

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 / 2021

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde

Resolução nº xxxx, em xxxxx.

Gestores Públicos

(Exercício 2017/2020)

Prefeito de Toritama *Edilson Tavares de Lima*

Vice-Prefeito *Romero Alexandre S. Leal Ferreira*

Secretário de Saúde *Anderson Bruno de Oliveira*

Secretária Executiva *Andreia Virginia S. de M. Dantas*

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO E DEMAIS COLABORADORES

<i>Aline di Paula Silva</i>	Fisioterapeuta do NASF
<i>Ana Paula de Assis</i>	Coordenação do SAMU
<i>Anderson Bruno de Oliveira</i>	Secretário de Saúde
<i>Ariane Isis de Oliveira</i>	Nutricionista da Unidade Hospitalar
<i>Camilla Larisse Silva</i>	Coordenação do Laboratório
<i>Crislaine Farias da Silva</i>	Nutricionista do NASF
<i>Days Nayally dos Santos</i>	Psicóloga do NASF
<i>Enoque Gouveia da Silva</i>	Coordenação da Policlínica
<i>Fernanda Cardoso Silva</i>	Coordenação do CAPS
<i>Geovanna Gardine</i>	Psicóloga do CAPS
<i>Iêda Rodrigues de Freitas</i>	Coordenação da Vigilância em Saúde
<i>Ilquilane do Nascimento Soares</i>	Coordenação de Saúde Mental
<i>Jaqueline Patrícia de S. e Silva</i>	Coordenação da Atenção à Saúde
<i>Julyane Patrícia de A. Leite</i>	Assistência Farmacêutica
<i>Luciana Torres Araújo</i>	Coordenação de Enf. da Unidade Hospitalar
<i>Lucivaldo Julião da Silva</i>	Diretor Administrativo da SMS
<i>Luiz Felipe da Silva</i>	Coordenação de Unidade de Saúde
<i>Maria Edleide T. dos Santos</i>	Assistente Social do CAPS
<i>Marília Oliveira R. de Almeida</i>	Educadora Física do NASF
<i>Rodrigo Queiroz Gomes</i>	Coordenação de Saúde Bucal
<i>Rosenita das Neves Silva</i>	Diretora da Unidade Hospitalar
<i>Sandra Maria dos S. Ramos</i>	Assistente Social da SMS
<i>Viviane Maria de Arantes</i>	Coordenação de Unidade de Saúde

COLABORADORES

Conselheiros da gestão 2016/2017 Sr. Arnaldo Sebastião da Silva; Sr. Adalberto Martins da Silva; Wilson Mendes; José Aelson Araújo.

Demais Colaboradores

Agradecemos a todos os colaboradores que fazem parte da rede municipal de saúde de Toritama-PE, que direto ou indiretamente constrói a saúde do município com dedicação e respeito aos direitos humano e social. Em especial as Equipes: Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF, Centro de Apoio Psicossocial CAPS 1, Saúde Bucal, Fisioterapia, Central de Abastecimento Farmacêutico CAF, Serviço Móvel de Urgência SAMU, Policlínica Nossa Senhora da Conceição, Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima e Vigilâncias em Saúde (Ambiental, Sanitária e Epidemiológica).

A cultura de uma organização se constitui no conjunto de princípios que a organização cria e descobre ao longo de sua existência. Contudo, "[...] sabemos agora que a fonte de riqueza é algo especificamente humano: CONHECIMENTO. Se aplicar o conhecimento para tarefas que já sabemos como fazer, nós chamamos de 'PRODUTIVIDADE'. Se aplicar o conhecimento para tarefas que são novas e diferentes chamamos 'INOVAÇÃO'. Somente o conhecimento nos permite alcançar essas duas metas." (PETER DRUCKER, 1992).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO	10
1. ANÁLISE SITUACIONAL	15
FICHA TÉCNICA.....	16
Resgate histórico	17
Panorama demográfico	18
Taxa de fecundidade total	22
Expectativa de vida	23
MORBIDADE	24
Doenças transmissíveis	24
Tuberculose (TB)	24
Hanseníase (HAN)	25
DST / AIDS/ Hepatite Viral.....	26
Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zica).....	27
Doenças Emergentes e Reemergentes	31
Doenças Crônicas não transmissíveis	32
Causas Externas	34
MORTALIDADE	36
2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES	39
ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	40
Produto interno bruto	41
Índice de desenvolvimento humano	41
Educação	42
Trabalho e renda	44
Trabalho infantil	45
Condições de vida e ambiente	45
Saneamento básico.....	45
Moradia	46
Transporte / frota.....	47
3. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS	48

PERFIL ASSISTENCIAL.....	49
Assistência pré-hospitalar e hospitalar	52
Assistência Ambulatorial	55
Gestão na organização do cuidado	57
Processos de trabalho assistencial.....	58
Adequação dos serviços de Atenção à Saúde.....	60
Modelo de atenção adotado pela SMS	63
<i>Territorialização e Regionalização</i>	64
<i>Rede de atenção</i>	65
<i>Linha de cuidados</i>	66
<i>Acolhimento</i>	67
Atenção primária	67
Acolhimento com intensificação das necessidades.....	68
Serviços ofertados na APS	70
Estratégia Saúde da Família	71
Saúde Bucal	72
<i>NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família</i>	74
<i>Atenção à saúde do escolar (PSE)</i>	75
Vigilância em Saúde	76
Assistência farmacêutica	78
4. GESTÃO EM SAÚDE	80
ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DA SMS	81
Diagnóstico externo.....	84
<i>Oportunidades</i>	85
<i>Ameaças</i>	86
<i>Diagnóstico interno (pontos fortes e pontos fracos)</i>	87
Otimização e utilização de recursos e desempenho dos serviços.....	87
Crescimento e desenvolvimento do trabalhador	88
Liderança.....	89
ESTRATÉGIA ADMINISTRATIVA DA SMS.....	90
Estrutura administrativa e organizacional	90
Estrutura matricial da SMS	96
Eixos Temáticos (Diretrizes, Objetivos e Metas)	101
ANEXOS	



APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2018/2021, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. Todavia, vem expressar o compromisso do governo municipal para os munícipes, buscando traduzir os anseios da sociedade toritamaense implementando ações e serviços públicos, a partir de diretrizes que possam impactar nas problemáticas de saúde para o município de Toritama-PE.

Embasado em um modelo organizacional que valoriza a esfera municipal em seu alcance social, econômico, político e ambiental. Delimitando-se em um arranjo sistematizado em rede, na ótica da reestruturação, reorganização, integração e coordenação, conforme ferramentas disponíveis para inovação do sistema microrregional. Visando possibilitar ao gestor, adotar de forma oportuna, concatenadas com as normas legais vigentes, o planejamento de que se necessita na oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Neste ínterim, o Plano Municipal de Saúde segue o padrão do Plano Nacional de Saúde vigente, que se segmentam em quatro eixos prioritários: Condições de saúde da população; Determinantes e Condicionantes de saúde; Acesso, ações e serviços de saúde e Gestão em saúde. Formatado de forma articulada, integrada e solidária; planejada em condições singulares para o exercício pleno embasado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Salientando que o processo de planejamento em saúde implica no desenvolvimento de dois momentos articulados: formulação da política – construção da agenda estratégica – contendo a identificação dos problemas prioritários de alcance sistêmico – e da elaboração do referido plano, ao qual a definição da base territorial e o reconhecimento macro organizacional, se formata a partir das políticas públicas instituídas para cada esfera governamental; como metodologia, embasam-se em evidências que contemplam a análise situacional do sistema de saúde regional, seguido os objetivos correspondentes a cada problemática identificada e dos módulos operacionais a estes vinculados, visando atender a sustentabilidade dos processos adotados pela secretaria de municipal de saúde.

Neste processo, porém, reafirmamos que “a construção da agenda estratégica”, como afirma (MATUS, 2015), é definido como “programa direcional”, ou, na terminologia mais utilizada no Brasil, a “Política”, documento de orientação e monitoramento do processo de planejamento das ações de saúde que venham se desenvolver em cada nível do sistema.

Segue embasado nos principais problemas de saúde da população toritamense e na identificação do sistema de saúde – segundo recorte territorial –; e, as proposições políticas de intervenção, cuja elaboração considera, a priori, marcos jurídico-normativo do Sistema Único de Saúde (SUS); Tais como: Constituição Federal, Leis 8080 e 8142 e Pactos da Saúde (2006), bem como as recomendações oriundas das Conferências de Saúde e demais marcos legais.

Mediante tal desafio, com o intuito em atender aos preceitos legais, na elaboração e atualização, periodicamente do plano de saúde, enquanto instrumento de gestão essencial para direcionar as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e dos Relatórios Detalhados Quadrimestrais (RDQA). Buscando traduzir em instrumento consultivo, as intenções e os resultados a serem almejados. Reafirmado através do advento do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, o qual destaca o planejamento em saúde como um instrumento padrão regionalizado e ascendente que expressa metas explícitas das necessidades em saúde municipal.

As proposições políticas de intervenções aqui propostas, porém, implicam no aprofundamento exponencial, das condições existentes no território onde se desenvolve as ações/atividades preconizadas. Gerando desenvolvimento no processo de articulação e/ou reorganização das ações planejadas, fomentando a articulação de seus atores no seu processo de trabalho. O qual implica, sobremaneira, na execução de acompanhamentos periódicos e avaliações permanentes, conforme os indicadores pré-definidos; monitorando e controlando as atividades preconizadas, gerando assim, capacidade de governança do sistema adotado.



INTRODUÇÃO

Dentre os avanços que podem ser creditados ao Sistema Único de Saúde (SUS), está o crescente reconhecimento da importância do planejamento e seus instrumentos para a governança da saúde pública. Contudo, apesar dos avanços identificados, a consolidação de uma cultura de planificação em saúde ainda representa um enorme desafio, considerando tratar-se de um processo que envolve mudança de postura individual e técnica, além de mobilização, engajamento e decisões dos gestores e de suas equipes.

Mediante tal desafio, a construção do Plano Municipal de Saúde (PMS 2018/2021); vêm atender aos preceitos da Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Art. 15, inciso VIII, o qual estabelece as atribuições dos gestores do SUS sua elaboração e atualização periódica, objetivando direcionar as atividades e programações em saúde. E com o advento do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que destaca o planejamento de forma regionalizada e ascendente e da Lei Complementar Nº 141/12, que sublinha o planejamento na centralidade da agenda da gestão, apontando como grandes desafios à necessidade de remodelagem e reordenamento dos instrumentos vigentes, bem como a consolidação de uma cultura de planificação em saúde pública.

Neste ínterim, o atual instrumento tem por finalidade, apoiar a gestão na condução do SUS no âmbito de seu território de abrangência, de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema; disponibilizando os meios para o aperfeiçoamento contínuo na gestão participativa e das ações e serviços prestados; apoiar a participação e o controle social; e, auxiliar o trabalho interno e externo, de controle e auditoria.

Dentre os instrumentos de planejamento em saúde encontra-se como base o Plano de Saúde (PS), como norteadores da Programação Anual de Saúde (PAS), do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQA). Os quais, na realização de seus processos, vem considerar as especificidades do território, as necessidades, a definição das diretrizes, objetivos, e metas a serem alcançados; bem como as programações de ações e serviços em conformidade com as redes de atenção à saúde, que contribua para a melhoria da

qualidade do SUS local, de atuação sistêmica, com impacto na condição de saúde da população.

Nesta perspectiva, o presente Plano Municipal de Saúde (PMS), orienta a implementação de todas as iniciativas de gestão municipal em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando os compromissos setoriais do governo municipal, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta de ações e serviços públicos para o seu efetivo funcionamento.

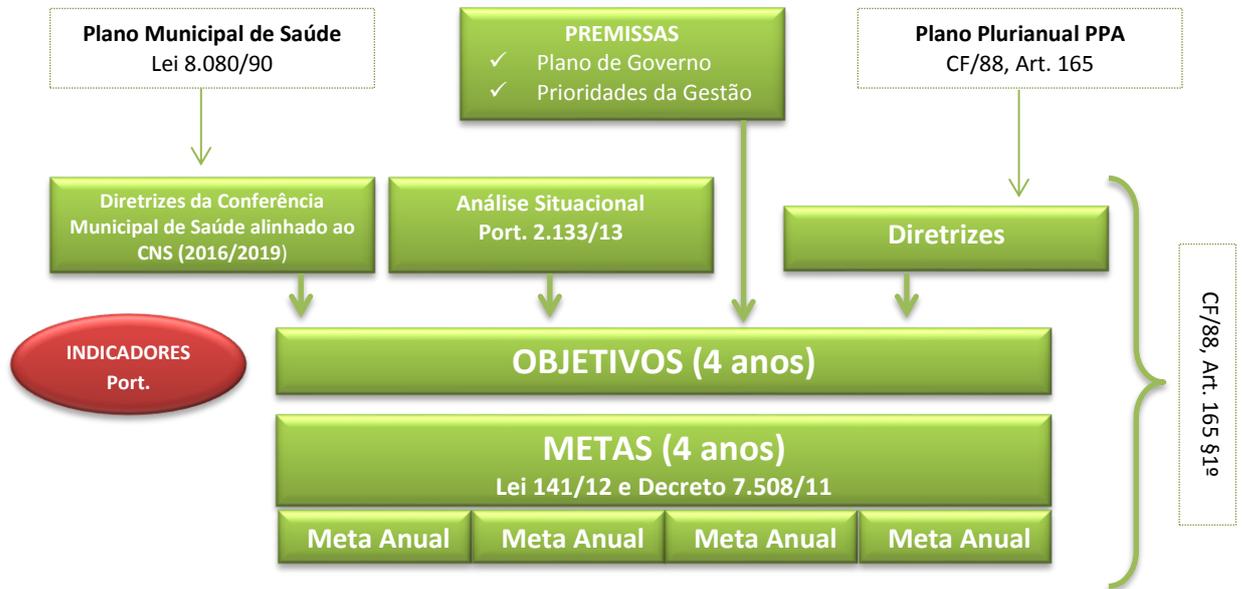
Para a qual, sua estruturação tem como preceito basilar o alinhamento do Plano Plurianual em consonância com o Plano Municipal de Saúde visando articular mudança e aprimoramento do desempenho sistêmico, que gere fortalecimento na governança municipal. Tendo como objetivo apoiar o gestor na condução do SUS de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do sistema adotado.

ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Concatenada com o respectivo Plano Plurianual (PPA), de forma a manter coerência entre ambos os instrumentos. Tendo como base, as atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento previsto na respectiva proposta orçamentária (Lei nº 8.080, art. 36, §1º). O qual deve ser elaborado a cada quatro anos, composto, pela análise situacional, diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI). E, ainda considerada as diretrizes definidas na Conferência Municipal de Saúde, sendo submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde (LC 141/12, art. 30, §4º, Portaria GM/MS nº 2.135/13, art. 3º, §7º).

Para melhor identificação da estrutura adotada. Segue a figura conforme critérios definidos e suas respectivas normatizações.

Figura 01 Estrutura do Plano Municipal de Saúde e do Plano Plurianual



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS (2017)

Considerando os requisitos legais vigentes. O PMS configura-se através de diretrizes definidas na Conferência Municipal de Saúde, discorrida a partir dos sistemas de rede: Rede de Atenção Primária e Vigilância em Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Rede da Pessoa com Deficiência; Rede Materno Infantil; e, Rede Urgência e Emergência. Conforme diretrizes dos eixos trabalhados que, conjuntamente com outros elementos, subsidiaram a definição dos Objetivos, Metas e Indicadores, conforme estrutura do Sistema de Único de Saúde SUS.

Estrutura do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 considerou a saúde como um direito social da população e estabeleceu competência comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios para legislar, concorrentemente, sobre a proteção e defesa da saúde.

Para operacionalizar essas determinações, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com responsabilidade de financiamento compartilhada pelas três esferas administrativas e gestão central como competência do

Ministério da Saúde (MS), com a execução das ações de forma descentralizada, com vetor municipalizante e direção única em cada esfera de governo. Facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde.

A regulamentação do dispositivo constitucional, por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, introduziu o dever do Estado na execução de políticas econômicas e sociais de forma a reduzir o risco de doenças. Foram adotados princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. Entre os organizacionais destaca-se a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

As linhas de atuação visam dar concretude à execução das ações e serviços públicos de saúde, abrangendo a integralidade da atenção, por meio da oferta de serviços dos níveis de atenção básica ao especializado, da vigilância em saúde e sanitária, da regulação dos serviços e da participação privada em caráter complementar.

De acordo com o Decreto nº. 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa são elementos da organização do SUS para a operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada. Esse dispositivo definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As Regiões de Saúde são instituídas por determinado Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A instituição da Região de Saúde conta com um rol de ações e serviços mínimos com abrangência de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Elas também são referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Outro importante instrumento de identificação das necessidades de saúde para a orientação do planejamento setorial são os Mapas da Saúde (regional, estadual e nacional), que demonstram as necessidades de saúde, contribuindo para o estabelecimento de metas.

Por determinação do mesmo decreto, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) mapeia todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em âmbito nacional observado as diretrizes pactuadas pela CIT. A composição do rol de ações e serviços constantes da RENASES é pactuada pela União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores, bem como a delimitação das suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços.

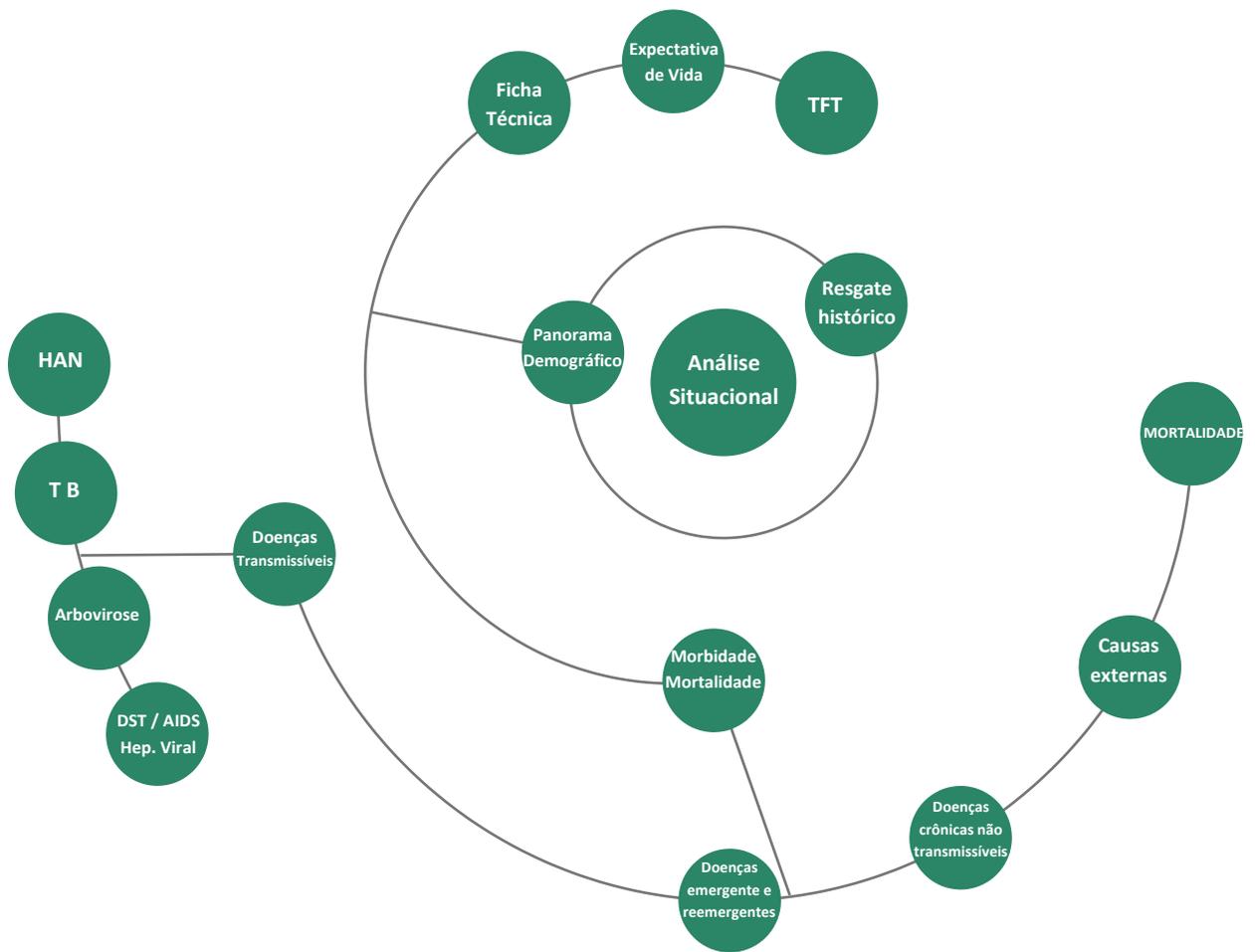
O suporte medicamentoso às prescrições terapêuticas é disposto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A RENAME obedece às disposições gerais do MS, bem como aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. Ela também poderá ser complementada por relações específicas de medicamentos, guardada a respectiva consonância. Todos os medicamentos constantes da RENAME, bem como a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos, somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O mesmo Decreto estabelece que o acordo de colaboração entre os entes federativos, compreendendo as características descritas acima, deverá ser firmado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas, o SUS conta com uma infraestrutura de oferta com estabelecimentos da rede pública, complementados por unidades privadas atuantes no mercado.

ANÁLISE SITUACIONAL

Desenvolvida a partir da perspectiva histórica, concatenado a dados gerais do Brasil, estado de Pernambuco e Toritama como forma de melhor adequação a estrutura utilizada.



1. ANÁLISE SITUACIONAL

FICHA TÉCNICA

Fundação do município: 23 de maio de 1954

Código no IBGE: 2615409

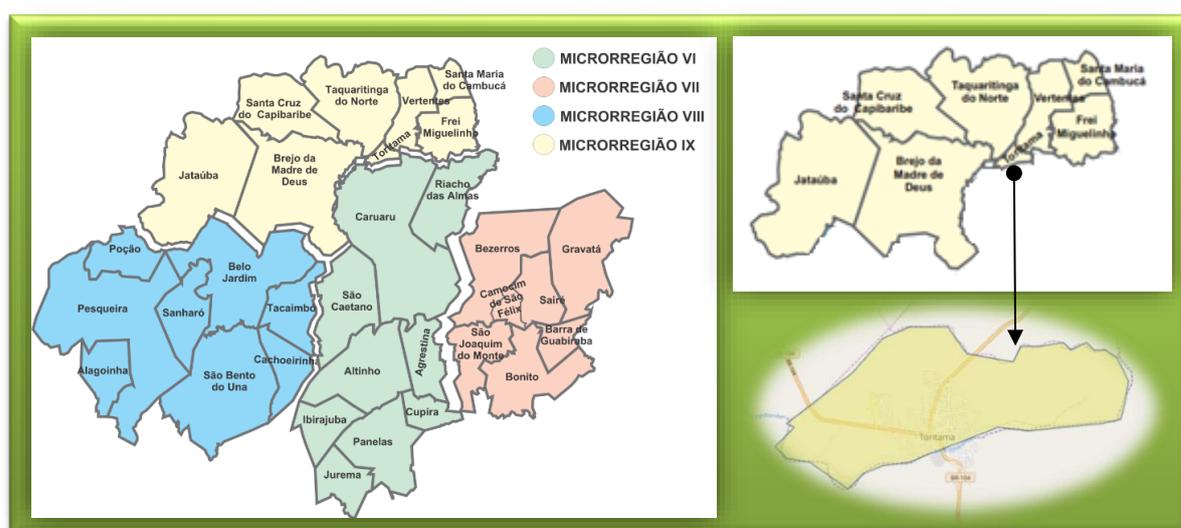
Modalidade da Saúde: Gestão Plena de Sistema.

Criação do FMS: Lei 161/91 de 10 de outubro de 1991

Gerência de Saúde: IV GERES (Caruaru)

A IV GERES tem como missão gerenciar a política regional de saúde, a partir do conhecimento do município, do território e da região, na qual regula, monitora e avalia as metas estabelecidas. Outra atribuição é coordenar a construção da Rede de Atenção Regional, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde. Na qual, engloba 32 municípios dentre eles Toritama, situada na IX microrregião, como pode ser visualizado na figura 2.

Figura 2 Organização geográfica da IV GERES.



Fonte: Adaptação IV GERES (2016)

Resgate histórico do município de Toritama-PE.

Em meados do século XIX, Toritama era a Fazenda Torres, de propriedade de João Barbosa. Era uma fazenda de gado situada na margem esquerda do Rio Capibaribe. O povoamento ocorreu após a construção da capela em homenagem a Nossa Senhora da Conceição, à qual o proprietário da fazenda doou parte de suas terras. Em 1953, o município emancipou-se de Taquaritinga do Norte. O primeiro prefeito eleito foi José Jota de Araújo, que só foi escolhido três anos e meio depois da emancipação política, que aconteceu em 29 de dezembro de 1953, quando foi elevada a cidade, sendo, antes, distrito de Vertentes e Taquaritinga do Norte. O município teve, como primeiros administradores interinos, Joaquim Aurélio Correia de Araújo e Antônio Manuel da Silva. (Wikipédia, 2017).

Elevada à categoria de município com a denominação de Toritama, pela lei estadual nº 1.818 de 29 de dezembro de 1953. Confirmado pela lei estadual nº 1.819 de 30 de dezembro de 1953, desmembrando de Taquaritinga do Norte. Sede no antigo distrito de Toritama. Instalado em 23 de maio de 1954. Em divisão datada de 1 de julho de 1960, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada em 2005.

Destaca-se pela produção e venda de roupas (principalmente feitas de jeans). O desfavorecimento do solo e a presença do rio Capibaribe apenas temporário fez com que a população buscase a sobrevivência em atividades industriais, inicialmente com a fabricação de calçados, que fez do município, um polo calçadista de destaque na região durante a década de 1970. A atividade declinou-se em decorrência da grande concorrência da indústria de grandes calçadistas, o que fez com que as fábricas de calçados de couro entrassem em declínio, falindo em pouco tempo. Isso obrigou a população a procurar outra forma de trabalho. Como não poderia ser na área agrícola ou pecuária, optou-se pela fabricação de *jeans* industrial começando com retalhos. A atividade proliferou rapidamente, sendo que 15% das confecções feitas com *jeans* produzido no Brasil são de procedência de Toritama. Sendo um produto de qualidade e preço baixo, o *jeans* de Toritama atrai consumidores de todo o Brasil para comprá-lo e, depois, revendê-lo em suas cidades. (BDE, 2017).

Panorama demográfico de Toritama-PE

O Município de Toritama-PE encontra-se a 38 km (\cong 45 min.) de distância de Caruaru (IV GERES), principal cidade de referência para o município, com uma distância da capital pernambucana de 167 km (\cong 1h40min.), conforme dados cartográficos do *Google Map* (2017). Apresenta um perfil demográfico definido, com população de 43.174 habitantes (IBGE, 2017) com uma densidade demográfica de 1.383,21 hab./Km², distribuída em uma extensão territorial de 25 Km², apresentando uma taxa de urbanização de 95,98% (IBGE, 2010). Segue Quadro 1 com as características gerais do Município.

Quadro 1 Características do município de Toritama-PE

Característica geral	Dados
População estimada (2017)	43.174
Região	Nordeste
Microrregião	26.009 – Alto Capibaribe
Mesorregião	Agreste Pernambucana
Área da unidade territorial 2015 (Km²)	25,704
Densidade demográfica (2010)	1.383,21
Bioma	Caatinga
Latitude	08° 00'24'' S
Longitude	36° 03' 24'' W
Altitude	349 metros

Fonte: IBGE (2017)

Como municípios limítrofes encontra-se ao Norte a cidade de Taquaritinga do Norte (\cong 20 km a 30 min.); ao Leste, Vertentes (\cong 15 km a 18 min.); e, ao Sul, Caruaru (\cong 38 km a 45 min.). Tendo com principais vias de acesso ao município: BR104 (via Taquaritinga do Norte), PE-090 (via Vertente) e BR104 (via Caruaru).

Toritama foi a cidade pernambucana que teve o maior aumento da população entre 2015 e 2016. O município do Agreste, conhecido por sua atuação no setor de tecidos, aumentou 2,5% em um ano, passando de 42,1 mil para 43,1 mil. A constatação faz parte da estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que aponta um crescimento em Pernambuco da ordem de 0,7%, passando de 9,34 milhões para 9,41 milhões.

O crescimento foi semelhante ao registrado no Brasil, de 0,8%, chegando aos estimados 206,1 milhões de moradores até 1º de julho de 2016. (IBGE, 2017). Segue imagem de satélite via aplicativo móvel da cidade de Toritama-PE e em seguida projeção populacional de 2010 a 2015.

Foto 1 Imagem 2D de Toritama-PE via aplicativo móvel

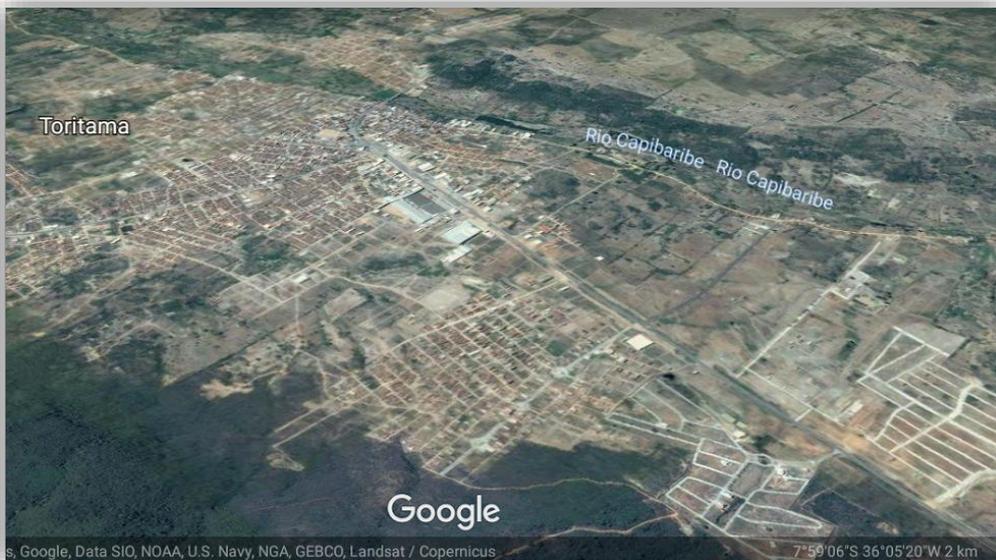
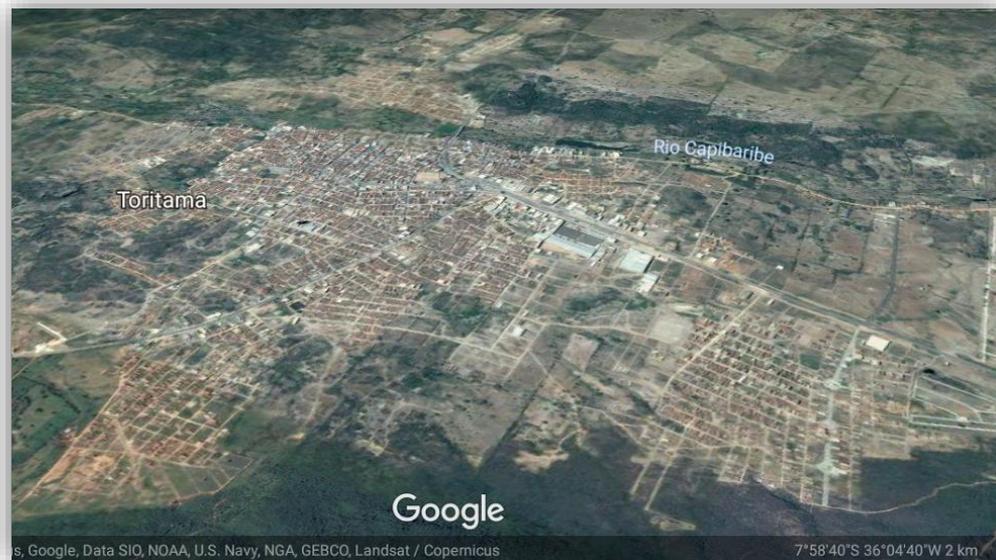
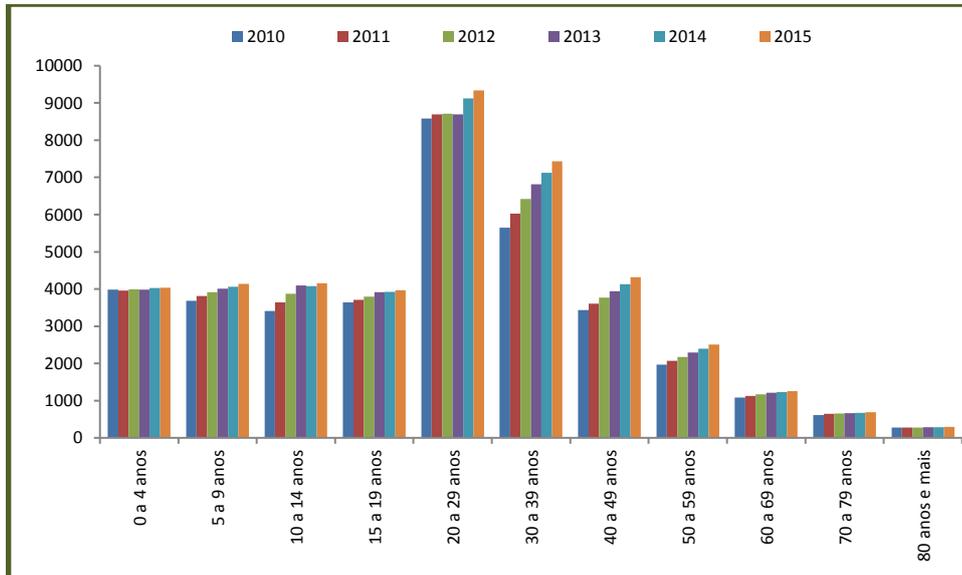


Gráfico 1 População segmentada por faixa etária, período de 2010 a 2015.

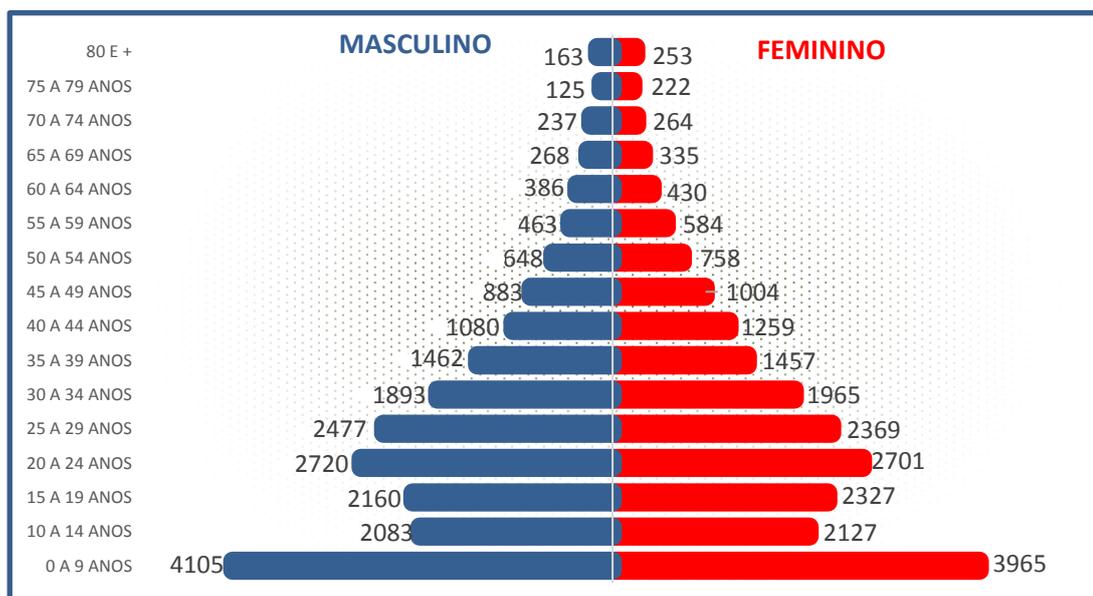


Fonte: IBGE Cidades (2017)

No que se refere a variável gênero, a população masculina de Toritama-PE, segundo estimativa do IBGE (2016) totaliza 21.153 (49%), enquanto a população feminina corresponde a 22.020 (51%), se mantendo linear com o passar do tempo. Assim sendo, a distribuição por gênero, segue uma tendência como verificada no Estado, Região Nordeste e Brasil, onde o gênero feminino apresenta discreta superioridade percentual em relação ao gênero masculino.

No Gráfico 2 conforme dados populacionais de 2017, verifica-se um crescimento do número regular entre 0 (zero) a 9 (nove) anos atingindo 18,7% da população geral. 9,75% compreendendo a faixa etária dos 10 (dez) anos a 19 (dezenove) que carece de atenção especial da gestão municipal na garantia de melhor formação educacional. Em fase produtiva o município apresenta uma população de 52,57%, tendo uma população do gênero feminino 20,26% e masculino 22,31%.

Gráfico 2 Pirâmide etária, segundo gênero, estimativa 2017.



Fonte: IBGE (2017)

Em relação à estrutura etária, apresenta-se a seguinte composição: Na fase escola do maternal a ensino médio 28,4%; atingindo 10,4% da faixa etária do ensino fundamental. Enfatizamos que chega a 2,9% a população idosa (acima dos 70 anos), o que requer atenção especial aos cuidados a esta população que venha gerar maior qualidade de vida. Salientamos que a população em fase produtiva atinge elevado percentual, indicativo do grande atrativo fomentado pelo mercado de vestuário dentro do *Clusters* regional na produção do jeans.

Quadro 2 População por faixa etária e gênero, ano 2017.

Faixa Etária	Feminina	Masculina
80 e +	253	163
75 a 79 anos	222	125
70 a 74 anos	264	237
65 a 69 anos	335	268
60 a 64 anos	430	386
55 a 59 anos	584	463
50 a 54 anos	758	648
45 a 49 anos	1.004	883
40 a 44 anos	1.259	1.080

35 a 39 anos	1.457	1.462
30 a 34 anos	1.965	1.893
25 a 29 anos	2.369	2.477
20 a 24 anos	2.701	2.720
15 a 19 anos	2.327	2.160
10 a 14 anos	2.127	2.083
0 a 9	3.965	4.105
TOTAL	22.020	21.153

Fonte: IBGE (2017)

Entretanto, os registros computados *in loco* referem que Toritama-PE conta com uma população residente em zona rural de 2.528 pessoas e zona urbana com 35.938 pessoas, totalizando 38.466, conforme pesquisa realizada pela coordenação da Atenção Básica. Na qual foram cadastradas 11.463 famílias, disposta na zona urbana 10.587 que atinge um percentual de 92,35% da população cadastrada.

Conforme dados do departamento de Vigilância em Saúde, realizado no primeiro meado de 2017, registra-se na zona rural 1.026 residências, já na zona urbana soma-se 17.928 domicílios. Neste sentido, considera-se que há em média 2 membros por residência.

De acordo com dados do censo populacional de 2010, a população brasileira atingiu 190.732.694 habitantes. Considerando a projeção populacional estimada pelo IBGE, em 2019, a população será de 211.263.638 habitantes, o que representa um crescimento linear de 10,76% em relação a 2010.

Vale ressaltar que, entre 2000 e 2010, a taxa média de crescimento nacional no período foi de 1,17%/ano, o que refletiu a continuidade do declínio generalizado da fecundidade verificada no decorrer dos últimos 30 anos. Os principais agentes de mudanças no padrão demográfico brasileiro têm sido, o componente natalidade e os padrões correlatos de fecundidade (PNS, 2016/2019).

Taxa de fecundidade total

Até meados da década de 60, o Brasil teve uma estrutura etária composta com muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas, devido a níveis elevados das taxas de fecundidade total (TFT). Até 1960, a TFT era levemente superior a seis filhos por mulher; em 1970, reduziu

para 5,8 filhos, com diminuição mais acentuada na região Sudeste. Nas regiões Sul e Sudeste, o início da transição da fecundidade ocorreu a partir dos primeiros anos da década de 70, em decorrência da forte indução por parte das políticas públicas do uso de métodos contraceptivos. Nas regiões Norte e Nordeste, esse fenômeno se verifica um pouco mais tarde, no início da década de 80. (PNS, 2016/2019).

Durante a década de 80, manteve-se o ritmo de declínio, chegando às estimativas para 2000 a 2,4 filhos por mulher e a 1,7 em 2014. Trata-se de uma redução expressiva em um tempo tão curto (34 anos), quando comparada à experiência dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares. (PNS 2016/2019 *apud* IBGE, 2014).

A marca da redução nacional e regional da fecundidade vem ocorrendo em todos os estratos sociais. Como resultado, observam-se importantes efeitos sobre as estruturas de distribuição etária da população.

A longa experiência de níveis elevados foi responsável por um grande contingente de fecundidade, até o final da década de 1970, de nascimentos e uma da população predominantemente jovem. A partir do censo de 1980, já se observa o estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população, refletindo o declínio da fecundidade.

Ao se focar o grupo etário de 60 anos ou mais de idade, segundo estimativas do IBGE, verifica-se que haverá um aumento significativo entre 2010 e 2020, passando de 19,3 para 28,3 milhões. Para 2050, projeta-se um número de 6,4 milhões de idosos. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já superará de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumentará para 35,8 milhões em 2050. (PNS, 2016/2019).

Expectativa de vida

A expectativa de vida tem avançado sistematicamente nas últimas décadas. De 2000 a 2010, a esperança de vida ao nascer do brasileiro aumentou em 5,8%, passando de 69,83 para 73,86 anos de vida. Para 2015, a expectativa chega a 75,44 anos, de acordo com a projeção populacional divulgada pelo IBGE em 2013.

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresentará impactos importantes na saúde da população e trará forte repercussão no Sistema Único de Saúde (SUS) em

decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, mais frequentes com aumento da idade mediana da população. (PNS, 2016/2019).

MORBIDADE

O perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas – coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes e reemergentes – bem como, pela alta carga de acidentes e violências e, conseqüentemente, com reflexo nas taxas de mortalidade.

A seguir são apresentados dados e informações de doenças e agravo que confirmam o quadro de morbidade no município de Toritama-PE.

Doenças transmissíveis

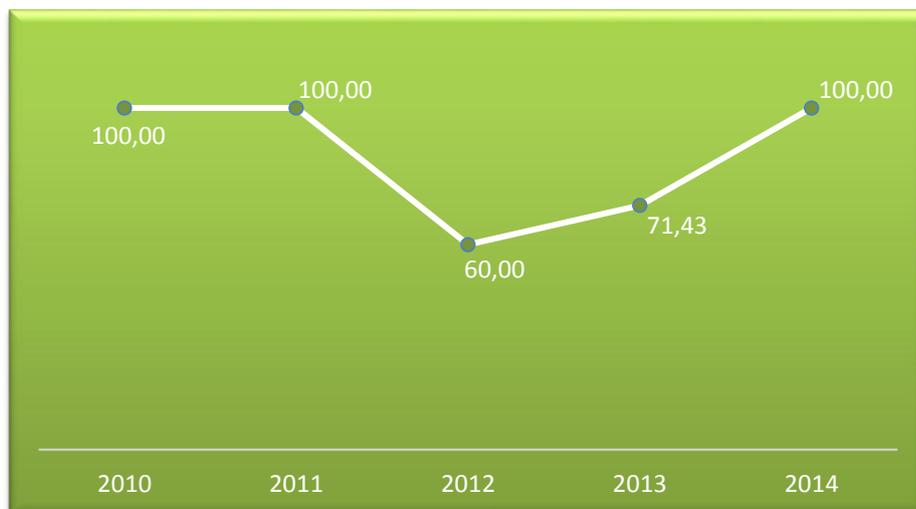
Essas ainda configuram importante problema de saúde pública brasileira, com impactos sobre a morbidade, embora tenham perdido posição relativa enquanto as primeiras causas de mortalidade (PNS, 2016/2019).

Tuberculose (TB)

A tuberculose é a quarta doença que mais mata no Brasil e a interrupção do tratamento é a maior dificuldade para o controle e a cura. É importante destacar que ela é considerada um marcador fundamental da qualidade de vida.

O Brasil é o único país da América Latina incluído entre as 22 nações responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas de incidência da doença. O estado de Pernambuco detém os piores indicadores nacionais em relação à doença, apresentando a terceira maior incidência, a segunda maior mortalidade do país, superada apenas pelo Rio de Janeiro e lidera no Nordeste esses dois indicadores. Segundo dados registrados no (PAS-PE 2012-2015).

Gráfico 3 Cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar, período de 2010 a 2014.



Fonte: DATASUS (2015)

Os casos detectados e tratados no Município de Toritama-PE apresentam um perfil de cura da TB Pulmonar aceitáveis diante as normatizações do MS. O acompanhamento dos pacientes e as buscas ativa de seus contactantes se dar através das equipes de saúde da família. Os quais são fatores importantes para garantir a cura e sua disseminação no município; e, a garantia de medicamento para o tratamento fornecido pelo Estado imprescindível para manutenção do programa de controle.

Hanseníase (HAN)

Em Pernambuco, apesar do coeficiente de detecção de casos novos da doença vir decrescendo anualmente, o território estadual continua sendo classificado com endemicidade elevada na detecção geral e hiperendêmico em menores de 15 anos de idade, sendo responsável por 8,5% dos casos novos do Brasil na população geral e 12% dos casos novos em menores de 15 anos. De acordo com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, o estado de Pernambuco ocupa a 10^a colocação em coeficiente de detecção geral e a 6^a em menores de 15 anos, em relação às outras unidades federadas do país. Conforme registrado no (PAS-PE 2012-2015).

Portanto, a Hanseníase continua sendo um importante problema de Saúde Pública no Município. Observa-se que dos casos novos no período analisado não atinge todos os sujeitos

com risco de contrair a Hanseníase. Mantendo tendência alta, portanto, longe da perspectiva da meta preconizada de eliminação da Hanseníase.

Gráfico 4 Cura de casos novos VS Contatos examinados, período de 2010 a 2014.



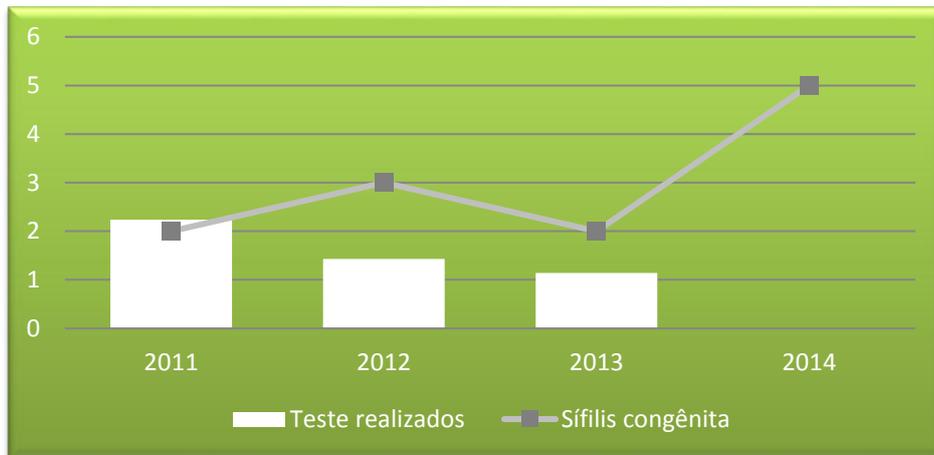
Fonte: DATASUS (2015)

Doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS e Hepatite Viral.

A sífilis no município de Toritama-PE registra incidência em gestantes ascendente nos anos analisados registrando cinco casos de sífilis congênita (2013). Conforme gráfico comparativo entre testes realizados e casos confirmados nota-se falhas de registro com tendência de subnotificação, um indicativo de que haja falta de oferta de exames de detecção e/ou consequentemente garantia de tratamento do usuário portador da doença.

A secretaria municipal de saúde conta com a coordenação de Vigilância em Saúde conjuntamente com a coordenação da Atenção básica no enfrentamento desta doença milenar. Conjuntamente com o departamento de epidemiologia e a assistência farmacêutica na garantia da codificação e medicamento garantido pelo Estado.

Gráfico 5 Casos de sífilis congênita VS testes realizados, no período de 2011 a 2014.



Fonte: DATASUS (2015)

Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zica)

No Brasil, as ações de vigilância e as inovações instituídas no controle da dengue foram revistas para incluir a vigilância da Chikungunya, potencializando os recursos disponíveis. A qual é causada por um vírus transmitido pelos mesmos vetores da dengue.

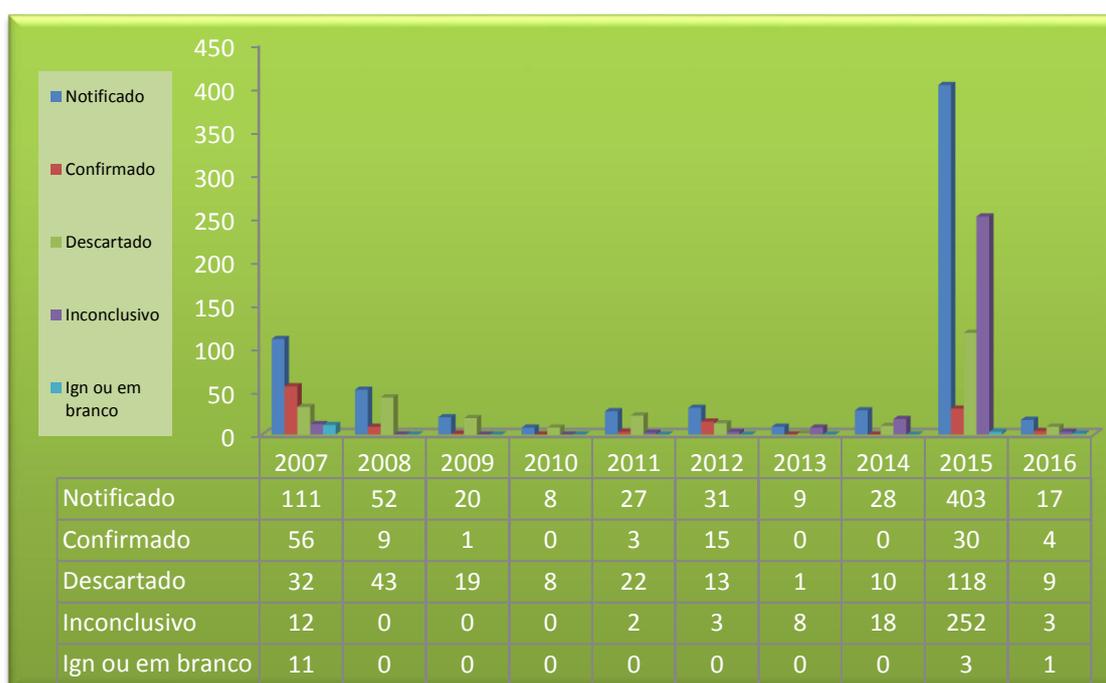
Nos últimos anos o estado de Pernambuco tem apresentado altas taxas de incidência da forma clássica, e elevado grau de letalidade nos casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), devido a fatores ambientais favoráveis à proliferação e manutenção do vetor. Fatores como a ocupação territorial e as oscilações climáticas têm impacto na transmissão da doença. Contudo, o seu controle está relacionado à sustentabilidade de ações direcionadas e realizadas de forma adequada. A descentralização das ações de prevenção e controle da doença, a ampliação dos investimentos e a capacitação dos profissionais na rede de atenção básica.

Todavia, para o controle das principais endemias, o município de Toritama-PE encontra-se coordenado pela Vigilância à Saúde articulada e integrada pelas três vigilâncias. O município conta com a Vigilância Ambiental em Saúde (VIGAM), Vigilância Sanitária (VISA) e a Vigilância Epidemiológica (VIGEP), com uma rede interdisciplinar composta por colaboradores em toda cadeia (atenção básica, especializada, assistencial e técnica).

No combate do *Aedes aegypti*, de acordo com o que se encontra no SISFAD atualmente, há 17.285 imóveis a serem trabalhados em cada ciclo. No qual Toritama-PE apresenta como principais problemas estruturais, rede de esgoto não disponível em toda sua

área de abrangência e coleta insuficiente dos resíduos sólidos, segundo relatório da coordenação da Vigilância em Saúde, o que propicia condições favoráveis à proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*.

Gráfico 6 Casos notificados de Dengue, segundo critério de classificação dos casos, entre os residentes de Toritama-PE, no período de 2007 a 2016.



Fonte: Sistema Dengue online – base municipal (2016* – dados sujeitos a alterações)

Segundo análise efetuada pela coordenação da Vigilância em Saúde, o registro dos casos notificados da Dengue, segundo faixa etária, no período de 2008 a 2016, conclui-se que a predominância ocorre entre indivíduos com idade entre 20 a 34 anos, com exceção do ano 2010 (predomínio entre 10 a 14 anos); e, em 2011 na faixa etária de 01 a 04 anos de idade, tendo 2007 maior registro entre 05 a 09 anos.

No tocante a gênero de maior acometimento de pacientes pelo mosquito *Aedes Aegypti* entre os casos notificados entre os residentes de Toritama-PE, nos anos de 2007 a 2016, há predominância do sexo feminino, com exceção do ano de 2012. O qual pode atribuir ao fator de que as mulheres procuram com maior intensidade os serviços de saúde.

Gráfico 7 Casos notificados de Chikungunya, segundo critério de classificação, entre os residentes, 2016.



Fonte: Sistema Dengue online – base municipal (2016* – dados sujeitos a alterações)

No município as arboviroses representou um risco importante para adoecimento, no ano de 2015, com aumento de internação na unidade hospitalar municipal de pacientes com queixas características, entretanto os registros não foram encontrados nos bancos de dados da SMS. Destaca-se que no ano de 2016, o município enfrenta dificuldades para o enfrentamento das endemias, com diminuição do quadro de Agentes de Endemias, tornando o alcance das metas dos ciclos dificultados. Contudo, ações emergências foram realizadas: Aquisição de bombas e insumos para combate e proteção individual dos Agentes; ampliação das ações de bloqueio em áreas consideradas de riscos (in loco); ampliação das atividades em três turnos.

Em relação às doenças imunopreveníveis no Brasil, os resultados decorrentes da prevenção e do controle destas doenças estão relacionados à implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI), à estruturação do sistema nacional de vigilância epidemiológica, à maior integração entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, bem como à articulação de estratégias conjuntas com a atenção básica.

Visualiza-se no gráfico 8, percentuais de vacinas com cobertura adequada no município. Todavia, a setor requer melhoria na gestão e descentralização das ações vinculada as atividades básicas. Conforme critérios preconizados pelo MS para atuação do serviço na rede de atenção

primária. Na atual configuração o departamento centraliza atividades gerenciais e operacionais na central de distribuição municipal.

Gráfico 8 Percentual de vacinas com cobertura adequada, período de 2010 a 2014.

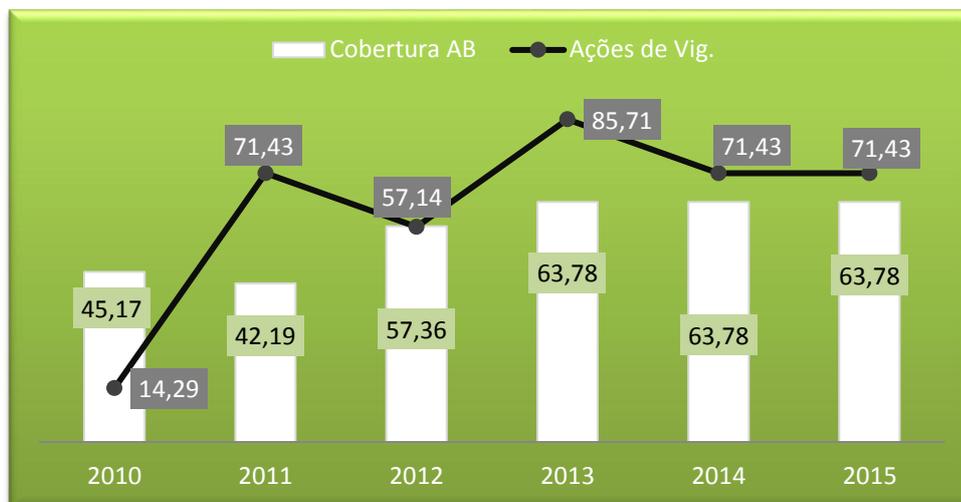


Fonte: DATASUS (2015)

Todavia, quando analisamos a cobertura populacional das equipes de Atenção Básica há um crescente investimento do município na ampliação da Estratégia Saúde da Família que atingiu 63,78% em 2015, saindo de 2010 de uma cobertura de apenas 45,17%. Tais fatores vêm contribuindo gradualmente para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis se apresentem de forma residual nos últimos anos.

Quando analisado as ações de vigilância em saúde em detrimento as coberturas da Atenção Básica, nota-se que o município necessita ampliação às ações de saúde pública desenvolvida pelas equipes de saúde da família que venha garantir maior promoção e prevenção de doenças. No gráfico 9, fica evidente o número de ações desenvolvidas pela vigilância sanitária, podendo ser inferido a necessidade de ampliação da Estratégia Saúde da Família no território municipal.

Gráfico 9 Ações de vigilância em saúde e Cobertura da Atenção Básica, 2010 a 2016.



Fonte: DATASUS (2016)

Doenças emergentes e reemergentes

As doenças emergentes e reemergentes requerem a detecção precoce e prevenção; a resposta coordenada a esses eventos são etapas fundamentais para prevenir a propagação a fim de evitar, reduzir ou eliminar a disseminação na população. Em relação às doenças transmissíveis, o Brasil vem apresentando avanços importantes no seu controle e na capacidade de resposta, principalmente quanto àquelas relacionadas à transmissão hídrica e às imunizáveis. Contudo, ainda persiste aglomerado de doenças relacionadas à pobreza – como esquistossomose, tracoma – que apresentam tecnologias disponíveis de controle e que se concentram em bolsões de populações pobres, bem como doenças crônicas, como tuberculose e hanseníase, que necessitam de um maior esforço nas ações de controle.

Contudo, a subnotificação dos casos indica a necessidade de reforço das ações de vigilância epidemiológica para o controle e prevenção das doenças. No Brasil, final do ano de 2015, a partir da identificação da alteração do padrão de ocorrência de microcefalias, principalmente na região Nordeste do país, foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPN) e instalado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES), por meio da Portaria n.º 1.813, de 11 de novembro de 2015, de forma a estabelecer mecanismo de gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. Até

o final de 2015 foram notificados 3.174 casos de microcefalia e/ou alteração do SNC sugestiva de infecção congênita. (PNS, 2016/2019).

Devido à relação entre a ocorrência de microcefalias e a infecção por vírus Zika, foram elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde uma série de materiais atualizados para subsidiar gestores e profissionais de saúde no enfrentamento dessa situação, como o “Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia”, o “Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia” e as “Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia”.

Em dezembro de 2015 foi divulgado o “Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes* e suas Consequências”, organizado em três eixos: “Mobilização e Combate ao mosquito”, “Cuidado” e “Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa”. Com o objetivo de organizar e articular o desenvolvimento de ações voltadas para o combate ao mosquito *Aedes aegypti* em todo território nacional, foi instituída, por meio do Decreto de 8.612 de 21 de dezembro de 2015, a Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC).

Ainda assim, persistem os desafios para as doenças emergentes e reemergentes que integrarão o cenário epidemiológico brasileiro e que suscitam a necessidade de uma melhoria contínua, por parte do sistema de vigilância do País e na sua capacidade de resposta as urgências epidemiológicas.

Doenças crônicas não transmissíveis

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostrou que em 2013, uma proporção de 21,4% de indivíduos com 18 anos ou mais que se referem diagnosticados no Brasil com hipertensão arterial, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas. No mesmo ano a pesquisa estimou que no Brasil 6,2% a população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas.

Além disso, 12,5% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (18,4 milhões) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto em 2013 (13,0% na área urbana e 10,0% na área rural).

A PNS apurou que 4,4% de pessoas de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de asma (ou bronquite asmática) no Brasil. Na área urbana este indicador foi de 4,6%, enquanto na área rural foi de 3,1%.

Com referência às doenças cardiovasculares (DCV), em 2013, 4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (4,4%) que na área rural (3,0%).

A PNS destaca o Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 1,5% de referência ao diagnóstico de AVC ou derrame em 2013, representando, aproximadamente 2,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade. Na área urbana o valor estimado foi próximo ao nível nacional, 1,6%, ao passo que na área rural a proporção foi de 1,0%.

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) são caracterizados como transtornos dolorosos e prejudiciais causados pelo uso ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultante de atividades físicas relacionadas ao trabalho. No Brasil, em 2013, 2,4% referiram diagnóstico médico de DORT. Na área urbana a proporção foi de 2,7%, enquanto na área rural o percentual foi de 0,9%. As mulheres apresentaram a maior proporção (3,3%) em relação aos homens (1,5%). O indicador confirmou a maior proporção de diagnósticos no grupo de idade em que se concentram mais pessoas economicamente ativas: de 30 a 59 anos (3,2%).

A pesquisa apurou que, em 2013, 11,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, o que representa 7,6% da amostra, havendo maior prevalência na área urbana (8,0%) do que na rural (5,6%).

Em relação à insuficiência renal crônica entre as pessoas de 18 anos ou mais de idade, 1,4% referiu diagnóstico médico positivo. As pessoas da faixa etária de 18 a 29 anos apresentaram menor prevalência da doença (0,5%), ao passo que a faixa de 75 anos ou mais de idade apresentou a maior proporção (3,6%).

Com relação ao câncer, a PNS estimou que 1,8% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (2,7 milhões de adultos) referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil. A proporção na área urbana foi significativamente maior do que na área rural: 1,9% e 1,2%, respectivamente. Os tipos de câncer mais frequente foram: pulmão, intestino, estômago, mama e colo de útero (ambos só para mulheres), próstata (só para homens), pele e outros (quando não se enquadraram em algum dos tipos indicados).

Causas externas

Em relação aos acidentes e violências, a Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que, no Brasil, 79,4% das pessoas de 18 anos ou mais de idade sempre usavam cinto de segurança no banco da frente quando andavam de automóvel, van ou táxi. Homens e mulheres apresentaram percentuais semelhantes, que aumentam à medida que se eleva o nível de instrução, variando de 75,3% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 89,7% (superior completo). Na área rural, esse hábito foi menos frequente, com percentual de 59,1%, enquanto na área urbana foi de 82,5%. Regionalmente, as estimativas variaram de 66,0%, na Região Nordeste, a 86,5%, na Região Sudeste.

Os dados indicam que o uso do cinto de segurança tornou-se um hábito de muitos motoristas e passageiros que viajam no banco da frente do carro. Entretanto, esse cuidado deve ser extensivo aos passageiros que utilizam o banco traseiro do veículo, por oferecer, igualmente, proteção em caso de ocorrência de colisão. No Brasil, a proporção de pessoas que sempre usavam cinto de segurança no banco de trás quando andavam de carro, van ou táxi, foi de 50,2%. Esse percentual aumentou com o avanço da idade e foi mais representativo na área urbana (51,1%) que na área rural (44,8%).

O capacete é um item fundamental e obrigatório por lei, no Brasil, para todos os motociclistas e “garupas”. É o equipamento para condutores e passageiros de motocicletas e similares que, quando utilizado corretamente, minimiza os efeitos causados por impacto contra a cabeça do usuário em um eventual acidente. As Regiões Norte (70,6%) e Nordeste (72,9%) registraram as menores proporções. Observou-se também diferença importante no hábito de utilização desse equipamento entre as pessoas residentes na área urbana (87,1%) e na rural (68,3%). A proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam capacete como passageiros de motocicleta, no Brasil, foi de 80,1%. Por situação do domicílio, 85,5% das pessoas residentes na área urbana possuíam esse hábito, enquanto o percentual foi significativamente menor na área rural (59,0%). As pessoas com maior nível de instrução apresentaram os maiores percentuais deste indicador.

A proporção de pessoas que se envolveram em acidente de trânsito com lesões corporais nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, no Brasil, foi de 3,1%. Esse percentual foi maior entre os homens, registrando 4,5%, enquanto entre as mulheres foi de 1,8%. Os grupos de idade mais jovens apresentaram maiores percentuais, enquanto, para os mais velhos, a proporção foi

menor. Das pessoas que se envolveram em acidente de trânsito, 47,2% deixaram de realizar atividades habituais, e 15,2% tiveram sequelas ou incapacidades.

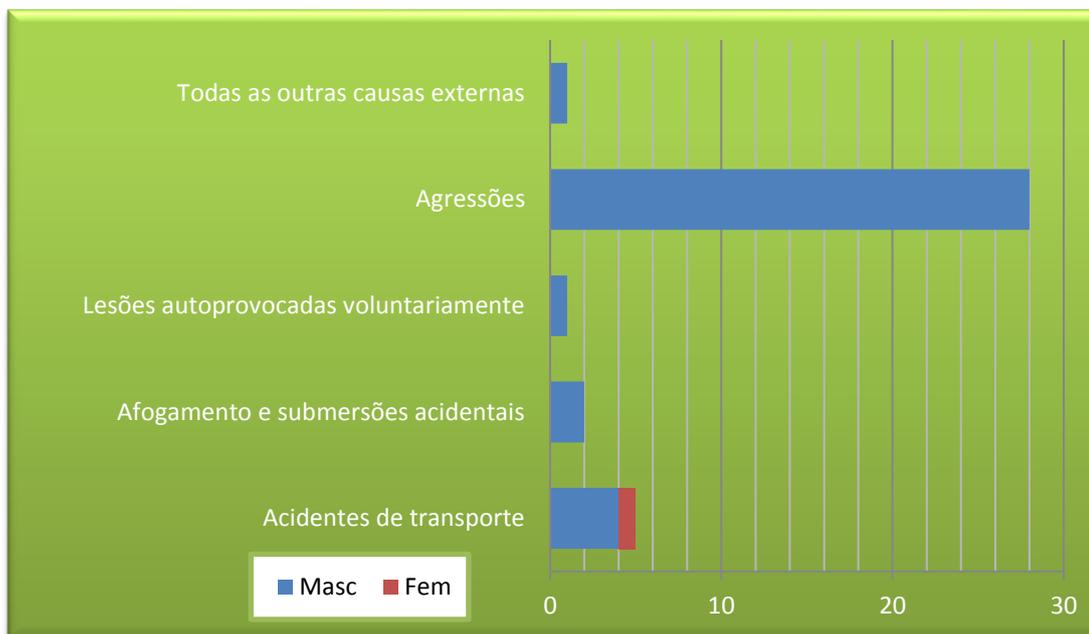
Em relação à violência, a Pesquisa evidenciou que 3,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade sofreram alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Essa proporção foi maior entre os homens (3,7%) que entre as mulheres (2,7%) e diminuiu à medida que a idade se eleva. Das pessoas que sofreram violência ou agressão de pessoa desconhecida, aquelas sem instrução ou com fundamental incompleto apresentaram o menor percentual (2,0%). A proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que sofreram alguma violência ou agressão de pessoa conhecida nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista foi de 2,5% no Brasil. Essa forma de violência ocorreu majoritariamente entre as mulheres (3,1%), enquanto, entre os homens, a proporção foi de 1,8%. As pessoas nos grupos de idade mais jovens estiveram mais sujeitas à violência ou agressão de pessoa conhecida que aquelas de 60 anos ou mais de idade (1,1%). Diferenças por nível de instrução não foram relevantes.

A Vigilância de Violências e Acidentes foi estruturada no Ministério da Saúde desde 2006 e tem como principal objetivo conhecer a magnitude e a gravidade das violências e dos acidentes por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento a estes agravos.

É importante destacar que a prevenção das violências e promoção da cultura da paz uma das pautas prioritárias no setor saúde. Neste contexto, o Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, tem promovido, coordenado, financiado, apoiado e executado várias ações de vigilância e prevenção das violências e acidentes e de promoção da saúde e da cultura de paz conforme preconizado pelas Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Promoção da Saúde e fomentadas a partir dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.

No município de Toritama-PE apresenta-se com a segunda causa de morte, as causas externas, as quais 75,68% referente a agressões e 13,51% de acidentes de trânsito. Conforme dados SIM (2015).

Gráfico 10 Mortalidade por causas externas em Toritama, ano 2015.



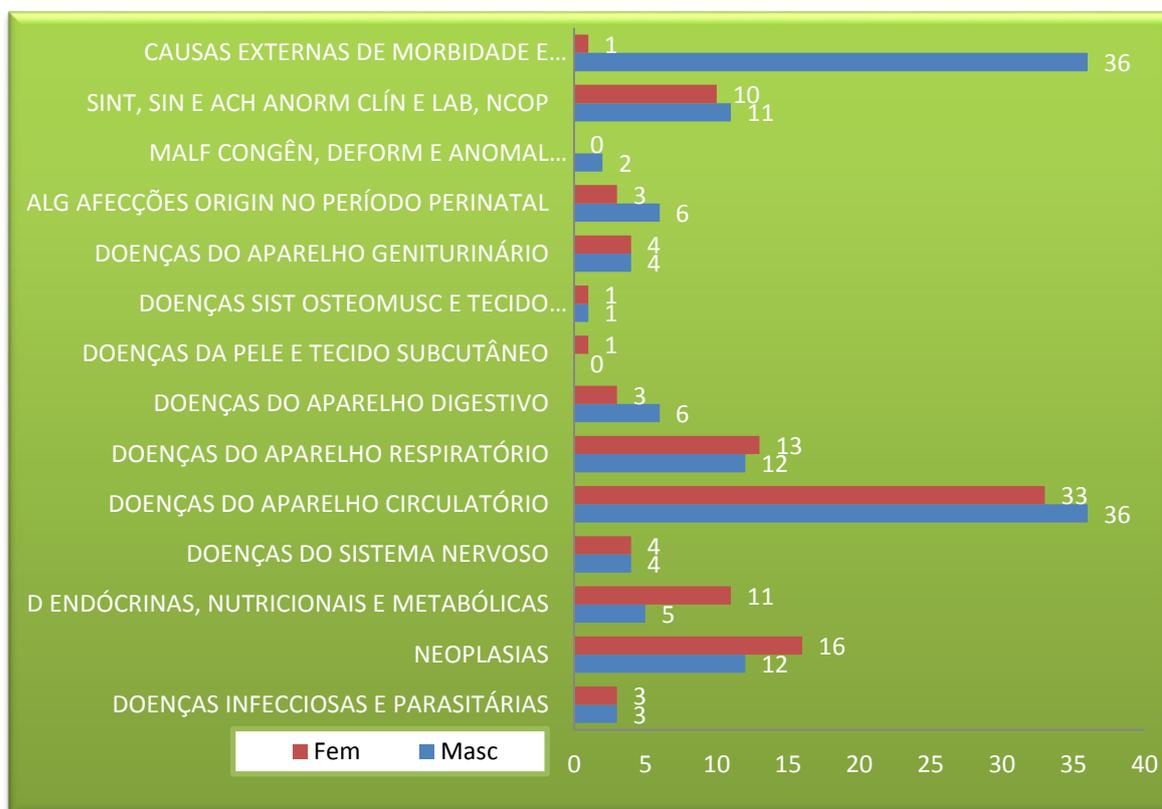
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

MORTALIDADE

O perfil de mortalidade da população brasileira é caracterizado de forma crescente no período (2000 a 2013), porém com estabilidade nas mortes por acidentes de transporte terrestre (ATT) a partir de 2010. Já as mortes por agressão apresentam um crescimento menor que ATT no período (2000 a 2013), porém após 2010 continua crescente. Houve uma queda acentuada na mortalidade infantil em todas as regiões do país, bem como de mortalidade materna.

Conforme gráfico 11 encontram-se elencados as causas de morte por residência por causa CID-BR-10 e sexo, onde se observa que a maior causa de morte está associada a doenças do aparelho circulatório em ambos os sexos, representando 28,63% de causa morte. Seguida de causas externas atingindo 15,35%, neoplasias com 11,62% e doenças do aparelho respiratório com 10,37%. O qual, no ano de 2015 foi registrado um total de óbito no município de Toritama de 241, sendo (138) óbitos do sexo masculino e feminino (103). Segue gráfico com distribuição por gênero.

Gráfico 11 Causas de morte por residência por causa CID-BR-10 e sexo, ano 2015.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

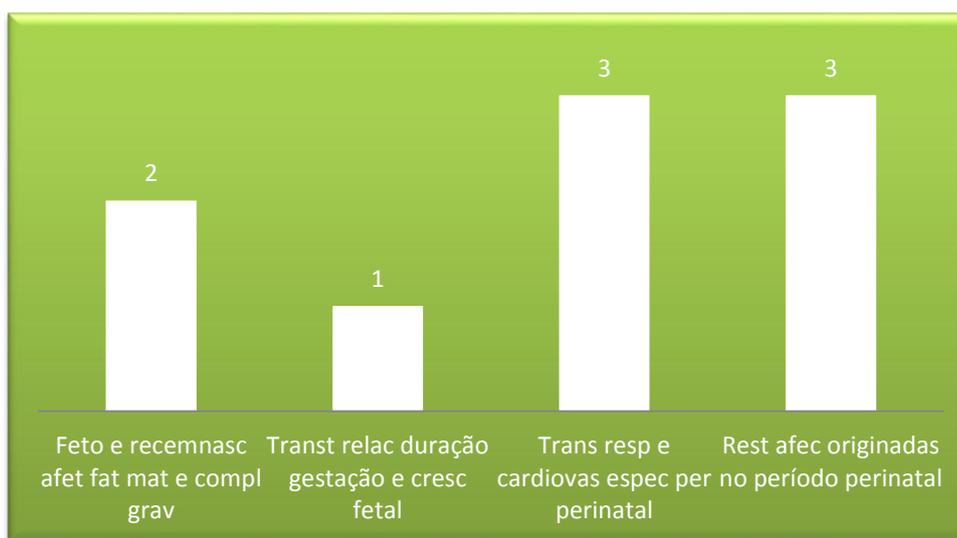
Em relação da faixa etária do 0 (zero) aos < de 19 anos, registra-se um alto percentual para as causas de morte relativa a algumas afecções originárias no período perinatal atingindo 45% das mortes nesta faixa etária, seguida de causas externas de morbidade e mortalidade (CID-10) com 30% dos óbitos. Destacam-se doenças do aparelho circulatório como a principal causa de morte em pacientes acima de 80 anos seguida de aparelho respiratório e sintoma, sinais e achados anormal clínico e laboratorial (NCOP).

Em fase produtiva a maior causa de morte considerada a faixa etária dos 20 anos aos < de 50 anos destaca-se como principal causa de morte causas externas com destaque para agressão seguida de acidente de trânsito. As doenças do aparelho circulatório atingem um percentual considerado alto registro de 10 (dez óbitos) igualmente a sintoma, sinais e achados anormal clínico e laboratorial (NCOP).

Quanto ao óbito infantil de 0 a < de 1 ano conforme algumas afecções originárias no período perinatal registra-se um total de 9 (nove) óbitos em 2015, considerado um alto número

para a faixa etária. Conforme gráfico abaixo com as principais causas de morte em menores de 1 ano.

Gráfico 12 Óbitos por residência em < de 1 ano, segundo Causa - CID-BR-10



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Ressaltamos que a mortalidade geral no país apresentou uma tendência decrescente no período de 2000 a 2006 e desde então permanece estável, em ambos os sexos. Entretanto, o risco de morrer para o sexo masculino permanece em torno de 1,4 vezes maior que para o feminino, tendência verificada também no município de Toritama-PE.

Em 2011, o Brasil já tinha atingido uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que é a redução da taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos) em 2/3 entre 1990 e 2015. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Brasil está entre os vinte países que reduziram este indicador em mais de 70% nas últimas duas décadas. Esta redução é devida à queda do principal componente a Taxa de Mortalidade Infantil (menores de 1 ano de idade), que recuou de 24,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2001 para 14,4 em 2013. A queda foi generalizada em todas as regiões, mostrando-se mais intensa no Nordeste.

DETERMINANTES E CONDICIONANTES

Desenvolvida a partir das condições de saúde vinculado aos determinantes regionais. Como causas mais importante das condições sociais, características dos determinantes sociais de saúde, nas quais as pessoas vivem e trabalham.





2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES

As condições de saúde da população no país transcendem o espectro de ações do respectivo setor tendo em conta que resultam de inúmeros fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais. O Brasil tem feito vários movimentos – oriundos da esfera pública da sociedade civil –, voltados à promoção da qualidade de vida, com repercussões importantes sob a saúde da população.

A despeito dos esforços empreendidos, persistem situações geradoras de iniquidades que requerem contínuo enfrentamento, mediante a implementação de políticas capazes não só de mitigar as condições desfavoráveis à saúde da população, mas de promover o bem-estar geral. No resumo a seguir, são identificados os determinantes e condicionantes de saúde¹ que o SUS, no âmbito da esfera federal, considera estratégicos para a sua atuação no próximo quadriênio.

Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas áreas mais vulneráveis no município. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham que caracterizam os determinantes sociais de saúde.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O objetivo dessa subseção é apresentar um prisma de indicadores socioeconômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB), o IDH, a educação, trabalho e renda. Valendo destacar que a metodologia aplicada possibilita a análise das tendências do desenvolvimento humano para o município, ao longo das últimas décadas.

¹ Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov, 1996).

Produto Interno Bruto PIB

Segundo a Fundação de Economia e Estatística, Toritama-PE registrou um PIB de 578.528,10 (2013), com uma per capita por habitante R\$ 14.494,73/hab. Representando o 29.º (PIB) e o 14.º per capita do ranking do Estado, com participação total no PIB nacional de 0,01% e no estado de Pernambuco de 0,41%. Representando um PIB como participação das atividades econômicas de 39,00% (serviços), 28,8% (Indústria), 11,50% (Impostos) e 0,10% (agropecuária) (DATASUS/IBGE, 2013). Apresentando como valor adicionado bruto por atividade econômica (PIB) de R\$ 118.873.000 na administração pública.

Em 2014, tinha um PIB per capita de R\$ 14.711,57. Na comparação com os demais municípios do Estado, sua posição era de 17.º dos 185. Já na comparação com cidades do Brasil, sua colocação era de 2632.º de 5570. Em 2015, tinha 89,6% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do Estado, estava na posição 96.º de 185 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 2272.º dos 5570.

Índice de Desenvolvimento Humano²

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

O IDH 2010 de Toritama-PE é equacionado pelo IDH Renda 0,452, Longevidade 0,452 e Educação 0,618. Já o IDH de Pernambuco 2010 apresenta índice de Renda 0,574, de Longevidade 0,574 e Educação 0,673. Estudos apontam a evolução do IDHM, com tendência de crescimento nos últimos anos (DATADUS, 2017). Contudo, ressaltamos a falta de dados atualizados para melhor análise do perfil municipal.

No IDH Global 2012, o Brasil ficou em 85.º lugar com nota 0,730. O Estado de Pernambuco atingiu 0,673, ocupando a 19.º posição do ranking dos Estados brasileiros. Toritama-PE, conforme Ranking do IDH dos Municípios do Estado (IDH-M) 2010, figura na 44.º colocação com índice de 0,618, o que se situava na faixa etária de desenvolvimento humano

² O IDH varia entre 0 e 1, com a seguinte classificação: Baixo Desenvolvimento Humano (0 a 0,49); Médio Desenvolvimento Humano (0,5 a 0,79) e Alto Desenvolvimento Humano (0,8 a 1)

Médio, o qual a dimensão que mais contribuía era longevidade, seguida de renda, e por última educação do IDHM.

Figura 03 Árvore do IDH Estado X Município, 2010.



Fonte: Atlasbrasil.org.br (2017)

Educação

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), vinculado ao Ministério da Educação, criou o índice de desenvolvimento da educação básica. O índice busca representar a qualidade da educação sob dois aspectos: o fluxo (progressão dos alunos) e o desenvolvimento dos alunos (aprendizado – nota padronizada em português e matemática). Segue quadro comparativo para análise:

Quadro 3 Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, observado/projetado comparativo Município/Estado, 2015.

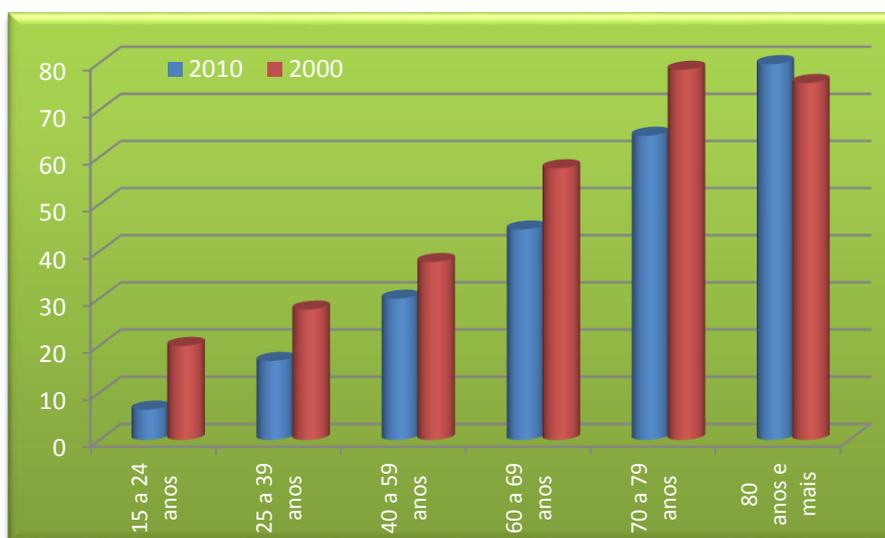
IDEB	Toritama		Pernambuco	
	Observado	Projetado	Observado	Projetado
4ª série e 5º anos	3.8	4.2	4.7	4.5
8ª série e 9º anos	*	3.5	4.1	3.6

Fonte: IDEB (2017)

Após análise consideramos que os índices encontrados na plataforma do INEP não se encontram registro da 8ª série / 9º ano para 2015. Percebemos que no ano de 2011 se atingiu a índice projetado. Outro problema relativo à educação é a demanda não atendida de crianças em idade de pré-escola em escolas infantis e turmas de jardim das escolas municipais de ensino fundamental.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade de Toritama-PE tiveram nota média de 3.8 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.3. Na comparação com cidades do mesmo Estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 173º de 185. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 147º de 185. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 91.5 em 2010. Isso posicionava o município na posição 179º de 185 dentre as cidades do Estado e na posição 5419º de 5570 dentre as cidades do Brasil. (IBGE, 2016).

Gráfico 13 Analfabetismo comparados no ano 2000 e 2010.



Fonte: DATASUS/TabNet (2017)

A taxa de analfabetismo na população de 15 ou mais anos no município apresentou diminuição, passando de 19,9% em 2000 para 6,4% em 2010, conforme Censo do IBGE. A menor taxa está na faixa de idade entre 40 e 59 anos, que diminuiu de 37,7% em 2000 para 44,6% em 2010. Observa-se que a população acima dos oitentas anos continua ascendendo.

Verifica-se que discreto aumento nos níveis de escolaridade da população com mais de 15 anos. O número de analfabetos funcionais (menores de 4 anos de estudo) vem decrescendo no período em análise, considerando elevado a nível nacional e estadual.

O indicador expectativa de anos de estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos estudados que uma criança que iniciava a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Atingindo 7,91 anos (2010).

Trabalho e Renda

Em 2015, o salário médio mensal era de 1.4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 18.2%. Na comparação com os outros municípios do Estado, ocupava as posições 176.º de 185 (salário médio) e 15.º de 185 (pessoas ocupadas), respectivamente. Já na comparação com cidades do país, ficava na posição 5190.º de 5570 e 1607.º de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 30.8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 184.º de 185 dentre as cidades do Estado e na posição 4531.º de 5570 dentre as cidades do Brasil. (IBGE, 2016).

O mercado de trabalho do município de Toritama-PE vem crescendo nos últimos anos. Segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o mercado de trabalho formal em 2012 totalizava 741.196 postos, 16,45% a mais em relação a 2006. Os empregos formais estavam ocupados 49,5% por mulheres e 50,5% por homens. O setor de serviços é o de maior concentração de empregos formais, contendo 43,9% das vagas.

Em virtude do crescimento do mercado de trabalho formal e a redução do índice de desemprego, verifica-se que muitas vagas não são supridas por falta de qualificação profissional. O município vem oferecendo oportunidades de qualificação através dos seus próprios programas de governo, e ambiente de ações do governo federal. Observa-se ao analisar estas informações que as políticas públicas estão reduzindo as desigualdades sociais. O qual o programa implementado é o Bolsa Família, que apresenta como um dos critérios para a manutenção do benefício, o acompanhamento das famílias nas condicionalidades da saúde.

Trabalho Infantil

As crianças e adolescentes estão envolvidos nos mais diferentes tipos de trabalho e, portanto, expostos aos diversos tipos de riscos dos processos produtivos. No município de Toritama, os mais comuns são os trabalhos informais nos fabricos e na feira livre, geralmente em torno do comércio e tráfico de drogas. As crianças na atividade laboral no fabrico de confecções são provenientes, em maior número da periferia com predomínio do sexo masculino. Contudo, o Conselho Tutelar atua no controle em conjunto com o Ministério Público Municipal e a Secretaria de Assistência Social em atividades de inclusão social.

Condições de Vida e Ambiente

As condições de vida e ambiente incidem diretamente nas questões de saúde da população. Para essa análise, apresentamos dados de saneamento básico, moradia, transporte e meio ambiente.

Saneamento Básico

Toritama-PE apresenta insuficiências e desigualdades regionais na distribuição dos serviços de saneamento básico. Para o diagnóstico, é necessária a análise de indicadores sobre água, esgoto e limpeza urbana.

Segundo do DATASUS (2014), o abastecimento de água pela rede pública chegava a 67,18% dos domicílios, sendo 6.342 famílias da zona urbana e 864 da zona de campo, o que significa que do total dos domicílios cadastrados 32,81% ainda não possuíam abastecimento regular fornecido pela COMPESA.

Com relação ao esgoto, a canalização de esgotos (dejetos ligados à rede geral de esgoto ou pluvial, ou fossa séptica) atingiu 95,98% em 2014. Dados levantados pela Atenção Básica através dos Agentes Comunitários de Saúde apontam que 432 famílias eliminam dejetos a céu aberto.

Com relação aos resíduos sólidos, de acordo com dados a Atenção Básica (SIAB, 2014), 96,38% dos domicílios possuíam destinação adequada do lixo. Sendo disposto a céu aberto 207

(zona urbana) e 181 (zona de campo). O município conta com coleta seletiva de resíduos sólidos com empresa terceirizada e para resíduo sólido infectante na rede de saúde municipal.

Conforme dados da Secretaria de Recursos Humanos (SRH/PE), o município de Toritama, conta com o serviço de saneamento básico operado pela Companhia de Pernambucana de Saneamento COMPESA, o qual apresenta indicadores operacionais (2008): Ligações totais de água: 7.774; Economias abastecidas: 8.369; Produção de água: vem do sistema integrado que atende a Caruaru; Capacidade nominal do sistema: 12,1 l/s, - Sistema com forte restrição de oferta, num regime intermitente de distribuição com 36hs abastecido e 492hs sem abastecimento; Extensão de rede de água: 15.908m; Índice de atendimento em água: 93%; Índice de hidrometração: 25,5%; Índice de perdas de água: 21,1%; Índice de perdas de faturamento: 26,3%; e, Extensão rede / ligação de água: 2,05m.

Toritama não conta com sistema formal de esgotamento sanitário, e dado ainda à presença expressiva de solo rochoso, o uso de fossa também é restrito a poucas edificações. Nestes termos, é bastante marcante o lançamento de esgotos em galerias de drenagem pluvial ou mesmo diretamente nas vias públicas, onde escoam a céu aberto (SRH/PE). Os esgotos domésticos que fluem pela drenagem e pelas valas negras das vias têm como destino final o rio Capibaribe, que sofre neste trecho forte impacto ambiental. Somam-se ainda os lançamentos das águas servidas nas confecções de “jeans”, em geral de coloração azulada, dando ao rio um aspecto bastante preocupante nesta região.

Moradia

Segundo dados levantados pela Atenção Básica (SIAB, 2014), com relação a domicílios em área de moradia precária (domicílios cuja urbanização seja fora dos padrões vigentes sobre o total de domicílios) representam 0,25%. Dos domicílios cadastrados 10.693 são de tijolo representando 99,69% no município. Com relação aos domicílios sem energia elétrica, 1,10%, tenho um quantitativo de domicílios com energia elétrica de 10.608 residências, sendo 82,45% (zona urbana) e 16,44% (zona de campo).

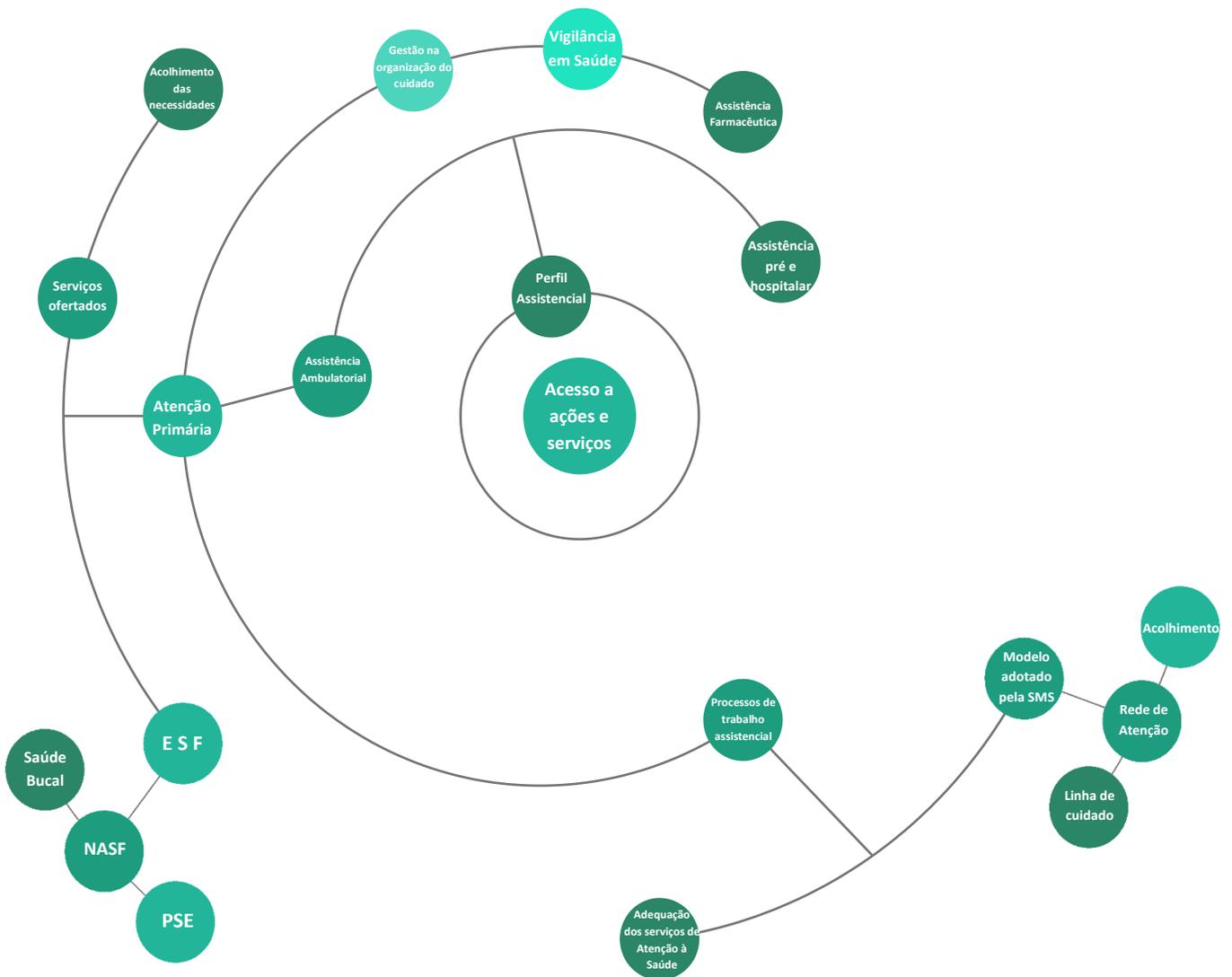
Transporte e frota da SMS

Segundo informações do IBGE (2016), Toritama-PE possui uma frota total de 13.763 veículos. Contudo, o fluxo intenso de veículos traz à tona problemas de mobilidade, sobretudo em pico e finais de semana decorrente da feira de jeans, em virtude disso, a Administração Municipal vem implantando uma série de novas alternativas de transporte com melhoria nas condições de tráfego no município, conjuntamente com o governo do estado. O transporte coletivo de Toritama-PE dispõe de ônibus intermunicipal, lotações e moto táxis.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com uma frota a sua disposição destinada a atividades de Tratamento Fora de Domicílio TFD de 07 Veículos (locados 03 os demais próprios), 01 para a CAF. Foram adquiridas nove ambulâncias com recursos próprios destinados às USF's e a Unidade Hospitalar, 01 Motocicleta e 01 S10 para a VISA. Contamos com uma coordenação responsável pela frota de veículos da SMS, sendo realizada pela prefeitura a manutenção preventiva e corretiva.

ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS

Desenvolvida a partir da perspectiva baseada em redes de atenção, que favoreça a superação da fragmentação existente e o preenchimento de hiatos assistenciais.





3. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania no Brasil. Por este motivo, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o acesso da população a ações e serviços públicos de saúde de qualidade.

O acesso qualificado se traduz na equidade, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção do modelo organizativo de ações e serviços adotado pela SMS de Toritama-PE se baseia em redes de atenção, que favoreça a superação da fragmentação existente e o preenchimento de vazios assistenciais constituindo no cerne do escopo a ser empreendido, nos próximos quatro anos.

Neste sentido, a SMS pretende garantir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluído a eficiência dos gastos e garantia de financiamento. Nesse contexto, a estruturação e articulação da rede de atenção à saúde visam à organização do sistema, dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção com resposta às necessidades de saúde dos municípios.

PERFIL ASSISTENCIAL

A partir da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde tomou novos rumos com a reformulação da lógica da assistência, ressaltando a necessidade de descentralização da rede assistencial tendo como foco a regionalização. Neste processo a distribuição de poder, assim como a implantação de um sistema que inclua diversos atores sociais num mesmo espaço geográfico, demandando por novos instrumentos de planejamento e novas formas de proceder à regulação e financiamento das ações e serviços.

Como desafio permanente, tendo como recorte as diversidades e as desigualdades de acesso à assistência, exige-se tomadas de decisões baseadas na descentralização e regionalização como forma de desobstruir os polos de concentração geográfica de assistência

de média e alta complexidade, bem como os serviços hospitalares dos grandes centros urbanos. Com a reconstrução institucionalizada de uma rede mais homogênea de serviços.

Alinhada as perspectivas desenvolvidas pelo Estado, cientes desses aspectos com visão de garantir o acesso aos serviços pela população, o município de Toritama-PE na modalidade de gestão plena. Insere nos planos de assistência, planejamento, monitoramento, controle e avaliação a missão de garantir à saúde da população por meio de ações de prevenção, promoção e assistência em rede, visando melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social; atuando no comprometimento multidisciplinar e articulação intersetorial, com transparência, humanização, equidade, qualidade, valorização e respeito ao trabalho em saúde de forma integrada e participativa.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município possui 17 estabelecimentos de saúde, com 100% sob gestão municipal; considerando as unidades públicas distribuídas por estabelecimento de saúde segundo tipo de unidade gestão, conforme elencado no Quadro 4.

Quadro 4 Distribuição dos estabelecimentos de saúde por tipo de unidades e gestão

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão		Total
	Dupla	Municipal	
Centro de Atenção Psicossocial CAPS 1	-	01	01
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	-	09	09
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	01	01
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima	-	01	01
Policlínica Nossa Senhora da Conceição	-	01	01
Secretaria de Saúde	-	01	01
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	01	01
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp. Urgência Emergência	-	01	01
Central de Abastecimento Farmacêutico CAF	--	01	01
TOTAL	--	17	17

Fonte: CMES Web (2017)

No Quadro 5 encontram-se elencados as unidades assistenciais que compõe a rede pública por tipo de assistência prestada. O arranjo estrutural da rede se comporta com unidades de controle com as de vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. A atenção

assistencial está disposta de forma articulada, composta pelas Unidades de Saúde da Família (apoiada pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e a Policlínica (constituída por Centro de fisioterapia, Saúde bucal e atendimentos especializados e essenciais – vacina, teste do pezinho etc.).

Dispondo da atenção em saúde mental através do Centro de Assistência Psicossocial (CAPS tipo 1) dando suporte aos usuários com transtorno mental. A assistência pré-hospitalar e hospitalar completa a rede de média e alta complexidade, garantindo assim a população atenção integral. Sendo o Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima (com Unidade de serviço de apoio de Diagnose e Terapia) e o SAMU, promotores do serviço em urgência / emergência articulado com o serviço ambulatorial do município. E a rede de assistência farmacêutica, com o Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que garante suporte farmacológico na estrutura assistencial da rede municipal. Como visualizado abaixo:

Quadro 5 Rede assistencial do município, segundo tipo de assistência.

Unidade assistencial	Tipo de Assistência		
	Assistencial	Hospitalar e Pré-hospitalar	Controle
USF Centro I	01	--	--
USF Centro II	01	--	--
USF Centro III	01	--	--
USF independente	01	--	--
USF COHAB	01	--	--
USF São João	01	--	--
USF Fazenda Velha	01	--	--
USF Coqueiral	01	--	--
USF Deus é fiel	01	--	--
Policlínica Nossa Sra. da Conceição	01	--	--
Centro de Atenção Psicossocial CAPS 1	01	--	--
Hospital Nossa Senhora de Fátima	--	01	--
Vigilância à Saúde (Sanitária, Ambiental e Epidemiológica)	--	--	03
Central de Abastecimento Farmacêutico CAF	01	--	--
Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF	01	--	--
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	01	--	--
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp. Urgência Emergência	--	01	--
TOTAL	14	02	03

Fonte: Sistema de TI da SMS (2017)

Assistência Pré-hospitalar e Hospitalar

Pelos dados do CNES em 2017, a rede hospitalar de Toritama-PE é constituída por unidades públicas, Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima e pelo Serviço de Urgência Móvel (SAMU USB2); com modelo de gestão municipal de nível de atenção ambulatorial com atividades básicas e de média complexidade, atendendo a população do município, na assistência pré-hospitalar e hospitalar, num sistema de rede integrado.

Com proposta/projeto de expansão da unidade hospitalar para melhor adequação a necessidade da população diante da exponencial demanda e reestruturação da base do SAMU. Objetivando a melhoria do serviço e fortalecimento para as Unidades Básicas de Saúde, como porta emergencial resolutive e de referência para a Atenção à Saúde.

Implementação da assistência obstétrica resolutive, surge como estratégia estabelecida pela gerência de saúde como arranjo prioritário de assistência ao parto, tendo como objetivo preencher a carência local e microrregional do atendimento as parturientes, desafogando unidades de referências além de melhorar e agilizar o atendimento com humanização e qualidade ofertada na unidade hospitalar.

Quanto à unidade hospitalar Nossa Senhora de Fátima, se classifica como Hospital Geral com atendimento contínuo de 24 horas, a qual estão disponíveis leitos conforme Quadro 6. Composto por um corpo de servidores registrado no CNES totalizando 125 profissionais (dezembro de 2017).

Quadro 6 Número de leitos, segundo especialidade, Dez. 2017

Leitos por Especialidades	Leitos existentes	Leitos Necessários
Cirurgia geral	00	08
Obstetrícia	04	08
Clínica Médica	08	10
Clínica Pediátrica	04	10
Psicossocial – CAPS	00	02
Expectação sala vermelha	00	02
TOTAL	16	40

Fonte: CNES/DATASUS, Portaria 1.101/2002.

No Quadro 7, dispõe quantitativo de equipamentos das Unidades de Urgência / Emergência para diagnóstico e infraestrutura conforme dados CNES/DATASUS. Disponível no Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima e no Serviço Móvel de Urgência SAMU.

Quadro 7 Número de equipamentos da Unidade Hospitalar e Serviço Móvel de Urgência

Equipamentos disponíveis	Hospital Municipal	SAMU
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
Raio-X de 500MA	01	--
INFRAESTRUTURA		
Grupo gerador	01*	--
MANUTENÇÃO DA VIDA		
Berço aquecido	00	--
Bomba de Infusão	00	--
Desfibrilador	01	01
Equipamento de fototerapia	00	--
Incubadora	00	--
Monitor de ECG	01	--
Reanimador pulmonar /Ambu	04	02
Respirador / Ventilador	02	--
MÉTODO GRÁFICO		
Eletrocardiógrafo	01	--
RESÍDUO / REJEITO		
Coleta seletiva de rejeito	SIM	Contrato
Resíduo biológico	SIM	Contrato
Resíduo comum	SIM	Público

Fonte: CNES/DATASUS

Quanto às instalações físicas do Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima, o Quadro 8, elenca os departamentos / setores; características dos serviços de apoio, além dos serviços especializados disponíveis na assistência prestada à população. Valem salientar, a reforma / ampliação da unidade hospitalar prevista para o ano 2018, para prestação de serviço humanizado em assistência de pronto atendimento resolutiva. A seguir encontra-se a instalação física atual conforme (dezembro de 2017).

Quadro 8 Instalação física para assistência Hospital Municipal, ano 2017.

Instalação física	Qdade. de Salas	Leitos Equipos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Sala de Atendimento Indiferenciado	02	02
Sala de Curativo	01	01
Sala de pequena cirurgia	00	00
Sala de repouso / observação – Feminino*	01	01
Sala de repouso / observação – Masculino*	01	01
Sala de repouso / observação – Pediátrica*	01	01
AMBULATÓRIO		
Clínica especializada	01	01
Sala de gesso	01	01
Sala de nebulização	01	01
HOSPITALAR		
Sala de Cirurgia	01**	02
Sala de Recuperação	00	01
Sala de Parto Normal	01	01
Leitos de alojamento conjunto	00	00
SERVIÇO DE APOIO		
Ambulância	PRÓPRIO	04
Central de esterilização de materiais	PRÓPRIO	01
Farmácia	PRÓPRIO	01
Lavanderia	PRÓPRIO	01
Necrotério	PRÓPRIO	01
SAME ou SPP (serviço de prontuário de paciente)	PRÓPRIO	01
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	Hospitalar	Ambulatorial
Diagnóstico por imagem (Raios-X)	SIM	SIM
Diagnóstico por laboratório clínico	SIM	SIM
Diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos	NÃO	NÃO
Serviço de hemoterapia	NÃO	NÃO
Serviço de Vigilância em saúde	NÃO	SIM
Serviço posto de coleta de materiais biológicos	NÃO	NÃO

Fonte: CNES/DATASUS Obs.: * Sala para multigêneros ** Sala de cirurgia inativada

No Quadro 9, encontram-se informações gerais do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), enquanto Unidade de nível pré-hospitalar na área de urgência. Atendendo a população com 1 (uma) viatura de Unidade de Suporte Básico USB, que atende a região além de seu limite territorial.

Quadro 9 Característica geral do Serviço Móvel de Urgência SAMU, ano 2013.

Informações Gerais	Qdade.	Leito/Maca
SERVIÇOS DE APOIO		
Ambulância (viatura SAMU)	01	01
SERVIÇO ESPECIALIZADO		
Atendimento Móvel de Urgência	Próprio	Ambulatorial
SERVIÇO E CLASSIFICAÇÃO		
Atendimento Móvel de Urgência	Ambulância de suporte básico de vida	
NÍVEL E HIERARQUIA		
03 – Média – M2	Unidade Móvel de Nível pré-hospitalar na área de urgência	

Fonte: CNES/DATASUS

Assistência Ambulatorial

Requer por parte do planejamento da SMS, maior análise periódica das consultas médica, enfermagem, odontológica e demais procedimentos, tendo como objetivo analisar a relação de cobertura e o atendimento às necessidades da população, bem como complementar a rede assistencial para satisfação do seu público alvo. Além do quanto à demanda as especialidades na assistência e na continuidade de tratamento necessitam de acompanhamento de profissionais especialistas, oriundo das Unidades de Saúde da Família e demais departamentos assistenciais.

Tendo como principal porta de entrada do sistema, 9 (nove) Unidades de Saúde da Família, apoiado pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Articulada com a central de regulação que assessora o transito de referenciamento das necessidades demandadas pelos agentes promotores de assistência. O município estrutura-se, na assistência ambulatorial especializada, com a Policlínica e o Centro de Fisioterapia. Na rede ambulatorial contamos com serviços essenciais de imunização, teste do pezinho, dispensação de remédio, realização do cartão SUS e agendamento de consultas. No Quadro 10 estão dispostas as especialidades do serviço de apoio.

Quadro 10 Rede Ambulatorial de Toritama, ano 2017.

Especialidades	Policlínica
Clínica Geral	02
Ginecologia/Obstetrícia	02
Psicologia	04
Psiquiatria	01
Mastologia	01
Pediatria	01
Fonoaudiologia	01
Nutrição	01
Ortopedia	01
Enfermagem	01
Odontologia	03
Fisioterapia	05
Total	15

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da SMS (Dez./2017)

Compreendendo desta forma a rede assistencial ambulatorial e de média complexidade, formatada no modelo de gestão plena onde está inserido o município. No qual, para a logística da informação, controle de acesso e na garantia dos serviços disponíveis, se dispõe da Central de Regulação, que articula as atividades do serviço em saúde disponibilizando a população, marcação de consultas e exames – para serviços oferecidos na rede local - no município; e cidades da rede microrregional, para exames especializados de média e alta complexidade.

Todavia, a articulação entre agentes e serviços, local e/ou regional, requer uma maior adequação e implementação para assim suprir a demanda reprimida. E, garantir o traslado dos usuários que necessitam realizar tratamento fora do município de forma confortável e igualitária. Na qual, a gestão eficiente do sistema logístico exige por parte dos responsáveis constantes esforços, tornando-se importante estabelecer protocolos de serviços de regulação, dentre outros.

A intersectorialidade, neste processo, precisa de maior articulação e planejamento para mitigar os gargalos enfrentados. Tendo na infraestrutura setorial e na engenharia logística seu maior desafio. *Gaps*³ na organização estrutural com uma arquitetura fragmentada requer uma análise holística, com planejamento a curto, médio e longo prazo.

Ressaltamos que para o enfrentamento das dificuldades identificadas, propostas para

³ *Gaps* - termo em inglês que significa um distanciamento, afastamento, separação, uma lacuna ou um vácuo.

resolução do problema se faz imprescindível. Contudo, consideramos necessário reverter situações incomodas existente, com adoção de normas técnicas regulamentares em (Assistência farmacêutica, Regulação, Atenção Primária e Vigilância em Saúde). Assim vindo assumir eficácia na assistência prestada aos clientes – internos e externos -, com redução do tempo de resposta, agilizando as atividades tornando as operações mais rápidas e ágeis, consequentemente reduzindo os gargalos operacionais.

Gestão na organização do cuidado

Nos dias atuais, as mudanças na gestão do SUS têm demandado dos gestores públicos e da sociedade civil uma intervenção política organizada. Neste interim, o contrato de gestão, avaliação de desempenho e monitoramento e avaliação fazem parte do cotidiano de toda equipe gestora. Para se atingir os resultados pactuados entre governo e sociedade, sendo imprescindível saber manejar os instrumentos de planejamento.

Neste sentido, se destaca algumas ferramentas do cuidado. Como a gestão clínica estabelecida pela portaria 4.279/2010 na configuração da Rede de Atenção à Saúde RAS, diretrizes clínicas, enquanto orientação das linhas do cuidado que venha viabilizar a comunicação. E, os protocolos assistenciais e organizacionais, enquanto instrumentos orientadores para enfrentamento dos gargalos na assistência e na gestão dos serviços.

No que se refere às linhas de cuidado, se faz premente, desenhar o caminho do usuário e das necessidades de saúde - interno e externo - ao território municipal, como forma de reestruturação e reorganização da rede regionalizada. Garantindo os recursos materiais necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades prestadoras de serviços de acordo com as diferentes complexidades; interação entre as diferentes equipes, processos de educação permanente para capacitação dos profissionais; e, a gestão de compromissos e resultados pactuados entre os envolvidos.

Conforme portaria 7.508/2011, definida como: [...] descrição geográfica da distribuição de recursos humanos (força de trabalho em saúde) e das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. (BRASIL, 2011).

Salienta-se, entretanto, analisar o perfil populacional; principais problemas à rede de

saúde, rede de apoio; força de trabalho; organização das principais informações de saúde. Neste sentido indagamos como princípios norteadores: Do que adoecem e morrem a população? Existem protocolos implantados que possam possibilitar o manejo das situações de saúde na rede local? Qual a linha de cuidado das redes de atenção? Qual o mapa da capacidade instalada? Quais os indicadores de efetividade que aperfeiçoe a produção e análise dos dados que gerem informações?

Para efetivar a saúde, a análise situacional dever-se-ia questionar quais ações são efetivas? São suficientes os serviços ofertados? Quais ações podem ser realizadas? Como está e como deveria estar o serviço? Quais são os indicadores utilizados? Qual o percentual de oferta das ações? Qual a qualificação e preparo dos colaboradores? Qual a disponibilidade dos profissionais e medicamentos? Qual a integração gestão/comunidade? Como se apresenta os serviços e demais equipamentos sociais?

Concomitantemente, refletir quanto aos objetivos da situação desejada ou imagem: Aonde quero chegar? Qual objetivo desejo chegar? Quais metas desejo atingir? Que finalidade quer atuar? Em resposta a tamanha indagação elenca-se quadro da situação atual da secretaria de saúde de Toritama como meio de delinear o referido relatório da secretaria de saúde em viés das condicionalidades e determinantes sociais evidenciado em tópicos anteriores.

Processos de trabalho assistencial

Na construção e compreensão do processo de trabalho da gestão do SUS, bem como o gerenciamento das equipes para qualificação da gestão pública, impõe grande desafio, requerendo atuação objetiva e ampla para se alcançar o sucesso esperado/traçado. Exigindo, entre outras competências, a arte de conduzir e realizar trabalhos compartilhados.

No exercício efetivo da gestão, contudo, se faz necessárias habilidades no lidar com situações contingenciais e problemas complexos. Sendo importante estabelecer uma “rota de voo” e embasar-se nos instrumentos jurídicos e legais, a fim de aperfeiçoar recursos e acumular capacidades de governança. Salientando-se que para se antecipar aos fatos é fator *sine qua non* avançar rumo à consolidação do SUS, na perspectiva de produzir mudanças nas práticas do cuidado e nas formas de gerir o sistema, baseada em uma gestão compartilhada.

O processo de trabalho em saúde, portanto é a forma como os trabalhadores de saúde

realizam a produção dos serviços. Sendo um dos desafios do SUS, fomentar e promover a integração dos trabalhadores, configurando equipes multiprofissionais de saúde. Como podemos visualizar no quadro 11, encontram-se elencadas ações globais para promoção à saúde a serem adotadas no processo de trabalho das equipes da SMS.

Quadro 11 Planificação de ações a serem trabalhadas no processo de trabalho.

PROCESSO DE TRABALHO	AÇÃO GLOBAL
Trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar os profissionais a adotarem suas habilidades, conhecimentos, experiências e talentos na busca de soluções mais efetivas e permanentes para o trabalho em saúde. Produzindo resultados significativos na produção do cuidado. ✓ Do ponto de vista da gestão, conhecer a organização interna do trabalho em saúde contribuindo para a adesão dos profissionais aos projetos de mudanças que se pretende realizar e também para minimizar possíveis situações de conflitos que ocorrem nos momentos de alternância de poder.
Força de Trabalho em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mapear força de trabalho para se ter um dimensionamento da força de trabalho existente, sua distribuição, necessidades de provimento e de capacitação. ✓ Conhecimento da gestão/equipe da sua força de trabalho, quantos, onde estão, onde há escassez e/ou excesso. ✓ Saberes básicos para execução das tarefas em saúde como manuseio de equipamentos e materiais; técnicos e científicos; e, saberes interpessoais. Na divisão do trabalho social e técnico.
Gestão do Trabalho em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar as relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. ✓ Adotar estratégias que perceba o trabalhador como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. ✓ Imprimir um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. ✓ Valorizar o trabalhador da saúde e o seu trabalho.
Gestão da educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adequar os processos de formação dos profissionais e as necessidades de saúde da população e dos serviços de saúde; complementares aos processos de formação para práticas profissionais mais adequadas. ✓ Educação Permanente em Saúde (EPS), a partir do pressuposto da aprendizagem no trabalho, constituindo

oportunidade de transformação das práticas cotidianas dos serviços de saúde.

- ✓ Fomentar práticas dos profissionais alicerçadas na reflexão crítica sobre as práticas exercidas no trabalho. Aprimorando novos conhecimentos e prévios saberes do colaborador sobre o contexto local.

Fonte: Elaborada pela equipe da SMS (2017)

Adequação dos serviços da atenção à saúde

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde; com o objetivo de desenvolver atenção que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Outrossim, os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, assim como as demandadas intersetorialmente. Para tanto, o investimento em ações de Educação Permanente constitui uma importante estratégia às exigências profissionais atuais, visto que o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários.

Para estruturar as atividades/ações, sugerem-se intervenções a partir de grupos prioritários com o objetivo de ampliar a promoção em saúde do município de Toritama-PE, conforme elencado no quadro a seguir. Seguindo o ordenamento de Planejamento em saúde enquanto modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico de área e Territorialização; Trabalho em equipe; Níveis de prevenção; Pacientes hiperutilizadores; Clínica ampliada; Cuidados domiciliares.

Quadro 12 Intervenções prioritárias para gestão de educação em saúde da AP.

PROGRAMA SERVIÇOS	INTERVENÇÕES	TEMAS PRIORITÁRIOS	RESPONSÁVEL
SAÚDE DA CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúde bucal [0 a 3 e 3 a 12 anos] ✓ Prevenção de acidentes; ✓ AIDPI ✓ Vacinação ✓ Aleitamento materno ✓ Crescimento / Desenvolvimento 	<p>Crescimento e Desenvolvimento da Criança; Aleitamento Materno. Imunização. Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. Prevenção de Acidentes na Infância. Câncer Infanto-juvenil: diagnóstico precoce. Saúde bucal da criança de 0 a 3 anos de idade; Erupção dentária; Higiene bucal e Uso de fluoretos. Saúde bucal de crianças em idade pré-escolar (3 a 6 anos); Traumatismos e Monitoramento da saúde bucal; Saúde bucal de crianças em idade escolar.</p>	<p>Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal.</p> <p>Coordenador: Atenção à saúde</p>
SAÚDE DA MULHER	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disfunção sexual / IST ✓ CA de mama e colo de útero ✓ Pré-natal ✓ Climatério ✓ Violência doméstica / sexual / Gênero ✓ Direitos sexuais / Planejamento Familiar ✓ Parto / Puerpério humanizado ✓ Saúde bucal 	<p>Disfunções sexuais; Planejamento familiar; direitos sexuais e reprodutivos; DST's, HIV, AIDS. Câncer de mama e de colo uterino. Acompanhamento Pré-natal de baixo risco. Atenção Humanizada ao parto e puerpério. Atenção humanizada no climatério. Violência doméstica, sexual e de gênero. Saúde bucal no ciclo de vida da mulher. Odontologia frente a situações de violência (acolhimento, lesões de cabeça e pescoço, dispositivos legais)</p>	<p>Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal.</p> <p>Coordenador: Atenção à saúde</p>
SAÚDE DO ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DST / AIDS ✓ Saúde bucal [homem] ✓ Violência ✓ Uso de SPA ✓ Hanseníase / Tuberculose ✓ Doenças Crônicas não transmissíveis 	<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Tuberculose. Hanseníase. DST's, HIV, AIDS. Alcoolismo, tabagismo e violência. Saúde Bucal do Adulto.</p>	<p>Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal</p> <p>Coordenador: Atenção à saúde e atenção especializada.</p>
SAÚDE MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervenção saúde mental ✓ Matriciamento 	<p>Saúde Mental e Atenção Primária. Matriciamento. Intervenções em saúde mental</p>	<p>Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agravos em saúde mental ✓ Práticas integrativas e complementares 	<p>na atenção básica. Abordagem dos agravos em saúde mental mais comum na atenção básica. Práticas Integrativas Complementares. Intervenções psicossociais avançadas; principais medicamentos da saúde mental na atenção primária a saúde.</p>	<p>Coordenação: CAPS</p>
SAÚDE DO TRABALHADOR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúde do trabalhador ✓ Doenças relacionadas ✓ Vacinação ✓ Saúde bucal ✓ Práticas integrativas e complementares 	<p>Ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária. Doenças e Acidentes relacionados ao trabalho; Imunização.</p>	<p>Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal</p> <p>Coordenação: Atenção à saúde</p>
SAÚDE DO IDOSO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação global ✓ Envelhecimento ✓ Promoção de hábitos alimentares ✓ Avaliação multidimensional ✓ Suporte familiar e social na assistência 	<p>Atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento a pessoa idosa. Promoção de hábitos saudáveis. Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica (Alimentação e Nutrição; Acuidade Visual; Acuidade Auditiva; Incontinência Urinária; Sexualidade). Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica (Vacinação; Avaliação Cognitiva; Depressão; Mobilidade; Queda; Avaliação Funcional). Suporte familiar e Social (Avaliação da Funcionalidade Familiar; Avaliação Estresse do Cuidador; Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa idosa). Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa.</p>	<p>Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal</p> <p>Coordenação: Atenção à saúde e Assistência social [saúde]</p>
SAÚDE DO ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúde bucal ✓ Vacinação ✓ Transtorno alimentar ✓ Gravidez ✓ Álcool e outras drogas 	<p>Ética no atendimento e Legislação. Sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Vulnerabilidade e risco na adolescência. Uso de álcool e outras drogas. Gravidez na adolescência. Transtornos alimentares.</p>	<p>Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal</p> <p>Coordenação: Atenção à saúde</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vulnerabilidade / risco ✓ Sexualidade / Direito sexual e reprodutivo. 		
VIGILÂNCIA ALIMENTAR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentação saudável ✓ Uso de agrotóxico. ✓ Vigilância nutricional 	Política Nacional de Alimentação e Nutrição. A equipe multiprofissional e a atuação do nutricionista no cuidado nutricional na atenção básica à saúde. Assistência/cuidado nutricional de pacientes com distúrbios nutricionais e doenças mais comuns na Atenção Básica	Equipe da estratégia saúde da família, NASF. Saúde bucal Coordenação: Vigilância alimentar

Fonte: Elaborado pela equipe da SMS (2017)

Modelo de Atenção adotado pela SMS de Toritama-PE

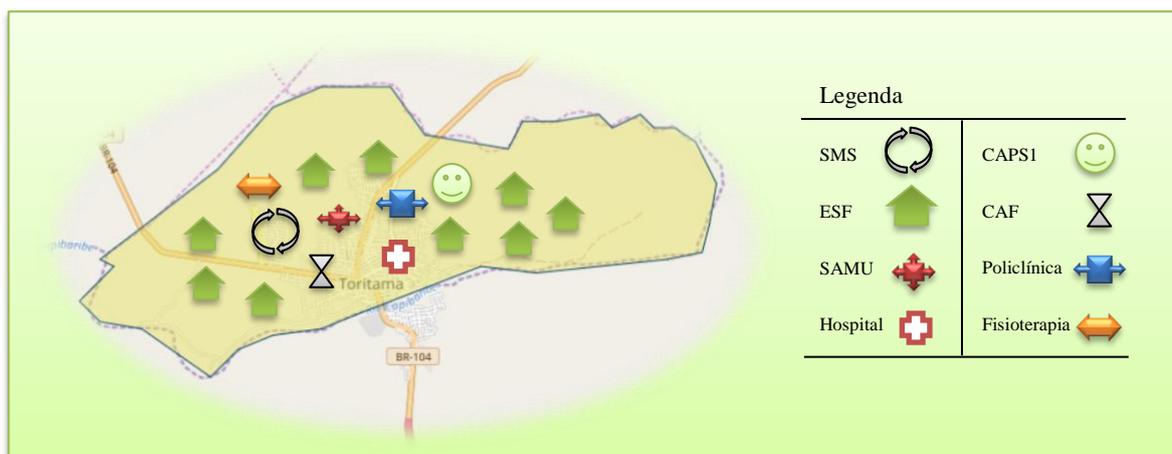
O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Estes, por sua vez, devem estar definidos em função da análise situacional considerando os perfis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

Outrossim, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Na qual, para a SMS de Toritama-PE, a integralidade surge como um dos princípios mais desafiadores do sistema, enquanto características singulares das condições agudas e crônicas vivenciadas por sujeitos em condições sociais diversas e que torna complexo garantir os serviços prestados aos usuários de forma equânime.

Ao se reconhecer as características das condições socioeconômicas e de saúde dos usuários, portanto, a rede de cuidado precisa está estruturada para responder de forma adequada. Para isto, se faz necessário o fortalecimento da assistência integrada às esferas de atenção

compartilhada; redesenhando sua oferta de serviços local e regional. Entre elas, a atual gestão destaca a necessidade de implementação e fortalecimento das ferramentas sociais disponíveis, das redes de atenção, das linhas de cuidado e do acolhimento ao usuário, bem como disponibilidade de articulação entre suas pastas (Educação + Ação Social + Saúde) dentre outras. Segue figura com a rede de serviços da SMS:

Figura 3 Rede de Serviços da SMS de Toritama-PE



Fonte: Adaptação IV GERES (2016)

Territorialização e Regionalização

No setor saúde, os territórios⁴ estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito à cidadania (MONKEN, 2012). Inclui, portanto, tanto a estruturação física e espacial dos serviços como também os fluxos e relações entre serviços, profissionais e estes e os usuários dos serviços. Já, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Toritama-PE registra-se uma população de 43.174 habitantes (IBGE, 2016), na qual estão distribuídos em zona Urbana e zona de Campo, com suas especificidades e vulnerabilidades espaciais. Além de sua extensão geográfica, enquanto território de permanente construção faz-se necessário uma maior interação população-serviço, em áreas adscritas,

⁴ Território é entendido como sinônimo de espaço geográfico que pode ser definido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos) (Santos, 1996).

vivenciadas em tempo e espaço na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para tanto, o reconhecimento do território, surge como primeiro passo para o diagnóstico da ESF, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde local. Além disso, tem caráter gerador de desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante ações de saúde pública, orientadas por categorias de análise de cunho geográfico, conforme ressalta (MONKEN e BARCELLOS, 2005). Contemplando desta forma o planejamento estratégico *in lócus* com perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, característicos de seu território e de abrangência (área e micro área).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), se limita as áreas de atuação de uma UBS, sendo preconizadas 750 pessoas por ACS's em relação a sua área adscrita (Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017). Para serem mais resolutivas, além de ter qualidade no *menu* de serviços ofertados no local de atuação, necessitam estar relacionadas, regionalmente, a um conjunto articulado de serviços especializados nas esferas ambulatorial, substitutiva e hospitalar.

Para os territórios das áreas de cobertura da ESF e também para aqueles de áreas descobertas, as ofertas de serviços especializados ambulatoriais e substitutivos precisam estar definidos ou qualificados para, respectivamente, formar ou fortalecer as redes de atenção. Visando à efetivação do cuidado à saúde, considerando a economia de escala necessária para otimização dos recursos públicos garantindo assim, o acesso e a qualidade nos serviços ofertados pelo SUS a população.

Rede de Atenção à Saúde

A atuação territorializada e regionalizada do SUS visa ao estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definida pelo Ministério da Saúde, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010)

Na garantia de uma estrutura orgânica que possa gerar integralidade a Secretaria Municipal de Saúde, estabeleceu-se a partir do organograma matricial, formatada em uma combinação departamentalizada, constituída por sua estrutura funcional por recursos e estrutura

de serviços em uma mesma matriz. Composta por: Atenção à Saúde (ESF, Saúde Bucal e NASF); Vigilância à Saúde (Vigilância Sanitária - VISA, Vigilância Ambiental - VIGAM e Vigilância Epidemiológica - VIGEP); Atenção Especializada (SAMU, CAPS1, CAF, Unidade Hospitalar e SAMU); Diretoria Administrativa e Assistência farmacêutica.

Todavia, há a necessidade de fortalecimento da compreensão do trabalho em rede em toda sua dimensão, tendo como desafio da SMS para o quadriênio a integração entre as esferas de atenção e seus respectivos equipamentos assistenciais e a garantia de recursos humanos e materiais para sua sustentabilidade. Neste enfoque utilizamos as ferramentas disponíveis para promover continuidade das ações e serviços na rede.

Das principais ferramentas adotadas nos pontos de atenção, a regulação dos serviços tem a missão de qualificar o acesso e gerir a integração da rede em todas as etapas; sobretudo na garantia do acesso aos serviços especializados e de urgência, acolhendo a demanda da APS (atendimento às urgências, regulação de leitos e de exames etc.). Revisitando seus processos e sistematizando de forma integral; garantindo a referência e contra referência. Assim, fortalecendo a assistência da Estratégia Saúde da Família. Neste prisma, a ampliação das linhas de cuidado aparece como uma alternativa importante da secretaria a ser trabalhada.

A) Linhas de Cuidado⁵

As linhas de cuidado “[...] incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar que requer uma opção de política de saúde e boas práticas a ser adotada pelo município”.

Para alcançar tal propósito, faz-se necessário um conjunto de saberes, tecnologias e recursos para o enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida. Entre as tecnologias utilizadas, estão incluídos os protocolos clínicos e sua correspondência nos serviços da rede de atenção, através de sistemas de referência e contra referência efetiva.

⁵ Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (Franco e Franco, s/ data).

Na priorização do desenvolvimento e qualificação das linhas de cuidado, a SMS considera o perfil epidemiológico da população, o impacto na morbimortalidade (anos perdidos de vida) e o seu impacto econômico, como indicadores. Porém, atualmente, em Toritama-PE ainda não estão implantados os protocolos clínicos, tendo como critério adotar inicialmente na atenção básica e na assistência farmacêutica (projeto piloto), e posteriormente na rede especializada, contemplando os critérios do Ministério da Saúde e os adotados pelo Estado.

B) Acolhimento

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é definido como “[...] processos constitutivos das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída” (BRASIL, 2010). O acolhimento implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade dos cuidados e estabelecendo articulações com outros serviços para garantir a eficácia nos encaminhamentos realizados.

Porém, uma dificuldade existente neste processo está no dimensionamento e na caracterização do perfil do acolhimento realizado nos serviços da SMS, tendo em vista a dimensão intersubjetiva envolvida neste processo e o alinhamento necessário das coordenadorias e de suas equipes para sua efetivação. Entretanto, a escolha da SMS para os próximos anos está em qualificar seus servidores em humanização, em toda rede de saúde local.

Atenção Primária à Saúde

Considerada a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se pela atuação sobre a promoção e prevenção da saúde, com foco nas causas mais prevalentes de agravos que acometem a população, além do manejo sobre as doenças existentes. Para cumprir essa atuação, precisa estar dispersa em quantidade e qualidade suficiente em seu território, considerando os seus atributos (STARFIELD, 2002).

- ✓ **Atenção ao primeiro contato:** Implica a acessibilidade do serviço pela população, que precisa perceber que o serviço está disponível para atendê-la;
- ✓ **Longitudinalidade:** Geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso do serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários;

- ✓ **Integralidade:** Compreendida como arranjos desenvolvidos pelas equipes para que os usuários tenham garantidos todos os serviços os quais necessitam o que inclui das redes de atenção e as referências assistenciais na saúde e também intersetoriais;
- ✓ **Coordenação:** Atenção com foco na sua continuidade, valorizando e qualificando os prontuários como forma de reconhecer os problemas de saúde e sociais pré-existentes do usuário (história progressa) e também organizando as agendas assistenciais de forma a fortalecer o vínculo e a acessibilidade aos serviços ofertados na unidade e na rede de serviços.

No entanto, para o município de Toritama-PE, instituir a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde tem se mostrado um desafio a ser enfrentado. Considerando a especificidade regional, cultural, e a condição socioeconômica, a garantia das normativas do Sistema Único de Saúde (SUS), se limita deliberar a qualificação do acesso com equidade aos serviços de APS, ofertando capacidade diagnóstica que seja resolutiva.

Acolhimento com identificação das necessidades na APS

O processo de reorientação e padronização do acolhimento ao cidadão nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) na ESF tem por objetivo mitigar os gargalos existenciais, identificada inicialmente a partir do mapeamento de processos. No qual, seu processo de implantação iniciará nas Unidades de Atenção Básica, em meados de 2018.

Desta construção coletiva, o acolhimento passa a ser um referencial para projetos e programas da rede de saúde da SMS de Toritama-PE, permeando as ações desenvolvidas por seus profissionais. Tendo como propósito a abertura dos serviços para a demanda, viabilizando o acesso, humanizando o atendimento, buscando a satisfação do usuário, proporcionando vínculo, melhorando as condições e ambiente de trabalho, ressignificando o trabalho em equipe e valorizando os trabalhadores da saúde. Objetivando atender a todos os usuários, com viabilidade de acesso, assegurando atenção humanizada, eficaz e ética.

Na qual para sua efetivação destacamos os setes pontos principais de viabilidade de acesso que assegure a atenção humanizada: I) Reorganizar o processo de trabalho, revertendo a lógica da oferta e da demanda, através da priorização da clientela de maior vulnerabilidade,

diminuindo as desigualdades, respeitando as necessidades dos diferentes indivíduos ou grupos populacionais; II) Qualificar a relação profissional-usuário, propiciando o respeito, a solidariedade e o vínculo; III) Acolher o usuário, priorizando aquele com maior necessidade (biológica, social ou subjetiva); IV) Eliminar as barreiras burocrático-organizacionais, que dificultam e limitam o acesso aos serviços; V) Tornar os ambientes internos e externos das Unidades de Saúde mais confortáveis, aconchegantes e acolhedores; VI) Melhorar a qualidade e quantidade dos equipamentos médicos, de enfermagem e odontológicos, viabilizando o funcionamento adequado das US's (Unidades de Saúde); VII) Fortalecer e otimizar o trabalho das equipes das US's, procurando estabelecer cooperação e confiança mútua entre os seus integrantes; VIII) Estreitar laços com a comunidade local, estabelecendo parceria com o Conselho de Saúde e demais entidades representativas.

Todavia, vale destacar que o acolhimento não é um espaço, mas sim uma postura profissional. O qual implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde, podem demandar a necessidade de um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço.

Recomenda-se que a identificação das necessidades venha como proposta de aprofundamento da relação queixa-agendamento tentando uma melhor identificação do problema trazido e assim uma otimização da utilização dos serviços prestados pela rede de saúde. Trazendo também o uso mais racional da agenda das equipes, uma vez que o agendamento se dá com base, não mais na ordem de chegada, mas em três fatores principais. I) Grau de necessidade da situação / interação biopsicossocial; II) Possibilidade de resposta da unidade de saúde naquele momento; III) Decisão conjunta entre profissional e usuário.

Serviços ofertados na APS

Em Toritama-PE, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) compõe o principal serviço da esfera da APS. Esta tem como fortalecedores o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Abaixo, é apresentado quadro com a estrutura de serviços de APS.

O município é composto por 09 (nove) Unidades de Saúde da Família, atende a população adscrita, com uma variação de 2.528 a 5.962 pessoas e 1.274 famílias em média. Sendo consideradas unidades de porte adequado para UBS's, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Quadro abaixo), embora existam áreas descoberta com vulnerabilidade social.

Quadro 13 Pessoas / Famílias por USB, 2017.

Unidade Básica de Saúde	População (pessoas)	Famílias
1. Centro 1	5.962	1.850
2. Centro 2	4.489	1.448
3. Centro 3	5.892	1.488
4. COHAB	4.022	1.240
5. Independente	5.373	1.779
6. São João	2.528	876
7. Deus é Fiel	3.759	768
8. Coqueiral	3.312	1.036
9. Fazenda Velha	3.134	978
TOTAL	38.471	11.463

Fonte: Coordenação da Atenção Básica (novembro, 2017).

A apresentação do quantitativo populacional das UBS evidencia uma heterogeneidade que impõe uma necessidade de ajustes por parte da SMS, coordenação da Atenção à Saúde, considerando as normas de atenção à saúde vigente e os melhores resultados atrelados aos modelos assistenciais.

Dentro deste cenário, os processos assistenciais ocorrem de maneira diversa. A realização de grupos, por exemplo, não é realidade em todas as unidades. Com destaque os grupos de Hipertensos e Diabéticos, Gestantes, Reeducação Alimentar, Tabagismo, Convivência, Saúde Mental, Climatério, Saúde do Homem, Adolescentes, entre outros. A

dependem da organização interna e do perfil dos profissionais atuantes nas equipes, realizam Visitas Domiciliares (VD) quando acionados pelo ente.

Sobre os processos gerenciais nas USF, a realização de reuniões de equipe é fragilizada devido aos horários diversificados dos profissionais, dificultando a participação de toda a equipe. Neste ponto e também referente aos processos assistenciais supracitados, a Coordenação da Atenção à Saúde, estimula a realização dos mesmos como forma de qualificar e fortalecer a APS nos territórios de abrangência, em especial aqueles de maior vulnerabilidade. Sugere-se que seja criado núcleo de educação continuada como forma de mitigar este gargalo.

Estratégia Saúde da Família (ESF)

A atenção à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade. Evidências científicas mundiais e nacionais mostram que, dentre as orientações de modelo assistencial para a APS, a ESF é a que mais contempla seus atributos essenciais e derivados.

Desta forma consegue aplicar maior número dos princípios do SUS, com destaque para a integralidade, a equidade, a coordenação do cuidado, a preservação da autonomia e a participação e o controle social (Lei 8080/90).

Baseado nessas constatações e seguindo as diretrizes da PNAB, o município de Toritama-PE optou pela ESF como modelo prioritário na organização da Atenção Primária em Saúde. Com isso, as Unidades de Saúde da Família seguem o modelo padronizado da ESF. Cada equipe de Saúde da Família é composta por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além das equipes de Saúde Bucal com Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e demais colaboradores operacionais.

Com uma cobertura da atenção básica de 71,92% para uma população estimada em 31.050; de saúde bucal 23,97% para uma população estimada de 10.350; e, 90,56% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde. Quantitativamente, encontra-se instaladas em nas Unidades de Saúde da Família 03(três) equipes de Saúde Bucal, sendo 03 equipes de saúde bucal modalidade I (Cirurgião dentista e Auxiliar de saúde bucal).

Em 2012 a SMS aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de forma a qualificar e valorizar os trabalhadores, ao passo que qualifica a atenção prestada e o acesso da população aos serviços da ESF. Não fez adesão nos últimos anos ao Programa Mais Médicos, que aponta para a perspectiva de diminuir o número de equipes sem profissionais desta categoria, contudo reverteu-se esse cenário com aumento salarial para a categoria como forma de garantir sua fixação.

Cada equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) está vinculada a um contingente populacional e a uma região geográfica específica e deve obedecer, em sua atuação, aos atributos preconizados por Starfield (2002): vínculo, acompanhamento longitudinal, corresponsabilização, coordenação do cuidado e acesso. Conforme, deliberação do gestor municipal para ampliação e reformulação de critérios adotados.

Saúde Bucal (assistência básica)

A qualificação das ações de promoção, prevenção e reabilitação deve incidir sobre a lógica do sistema de saúde em todos os níveis de atenção, fortalecendo os princípios da APS em direção à integralidade do cuidado. Em Toritama-PE, a ampliação das Equipes de Saúde Bucal tem como critério fomentar mudanças estratégicas quanto à gestão do cuidado, à ordenação da rede assistencial e do modelo de atenção à saúde.

Na Rede de Saúde, a Equipe de Saúde Bucal é composta pelo Cirurgião Dentista (generalista ou especialista) e Auxiliar de Saúde Bucal. Entre os espaços de atuação destes profissionais estão às unidades de saúde, unidades móveis, escolas, espaços comunitários, domicílios, unidade hospitalar (previsão de atendimento de urgência) e ambientes em que as atividades odontológicas se fizerem necessárias.

Quadro 14 Equipes de saúde bucal da APS de Toritama-PE

Unidades de assistência	Número
Unidades de Saúde da Família	04
Unidade da Policlínica	01

FONTE: Área Técnica de Saúde Bucal / SMS Toritama (2017).

A equipe de saúde bucal na atenção primária da SMS de Toritama-PE tem como atribuição fomentar estratégias de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, com base em diagnósticos situacionais e pactuações com os atores locais. Atuando como equipe que fomente a construção da cidadania compreendendo o contexto ambiental, social, político e econômico das comunidades, transcendendo o foco cirúrgico-restaurador-mutilador em saúde bucal.

Nesta perspectiva, a oferta da atenção individual e coletiva, prevê acesso universal com equidade e cuidado integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. Tais desafios demandam da gestão municipal o dimensionamento adequado da rede de serviços e um reordenamento dos processos de trabalho. Na qual, a instituição do Protocolo de Organização da Rede e Fluxos de Atendimento da Atenção em Saúde Bucal no município é fundamental para alinhar as ações em saúde bucal aos princípios filosóficos do SUS, facilitando a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal através de condutas embasadas cientificamente e pactuadas em colegiado formado por gestores e trabalhadores da SMS.

No entanto, na APS é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. A identificação de necessidade e avaliação de vulnerabilidades é fundamental nessa organização do acesso. O acolhimento e identificação das necessidades têm como objetivo ampliar o acesso aos serviços de atenção primária em saúde bucal e fortalecer a organização do processo de trabalho, sendo, portanto, a forma de acesso preconizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Toritama-PE, entre outras portas de entrada como os levantamentos epidemiológicos; Programa Saúde na Escola; terceiros turnos de atendimento (evento) e busca ativa. Contudo, os usuários devem receber a tecnologia adequada da rede, não tanto pela capacidade de buscar o serviço, mas pela vulnerabilidade social, econômica e grau de importância de suas necessidades.

A identificação da necessidade do cidadão que busca atendimento odontológico poderá ser feita na sala de identificação das necessidades da Unidade de Saúde, no próprio consultório odontológico, e eventualmente por determinação da Coordenação de Saúde Bucal. Dessa forma, torna-se importante definir prioridades para o tratamento, buscando promover a equidade, isto é, priorizar situações cujas necessidades clínicas são mais imediatas ou que apresentam necessidades de tratamento cirúrgico-restaurador programado.

Assim sendo, o fluxo para o acesso e longitudinalidade do cuidado estabelece uma visão sistêmica, que envolve: A integração dos setores e trabalho em equipe; A definição de

necessidades; A resolutividade pelo nível primário de atenção; A referência aos demais níveis (secundário e terciário) de atenção.

Os usuários que não tiverem suas necessidades resolvidas na APS e necessitarem de atendimento especializado poderão ser encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para tratamentos em Periodontia (tratamento dos tecidos de suporte do dente), Endodontia (tratamento de canal), Cirurgia Oral, Estomatologia (tratamento de lesões em mucosa) e Pacientes com Necessidades Especiais, em centros conveniados (Caruaru).

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (DAB, 2017)

Integrados a APS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) existente objetiva a potencializar as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, aumentando a resolutividade. Para isso, não se constituem como unidades físicas independentes ou especiais, mas trabalham no compartilhamento do cuidado dos casos com as equipes da APS.

Toritama-PE conta com 01 (uma) equipe do NASF modalidade 1 credenciado junto ao MS, com carga horária de profissionais compatível com a necessidade para o credenciamento, com projeto de ampliação para mais 01 equipe, haja vista a necessidade de cobertura para o município. A equipe atualmente dar assistência às nove equipes de Saúde da Família, ressaltando que trabalham na lógica do matriciamento, de acordo com as necessidades epidemiológicas. Destacando que para a qualificação do acolhimento realizado pelos profissionais das ESF é fator fundamental para a aproximação dos usuários ao serviço.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde

também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Atenção à Saúde do Escolar

O Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvido intersetorialmente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007, pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Tem como principal objetivo desenvolver ações de promoção da saúde articuladas entre os setores da saúde e da educação, visando o cuidado e a educação integrais para a melhoria da saúde do público escolar. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa Saúde na Escola (PSE).

Quadro 15 Qdade. de Educando por Tipo de estabelecimentos de ensino, 2016.

Modalidade	Quantidade de Estabelecimento	Quantidade de Educandos	Média de educandos por estabelecimento
Creche	08	244	31
Pré-escola	13	990	76
Ensino fundamental	19	5.402	284
Ensino médio	02	1.228	614
EJA	04	921	230

Fonte: Sec. Municipal de Educação (outubro de 2017).

Dados da adesão 2017/2018 ao Programa de Saúde na Escola apontam para um total de 8.785 educandos matriculados nos estabelecimentos de ensino público em Toritama-PE, o qual se constata uma média de 1,11% de educandos por estabelecimento. Conforme critérios do PSE, 82,60% dos estabelecimentos são prioritários.

Preconizado a articulação dos serviços de saúde com a rede de ensino de modo a fortalecer o papel da escola na preservação e na educação para a saúde está integrado à Atenção Primária de acordo com a PNAB. A maior parte da operacionalização da SMS está centralizada na atuação das equipes de Saúde da Família e SAMU, com ações prioritárias junto às escolas

públicas, particularmente as com população em condição de maior vulnerabilidade social, procurando incentivar a integração das políticas e das ações da educação e da saúde.

Mediante a aplicação de recursos financeiros e materiais oriundos da Atenção Básica do MS, o PSE estimula a atuação das equipes da ESF nas escolas de seu território com objetivo principal de realizar as avaliações clínicas e psicossociais dos estudantes. Com a adesão de Toritama-PE ao PSE para o ano 2017/2018, programada as atividades nas escolas das áreas de atuação da ESF. O qual, o reconhecimento da responsabilidade das equipes da APS no desenvolvimento da promoção de saúde e da prevenção de doenças e de agravos à saúde, a previsão da ampliação da cobertura da ESF e alteração da estrutura organizacional da SMS vem modificando o cenário da atenção à saúde do escolar em Toritama-PE.

Inúmeros desafios se apresentam para a efetivação plena da atenção à saúde do escolar nos próximos anos no município. Há necessidade de ampliação da cobertura das avaliações clínicas e psicossociais, com qualificação da antropometria, da triagem visual, da avaliação da pressão arterial e das ações da saúde bucal. Em 2018, as ações do PSE deverão ser estendidas à educação infantil com a Secretaria Municipal de Educação (SME) ampliando à dimensão da população alvo das avaliações clínicas e psicossociais.

A construção conjunta com a escola, do planejamento anual das atividades da saúde do escolar e a inclusão da promoção da saúde e prevenção no projeto político-pedagógico escolar deverão ser priorizadas nos próximos anos. Há necessidade de construção das linhas de cuidado originado nas atividades de avaliação clínica nas escolas, bem como do aprimoramento do acolhimento às demandas originadas nas escolas pelas equipes da ESF, com organização dos fluxos de encaminhamento especializado, quando necessário.

Vigilância em Saúde

Para promover vigilância em saúde o município dispõe de uma estrutura física uniformizada, com seus departamentos dentro da sede da Secretaria Municipal de Saúde, para maior agilidade das ações e atividades, a qual dispõe de registros das principais características do município para suprir suas necessidades. Conforme expressa Quadro 16, registro das principais localidades, relacionadas aos imóveis existentes por categoria, subdividida em 19 bairros/localidades, atingindo um total de 27.406 imóveis/áreas. Catalogados 670 quarteirões, para maior controle das ações estratégicas no setor de controle das endemias.

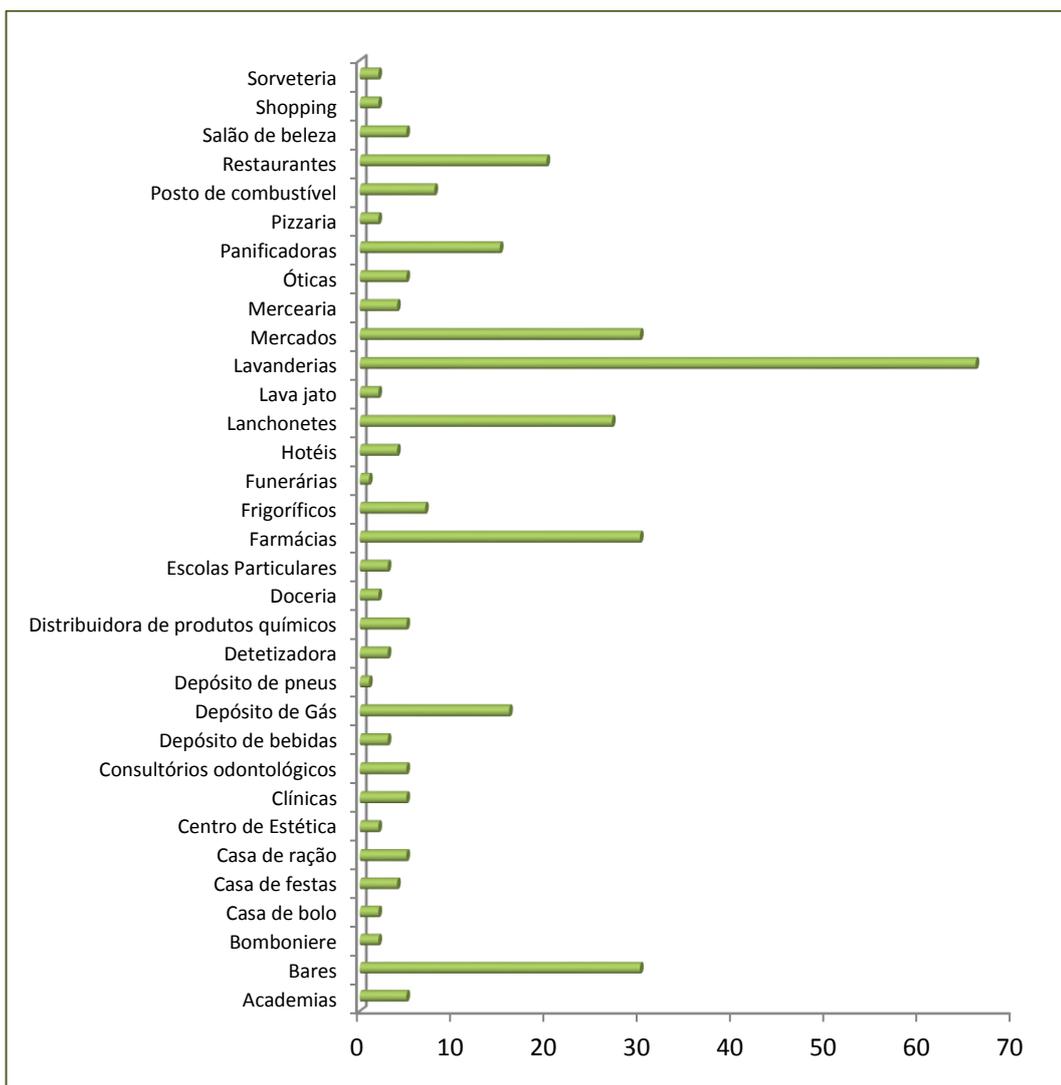
Quadro 16 Relação de imóveis por localidade, ano 2017.

Código	Localidade	Quarteirão	Residência	Comércio	Terreno Baldio	Outros	TOTAL
15	Centro	109	6.446	336	66	1.502	8.459
18	COHAB	66	2.257	80	96	449	2948
17	Matadouro	26	1.773	18	167	401	2385
22	Maria Catarina	72	1.518	52	323	664	2629
19	Duque de Caxias	161	2.170	98	339	705	3473
20	Independente	203	3.764	209	765	1.194	6.135
11	Sítio São João 1	3	133	0	5	15	156
12	Sítio São João 2	2	81	3	3	19	108
6	Sítio Mangas	6	301	19	46	23	395
8	Sítio Oncinha	2	97	2	10	33	144
9	Sítio Roncador	2	31	0	7	1	41
1	Sítio Arial	3	22	0	20	4	49
5	Sítio Cacimbas	5	162	2	7	2	178
10	Sítio Santa Maria	4	75	2	10	26	117
13	Sítio Serra do Costa	1	16	0	9	5	31
7	Sítio Maracujá	1	18	1	3	3	26
4	Sítio Barra de Taquara	2	25	1	8	2	38
2	Sítio Arroz	1	38	0	9	2	50
3	Sítio Baixa Verde	1	27	1	12	3	44
TOTAL		670	18.954	824	1905	5.053	27.406

Fonte: Departamento de Endemias (Vigilância em Saúde)

Conforme dados enviados pelo Departamento de Vigilância Sanitária VISA, no município de Toritama-PE, são realizados controle em 153 Estabelecimentos do comércio varejista de alimentos; 120 Serviços de interesse da Saúde; 20 Produtos de interesse da Saúde e 35 Comércio varejista de medicamentos. O departamento conta com um laboratório de endemias situado na unidade hospitalar realizando exames de esquistossomose, ativado no ano de 2017. Observa-se no quadro a seguir os dados dos locais de controle da Vigilância Sanitária para o município de Toritama-PE.

Quadro 17 Locais de controle da Vigilância Sanitária



Fonte: Departamento de Endemias (Vigilância em Saúde)

Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

Na Secretaria de Saúde de Toritama, o planejamento, a formulação, a implementação e a coordenação da gestão da política de assistência farmacêutica são competência da Coordenação do Centro de Abastecimento Farmacêutico CAF, tendo como atribuições, o planejamento, a execução e o acompanhamento das atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.

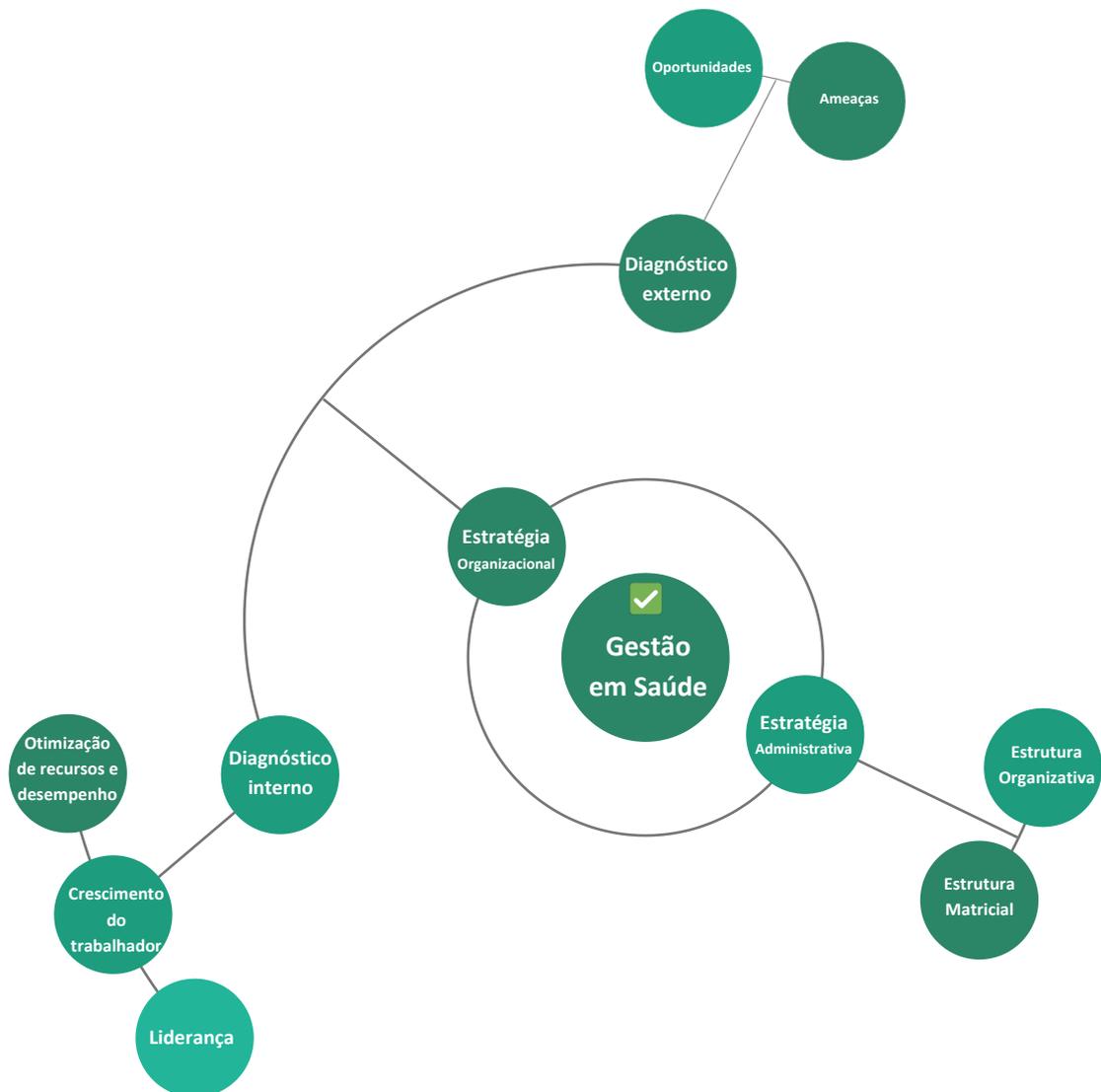
Como meio de mitigar o gargalo existente, o município adotou a implantação da rede de assistência farmacêutica organizada, a partir a implantação da CAF. Com a necessidade de integralidade das ações de assistência farmacêutica, em consonância com os princípios do SUS, para obter melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos. Contudo, não é suficiente considerar que se oferece atenção integral à medida que a AF é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir).

Com o intuito de agregar valor às ações e aos serviços de saúde, o município optou por aderir ao Programa de qualificação. Objetivando qualificar profissionais; manter eficiência do custo-efetividade; programar as aquisições na quantidade certa e momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente com garanta a manutenção da qualidade, e, gerenciar os estoques em toda a rede; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento além de formulários terapêutico, prescrição racional, monitoramento das reações adversas etc., que venha garantir o acesso com qualificação dos serviços e do desenvolvimento profissional como fatores determinantes.

Tendo como ponto de acesso as dimensões, entre as quais destacamos: estrutura, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, qualificação de serviços e de pessoal, utilização adequada dos recursos e promoção do uso racional. Como forma de enfrentamento a reestruturação da Assistência farmacêutica no município.

GESTÃO EM SAÚDE

Desenvolvida a partir da proposição de um protocolo de avaliação explicativa, normativa, estratégico e tático-operacional, alicerçado no modelo de planejamento criativo, flexível e interativo.





4. GESTÃO EM SAÚDE

ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TORITAMA-PE

O Plano Municipal de Saúde é considerado o instrumento central do planejamento, pois contempla as iniciativas propostas para a condução da Política de Saúde. Dessa forma, se traduz em um instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais são expressos em diretrizes, objetivos e metas. Assim, o PMS não deve ser visto apenas como uma exigência formal, mas sim como a expressão das responsabilidades do Município para com a saúde da população.

Porém, para planejar e direcionar as ações de saúde é fundamental conhecer a realidade a qual a população está inserida e também a forma como estão organizadas as Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). Outrossim, as instituições que lidam com situações que envolvem a vida de milhares de indivíduos, capazes de resultar em morbidades, incapacidades e mortalidades, não podendo correr o risco do imprevisto, sendo indispensável o uso do planejamento como instrumento de gestão (PAIM, 2006).

Neste ínterim, o Sistema Único de Saúde SUS, disponibiliza legislação específica, que trata dos instrumentos de Planejamento e Gestão no SUS, tais como: Constituição Federal/1988 (CF), Art. 165 a 169; a Lei nº 8.080, Art. 36; a Lei nº 8.142/90; a Lei Complementar nº 101, de 2000; o Decreto nº 7.508, de 2011; a Lei Complementar nº 141, de 2012; a Portaria nº 2.135, de 2013. Aqui faço um destaque, à Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016).

Diante das normas legais vigentes, contudo, o planejamento precisa estar sincronizado com as demais políticas governamentais, para assim permitir a harmonia das políticas de saúde e dar sustentabilidade a toda rede pública. Instituído instrumentos de planejamento e de gestão em saúde, concatenado com o planejamento governamental, conforme evidenciado na figura a seguir.

Figura 4 Instrumentos de planejamento em saúde e governamental



Fonte: Manual do Gestor Municipal do SUS (2017)

Nesse sentido, as práticas de participação social e cogestão precisam ser incorporadas aos processos de planejamento estratégico das esferas de gestão. Do contrário, nunca serão efetivamente congregadas às práticas do cuidado em saúde (BRASIL, 2012). Ressaltando, no entanto, que para a organização, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa devam compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. (BRASIL, 2011)

Para este fim, a Lei Complementar nº 141/2012 reafirma o compromisso dos gestores públicos e determina que o processo de planejamento deva partir das necessidades de saúde da população de cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar seus respectivos custos. Disciplina, ainda, que os planos e metas regionais serão a base para os planos e metas estaduais e, conseqüentemente, os planos e metas estaduais constituirão o plano e metas nacional, cabendo aos Conselhos de Saúde deliberar sobre suas diretrizes. (BRASIL, 2012)

Não poderíamos deixar de destacar, portanto, o “*Novo Regime Fiscal*”, que estabelece um teto para as despesas primárias, com base na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período, durante vinte anos (BRASIL, 2016). Em cada exercício seguinte, este teto será corrigido pela inflação (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) do respectivo ano anterior.

As aplicações mínimas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) serão fixadas a partir de 2018.

Assim refutamos, planejar implica mobilizar os recursos e suprir as necessidades/desejos de seus *stakeholders*. Para que os objetivos sejam atingidos, é preciso que a escolha metodológica de elaboração do PMS seja pautada na construção coletiva. Para elencar as prioridades da gestão municipal, é necessário que a equipe da gestão da saúde tenha como base a formulação das políticas de saúde o Plano de Governo. Revisitando este instrumento, a gestão andar­á em consonância com as prioridades do Gestor Municipal, garantindo com que os compromissos de campanha sejam efetivados. Bem como instrumentalizar-se da Lei Orgânica Municipal e demais instrumentos de planejamento da saúde anteriormente formulados, como forma de definir princípios básicos de continuidade dos serviços e de governança.

Nessa perspectiva, o Gestor deve se preocupar com a proposição de objetivos e metas realísticos, factíveis, sem comprometer o planejamento. Validando enquanto diretrizes realistas e coerentes, as necessidades de saúde da população, devendo ser a imagem ou o objeto principal, ao se pensar em ações de saúde, sob o risco de comprometer os compromissos assumidos pela gestão.

Contudo, para o levantamento dos dados que retratam as condições de saúde, o perfil demográfico e socioeconômico da população, evidenciamos a importância da informação contida nos Sistemas de Informação em Saúde e em outras fontes de dados. Enquanto instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão dos importantes problemas de saúde da população; e, portanto, um instrumento singular que subsidia a tomada de decisões nos níveis de gestão do SUS.

No processo de análise dos dados disponíveis, depois de concluído o levantamento, a equipe técnica da SMS de Toritama-PE, identificou os principais problemas de saúde e propôs direcionamentos (Diretrizes, Objetivos e Metas) que venham contribuir na melhoria do Sistema de Saúde da região e na vida dos municípios. Utilizando como ferramenta metodológica baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES)⁶. Instrumento que possibilitou elencar os principais problemas bem como as possibilidades de atuação sobre esses, fundamentando o atual plano para o desenvolvimento das ações e serviços públicos em saúde local.

⁶ PES - Teoria que fundamenta além da perspectiva econômica e de eficiência dos custos, considera a dimensão política do planejamento e propondo-se participativa, reconhecendo os sujeitos que vivem a realidade que se quer planejar, a influência e a necessidade da participação destes no processo de planejamento. (Manual do Gestor Municipal do SUS, 2017).

Para se realizar o diagnóstico estratégico da SMS de Toritama-PE, foram programados durante os meses de abril a setembro de 2017, reuniões administrativas de orientação para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018/2021, e posteriormente, encontros com técnicos das áreas estratégicas, para definir, metodologia adotada e consolidação de dados previamente solicitados.

Primariamente, o objetivo adotado para efetivação do referido instrumento foi levantar as fontes de dados para a construção e a validação do diagnóstico local e microrregional, a partir das necessidades de saúde da população, norteadas pelo fomento do Planejamento Estratégico na formulação do atual documento, para que se configure como instrumento estratégico de gestão municipal da SMS.

Compreendendo que o Planejamento no SUS é alicerçado por princípios e por uma rigorosa legislação. Na qual, para sua construção requer participação coletiva, ascendente e intersetorial; e, sumariamente a utilização como instrumento consultivo no processo organizacional dos gestores da saúde, que gere melhor controle, monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Faz-se conveniente a análise do ambiente no qual se está inserido.

No processo de construção do referido instrumento, enquanto análise na óptica administrativa [setorial e operacional]. Utilizamos a análise do ambiente externo e interno (matriz SWOT), com o propósito em verificar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças que influencia o ambiente organizacional da SMS.

Diagnóstico Externo (proposição)

Para a análise do ambiente externo foi avaliado o macroambiente⁷ (ambiente global), que contém fatores de amplo escopo e limitada aplicação imediata na administração da organização; e o microambiente⁸ (ambiente setorial ou operacional), e seus fatores de impacto imediato que implicam no desenvolvimento administrativo da organização. Enquanto análise da interface entre a Secretaria Municipal de Saúde e o ambiente externo, para o diagnóstico externo.

⁷ Macroambiente - Enquanto ambiente externo de uma organização o conjunto de fatores que se encontram no meio exterior a ela, mas que podem influenciá-la em seus resultados.

⁸ Microambiente - Fatores que possuem implicações específicas e relativamente mais imediatas na administração da organização.

Sendo realizados análise da situação atual - a partir de observação *in lócus* e registros documentais - dos fatores ou variáveis externas à organização, o que resultou em um levantamento da percepção de oportunidades e ameaças do macro e microambientes, listadas a seguir.

a) Oportunidades (Ambiente externo)

- ✓ A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total atinge 18.2% em 2015, com uma média salarial de 1.4 salários mínimos o que representa um maior acesso a rede de planos de saúde;
- ✓ A significativa proporção de população jovem economicamente ativa, tal como identificada no município, representa menor risco de adoecimento;
- ✓ O envelhecimento da população e o surgimento de novas tecnologias possibilitam a reestruturação do sistema de saúde nessas bases, com vistas a promover maior efetividade;
- ✓ A maior parte da população em idade escolar frequenta escolas públicas e uma vez que o município de Toritama oportuniza educação em saúde para instituições públicas de ensino médio e fundamental, através do Programa Saúde na Escola e SAMU (promoção em saúde), consegue alcançar significativa parcela da população em idade escolar;
- ✓ Seguindo uma tendência mundial, a maior disponibilidade e eficácia dos meios de comunicação, que disseminam informações em saúde para a população, favorecem ações preventivas em detrimento de ações terapêuticas;
- ✓ Ratificou-se a possibilidade de utilizar a estrutura de tecnologia de informação oferecida pelo Governo Federal e de realizar a aquisição e/ou substituição de equipamentos e insumos, construção, reforma e ampliação com a utilização de incentivos financeiros de importantes programas e estratégias criadas pelo Ministério da Saúde;
- ✓ A Existência da Lei Complementar 141/2012 torna transparente o emprego dos recursos e índices relativos, além de dar maior legalidade, transparência e impessoalidade nos trâmites das licitações;

- ✓ Empoderamento do controle social através da reestruturação do Conselho Municipal de Saúde, com possibilidade de participação social na formulação das políticas de saúde e no controle da execução das mesmas;
- ✓ Crescente interesse da população masculina pela prevenção de agravos, possibilitando inserção nos programas de gênero destinados à saúde das mulheres e das crianças, estimula a sua participação nesses programas, o que resulta em familiarização com as questões que envolvam a prevenção e promoção de saúde, ampliando a noção de cuidado de si e dos outros.

b) Ameaças (ambiente externo)

- ✓ Significativa evasão de profissionais da SMS para diversas redes públicas e privadas de saúde, em função da perda progressiva dos valores salariais e da pouca flexibilidade da carga horária exigida, o que determina comprometimento da qualidade e do acesso aos serviços de saúde. Além disso, o preenchimento de vagas através da contratação de novos trabalhadores é limitado pelo valor máximo a ser gasto com folha de pagamento de pessoal previsto na lei 101/2000;
- ✓ Escolha limitada no que se refere à qualidade dos produtos e serviços adquiridos, devido a Lei 8.666/93, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública;
- ✓ Desalinhamento entre a Secretaria de Administração e Gestão do Município e a SMS, durante os processos licitatórios e de chamadas públicas, comprometendo a agilidade e o controle da qualidade dos produtos e serviços contratados;
- ✓ Excesso burocrático nos processos licitatórios comprometendo o abastecimento das unidades de saúde com produtos e serviços, em tempo hábil;
- ✓ Pouca participação dos demais entes no financiamento das ações de nível secundário e terciário de atenção à saúde;
- ✓ Aumento da demanda de atendimento na rede de urgência / emergência local a usuários fora do território adscrito, gerando aumento das despesas neste nível de atenção;
- ✓ Constantes mudanças tecnológicas, tornando os equipamentos obsoletos rapidamente e alto custo para inovação e manutenção desses recursos tecnológicos, sobretudo equipamentos médico-hospitalares (em geral, mais caros);

- ✓ Necessidade de constante aperfeiçoamento do corpo técnico para lidar com as inovações necessárias; Dependência à adesão a projetos e programas, nem sempre sustentáveis, do Ministério da Saúde para aporte de recursos financeiros;
- ✓ Limitação da autonomia da SMS quanto à operacionalização de programas e estratégias do Ministério da Saúde;
- ✓ Estabelecimento de vinculações excessivas para utilização de recursos provenientes do Ministério da Saúde;
- ✓ Dependência externa para investimento tecnológico de recursos próprios e vinculados;
- ✓ Criação de expectativas na população sobre produtos e serviços divulgados pela União e não provimento de recurso suficiente para supri-las.
- ✓ Ausência de responsabilidade dos demais entes federativos através de programas relevantes para atenção ao cuidado. Programa de Imunização e Controle do Diabetes, etc.

c) Diagnóstico Interno (Pontos fortes e fracos)

Para a realização do diagnóstico interno foi utilizada a Estrutura Comum de Avaliação CAF⁹, ferramenta de auto avaliação baseada nos conceitos da Gestão da Qualidade. Esse instrumento adotado pela SMS de Toritama-PE e sua análise foi realizada com base na estrutura lógica do instrumento de gestão *Balanced Scorecard* – BSC (metodologia de medição e gestão de desempenho), conforme mapa estratégico.

Os pontos fortes e os pontos fracos da SMS identificados estão descritos a seguir:

Otimização e Utilização de Recursos e Desempenho dos Serviços

Quanto à aplicação de recursos e desempenho dos serviços serem orientados pela necessidade dos usuários, reconhece-se que isso ainda não foi totalmente possível devido à

⁹ *Common Assessment Framework* (CAF) é uma ferramenta construída para ajudar as organizações públicas a compreender e utilizar as técnicas de gestão da qualidade, tendo em vista a melhoria do respectivo desempenho. Ferramenta que permite a autoavaliação das organizações públicas e que tem quatro objetivos principais: 1) Aprender as características essenciais das organizações públicas; 2) Servir como instrumento para os gestores públicos que queiram melhorar o desempenho dos organismos que dirigem; 3) Servir de “ponte” entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade pelas administrações públicas; 4) Facilitar a utilização do benchmarking entre organizações públicas.

dificuldade de se identificar sistemática e adequadamente tais necessidades. Outrossim, no que concerne aos recursos, reconhece-se que os riscos financeiros da instituição também não são identificados e tratados de modo a evitar seus efeitos.

Acerca dos principais serviços da Secretaria Municipal de Saúde destaca-se que, na sua maioria, são oferecidos pela Vigilância em Saúde e pela Estratégia Saúde da Família ESF, ainda que insuficiente para a demanda. Salientando que o uso da unidade hospitalar para a assistência de média complexidade, retrata uma visão hospitalocêntrica centrada no curativismo, que se configura como a principal porta de entrada do sistema no município.

Embora se observe uma cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Toritama-PE de 71,92% (set./ 2017), segundo dados encontrados no NTI/DAB/MS, os tempos médios de consulta especializada e marcação de exames especializados, demonstram inadequadas as necessidades dos usuários, requerendo maior pactuação da oferta com o Estado. No que compete às obrigações do município, faz-se necessário ampliação do quadro de especialistas e de exames que garantam eficiência no diagnóstico e tratamento efetivo dos usuários.

A Secretaria Municipal de Saúde não possui uma cultura consolidada de planejamento e gestão na otimização de recursos. Assim, como seus processos chave não estão desenhados e acompanhados sistematicamente. A maioria dos serviços não segue as etapas de melhoria continuada [planejamento, execução, avaliação e ajuste] (técnica do PDCA), tornando seu processo de trabalho deficitário, consumindo grande esforço no enfrentamento de problemas, sobretudo contingenciais, mitigando sensivelmente a efetividade das ações e seus serviços prestados.

Crescimento e Desenvolvimento do Trabalhador

No que concerne ao crescimento e desenvolvimento profissional do trabalhador da SMS, observa-se que são poucas as ações estabelecidas até o momento para tal propósito. Evidenciou-se que não há canal de comunicação interdepartamental eficiente; sistematização na melhoria dos processos de trabalho que gere eficácia no desenvolvimento técnico aportado por educação permanente que estimule o crescimento individual e coletivo na instituição.

Análise preliminar, no entanto elenca como problemas persistentes: Desequilíbrio na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho; Administração e

avaliação insuficiente do desempenho da força de trabalho; falta de sistema de incentivo para qualidade e produtividade; fragmentação dos processos de trabalho; treinamento inadequado, centralizado e de impacto duvidoso; motivação deficiente, absenteísmo e baixa taxa de participação de trabalhadores em postos de tomada de decisão.

Como desafios emergentes, se evidencia uma maior governança: a) Na descentralização administrativa e dos processos administrativos em recursos humanos; b) Maior flexibilidade nas condições de trabalho na perspectiva de equipe; c) Visão ampliada com competência, produtividade, qualidade e credenciamento; d) Melhoria no recrutamento e práticas de retenção; e) Eliminação da complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos para categorias ocupacionais semelhantes; e, f) Ampliação da gestão da atenção ao estado de saúde, direitos e obrigações dos trabalhadores de saúde.

Liderança

Quanto à liderança da SMS, podem-se destacar os seguintes pontos:

- ✓ Ampla divulgação nos serviços de saúde quanto a: Missão, Visão e Posicionamento adotado pela gestão atual;
- ✓ O monitoramento dos indicadores do Plano e do Pacto Municipal de Saúde tem sido apresentado quadrimestralmente para os organismos reguladores - Câmara de Vereadores e/ou Conselho Municipal de Saúde;
- ✓ Para o monitoramento e avaliação dos resultados estabelecidos, são realizados encontros sistemáticos entre o Secretário Municipal de Saúde e sua equipe gestora;
- ✓ Os gastos médios com saúde por habitante sob responsabilidade do município de Toritama mais do que triplicaram de 2010 a 2016 (2010 = R\$ 162,41, 2017 = 517,33), isso comprova que com o passar dos anos a necessidade de investimento em saúde cresce de maneira exponencial. Com o passar dos anos com o processo de municipalização do Sistema de Saúde a responsabilidade do município ficou ainda mais evidente, no qual o município investiu em 2017 até o 5º Bimestre mais de 23% de recursos próprios na área da saúde, com destaque para a folha de pessoal de todos os servidores lotados na SMS, a cada mês o Município precisa suplementar aproximadamente 50% as despesas com pessoal.

ESTRATÉGIA ADMINISTRATIVA E ORGANIZACIONAL

Partindo da concepção de que as políticas de saúde se materializam nos serviços, mediante as ações de atores sociais e suas práticas cotidianas, para concretização organizacional eficiente que potencialize e aperfeiçoe seus processos interno/externo, surge à necessidade de um arranjo estrutural que fomente a assistência integral, que abranja o direito a saúde como princípio elementar. Assim sendo, vislumbra-se adequação das práticas do processo de gerenciamento nas ações logísticas da informação, bem como uma adequada infraestrutura; para assim, intervir diretamente na cadeia de valores que estimulem seus *stakeholders*.

As estratégias administrativa e organizacional adotada para o presente Plano serão apresentadas a seguir como conjunto de métodos. As estratégias aqui apresentadas foram adaptadas a partir do *Balanced Scorecard* – BSC.

Estrutura Administrativa e Organizacional da SMS de Toritama-PE

Na administração pública, enquanto conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado que procuram satisfazer as necessidades da sociedade, caracterizada pela gestão dos interesses da coletividade por meio da prestação de serviços públicos de forma direta e indireta. Surge como relevância, a implantação de um sistema que venha gerar melhorias contínuas e permanentes em sua capacidade instalada com intervenção no âmbito estrutural, sobre o prisma estratégico, tático e operacional.

Mediante formatação do mapa estratégico, conforme diagrama a seguir, podemos visualizar as diretrizes norteadoras para que se vislumbrem melhorias contínuas no rol administrativo (operacional, tático e estratégico) da Secretaria Municipal de Saúde de Toritama-PE, onde com nuances específicas, desenvolvam-se critérios e diretrizes de intervenções a partir das perspectivas supracitadas.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde tem como missão: “Garantir a atenção integral à saúde da população, por meio de ações de prevenção, promoção e assistência em rede”, se posicionando em “Atuar de forma estratégica com articulação intersetorial e comprometimento multidisciplinar, agindo de forma integrada e participativa; com transparência, humanização, equidade, qualidade, valorização e respeito ao trabalho em saúde”.

Compreendida a missão da organização com alcance da eficiência num cenário de diversidade existente no sistema para a consolidação do SUS, e conseqüentemente, para resolutividade e qualidade da Gestão e da atenção à saúde, faz-se necessário à definição de onde se quer chegar, elegendo a visão como forma de: “Melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social”.

Figura 4 Mapa estrutural da Secretaria Municipal de Saúde



Continua



Fonte: Elaborada pela equipe da SMS (2017)

Assim sendo, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, com visão administrativa estratégica em melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social, alicerçada no modelo *Balanced Scorecard* – BSC, nas perspectivas de aprendizado e crescimento, perspectiva de processos internos, perspectiva dos usuários, e perspectiva financeira; inferisse enfrentamentos nos campos de desenvolvimento de competências, clima e ambientes de trabalho, tecnologia eficiente e estrutura adequada como pilares para alcançar efetivamente seus objetivos e metas.

Evidenciando, porém, que para o uso eficaz dos recursos e garantia da sustentabilidade financeira, tendo como objetivo ofertar atendimento em rede, com serviço de qualidade e satisfação do usuário. O monitoramento financeiro-administrativo, monitoramento da utilização da capacidade instalada, bem como controle dos indicadores tangíveis e intangíveis, tem como propósito garantir atenção diferenciada às demandas preconizadas, ampliando e desenvolvendo sistemas e métodos, com domínio e estabilidade, reduzindo desperdício de recursos; tornando o enfrentamento dos desafios, um modelo de governança sistêmico.

A estruturação física, entretanto, requer atenção especial na qual à implementação setorial na perspectiva departamental - com *layout* e com processos interligados, possam contribuir para o processo das atividades e ações desempenhadas pelo serviço de saúde público no município. Em última análise, evidencia-se garantir os equipamentos tecnológicos eficientes com desenvolvimento e inovação contínuo em seus processos, torna-se *sine qua non* a sua efetividade administrativo-financeira.

Nesta engenharia logística o organismo administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, requer desenvolvimento em sua concepção teleológica, enquanto visão comportamental de alcançar objetivos por aquilo que se produz, ou pelo seu propósito (missão, visão e posicionamento); assim sendo, nesta concepção, planificar de forma holística e funcional seu sistema em busca de metas pré-estabelecidas.

Neste molde, contribuindo, na geração de conhecimento e valor para a organização que conduza a novas formas de trabalho, de comunicação, de tecnologias e de interações inovadoras; no qual sua aplicação venha fomentar os colaboradores a apreender e aplicar seus conhecimentos. Sendo o aprendizado organizacional um agente transformador quando a discrepância entre o ideal e o real, que seja identificada e corrigida, sobre a perspectiva de aprendizado e crescimento.

Concatenar as perspectivas clientes e de processos internos, gerindo os equipamentos midiáticos, utilizando-os para criação de relacionamento interpessoal (comunidade – serviço – comunidade), e fomentando a *network* interno; apresenta-se como base para o fortalecimento do sistema público municipal, no qual a identificação e o desenvolvimento de líderes com mentalidade estratégica orientada para resultados componha nosso banco de talentos; estimulando a participação efetiva da sociedade na busca dos direitos conquistados constitucionalmente; customizando processos flexíveis num prisma participativo e colaborativo alinhado as doutrinas do controle social como instrumento para promover a democratização da saúde dos munícipes.

Outrossim, gerir um sistema aberto – sistema de informação organizacional -; onde possa funcionar adequadamente interligados e inter-relacionados – interno e/ou externo -. Assegurando em sua totalidade sincronia com o sistema. Tendo como finalidade alcançar seus objetivos, com um fluxo de informações entre áreas e níveis organizacionais, que transite e funcione como elementos integradores, imprescindível para que o sistema gere resultados.

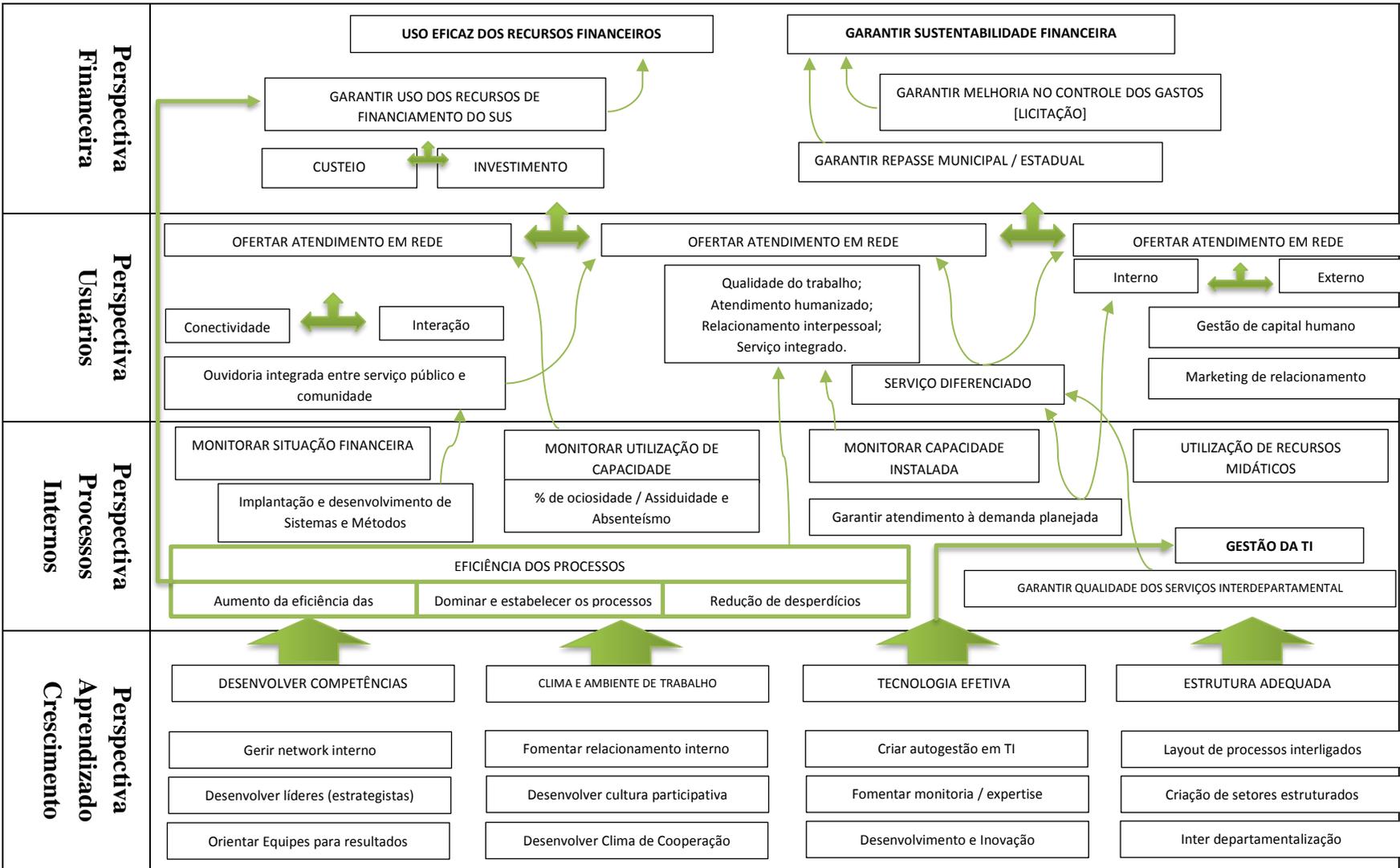
Entretanto, o desafio reside na busca incessante de novas soluções e a essência está na interação em rede, parcerias e interconectividade; sabendo que quanto mais democratizada o acesso à informação tanto mais informado e ágil se torna a organização e seus *stakeholders*. Tendo impacto na promoção de uma nova ordem, sendo a comunicação seu núcleo central, onde o sistema de informação organizacional enquanto plataforma e suporte tático e operacional venham respaldar as decisões estratégicas adequadamente, com bancos de dados eficiente, eficaz e efetivo.

Com ações conjunta e integrada, e sua estreita interação, se busca um sistema de informação que permita proporcionar ações coordenadas. Com sistema de informação organizado, alimentado adequadamente, baseado num modelo de gestão em rede. Para que o gerenciamento – pessoas, dados, tecnologia e procedimentos organizacionais -, possam ser monitorados e controlados, proporcionando aos gerentes, em função de suas necessidades específicas, operações e enfrentamento dos problemas cotidianos, informações confiáveis para tomada de decisão. E, que permita que o sistema se conecte e interaja dinamicamente entre si, criando as condições básicas para o alcance da sinergia do sistema em seus vários níveis de informações.

Sendo assim, para redução das incertezas e riscos, o valor da informação em termo de benefício são perseguidos quanto à adequação, qualidade, oportunidade e quantidade. Para encorajar e apoiar a geração, distribuição e uso da informação organizacional, para adequadas decisões com informações que assegure recursos necessários e importantes. E, para atender aos crescentes desafios e necessidades, na medida em que a organização se desenvolva, com oferta flexível e maior expansibilidade. Fomentando a mudança, vivendo a mudança e encarando a complexidade e a incerteza de frente, são os pilares alicerçados pelo modelo de sistema, organização e métodos que se pretende aplicar como norteadores.

Todavia, para sua sustentabilidade se faz necessário o controle dos custos com saúde, onde as despesas, gastos e investimentos, sejam visualizados como fator que conduza sua efetividade na manutenção de todo sistema, com métodos aplicados em sua plenitude e que gerem resultados de curto, médio e longo prazo. Constituindo uma filosofia cultural internalizada, onde o *status quo* organizacional promova um estado salutar entre todos os envolvidos na promoção e condução da saúde coletiva e individual dos Toritamenses.

MAPA ESTRATÉGICO – Visão: Melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social.



Estrutura matricial da Secretaria Municipal

Nenhuma organização alcança sua excelência em suas atividades ao acaso ou por meio da simples improvisação. Para se conquistar resultados precisa de planejamento e organização a fim de que possa alcançar sua excelência. Essa é a curva do aprendizado da organização, “aprender fazendo e enfrentando as circunstâncias mutáveis”.

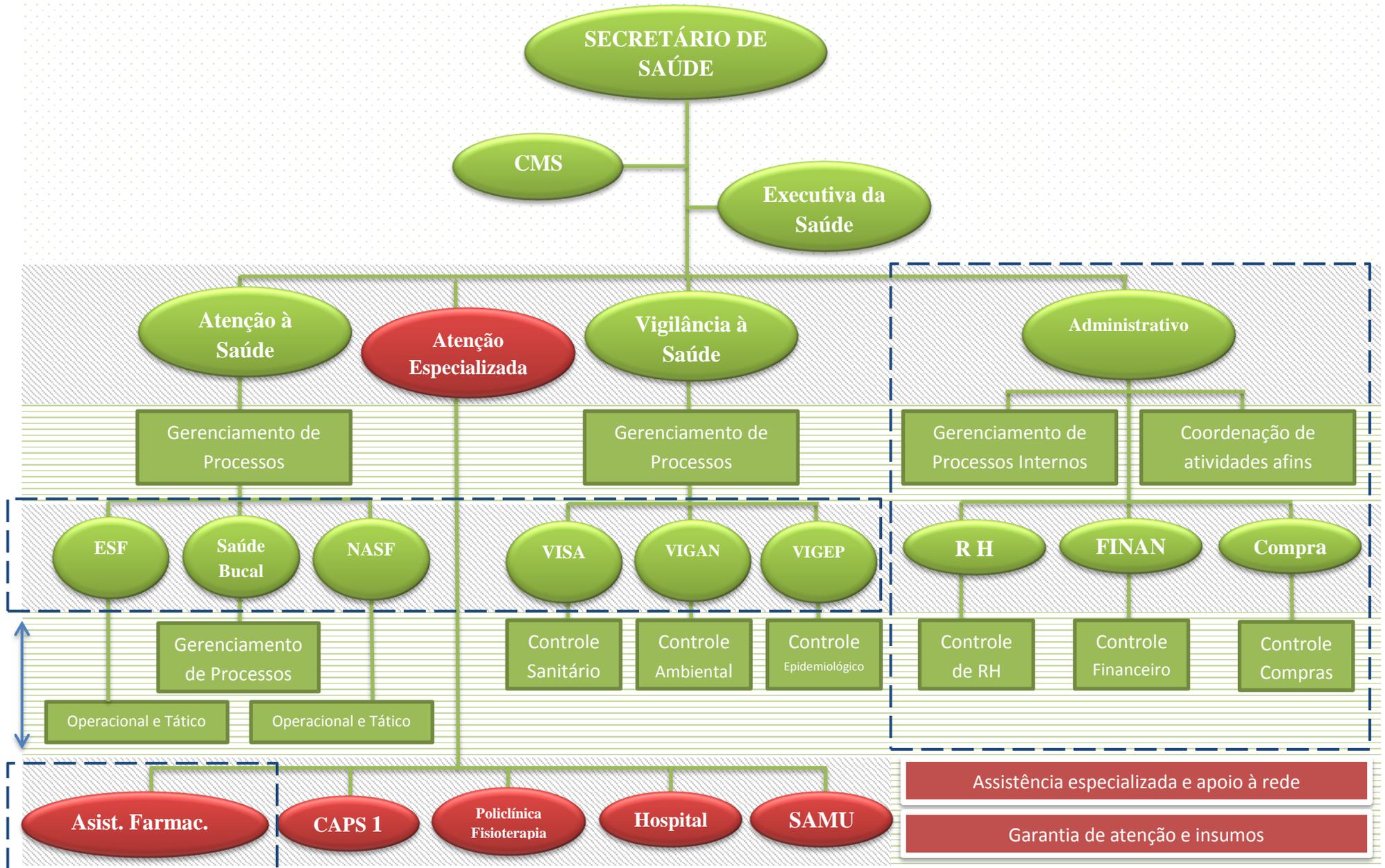
Com a incumbência de tornar a Secretaria Municipal de Saúde mais ágil, flexível, adaptável e rápida em suas atividades, nos apropriamos de saberes concêntricos de sistemas, organização e métodos; com o objetivo de estar constante e continuamente organizado e reorganizado, dentro da dinâmica constituída de aprendizagem e desenvolvimento contínuos.

Como forma de adequação, adotamos o modelo de estrutura organizacional matricial. A qual constitui uma solução encontrada pelas organizações para atender à crescente necessidade de mudança e inovação. Constituindo uma combinação de departamentalização por funções (estrutura funcional por recursos) e por departamentalização por serviços (estrutura de serviços) em uma mesma matriz.

Enquanto os departamentos funcionais cuidam de recursos os departamentos por serviços se concentram especificamente em serviços desempenhados por seus servidores. A estrutura matricial apresenta, portanto, a vantagem que a organização se especialize nos serviços que executam sem deixar de lado a departamentalização funcional. Assim, a estrutura apresenta de um lado as funções básicas da instituição e, de outro, a especialização dos seus diversos serviços.

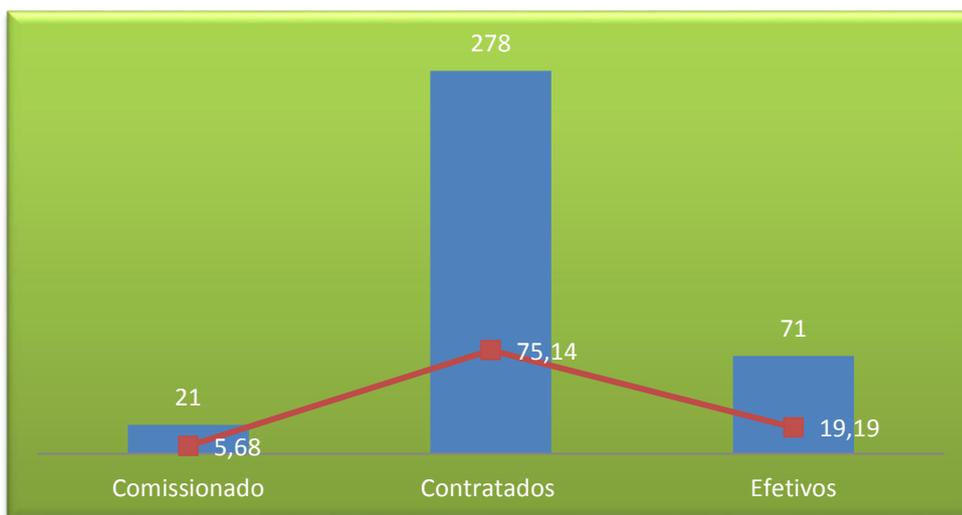
A figura que se segue, está organizada como forma de adequação a atual sistematização da SMS conforme definido pela Gestão Municipal. Propondo a melhor estruturação diante da redução do quadro de pessoal. Ressaltamos que para a execução técnica das atividades afins, necessitamos ampliar o quadro para cumprimento das metas pré-estabelecidas, bem como alcance das pactuações efetuadas com os entes federativos.

Figura 6 ORGANOGRAMA – ESTRUTURA MATRICIAL



Em análise realizada no quadro funcional da SMS, encontra-se distribuído por vinculação entre comissionados, efetivos e contratados um percentil de 5,68%, 19,19% e 75,14%, respectivamente, conforme podemos visualizar no Gráfico abaixo:

Gráfico 14 Vínculos efetivados na SMS, dez.2017.



Fonte: Departamento de RH (dezembro de 2017)

Quando analisado por categoria de nível superior, são aproximadamente 27,84% da folha (categorias profissionais diversos, Diretores e Coordenadores) Conforme gráfico abaixo. Representando 24,86% dos cargos da SMS os profissionais assistenciais.

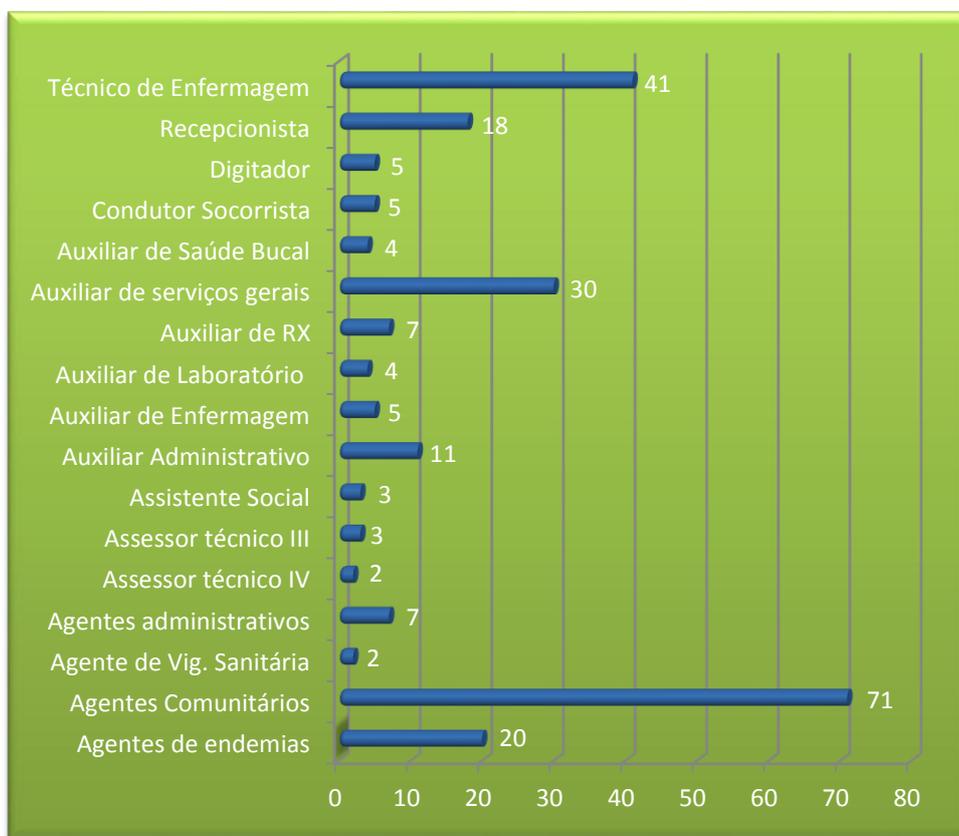
Gráfico 15 Profissionais de nível superior, condenações e diretores.



Fonte: Departamento de RH (dezembro de 2017)

No que se refere as categorias de níveis elementar e médio, observasse que aproximadamente 64,50% exercem suas funções na SMS alocados nos respectivos departamentos/setores. Destes se destaca a categoria de Agentes Comunitários de Saúde com 71 ativos e Técnicos de Enfermagem com 41 profissionais. Ressaltamos a deficiência do contingente de Agentes de Endemias para garantia do controle de endemias no município.

Gráfico 16 Profissionais de nível elementar e médio, por categoria, dez./2017.

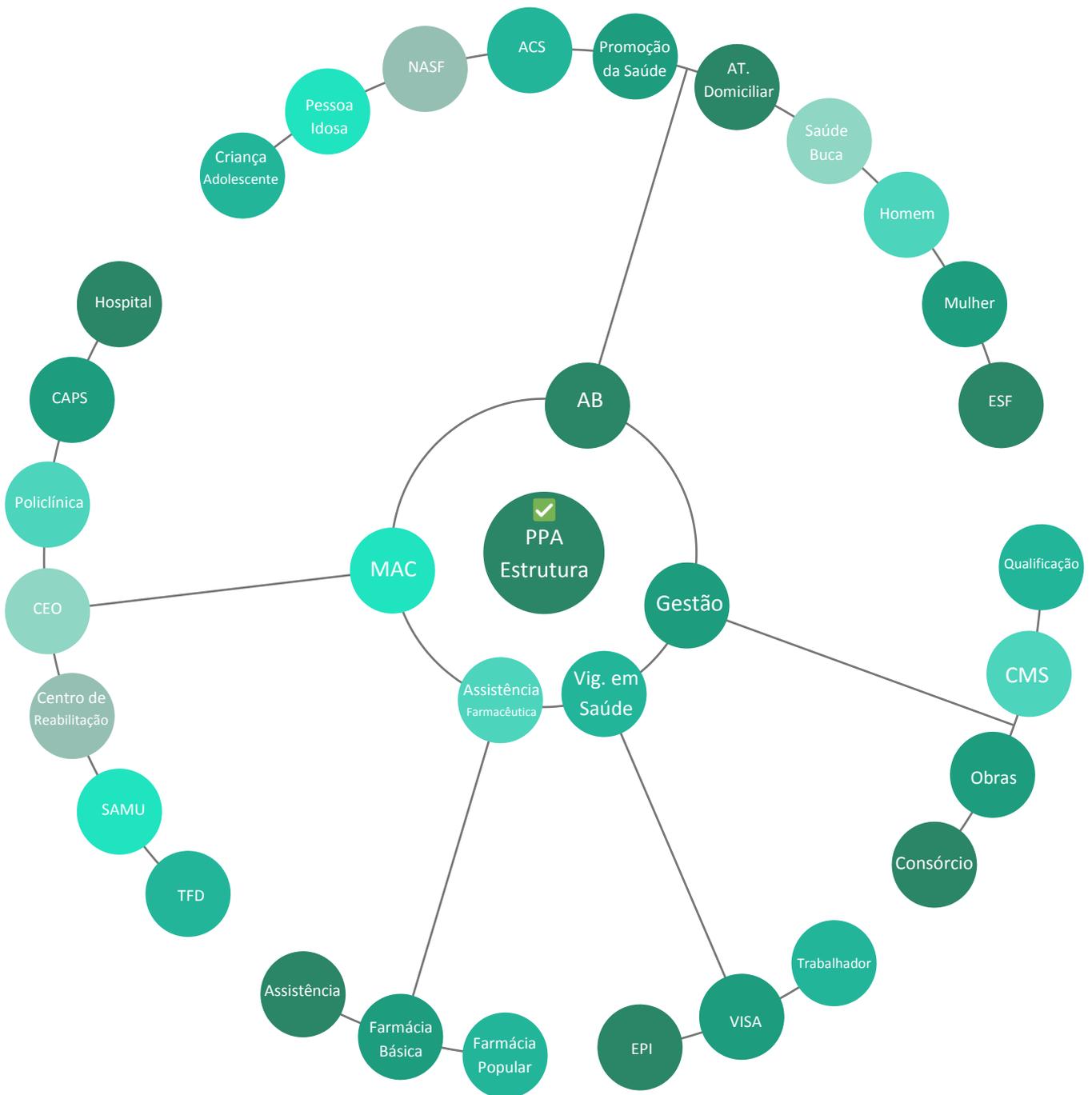


Fonte: Departamento de RH (dezembro de 2017)

EIXOS TEMÁTICOS e ESTRUTURAÇÃO DO PLANO PLURIANUAL - PPA

Desenvolvida na perspectiva norteadora baseada no controle social (conferência em saúde) e critérios técnicos adotado pela gestão municipal.

Eixo 1 – Gestão e Controle Social; Eixo 2 – Atenção à Saúde; Eixo 3 – Rede de Urgência e Emergência; Eixo 4 – Rede Materno Infantil; Eixo 5 – Rede de Atenção Psicossocial; e Eixo 6 – Rede da pessoa com deficiência e portadores de doenças crônicas.



Eixo 1 – Gestão e Controle Social

Diretriz 1 – Estabelecer a organização da rede de saúde que seja capaz de responder com eficiência, efetividade e eficácia às condições agudas e crônicas dos usuários da rede de saúde.

Objetivo 1.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Instituir no Âmbito de Toda a SMS o NEP – Núcleo de Educação Permanente.	Integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), docentes e acadêmicos visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações integrativas.	Número de Núcleos Implantados.	Implantar 01 NEP
Instituir a Política Nacional de Humanização através de seminários para apresentar os princípios da PNH para trabalhadores e usuários do SUS.	Garantir a melhoria e a humanização do atendimento na rede de saúde pública, assegurando uma postura de atenção e cuidado que responda efetivamente à expectativa da população.	Proporção de estabelecimentos com PNH instituída como política norteadora do processo de trabalho.	100% dos estabelecimentos de Saúde com PNH instituída.
Instituir mecanismos de valorização dos servidores públicos.	Valorizar os profissionais reduzindo a desprecarização do trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de saúde.	Proporção de profissionais com reajuste salarial atualizados.	100% dos profissionais com Reajustes salariais.
Realizar concurso público e/ou seleção simplificada para todos os profissionais de saúde.	Aumentar o número de profissionais que atendem o SUS com vínculo protegido.	Proporção de profissionais com vínculos protegidos.	90% dos profissionais com vínculos protegidos.
Implantar o Telessáude.	Apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Número de programa implantados.	Implantar um programa.
Capacitar os profissionais da atenção primária no atendimento às urgências e emergências nas unidades de saúde.	Garantia de atendimento pré-hospitalar para pacientes que entrem na porta de entrada do SUS a AP.	Proporção de profissionais capacitados.	100% dos profissionais capacitados.
Capacitar e atualizar os profissionais em sala de vacina de acordo com recomendações do MS.	Melhor qualificação profissional dos trabalhadores em saúde para realização de ações relativas ao PNI.	Proporção de profissionais capacitados.	100% dos profissionais capacitados.
Promover capacitação semestral para os profissionais do Hospital municipal.	Garantir Formação continuada dos enfermeiros, técnicos e médicos quanto ao atendimento de urgência e emergência do Hospital.	Proporção de profissionais capacitados.	100% dos profissionais capacitados
Promover capacitações permanentes aos profissionais da atenção primária	Garantir formação continuada para todos os profissionais da Atenção Básica.	Proporção de capacitações realizadas.	Realizar 4 capacitações anual.

(Humanização, comunicação, processos de trabalho, etc.).			
Implantar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, anual.	Verificar padrões de qualidades por meio de análise de dados e indicadores.	Proporção de Unidades com pesquisa de satisfação realizada.	100% das Unidades com pesquisa realizada.
Capacitar profissionais das unidades de saúde sobre atenção integral à saúde do idoso.	Qualificar e preparar toda a equipe da UBS para a atenção integral à saúde do idoso e das populações de maior vulnerabilidade;	Número de profissionais capacitados.	100% dos profissionais capacitados.
Educação permanente para os profissionais da RAPS;	Garantir aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial qualificação profissional por meio da Educação Permanente.	Número de profissionais qualificados na RAPS.	Atividades de Educação Permanente.
Instituir contrato de gestão em todas as Unidades de Saúde.	Garantir maior eficiência na prestação dos serviços de saúde.	Percentual de Unidades de Saúde com contrato assinado.	100% das Unidades com contratos de gestão assinados.

Objetivo 1.2 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Realizar capacitação sobre temas pertinentes a atuação dos Conselheiros Municipais de Saúde	Conselheiros capacitados e sensibilizados de suas atribuições.	Número de Conselheiros Capacitados.	Capacitar 100% dos Conselheiros.
Realizar monitoramento da frequência dos membros dos conselhos de saúde a cada três meses	Garantir a assiduidade dos membros do conselho nas reuniões ordinárias e extraordinárias.	Percentual de presença dos Conselheiros nas reuniões.	Manter presença mínima de 80% dos conselheiros nas reuniões.
Atualizar a Lei Municipal de criação e funcionamento do Fundo Municipal de Saúde.	Sincronizar a execução das Ações do FMS a Lei Complementar 141/12.	Nº de Lei revisada e atualizada.	Atualizar a lei do FMS.
Revisão da legislação atual do Conselho Municipal de Saúde.	Adequar a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.	Proporção de Lei do CMS revisada.	Revisar a Lei Municipal.
Promover campanha educativa em controle social da saúde para os movimentos sociais e demais interessados a participar do CMS, até seis meses antes das eleições.	Sensibilizar a sociedade organizada a participar do controle social na gestão do SUS.	Número de campanhas realizadas.	Realizar uma campanha.
Engajar o Conselho Municipal no planejamento anual referente ao seu orçamento.	Garantir no orçamento recursos financeiros para atender às necessidades do CMS.	Proporção de recursos financeiros utilizados pelo CMS.	Utilizar 100% do recurso destinado ao CMS.
Realizar reunião ampliada do CMS, a cada 120 dias	Acompanhar a execução do Plano Municipal de Saúde.	Número de Reuniões realizadas.	Realizar 3 reuniões anual.

Objetivo 1.3 – Fomentar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação da rede municipal.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Instituir uma coordenação de Planejamento, Monitoramento e avaliação.	Garantir alimentação das ferramentas de gestão, visando captação de recursos, monitoramento e avaliação das políticas de saúde.	Percentual de implantação do PMA.	Setor implantado.
Estruturar setor de Planejamento, Monitoramento e Avaliação.	Garantir estrutura física e aquisição equipamentos.	Percentual de estruturação.	100% de estruturação e aquisição.

Objetivo 1.4 - Fomentar estrutura voltada para serviços em processos baseados em redes.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Instituir na rede de saúde o programa Hora Certa, instalando um sistema de marcação de exames de imagens e serviços ambulatoriais de especialidades, dentro do território.	Agilizar o Acesso e reduzir o tempo de espera.	Proporção de Unidades de saúde com serviço de marcação implantado	100% das unidades com programa de marcação de consultas e exames.
Fomentar e/ou ampliar os programas do Ministério da Saúde, tais como: Programas de Controle do Câncer; Controle do Tabagismo; Academia de Saúde; Programa Brasil Sorridente; Saúde da Família (PSF); Programa de Atendimento Domiciliar (PAD); Programa de Internação Domiciliar (PID); Farmácia Popular, SAMU (Serviço Móvel de Atendimento de Urgência); CAPS (Centros de Atenção Psicossocial); Saúde do Idoso; Saúde da Mulher; entre outros.	Garantir uma rede de saúde sólida para atendimento as principais demandas dos usuários.	Proporção de programas ampliados e/ou ampliados.	100% dos programas previstos implantados no município.
Realizar pesquisa de satisfação em toda a rede de saúde	Levantar índices de satisfação dos usuários quanto aos serviços/profissionais ofertados no SUS municipal.	Número de pesquisas realizadas.	Realizar 2 pesquisas anual.
Implantar um sistema de ouvidoria no SUS.	Disponibilizar mecanismo de comunicação direta com os usuários colhendo: Críticas, elogios, sugestões e denúncias.	Proporção de canais de comunicação abertos.	100% dos usuários com acesso a comunicação com a gestão do SUS.

Ampliar o acesso a consultas e exames de média complexidade no território: Dermatologia; Cardiologia; Oftalmologia; Gastrologia e Neuropediatria.	Atender à demanda gerada no município, dentro do princípio da universalidade, com atenção integral à saúde, de forma humanizada e com equidade.	Razão de especialidades implantadas no território.	Ampliar 5 novas especialidades na rede de saúde.
Qualificar e/ou requalificar as Unidades de Saúde municipais.	Garantir melhores condições de trabalho e atendimento aos usuários com ambiência acolhedoras e confortáveis.	Proporção de Unidades com condições ideais de ambiência.	100% dos estabelecimentos com condições ideais de ambiência.
Monitorar e avaliar mensalmente a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento de saúde por meio das ações de controle e avaliação ambulatorial e hospitalar.	Potencializar a capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde.	Número de monitoramentos realizados.	100% das unidades com monitoramento mensal de sua produção.
Descentralizar a coleta laboratorial para as Unidades de Saúde da Família.	Garantia de exames laboratoriais de forma ágil e com qualidade para efetivo diagnóstico.	Nº de ESF realizando Coletas laboratoriais.	100% das Unidades de Saúde com coleta laboratorial.

Objetivo 1.5 - Fomentar ações de assistência farmacêutica em todo âmbito da Secretaria Municipal.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Implantar uma Central de Abastecimento Farmacêutica - CAF.	Garantir um condicionamento seguro obedecendo os padrões de segurança estabelecidos pelos órgãos de controle.	Números de Serviços Implantados.	Implantar uma CAF.
Realizar um cadastro de pacientes com uso de medicações psicotrópicas.	Garantir maior eficiência na dispensação de medicamentos controlados por receitas especiais.	Percentual de pacientes cadastrados.	100% dos pacientes cadastrados.
Ampliação da oferta de medicamentos para a rede de saúde segundo a RENAME.	Garantir a oferta das medicações preconizadas na RENAME;	Proporção de medicamentos ofertados na rede municipal.	Ofertar 100% das medicações descritas na RENAME.
Incluir nas farmácias das unidades de saúde os fármacos fitoterápicos de forma contínua e permanente na rede municipal.	Garantir oferta de medicamentos fitoterápicos de forma contínua em toda a rede de saúde.	Proporção de estabelecimentos de saúde com oferta de medicamentos fitoterápicos.	100% das Unidades com medicamentos fitoterápicos.
Informatizar todas as Farmácias das Unidades de uso do sistema Hórus.	Aperfeiçoamento do planejamento das aquisições e dispensação de medicamentos e materiais médico/hospitalar; acompanhamento da real necessidade de cada UBS's; e garantir os fármacos à população.	Proporção de Unidades com farmácia informatizada.	100% das farmácias informatizadas.
Implantar um software para gestão de insumos em todas as farmácias da rede municipal.	Redução dos custos com as compras dos medicamentos psicotrópicos; melhoria da cobertura de dispensação; e redução de estoque domiciliar.	Proporção de farmácias informatizadas.	Informatizar 100% das farmácias municipais.

Disponibilizar veículo para facilitar a logística na entrega de insumos e medicamentos.	Agilizar e oferecer pronto atendimento na entrega dos medicamentos, materiais médico/hospitalar, odontológico e materiais de limpeza às unidades da rede.	Nº de veículos disponibilizados.	01 veículo para uso exclusivo da CAF.
Reformar e/ou estruturar as farmácias da rede municipal.	Adequar às normas de estruturação no âmbito do SUS; proporcionar local de trabalho adequado aos profissionais; e garantir melhor atendimento ao usuário com conforto e sigilo das informações quanto ao uso dos fármacos.	Proporção de farmácias nos estabelecimentos municipais adequadas.	100% das farmácias municipais com estrutura adequada.
Aprimorar o fornecimento gratuito de medicamentos à população na rede de saúde ou em domicílio.	Ampliar medicamentos para a rede de saúde de acordo com as políticas instituídas pelo Ministério da Saúde, avaliar e cadastrar pacientes domiciliados para recebimento da medicação.	Número de medicamentos adicionados a rede de saúde. Número de pacientes domiciliados cadastrados.	100% dos pacientes com vulnerabilidade social atendidos por entrega de medicamentos excepcionais.

Eixo 2 – Atenção à Saúde

Diretriz 2 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade e em tempo adequado ao tratamento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Primária e integração das Ações de Vigilância em Saúde para efetivação da promoção a Saúde.

Objetivo 2.1 – Atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando, assim, o modelo de saúde hospitalocêntrico.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Adquirir EPI's e fardamentos para todos os profissionais da rede de saúde.	Garantir (EPI, Fardamento e transporte) para profissionais da atenção básica e vigilância em saúde;	Proporção de profissionais com fardamentos e EPI's.	100% dos profissionais com fardamentos.
Ampliação do número de unidades de saúde da família e qualificação das unidades já existentes;	Implantação de mais 1 Equipe de Saúde da Família e garantir o acesso aos usuários de áreas descobertas.	Percentual de cobertura de atenção básica.	80% (mínimo) de cobertura de Atenção Básica.
Instituir segurança 24h nas unidades de saúde da família;	Garantir estruturação a incorporação de um segurança na equipe.	Número de Unidades de Saúde com segurança (durante horário de atendimento e/ou 24 horas).	100% das unidades com segurança.
Melhorar a segurança através da estrutura das UBS's	Garantir estruturação das com instalação de grades de ferro e incorporação de um segurança na equipe.	Número de Unidades de Saúde com grades implantadas.	100% das unidades com grades instaladas.
Realização de Concurso Público e/ou processo seletivo para ACS e ACE;	Desprecarizar o vínculo dos ACS e ACE's.	Proporção de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate a Endemias efetivados.	100% dos ACS e ACE's efetivados.
Implantar e implementar o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família;	Capacitar os profissionais das unidades realização do acolhimento nas unidades.	Número de unidades capacitadas para realizar o acolhimento.	100% das unidades capacitadas para realizar o acolhimento.
Implantar/implementar na rede de Atenção Básica a nova Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.	Adequar a Estratégia de Saúde da Família no âmbito municipal baseando-se na Política Nacional de Atenção à saúde.	Número de unidades da rede de Atenção Básica regidas pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.	100% das unidades da rede de Atenção Básica regidas pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
Capitação prévia dos usuários nas unidades básicas de saúde.	Redução de internações por causas sensíveis à atenção primária.	Número de consultas realizadas na Atenção Básica.	100% dos usuários cobertos na atenção básica atendidos nas unidades básicas de saúde.
Garantir o serviço de diagnóstico de câncer de mama, e conscientizar as mulheres sobre a importância da realização do exame de mamografia.	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Número de mulheres na faixa etária que realizou a mamografia por unidade de saúde.	90% das mulheres na faixa etária com exames realizados por unidade de saúde.
Promover ações de promoção em saúde.	Aumento da oferta de ações de promoção em saúde para órgão público, privado e instituições não governamentais.	Número de órgãos que receberam as ações de promoção à saúde.	90% da participação dos órgãos.

Implantar 2 (dois) polos da academia da saúde.	Melhoria da qualidade de vida da população adscrita pelo programa Academia da Saúde.	Proporção de implantação.	100% das academias implantadas
Elaboração do Projeto para apreciação do Conselho e Contratação de profissionais para Implantação de mais 1(uma) equipe NASF mod. 1	Ampliar os serviços conforme preconizado pela Portaria 3.124/12 estendendo os serviços à população da zona rural com serviços de promoção cobrindo 100% das USF's do município.	Número de projetos aprovados.	01 Projeto elaborado.

Objetivo 2.2 - Garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Implementar gradualmente equipes de saúde bucal nas UBS.	Garantir a oferta de serviços básicos odontológicos em todas as Unidades de Saúde da Família	Proporção de Equipes de Atenção Básica com Equipe de Saúde Bucal inseridas.	100% das ESF com equipes de saúde bucal inseridas no processo de trabalho.
Aumentar o número de ações do PSE, especificamente os voltados à saúde bucal.	Ampliar as ações de promoção da saúde bucal nas escolas e na comunidade.	Número de Ações de Saúde Bucal na rede de ensino.	Atingir 100% dos alunos envolvidos no PSE.
Ampliar o acesso aos procedimentos de saúde bucal.	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de procedimentos de exodontia realizados.	Reduzir em 10% o percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos.
Implantar o Centro de Especialidades Odontológicas.	Ofertar e qualificar serviços odontológicos especializados, garantindo acesso aos níveis secundários e terciários de atenção.	Número de centro implantado.	Implantar 01 (um) centro de especialidade.
Realizar escovação dental supervisionada nas ações do PSE.	Aprimorar o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.	Percentual de ação de coletiva de escovação supervisionada.	100% dos alunos envolvidos no PSE.

Objetivo 2.3 – Fomentar as ações de Vigilância em Saúde no âmbito municipal de forma integrada com as Atenção Primária.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Implantar a Vigilância do trabalhador	Redução da morbimortalidade e dos agravos decorrentes dos processos produtivos do trabalho.	Proporção de vigilâncias implantadas no município.	01 novo serviço implantado.
Atualizar Código Municipal de Vigilância em Saúde de dois em dois anos.	Adequar às exigências legais para respaldar a VISA.	Nº de código atualizado.	Atualizar 01 código municipal.
Aumentar o número de licenciamento emitido aos estabelecimentos do município.	Garantir maior atuação da Vigilância Sanitária em estabelecimentos no município.	Percentual de licenças emitidas.	Ampliar em 15% o número de licenças emitidas.

Proporção de profissionais capacitados.	Capacitar todos os profissionais da VISA	Aumentar a qualidade dos serviços e oferecer qualificação adequada aos servidores.	Proporção de profissionais capacitados.
Mapear as áreas de maior vulnerabilidade.	Agilizar a identificação dos locais vulneráveis com a finalidade de executar programas eficazes, melhorando a saúde da população com tratamentos específicos.	Proporção de áreas mapeadas	100% das áreas mapeadas
Realizar Campanha Nacional de Vacinação Antirrábica canina.	Aumentar o número de cães e gatos vacinados na campanha.	Percentual de cães e gatos vacinados.	80% de cães e gatos vacinados.
Alimentar o Sistema de Informações sobre óbitos (SIM) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.	Formular políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos.	Proporção de registros de óbitos alimentados.	90% de registros de óbitos alimentados até 60 dias do final do mês de ocorrência.
Alimentar o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.	Formular políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (como número de consultas de pré-natal, percentual de cesáreas desnecessárias)	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados	90% de registros de nascidos vivos alimentados até 60 dias do final do mês de ocorrência.
Informatizar e implantar nas salas de vacina do Município o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).	Monitorar a quantidade de salas de vacinas do município utilizando o SI-PNI.	Proporção de salas de vacina alimentadas mensalmente pelo SI-PNI	80% das salas de vacinas com SI-PNI alimentados mensalmente.
Alcançar cobertura vacinal preconizada em 100% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança.	Evidenciar se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pelo PNI.	Proporção de coberturas vacinais alcançadas por vacina.	100% de cobertura do calendário básico de vacinação da criança alcançadas.
Realizar análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais em água para consumo humano.	Avaliar a qualidade da água utilizada para consumo humano e a eficácia do tratamento empregado na inativação de organismos patogênicos	Proporção de análises realizadas	Realizar 90% das análises de coliformes totais em água para consumo humano.
Enviar pelo menos 1 lote do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), semanalmente.	Permitir que a vigilância ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, principalmente frente às situações de epidemias ou alteração do padrão epidemiológico.	Proporção de semanas com lotes do SINAN enviados	92% dos lotes do SINAN enviados.
Encerrar as doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 (sessenta) dias a partir da data de notificação.	Permitir avaliação e monitoramento da capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediatas DMCI encerradas.	80% das DNCI encerradas até 60 dias após a notificação.
Realizar pelo menos 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares.	Evidenciar o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor, o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias	Proporção de imóveis visitados.	80% de cobertura em cada ciclo. (Total de 4 ciclos)

Realizar o exame dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase.	Medir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de outros casos.	Proporção de contatos intradomiciliares examinados	80% dos contatos intradomiciliares (HAN) examinados.
Examinar os contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos.	Permitir a prevenção, o adoecimento e diagnosticar precocemente caso de doença ativa nesta população	Proporção de contatos examinados	80% dos contatos intradomiciliares (TB) examinados.
Aumentar o número de testes de HIV realizados.		Número de teste de HIV realizados.	Aumentar em 15% o número de testes de HIV
Preencher o campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.	Identificar as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos e doenças relacionados ao trabalho, para definir ações de promoção, prevenção e vigilância	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.	90% das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho com preenchimento no campo ocupação.
Monitorar todos os pacientes com tratamentos de TB, bem como garantir a medicação de forma oportuna.	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de novos casos de TB	100% de cura dos novos casos de Tuberculose Pulmonar Bacilifera.
Realizar exames anti-HIV entre os casos novos de tuberculose.	Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de aids, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado	Nº de exames de HIV realizados em paciente de TB	85% dos casos novos de TB confirmados com exames de HIV realizados
Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Possibilitar a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.	Proporção de registros de óbito com causa básica definida	Definir 95% das causas de óbito
Monitorar todos os pacientes com tratamentos de hanseníase, bem como garantir a medicação de forma oportuna.	Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura de novos casos de hanseníase	90% de cura nas coortes de novos casos de hanseníase
Investigar os óbitos infantil e fetal.	Formular políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil)	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	100% dos óbitos infantil e fetal investigados
Investigar os óbitos maternos.	Formular políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil)	Proporção de óbitos maternos investigados	100% dos óbitos maternos investigados.
Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).	Formular políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados
Realizar campanha do dia D da dengue	Conscientizar a população quanto aos cuidados para o combate ao Aedes.	Nº de casos de dengue registrados e/ou confirmados no ano.	Realizar 01 campanha anual

Realizar campanha municipal de hanseníase (dia da mancha)	Conscientizar a população quanto aos cuidados com a hanseníase.	Nº de Campanhas realizadas	Realizar 01 campanha anual
Realizar campanha municipal em TB para população vulnerável	Conscientizar a população quanto aos cuidados com a tuberculose.	Nº de Campanhas realizadas	Realizar 01 campanha anual
Realizar campanha municipal de DST/AIDS	Conscientizar a população quanto a prevenção às DST's.	Nº de Campanhas realizadas	Realizar 01 campanha anual

Eixo 3 – Rede de Urgência e Emergência;

Diretriz 3 – 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 Urgência e Emergência.

Objetivo 3.1 – Organizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências com a finalidade de articular e integrar no âmbito do município todos os equipamentos de saúde.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Aquisição de novos equipamentos para o Hospital Municipal.	Garantir equipamentos necessários para o a atenção/recuperação dos usuários do hospital municipal.	Nº de equipamentos adquiridos.	100% dos equipamentos necessários disponibilizados para o processo de trabalho.
Implantar o digitalizador de imagens para o Raio x do hospital.	Garantir maior eficiência na emissão de exames de imagem no hospital municipal.	Nº de equipamentos adquiridos.	Adquirir um equipamento.
Implantar o funcionamento da Farmácia Hospitalar 24 horas por dia.	Garantir o funcionamento adequado com responsável técnico pela farmácia do Hospital	Nº de Profissionais contratados.	Disponibilizar 04 profissionais para a farmácia Hospitalar.
Implantar o funcionamento do Laboratório Hospitalar 24 horas por dia.	Garantir apoio diagnóstico 24 horas por dia.	Proporção de funcionamento do laboratório municipal.	Laboratório em funcionamento 24 horas os 7 dias por semana.
Retomada do funcionamento do bloco cirúrgico do hospital para realização das cirurgias eletivas;	Ofertar procedimentos cirúrgicos de média complexidade para a população adscrito.	Nº de serviço implantado.	01 Bloco Cirúrgico em funcionamento.
Adquirir uma nova viatura para o SAMU.	Garantir transporte de urgência adequado para realização.	Nº de Veículos adquiridos.	01 Viatura nova.
Vincular a Base do SAMU ao hospital municipal.	Garantir ambiência adequada para o funcionamento do serviço de urgência móvel, além de aproximar os serviços de urgência e emergência do município.	Nº de serviço estruturado.	01 base estruturada.
Qualificar o SAMU através do Ministério da Saúde.	Aumentar o recurso recebido pelo MS, além de garantir melhores condições de trabalho para todo o serviço do SAMU.	Nº de serviço qualificado.	01 serviço qualificado através do MS.

Objetivo 3.2 – Ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Implantação de emergência pediátrica na unidade hospitalar	Melhor apoio diagnóstico para os internamentos da população jovem.	Nº de profissionais como referência.	01 Médico pediatra por plantão na Unidade Hospitalar.
Implantação de urgência odontológica no hospital	Melhorar a assistência às urgências odontológicas no território municipal.	Nº de profissionais como referência para urgências e emergências odontológicas.	01 Odontólogo como referência no município.
Implantação da classificação de risco realizado pela equipe de enfermagem capacitada.	Organizar o atendimento de urgência no hospital de acordo com o protocolo de Manchester.	Proporção de pacientes avaliados pela classificação de risco.	Classificar 100% dos pacientes atendidos na unidade hospitalar.

Eixo 4 – Rede Materno Infantil

Diretriz 4 – Implementar uma linha de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Objetivo 4.1 – Garantir o acesso as mulheres as alternativas para um Planejamento Familiar eficaz.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Estruturação do laboratório municipal para realizar a leitura de lâminas de Citologia.	Diminuir o tempo/espera pelos resultados das lâminas de Citologia.	Proporção de exames realizados no território municipal.	100% das Unidades de saúde referenciando exames para o laboratório municipal.
Ofertar através da Estratégia de Saúde da Família métodos contraceptivos para os usuários.	Garantir aos usuários da rede o planejamento da chegada dos filhos bem como prevenir gravidez indesejadas.	Razão de métodos contraceptivos oferecidos.	100% dos métodos contraceptivos inseridos no programa do MS.
Realizar em todas as Unidades de Saúde palestras sobre planejamento familiar.	Conscientizar os usuários da rede de saúde a respeito da gravidez e da instituição familiar.	Razão de Unidades de Saúde com palestras sobre planejamento familiar de forma regular.	100% das Unidades realizando palestras mensalmente.

Objetivo 4.2 – Garantir o acesso ao pré-natal a todas as gestantes do município.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Aquisição de um aparelho de USG	Reduzir a fila de espera para realização de exames para apoio diagnóstico com ênfase nas ultrassonografias gestacionais.	Número de aparelho adquirido.	Adquirir um aparelho.
Elaboração e implantação de protocolo de atendimento materno infantil.	Garantir a integralidade do cuidado para as gestantes e recém-nascidos.	Número de protocolo implantado.	Implantar 01 protocolo.
Ofertar os exames de rotina e protocolos essenciais a assistência de pré-natal;	Iniciar o tratamento precoce de possíveis patologias com finalidade reduzir quaisquer danos a gestante e ao recém-nascido.	Razão de exames ofertados.	Ofertar 100% dos exames básicos estabelecidos pelos protocolos assistenciais.
Captar as mulheres com suspeita de gravidez no primeiro trimestre, através dos ACS's; garantir os exames prioritários exigidos; aumentar a busca ativa para continuidade e garantir os benefícios da gestante.	Aumentar a proporção de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre.	Razão de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre.	70% das gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre.

Realizar pelo menos, 2 testes de sífilis em gestantes.	Reduzir o número de casos de sífilis congênita.	Razão de gestantes com no mínimo 2 testes de sífilis realizado.	80% das gestantes com 2 testes de sífilis realizados durante a gestação.
Monitorar e acompanhar todas gestantes cadastradas nas unidades de saúde.	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal.	Razão de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal.	70% das gestantes com 7 ou mais consultas durante a gestação.

Objetivo 4.3 – Garantir o acesso ao parto humanizado na rede municipal.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Ambientação e estruturação do setor de obstetrícia (pré-parto, parto, pós-parto);	Garantir estrutura necessária para realização de partos humanizados na rede de saúde.	Número de setor com estrutura adequada.	Adequar uma sala de partos.
Reativar e equipar a maternidade municipal garantindo o atendimento da demanda de partos no município.	Garantir acesso ao parto normal com condições necessárias para as gestantes do território.	Número de serviço reestruturado.	Ativar uma maternidade.
	Garantia de acolhimento no Hospital Municipal (Central de Parto Normal - CPN) com atenção integral e humanizada.		
Implantação da classificação de risco obstetrícia;	Garantir segurança das parturientes no momento do parto.	Razão de parturientes com classificadas no hospital municipal.	Classificar 100% das gestantes.

Objetivo 4.4 – Garantir o puerpério e atenção integral à saúde da criança.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Implantação do comitê de óbito materno infantil;	Atuar na prevenção de óbitos evitáveis dentro do território.	Razão de encontros realizados pelo comitê de mortalidade infantil.	01 encontro mensal.
Ofertar a realização de teste do olhinho e orelhinha.	Possibilitar detecção precoce de patologias que possam comprometer o desenvolvimento dos RN's	Razão de RN's com acesso aos exames de detecção precoce.	80% dos recém-nascidos com exames realizados.
Realizar monitoramento mensal através das Unidades de Saúde da Família quanto a realização da puericultura.	Aumentar o percentual de crianças acompanhadas mensalmente através das consultas de puericultura.	Razão de crianças acompanhadas por consultas de puericultura.	90% dos recém-nascidos com consultas de puericultura realizadas conforme parâmetros.

Eixo 5 – Rede de Atenção Psicossocial

Diretriz 5 – Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica bem como do SUS.

Objetivo 5.1 – Ampliar e garantir uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania.

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Mudança do serviço (CAPS) para um espaço físico mais adequado: Mais amplo com área externa possibilitando diferentes práticas terapêuticas;	Garantia de melhor ambientação para usuários e trabalhadores	Número de serviço estruturado.	Estruturar um CAPS.
Implantação do CAPSi;	Assistir as crianças e adolescentes do município de Toritama em sofrimento psíquico e em uso de álcool e outras drogas em consonância com a política de saúde mental infanto-juvenil.	Número de ações ofertadas à população infanto-juvenil através do CAPSi.	Implantar o 1 Centro de Apoio Psicossocial infantil
Disponibilizar 01 veículo para as atividades do CAPS.	Suporte em território e deslocamento de usuários;	Número de Veículo disponibilizado.	01 Veículo
Melhoria na oferta e quantidade de profissionais ambulatoriais na atenção de saúde mental (Psicopedagogo, Neurologista, Psicólogo e Fonoaudiólogo);	Aumentar a oferta de profissionais no ambulatório para melhorar assistência comunitária bem como fortalecer a rede de saúde do município.	Número de profissionais para compor a equipe multiprofissional do ambulatório de saúde mental.	Profissionais necessários ao cuidado coletivo.
Implantação do núcleo de práticas integrativas: terapia comunitária, acupuntura e auriculoterapia, dança, música, esporte, etc.)	Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial através do núcleo de práticas integrativas bem como promovendo a saúde e prevenindo agravos a saúde.	Número de práticas alternativas ofertadas a população.	1 núcleo de prática de integrativa.
Introdução da terapia comunitária;	Reduzir a fila de espera para a psicoterapia individual no ambulatório de psicologia e garantir de forma eficaz o cuidado ao indivíduo.	Número de terapia comunitária na RAPS.	1 terapeuta holística
Leitos destinados à pacientes psiquiátricos no hospital municipal;	Implantar os leitos integrais no Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima para melhor atender a população em sofrimento psíquico.	Número de leitos ofertados como referência para pacientes psiquiátricos.	No mínimo 4 e no máximo 6 leitos integrais.

Eixo 5 – Rede da pessoa com deficiência e portadores de doenças crônicas

Diretriz 6 – Qualificar a atenção a saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

Objetivo 6.1 – Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência

Ação	Resultados Esperados	Indicador	Meta
Melhoria do acesso estrutural dos serviços. Ex. Rampa, corrimão e transporte.	Garantir acessibilidade em 100% dos estabelecimentos de saúde.	Proporção de estabelecimentos com acessibilidade.	100% dos estabelecimentos.
Implantação do núcleo de reabilitação com profissionais especializados.	Garantia de acesso a população a serviços de reabilitação Física, Intelectual e Auditiva.	Número de serviço implantado.	Implantar um núcleo.
Aquisição de novos equipamentos para reabilitação para o setor de fisioterapia.	Garantia de estrutura adequada para as equipes.	Proporção de equipamentos adquiridos.	Adquirir 100% dos equipamentos necessários para a fisioterapia.
Ampliação do quadro de recursos humanos na fisioterapia.	Reduzir o tempo/espera para acesso aos procedimentos de reabilitação.	Nº de pacientes na fila de espera por um período superior a trinta dias.	100% dos pacientes inseridos no serviço em no máximo trinta dias.
Contratação de neuropediatra conforme parâmetros assistenciais.		Nº de profissionais contratados.	Contratar um profissional.
Implementar os serviços na Atenção Básica com elaboração de fluxos, protocolos e ações de saúde voltadas à pessoa com deficiência.	Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS	Proporção de serviços implementados.	Elaboração de protocolos de atendimento
Implantar Oficinas de orientações para os familiares.	Conscientizar os familiares quanto as ações de Cuidado	Quantidades de oficinas realizadas	Realizar 9 oficinas.
Implantar visitas técnicas domiciliares.	Garantir o cuidado integral dos usuários portadores de deficiência.	nº de visitas domiciliares realizadas	Visitar 100% dos usuários portadores de deficiência.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Investimentos Estimados para o Eixo Social (R\$)		
Projeto 19: Estratégia Saúde da Família	R\$	13.518.336,00
Projeto 20: Assistência Integral à Saúde da Mulher	R\$	2.351.833,60
Projeto 21: Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente	R\$	450.611,20
Projeto 22: Assistência Integral à Saúde do Homem	R\$	360.488,96
Projeto 23: Assistência Integral à Saúde da Pessoa Idosa	R\$	675.916,80
Projeto 24: Saúde Bucal	R\$	6.176.723,20
Projeto 25: Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF	R\$	1.351.833,60
Projeto 26: Serviço de Atenção Domiciliar	R\$	1.126.528,00
Projeto 27: Promoção da Saúde	R\$	450.611,20
Projeto 28: Agentes Comunitários de Saúde	R\$	6.759.168,00
Projeto 29: Qualificação da Gestão do SUS	R\$	20.232.442,88
Projeto 30: Vigilância em Saúde	R\$	1.802.444,80
Projeto 31: Vigilância Sanitária	R\$	360.488,96
Projeto 32: Vigilância do Trabalhador	R\$	990.611,20
Projeto 33: Assistência Farmacêutica	R\$	3.604.889,60
Projeto 34: Farmácia Básica	R\$	4.506.112,00
Projeto 35: Farmácia Popular	R\$	225.305,60
Projeto 36: Hospital Municipal	R\$	32.086.672,00
Projeto 37: Atenção Psicossocial	R\$	2.253.056,00
Projeto 38: SAMU	R\$	2.703.667,20
Projeto 39: Centro de Saúde - Policlínica	R\$	4.055.500,80
Projeto 40: Centro de Reabilitação	R\$	1.126.528,00
Projeto 41: Tratamento Fora do Domicílio	R\$	1.351.833,60
TOTAL	R\$	108.521.603,20

Plano Plurianual - Secretaria de Saúde de Toritama-PE

DENOMINAÇÃO	PROGRAMA	ANO			
		2018	2019	2020	2021
Atenção Básica	Estratégia de Saúde da Família	R\$ 3.000.000,00	R\$ 3.240.000,00	R\$ 3.499.200,00	R\$ 3.779.136,00
	Atenção Integral à saúde da mulher	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60
	Saúde da Criança e do adolescente	R\$ 100.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20
	Assistência Integral à Saúde do Homem	R\$ 80.000,00	R\$ 86.400,00	R\$ 93.312,00	R\$ 100.776,96
	Assistência Integral à Saúde da Pessoa Idosa	R\$ 150.000,00	R\$ 162.000,00	R\$ 174.960,00	R\$ 188.956,80
	Programa Saúde Bucal	R\$ 800.000,00	R\$ 864.000,00	R\$ 933.120,00	R\$ 1.007.769,60
	Núcleo de Apoio à saúde da família	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60
	Serviço de Atenção Domiciliar	R\$ 250.000,00	R\$ 270.000,00	R\$ 291.600,00	R\$ 314.928,00
	Promoção da Saúde	R\$ 100.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20
	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	R\$ 1.500.000,00	R\$ 1.620.000,00	R\$ 1.749.600,00	R\$ 1.889.568,00
SUB total	ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 6.580.000,00	R\$ 7.106.400,00	R\$ 7.676.932,00	R\$ 8.290.925,96
Gestão Administrativa	Qualificação da gestão do SUS	R\$ 2.100.000,00	R\$ 2.268.000,00	R\$ 2.449.440,00	R\$ 2.645.395,20
	Manutenção do Conselho Municipal de Saúde - CMS	R\$ 40.000,00	R\$ 43.200,00	R\$ 46.656,00	R\$ 50.388,48
	Qualificação da gestão do SUS – EXECUÇÃO DE OBRAS E AQUISIÇÃO DE MATERIAL PERMANENTE	R\$ 2.300.000,00	R\$ 2.484.000,00	R\$ 2.682.720,00	R\$ 2.897.337,60
	CONSÓRCIO E COOPERAÇÕES TÉCNICO-FINANCEIRAS COM OUTROS ENTES FEDERADOS	R\$ 50.000,00	R\$ 54.000,00	R\$ 58.320,00	R\$ 62.985,60
SUB total	GESTÃO ADMINISTRATIVA	R\$ 4.490.000,00	R\$ 4.849.200,00	R\$ 5.237.136,00	R\$ 5.656.106,88
Vigilância em Saúde	Vigilância em Saúde – MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	R\$ 400.000,00	R\$ 432.000,00	R\$ 466.560,00	R\$ 503.884,80
	Vigilância em Saúde – MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	R\$ 80.000,00	R\$ 86.400,00	R\$ 93.312,00	R\$ 100.776,96
	Vigilância em saúde do Trabalhador	R\$ 100.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20

SUB total	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 580.000,00	R\$ 626.400,00	R\$ 676.512,00	R\$ 730.632,96
Assistência Farmacêutica	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 800.000,00	R\$ 864.000,00	R\$ 933.120,00	R\$ 1.007.769,60
	PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.080.000,00	R\$ 1.166.400,00	R\$ 1.259.712,00
	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR	R\$ 50.000,00	R\$ 54.000,00	R\$ 58.320,00	R\$ 62.985,60
SUB total	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 1.850.000,00	R\$ 1.998.000,00	R\$ 2.157.840,00	R\$ 2.330.467,20
Média e Alta Complexidade	MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	R\$ 6.000.000,00	R\$ 6.480.000,00	R\$ 6.998.400,00	R\$ 7.558.272,00
	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	R\$ 500.000,00	R\$ 540.000,00	R\$ 583.200,00	R\$ 629.856,00
	SAMU	R\$ 600.000,00	R\$ 648.000,00	R\$ 699.840,00	R\$ 755.827,20
	CENTRO DE SAÚDE – POLICLÍNICA	R\$ 900.000,00	R\$ 972.000,00	R\$ 1.049.760,00	R\$ 1.133.740,80
	CENTRO DE REABILITAÇÃO	R\$ 250.000,00	R\$ 270.000,00	R\$ 291.600,00	R\$ 314.928,00
	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60
	TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60
SUB total	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	R\$ 8.850.000,00	R\$ 9.558.000,00	R\$ 10.322.640,00	R\$ 11.148.451,20
Orçamento Anual TOTAL		R\$ 22.350.000,00	R\$ 24.138.000,00	R\$ 26.071.060,00	R\$ 28.156.584,20

Projeto 19: Estratégia Saúde da Família

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Responder de forma integrada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

Justificativa: Os cuidados primários de saúde são essenciais, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias das comunidades, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados a mais proximidade possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Proporção de Cobertura de estratégia de Saúde da Família

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-01

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Ampliação e ações e serviços vinculados a estratégia de saúde da família, através da implantação de novas unidades e qualificação das unidades existentes.	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00
	Subtotal 1:	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das ações e serviços vinculados a estratégia de saúde da família	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.740.000,00	R\$ 2.999.200,00	R\$ 3.279.136,00
	Subtotal 2:	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.740.000,00	R\$ 2.999.200,00	R\$ 3.279.136,00

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 13.518.336,00

Projeto 20: Assistência Integral à Saúde da Mulher

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Promover a saúde integral a população feminina toritamense, desde sua captação precoce na busca ativa para planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e do colo do útero, pré-natal, parto, puerpério e prevenção da mortalidade em idade fértil.

Justificativa: Necessidade de implementar uma linha de cuidado para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Público-Alvo: população feminina de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Proporção de mulheres com acesso as linhas de cuidado estabelecidas; Número de Partos realizados no município; Proporção de mulheres com 7 ou mais consultas

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-02

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Ampliação e ações e serviços vinculados a estratégia de saúde da família, através da implantação do Centro Especializado da Mulher	R\$ 1.000.000,00			
	Subtotal 1:	R\$ 1.000.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das ações de atenção à Saúde da Mulher	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60
	Subtotal 2:	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 2.351.833,60

Projeto 21: Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Visa à promoção, proteção e recuperação da saúde neste ciclo da vida, caracterizado pelo dinamismo do processo de crescimento e desenvolvimento. Contando com ações que contemplem o acompanhamento diferenciado nas diferentes faixas etárias.

Justificativa: Os cuidados primários voltados para crianças e adolescentes devem desenvolver-se atividades conjuntas com as USF, NASF e PSE, garantindo atenção voltada, primordialmente, aos agravos preveníveis; através de atendimento para escolares quanto à obesidade/sobrepeso, consumo de álcool e outras drogas, acuidade visual e palestras em diversos temas. Fomento à formação de grupos para construção coletiva e participativa da sociedade, encontra-se incipiente com discreta mobilização.

Público-Alvo: Crianças e adolescentes toritameses.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Média de atendimento médico e de enfermagem.

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-03

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das Ações de Atenção à Saúde da Criança e Adolescentes	R\$ 100.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20
	Subtotal 2:	R\$ 100.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 450.611,20

Projeto 22: Assistência Integral à Saúde do Homem

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Visa à promoção, proteção e recuperação da saúde promovendo o acesso ao acolhimento nas unidades de saúde, educação sobre saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes.

Justificativa: O entrave na assistência à saúde do homem está relacionado às questões socioculturais, resultando em resistência na procura do serviço de saúde, o que provoca agravamento dos sintomas ou gera complicações que oneram os custos dos tratamentos e amplia o período de convalescência. Para o enfrentamento desta problemática, a gestão repensa suas estratégias de saúde da família, focada na articulação de promoção interinstitucional, como forma de promover novas formas de pensar e agir. Reorganização das ações de saúde com proposta inclusiva, integrando as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais.

Público-Alvo: População masculina toritamense.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Média de atendimento médico e de enfermagem.

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-04

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021		
	Classificação Orçamentária:						
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$		R\$	
1	Manutenção das Ações de Atenção à Saúde do Homem	R\$ 80.000,00	R\$ 86.400,00	R\$ 93.312,00	R\$ 100.776,96		
	Subtotal 2:	R\$ 80.000,00	R\$ 86.400,00	R\$ 93.312,00	R\$ 100.776,96		

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 360.488,96

Projeto 23: Assistência Integral à Saúde da Pessoa Idosa

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral com foco nas especificidades e demandas da população idosa.

Justificativa: O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social. Garantindo assim o envelhecimento ativo e saudável, atenção integral, estimulando as ações de promoção, prevenção e recuperação da população idosa do município.

Público-Alvo: População idosa toritamense.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Média de atendimento médico e de enfermagem.

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-05

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
Subtotal 1:		R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das Ações de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	R\$ 150.000,00	R\$ 162.000,00	R\$ 174.960,00	R\$ 188.956,80
Subtotal 2:		R\$ 150.000,00	R\$ 162.000,00	R\$ 174.960,00	R\$ 188.956,80

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 675.916,80

Projeto 24: Saúde Bucal

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população.

Justificativa: Os cuidados primários de saúde são essenciais, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias das comunidades, esses cuidados são básicos e primordiais para a manutenção de uma vida saudável. A saúde bucal vem suprir o hiato saúde-doença com ações e atividades continuadas no processo de assistência à saúde com promoção prevenção e recuperação.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Proporção de cobertura de Saúde Bucal

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica; 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial e 303 – Suporte Profilático e Terapêutico

Programa Nº 010-06

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$			
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Ampliação da cobertura de saúde bucal através da implantação de novas equipes de saúde bucal e da construção de Centro de Especialidades Odontológicas.	R\$ 1.200.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00
	Subtotal 1:	R\$ 1.200.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$			
	Classificação Orçamentária:				
1	Implementação e manutenção do programa de saúde bucal.	R\$ 700.000,00	R\$ 664.000,00	R\$ 833.120,00	R\$ 907.769,60
2	Manutenção do Centro de Especialidades Odontológicas	R\$ 220.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60
	Subtotal 2:	R\$ 920.000,00	R\$ 988.000,00	R\$ 1.183.040,00	R\$ 1.285.683,20

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 6.176.723,20

Projeto 25: Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Ampliar a cobertura das Equipes do NASF a todas as Unidades de Saúde da família, como principal unidade intermediária entre a estratégia de saúde da família e os serviços de maior complexidade.

Justificativa: O acesso aos demais níveis de atenção à saúde devem ser acompanhados por profissionais de apoio com finalidade de garantir uma contra referência ao serviço de saúde.

Público-Alvo: População coberta por estratégia de saúde da família.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Proporção de Unidades cobertas com ações do NASF

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-07

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$			
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Implantação de nova equipe Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00
	Subtotal 1:	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$			
	Classificação Orçamentária:				
2	Manutenção de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)	R\$ 260.000,00	R\$ 284.000,00	R\$ 309.920,00	R\$ 337.913,60
	Subtotal 2:	R\$ 260.000,00	R\$ 284.000,00	R\$ 309.920,00	R\$ 337.913,60

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 1.351.833,60

Projeto 26: Serviço de Atenção Domiciliar

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Garantir atenção integral aos pacientes com dificuldades de locomoção, no âmbito domiciliar.

Justificativa: Fica claro que as equipes de Saúde, isoladamente, não detêm todas as condições para garantir o acesso do paciente a tecnologias de Saúde, necessitando de recursos e tomadas de decisões inscritos na esfera da gestão do SUS, a implantação do serviço de atendimento domiciliar visa a ampliação de cobertura a esses usuários que dependem diretamente dos cuidados e atenção para recuperação da saúde.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Proporção de Unidades cobertas com ações do NASF

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-08

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
	Subtotal 1:	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:				
2	Manutenção das ações e Serviços de Atenção Domiciliar	R\$ 220.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 261.600,00	R\$ 284.928,00
	Subtotal 2:	R\$ 220.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 261.600,00	R\$ 284.928,00

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 1.126.528,00

Projeto 27: Promoção da Saúde

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Manter as ações e atividades da saúde, promotores dos serviços públicos de saúde para Qualificação da Gestão do SUS.

Justificativa: Assegurar o funcionamento da saúde dando apoio às realizações das ações e atividades da saúde no município, como meio de promover a saúde em toda sua dimensão.

Público-Alvo: População geral toritamense

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-09

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
	Classificação Orçamentária:	2018	2019	2020	2021
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde	R\$ 100.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20
	Subtotal 2:	R\$ 100.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 450.611,20

Projeto 28: Agentes Comunitários de Saúde

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção à Saúde

Objetivos: Ampliar a cobertura de ACS, organizando o processo de trabalho da Equipe de Saúde da família.

Justificativa: O Agente Comunitário de Saúde é o profissional com maior capacidade em estabelecer vínculos da ESF com a comunidade, sua atuação direta na comunidade propicia que o mesmo referencie os usuários do sistema a procurar os serviços em caso de necessidade.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica

Programa Nº 010-10

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
	Classificação Orçamentária:	2018	2019	2020	2021
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção e ampliação das ações de relacionadas a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	R\$ 1.500.000,00	R\$ 1.620.000,00	R\$ 1.749.600,00	R\$ 1.889.568,00
	Subtotal 2:	R\$ 1.500.000,00	R\$ 1.620.000,00	R\$ 1.749.600,00	R\$ 1.889.568,00

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 6.759.168,00

Projeto 29: Qualificação da Gestão do SUS

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Diretoria Administrativa

Gestor do Programa: Diretoria Administrativa

Objetivos: Manter as atividades administrativas da Secretaria Municipal de Saúde – FMS, através do gerenciamento e apoio às ações e serviços públicos de saúde e Qualificação da Gestão do SUS.

Justificativa: Assegurar o bom funcionamento do FMS, dando apoio as realizações das ações e atividades atribuídas à saúde no município, contribuindo na modernização funcional da rede de saúde municipal.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Razão de ações realizadas.

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 122 – Administração Geral

Programa Nº 010-11

Tipo de Programa: Apoio Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
	Classificação Orçamentária:	2018	2019	2020	2021
1	Execução de Obras, Ampliação e Construção de estabelecimentos de saúde	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.154.000,00	R\$ 1.332.720,00	R\$ 1.497.337,60
2	Aquisição de equipamentos e bens permanentes	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00
3	Execução de Obras, reformas e ambiências de estabelecimentos de Saúde	R\$ 300.000,00	R\$ 330.000,00	R\$ 350.000,00	R\$ 400.000,00
Subtotal 1:		R\$ 2.300.000,00	R\$ 2.484.000,00	R\$ 2.682.720,00	R\$ 2.897.337,60
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das atividades gerais e de apoio administrativo às ações e serviços públicos de saúde	R\$ 2.045.000,00	R\$ 2.213.000,00	R\$ 2.394.440,00	R\$ 2.590.395,20
2	Qualificação de recursos humanos	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
3	Divulgação institucional	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00
4	Manutenção de serviços através de parcerias com consórcios municipais	R\$ 50.000,00	R\$ 54.000,00	R\$ 58.320,00	R\$ 62.985,60

5	Manutenção das atividades do Conselho Municipal de Saúde, capacitação dos conselheiros, incluindo diárias e auxílios para participar de eventos e conferências.	R\$ 40.000,00	R\$ 43.200,00	R\$ 46.656,00	R\$ 50.388,48
Subtotal 2:		R\$ 2.190.000,00	R\$ 2.365.200,00	R\$ 2.554.416,00	R\$ 2.758.769,28

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 20.232.442,88

Projeto 30: Vigilância em Saúde

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Vigilância em Saúde

Objetivos: Desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, mitigar ou prevenir riscos à saúde individual e coletiva, além de intervir nos problemas sanitários apontado no ecossistema político, econômico e social, decorrentes do meio ambiente, do trabalho, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços inerentes à saúde.

Justificativa: A vigilância em saúde observa e analisa permanentemente a situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população que vivem em determinado território, garantindo a integralidade da atenção, de forma coletiva e individual problemas de saúde.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador:

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica e 305 – Vigilância Epidemiológica

Programa Nº 010-12

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021		
	Classificação Orçamentária:						
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:						
1	Manutenção das Ações de vigilância em Saúde	R\$ 400.000,00	R\$ 432.000,00	R\$ 466.560,00	R\$ 503.884,80		
	Subtotal 2:	R\$ 400.000,00	R\$ 432.000,00	R\$ 466.560,00	R\$ 503.884,80		

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 1.802.444,80

Projeto 31: Vigilância Sanitária

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Vigilância em Saúde

Objetivos: Desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, mitigar ou prevenir riscos à saúde individual e coletiva, além de intervir nos problemas sanitários apontado no ecossistema político, econômico e social, decorrentes do meio ambiente, do trabalho, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços inerentes à saúde.

Justificativa: A vigilância em saúde observa e analisa permanentemente a situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população que vivem em determinado território, garantindo a integralidade da atenção, de forma coletiva e individual problemas de saúde.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador:

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção básica e 304 – Vigilância Sanitária

Programa Nº 010-13

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das Ações de Vigilância Sanitária	R\$ 80.000,00	R\$ 86.400,00	R\$ 93.312,00	R\$ 100.776,96
	Subtotal 2:	R\$ 80.000,00	R\$ 86.400,00	R\$ 93.312,00	R\$ 100.776,96

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 360.488,96

Projeto 32: Vigilância do Trabalhador

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Vigilância em Saúde

Objetivos: Identificar o perfil de saúde da população trabalhadora, considerando a análise da situação de saúde, caracterizando o território, perfil social, econômico e ambiental da população trabalhadora.

Justificativa: Compreende prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos e tecnologias, uso de substâncias químicas, equipamentos e máquinas entre outros, que mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave, ou irreversível à saúde requer a implantação de medidas que possam prevenir danos, ou por precaução, a tomada de decisão de que estas tecnologias não devam ser utilizadas.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Número de novos serviços implantados

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção Básica e 331 – Proteção e Benefícios ao Trabalhador

Programa Nº 010-14

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Implantação da Vigilância do trabalhador	R\$ 40.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -
	Subtotal 1:	R\$ 40.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
2	Manutenção de Ações de Vigilância do trabalhador	R\$ 600.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20
	Subtotal 2:	R\$ 600.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 116.640,00	R\$ 125.971,20

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 990.611,20

Projeto 33: Assistência Farmacêutica

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Assistência Farmacêutica

Objetivos: Aperfeiçoar o gerenciamento de forma a planejar, executar e ajustar a assistência farmacêutica básica do SUS.

Justificativa: Da assistência farmacêutica depende a resolutividade das intervenções na área assistencial, bem como de prevenção e promoção da saúde individual e coletiva, impactando sobremaneira os indicadores epidemiológicos, pelas notificações qualitativas e quantitativas na utilização irracional de medicamentos e insumos farmacológicos.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Proporção de farmácias com padrões estabelecidos

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção Básica e 303 – Suporte Profilático e Terapêutico

Programa Nº 010-15

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção de fornecimento de insumos necessários para toda a rede de saúde.	R\$ 800.000,00	R\$ 864.000,00	R\$ 933.120,00	R\$ 1.007.769,60
	Subtotal 2:	R\$ 800.000,00	R\$ 864.000,00	R\$ 933.120,00	R\$ 1.007.769,60

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 3.604.889,60

Projeto 34: Farmácia Básica

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Assistência Farmacêutica

Objetivos: Aperfeiçoar o gerenciamento de forma a planejar, executar e ajustar a assistência farmacêutica básica do SUS.

Justificativa: Da assistência farmacêutica depende a resolutividade das intervenções na área assistencial, bem como de prevenção e promoção da saúde individual e coletiva, impactando sobremaneira os indicadores epidemiológicos, pelas notificações qualitativas e quantitativas na utilização irracional de medicamentos e insumos farmacológicos.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Investimento em medicamentos do componente básico

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção Básica e 303 – Suporte Profilático e Terapêutico

Programa Nº 010-16

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
	Classificação Orçamentária:	2018	2019	2020	2021
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção do abastecimento de medicamentos do elenco básico do MS	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.080.000,00	R\$ 1.166.400,00	R\$ 1.259.712,00
	Subtotal 2:	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.080.000,00	R\$ 1.166.400,00	R\$ 1.259.712,00

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 4.506.112,00

Projeto 35: Farmácia Popular

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Assistência Farmacêutica

Objetivos: Aperfeiçoar o gerenciamento de forma a planejar, executar e ajustar a assistência farmacêutica básica do SUS.

Justificativa: Da assistência farmacêutica depende a resolutividade das intervenções na área assistencial, bem como de prevenção e promoção da saúde individual e coletiva, impactando sobremaneira os indicadores epidemiológicos, pelas notificações qualitativas e quantitativas na utilização irracional de medicamentos e insumos farmacológicos.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Número de programa implantados

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção Básica e 303 – Suporte Profilático e Terapêutico

Programa Nº 010-17

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
1	Implantação do Programa de Farmácia Popular	R\$ 50.000,00	R\$ 54.000,00	R\$ 58.320,00	R\$ 62.985,60
Subtotal 1:		R\$ 50.000,00	R\$ 54.000,00	R\$ 58.320,00	R\$ 62.985,60
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
Subtotal 2:		R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 225.305,60

Projeto 36: Hospital Municipal

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção especializada

Objetivos: Prestar assistência hospitalar a toda população com excelência, dentro de uma rede coordenada nas atividades de prestação de serviços médico-assistenciais em sistema ambulatorial, hospitalar e de emergência que garanta diagnóstico e terapêutica e que promova prognóstico curativo e restaurador.

Justificativa: Diante da necessidade de operacionalização do sistema urgência hierarquizada, o município requer maior adequação organizativa e estrutural conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e sua respectiva regional de saúde. Seguindo as normas de adequação e implementação que proporcione efetivamente condições, em tempo oportuno, atender a demanda da região.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Razão de serviços disponibilizados

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Programa Nº 010-18

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Obras de melhorias e outras obras de manutenção	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.200.000,00	R\$ 1.350.000,00	R\$ 1.500.000,00
	Subtotal 1:	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.200.000,00	R\$ 1.350.000,00	R\$ 1.500.000,00
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:				
2	Manutenção das Ações do Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima	R\$ 6.000.000,00	R\$ 6.480.000,00	R\$ 6.998.400,00	R\$ 7.558.272,00
	Subtotal 2:	R\$ 6.000.000,00	R\$ 6.480.000,00	R\$ 6.998.400,00	R\$ 7.558.272,00

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 32.086.672,00

Projeto 37: Atenção Psicossocial

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção Especializada

Objetivos: Ampliar e garantir uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania.

Justificativa: Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica bem como do SUS.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Razão de serviços disponibilizados

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Programa Nº 010-19

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$		Valor R\$	
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
1	Implantação de Serviços de Atenção Psicossocial	R\$ 100.000,00			
	Subtotal 1:	R\$ 100.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$		R\$	
	Classificação Orçamentária:				
2	Manutenção das Ações de Atenção Psicossocial	R\$ 400.000,00	R\$ 540.000,00	R\$ 583.200,00	R\$ 629.856,00
	Subtotal 2:	R\$ 400.000,00	R\$ 540.000,00	R\$ 583.200,00	R\$ 629.856,00

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 2.253.056,00

Projeto 38: SAMU**Órgão Gestor:** SECRETARIA DE SAÚDE**Unidade Orçamentária:** Fundo Municipal de Saúde**Gestor do Programa:** Coordenação de Atenção Especializada**Objetivos:** Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipe, visando atingir o município e região de abrangência.**Justificativa:** Diante da necessidade de operacionalização do sistema urgência hierarquizada, o município requer maior adequação organizativa e estrutural conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e sua respectiva regional de saúde. Seguindo as normas de adequação e implementação que proporcione efetivamente condições, em tempo oportuno, atender a demanda da região.**Público-Alvo:** população de Toritama.**Horizonte Temporal:** 4 anos**Fonte de Financiamento:** Transferências_Saúde e Recursos Próprios**Indicador:** Razão de serviços disponibilizados**Função de Governo:** 10 – Saúde**Subfunção:** 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial**Programa Nº 010-20****Tipo de Programa:** Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
Subtotal 1:		R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das Ações do SAMU	R\$ 600.000,00	R\$ 648.000,00	R\$ 699.840,00	R\$ 755.827,20
Subtotal 2:		R\$ 600.000,00	R\$ 648.000,00	R\$ 699.840,00	R\$ 755.827,20

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 2.703.667,20

Projeto 39: Centro de Saúde - Policlínica

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção Especializada

Objetivos: Levar saúde com qualidade a toda população, buscando um portfólio médico assistencial multiprofissional diversificado, com profissionais qualificados e que garanta a assistência especializada dentro de uma rede coordenada de prestação de serviço planejado e promotor de diagnóstico e terapêuticas eficientes.

Justificativa: Diante da necessidade de operacionalização do sistema urgência hierarquizada, o município requer maior adequação organizativa e estrutural conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e sua respectiva regional de saúde. Seguindo as normas de adequação e implementação que proporcione efetivamente condições, em tempo oportuno, atender a demanda do município.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Razão de serviços disponibilizados

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Programa Nº 010-21

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das Atividades do centro de saúde/policlínica	R\$ 900.000,00	R\$ 972.000,00	R\$ 1.049.760,00	R\$ 1.133.740,80
	Subtotal 2:	R\$ 900.000,00	R\$ 972.000,00	R\$ 1.049.760,00	R\$ 1.133.740,80

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 4.055.500,80

Projeto 40: Centro de Reabilitação

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção Especializada

Objetivos: Potencializar um conjunto de capacidades estratégicas de modelo integrado de saúde em rede, na equalização de oportunidade de recuperar a saúde física de pessoas portadoras de deficiência ou com funções prejudicadas por doenças ou eventos traumáticos, reintegrando socialmente.

Justificativa: Diante da necessidade de operacionalização do sistema urgência hierarquizada, o município requer maior adequação organizativa e estrutural conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e sua respectiva regional de saúde. Seguindo as normas de adequação e implementação que proporcione efetivamente condições, em tempo oportuno, atender a demanda do município.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador: Proporção de serviços Implantados

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Programa Nº 010-22

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
2	Implementação das Ações do Centro de reabilitação/Fisioterapia	R\$ 250.000,00	R\$ 270.000,00	R\$ 291.600,00	R\$ 314.928,00
	Subtotal 2:	R\$ 250.000,00	R\$ 270.000,00	R\$ 291.600,00	R\$ 314.928,00

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 1.126.528,00

Projeto 41: Tratamento Fora do Domicílio

Órgão Gestor: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Orçamentária: Fundo Municipal de Saúde

Gestor do Programa: Coordenação de Atenção Especializada

Objetivos: Garantir condições necessárias e adequadas aos pacientes que precisam se deslocar para municípios de referência para realização de tratamentos de saúde.

Justificativa: O Sistema Único de Saúde organiza-se de forma regionalizada, dessa forma a tecnologia necessária para realizar tratamentos de alta complexidade concentram-se nos municípios de referência tais como Recife e Caruaru.

Público-Alvo: população de Toritama.

Horizonte Temporal: 4 anos

Fonte de Financiamento: Transferências_Saúde e Recursos Próprios

Indicador:

Função de Governo: 10 – Saúde

Subfunção: 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Programa Nº 010-22

Tipo de Programa: Finalístico

Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM PROJETOS DE INVESTIMENTO	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
		2018	2019	2020	2021
	Classificação Orçamentária:				
	Subtotal 1:	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Nº	AÇÕES RELACIONADAS COM ATIVIDADES CONTINUADAS	R\$	R\$	R\$	R\$
	Classificação Orçamentária:				
1	Manutenção das Ações relacionadas ao TFD	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60
	Subtotal 2:	R\$ 300.000,00	R\$ 324.000,00	R\$ 349.920,00	R\$ 377.913,60

TOTAL PREVISTO PARA O PROJETO: 1.351.833,60

RESOLUÇÃO CMS Nº 01/2018

Trata da Aprovação do Plano Municipal de Saúde 2018/2021, Programação Anual de Saúde 2018 e do Relatório Anual de Gestão 2017.

O Conselho Municipal de Saúde de Toritama, no uso de suas atribuições legais:

1. Considerando a Lei Federal n.º 8.142/90, que regulamentou a participação social no acompanhamento dos aspectos econômicos e financeiros do setor saúde;
2. Considerando a Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012;
3. Considerando a Portaria n.º 2.135/13 em seus artigos 3º e 4º que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
4. Considerando a Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada em nove de julho de dois mil e dezoito, na Casa da Justiça, onde ocorreu a apresentação e votação do Plano Municipal de Saúde 2018/2019, da Programação Anual de Saúde 2018, e o Relatório Anual de Gestão 2017.

Resolve,

Artigo 1º - Aprovar, por unanimidade, o Plano Municipal de Saúde 2018/2021 e a Programação Anual de Saúde 2018 e o Relatório Anual de Saúde 2018.

Artigo 2º - Esta resolução entra em vigor a partir desta data, ficam revogadas as disposições em contrário.

Toritama, 09 de julho de 2018



Wilson Mendes

Presidente do CMS

HOMOLOGAÇÃO

 Anderson Bruno Oliveira
Secretário de Saúde
FMS / Toritama-PE

Anderson Bruno de Oliveira

Secretário de Saúde

