesso da população idosa a consultas médicas e de enfermagem.</p> <p>8.5.2. Desenvolver ações intersetoriais de promoção à saúde da pessoa idosa, referente atividade física e alimentação saudável. Envolver também os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.</p> <p>8.5.3. Reduzir a mortalidade precoce por Doenças Crônicas Não Transmissíveis.</p> <p>8.5.4. Identificar condições que favoreçam o risco de fraturas em idosos nos domicílios.</p>	<p>Garantir a oferta conforme a demanda.</p> <p>Permanente</p> <p>Envolver familiares e equipe de saúde no estabelecimento de mecanismos para aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de problemas crônicos de saúde</p> <p>Treinar Agentes Comunitários de Saúde para identificação dessas condições.</p>	<p>2.014 – 2.017</p> <p>2.014 – 2.017</p> <p>2.014 – 2.017</p> <p>2014</p>	<p>00.01.0064 00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023</p>

Ação	Meta	Período	Recursos
<p>8.6. Saúde Bucal</p> <p>8.6.1. Reestruturar o Programa de Saúde Bucal, vinculando-os às Equipes de Saúde da Família específicas.</p> <p>8.6.2 Cadastrar grupos prioritários, destinando períodos para o desenvolvimento das ações coletivas.</p> <p>8.6.3. Realizar levantamento epidemiológico (CPOD) para os menores de doze anos.</p> <p>8.6.4. Reduzir o percentual de exodontias.</p> <p>8.6.5. Adquirir equipamentos odontológicos e estruturar mais um consultório.</p>	<p>Equipes organizadas, vinculadas e integradas.</p> <p>Identificação dos grupos prioritários e cadastros efetuados.</p> <p>Levantamento realizado.</p> <p>Ampliar a oferta de atendimento odontológico para a população geral.</p> <p>Novo consultório estruturado.</p>	<p>2.015</p> <p>2.015</p> <p>2015</p> <p>2014 – 2017</p> <p>2.015</p>	<p>00.01.0064 00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023</p>

Diretriz 2: Assegurar o acesso a atenção especializada visando a integralidade da atenção em saúde.

Objetivo: Aprimorar o acesso da população aos serviços especializados, diagnósticos e terapêuticos, buscando mecanismos que favoreçam a ampliação da oferta.

Ação	Meta	Período	Recursos
1. Implementar a utilização de protocolos de classificação de risco visando racionalizar os encaminhamentos a serviços de média e alta complexidade.	Reduzir o número de encaminhamentos de consultas para tratamento fora do domicílio bem como a exames de alta complexidade.	2014 - 2017	00.01.0065 00.01.0002 00.01.0023
2. Revisar periodicamente a Programação pactuada e Integrada da Assistência Ambulatorial (PPI), garantindo, assim, o acesso da população a atenção integral.	Revisão semestral	2.015	
3. Revisar periodicamente a PPI hospitalar e redefinir novos serviços, se necessário, garantindo, assim, a atenção hospitalar.	Permanente	Permanente	
4. Revisão prévia, realizada por médico autorizador, dos processos de encaminhamentos para tratamento fora do domicílio.	Procedimento implantado.	A partir de 2014	
5. Assegurar, enquanto município pertencente a Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, a efetiva implementação da Rede de urgência e Emergência	Rede de Urgência e emergência implementada.	Permanente	-----

Diretriz 3: Identificar precocemente e reduzir os riscos e agravos a saúde da população assegurando a realização de ações pertinentes à vigilância da saúde.

Objetivos: A - Reduzir a subnotificação de doenças e agravos de notificação
 B - Garantir estrutura de recursos humanos necessários para o desenvolvimento das atividades.
 C - Criar espaços de discussão e articulação intersetorial em busca de alternativas para melhorias da qualidade de vida.

Ação	Meta	Período	Recursos
1. Reativar, com urgência, o serviço de monitoramento da circulação do Aedes aegypti, relocando o servidor responsável, assegurando o número de necessários de visitas a armadilhas e pontos estratégicos.	Servidor relocado, serviço reiniciado.	2.014	00.01.0066 00.01.0002 00.01.0023
2. Reativar, com urgência, o serviço de vigilância sanitária, utilizando, os servidores treinados e com credencial para desenvolvimento.	Serviço reativado.	2.014	
3. Assegurar o cumprimento das ações previstas no Plano de Ação Municipal da Vigilância Sanitária.	Ações realizadas	2.014 – 2.017	
4. Manter coberturas vacinais (de todas as vacinas) adequadas de rotina e de campanhas para os grupos prioritários.	Cobertura superiores a 95%	2.014 -2.017	

5. Assegurar o acesso a Imunobiológicos especiais de pessoas com indicação devido a diagnóstico de maior vulnerabilidade para adquirir determinadas doenças.	Conforme demanda	2.014 – 2.017	
6. Desenvolver ações para prevenção das doenças transmissíveis e das Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/AIDS	Identificar fatores de risco e grupos prioritários, programar atividades educativas.	2.014 – 2.017	
7. Implementar a vigilância epidemiológica da violência contra a criança, mulher e idoso.	Sensibilizar e treinar os profissionais de saúde para a implantação da vigilância das violências.	2.014 – 2.017	
8. Intensificar a busca de sintomáticos respiratórios e dermatológicos visando o diagnóstico precoce da tuberculose e hanseníase, respectivamente.	Sensibilização dos profissionais médicos.	2.014	

Diretriz 4: Assegurar a realização de tratamentos indicados através da garantia de acesso aos medicamentos e assistência farmacêutica.

Objetivo: A – Garantir o acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e especiais de forma racionalizado.

Ação	Meta	Período	Recursos
1. A partir das doenças prevalentes do município criar protocolos de tratamentos visando reduzir itens e custos.	Identificação das doenças prevalentes e criação de protocolos.	2.015	00.01.0067 00.01.0002 00.01.0023
2. Rever a utilização da estratégia de entrega de medicamentos no domicílio pelos Agentes comunitários de Saúde.	Discutir a estratégia em conjunto profissionais X população para avaliar riscos e benefícios.	2.015	
3. Manter a dispensação de medicamentos excepcionais de acordo com a política do Ministério da Saúde.	Atendimento a 100% da demanda.	2.014 – 2.017	Estadual - APAC
4. Garantir o acesso, dos usuários em geral, aos medicamentos básicos conforme itens padronizados/protocolados no município.	Atendimento de 80% da demanda	2.014 – 2.017	00.01.0067 00.01.0002 00.01.0023
5. Identificar problemas relacionados ao uso de medicamentos e desenvolver atividades educativas visando assegurar adequadamente esse uso.	Acompanhar pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos.	2.014 – 2.017	

2. EIXO – GESTÃO E FINANCIAMENTO

Diretriz 1: Criar um espaço favorável para a gestão municipal da saúde			
Objetivos: A - Fortalecer a função do gestor municipal, como autoridade sanitária. B - Prover a Secretaria Municipal e Saúde e Unidade Básica de Saúde de condições adequadas para o desenvolvimento das atividades pertinentes aos serviços.			
Ação	Meta	Período	Recursos
1. Manter quadro adequado de profissionais de saúde, no município e readequá-los sempre que o volume de atividades justificarem ampliação.	Quadro de pessoal compatível com as necessidades.	Permanente	00.01.0002 00.01.0023
2. Viabilizar estrutura física adequada para a Unidade Básica de Saúde compatibilizando-a com os serviços desenvolvidos, e também para outras necessidades, tais como: almoxarifados, depósitos e arquivos.	Realizar estudo e adequar os espaços físicos da Unidade de Saúde (se necessário ampliar)	2.015	
3. Viabilizar estrutura adequada para a Secretaria Municipal de Saúde, retirando essa estrutura do espaço da Unidade Básica de Saúde.	Ampliar a Unidade ou utilizar outras alternativas (subsolo ou área do hospital).	2.016	
4. Modernizar a estrutura tecnológica da Secretaria Municipal de Saúde e das Unidades de Saúde adquirindo equipamentos de informática que atendam às necessidades dos serviços.	Adquirir microcomputadores e impressoras e fax necessários a cada serviço.	2.015	
5. Ampliar o número de consultórios de odontologia bem como de cadeiras odontológicas.	Ampliar em mais 01 consultório	2.015	

Diretriz 2: Implementar as ações do Controle social.**Objetivo:** Fortalecer as ações do Conselho Municipal de Saúde tornando-o partícipe ativo da execução e fiscalização da política de saúde no município

Ação	Meta	Período	Recursos
1. Adequar a composição do Conselho Municipal de Saúde de acordo com a Resolução CNS nº 453 de 10 de maio de 2.012	Promover discussão em nível do Conselho atual e encaminhar proposta ao Executivo para composição do Conselho.	2.015	00.01.0002 00.01.0023
2. Promover atividades educativas referentes os objetivos dos Conselhos de Saúde e o papel dos Conselheiros.	Promover um treinamento para Conselheiros de Saúde.	2.015	
3. Divulgar para a população geral as deliberações do Conselho Municipal de Saúde.	Implantar um quadro de aviso na Unidade de Saúde para divulgação das deliberações do Conselho de Saúde.	2.015	

3. EIXO – DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Diretriz 1: Promover a saúde da população identificando as necessidades da população referente a qualidade de vida.

Objetivo: A – Oportunizar espaços de reflexão e discussão referente os determinantes sociais para a saúde no município de Imbuia.

Ação	Meta	Período	Recursos
1. Identificar parceiros no município para discutir dificuldades e potencialidades realizadas a soluções para os problemas de saneamento básico, moradia, estradas, lazer, educação, etc.	Realizar reuniões com entidades públicas e privadas afins, empresas locais e população.	2.015	-----
2. Identificar as principais doenças relacionadas ao trabalho e fatores de risco objetivando minimizá-los.	Permanente	Permanente	
3. Fazer diagnóstico real sobre o destino do lixo tóxico buscando alternativas para solucionar os problemas relacionados a este material.	Diagnóstico realizado e soluções discutidas intersetorialmente.	2.015	

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Plano Municipal de Saúde do município de Imbuia para o período 2.014 – 2.017 está concluído, no entanto, as ações nele previstas deverão ser monitoradas regularmente. Esse monitoramento, que deverá ser realizado pela análise de indicadores específicos, poderá no decorrer do período apontar novos desafios e estratégias.

Importante destacar a relevância que o Plano de Saúde tem como instrumento norteador da política de saúde municipal. Nesse aspecto estarão envolvidos a gestão municipal e profissionais de saúde. De outro lado o Plano torna transparente essa política permitindo o acompanhamento e o controle da sociedade inclusive na adequada aplicação dos recursos financeiros, sendo que este é papel primordial do Conselho Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde deverá ser excetuado em consonância com os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde à luz do que dispõe a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e demais leis complementares que regulamentam aquelas primeiramente citadas.

Anualmente será elaborada a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão (do ano anterior), sendo que este servirá para a avaliação as metas alcançadas.

Enfim, a população Imbuiense recebe o seu Plano de Saúde e é convidada a se tornar ator partícipe na sua execução.

V - ANEXOS

DETALHAMENTO DE ATIVIDADES PARA A SAÚDE

A seguir são elencadas atividades propostas pelas Equipe de Saúde que poderão compor as programações Anuais de Saúde. Parte dessas atividades são remanescentes do Plano de Saúde anterior.

I - Atenção em Saúde Bucal

1. Priorizar a atenção às crianças e adolescentes.
2. Realizar ações educativas referente à saúde bucal.
3. Promover ações de educação permanente em saúde

II – Atenção à Saúde da Mulher

1. Intensificar as ações que contribuam para a adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer.
2. Implementar a consulta de enfermagem à mulher.
3. Criar grupo terapêutico de mulheres climatéricas.
4. Garantir a atenção adequada, multiprofissional, à mulher no climatério.
5. Garantir a assistência para o Planejamento Familiar.
6. Garantir o acesso gratuito aos métodos contraceptivos de escolha dos casais.
7. Assegurar a assistência ao pré-natal e parto de acordo com os princípios da rede cegonha e cumprindo com as metas do Plano de Ação Municipal.
8. Acompanhar as gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família.
9. Viabilizar ações de educação permanente referente atenção integral à saúde da mulher.

III – Atenção à Saúde do Idoso

1. Garantir a atenção integral à saúde do idoso.

2. Produzir material audiovisual que auxilie o idoso e seus familiares a entender os problemas do envelhecimento físico, psíquico e da saúde em geral.
3. Estimular o esporte dos idosos a partir da orientação e acompanhamento da equipe de saúde: enfermeira, médico, professor de educação física.
4. Realizar atividades educativas referente à saúde do idoso.

IV – Atenção a Saúde da Criança e Adolescente

1. Garantir a 100% das crianças do município um serviço de puericultura de referência, que trate delas nas suas condições de normalidade, e diagnostique precocemente quaisquer alterações do estado normal da criança.
2. Implementar programa de atenção básica em saúde voltado para a avaliação nutricional das crianças de 0 - 5 anos, usando como indicadores o crescimento (peso e estatura) desta população alvo.
3. Implantar a consulta de enfermagem na rotina de atenção às crianças menores de 01 ano.
4. Estimular o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.
5. Combater a verminose, como problema de saúde pública - oriundo de precário saneamento básico e insuficiência de orientações quanto à higiene pessoal e dos alimentos: trabalho de educação em saúde em escolas, creches, associações de moradores e serviço público de saúde.
6. Desenvolver atividades educativas referente sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e drogas.
7. Desenvolver ações de educação permanente em saúde voltada para a equipe multiprofissional.

V – Atenção à Saúde do Adulto

1. Criar estratégias de diagnóstico precoce do hipertenso e diabético, ou seja, realizar aferição da pressão arterial e teste de glicose em 100% da população com maior risco.
2. Distribuir gratuitamente medicação básica, padronizada e contínua, para diabéticos e hipertensos diagnosticados;
3. Desenvolver atividades educativas referente nutrição, atividade física, terapia medicamentosa para os pacientes portadores de patologias crônicas.
4. Diagnosticar precocemente tuberculose e hanseníase e tratar adequadamente prevenindo abandonos.
5. Desenvolver trabalhos educativos em grupos terapêuticos de pessoas portadoras de patologias crônicas.
6. Realizar educação permanente da equipe de saúde.
7. Ampliar o Serviço de Epidemiologia e Controle de Doenças Municipal que trate das doenças de notificação compulsória, acompanhamentos, bloqueios, tratamentos específicos, referencial para esclarecimentos e subsídios para palestras.

VI - Atenção a Saúde do Homem

1. Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
2. Formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem e promover ações integradas intersetorialmente.
3. Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade.
4. Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica.
5. Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado com sua própria saúde.
6. Garantir a atenção integral a saúde do homem.

VII – Atenção em Saúde Mental

1. Fortalecer o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).
2. Desenvolver ações de educação permanente em saúde na área de saúde mental para os profissionais da atenção básica.
3. Implementar oficinas terapêuticas para os que possuem sofrimento mental;
4. Incentivar e fortalecer grupos terapêuticos de usuários e álcool e drogas.
5. Desenvolver trabalho educativo referente prevenção do uso de álcool e outras drogas.
6. Garantir assistência especializada aos que necessitam de atendimento em saúde mental.