

**ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE CAMPO ERÊ**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
2018-2021**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE CAMPO ERÊ**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
2018-2021**

**PREFEITO**

**Odilson Vicente de Lima**

**VICE PREFEITO**

**Marcos Mariani**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Gelso Paloschi**

**ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Géssica Zilio – Coordenadora Atenção Básica**

**Apoio: Assessoria Técnica**

**Colaboração: Servidores e Conselho Municipal de Saúde**

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO-----	04
INTRODUÇÃO -----	05
I – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL-----	08
1 – Características Gerais do Município -----	08
1.1 – Histórico -----	08
1.2 – Localização, altitude, clima e limites territoriais do município -----	08
1.3 – Limites territoriais -----	08
1.4 – Distâncias referências serviços SUS -----	09
1.5 – Mapa de Santa Catarina -----	09
2 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS -----	10
2.1 – Estrutura etária, razão de dependência e envelhecimento-----	10
2.2 – Pirâmide etária 1991-2010 -----	11
2.3 – Longevidade, mortalidade e fecundidade -----	12
2.4 – Densidade demográfica -----	13
2.5 – Aspectos éticos da população -----	13
2.6 – Índice de desenvolvimento Humano (IDH) -----	14
2.7 – Ranking Brasil e Santa Catarina -----	16
3 – ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA -----	17
3.1 – Renda per capita -----	17
3.2 – Atividades Econômicas -----	17
3.2.1 – Setor Agropecuário -----	18
3.2.2 – Setor Industrial -----	18
3.2.3 – Setor Comercial -----	18
3.2.4 – Trabalho e Renda -----	18
4 – ASPECTOS EDUCACIONAIS -----	19
4.1 – Rede Pública de Ensino -----	19
4.2 – Crianças e Jovens -----	19
5 – ASPECTOS GERAIS-----	20
5.1 – Indicadores de Habitação – água -----	22
5.2 – Indicadores de Habitação – esgoto -----	22
5.3 – Indicadores de Habitação – coleta de lixo -----	23
5.4 – Meio Ambiente -----	23
6 – DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO -----	24
6.1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS -----	24

6.1.1 – Vigilância Epidemiológica	24
6.1.2 – Mortalidade Geral	25
6.1.3 – Mortalidade Infantil	26
6.1.4 – Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil	27
6.1.5 – Morbidade Hospitalar	28
7 – ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE	34
7.1 – Atenção Básica	36
7.2 – Cobertura Vacinal	38
7.3 – Sistemas de Informações Ambulatoriais	38
CAPÍTULO II	40
DIRETRIZES, OBEJTIVOS E METAS	40
8.1 – OBJETIVO GERAL DO PLANO	40
8.2 – Atenção Básica	40
8.2.1 – Estratégia Saúde da Família	41
8.2.2 – Saúde Bucal	45
8.2.3 – Criança e Adolescente	46
8.2.4 – Saúde da Mulher	48
8.2.5 – Saúde do Homem	50
8.2.6 – Saúde do Idoso	51
8.2.7 – Saúde Mental	53
9 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIADE (MAC)	54
10 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE	57
11 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	62
12 – GESTÃO DO SUS	65
12.1 – Gestão do Trabalho	66
12.2 – Educação Permanente	67
12.3 – Custeio/Investimento	68
13 – CONTROLE SOCIAL	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72

## APRESENTAÇÃO

Apresentamos à população de Campo Erê o Plano Municipal de Saúde (PMS) que deverá nortear as atividades da Secretaria da Saúde no período de 2018 a 2021. Este documento atende à determinação da Portaria Ministerial 2.135/2013 e a Lei nº. 8.080/90, em seu art. 15, inciso VIII, que define ser atribuição dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS, implementar instrumentos de gestão, competentes para o gerenciamento das políticas públicas de saúde em seu âmbito de governo. O Plano de Saúde é definido como o instrumento que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e ações. Neste sentido, a gestão municipal, indica prioridades de intervenções e assume o compromisso de realizar ações orientadas para a redução das desigualdades em saúde, com a pactuação de metas estratégicas que possibilitem a melhoria das condições de saúde da população e da resolutividade do sistema. O Plano apresentado, prima pela transparência e pela construção participativa e democrática das políticas de saúde, por meio do envolvimento ativo do controle social na definição de ações e serviços de saúde. Importante destacar que a concepção deste Plano Municipal de Saúde mobilizou a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, bem como outros segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde, que possibilitou a elaboração de um instrumento com capacidade de responder às principais demandas oriundas das necessidades de saúde da população.

A afirmação de Armando Raggio (2000) de que "Um planejamento municipal integrado, solidário, colocando as políticas e as técnicas dos vários setores em conformidade com as aspirações populares, pode constituir uma "parceria" de diversos atores com maior potencial resolutivo", enfatiza muito bem a importância da intersetorialidade e do controle social no processo do planejamento das ações de saúde, o que com certeza, resultará na qualificação da gestão municipal.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 é uma ferramenta de apoio à tomada de decisões, que serve também para o controle social de gestores, trabalhadores, prestadores e usuários sobre os serviços de saúde ofertados em Campo Erê. Pretendemos, com essa ferramenta, avançar na organização da rede de serviços e entregar mais saúde para os cidadãos de Campo Erê.

## INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil passa a ser considerada como direito social e dever do Estado, cuja efetivação vem sendo buscada através de medidas de reorganização do setor saúde que viabilizem os princípios e diretrizes estabelecidas na Carta Constitucional para a implementação do SUS no País.

Preconizada pelo novo sistema, a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância concreta para a execução dessas atribuições.

No entanto, a descentralização constitui um processo complexo, interativo e dinâmico, implicando mudanças e envolvendo vários atores com diferenciadas expectativas e possibilidades, o que exige flexibilidade e progressividade, assim como a consideração da necessidade de cooperação técnica entre as esferas de governo e o acompanhamento de seu desenvolvimento na tentativa de superar as dificuldades que venham a manifestar-se.

Esse movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais foram avaliadas, de alguma forma, por diversos segmentos envolvidos neste processo.

Acumulam-se avanços e retrocessos, cabendo salientar a presença de incessante reflexão concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde.

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

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

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

Entretanto, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Grande ênfase tem sido atribuída, pelas políticas de saúde, ao planejamento estratégico, que privilegia: o processamento de problemas, o desenho das operações para enfrentá-los, a definição dos objetivos e metas a serem atingidos, a determinação dos recursos necessários e o cronograma de execução, além de um sistema de acompanhamento e avaliação que possibilite reformulações, quando preciso, utilizando a participação e a comunicação intensivas e favorecendo a responsabilidade compartilhada quanto aos objetivos a serem atingidos. Isto nos leva a refletir a respeito da necessidade de planejamento e, ao mesmo tempo, acerca da complexidade que envolve.

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

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

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

segundo lugar, da necessidade de optar por um método de planejamento que auxilie nessa tarefa.

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

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



## **CAPÍTULO I – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

### **1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO**

#### **1.1 HISTÓRICO**

Antes da chegada dos colonizadores de origem europeia, a partir do século XVI, a região era habitada por índios das etnias guarani e caingangue.

Sua história está muito relacionada com o município paranaense de Palmas, pois foi de lá que uma bandeira no século XIX descobriu os últimos campos, porção campestre originalmente mais a oeste dos estados brasileiros de Paraná e Santa Catarina.

Existe, no município, próximo à área urbana, um marco histórico denominado Muro dos Indígenas, atualmente sob a tutela do governo federal.

Campo Erê era distrito de Chapecó e foi colonizado por gaúchos, a maioria de origem italiana e alemã. Foi antigo ponto de pousada dos viajantes e transeuntes vindos de Barracão e Dionísio Cerqueira com destino às outras regiões do País.

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

O município de Campo Erê está localizado na região Oeste do estado de Santa Catarina, compreendendo a Macrorregião de Chapecó. Faz parte da Associação de Municípios do Entre Rios (AMERIOS), Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS). Pertence a 7ª Agência de Desenvolvimento Regional com sede em São Lourenço D' Oeste, à 4ª Agência de Desenvolvimento Regional com sede em Chapecó e a 5ª Agência de Desenvolvimento Regional. A extensão territorial é de 480,61 km<sup>2</sup>. A população residente, segundo censo IBGE 2010 é de 9.370 habitantes.

#### **1.3 – Limites Territoriais**

Campo Erê é um município da Mesorregião do Oeste Catarinense, no estado de Santa Catarina, no Brasil. O município é banhado pelos rios: Sargento, Rio dos Muros, Capetinga, Três Voltas, Cafundó, Mundo Novo e Pesquerinho.

Limita-se ao Norte com o município de Marmeleiro (PR) e Renascença (PR) ao Sul com o município de Saltinho e Santa Terezinha do Progresso ao Oeste limita-se com o município de São Lourenço do Oeste e São Bernardino e ao Leste com o município de Palma Sola e Anchieta.

#### **Acessos rodoviários ao município**

- Rodovia PR-180 (Francisco Beltrão-Marmeleiro);
- Rodovia SC-305 por São Lourenço do Oeste;
- Rodovia SC-305 que liga-se à BR-153 em Guaraciaba-Anchieta;
- Rodovia SC-160 que liga Campo Erê-Saltinho-Serra Alta-Modelo à BR-282 (extensão de 65 km);

#### 1.4 – Distâncias Referências serviços SUS

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

CIDADE	DISTANCIA	REFERÊNCIA
<b>SÃO LOURENÇO D' OESTE</b>	34 km	Serviços de Saúde
<b>PATO BRANCO</b>	62 KM	Serviços de Saúde
<b>CHAPECÓ</b>	124 km	Serviços de Saúde
<b>XANXERÊ</b>	128 km	Serviços de Saúde
<b>FLORIANÓPOLIS</b>	636 km	Serviços de Saúde

#### 1.5 – Mapa interativo de Santa Catarina



**Localização do Município em Santa Catarina.**

## 2 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Entre 2000 e 2010, a população de Campo Erê teve uma taxa média anual de crescimento de -0,99%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 55,60% para 66,72%. Em 2010 viviam, no município, 9.370 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de -0,73%. Na UF, esta taxa foi de 1,85%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 46,92% para 55,60%.

**Quadro 001 – População Total por Gênero: – Município – Campo Erê/SC**

População	População (1991)	% do Total	População (2000)	% do Total	População (2010)	% do Total
População total	11.062	100,00	10.353	100,00	9.370	100,00
População masculina	5.539	50,07	5.178	50,01	4.686	50,01
População feminina	5.523	49,93	5.175	49,99	4.684	49,99
População urbana	5.190	46,92	5.756	55,60	6.252	66,72
População rural	5.872	53,08	4.597	44,40	3.118	33,28

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Analisando o quadro pode-se perceber que a população total do município decresceu comparando o ano de 1991 ao ano de 2010. A população masculina e feminina no município manteve-se com os mesmos percentuais. A população urbana aumentou neste período tendo uma taxa de 66,72%, e em consequência, a população rural diminuiu, permanecendo com uma taxa de 33,28% ficando claro o êxodo rural.

### 2.1 – Estrutura etária, razão de dependência e índice de envelhecimento.

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

## Quadro 002 Estrutura Etária da População – Município – Campo Erê - SC

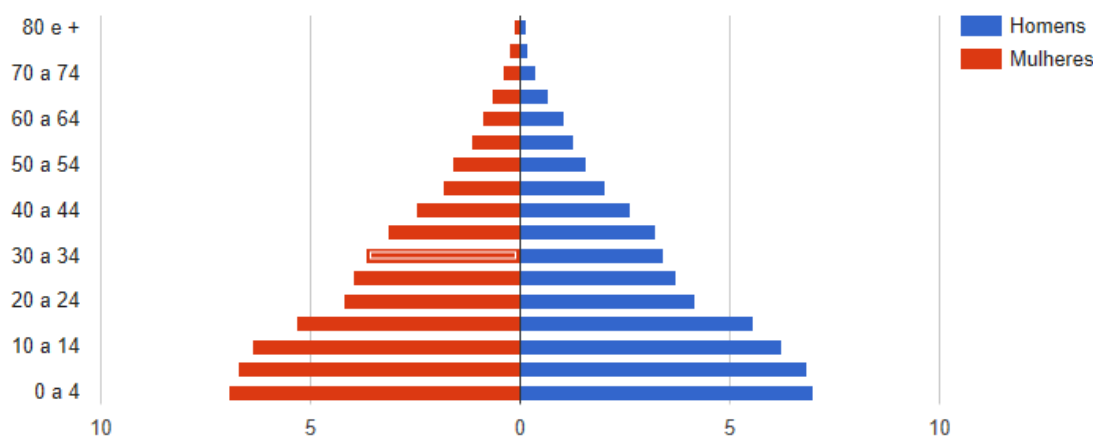
Estrutura Etária	População (1991)	% Total	População (2000)	% do Total	População (2010)	% do Total
Menos de 15 anos	4.430	40,05	3.663	35,38	2.435	25,99
15 a 64 anos	6.306	57,01	6.148	59,38	6.152	65,66
População de 65 anos ou mais	326	2,95	542	5,24	783	8,36
Razão de dependência	75,41	-	68,40	-	52,31	-
Taxa de envelhecimento	2,95	-	5,24	-	8,36	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Campo Erê passou de 68,40% para 52,31% e a taxa de envelhecimento, de 5,24% para 8,36%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 75,41% e 2,95%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

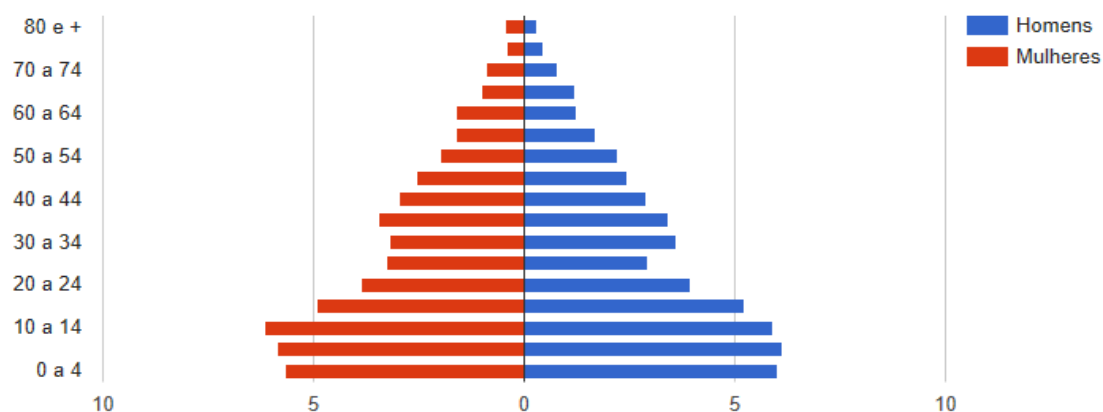
## 2.2 Pirâmide Etária – Campo Erê, SC – 1991-2010

### 1991 Pirâmide etária - Campo Erê - SC Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



## 2000 Pirâmide etária - Campo Erê - SC

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



## 2010 Pirâmide etária - Campo Erê - SC

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

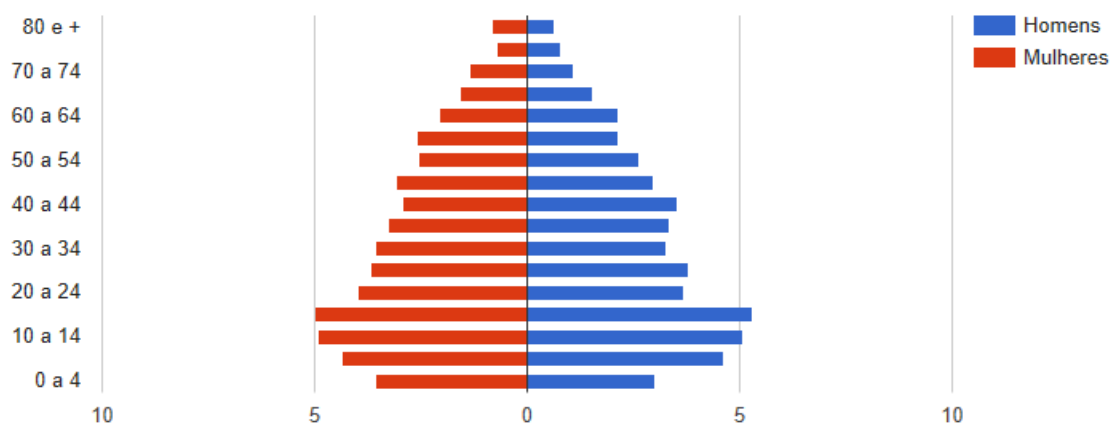


Gráfico 003 – Fonte: PNUD, IPEA e FJP

### 2.3 Longevidade, mortalidade e fecundidade.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 26,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 37,0. Já na UF, a taxa era de 11,5, em 2010, de 16,8, em 2000 e 24,8, em 1991.

Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a

mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2015.

#### **Quadro 004 – Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Campo Erê - SC**

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Esperança de vida ao nascer	66,1	70,5	72,2
Mortalidade infantil	37,0	26,9	17,9
Mortalidade até 5 anos de idade	42,6	31,0	20,9
Taxa de fecundidade total	4,3	3,6	2,2

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Campo Erê, a esperança de vida ao nascer cresceu 1,7 anos na última década, passando de 70,5 anos, em 2000, para 72,2 anos, em 2010. Em 1991, era de 66,1 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

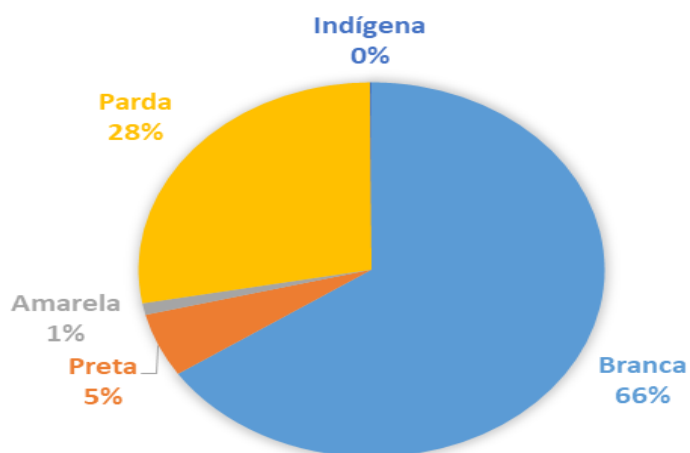
#### **2.4 Densidade Demográfica**

Baseado nos resultados do último censo a densidade demográfica no município de Campo Erê é de 19,5 habitantes por Km<sup>2</sup>. Em 2010, o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apontou 9.370 habitantes. Para 2017 a população estimada de Campo Erê, é de 8.787 habitantes, segundo a projeção do IBGE, com isso a densidade demográfica, é de 18,38hab/km<sup>2</sup>.

#### **2.5 Aspectos étnicos da população de Campo Erê – SC**

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

## ASPECTOS ÉTNICOS DA POPULAÇÃO DE CAMPO ERÊ – SC



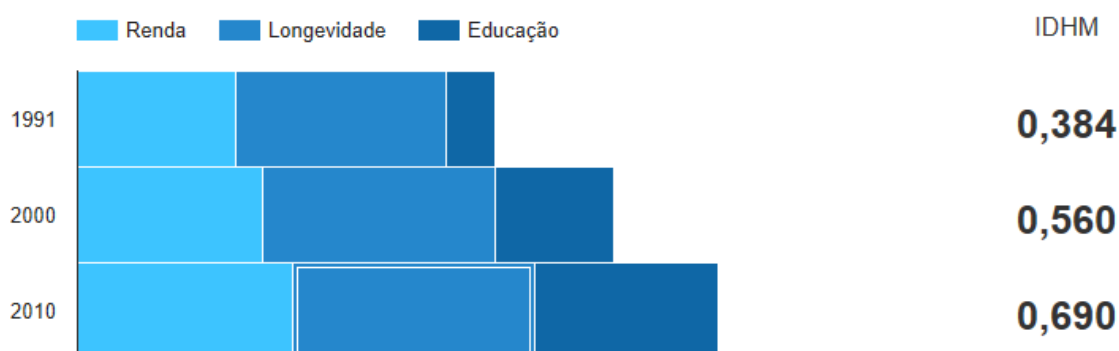
Fonte: IBGE, censo 2010.

No gráfico acima, percebe-se que a população do município de Campo Erê, é caracterizada pela grande predominância da cor da pele branca, seguido cor parda, tendo um percentual inferior de cor preta, amarela e indígena.

Segundo o censo do ano de 2010, o município tem uma população total de 9.370 mil habitantes, sendo 6.144 habitantes de cor branca, 2.605 habitantes de cor parda, 517 habitantes de cor preta, 94 habitantes considerados de cor amarela e 10 habitantes de cor indígena.

## 2.6 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Campo Erê – SC

### IDHM



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Campo Erê é 0,690, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,787, seguida de Renda, com índice de 0,702, e de Educação, com índice de 0,595. Neste período o índice com maior crescimento foi educação, com um índice de aumento entre este período de 0,433, seguido por renda (crescimento de 0,190) e longevidade (crescimento de 0,102).

#### **Quadro 006 – IDH – Campo Erê/SC 1991-2010**

<b>IDHM e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
IDHM Educação	0,162	0,387	0,595
% 18 anos ou mais com fundamental completo	17,83	24,12	38,89
% de 5 a 6 anos na escola	12,75	72,92	94,02
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR/SERIADO ou com fund. completo	34,50	68,29	89,93
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	10,50	34,58	61,37
% de 18 a 20 anos com médio completo	3,94	20,74	48,99
IDHM Longevidade	0,685	0,758	0,787
Esperança de vida ao nascer	66,12	70,49	72,21
IDHM Renda	0,512	0,600	0,702
Renda per capita	193,18	334,69	631,08

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

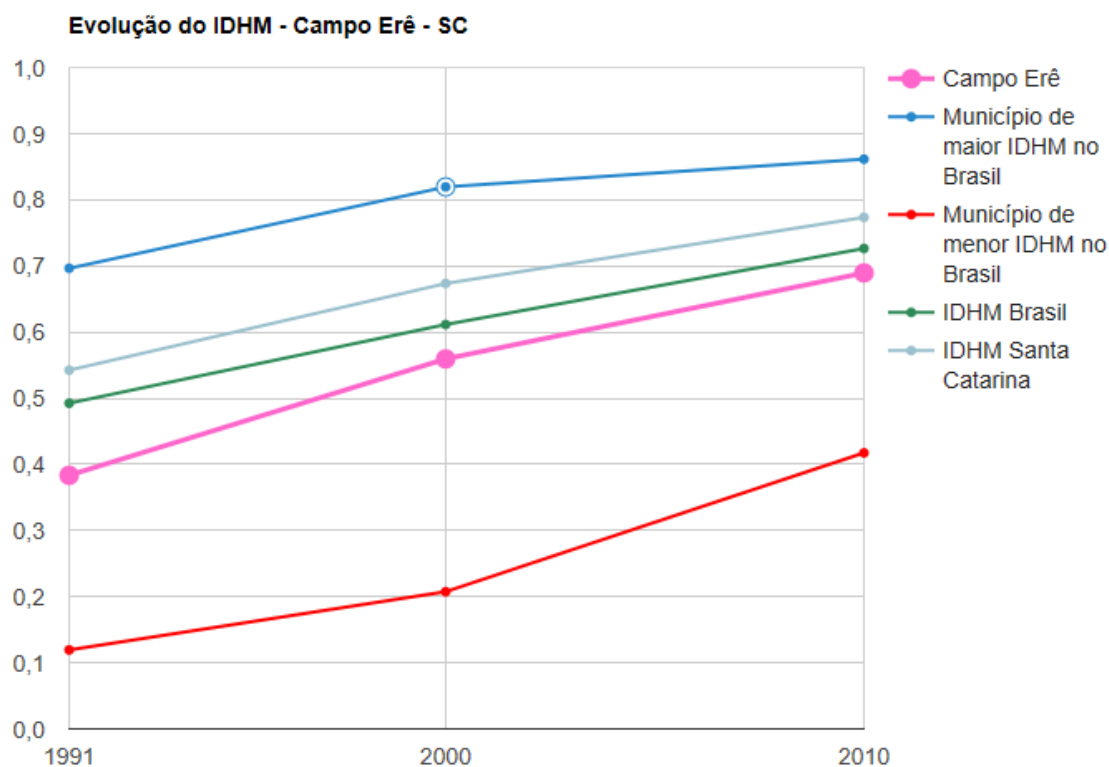
O IDHM passou de 0,560 em 2000 para 0,690 em 2010, uma taxa de crescimento de 23,21%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 70,45% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,208), seguida por Renda e por Longevidade.

O IDHM passou de 0,384 em 1991 para 0,560 em 2000, uma taxa de crescimento de 45,83%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 71,43% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,225), seguida por Renda e por Longevidade.

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,384, em 1991, para 0,690, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 79,69% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de



50,32% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,433), seguida por Renda e por Longevidade. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

## 2.7 Ranking Brasil e Estado de Santa Catarina

Campo Erê ocupa a 2.182ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço). Em relação aos 293 municípios do estado de Santa Catarina, Campo Erê ocupa 253ª posição, sendo que 252 municípios encontram-se com o IDHM superior e 40 municípios encontram-se em posição inferior à Campo Erê.

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

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

#### 3.1 – Renda Per Capita de Campo Erê – SC

A renda per capita média de Campo Erê cresceu 226,68% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 193,18, em 1991, para R\$ 334,69, em 2000, e para R\$ 631,08, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 6,43%. A taxa média anual de crescimento foi de 6,30%, entre 1991 e 2000, e 6,55%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 58,46%, em 1991, para 40,19%, em 2000, e para 13,16%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,54, em 1991, para 0,59, em 2000, e para 0,51, em 2010.

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

#### Quadro 005: Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Campo Erê - SC

	1991	2000	2010
Renda per capita	93,18	34,69	31,08
% de extremamente pobres	31,96	20,37	4,59
% de pobres	58,46	40,19	13,16
Índice de Gini	0,54	0,59	0,51

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

#### 3.2 – Principais Atividades Econômicas

Suas principais atividades econômicas são: agricultura, pecuária e indústria de implementos agrícolas. Na agricultura destacam-se as lavouras de milho e soja.

##### 3.2.1 Setor Agropecuário

O município de Campo Erê destaca-se no setor de produção de gado de corte, produção leiteira, rebanho de equino, suíno, ovino e galináceo, produção lã e peixe. Destaca-se ainda pela produção de cereais e grãos, sendo eles: arroz, aveia, feijão, milho, soja e trigo. Além disso, ressalta-se o cultivo de folha-verde (ervamate), laranja, pêssego e uva.

### 3.2.2 Setor industrial

No setor industrial, o município conta com a empresa DASS, na confecção de materiais esportivos de respectivas marcas conhecidas mundialmente. Atualmente, a empresa DASS proporciona a maior fonte de emprego registrado no momento.

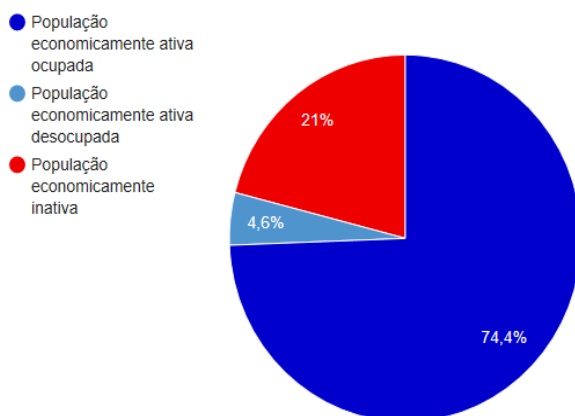
### 3.2.3 Setor comercial

O comércio local do município de Campo Erê destaca-se pela diversidade e pela oferta de produtos em diferentes áreas, alimentos, móveis e utensílios domésticos, confecções, calçados, aviamentos e demais. A oferta de produtos do município atende grande parte da população local.

### 3.2.4 Trabalho

No Gráfico a seguir são apresentadas informações relativas à taxa de composição da população com faixa etária maior de 18 do município de Campo Erê em 2010.

Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 66,83% em 2000 para 74,40% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 13,75% em 2000 para 4,62% em 2010.

Importante destacar que em 2012, instalou-se no município de Campo Erê, uma indústria de confecções, a qual emprega atualmente cerca de 400 pessoas, sendo a maior empresa no município e que contribuiu para melhorar a renda per capita da população. Isso deu-se, graças aos investimentos do Governo da época, que via como um problema a falta de opções de emprego no município e buscou, através de parcerias, trazer empresas para instalarem-se no município.

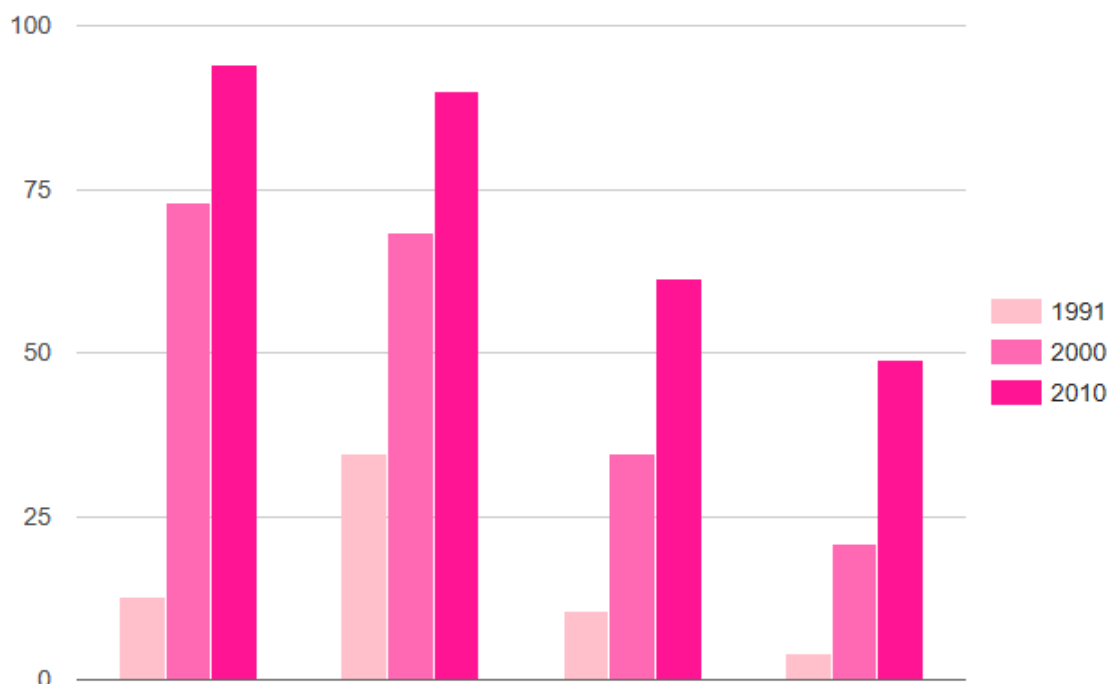
## **4 ASPECTOS EDUCACIONAIS**

### **4.1 Rede Pública de Ensino**

### **4.2 Crianças e Jovens**

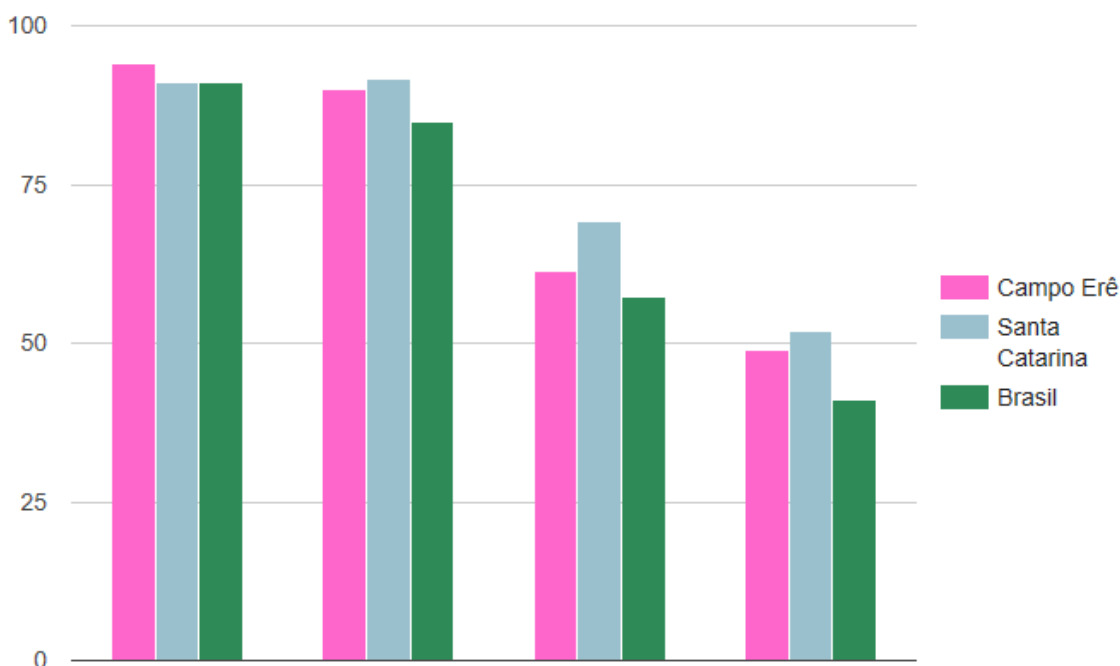
Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 94,02%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 89,93%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 61,37%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 48,99%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 81,27 pontos percentuais, 55,43 pontos percentuais, 50,87 pontos percentuais e 45,05 pontos percentuais.

**Fluxo Escolar por Faixa Etária - Campo Erê - SC - 1991/2000/2010**



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

**Fluxo Escolar por Faixa Etária - Campo Erê - SC - 2010**



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, 88,95% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 81,91% e, em 1991, 79,29%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 14,55% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 6,71% e, em 1991, 0,88%.

## 5 ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA

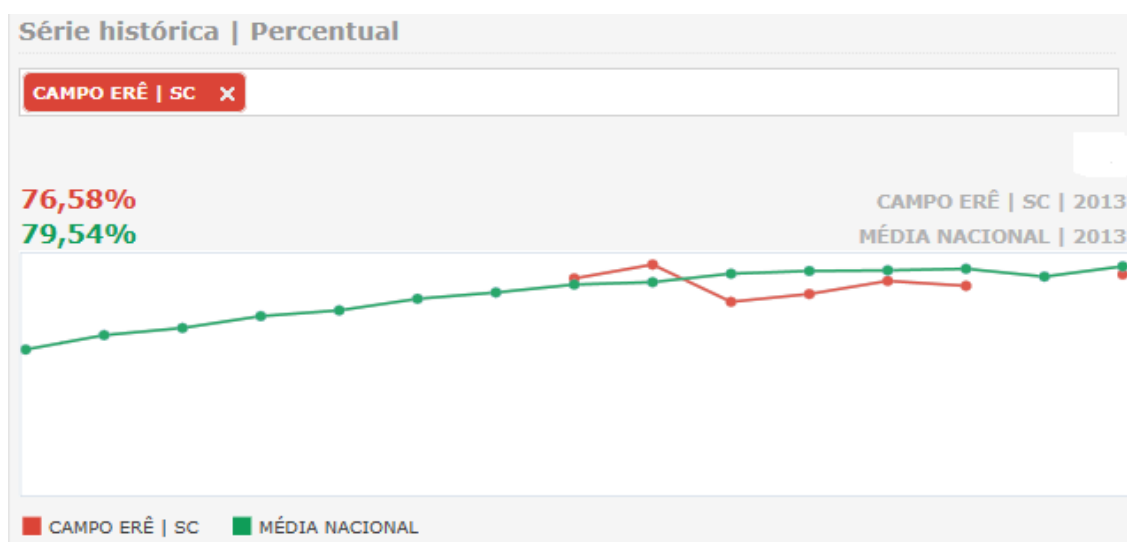
### 5.1 Indicadores de Habitação – Água

O levantamento, elaborado a partir do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento - SNIS, administrado pelo Governo Federal no âmbito da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA) do Ministério das Cidades (MCID), permite não somente o planejamento e execução de políticas públicas e a orientação da aplicação de recursos, como também o exercício do controle social.

A pesquisa permite visualizar em diferentes níveis geográficos, a população total atendida com serviços de abastecimento de água, fornecidos por prestadores de serviços ou órgãos municipais encarregados da gestão dos mesmos, tendo como referência o último dia do ano.

Para cálculo do percentual de habitantes atendidos com serviços de abastecimento de água em relação à população brasileira total, foram utilizadas as estimativas intercensitárias disponibilizadas pelo DATASUS que, por sua vez, utiliza fontes do IBGE.

#### Série Histórica da população atendida com serviços de abastecimento de água – Campo Erê X Média Nacional



Fonte: MS – DATASUS/Ministério das Cidades

#### Quadro 006 - Percentual da população atendida com abastecimento de água

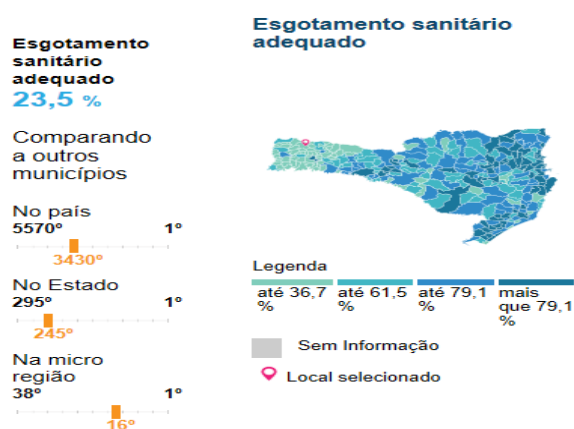
Ano	Campo Erê	Média Nacional
2006	75,12%	72,94%
2007	80,17%	73,81%
2008	66,66%	76,88%
2009	69,51%	77,85%
2010	74,24%	78,08%
2011	72,46%	78,63%
2012	74,56%	75,80%
2013	76,58%	79,54%

Fonte: MS – DATASUS/Ministério das Cidades

O quadro acima demonstra a evolução (série histórica) do abastecimento de água no município de Campo Erê, com dados do ano de 1999 a 2013. Pode-se observar uma crescente cobertura populacional atendida pelo abastecimento de água no decorrer do ano. Observa-se também que a média de cobertura municipal está próxima da média de abastecimento nacional.

## 5.2 Indicadores de Habitação – Esgoto

O município de Campo Erê apresenta 23.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 41.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16.6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 245 de 295, 144 de 295 e 207 de 295, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3430 de 5570, 4442 de 5570 e 2136 de 5570, respectivamente.



### 5.3 Indicadores de Habitação – Coleta de Lixo

A coleta de lixo é realizada no perímetro urbano onde a maior parte das residências são atendidas. No interior do município, a coleta do lixo é realizada de forma pré-agendada e avisado os munícipes através de avisos por meios de comunicação, principalmente através do rádio. O lixo ainda vem a ser queimado ou enterrado.

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

### Indicador de cobertura de Saneamento Básico – Campo Erê



### Indicadores de Habitação – Campo Erê

## Habitação

#### Indicadores de Habitação - Município - Campo Erê - SC

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	70,33	82,59	93,27
% da população em domicílios com energia elétrica	71,33	89,86	98,42
% da população em domicílios com coleta de lixo	65,75	81,15	95,60

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### 5.4 Meio Ambiente

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



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

No município de Campo Erê os problemas ambientais são similares aos municípios da região, caracterizando-se pela contaminação dos mananciais hidrográficos especialmente pelo uso indevido de agrotóxicos, e lançamento de dejetos nos córregos e riachos que acabam contaminando o lençol freático. Neste contexto, o município deve promover a conscientização quanto a poluição e a degradação do meio ambiente, que por sua vez, com o passar dos anos tende a aumentar o índice de agressão, e para que isso não ocorra, a população deve estar ciente das dos prejuízos ecológicos com o uso inadequado de produtos e substâncias tóxicas, cuidando de um, patrimônio que é de todos.

## **6 – DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO**

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

### **6.1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

#### **6.1.1 Vigilância Epidemiológica**

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

A análise da condição de saúde no município de Campo Erê, apresentada a seguir, foi organizada considerando inicialmente o perfil de mortalidade geral,

segundo os principais grupos de causas, a distribuição por faixa etária e por sexo, destacando-se algumas particularidades locais.

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

### 6.1.2 Mortalidade Geral

A seguir, apresenta-se o gráfico das principais causas de óbito no período de 2014 até o mês de outubro de 2017.

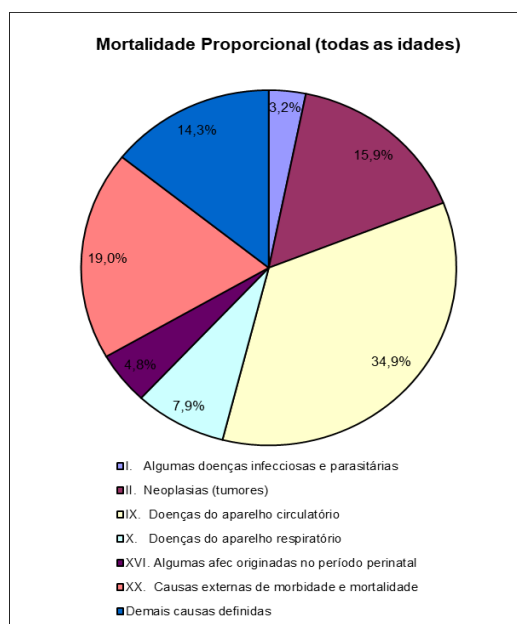
**Quadro 007 – Mortalidade geral por CID 10 – 2014-2017 – Campo Erê/SC**

<b>Causas</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	02	03	01	01
Neoplasias (tumores)	05	18	14	12
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	00	00	00	02
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	03	01	02	03
Doenças do sistema nervoso	04	03	02	01
Doenças do aparelho circulatório	16	21	21	17
Doenças do aparelho respiratório	11	13	07	09
Doenças do aparelho digestivo	06	03	04	03
Doenças do aparelho geniturinário	01	01	00	03
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	02	00	01	00
Algumas afecções do período perinatal	01	00	01	00
Transtornos mentais comportamentais	02	01	01	00
Anomalias congênitas	00	00	02	00
Mal Definidas	02	02	02	05
Causas externas	04	11	13	11
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>77</b>	<b>71</b>	<b>67</b>

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

O município de Campo Erê tem como principais causas de óbitos as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, como pode-se observar no gráfico a seguir, os índices tem um considerável aumento a partir dos 50 anos de idade.

O município ainda apresenta números consideráveis de óbitos por infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus. Observa-se no gráfico que o índice de agressões vem aumentando com o decorrer dos anos.



Fonte: TABNET/SIM

### 6.1.3 Mortalidade Infantil

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

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

#### Quadro 008 – Nascidos vivos, óbitos infantis, taxa de mortalidade 2012-2016 – Campo Erê - SC

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nascidos Vivos	137	139	146	163	158	743
Total de óbitos infantis	03	03	00	05	00	11
Taxa de mortalidade	21,89	21,58	0,00	30,67	0,00	14,80

Fonte: TABNET/SIM

Com o quadro acima, pode-se analisar o número de óbitos ocorridos entre o ano de 2012 à 2016 totalizando 11 (onze) óbitos no período. Isso representa taxa de mortalidade infantil bastante alta. Considerando a quantidade de nascidos vivos em cidades de pequeno porte, sugere-se fazer um estudo retrospectivo e longitudinal. Mesmo assim, os dados analisados são indicadores ruins. Em 2014 e 2016 não houveram óbitos, mesmo assim a taxa de mortalidade ficou em torno de 14,80/1.000. Fazem-se necessárias ações efetivas por parte da Atenção Básica para reduzir esse índice de mortalidade. Busca ativa das gestantes no início da gravidez e detectar possíveis doenças relacionadas, para evitar a mortalidade.

#### 6.1.4 Mortalidade Mulher em Idade Fértil

O Coeficiente de Mortalidade de Mulher em Idade Fértil também representa um bom indicador de saúde da população feminina.

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

#### Quadro 09 Mortalidade de Mulheres e Idade Fértil 2014-2017 – Campo Erê/SC

Causas Capítulos	2014	2015	2016	2017	Total
Neoplasias (tumores)	00	02	01	01	04
Doenças do sistema nervoso	00	00	01	00	01
Doenças do aparelho circulatório	01	02	00	00	03
Doenças do aparelho respiratório	00	01	00	00	01
Doenças do aparelho geniturinário	00	00	01	00	01
Causas externas	00	02	01	00	03
TOTAL	01	07	04	01	13

Fonte: TABNET/DATASUS

Analisando o quadro pode-se perceber que no município de Campo Erê predomina como principais causas de óbitos de MIF, as neoplasias seguido de doenças do aparelho circulatório e causas externas.

#### 6.1.5 Morbidade Hospitalar

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

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

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

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

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

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

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

Destacamos neste quadro as internações hospitalares por problemas do aparelho respiratório, muito provavelmente pelo alto número de fumantes na população adulta e idosos. A população idosa e também crianças, também são fatores que impactam nesse percentual.

**Quadro 10 – Morbidade hospitalar por causas capítulos e local de residência  
Campo Erê/SC – 2013/2016**

<b>Causas Capítulo CID 10</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
<b>I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	55	101	83	108	<b>347</b>
<b>II – Neoplasias (tumores)</b>	30	76	73	57	<b>236</b>
<b>III – Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários.</b>	05	01	02	07	<b>15</b>
<b>IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.</b>	12	26	12	46	<b>96</b>
<b>V – Transtornos mentais e comportamentais</b>	15	21	20	21	<b>77</b>
<b>VI – Doenças do sistema nervoso</b>	21	22	25	23	<b>91</b>
<b>VII – Doenças do olho e anexos</b>	02	00	01	03	<b>06</b>
<b>VIII – Doenças do ouvido, apófise e mastoide</b>	00	01	01	01	<b>03</b>
<b>IX – Doenças do aparelho circulatório</b>	86	101	98	115	<b>400</b>
<b>X – Doenças do aparelho respiratório</b>	188	237	235	266	<b>926</b>
<b>XI – Doenças do aparelho digestivo</b>	66	96	109	85	<b>356</b>
<b>XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	03	03	04	09	<b>19</b>
<b>XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</b>	24	22	15	22	<b>83</b>
<b>XIV – Doenças do aparelho geniturinário</b>	29	46	42	40	<b>157</b>
<b>XV – Gravidez, parto e puerpério</b>	93	133	139	135	<b>500</b>
<b>XVI – Algumas afecções orig. no período perinatal</b>	05	07	15	14	<b>41</b>
<b>XVII – Malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas</b>	04	03	03	02	<b>12</b>
<b>XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais.</b>	05	11	11	09	<b>36</b>
<b>XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas</b>	57	56	69	70	<b>252</b>
<b>XX – Causas externas</b>	00	00	01	00	<b>01</b>
<b>XXI – Contatos com Serviços de Saúde</b>	25	07	10	07	<b>49</b>
<b>Total</b>	<b>725</b>	<b>970</b>	<b>968</b>	<b>1040</b>	<b>3703</b>

Fonte: DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

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

As linhas do cuidado surgem a fim de garantir a integralidade na atenção à Saúde, a otimizar os recursos e serviços dispostos à população e usuários.

As linhas de cuidado, de forma sintética, é pensar e organizar de forma lógica a distribuição dos serviços ofertados; é pensar em um fluxo capaz de conduzir os processos de trabalho (cuidados) de forma eficiente e eficaz.

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

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

Pode-se afirmar que no município de Campo Erê, apesar de todas as dificuldades, sendo um dos piores IDHs do Estado, baixa renda, desemprego e/ou falta de emprego até mesmo pela especificidade do município, onde a maior parte das propriedades rurais serem grandes fazendas, em que a cadeia produtiva é “curta”, considerando a alta tecnologia aplicada, onde máquinas e equipamentos de última geração são utilizados na produção tanto de grãos quanto na pecuária de corte e de leite. O município que já foi um dos maiores do estado em área territorial, com população superior a 27.000hab, atualmente conta com cerca de 8.900hab. Já foi o 13º pior em IDH (PNUD 2000) do Estado de Santa Catarina, porém a estrutura física em m<sup>2</sup> atende a demanda, porém a distribuição geográfica, em função da migração da população, ficou um tanto obsoleta, pois há Unidades Básicas de Saúde (UBS) em locais onde não residem mais famílias o que torna o atendimento naquelas UBS inviável. A Unidade Sanitária Sede (Posto Central), apesar das ampliações feitas ao longo dos anos, está localizado numa extremidade da cidade, e atualmente “abriga” as 04 (quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF),

com isso, além da aglomeração de pessoas, pelo fato de todas as equipes atenderem no mesmo ambiente, dificulta a compreensão por parte de parte dos usuários, que conseguem assimilar o motivo pelo qual devem ser atendidos por determinados profissionais.

Atualmente o município conta com uma ótima estrutura física, com duas Unidades de Saúde (UBS) construídas a mesmo de cinco anos e mais as já existentes.

As quatro equipes de ESF atendem a 100% da população residente, sendo que uma atende a mais de 70% da zona rural enquanto que as demais atendem a zona urbana e uma delas atende ao restante da população da zona rural.

Em todas as Unidades de Saúde, o atendimento ambulatorial compreende atendimento médico, atendimento de enfermagem, odontológico, dispensação de medicamentos. No Posto de Saúde da Linha Caldato, é atendida a população do Assentamento Olívio Albani, com aproximadamente 30 famílias, que dista da unidade cerca de 07 km da rodovia pavimentada e mais de 35km da sede.

No Programa de Saúde Bucal, além de atender 100% da população, com o trabalho de odontologia social, através da orientação nas escolas, creches e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), onde são desenvolvidas atividades como escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, apresentação de vídeos educativos, uso da macro escova e macro arcada dentária para ilustração e orientação do desenvolvimento da cárie dentária entre outros. Ainda fazemos o trabalho de odontologia clínica, onde todos os procedimentos da atenção básica são realizados, desde a restauração, extração, RAP, profilaxia entre outros. Trabalhamos com o sistema de Tratamento Completado (TC). O usuário agenda a consulta na primeira semana do mês e as demais consultas/retornos são agendados previamente, no dia e horário que mais lhe convier, em cada equipe de ESF. Ainda temos o terceiro turno, para àqueles usuários que não tem como vir no período diurno, também no sistema de agendamento e TC. Para esse trabalho contamos com 04 (quatro) dentistas concursados com 40h/semanais e temos seis consultórios odontológicos completos, além de equipamentos como Fotopolimerizador, Amalgamador, Jato de Bicarbonato (Profi) e todos os instrumentais e materiais necessários.

Com a publicação da Portaria GM/SUS 154/2008, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e com a edição da Deliberação CIB 023/2009 de 24 de abril, o



município de Campo Erê, habilitou-se em novembro daquele ano com uma equipe do NASF estadual tipo I, no qual atuam profissionais de diversas áreas conforme preconiza a Portaria 154/2008. Mesmo que de forma incipiente, já pudemos perceber a evolução e a melhoria nas atividades de promoção de saúde e prevenção das doenças pelas equipes de ESF. A atuação interdisciplinar e de forma multiprofissional, tem propiciado discussões ricas e educação continuada com os diversos profissionais de todos os níveis das ESFs, contribuindo para a melhoria no atendimento tanto do ponto de vista da humanização, quanto do ponto de vista da resolutividade e com a participação de todos os atores envolvidos – profissionais das ESFs, comunidade e equipe do NASF.

Em 2015 foi implantado um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo I microrregional, que atende, além do município de Campo Erê, os municípios de Saltinho, Anchieta e São Bernardino. É administrado por um Consórcio Intermunicipal de Saúde que congrega os municípios acima citados.

Na atenção primária procuramos atender a toda demanda de serviços, desde o atendimento ambulatorial com consultas médicas, de enfermagem, dispensação de medicamentos, exames de diagnóstico, tanto laboratoriais (análises clínicas, citológicos, anatomopatológicos entre outros) quanto de imagem (RX, USS, TC, RNM).

Nos serviços da Atenção Básica, oferecemos também os serviços de reabilitação (fisioterapia) seja através do Consórcio Intermunicipal de Saúde, ou ainda através de profissional contratado pelo município o que garante a integralidade da assistência.

Para os atendimentos de urgência/emergência, mantemos contrato com o hospital da cidade, Hospital Santo Antônio, onde funciona o Pronto Atendimento (PA) em regime de Plantão. Em havendo a necessidade de transferência de usuário, mantemos convênio com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), podendo contar com os hospitais de referência da região.

Para exames de diagnóstico temos no município os seguintes serviços: Laboratório de Análises Clínicas, onde são realizados exames da atenção básica e de média complexidade.

A Assistência Farmacêutica Básica atende aos princípios da Portaria Ministerial 2982/2009 em consonância com a Deliberação CIB 206/2010, sendo disponibilizados à população os medicamentos básicos do componente municipal e

ainda um bom número de outros itens, respeitando as especificidades locais. A Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), é discutida em conjunto com o corpo clínico e farmacêuticos norteados pela RENAME.

Para assegurar a integralidade da assistência, tanto não âmbito ambulatorial quanto hospitalar, o município participa através da Programação Pactuada Integrada (PPI) hospitalar desde agosto de 2008, com o município de Pato Branco/PR. A

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

## **7.1 Atenção Básica**

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

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

## 7.2 Cobertura Vacinal

A seguir, quadro com a cobertura vacinal no município de Campo Erê, entre 2012 a 2016.

**Quadro 11 – Cobertura vacinal 2012-2016 por tipo de Imuno – Campo Erê/SC**

Tipo de Imuno	2012	2016	2014	2015	2016
BCG	112,40	108,94	110,29	78,42	106,85
Hepatite “B” < 1 mês	-	-	117,65	107,19	93,15
Rotavírus Humano	89,15	111,38	88,97	102,16	101,37
Meningococo “C”	99,22	107,32	85,29	106,47	103,42
Hepatite “B”	96,90	106,50	95,59	120,86	123,86
Pentavalente	28,68	104,88	95,59	120,86	104,79
Pneumocócica	92,25	90,24	95,59	120,14	106,16
Poliomielite	80,62	102,44	95,59	116,55	58,90
Febre Amarela	96,90	111,38	105,15	108,63	92,47
Hepatite “A” -	-	33,82	92,09	87,87	55,51
Pneumocócica 1º ref	-	113,01	97,79	87,77	107,53
Meningococo “C” 1º ref	109,76	95,59	91,37	108,90	101,29
Poliomielite 1º ref.	78,05	95,59	51,08	113,01	84,93

Fonte: TABNET/DATASUS/PNI

Sabendo que a imunização é uma das principais formas de prevenir doenças, a cobertura vacinal é um importante indicador de saúde da população em determinada época e determinado local.

Pelo quadro acima (11), pode-se perceber que a cobertura vacinal, apesar de algumas oscilações em alguns tipos de imunos, tem sido importante, pois atingiu as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, em praticamente todas as etapas e vacinas. A falta de alguns imunos em determinados períodos, é um fator a ser considerado, não pelo total de doses aplicadas/cobertura vacinal, mas pelo transtorno causados à população, que por vezes precisa ir mais de uma vez à Sala de Vacinas, para aplicar as doses no calendário vacinal adequado.

## 7.3 Sistema de Informações Ambulatoriais

Entre os instrumentos necessários à gestão eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para

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

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

O município de Campo Erê, utiliza um Sistema de Gestão em Saúde (Software) que auxilia na alimentação regular dos sistemas de informações do Ministério da Saúde e exporta-os para o DATASUS. Com o advento do e-SUS/AB – Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), e se devidamente alimentado, pode-se ter uma série de informações complementares, que em muito ajudarão aos gestores e equipes de Atenção Básica a direcionar as ações e serviços de saúde, pois até então, não tinha-se dados concretos sobre os motivos/queixas, que as pessoas procuravam as UBS. Não havia informações precisas sobre as principais doenças que acometem os usuários da Rede Básica.

## **CAPÍTULO II**

### **8 – OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.**

#### **8.1 – OBJETIVO GERAL DO PLANO**

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

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes no município e em outros, assegurados à população através da Programação Pactuada Integrada (PPI) ambulatorial e hospitalar e assim que firmado, através do Contrato Organizativo da Administração Pública em Saúde (COAP).

Está dividido em seis Eixos principais e segue a lógica dos Blocos de Financiamento (Portaria 204/2007 e seguintes), facilitando assim a compreensão e a execução financeira e contábil do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

#### **8.2 – ATENÇÃO BÁSICA**

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

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

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

Nesses termos, fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais pobre da população. Daí a importância de se compreender a atenção básica como o eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante ou exclusiva do sistema. Prática que tende a aumentar entre os governantes, na medida do encarecimento dos procedimentos de maior complexidade tecnológica em saúde, fato que vem se agravando nos últimos anos e que

se tornou preocupação em praticamente todos os países do mundo. (MEDICI, 2002; DOCTEUR AND OXLEY, 2003)

A prioridade da atual gestão é a qualificação da rede atual, com foco na Atenção Básica como eixo estruturador do modelo de atenção. Para isso, os esforços serão direcionados na qualificação gerencial dos instrumentos de trabalho e dos profissionais na ponta do atendimento, com o intuito de diminuir a sobrecarga das equipes e os vazios de cobertura.

Necessário será também, democratizar os espaços de gestão, e promover espaços de cogestão com discussões transversais, como forma de “empoderamento” dos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho, o que inclui ainda a revisão dos processos de trabalho (vigilância e assistência) para integração das ações. Nesse intuito, torna-se necessário adequar o modelo assistencial aos princípios do SUS, garantindo a qualidade e a integralidade das ações básicas de saúde; ampliar a oferta municipal de serviços de saúde, reformando e modernizando a infra-estrutura operacional das Unidades de Saúde no município. Ampliar e aperfeiçoar os serviços de saúde oferecidos pela Rede Municipal, além de garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, acolhimento e humanização.

A Atenção Básica à saúde é de responsabilidade do município, com suporte, apoio técnico e financiamento tripartite, e tem fundamental importância na organização do sistema de saúde e na promoção da saúde da população. Qualificar o atendimento na Atenção Básica demanda a manutenção da estratégia de cobertura da atenção básica em 100% da população, considerando seus direitos fundamentais e a necessidade de evitar a pressão da demanda reprimida sobre a rede.

### **Diretriz**

Aprimorar o acesso integral aos serviços de saúde através da Atenção Básica, fortalecendo e consolidando as portas de entrada do SUS (Decreto 7508/2011 – Art.9º) e de acordo com a Portaria 2488/2011.

## **OBJETIVOS DA DIRETRIZ**

### **8.2.1 – Estratégia Saúde da Família (ESF)**

#### **Objetivos**

- Ampliar o acesso aos serviços ambulatoriais da Atenção Básica, por meio das equipes de ESF.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar os recursos necessários – humanos, materiais, veículos e instalações físicas – adequados ao atendimento aos usuários da Atenção Básica, com qualidade e resolutividade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanizar o atendimento às pessoas com acolhimento e escuta qualificada, priorizando às urgências e os grupos vulneráveis como idosos, crianças, gestantes, de acordo com o que preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento das ações com vistas a definir estratégias, organizar os fluxos, estabelecer rotinas e avaliar os resultados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorientação do Modelo Assistencial voltado para a promoção de saúde e a prevenção de doenças.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo as UBS, como portas de entrada aos serviços de saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação da Portaria Ministerial 2.436/2017 e anexos.</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Atender 100% da demanda por consultas médicas em Atenção Básica através das equipes de ESF.	100%	100%	100%	100%	Consultas Médicas ambulatoriais
Assegurar a carga horária semanal de profissionais médicos para o atendimento	40 H/S	40 H/S	40 H/S	40 H/S	Horas Semanais de médicos ESF
Reorientação do Modelo Assistencial através de acolhimento humanizado e escuta qualificada.	Manter	Manter	Manter	Manter	Profissionais da Saúde
Implementar ações do NASF compatibilizando a carga horária com as necessidades.	20 H/S	20 H/S	20 H/S	20 H/S	Equipe multidisciplinar.
Definir calendário de reuniões para planejar ações e definir estratégias de ação.	X	X	X	X	Equipe de Saúde
Realizar ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças à população Campo Ereense.	X	X	X	X	Habitantes /ano
Planejar o atendimento através do agendamento prévio dos atendimentos eletivos (consultas e exames) na Atenção Básica.	X	Manter	Manter	Manter	Equipes ESF

Priorizar a prevenção, o papel real das Estratégias Saúde da Família.	X	X	X	X	ESF
Realizar capacitações de orientações para os cuidadores de pessoas com alguma limitação que necessite deste cuidado.	1	1	1	1	ESF
Elaborar protocolo Municipal de atendimento hospitalar para urgência e emergência, em parceria com o corpo de bombeiros.	Elaborar	Implantar	X	X	Gestão/CMS/ Bombeiros
Elaborar Protocolo Municipal de atendimento hospitalar para urgência e emergência, em parceria ESF/ Corpo de Bombeiros.	Elaborar	Revisar/ manter	Revisar/ manter	Revisar/ manter	GESTÃO/ESF/ Bombeiros
Implantar Protocolo Municipal de atendimento hospitalar para urgência e emergência, em parceria ESF/ Corpo de Bombeiros.	Implantar	Manter	Manter	Manter	GESTÃO/ESF/ Bombeiros
Implantar Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD)	1	X	X	X	EMAD
Manter Equipes Mínimas de Estratégia Saúde da Família Saúde Bucal.	X	X	X	X	Parâmetros M.S.
Priorizar o vínculo de equipe e comunidade, mantendo os profissionais na mesma equipe.	X	X	X	X	Gestão / Atenção Básica
Material de trabalho para todos os profissionais da saúde, inclusive para as Agentes Comunitárias de Saúde.	X	X	X	X	Gestão
Adquirir desfibrilador para unidades básicas de saúde e capacitar equipe.	1	1	X	X	Gestão
Realizar ações do Programa Saúde na Escola que contemplem a necessidade de cada escola, priorizando o engajamento das equipes para sua execução.	X	X	X	X	ESF
Profissional Educador Físico para realização de atividades na academia da saúde e nos grupos desenvolvidos pela	Contratar	X	X	X	Gestão



secretaria da saúde.					
Promover a valorização profissional dos colaboradores da secretaria da saúde.	X	X	X	X	Gestão
Manutenção periódica dos equipamentos das unidades de saúde (compressor, equipamentos odontológicos, aparelho de ECG entre outros).	X	X	X	X	Gestão
Parcerias com demais entidades e representantes do governo, como o Ministério Público, para realização de ações de atividades educativas com a população e como ações do PSE.	X	X	X	X	PSE
Atendimento integral à saúde, garantindo a equidade, integralidade e universalidade, desde o atendimento primário, média e alta complexidade e nos serviços de urgência e emergência do município.	X	X	X	X	Atenção Básica
Melhorar a assiduidade dos profissionais das ESF, NASF e CAPS, para assim desenvolver um atendimento com maior qualidade e resolutividade para a população.	Aprimorar	X	X	X	Atendimento em Rede
Aprimorar ações do NASF, garantir profissionais para o desempenho das ações junto com as ESF.	Aprimorar	X	X	X	NASF
Melhorar a resolutividade dos atendimentos da Atenção Básica, diminuindo assim os encaminhamentos para média e alta complexidade.	Aprimorar	X	X	X	Atenção Básica
Garantir a autonomia das equipes, onde todas devem ter um parâmetro de atendimento, e dentro disso adequar-se à sua territorialização.	Aprimorar	X	X	X	Atenção Básica
Introduzir as Práticas Integrativas e Complementares na rede primária de Atenção à Saúde.	X	X	X	X	PIC's
Implementar as Práticas	X	X	X	X	PIC's

Integrativas Complementares (PIC's) na Rede Básica.					
Protocolos de encaminhamentos para média e alta complexidade.	Elaborar	X	X	X	Atenção Básica
Trabalhar Estratégia Saúde da Família em sua integralidade, com demanda agendada e espontânea, atividades em grupos, atendimento integral às gestantes, parturientes e recém-nascidos.	X	X	X	X	ESF/ Atenção Básica
Direitos e deveres dos usuários, atenta-los quanto às suas responsabilidades quanto à usuários do SUS.	X	X	X	X	Atenção Básica/ Gestão

## 8.2.2 – Saúde Bucal

### Objetivos

- Garantir o atendimento integral à população na área de Saúde Bucal, contemplando desde a Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças da cavidade oral através da Odontologia Social em escolas, creches, APAE e outros.
- Realizar o tratamento clínico em consultórios odontológicos realizando minimamente os procedimentos estabelecidos no Caderno de Atenção Básica Nº 17 (Brasil, 2008)
- Ampliar o acesso dos usuários da Atenção Básica da Rede Pública Municipal de saúde aos serviços de Saúde Bucal de forma planejada e organizada estabelecendo rotinas de acesso e integralidade na atenção.
- Ampliar a abrangência do atendimento clínico bem como implementar as ações de promoção e prevenção, orientando acerca dos problemas de saúde bucal.

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Realizar Escovação dental supervisionada pelo menos 04 (quatro) vezes ao ano vezes aos alunos entre 00 e 15 anos.	4	4	4	4	Crianças 00 – 15 anos – procedimentos coletivos
Realizar palestras educativas e orientações em escolas e creches.	3	3	3	3	Escolas/ano
Implementar Sistema de Tratamento Concluído (TC) na Atenção Básica	X	Manter	Manter	Manter	População usuária SUS

e a 1ª Consulta programática.					
Organizar o acesso aos serviços por meio do agendamento prévio e re-agendamento até o final do tratamento.	X	Manter	Manter	Manter	Equipes Saúde Bucal
Ampliar o atendimento clínico curativo com vistas a integralidade da assistência.	X	X	X	X	Procedimentos /ano
Organizar a Atenção em Saúde Bucal pelo Ciclo de Vida.	X	100%	100%	100%	Gestantes, crianças, idosos.
Disponibilizar os materiais ambulatoriais necessários para o tratamento clínico e preventivos.	X	X	X	X	Insumos
Capacitação e atualização dos profissionais de Saúde Bucal.	100%	100%	100%	100%	Profissionais SB todos os níveis.
Fornecer Próteses Totais (PT) e Próteses Parciais Removíveis (PPR) à população Campo Ereense de acordo com a demanda.	300	350	370	380	Próteses/ano
Aprimorar o acolhimento humanizado à população em todos os níveis.	X	Manter	Manter	Manter	Servidores Públicos
Consultórios odontológicos individuais, para melhor integridade e privacidade do paciente.	Adequar a estrutura física	X	X	X	Gestão
Priorizar atenção integral à saúde bucal, atendendo demanda agendada e urgência e emergência.	X	X	X	X	Atenção Básica

### 8.2.3 – Criança e Adolescente

#### Objetivos

- Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável;

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

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças (ACDC) até 05 anos peso e altura.	100%	100%	100%	100%	Crianças de até cinco anos
Estimular o aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida a todas as puérperas.	100%	100%	100%	100%	Gestantes e puérperas
Captar 100% das Declarações de Nascidos Vivos (DNs) e inseri-las no SINASC.	100%	100%	100%	100%	Nascidos vivos
Captar 100% das Declarações de Óbitos (DO) infantis e digitá-las no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	100%	100%	100%	100%	Óbitos menores de um ano.
Manter a vigilância dos óbitos infantis através da investigação e análise de 100% dos óbitos em crianças menores de um ano.	100%	100%	100%	100%	Óbitos em menores de um ano
Acompanhar o Programa Bolsa Família em 100% das crianças menores de cinco anos.	60	60	55	55	Crianças cadastradas no PBF < 05 anos
Captar 100% dos recém-	100%	100%	100%	100%	Teste do

nascidos para realização do teste do olhinho e do pezinho até o 5º dia.					pezinho/ olhinho
---	--	--	--	--	------------------

## 8.2.4 – Saúde da Mulher

### Objetivos

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

### Metas e indicadores

<b>Meta/ação</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Indicador</b>
Realizar exame preventivo (coleta de material citológico) para o câncer do colo do útero com busca ativa das faltosas ao menos um exame/ano.	100%	100%	100%	100%	Mulheres entre 25 e 64 anos
Realizar exames de mamografia para rastreamento em mulheres acima entre 50/69 anos.	100%	100%	100%	100%	Mulheres na faixa etária
Consultas ambulatoriais médicas e de enfermagem agendadas previamente.	X	X	X	X	Mulheres a partir dos 15 anos
Garantir atendimento	100%	100%	100%	100%	Gestação de risco

multiprofissional às gestantes de risco.					
Notificar os casos identificados de violência contra mulher e vítimas de violência sexual.	100%	100%	100%	100%	Casos de violência identificados
Estabelecer fluxo de atendimento integrado à mulheres vítimas de violência doméstica.	Implantar	Manter	Manter	Manter	Fluxo de acolhimento discreto
Investigar os óbitos maternos e mulheres em idade fértil (MIF)	100%	100%	100%	100%	Óbitos maternos e/ou em idade fértil
Assegurar atendimento em ginecologia e obstetrícia para a demanda da Atenção Básica.	100%	100%	100%	100%	Demanda referenciada AB
Implantar grupos de orientação às mulheres em período de climatério e menopausa.	4	4	4	4	Mulheres > 60 anos.
Planejamento familiar para toda a população, evitando assim a gravidez indesejada, exposição às IST's, óbito fetal e neo-natal, óbito materno.	90%	95%	97%	99%	População em geral
Promover campanhas de esclarecimento sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos.	4	4	4	4	Campanhas anuais
Garantia de assistência ao pré-natal para 100% das gestantes.	100%	100%	100%	100%	Gestantes
Garantia de assistência ao parto, estimulando o parto normal entre 70 e 80% das gestantes.	70 e 80%	70 e 80%	70 e 80%	70 e 80%	Gestantes

## 8.2.5 – Saúde Do Homem

### Objetivos

- Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do município, contribuindo, de modo efetivo para a redução da morbimortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde do homem. (Portaria nº. 1.944/2009).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar precocemente os casos de cânceres com atenção especial para o câncer de próstata.</li> </ul>

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar a oferta de exames na Rede Pública, para detecção precoce de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.	X	X	X	X	Exames análises clínicas/ano
Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.	X	X	X	X	Consultas/ano para homens a partir dos 20 anos
Estimular o autocuidado através de palestras e orientações nos grupos de idosos.	12	12	12	12	Palestras/ano
Implementar o Programa de Controle do Tabagismo no município para atender a demanda.	Implementar	Manter	Manter	Manter	Programa Implementado

### 8.2.6 – Saúde do Idoso

#### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Política de Atenção à Saúde do Idoso tem o intuito de garantir a promoção da capacidade funcional e da saúde do idoso em ações que visem à valorização, ao respeito e à efetivação do Estatuto do Idoso. (Lei N°10.741, de 01.10.2003).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A ampliação do acesso ao cuidado e aos serviços e equipamentos públicos de assistência social e à saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de acesso ao medicamento, às terapias adequadas, incluindo a saúde bucal e ocular, as terapias integrativas, e reabilitação física e cognitiva.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em idosos para a redução da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fraturas do fêmur;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de ações intersetoriais de fortalecimento da pessoa idosa, mediante ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência funcional;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia do acesso aos equipamentos de tecnologia assistiva (órtese e prótese).</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Implantação de ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência;	Implantar	Manter	Manter	Ampliar	Idosos acima de 60 anos.
Criação de Rede Solidária de Cuidado ao Idoso na comunidade;	X	X	X	X	Atenção Básica
Realizar capacitação aos profissionais de saúde visando qualificar a atenção às pessoas idosas.	10	15	15	15	Profissionais capacitados.
Definição e implantação de protocolos clínicos e linhas de cuidados de atenção à saúde do idoso.	X	X	X	X	Gestão /Atenção Básica
Assegurar a assistência farmacêutica integral e regular com medicamentos de uso contínuo e/ou temporários.	X	X	X	X	REMUME
Ações e orientações para o envelhecimento saudável.	02	02	02	02	Reuniões/ano em cada grupo de idosos.

## 8.2.7 – Saúde Mental

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolidar, no município de Campo Erê, uma rede de atenção integral e resolutive para os usuários com transtorno em decorrência do uso de drogas – lícitas e ilícitas – promovendo espaços de inclusão e de reinserção social e atuando junto às famílias e à comunidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer ações integradas de saúde do trabalhador voltadas ao controle do tabagismo e do sedentarismo;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer a Política de Controle do Tabagismo através do apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</li> </ul>

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Desenvolver um plano de atuação Inter setorial para a atenção ao usuário de drogas.	Elaborar Plano	Manter	Ampliar	Manter	Usuários de drogas
Mapear usuários de álcool e outras drogas lícitas e/ou ilícitas por equipe de ESF.	Realizar mapeamento	Manter	Manter	Manter	ESF
Realizar ações de redução de danos e prevenção do uso de drogas no território.	X	X	X	X	Usuários Dependentes químicos
Estabelecer protocolos e fluxos nas Unidades de Atendimento para garantir o atendimento de 100% da demanda de portadores de transtorno mental.	X	X	X	X	Demanda identificada em Saúde Mental
Elaboração de fluxos e rotinas de ações junto ao NASF e Equipes de Saúde da Família e referência (CAPS)	X	X	X	X	Atendimento em Rede

entre outros.					
Redução da prevalência de dependentes do tabaco no município, gradualmente.	10%	20%	20%	20%	Fumantes do município.
Formar grupos e realizar oficinas terapêuticas com portadores de transtornos mentais por similaridade.	06	08	10	12	Oficinas/ano por grupo.
Expandir o Projeto de Ambientes Livres do Fumo para todas as Repartições Públicas Municipais, incluindo as escolas.	02	02	02	02	Repartições Públicas Municipais ano.
Inserir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica, como apoio institucional às equipes de ESF.	X	X	X	X	Equipes de ESF/NASF
Elaborar protocolos de atendimento, visando o cuidado compartilhado.	Elaborar	Manter	Ampliar	Ampliar	NASF/ESF Necessidade percebida

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

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

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

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de

responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

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

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

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

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

## **DIRETRIZ**

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

## Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimento das Redes de Atenção com garantia de acesso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencializar as ações de saúde com a oferta de diagnóstico laboratorial e de imagem, prioritariamente para os programas de saúde estruturados na rede básica, considerando risco e vulnerabilidade de grupos e sujeito.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar a oferta de consultas especializadas para atendimento em tempo adequado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a oferta de procedimentos hospitalares de média e alta complexidade.</li> </ul>

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Regular o acesso o acesso aos serviços em todos os pontos de atenção	X	X	X	X	Serviços regulados
Implementar a regulação por meio do Sistema de Regulação (SISREG) com Implantação de Central de Regulação Municipal	X	X	X	X	Central implantada
Aumento do número de especialidades da rede de forma equânime priorizando a expansão das especialidades com maior déficit/lista de espera.	10%	20%	20%	20%	Ampliação da oferta de consultas especializadas
Ampliar a oferta de exames laboratoriais de análises clínicas com resultados em tempo resposta adequados.	20%	20%	10%	10%	Percentual de aumento/ano.
Manter e ampliar a participação Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS)	X	X	X	X	Participação em Consórcio de Saúde.
Aumentar a oferta de procedimentos ambulatoriais e clínico-cirúrgicos de alta complexidade para população Campoerense.	X	X	X	X	Cirurgias eletivas de média e alta complexidade
Garantir o acesso aos serviços para pessoas com transtornos mentais/comportamentais unidades ambulatoriais (CAPS) ou hospitalares, de acordo com a demanda.	X	X	X	X	Indivíduos acompanhados pelo CAPS

Ordenar o acesso aos serviços de média complexidade no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	Manter	Manter	Manter	Manter	CEO (São Lourenço D'Oeste)
Garantir a oferta de serviços profissionais de nível superior na Rede Própria em fisioterapia, psicologia, nutricionista, psiquiatria entre outros.	X	X	X	X	Oferta de Serviços de Média Complexidade
Manutenção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, com profissionais e os insumos necessários.	X	X	X	X	CAPS mantido
Ordenar o acesso a APAE para todos os pacientes que necessitem deste atendimento.	X	X	X	X	APAE
Qualificar a forma de gestão/administração do CAPS.	X	X	X	X	CAPS
Ampliar a oferta de cirurgias eletivas para a população.	X	X	X	X	Oferta de serviços

## 10 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas

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

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

## **DIRETRIZ**

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

## **Objetivos**

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

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2017	Indicador
Manter e/ou alcançar as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde.	X	X	X	X	Cobertura vacinal público alvo
Encerrar oportunamente pelo menos 95% das notificações das doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN.	95%	95%	95%	95%	Encerramento oportuna DNC.
Manter a proporção de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase.	X	X	X	X	100% cura casos novos
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil	100%	100%	100%	100%	100% dos casos investigados e encerrados
Investigar e encerrar oportunamente 100% dos óbitos infantis no município	100%	100%	100%	100%	100% dos casos investigados e encerrados
Reduzir para menos de dois dígitos a taxa de mortalidade infantil no município no período.	02	02	02	02	Óbitos infantis
Elaborar e implementar a Política Municipal de Práticas Integrativas Complementares.	Elaborar	Implementar	Implementar	Manter	Práticas Integrativas
Manter cadastrados 100% dos estabelecimentos de interesse da saúde no município (VISA).	90%	100%	100%	100%	Estabelecimentos inspecionados
Alcançar as metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) Portaria 1708/2013.	80%	80%	90%	90%	Metas pactuadas a serem alcançadas.
Atualizar o Código Sanitário Municipal (Lei Municipal) de acordo com a legislação vigente.	Atualizar	Manter	Manter	Manter	CSM



Atualizar Lei/Decreto que regulamenta a cobrança de taxas da Vigilância Sanitária.	Atualizar	Manter	Manter	Atualizar	Taxas municipais
Manutenção de inspeções em unidades comerciais, pelo menos uma inspeção em cada estabelecimento.	100%	100%	100%	100%	Inspeções/ano
Capacitação dos trabalhadores para boas práticas de fabricação/manipulação de alimentos e/ou produtos de interesse da saúde.	95%	95%	95%	95%	Trabalhadores capacitados
Capacitação em normas de biossegurança e riscos de contaminação para profissionais dos Salões de Beleza, Barbearias, e afins.	100%	100%	100%	100%	Capacitações realizadas.
Monitorar a qualidade da água para consumo humano - soluções alternativas coletivas – poços artesianos, através de análise quinzenal.	01	01	01	01	Amostras de água coletadas
Monitoramento da qualidade da água consumida na Rede Pública e em poços coletivos, de acordo com a Portaria 2914/2011.	12	12	12	12	Amostras de água/mês enviadas ao LACEN
Implantar e implementar a Política de Saúde do Trabalhador no setor primário e terciário.	X	Manter	Ampliar	Ampliar	Saúde do trabalhador
Cadastrar, notificar e investigar 100% das ocorrências de surtos de DTAs.	100%	100%	100%	100%	Surtos DTAs
Atualizar o mapa de Reconhecimento Geográfico (RG) do perímetro urbano para controle da Dengue.	01	01	01	01	01 RG/ano

Realizar 100% das ações de campo para determinar os índices de infestação do mosquito Aedes Aegypti, de acordo com o PNCD – Levantamento de Índice (LI) e Pontos Estratégicos (PE)	100%	100%	100%	100%	Ações de controle ao Aedes Aegypti
Realizar 100% das ações de bloqueio e delimitação de focos, quando e se houver, de acordo com PNCD.	100%	100%	100%	100%	Ações de Bloqueio
Elaboração de material informativo (folders, banner, placas) e distribuí-los/afixá-los em pontos estratégicos.	5.000	5.000	5.000	5.000	Panfletos/folders Placas/banners
Contratação de Agente de Combate a Endemias (ACE) com vínculo protegido – concurso público.	01	Manter	Manter	Manter	ACE Concursado
Executar infração seguindo orientação da lei nº 17.068/2017, para que os proprietários ou locatários mantenham seus terrenos sempre limpos, evitando assim os possíveis criadouros do Aedes Aegypti e Aedes Albopictus.	100%	100%	100%	100%	Cumprimento da lei nº 17.068/2017
Criar comissão para avaliar/julgar notificações de infração segundo a lei nº 17.068/2017.	100%	100%	100%	100%	Controle Aedes Aegypti

## 11 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

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

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

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

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

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

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

Assim sendo, pressupõe-se que todo indivíduo atendido na Rede Pública de Saúde, deva ter assegurada a INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA, incluindo a terapêutica para o tratamento completo. Isso implica em garantir o acesso aos

medicamentos que devem estar disponíveis em tempo integral e de acordo com as especificidades locais/regionais.

O município de Campo Erê, tem como Política de Governo, assegurar a integralidade da assistência terapêutica, por meio de medidas que garantam a regularidade da disponibilidade dos medicamentos da REMUME, assim como revisar, sempre que necessário, a REMUME.

## DIRETRIZ

Integralidade da assistência farmacêutica aos usuários do SUS através da distribuição regular e uso racional de medicamentos.

## Objetivos

- Manter e adequar a oferta de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica à população Campoerense, com revisões sistemáticas da REMUME.
- Garantir o acesso e a distribuição de medicamentos do componente básico, excepcional e demandas judiciais.

## Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Revisar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, preconizados.	Revisar	Revisar	Revisar	Revisar	REMUME Atualizada
Garantir a oferta em tempo integral e o uso racional de medicamentos.	X	X	X	X	REMUME Dispensação
Manter estoques mínimos necessários para evitar a falta de medicamentos de uso contínuo ou sazonais nas UBS.	X	X	X	X	Estoque de remédios mantido.
Adequação do almoxarifado Central, com climatização e acondicionamento	X	Manter	Manter	Manter	Gestão

adequado dos insumos da assistência farmacêutica.					
Implantação gradual e regular, de uma Política de fitoterápicos na Rede Pública Municipal de Saúde.	X	X	X	X	Gestão/Assistncia Farmacêutica
Assegurar o destino correto dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), Grupos A e B – RDC ANVISA 306, produzidos pela Rede Pública de Saúde.	X	X	X	X	Gestão/VISA Municipal
Assegurar a capacitação quanto ao uso adequado de insumos e equipamentos.	100%	100%	100%	100%	Gestão/RH/Saúde do Trabalhador
Manter alimentação regular do Sistema de Controle de Estoque – entradas e saídas – no Sistema de Gestão Municipal e Exportação para o Sistema HORUS	X	X	X	X	Controle de Estoque informatizado
Contratação de profissionais para assegurar a Assistência Farmacêutica adequada à população.	X	X	X	X	Profissionais contratados.
Implementa as ações do componente ESTRUTURA do programa QualifarSUS	X	X	X	X	QualifarSUS implementado
Equipar adequadamente as UBS com Armário para medicamentos do controle Especial – Portaria 344/98.	X	X	X	X	Armazenamento adequado
Manter atualizados POPs e Manual de Boas Práticas de Assistência Farmacêutica	X	X	X	X	Ferramentas de Controle atualizadas.

## 12 – GESTÃO DO SUS

Ao observar as normas constitucionais e infraconstitucionais do SUS e a prática cotidiana da aplicação dessas normas, transformadas em regulamentos infralegais, isto é, decretos, portarias e resoluções, percebe-se a pluralidade de composição desse sistema. Da mesma forma é inegável que alguns componentes como a organização dos serviços, o modelo de atenção, o financiamento, a gestão, a governança e a regulação sempre estarão presentes, entre outros, como elementos importantes nessa composição. Ao analisar o sistema de saúde no Brasil percebe-se que um dos grandes desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-lo têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde. Essa realidade está exigindo cada vez mais a implantação de mecanismos de cogestão em que a tomada de decisão caracteriza-se pela negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS, nos espaços das comissões intergestores, no intuito de fortalecer a articulação interfederativa.

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde tem gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo. Não temos programas que possibilitem um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia, saúde mental, assistência farmacêutica, saúde bucal e outros e somos obrigados, em consequência, a arcar com os desumanos e insustentáveis tratamentos de hemodiálise, cirúrgicos, transplantes, intoxicações e câncer, só para citar alguns. (CNS, 2006 – João Batista Júnior).

Cabe ao Gestor, assegurar a correta e efetiva aplicação dos recursos, buscando oferecer mais e melhores serviços, com os mesmos recursos. Desafio estes que para serem enfrentados, precisará do comprometimento, articulação e a participação dos trabalhadores e prestadores, no processo de construção e implementação as Políticas Públicas de Saúde.

## 12.1 – DIRETRIZ I – GESTÃO DO TRABALHO

### Objetivos

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

### Metas e indicadores

Meta/ação	2018	2019	2020	2021	Indicador
Elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS)	01	01	01	01	PAS elaborada
Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS)	01	01	01	01	RAG elaborado
Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)	01	Revisão	Revisão	Revisão	PMS 2018/2021
Atualizar o plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) adequando vencimentos aos padrões regionais.	X	Manter	Manter	Manter	PCCS adequado
Realização de Concurso Público para provimento de vagas e garantir vínculo protegido à pelo menos 95% do servidores.	X	X	X	X	Concurso público para provimento de vagas.
Manter canal de negociação com servidores para adequação da Política Municipal de Cargos e Salários.	X	X	X	X	Mesa de negociação
Fazer a avaliação de desempenho (Estágio)	02	02	02	02	Avaliações/ano

Probatório) dos servidores novos com objetivo de inseri-los no contexto da filosofia de trabalho da Secretaria de Saúde.					
Estruturar e capacitar uma equipe de regulação, controle, avaliação e auditoria (ECA) do SUS.	X	Manter	Manter	Manter	Equipe ECA
Capacitar a equipe de ECA para Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria de acordo com as normas vigentes.	100%	X	100%	X	Servidores capacitados
Serviços de especialidades para atendimento no município, pediatra e ginecologista/obstetra.	Contratar	Manter	Manter	Manter	Gestão/RH

## 12.2 – DIRETRIZ II – EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

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

O município de Campo Erê, firma compromisso com a prática da Educação Permanente, em contraposição à lógica da capacitação continuada e das ações fragmentadas de treinamento e capacitação. Propõem-se estratégias que fortaleçam o caráter pedagógico da prática cotidiana, fornecendo os aportes necessários de



conhecimento atualizado para o seu fortalecimento e qualificação, de acordo com o desenvolvimento profissional dos atores envolvidos.

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar o processo de educação permanente a todos os servidores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e com isso, promover transformações na prática profissional.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o aprimoramento e a atualização dos profissionais, considerando suas vivências profissionais e as especificidades de cada serviço.</li> </ul>

### 12.3 – DIRETRIZ III – CUSTEIO E INVESTIMENTO

Para o próximo período, a secretaria de saúde busca o melhor desenvolvimento dos processos internos, no intuito de garantir agilidade e eficiência administrativa. Desta forma, pretende-se aprimorar a gestão de contratos e convênios, e o desenvolvimento dos atos necessários às ações de manutenção e expansão dos serviços.

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

### Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir ambientes adequados e com área necessária para execução dos serviços.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipar as Unidades de Saúde com equipamentos e veículos de acordo com as necessidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprimorar a aplicação dos recursos de custeio e remuneração de pessoal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a manutenção preventiva/corretiva das instalações físicas, veículos e equipamentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a renovação da frota de veículos, de acordo com a necessidade, após o desgaste pelo tempo de vida útil e/ou ampliação.</li> </ul>

### Metas e indicadores

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

Manutenção preventiva de veículos e equipamentos ambulatoriais, odontológicos, de informática, rede de frios etc.	X	X	X	X	Manutenção regular
Garantir estrutura física, equipamentos, veículos e os recursos humanos necessários para Equipes da Atenção Básica.	X	Manter	Manter	Manter	Gestão
Assegurar os recursos financeiros para custeio necessários ao pagamento de recursos humanos, dos prestadores de serviços e despesas operacionais.	X	X	X	X	Recursos financeiros LDO Execução orçamentária e financeira.
Aquisição de Veículos/Vans	03	02	03	02	Veículos adquiridos
Reforma do Centro de Especialidades (Unidade Sede)	X	X			Reforma UBS
Implantação de Academia de Saúde ao Ar Livre	X				Academia implantada.

### 13 – CONTROLE SOCIAL

Ao longo dos anos, a participação da sociedade no setor Saúde passou por processos de mudanças complexos, que resultaram em um sistema de controle social cada vez mais qualificado, deliberativo, independente e representativo. A democratização das políticas de saúde é exemplo de um dos avanços viabilizados pela existência do controle social. Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado. A amplitude do campo de atuação dos conselhos de saúde, além de valiosa, é extensa. Como exemplo, a instituição dos conselhos de saúde atende à exigência legal estabelecida para o repasse de recursos financeiros, estaduais ou federais, ao setor Saúde. Sua atuação e variedade de competências fazem com que, hoje em dia, todos os municípios brasileiros disponham de um conselho de saúde.

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 10 de maio de 2012, em sua Terceira Diretriz traz. *“a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na*

*proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática”.*

O Controle Social ainda é um desafio, a participação ainda é muito tímida, nota-se com maior frequência, conflitos entre usuários e prestadores de serviços, públicos e/ou privados, talvez numa maneira equivocada de exercer o controle social. Isso em si é de forma individualizada e pela defesa dos interesses pessoais e não coletivos. Assim temos vivido momentos de stress ao invés da construção democrática das políticas públicas, que assegurem os direitos de todos e não apenas de alguns e por vezes, pela interferência externa e não rara, por meio da judicialização.

## **DIRETRIZ**

Ampliar a participação e o Controle Social no SUS.
--

### **Objetivos**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar o controle social na rede de serviços públicos.</li> </ul>                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a estruturação e o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de conferências municipais de saúde.</li> </ul>                                   |

### **Metas e indicadores**

<b>Meta/ação</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Indicador</b>
Promover a renovação sistemática dos conselheiros quando não houver a participação desejada.	X	X	X	X	Conselho Renovado
Assegurar a capacitação dos conselheiros de	12		12		Conselheiros capacitados.

saúde, para atualização e conhecimento da atuação junto ao CMS.					
Realizar Conferência Municipal de Saúde a cada quatro anos.		01			Conferência realizada
Estimular a participação e controle social organizada, idosos e outros segmentos para participarem das reuniões do CMS.	X	X	X	X	Sociedade Civil
Manter a realização de pelo menos uma reunião mensal do CMS, com calendário aprovado no início de cada ano e recesso de 60 (sessenta) dias.	10	10	10	10	Calendário de Reuniões
Realizar a prestação de contas quadrimestral ao CMS – lei 141/2012 – Artigo 41.	04	04	04	04	Prestação de Contas
Submeter a aprovação do CMS o Relatório Anual de Gestão (RAG) e a Programação Anual em Saúde (PAS) no prazo estipulado (Portaria Ministerial 2.135/2013).	X	X	X	X	RAG e PAS aprovados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

O denso elenco de atividades propostas em função do enfrentamento dos problemas diagnosticados e dos objetivos, que se pretende alcançar, exige da gestão a definição de estratégias específicas e monitoramento e avaliação de suas metas estratégicas, da eficiência administrativa e do impacto, quando possível, das ações realizadas. Para tanto, a formação de grupos técnicos para estudo do PMS, é uma proposta a ser implementada no primeiro ano da vigência.

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

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



Estado de Santa Catarina  
MUNICÍPIO DE CAMPO ERÊ



MUNICÍPIO DE CAMPO ERÊ  
Lei nº 674 de 26.06.83  
Licença nº 5082  
Atestado 19.07.17  
Retirado

**DECRETO Nº. 1.242, DE 19 DE JULHO DE 2017.**

**NOMEIA MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O Prefeito Municipal de Campo Erê, Estado de Santa Catarina, no uso das atribuições legais que lhe confere o inciso VII do Artigo 57 da Lei Orgânica Municipal, bem como a Lei Municipal Nº 1.680/2013, de 12 de Junho de 2013, alterada pela Lei Municipal n. 1.873/2015 de 07 de julho de 2015;

**DECRETA**

**Art. 1º.** Ficam nomeados os membros abaixo relacionados, para compor o Conselho Municipal de Saúde, de acordo com as disposições da Lei nº 1.873/2015:

**I – Representantes dos Prestadores de Serviço.**

a) Um representante da Secretaria Municipal de Saúde Pública:

Titular: Gelso Paloschi;

Suplente: Gêssica Zilio.

b) Um representante dos Hospitais:

Titular: Cecília Masseto;

Suplente: Eucadia Donida.

c) Um representante do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS:

Titular: Juliana Ansiliero;

Suplente: Flavio Roberto Dal Magro.

d) Um representantes da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE:

Titular: Luciana Artuso;

Suplente: Maria Ines Rovaris.

e) Um representante do Corpo de Bombeiros:

Titular: Dilson Gilmar Stan;

Suplente: Felipe Alberton.

**II – Representante dos trabalhadores profissionais de saúde:**

a) Um representante dos Médicos:

Titular: Elaine A. Forgiarini;

Suplente: Amariles Thais Sand.

b) Um representante dos Enfermeiros:

Titular: Viviane da Fonseca Prestes;

Suplente: Maria de Lurdes da Silva Porn.

c) Um representante dos Odontólogos:

Titular: Marcelo Caetano Manganotti;

Suplente: Lya Soares Raimondi.

d) Um representante do Núcleo de Apoio Sócio Familiar II – NASF II:

Titular: Daniela Salles de Farias;

Suplente: Andreia Enderle Trevisan.

e) Um representante das Especialidades:

Titular: Marione Massetto;

Suplente: Loir da Costa.

**III – Representantes dos usuários:**

a) Um representante das comunidades do interior:

Titular: Aide Bressiani;

Suplente: Almiria Maciel de Freitas.



**Estado de Santa Catarina  
MUNICÍPIO DE CAMPO ERÊ**



- b) Um representante da Associação Empresarial de Campo Erê – ACICE:  
Titular: Pedro Seger Junior;  
Suplente: Daniela Noronha.
- c) Um representante da Associação das Micro e Pequenas Empresas de Campo Erê – AMPEC:  
Titular: Poliana G. da Silva;  
Suplente: Gonçalves da Silva.
- d) Um representante do Sindicato da Agricultura Familiar de Campo Erê:  
Titular: Katia Appio Nicolau;  
Suplente: Lisete Maria Bernardi.
- e) Um representante da Associação Vida e Luz São Rafael:  
Titular: Nelson Tresoldi;  
Suplente: Suzana Brambilla Perico.
- f) Um representante dos Bairros da Cidade:  
Titular: Lurdes Gherardt;  
Suplente: Divercina Riffel.
- g) Um representante das Associações de Idosos:  
Titular: Lauro Scherner;  
Suplente: Elizio Coletto.
- h) Um representante da Pastoral da Criança:  
Titular: Maria Reni Gauer;  
Suplente: Valdir R Ramos.
- i) Um representante das Escolas e Creches Municipais;  
Titular: Suziane Teske;  
Suplente: Evaine Américo.
- j) Um representante da Secretaria Municipal de Assistência Social:  
Titular: Luciane A. Giachini;  
Suplente: Emily Wuelma.

**Parágrafo único.** O Secretário Municipal de Saúde Pública será membro nato do Conselho.

**Art. 2º.** O mandato dos conselheiros titulares e suplentes terá a duração de 02 (dois) anos, permitida a recondução nos termos do art. 8º. da Lei 1.644/2012

**Art. 3º.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 4º.** Revogam-se as disposições em contrário, em especial o Decreto n. 715/2015.

Campo Erê, SC, 19 de Julho de 2017.

Registre-se e Publique-se

**ODILSON VICENTE DE LIMA**

Prefeito Municipal

Registrado e Publicado em data supra

**DÁRIO FERLIN**

Téc em Contabilidade

Mat. N° 000784-6



Secretaria Municipal de Saúde  
Conselho Municipal de Saúde  
Campo Erê/SC



**RESOLUÇÃO CMS Nº 011/2017 de 28 de Novembro de 2017.**

**DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021 DO MUNICÍPIO DE CAMPO ERÊ E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O Presidente do Conselho Municipal de Saúde do município de Campo Erê, Estado de Santa Catarina, de acordo com as competências legais e regimentais conferidas Lei Municipal de 633/93 de 28 de janeiro de 1993, alterada pela Lei 1.883/2015, combinada com o Decreto 1.242/2017, de 19 de julho de 2017 e alterações posteriores;

Considerando ainda o disposto na Lei 8.080/90 e 8.142/90; Decreto 7.508/2011 e a Lei 141/2012, bem como a Portaria Ministerial 2.135/2013.

Considerando a apresentação, discussão, foi submetido à apreciação do Pleno do CMS, que por consenso e à unanimidade dos presentes, deliberou e o presidente do CMS;

**RESOLVE:**

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

**Art. 2º –** O Pleno do CMS, deliberou também que a revisão do **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021** do município de Campo Erê, deverá ser pelo menos uma vez por ano.

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

**Art. 5º –** Esta Resolução entrará em vigor na data de a publicação, após homologação através de Decreto do Executivo Municipal.

**Art. 6º –** Revogam-se disposições em contrário.

Campo Erê/SC, 28 de Novembro de 2017.

**Marcelo Caetano Manganotti**  
Presidente do CMS  
Campo Erê/SC