

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO ERÊ

2014 / 2017

**Prefeito Municipal
RUDIMAR BORCIONE
Vice-Prefeito Municipal
ÁLVARO VIGANÓ**

**Secretária Municipal de Saúde Pública
Juceli Damasio Silveira**

Coordenador de saúde pública: Leandro Zanatta.

Assessora de saúde pública: Neuza Campos.

Chefias de Unidades Sanitárias: Maria Ledi Tonial Zanella e Cassiane Bogoni de Lima.

Supervisora de equipes: Fernanda Spader.

Coordenadora de programas: Rosalva Boligon.

Índice

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 04 |
| I – INTRODUÇÃO..... | 06 |
| II – OBJETIVOS..... | 09 |
| III – ANÁLISE SITUACIONAL..... | 12 |
| IV – ANÁLISE EM RELAÇÃO A SAÚDE INTEGRAL..... | 29 |
| V – PROBLEMAS PRIORITÁRIOS POR EIXO..... | 38 |
| DIRETRIZES, AÇÕES, OBJETIVOS E METAS..... | 42 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 69 |
| ANEXOS (Resolução CMS)..... | 71 |

Lista de Tabelas

Tabela 01 – Recursos Humanos Saúde 2013

Tabela 02 – População Residente 2013 (IBGE)

Tabela 03 – Nascidos Vivos

Tabela 04 – Morbidade Hospitalar 2013

Tabela 05 – Epidemiologia e Agravos de Notificação

Apresentação

No mundo em 1978 a Declaração de Alma-Ata na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Internacional de Saúde idealizou a meta de “Saúde para todos no Ano de 2000”.

No Brasil com a promulgação da Constituição Cidadã em 1988, foi implantado o Sistema Único de saúde – SUS, com a finalidade de levar a sociedade o acesso aos cuidados básicos de saúde, ficando estabelecido os seus princípios fundamentais de universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e controle social e, juntamente a isso, a Atenção Básica à Saúde como a porta de entrada aos serviços.

A Lei N.º.8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, define no seu Art. 4º que os municípios, estados, e o Distrito federal devem contar com o Plano de Saúde e Relatório de Gestão atendendo o que preceitua as determinações legais do SUS, existindo assim instrumentos para planejar, direcionar, monitorar e avaliar as ações e serviços.

O Pacto pela Saúde, ainda, define compromissos entre gestores do SUS em torno de prioridades, resultados de um processo de pactuação e acordo de responsabilidade definidas pela Lei N.º. 8.080/90 e 8.142/90.

A adesão do município de Campo Erê ao Pacto pela Saúde através da **Deliberação CIB 121/09 de 01/10/2009** foi deliberado na reunião da Comissão Intergestores Bipartite em **11/11/2009 Deliberação 2.725** e homologado pelo

Ministério da Saúde através da **Portaria Ministerial 275 de 31/05/2010** que formaliza através do Termo de Compromisso de Gestão – TCG e, ainda, determina o Teto de Limite Financeiro Global – TLFG. O Município de Campo Erê, conta ainda com uma Pactuação interestadual com o Município de Pato Branco, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 459 de 20 de agosto de 2008 e também um Consórcio Intermunicipal e interestadual de Saúde conforme Lei Federal nº. 11.107/2005 e no Decreto Federal nº 6.017/2007 (**assim/conims**).

O Plano de Saúde é um instrumento que a partir de uma análise situacional apresenta as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (Ministério da Saúde – Caderno de Planejamento, vol. 2). Deve manter coerência com o previsto no Plano Plurianual - PPA, na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e na Lei Orçamentária Anual – LOA.

Norteia as políticas de saúde e seus financiamentos contemplando as ações frente às demandas da população nas atribuições definidas no Termo de Compromisso de Gestão – TCG, nos objetivos e metas assumidas no pacto pela saúde.

Na execução do plano municipal, o gestor juntamente com a equipe multi profissional de saúde, respaldada pela deliberação do Conselho Municipal de Saúde, realiza uma análise situacional das características do município, das condicionantes de saúde da população, da estrutura disponível, bem como a da rede regional, definindo as ações a serem desenvolvidas, para atender as necessidades de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde de seus municípios.

O Plano Municipal de Saúde é entendido como um instrumento de apoio para os Gestores do SUS, pois proporciona conhecer a realidade socioeconômica do município e indica problemas e prioridades para melhoria da situação de saúde da população.

O Comprometimento dos Gestores é o de diminuir as desigualdades em saúde, através de pactuações e ações que possibilitem as melhorias das condições de vida dos municípios e assim, podemos dizer que, saúde relaciona-se diretamente com o bem estar físico, mental e social das pessoas.

Sabemos que as demandas de saúde são ilimitadas. Conhecemos que os recursos são limitados. Cabe então ao conjunto da sociedade eleger prioridades para que se utilize com máxima otimização os recursos financeiros existentes e, para tanto se faz necessário conhecer a situação epidemiológica e suas características para então atuarmos de forma a solucionar problemas existentes que dizem respeito à saúde da população.

O atual plano terá vigência de 2014 / 2017, sendo avaliado permanentemente através da programação anual e do relatório de gestão.

I – INTRODUÇÃO

Através do Plano Municipal de Saúde de Campo Erê, procuramos contextualizar o processo, reunir conteúdos e estratégias de ação que possibilitem um trabalho com a perspectiva de envolvimento dos diversos atores em saúde.

A proposta do Plano de Saúde fundamenta-se nos princípios básicos do SUS, onde reconhece o usuário como ponto de partida para construção do Sistema. Nesta perspectiva, salientamos a importância da troca de informações, do trabalho em equipe articulado, do momento de reflexão sobre onde queremos chegar, definindo objetivos, traçando metas, desafios e propostas de trabalho para os próximos quatro anos.

De acordo com as Leis Orgânicas da Saúde – 8080/90 e 8142/90 – o Plano Municipal de Saúde deve ser a principal ferramenta de gestão. Precisa ser bem elaborado, considerando as especificadas locais e regionais. Deve estar atualizado, ser revisado regularmente e efetivamente promover as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade de vida da população, de forma clara e objetiva.

O Planejamento em Saúde, de acordo com as Portarias Ministeriais GM/SUS 3085 e 3332/2006, definem os instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, como Plano Municipal de Saúde, Programação Anual em Saúde e o Relatório de Gestão.

Este Plano de Saúde foi construído com a participação de pessoas de mais diversos setores da Secretaria Municipal da Saúde de Campo Erê, e está em consonância com o Programa de Governo, bem como com o Plano Plurianual – PPA.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma formulação política e organizacional para o re-ordenamento dos serviços e ações de saúde. Estabelecida pela Constituição Brasileira de 1988 e por leis que a regulamentam, é um sistema novo e ainda em construção. O SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade

As ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

II – OBJETIVOS

1 – Geral

Ser o principal instrumento de Gestão, que de maneira clara e objetiva possa contextualizar o processo constante de evolução do Sistema. Reúne conceitos, conteúdos e ações que permitirão um trabalho com direção única, tendo o envolvimento de todos, nos diversos setores, para logarmos êxito em nossa proposta de atingir o maior grau de satisfação possível ao usuário. Está de acordo com as políticas de saúde das esferas estadual e federal, e vem de encontro às necessidades da população e contempla as principais diretrizes do Governo Municipal. O Plano Municipal de Saúde, é a descrição minuciosa de todas as ações, políticas e estratégias de saúde, a serem adotadas, implantadas e/ou implementadas no município de Campo Erê, e está de acordo com o Plano Plurianual (PPA) e contempla o Plano de Governo.

2 – ESPECÍFICOS

2.1 – Atenção Básica:

- Redução das desigualdades em saúde e redução dos fatores de risco;

- Humanização do atendimento com capacitação dos profissionais;
- Promoção de Saúde através de atividades educativas/reorganização dos grupos de diabéticos, hipertensos, idosos, gestantes, fumantes, dependentes químicos, adolescentes, crianças;
- Ampliação da oferta de exames laboratoriais de análises clínicas, cito-patologia e anátomo-patologia clínica;
- Ampliação da oferta de serviços ambulatoriais na área médica, odontológica, reabilitação entre outros, com ênfase para ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.
- Revisão no modelo de atendimento/agendamento de consultas com a redução da livre demanda;
- Adesões e implantações de novos serviços à população, como: CAPS, Saúde do Adolescente, Saúde do Trabalhador, Programa de Saúde Mental, Saúde do Hipertenso e Diabético (HIPERDIA), SAMU, Rede de Urgência e Emergência, Ceo (Centro de Especialidades Odontológica), Rede Cegonha (Materno infantil), Saúde do Idoso, Convênios e Consórcios com Municípios vizinhos.

2.2 – Ampliação da Rede Física:

- Reforma das Unidades de Saúde e Construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Adequação do ambiente físico para Laboratório de Análises Clínicas, Fisioterapia, Sala de Vacinas e Vigilância em Saúde;
- Melhoria constante no ambiente de trabalho, com climatização de consultórios médicos e odontológicos, laboratório, farmácia, ambulatório e outros;
- Aquisição de equipamentos diversos na área de informática, laboratório, odontologia e demais para o atendimento ambulatorial;

- Aquisição de veículos para ampliação da frota e atender as demandas em todas as áreas;

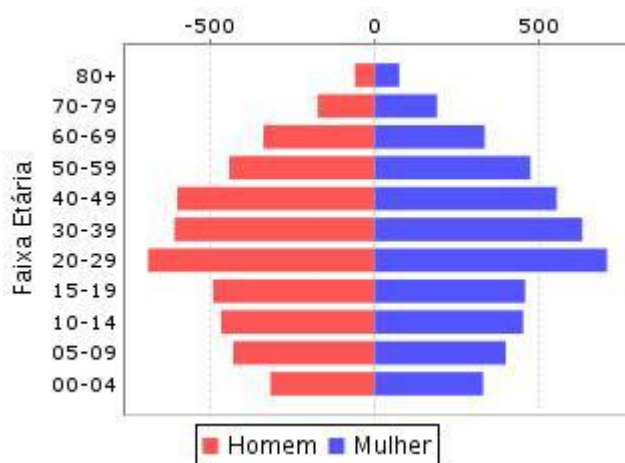
2.3 – Recursos Humanos

- Desprecarização do vínculo empregatício, em especial na área médica com elaboração de concurso público;
- Elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salários para saúde de acordo com Portarias nº 2.517 do MS e Portaria nº 1.510 do Ministério do Trabalho, considerando ainda a Lei Orgânica do Município;
- Contratação de mais profissionais de nível superior, destacando médico psiquiatra ou especialista em saúde mental, ,Bioquímico, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Odontólogo especialista em saúde buco-maxilofacial, naturólogo, terapeuta ocupacional, visando o atendimento aos novos programas e ações de saúde que estão sendo implantados;
- Cursos para qualificação e capacitação profissional através de cofinanciamento / NOA.

População residente no município de Campo Ere – SC em 2012 (fonte: IBGE)

| Faixa etária | Masculino | Feminino | Total |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Menor de 01 | 49 | 61 | 110 |
| 01 a 04 | 268 | 269 | 537 |
| 05 a 09 | 430 | 399 | 829 |
| 10 a 14 | 467 | 452 | 919 |
| 15 a 19 | 491 | 458 | 949 |
| 20 a 29 | 689 | 707 | 1.396 |
| 30 a 39 | 609 | 632 | 1.241 |
| 40 a 49 | 600 | 554 | 1.154 |
| 50 a 59 | 442 | 474 | 916 |
| 60 a 69 | 338 | 335 | 673 |
| 70 a 79 | 173 | 190 | 363 |
| 80 e mais | 60 | 75 | 135 |
| Total | 4.616 | 4.606 | 9.222 |

A tabela acima mostra a concentração da população entre 15 e 49 anos, representando 51,39% da população. Aproximadamente 67% da população reside no perímetro urbano e 33% na zona rural. Há um equilíbrio entre a população masculina e feminina de acordo com o gráfico abaixo.



Fonte: Relatório de Gestão 2012.

No que se refere às condições de moradia da população campoerense, observamos bastante diversidade entre as mesmas pois a maioria das construções são em alvenaria e madeira ou mesmo mistas, enquanto uma pequena parcela representam as moradias de lonas ou outros materiais.

O município de Campo Erê tem um dos piores IDHs do Estado, baixa renda, desemprego e/ou falta de emprego. Com uma população concentrada em sua maioria no perímetro urbano como já citado anteriormente, percebemos que a maior parte das propriedades rurais são representadas pelos latifundiários ou fazendeiros com imensas propriedades de terra, onde a tecnologia aplicada é uma, substituindo assim o trabalho do homem do campo na produção tanto de grãos quanto criação de gado leiteiro e de corte. Os poucos pequenos agricultores que ainda continuam na zona rural sobrevivem da pequena produção de leite e da agricultura familiar.

Dessa maneira, percebemos que a concentração de moradores pobres como Bairro Cohab, Feliz, Jardim Esperança e parte do Bairro Mello só aumentam, pois as pessoas muitas vezes, sem condições financeiras e sem emprego estável, se instalam em áreas irregulares, e ali constroem suas moradias mesmo que sem condições de infra-estrutura e saneamento oferecendo risco a seus familiares e contribuindo assim para problemas como a falta de um sistema de tratamento de esgoto, contaminação dos lençóis freáticos, uso indevido de águas sem tratamento ocasionando assim, casos de

diarréias, vômitos e verminoses com bastante freqüência. Problemas estes citados que o poder público deve resolver com urgência, tanto no sentido de resolver o problema de esgoto bem para regularização de moradias em áreas irregulares, o que já vem sendo realizado através da construção de casas populares próximo ao Bairro Cohab através de convenio.....PAC2?????

Numero de Unidades e Postos de Saúde que realizam atendimento no município de Campo Erê.

| Nome | Localização | Horário |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Unidade de Saúde Bairro São Francisco | Bairro São Francisco | 07:30 às 11:30 – 13:00 às 17:00 |
| Unidade Saúde Sede | Av. Bandeirantes – Centro | 07:30 às 11:30 – 13:00 às 17:00 |
| Posto de Saúde COHAB | Bairro COHAB/Vila Feliz | 07:30 às 11:30 – 13:00 às 17:00 |
| Posto de Saúde 12 de Novembro | Linha 12 de Novembro | Terça e sexta feira pela manhã |
| Posto de Saúde Capetinga | Fazenda Caldato | Quarta feira a tarde |

– Servidores da Saúde por vínculo e carga horária em 2012.

| Profissional/função | Quant. | C. Horária |
|----------------------------|---------------|-------------------|
| Médicos ESF | 04 | 40 |
| Médico Pediatra | 01 | 20 |
| Medico Ginecologista | 01 | 20 |

| | | |
|----------------------------------|-----------|----|
| Enfermeiras | 05 | 40 |
| Bioquímicos/farmacêuticos | 03 | 40 |
| Assistente Social | 01 | 40 |
| Técnicas em Enfermagem | 06 | 40 |
| Auxiliar em Enfermagem | 01 | 40 |
| Agentes Comunitários de Saúde | 23 | 40 |
| Técnica em Saúde Bucal – TSB | 01 | 40 |
| Odontólogos ESF | 05 | 40 |
| Auxiliar de Cons. Dentário – ACD | 04 | 40 |
| Auxiliar Serviços Gerais | 04 | 40 |
| Técnico em Vigilância Sanitária | 02 | 40 |
| Motoristas | 04 | 40 |
| Auxiliar Administrativo | 01 | 40 |
| Agente Administrativo | 02 | 40 |
| Fisioterapeuta | 01 | 40 |
| Psicóloga | 01 | 40 |
| Total | 69 | |

Fonte: CNES

Na tabela acima observamos o quadro de funcionários do Departamento de Saúde em 2012. Estes funcionários públicos na grande maioria são contratados através de concurso publico ou teste seletivo como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde.

Os funcionários estão distribuídos nas Unidades Básicas de saúde do Bairro São Francisco, Unidade Básica de Saúde Sede e Postos de Saúde do Bairro Cohab, Linha Doze de Novembro e Linha Capetinga.

Ns Unidades de Saúde e Postos de Saúde citados, o atendimento realizado diz respeito ao serviço do médico, Cirurgião dentista, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Técnico em Higiene Bucal, Auxiliar de Consultório Odontológico, Farmacêutico e outros.

2.4 – Vigilância em Saúde

A vigilância ambiental controla e monitora em pontos estratégicos para evitar a proliferação do *Aedes Aegypti*. Estes pontos estratégicos são delimitados em um raio de 300 metros, atendendo a determinação da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), pontos de maior risco e de fluxo. Após o levantamento de todos os pontos serão identificados em um mapa do perímetro urbano e listados para conferência semanal nas armadilhas (A) e quinzenal em pontos Estratégicos (PE). Limite mínimo considerado pela FUNASA, conforme área do perímetro urbano.

Podemos elencar como prioridades:

- Manutenção e melhorias no controle de pontos estratégicos;
- Capacitação permanente dos técnicos;
- Ampliar o Programa de Vigilância Ambiental, mantendo atualizado o Reconhecimento Geográfico atualizado e as visitas regulares às armadilhas (AR) e pontos estratégicos (PE);
- Implantar o Programa Saúde do Trabalhador;
- Ampliar as ações de Vigilância Sanitária para garantir a sanidade dos alimentos, água e meio-ambiente;
- Contratação de um profissional enfermeiro (a) para gerenciar o setor de vigilância em saúde, saúde do trabalhador (capacitação e educação permanente), vigilância sanitária e epidemiológica.

Como a responsabilidade repassada ao município, conforme determina as Ações Estratégicas, e o conjunto das ações de vigilância sanitária e epidemiologias formam o conceito de Vigilância Sanitária em saúde. Este implica no compromisso do Poder Público, em conjunto com a sociedade, de estabelecer normas e condutas para a proteção e defesa da qualidade de vida da população.

Nas ações básicas, a vigilância sanitária compreende um conjunto de ações e atividades que visam proteger a saúde da população, através da preservação das doenças veiculadas por alimentos e produtos. Atender a um propósito econômico, evitando que o consumidor seja exposto a riscos de adoecer, adquirir produtos fraudulentos ou adulterado ou de sofrer prejuízos com alimentos deteriorados pela falta de armazenamento correto.

Estão sendo realizadas vistorias em todos os estabelecimentos, com orientações e solicitações de melhorias para que os produtos não recebam alterações, causados pela falta de armazenamento e acondicionamento correto, verificação de procedência, registro dos produtos e manuseio.

A vigilância sanitária atua no controle de contaminação ambiental, orientações e palestras, distribuição de panfletos informativos sobre o destino correto do lixo e destino dos resíduos sanitários e residuais. A fixação do homem em qualquer região está intimamente vinculada à disponibilidade, quantitativa e qualitativa, da energia necessária à sua subsistência: luz solar, ar, água, alimento. A eficiência do homem ao consumir energia não é total, resultado desta utilização diversos tipos de resíduos, entre os quais predominam o esgoto e lixo. Um dos maiores problemas que estamos enfrentando em nosso município, como também está no país, é a falta da rede e do sistema de tratamento do esgoto urbano e industrial, aterro sanitário em condições de não prejudicar o meio ambiente e a saúde de terceiros.

Na área rural o uso de agrotóxicos, bem como os dejetos de suínos e outros animais, derrubada de matas, falta de preservação da mata ciliar, provocam a contaminação de mananciais e do meio ambiente.

2.5 Gestão em Saúde

A estrutura física da Secretaria Municipal de Saúde conta com duas Unidades Básicas de Saúde no perímetro urbano e três Postos de Saúde no Interior do município. Um CAPS I em fase de implantação, uma Unidade Móvel de Serviço de Urgência- SAMU, que irá atender quatro municípios, já aprovada na CIB, mas ainda não disponibilizada pelo MS e SES.

Um Laboratório municipal de Análises Clínicas. Um consórcio intermunicipal para atendimento de especialidades e exames. Quatro equipes de ESF, uma Pediatra e uma Ginecologista e Obstetra. Contamos ainda com apoio de um Hospital Privado que presta serviços à secretaria municipal de saúde e é conveniado ao SUS. Uma unidade básica de saúde em fase de projeto e licitação para construção no bairro Mello e reforma da UBS sede.

2.6 Assistência Farmacêutica

- Ampliar e manter a oferta de medicamentos de distribuição gratuita, segundo os parâmetros do SUS, em especial a RENAME;

- Definir a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), de modo a contemplar as especificidades locais;
- Garantir o aporte de recursos financeiros com vistas à aquisição e distribuição regular dos medicamentos do componente municipal;
- Contratação de auxiliares para dispensação de medicamentos com qualidade e resolutividade;
- Reformar e adequar o espaço físico para dispensação e guarda dos medicamentos e insumos, em ambiente climatizado e ventilado;
- Construir almoxarifado para manter e controlar estoque mínimo de medicamentos, insumos, materiais ambulatoriais e odontológicos, facilitando assim o controle do vencimento dos medicamentos e materiais e evitando desperdício dos mesmos;
- Definir e estabelecer farmácia municipal, otimizando recursos humanos, físicos e materiais.

2.7 FINANCEIRO

Os recursos são administrados seguindo as determinações do tribunal de contas da União. Durante os últimos quatro anos o investimento em saúde do município se manteve em torno de 29,5% .

Nas tabelas e gráficos abaixo visualizam-se a situação financeira da saúde do município no último ano.

Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

| | |
|--|----------------------|
| UF: Santa Catarina | MUNICÍPIO: Campo Erê |
| RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DEMONSTRATIVO DA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL Exercício de 2012 Dados transmitidos em 15/02/2013 10:07:29 | |

RREO - ANEXO XVI(ADCT, art 77)

| Receitas | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA | RECEITAS REALIZADAS |
|----------|------------------|---------------------|---------------------|
|----------|------------------|---------------------|---------------------|

| | | (a) | Jan a Dez (b) | %(b/a) |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS LEGAIS (I) | 12.676.020,00 | 12.676.020,00 | 12.810.744,48 | 101,06 |
| Impostos | 1.103.540,00 | 1.103.540,00 | 1.312.839,95 | 118,96 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 18.000,00 | 18.000,00 | 14.895,08 | 82,75 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 40.000,00 | 53.880,00 | 399.401,49 | 741,28 |
| Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos | 53.880,00 | 40.000,00 | 333.779,80 | 741,28 |
| Receitas de Transferências Constitucionais e Legais | 11.460.600,00 | 11.460.600,00 | 10.749.828,16 | 93,79 |
| Da União | 5.772.600,00 | 5.772.600,00 | 5.251.872,90 | 90,97 |
| Do Estado | 5.688.000,00 | 5.688.000,00 | 5.497.955,26 | 96,65 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II) | 1.530.886,00 | 1.555.085,00 | 2.304.217,94 | 148,17 |
| Da União para o Município | 1.164.885,00 | 1.164.885,00 | 1.881.753,29 | 161,53 |
| Do Estado para o Município | 366.000,00 | 366.000,00 | 407.095,04 | 111,22 |
| Demais Municípios para o Município | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Receitas do SUS | 0,00 | 24.200,00 | 15.369,61 | 63,51 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS | 16.070.665,00 | 4.473.986,00 | 8.189.618,03 | 183,04 |
| (-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB | 2.292.120,00 | 2.292.120,00 | 2.104.150,61 | 91,79 |
| TOTAL | 16.412.971,00 | 16.412.971,00 | 21.200.429,84 | 129,16 |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | DESPESAS EXECUTADAS (5) | | % |
|---|---------------------|------------------------|--------------------------|---|---|
| | | | LIQUIDADAS Jan a Dez (d) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | |
| DESPESAS CORRENTES | 4.266.583,00 | 4.566.583,00 | 4.493.556,18 | 1.860,32 | |
| Pessoal e Encargos Sociais | 2.391.680,00 | 2.064.680,00 | 2.060.432,77 | 0,00 | |
| Juros e Encargos da Dívida | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Outras Despesas Correntes | 1.874.903,00 | 2.501.903,00 | 2.433.123,41 | 1.860,32 | |
| DESPESAS DE CAPITAL | 109.966,00 | 447.466,00 | 428.624,34 | 0,00 | |
| Investimentos | 109.966,00 | 447.466,00 | 428.624,34 | 0,00 | |
| Inversões Financeiras | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Amortização da Dívida | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV) | 4.376.549,00 | 5.014.049,00 | 4.922.180,52 | 1.860,32 | |

| DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | DESPESAS EXECUTADAS (5) | | |
|---|-----------------|------------------------|--------------------------|---|--------------|
| | | | LIQUIDADAS Jan a Dez (d) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | %(d+e)/c |
| DESPESAS COM SAÚDE | N/A | N/A | 4.922.180,52 | 1.860,32 | 100,00 |
| (-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | N/A | | | |
| (-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE | N/A | N/A | 2.114.796,47 | 0,00 | 42,94 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde – SUS | N/A | N/A | 2.114.796,47 | 0,00 | 42,94 |
| Recursos de Operações de Crédito | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outros Recursos | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| (-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS' | N/A | N/A | 144.123,40 | | |
| TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (V) | N/A | N/A | | 2.665.120,97 | 54,12 |

| CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES | RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS | |
|--|---|-----------------------|
| | Inscritos em Exercícios Anteriores (3) | Cancelados em 2012(4) |
| RP DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | 0,00 | 5.514,92 |

| | |
|--|------------|
| PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E | [(V-VI)/I] |
|--|------------|

| | |
|---|-------|
| LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%>²[(V - VI)/I] | 21,12 |
|---|-------|

| DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS (5) | | |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|---|---------------|
| | | | LIQUIDADAS Jan a Dez (d) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | % ((d+e)/c) |
| Atenção Básica | 4.160.584,00 | 4.748.084,00 | 4.666.042,54 | 80.181,14 | 94,69 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 182.000,00 | 232.000,00 | 231.415,66 | 584,34 | 4,62 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Vigilância Sanitária | 14.000,00 | 14.000,00 | 12.538,66 | 1.461,34 | 0,27 |
| Vigilância Epidemiológica | 19.965,00 | 19.965,00 | 12.183,66 | 7.781,34 | 0,39 |
| Alimentação e Nutrição | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Subfunções | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL | 4.376.549,00 | 5.014.049,00 | 4.922.180,52 | 90.008,16 | 100,00 |

1 - Limite anual mínimo a ser cumprido no encerramento do exercício.

2- Esta linha apresentará valor somente no Relatório Resumido de Execução Orçamentária no encerramento do exercício.

3 - De acordo com o Manual Técnico do período, deverão ser registradas nesta coluna os valores de restos a pagar inscritos em 31 de dezembro, que foram considerados como aplicados na saúde.

4- Neste campo, deverão ser registrados os valores dos restos a pagar cancelados que tinham disponibilidade financeira no período anterior. Esse valor deverá ser compensado no exercício de referência, aplicando-o em despesas com ações e serviços públicos de saúde, além do limite mínimo constitucional para o exercício de referência.

5-6 - Os dados informados ao SIOPS não contemplaram a despesa por fonte; assim, estes valores correspondem aos valores de receitas transferidas, não cabendo a informação por liquidação e/ou restos a pagar não processados.

7- Durante o exercício, somente as despesas liquidadas são consideradas executadas. No encerramento do exercício, as despesas não liquidadas inscritas em restos a pagar não processados são também consideradas executadas. Dessa forma, para maior transparência, as despesas executadas estão segregadas em:

. a) Despesas liquidadas, consideradas aquelas em que houve a entrega do material ou serviço, nos termos do art. 63 da Lei 4.320/64;

. b) Despesas empenhadas mas não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar não processados, consideradas liquidadas no encerramento do exercício, por força do art.35, inciso II da Lei 4.320/64.

UF: Santa Catarina

MUNICÍPIO: Campo Erê

**RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DEMONSTRATIVO DA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E DAS DESPESAS
PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
Exercício de 2012**

Dados transmitidos em 15/02/2013 10:07:29

RREO - ANEXO XVI(ADCT, art 77)

Receitas

PREVISÃO
INICIAL

PREVISÃO
O

RECEITAS
REALIZADAS

| | | ATUALIZ | Jan a Dez (b) | % |
|---|------------------------|---|----------------------|---------------|
| | | ADA (a) | | (b/a) |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS LEGAIS (I) | | | | |
| | 12.676.020,00 | 12.676.020,00 | 12.810.744,48 | 101,06 |
| Impostos | 1.103.540,00 | 1.103.540,00 | 1.312.839,95 | 118,96 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 18.000,00 | 18.000,00 | 14.895,08 | 82,75 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 40.000,00 | 53.880,00 | 399.401,49 | 741,28 |
| Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos | 53.880,00 | 40.000,00 | 333.779,80 | 741,28 |
| Receitas de Transferências Constitucionais e Legais | 11.460.600,00 | 11.460.600,00 | 10.749.828,16 | 93,79 |
| Da União | 5.772.600,00 | 5.772.600,00 | 5.251.872,90 | 90,97 |
| Do Estado | 5.688.000,00 | 5.688.000,00 | 5.497.955,26 | 96,65 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II) | | | | |
| Da União para o Município | 1.164.885,00 | 1.164.885,00 | 1.881.753,29 | 161,53 |
| Do Estado para o Município | 366.000,00 | 366.000,00 | 407.095,04 | 111,22 |
| Demais Municípios para o Município | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Receitas do SUS | 0,00 | 24.200,00 | 15.369,61 | 63,51 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III) | | | | |
| OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS | 16.070.665,00 | 4.473.986,00 | 8.189.618,03 | 183,04 |
| (-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB | 2.292.120,00 | 2.292.120,00 | 2.104.150,61 | 91,79 |
| TOTAL | 16.412.971,00 | 16.412.971,00 | 21.200.429,84 | 129,16 |
| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de | | DESPESAS EXECUTADAS (5) LIQUIDADAS Jan a Dez (d) INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) % ((d+e)/c) | | |
| DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------|--|-------|
| Natureza de Despesa) | | | | | | |
| DESPESAS | | | | | | |
| AS CORRENTES | 4.266.583,00 | 4.566.583,00 | 4.493.556,18 | 1.860,32 | | 98,44 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 2.391.680,00 | 2.064.680,00 | 2.060.432,77 | 0,00 | | 99,79 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| Outras Despesas Correntes | 1.874.903,00 | 2.501.903,00 | 2.433.123,41 | 1.860,32 | | 97,32 |
| DESPESAS DE CAPITAL | | | | | | |
| Investimentos | 109.966,00 | 447.466,00 | 428.624,34 | 0,00 | | 95,78 |
| Inversões Financeiras | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| Amortização da Dívida | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV) | 4.376.549,00 | 5.014.049,00 | 4.922.180,52 | 1.860,32 | | 98,20 |

| DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | LIQUIDADAS Jan a Dez (d) | DESPESAS EXECUTADAS (5) | | % ((d+e)/c) |
|--|-----------------|------------------------|--------------------------|---|--|-------------|
| | | | | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | | |
| DESPESAS COM SAÚDE | N/A | N/A | 4.922.180,52 | 1.860,32 | | 100,00 |
| (-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | N/A | | | | |
| (-) DESPESAS CUSTEADAS | N/A | N/A | 2.114.796,47 | 0,00 | | 42,94 |

COM OUTROS
RECURSOS
DESTINADOS À
SAÚDE

Recursos de

Transferências do
Sistema Único de
Saúde - SUS

N/A

N/A

2.114.796,47 0,00

42,94

Recursos de

Operações de
Crédito

N/A

N/A

0,00 0,00

0,00

Outros Recursos

N/A

N/A

0,00 0,00

0,00

(-) RESTOS A
PAGAR

INSCRITOS NO
EXERCÍCIO SEM

DISPONIBILIDA
DE FINANCEIRA

DE RECURSOS

PRÓPRIOS

VINCULADOS¹

TOTAL DAS

DESPESAS

PRÓPRIAS COM

AÇÕES E

SERVIÇOS

PÚBLICOS DE

SAÚDE (V)

N/A

N/A

144.123,40

2.665.120,97 54,12

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR
VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM
EXERCÍCIOS ANTERIORES

RESTOS A PAGAR INSCRITOS
COM DISPONIBILIDADE
FINANCEIRA DE RECURSOS
PRÓPRIOS VINCULADOS

Inscritos em CANCELADOS em
Exercícios os em
Anteriores(3) 2012 (4)

RP DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

0,00 5.514,92

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM
AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

[(V-VI)/I]

NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E
TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E
LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL

21,12

<15%>²[(V - VI)/I]

DESPESAS EXECUTADAS (5)

DESPESAS

COM SAÚDE

(por
subfunção)

DOTAÇÃO
INICIAL

DOTAÇÃO
ATUALIZAD
A

LIQUIDADADA
S Jan a Dez
(d)

INSCRITAS

EM RESTOS A

PAGAR NÃO

PROCESSADO

S (e)

%

((d+e)/c)

| | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------|
| Atenção Básica | 4.160.584,00 | 4.748.084,00 | 4.666.042,54 | 80.181,14 | 94,69 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 182.000,00 | 232.000,00 | 231.415,66 | 584,34 | 4,62 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Vigilância Sanitária | 14.000,00 | 14.000,00 | 12.538,66 | 1.461,34 | 0,27 |
| Vigilância Epidemiológica | 19.965,00 | 19.965,00 | 12.183,66 | 7.781,34 | 0,39 |
| Alimentação e Nutrição | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Subfunções | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL | 4.376.549,00 | 5.014.049,00 | 4.922.180,52 | 90.008,16 | 100,00 |

1 - Limite anual mínimo a ser cumprido no encerramento do exercício.

2- Esta linha apresentará valor somente no Relatório Resumido de Execução Orçamentária no encerramento do exercício.

3 - De acordo com o Manual Técnico do período, deverão ser registradas nesta coluna os valores de restos a pagar inscritos em 31 de dezembro, que foram considerados como aplicados na saúde.

4- Neste campo, deverão ser registrados os valores dos restos a pagar cancelados que tinham disponibilidade financeira no período anterior. Esse valor deverá ser compensado no exercício de referência, aplicando-o em despesas com ações e serviços públicos de saúde, além do limite mínimo constitucional para o exercício de referência.

5-6 - Os dados informados ao SIOPS não contemplaram a despesa por fonte; assim, estes valores correspondem aos valores de receitas transferidas, não cabendo a informação por liquidação e/ou restos a pagar não processados.

7- Durante o exercício, somente as despesas liquidadas são consideradas executadas. No encerramento do exercício, as despesas não liquidadas inscritas em restos a pagar não processados são também consideradas executadas. Dessa forma, para maior transparência, as despesas executadas estão segregadas em:

- . a) Despesas liquidadas, consideradas aquelas em que houve a entrega do material ou serviço, nos termos do art. 63 da Lei 4.320/64;
- . b) Despesas empenhadas mas não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar não processados, consideradas liquidadas no encerramento do exercício, por força do art.35, inciso II da Lei 4.320/64.

Cálculo do Percentual de Recursos próprios Aplicados em Saúde conforme a EC 29/2000

Dados transmitidos em 15/02/2013 10:07:29

Ano / Período: 2012 / Anual: Santa Catarina Município: Campo ErêQuadro A - Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais

| Receita Orçada para 2013 | Previsão Atualizada 2012 | Receita Realizada 2012 | Receita |
|---|--------------------------|------------------------|--------------|
| Impostos (I) | 1.215.420,00 | 2.060.916,32 | 1.478.000,00 |
| ITR | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| IPTU | 320.000,00 | 372.603,46 | 400.000,00 |
| IRRF | 214.840,00 | 257.080,27 | 204.000,00 |
| ITBI | 242.000,00 | 244.921,80 | 300.000,00 |
| ISS | 326.700,00 | 438.234,42 | 450.000,00 |
| Multas e Juros de Mora de Impostos | | 18.000,00 | 14.895,08 |
| Multas e Juros de Mora da Divida Ativa | | 40.000,00 | 333.779,80 |
| 42.000,00 | | | |
| Dívida Ativa dos Impostos | | 53.880,00 | 399.401,49 |
| 60.000,00 | | | |
| Transferências da União (II) | 5.772.600,00 | 5.251.872,90 | |
| 6.234.000,00 | | | |
| Cota-Parte FPM | 5.700.000,00 | 4.918.424,87 | 6.100.000,00 |
| Cota-Parte FPM - adic. (Art.159 - I -alín. D CF/88) | 0,00 | 218.246,06 | 0,00 |
| Cota - Parte ITR | 41.140,00 | 89.699,27 | 100.000,00 |
| Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir | | 31.460,00 | 25.502,70 |
| | | | 34.000,00 |
| Transferências do Estado (III) | 5.688.000,00 | 5.497.955,26 | |
| 6.240.000,00 | | | |
| Cota - Parte do ICMS (100%) | 5.100.000,00 | 4.839.774,36 | |
| 5.600.000,00 | | | |
| Cota - Parte do IPVA | 500.000,00 | 581.054,72 | 560.000,00 |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Cota - Parte do IPI - Exportação (100%) | 88.000,00 | 77.126,18 |
| 80.000,00 | | |

| | | |
|--|---------------|---------------|
| Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV=I+II+III) | | |
| 12.676.020,00 | 12.810.744,48 | 13.952.000,00 |

Quadro B - Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde

| | | | |
|----------------|-------------------------|--------------------------|---------|
| Despesa | Dotação Atualizada 2012 | Despesa Empenhada 2012 | Despesa |
| Liquidada 2012 | Despesa Paga 2012 | Despesa Orçada para 2013 | |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| Despesas Correntes(V) | 4.566.583,00 | 4.495.416,50 |
| 4.493.556,18 | 4.150.384,63 | 4.778.539,50 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 2.064.680,00 | 2.060.432,77 |
| 2.060.432,77 | 1.884.906,68 | 2.425.200,00 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0,00 | 0,00 |
| | 0,00 | 0,00 |
| Outras Despesas Correntes | 2.501.903,00 | 2.434.983,73 |
| 2.433.123,41 | 2.265.477,95 | 2.353.339,50 |
| Despesas de Capital (VI) | 447.466,00 | 428.624,34 |
| 138.461,50 | | 428.624,34 |
| Investimentos | 447.466,00 | 428.624,34 |
| 138.461,50 | | 428.624,34 |
| Inversões Financeiras | 0,00 | 0,00 |
| | 0,00 | 0,00 |
| Amortização da Dívida | 0,00 | 0,00 |
| | 0,00 | 0,00 |
| Total (VII = V + VI) | 5.014.049,00 | 4.924.040,84 |
| 4.579.008,97 | 4.917.001,00 | 4.922.180,52 |
| (-) INATIVOS E PENSIONISTAS (VIII) | 0,00 | 0,00 |
| | 0,00 | 0,00 |
| Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde (IX=VII-VIII) | 5.014.049,00 | |
| 4.924.040,84 | 4.922.180,52 | 4.579.008,97 |
| | | 4.917.001,00 |

Quadro C - Receitas de Transferências de outras Esferas de Governo para a Saúde (Transf. Reg e Automáticas, Pgto Serv., Convênios)

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|
| Transferências de Recursos do SUS | Previsão Atualizada 2012 | Receita |
| Realizada 2012 | Receita Orçada para 2013 | |

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| União (X) | 1.164.885,00 | 1.881.753,29 | 1.506.609,50 |
| Receita de Prest.Serviços (SIA/SIH) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Atenção Básica | 1.164.885,00 | 1.375.399,04 | 1.422.000,00 |

| | | | | | |
|--|--------------|------------|--------------|------------|------|
| Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar | | | | | 0,00 |
| 260.782,06 | 0,00 | | | | |
| Vigilância em Saúde | 0,00 | 33.913,43 | 84.609,50 | | |
| Assistência Farmacêutica | 0,00 | 49.658,76 | 0,00 | | |
| Gestão do SUS | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Investimentos na Rede de Serviços de Saúde | | | 0,00 | 162.000,00 | 0,00 |
| Outras Transferências Fundo a Fundo | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Convênios | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Outras Transferências da União | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Estado(XI) | 366.000,00 | 407.095,04 | 394.001,00 | | |
| Receita de Prest. Serv. ao Estado | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Convênios | 0,00 | 0,00 | 1,00 | | |
| Outras Transferências do Estado | | 366.000,00 | 407.095,04 | 394.000,00 | |
| Municípios (XII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Receita de Prest.Serv. a Municípios | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Convênios | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Transferências de Outros Municípios | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Rec.Prest.Serv. a Consórcios de Saúde | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Outras Receitas do SUS (XIII) | 24.200,00 | 15.369,61 | 26.620,00 | | |
| Remuneração de Depósitos Bancários | | 24.200,00 | 15.369,61 | | |
| 26.620,00 | | | | | |
| Rec. Prest.Serv. Instituições Privadas | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Receita de Outros Serviços de Saúde | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Total (XIV = X + XI + XII + XIII) | 1.555.085,00 | | 2.304.217,94 | | |
| 1.927.230,50 | | | | | |

Quadro D - Cálculo da Despesas Própria em Ações e Serviços Públicos de Saúde
- Por Fonte

Itens Cálculo da Despesa Própria em Ações e Serv.Pub.de Saúde

Despesas com recursos de Impostos e Transferências Const. e Legais (XV)
2.809.244,37

(-) RPs Insc.2012 s/disponibilidade financeira (XVIII) 144.123,40

Disponibilidade Financeira em Saúde - em 2012 0,00

Restos a Pagar Inscritos em Saúde - em 2012 144.123,40

(-) RPs com disp. financ em 2011 Cancelados em 2012 (XVII) 5.514,92

RPs 2011 Cancelados em 2012 58.091,26

RPs Inscritos s/ disp.Financeira em 2011 52.576,34

Disponibilidade Financeira em 31/12/2011 0,00

RPs Inscritos em saúde em 31/12/2011 52.576,34

Despesa com Recursos Próprios por Fonte (XVIII = XV - XVI - XVII)
2.659.606,05

% de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte (XIX = XVIII / IV)¹ 21,12

1) O Percentual (%) na coluna "Cálculo da Desp Própria em Ações e Serv. Púb. De Saúde" é calculado = Despesa com Recursos Próprios / Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais - Cota-Parte do FPM \pm adicional (Art.159-inciso I-alínea D CF/88)

(*)De acordo com o Manual do RREO do período, o valor considerado para o cálculo é o da DESPESA LIQUIDADADA. Durante o exercício, não deverão ser incluídos os valores das despesas empenhadas que ainda não foram liquidadas. No encerramento do exercício, as despesas empenhadas, não liquidadas e inscritas em restos a pagar não processados, por constituírem obrigações pré-existent, decorrentes de contratos, convênios e outros instrumentos, deverão compor, em função do empenho legal, o total de despesas liquidadas. Portanto, durante o exercício, são consideradas despesas executadas apenas as despesas liquidadas e, no encerramento do exercício, são consideradas despesas executadas as despesas liquidadas e as inscritas em restos a pagar não processados.

2.8 Perfil da Atenção Básica

Estratégia Saúde da Família

A estratégia de saúde da família atualmente é considerada como um novo paradigma de reorientação da Atenção Básica, visando reescrever as dimensões teóricas práticas do atual modelo em curso.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Na atenção básica conta-se com quatro equipes de ESF, divididas em três equipes na zona urbana e uma na rural. Todas as equipes contam com a equipe mínima do ESF, ou seja, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), no momento estamos em falta de ACS em três áreas do interior e duas na cidade devido há demissões e afastamento por licença saúde. Além disso, o município hoje conta com quatro equipes de saúde bucal, compostas por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e ou técnico em higiene dental as quais atendem as quatro ESF. A área de abrangência de cada ESF está delimitada de acordo com as orientações do Ministério da Saúde levando em consideração as questões de acesso, número de famílias/pessoas.

Dessa forma temos hoje 100% da população atendida pela Estratégia de Saúde da Família em nosso município aproximando assim os serviços de Saúde da população facilitando o trabalho de prevenção e promoção de saúde.

2.9 Saúde da Família

A visita domiciliar (VD) é reconhecida como uma importante estratégia na modificação do modelo tradicional de atendimento. A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o favorecimento de vínculos com a mesma; buscando atender as diferentes necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias.

No cuidado domiciliar, o profissional de saúde tem possibilidade de ser o mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Neste cenário, a família passa a ser um ator que, além de interagir e definir padrões de cuidado tem uma participação na definição da saúde, ou seja, torna-se sujeito do cuidado. O papel de mediador no cuidado domiciliar remete às relações inter pessoais entre profissionais, cliente e família que podem se fortalecer a cada encontro. Dessa forma, a VD serve como exercício para profissionais na formação de vínculos com a comunidade de sua área de abrangência.

**Media Mensal de
Visitas Domiciliares Por Família=02**

Média Anual de Consultas Médicas por Habitantes nas Especialidades Básicas=2,79

3.0 Saúde Bucal

O Município conta com três Equipes de Saúde Bucal Modalidade I e uma de Modalidade II, que atendem as quatro Equipes de ESF. As ações preventivas são voltadas principalmente aos escolares.

Nas escolas públicas do município são realizadas atividades educativas de orientação em relação aos fatores causadores da cárie, doença periodontal e outras doenças bucais, ressaltando a importância de incorporar hábitos de higiene bucal e controle de placa à rotina de cuidados pessoais.

As ações de prevenção também se estendem ao restante da população através da participação da equipe de saúde bucal nas visitas domiciliares realizadas pela equipe de ESF.

São realizadas palestras direcionadas à prevenção de câncer bucal junto aos grupos de tratamento para idosos; diabéticos e hipertensos e orientações às gestantes sobre cuidados preventivos para a mãe e o bebê.

A Unidade Básica de Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, funciona como porta de entrada para que os pacientes possam ter acesso aos cuidados odontológicos e, nela são realizados procedimentos básicos de restabelecimento, manutenção e promoção de saúde bucal tais como: restaurações, adequação do meio bucal, profilaxia e tartarectomia, pulpotomias, e exodontias; são executadas também ações preventivas de educação e orientação, através da evidenciação de placa escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Caso haja necessidade de procedimentos de maior complexidade, os pacientes são encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas – CEO através de protocolos de referência, ao município de São Lourenço do Oeste.

Também contamos os serviços licitados de um profissional Protético para atender à demanda de próteses totais e parciais da população referenciada pela UBS e cadastrados no Programa Federal Brasil Sorridente.

Média de Procedimentos Odontológicos Básicos individuais

Cobertura da Ação Coletiva

Escovação Dental Supervisionada fonte: Datasus

| | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------|-------|------|
| Media de escovação dental supervisionada | 0,42 | 0,69 | 2,07 |
| % cobertura saúde bucal | 100% | 100% | 100% |
| % cobertura 1ª. Consulta programada | 8,91 | 11,90 | |
| % exodontias/ procedimentos individuais | 6,20 | 4,70 | |

Perfil da Vigilância em Saúde

Tabela Mortalidade Proporcional (%) por grupos de causas (fonte: Relatório Gestão 2012)

| Nº de Óbitos segundo Causas-Capítulos CID10 Resumo | |
|--|--------------|
| Município: 420350 Campo Erê | |
| Período: 2011 | |
| Causas-Capítulos CID10 Resumo | Nº de Óbitos |
| TOTAL | 57 |
| Doenças do aparelho circulatório | 19 |
| Neoplasias (tumores) | 14 |

| | |
|---|----------|
| Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios) | 5 |
| Doenças do aparelho respiratório | 7 |
| Doenças do aparelho digestivo | 2 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 1 |
| Algumas afec originadas no período perinatal | 1 |
| Doenças do sistema nervoso | 2 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 1 |
| Demais Causas Definidas | 2 |
| Mal Definidas | 3 |

Tabela Mortalidade Proporcional (%) por grupos de causas (fonte: Relatório Gestão 2012)

| Nº de Óbitos segundo Causas-Capítulos CID10 Resumo | |
|---|---------------------|
| Município: 420350 Campo Erê | |
| Período: 2012 | |
| Causas-Capítulos CID10 Resumo | Nº de Óbitos |
| TOTAL | 65 |
| Doenças do aparelho circulatório | 12 |
| Neoplasias (tumores) | 13 |
| Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios) | 10 |
| Doenças do aparelho respiratório | 7 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 3 |
| Doenças do aparelho digestivo | 3 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 3 |
| Algumas afec originadas no período perinatal | 3 |

| | |
|--|----------|
| Doenças do sistema nervoso | 7 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 1 |
| Demais Causas Definidas | 1 |
| Mal Definidas | 2 |

Análise e considerações sobre Mortalidade

Ao avaliar os dados epidemiológicos referentes à mortalidade por grupos de causas, observa-se que em 2012 a causa maior de números de óbitos é resultante de neoplasias no Município de Campo Erê. Comparando com o ano anterior percebe-se que houve uma mudança nesses números, pois prevalecia como maior causador de óbitos as doenças do aparelho circulatório, hoje visto como segunda causa de mortes no município.

As neoplasias estão entre as principais causa de morte da humanidade, além de causar muita dor e sofrimento ao doente e sua família. Segundo o INCA, as neoplasias são hoje consideradas um dos problemas mais complexos que o sistema de saúde enfrenta no Brasil. A explicação para esse crescimento esta na maior exposição aos fatores de risco com aumento da industrialização, globalização e aumento da expectativa de vida da população. A participação governamental e o comprometimento dos profissionais da saúde são fundamentais para a implantação e realização de programas preventivos, de detecção precoce para prevenção dessa doença.

Chama-nos atenção também o aumento considerado de óbitos de causas externas como acidentes, homicídios, suicídios se comparados os anos de 2011/2012, destacando assim varias mortes por graves acidentes automobilísticos, inclusive duas destas diz respeito a óbitos em crianças.

Imunização:

| | 2011 | 2012 |
|--------------|-------------|-------------|
| BCG | 80% | 88% |
| HEPATITE | 77% | 76% |
| TETRAVALENTE | 77% | 76% |
| POLIO | 76% | 28% |
| PENTAVALENTE | - | 22% |
| CAMPANHA | 95% | 100% |
| | | |

FONTE: APIWEB

A imunização é uma das principais formas de prevenir doenças, dessa forma a cobertura vacinal é um importante indicador de saúde da população. A

Vigilância em Saúde do município juntamente com as Estratégias de Saúde buscam incessantemente melhorar os dados de cobertura objetivando a prevenção de doenças realizando ações de grupos e de campo buscando os faltosos e principalmente as crianças até cinco de idade para que completem o calendário vacinal de acordo com preconizado.

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano – Bcg=100%

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano - Hepatite B=100%

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano – Pólio=100%

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano – Tetravalente=100%

Notificações Por Município De Residência. Fonte SINAN

| Agravo | 2011 | 2012 |
|------------------------------|-------------|-------------|
| Anti-rábico | 25 | 8 |
| Animais pec. | 45 | 15 |
| Acid. Trab. c/ exposição | 3 | 3 |
| Hepatites virais | 1 | 5 |
| Eventos adversos pós vacinas | 1 | 2 |
| Sífilis | 0 | 2 |
| Varicela | 20 | 1 |
| Sífilis em gestante | 1 | 1 |
| Hanseníase | 4 | 1 |
| Dengue | 1 | 0 |
| Tuberculose | 1 | 0 |
| Hantavirose | 1 | 0 |
| Herpes genital | 1 | 0 |
| Intoxicação exógena | 1 | 0 |
| TOTAL | 104 | 38 |

3.1 Pré- Natal

O nascimento saudável pode ser assegurado pelo planejamento e organização do programa que está descentralizado em todas as UBS do município, onde é realizado o acompanhamento e a busca ativa da gestante. Nos casos que o médico da ESF necessita de avaliação do ginecologista-obstetra ele encaminha para este profissional no próprio município. E este em caso de gestação de alto risco encaminha para a referência no município de Pato Branco; onde se dará também o parto por ter uma estrutura hospitalar com UTI neonatal. Prioriza-se à humanização do parto; com atividades educativas ao casal grávido, visita ao hospital cumprindo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Sis prenatal

Proporção de Nascido Vivos com 7 ou mais Consultas de Pré-Natal.

Tabela nascidos vivos e grau de instrução das mães 2011, Fonte: SINASC.

| Faixa etária | Nasc. vivos | Instrução 01 a 37 anos | Instrução 04 a 07 anos | Instrução 08 a 11 anos | Instrução mais de 12 anos |
|---------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 15 a 19 anos | 29 | 2 | 14 | 11 | 2 |
| 20 a 24 anos | 41 | - | 9 | 18 | 14 |
| 25 a 29 anos | 34 | 1 | 10 | 9 | 14 |
| 30 a 34 anos | 16 | 1 | 6 | 7 | 2 |
| 35 a | 2 | - | 1 | 1 | - |

| | | | | | |
|---------------------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| 39 anos | | | | | |
| 40 a 44 anos | 1 | 1 | - | - | - |
| Total | 123 | 5 | 40 | 46 | 32 |

Tabela Duração da Gestação/Nascidos Vivos 2011. Fonte: SINASC.

| | |
|--------------------------|------------|
| 28 a 31 semanas | 1 |
| 32 a 36 semanas | 9 |
| 37 a 41 semanas | 112 |
| 42 e mais semanas | 1 |
| TOTAL | 123 |

Tabela Tipo de Parto/Nascidos Vivos 2011. Fonte: SINASC

| | |
|----------------------|-----------|
| Parto Vaginal | 54 |
| Parto Cesário | 69 |

Tabela de Peso ao Nascer/Nascidos Vivos 2011. Fonte: SINASC

| | |
|--------------------------|-----------|
| 1.500 a 2.499 Kgr | 8 |
| 2.500a 2.999 Kgr | 33 |
| 3.000 a 3.999 Kgr | 81 |
| 4.000 Kgr a mais | 1 |

Tabela de Numero de Consultas de Pré-Natal 2011. Fonte: SINASC

| | |
|----------------------------|-----------|
| 1 a 3 consultas | 9 |
| 4 a 6 consultas | 28 |
| 7 ou mais consultas | 85 |
| Ignorado | 1 |

Saúde da Criança

O acompanhamento e crescimento da criança são realizados nas UBS e no domicílio através de ações desenvolvidas pelas Equipes de Estratégias de Saúde da Família. Ações estas voltadas para proporcionar crescimento e desenvolvimento saudável em todas as crianças do município.

Saúde do Adolescente

COBERTURA DE 100% DAS ESCOLAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPO ERÊ ATRAVÉS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.

2.3 – Recursos Humanos

- Desprecarização do vínculo empregatício, em especial na área médica com elaboração de concurso público;
- Elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salários para saúde de acordo com Portarias nº 2.517 do MS e Portaria nº 1.510 do Ministério do Trabalho, considerando ainda a Lei Orgânica do Município;
- Contratação de mais profissionais de nível superior, destacando médico psiquiatra ou especialista em saúde mental, Bioquímico, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Odontólogo especialista em saúde buco-maxilofacial, naturalólogo, terapeuta ocupacional, visando o atendimento aos novos programas e ações de saúde que estão sendo implantados;
- Cursos para qualificação e capacitação profissional através de cofinanciamento / NOA.

2.4 – Vigilância em Saúde

A vigilância ambiental controla e monitora em pontos estratégicos para evitar a proliferação do *Aedes Aegypti*. Estes pontos estratégicos são delimitados em um raio de 300 metros, atendendo a determinação da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), pontos de maior risco e de fluxo.

Após o levantamento de todos os pontos serão identificados em um mapa do perímetro urbano e listados para conferência semanal nas armadilhas (A) e quinzenal em pontos

Estratégicos (PE). Limite mínimo considerado pela FUNASA, conforme área do perímetro urbano.

- Manutenção e melhorias no controle de pontos estratégicos;
- Capacitação permanente dos técnicos;
Ampliar o Programa de Vigilância Ambiental, mantendo atualizado o Reconhecimento Geográfico atualizado e as visitas regulares às armadilhas (AR) e pontos estratégicos (PE);
- Implantar o Programa Saúde do Trabalhador;
- Ampliar as ações de Vigilância Sanitária para garantir a sanidade dos alimentos, água e meio-ambiente;
- Contratação de um profissional enfermeiro (a) para gerenciar o setor de vigilância em saúde, saúde do trabalhador (capacitação e educação permanente), vigilância sanitária e epidemiológica.

Como a responsabilidade repassada ao município, conforme determina as Ações Estratégicas, e o conjunto das ações de vigilância sanitária e epidemiologias formam o conceito de Vigilância Sanitária em saúde. Este implica no compromisso do Poder Público, em conjunto com a sociedade, de estabelecer normas e condutas para a proteção e defesa da qualidade de vida da população.

Nas ações básicas, a vigilância sanitária compreende um conjunto de ações e atividades que visam proteger a saúde da população, através da preservação das doenças veiculadas por alimentos e produtos. Atender a um propósito econômico, evitando que o

consumidor seja exposto a riscos de adoecer, adquirir produtos fraudulentos ou adulterados

ou de sofrer prejuízos com alimentos deteriorados pela falta de armazenamento correto.

Estão sendo realizadas vistorias em todos os estabelecimentos, com orientações e solicitações de melhorias para que os produtos não recebam alterações, causados pela falta

de armazenamento e acondicionamento correto, verificação de procedência, registro dos produtos e manuseio.

A vigilância sanitária atua no controle de contaminação ambiental, orientações e palestras, distribuição de panfletos informativos sobre o destino correto do lixo e destino dos resíduos sanitários e residuais. A fixação do homem em qualquer região está intimamente vinculada à disponibilidade, quantitativa e qualitativa, da energia necessária à sua subsistência: luz solar, ar, água, alimento. A eficiência do homem ao consumir energia não é total, resultado desta utilização diversos tipos de resíduos, entre os quais predominam o esgoto e lixo. Um dos maiores problemas que estamos enfrentando em

nosso município, como também está no país, é a falta da rede e do sistema de tratamento do esgoto urbano e industrial, aterro sanitário em condições de não prejudicar o meio ambiente e a saúde de terceiros.

Na área rural o uso de agrotóxicos, bem como os dejetos de suínos e outros animais, derrubada de matas, falta de preservação da mata ciliar, provocam a contaminação de mananciais e do meio ambiente.

2.8 Perfil da Atenção Básica

Estratégia Saúde da Família

A estratégia de saúde da família atualmente é considerada como um novo paradigma de reorientação da Atenção Básica, visando reescrever as dimensões teórico práticas do atual modelo em curso. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para

as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos

para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Na atenção básica conta-se com quatro equipes de ESF, divididas em três equipes na zona urbana e uma na rural. Todas as equipes contam com a equipe mínima do ESF, ou seja,

um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), no momento estamos em falta de ACS em três áreas do interior e duas na cidade devido há demissões e afastamento por licença saúde. Além disso, o município hoje conta com quatro equipes de saúde bucal, compostas por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e ou técnico em higiene dental as quais atendem as quatro ESF. A área de abrangência de cada ESF está delimitada de acordo com as orientações do Ministério da Saúde levando em consideração as questões de acesso, número de famílias/pessoas.

Proporção da População Coberta pela Estratégia=100%

2.9Saúde da Família

A visita domiciliar (VD) é reconhecida como uma importante estratégia na modificação do modelo tradicional de atendimento. A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o favorecimento de vínculos com a mesma; buscando atender as diferentes necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, preocupando-se com a infra-estrutura

existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias

No cuidado domiciliar, o profissional de saúde tem possibilidade de ser o mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Neste cenário, a família passa a ser um ator que, além de interagir e definir padrões de cuidado tem uma participação na definição da saúde, ou seja, torna-se sujeito do cuidado. O papel de mediador no cuidado domiciliar remete às relações interpessoais entre profissionais, cliente e família que podem se fortalecer a cada encontro. Dessa forma, a VD serve como exercício para profissionais na formação de vínculos com a comunidade de sua área de abrangência.

**Media Mensal de
Visitas Domiciliares Por Família=02**

**Média Anual de Consultas Médicas por
Habitantes nas Especialidades Básicas=2,79**

3.0Saúde Bucal

O Município conta com três Equipes de Saúde Bucal Modalidade I e uma de Modalidade II, que atendem as quatro Equipes de ESF. As ações preventivas são voltadas principalmente aos escolares.

Nas escolas públicas do município são realizadas atividades educativas de orientação em relação aos fatores causadores da cárie, doença periodontal e outras doenças bucais, ressaltando a importância de incorporar hábitos de higiene bucal e controle de placa à rotina de cuidados pessoais.

As ações de prevenção também se estendem ao restante da população através da participação da equipe de saúde bucal nas visitas domiciliares realizadas pela equipe de ESF.

São realizadas palestras direcionadas à prevenção de câncer bucal junto aos grupos de tratamento para idosos; diabéticos e hipertensos e orientações às gestantes sobre cuidados preventivos para a mãe e o bebê.

A Unidade Básica de Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, funciona como porta de entrada para que os pacientes possam ter acesso aos cuidados odontológicos e,

nela são realizados procedimentos básicos de restabelecimento, manutenção e promoção em saúde bucal tais como: restaurações, adequação do meio bucal, profilaxia e tartarectomia, pulpotomias, e exodontias; são executadas também ações preventivas de educação e orientação, através da evidenciação de placa escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Caso haja necessidade de procedimentos de maior complexidade, os pacientes são encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas – CEO através de protocolos de referência, ao município de São Lourenço do Oeste.

Também contamos os serviços licitados de um profissional Protético para atender à demanda de próteses totais e parciais da população referenciada pela UBS e cadastrados no Programa Federal Brasil Sorridente.

Perfil da Vigilância em Saúde

Imunização:

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano – Bcg=100%

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano - Hepatite B=100%

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano – Pólio=100%

Cobertura Vacinal Menores de 1 ano – Tetravalente=100%

3.1 Pré- Natal

O nascimento saudável pode ser assegurado pelo planejamento e organização do programa que está descentralizado em todas as UBS do município, onde é realizado o acompanhamento e a busca ativa da gestante. Nos casos que o médico da ESF necessita de avaliação do ginecologista-obstetra ele encaminha para este profissional no próprio

município. E este em caso de gestação de alto risco encaminha para a referência no município de Pato Branco; onde se dará também o parto por ter uma estrutura hospitalar com UTI neonatal. Prioriza-se à humanização do parto; com atividades educativas ao casal grávido, visita ao hospital cumprindo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, AÇÕESE METAS.

Saúde da Criança

O acompanhamento e crescimento da criança são realizados nas UBS e no domicílio através das ações das ESF, Saúde Bucal e Pediatria do Nasf.

DIAGNÓSTICO: A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que para além da redução da mortalidade Infantil, apontam para o compromisso de promover qualidade de vida para a criança, para que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

DIRETRIZES: Juntamente com as Estratégias de Saúde da Família e outras Secretarias, criar e desenvolver o Programa de Saúde da Criança proporcionando crescimento e desenvolvimento saudável em todas as crianças do município.

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, em parceria com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada, a sociedade e a família, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania.

OBJETIVOS: Geral: Desenvolver e trabalhar o Programa de Saúde da criança, juntamente com o Programa de Saúde na Escola (PSE) objetivando o crescimento e desenvolvimento saudável bem como avaliar situações de desnutrição ou obesidade; acuidade visual, hiperatividade, problemas neurológicos e outros.

Objetivos específicos:

1. Realizar, através do setor de odontologia, Programa de Saúde Bucal, ações como escovação supervisionada, distribuição de KITS para higiene oral;

2. Desenvolver educação permanente com os profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família objetivando o trabalho com as crianças e mães das mesmas para tratar temas importantes de promoção e prevenção da saúde da criança;
3. Manter na Unidade de Saúde um pediatra para proporcionar apoio às equipes de estratégias de Saúde da Família;
4. Avaliar as rotinas decrescimento e desenvolvimento da criança, acompanhamento da cobertura vacinal (registrando na Caderneta de saúde Da Criança e (peso e altura), o incentivo ao aleitamento materno e a utilização da terapia de reidratação oral;
5. Estimular o teste do Pezinho e Teste do Olhinho e mais precocemente possível para diagnosticar possíveis problemas com a criança;
6. Envolver outros setores administrativos a criar projetos físicos de entretenimento voltados aos infantes (exe.: pracinha, quadra de esportes, parques, grupos de dança, musica e outros);
7. Investigar as situações de risco envolvendo crianças principalmente de violência domestica e abuso sexual;
8. Estimular as gestantes para a amamentação até pelo menos os seis meses de vida;
9. Garantir a imunização com todas as doses de vacina do calendário vacinal, distribuídos pela Rede Publica, tanto nas campanhas como de rotina.

Saúde da Mulher

O programa de saúde da mulher aborda aspectos voltados para autoestima, busca de autonomia, combate á violência domiciliar; planejamento familiar e ações de prevenção de câncer de mama.

DIAGNÓSTICO: População Feminina considerada na faixa etária

DIRETRIZES: Desenvolver um trabalho multiprofissional com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento com rotinas de trabalho conjunto para o tratamento dos principais agravos femininos estabelecendo metas de descentralização a partir da capacitação dos profissionais das equipes de ESFS dentro dos moldes de educação permanente.

OBJETIVOS:

Geral:Promover a atenção integral à saúde da mulher como uma das prioridades no processo de trabalho das Estratégias de saúde da Família, devendo seus princípios e suas ações serem amplamente conhecidos pelos diversos profissionais da Atenção Básica de Saúde, pensando em estratégias entre as quais a prevenção do câncer do colo e mama, planejamento familiar e pré natal, redução de DST e AIDS, saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidade e especificidades da população feminina.

Objetivos Específicos:

1. Qualificar a atenção às mulheres com queixas ginecológicas nos vários ciclos da vida: infância, adolescência e fase adulta considerando menarca, menacme, climatério e menopausa;
2. Desenvolver ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva como no planejamento familiar, como na anticoncepção independente da idade sempre garantindo os direitos sexuais e reprodutivos, com enfoque na diversidade cultural e étnica, bem como a abordagem das questões sobre sexualidade, tais como afeto, prazer, conhecimento do corpo e auto-estima;
3. Desenvolver ações de atenção à saúde mental levando em consideração a violência intrafamiliar e o processo de desmoralização da a mulher, produzido tanto pelas condições econômicas, mas também pela sociedade e cultura que são fatores associados com o adoecimento da mulher e com conseqüências para os filhos e demais familiares;
4. Garantir o direito ao tratamento nos casos de DSTs e AIDs, através da estruturação e preparação das estratégias de saúde da família para atividades de promoção da saúde e tratamento dos agravos tendo em mente as situações de vulnerabilidade como pobreza, desigualdade étnico-racial e etc...
5. Diversificar a abordagem sobre DSTs e AIDs não priorizando somente o aspecto biológico, mas construindo de forma transversal, transdisciplinar e Equânime, ações para o enfrentamento do problema, incluindo acompanhamento do casal se for o caso de modo que somente a consulta individual não seja Suficiente;
6. Aumentar o numero de coletas de preventivo do Câncer do colo do útero para toas as mulheres em idade fértil procurando detectar os casos de câncer logo na sua fase inicial pois é comprovado que Mortalidade por Câncer do colo de útero é uma causa evitável em 100% dos casos, se tratado logo no inicio;
7. Oferecer exames de mamografias de rastreamento para as mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério de Saúde 50 a 69 anos bem como todas as mulheres nas demais faixas etárias levando em considerações históricas familiares e ou situações de risco;
8. Alimentar frequentemente o Sistema de Informação Sis colo/Sis mama para auxiliar na consolidação das ações de controle do câncer de mama e colo do útero pois é através deste que conseguiremos o gerenciamento das informações;
9. Garantir o tratamento para as mulheres com diagnostico de câncer de útero e mama para o serviço de referencia para alta complexidade, respeitando a individualidade e dignidade de cada paciente procurando desenvolver a sua auto-estima durante e após o tratamento;

JUSTIFICATIVA: Através de um referencial importante para melhor compreendermos os agravos à saúde da mulher e a construção de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde efetivas proporcionando o empoderamento da comunidade e das mulheres em particular abordando várias temáticas em torno desses agravos

ACÕES E METAS:

- 1 Realizar capacitação aos funcionários das estratégias de saúde da família na perspectiva de pensar a saúde da mulher como primordial, levando em conta uma

educação permanente e abrangendo os vários aspectos e situações que envolvam os agravos à saúde da mulher;

Continuada 2014 2017

2 Realizar campanhas através das estratégias de saúde da família para coleta de exames preventivos do colo do útero para detecção e diagnóstico na fase inicial e encaminhamento para alta complexidade em tempo hábil; Continuada 2014 2017

3 Alimentar e monitorar o sistema de informações como forma de gerenciamento das ações desenvolvidas; Continuada 2014 2017

4 Realizar capacitação aos funcionários das estratégias de saúde da família na perspectiva de pensar a saúde da mulher como primordial, levando em conta uma educação permanente e abrangendo os vários aspectos e situações que envolvam os agravos à saúde da mulher;

TOTAL DA AÇÃO 8.000,00

Realizar campanhas através das estratégias de saúde da família para coleta de exames preventivos do colo do útero para detecção e diagnóstico na fase inicial e encaminhamento para alta complexidade em tempo hábil;

TOTAL DA AÇÃO 40.000,00

3 Alimentar o monitorar o sistema de informações como forma de gerenciamento das ações desenvolvidas;

TOTAL DA AÇÃO: 20.000,00

Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PROGRAMA: PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO – SISPRENATAL E IMPLEMENTAÇÃO DA “REDE CEGONHA”

2014/2017

DIAGNÓSTICO: A qualificação desse modelo de atenção à gravidez, parto/nascimento, aborto e puerpério preconizado pela “Rede Cegonha” será desenvolvido na perspectiva da promoção da saúde, nos princípios da humanização e práticas baseadas em evidências científicas, na defesa dos direitos humanos e na adequação de ações para inclusão de mulheres, crianças e adolescentes vulneráveis.

DIRETRIZES: promoção da atenção integral do pré – natal ao nascimento com base na organização e desenvolvimento da “rede cegonha” – estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil ao recém nascido.

OBJETIVOS: Geral: Aumentar a segurança e garantir a integralidade da mulher, tendo em conta as necessidades respectivas no seu ciclo de vida, assim como a sua realidade social/local, em conjunto com o atendimento na atenção especializada (pré-natal da gestante de risco, atenção ao parto e ao nascimento, atenção ao recém nascido de risco, urgência e emergência e mulheres em situações especiais).

Objetivos Específicos:

1. Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém nascidas;
2. Ampliar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna , perinatal e neonatal;
3. Melhorar o acesso, de cobertura e de qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neo - natal;
4. Humanizar e monitorar a qualidade do atendimento às gestantes e púrpuras nas Unidades básicas de Saúde;
5. Redução da gravidez na adolescência e acompanhamento da gestação de alto risco;
6. Organizar grupos de gestantes para participação em ações educativas realizadas por equipes multi - profissional com temáticas voltadas para promoção e prevenção, planejamento familiar, uso de anticoncepcionais, teste do pezinho, atendimento integral à criança, amamentação exclusiva, puericultura, saúde bucal, praticas corporais, alimentação saudável, atenção ao parto e nascimento, e outros assuntos pertinentes a gravidez;
7. Promover parcerias intersetoriais visando a melhora da adesão da gestante ao pré-natal e conseqüentemente diminuindo riscos e complicações;
8. Estimular a participação do homem juntamente com a gestante no pré-natal, durante as consultas de enfermagem, com o medico e ações educativas;
9. Adesão à Rede Cegonha através de Termo de Adesão assinado pelo Gestor e Cadastramento das gestantes no Sis prenatal Web.
10. Adesão ao Pré-Natal com no mínimo seis consultas de acompanhamento, sendo que estas devem ter um intervalo obrigatório de quinze dias; sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
11. Realizar a primeira consulta de pré-natal no inicio da gestação ou pelo menos até o quarto mês de gravidez como preconiza o Ministério da Saúde;
12. Realizar todos os exames de pré-natal em todas as gestantes Cadastradas e atendidas na Rede Básica Municipal;
13. Garantir o acesso da Gestante desde o pré- natal, da assistência ao parto, puerpério e assistência neo natal disponibilizando transporte se necessário para atendimentos na atenção especializada.
14. Fornecer Kits às gestantes contendo: Bolsa, termômetro, gases, álcool 70%, cotonetes, sabonete, xampus e pomada para assadura;

JUSTIFICATIVA:

- 1 Aderir a “Rede Cegonha” através do termo de Adesão

2 Organizar o Programa de Humanização ao pré natal, através de cadastramento das gestantes no Sis prenatal Web, obedecendo as normas e diretrizes preconizadas

3 Alimentar e monitorar o sistema Sis prenatal Web relacionando as informações nele contidas com a realidade de cada microárea, ou seja, realizar todas as ações descritas nos objetivos específicos, proporcionando cobertura de 100% das gestantes assistidas.

4 Realizar consultas de pré natal com solicitação de exames de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério de Saúde e realização palestras através das estratégias de Saúde da Família com atividades educativas com equipe multiprofissionais e distribuição de Kits para as gestantes.

TOTAL DA AÇÃO: 80.000,00

Saúde do Adolescente=100% DAS ESCOLAS NO MUNICÍPIO COM PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

DIAGNÓSTICO: Pela perspectiva de garantir a atenção integral às pessoas jovens sendo estas uma condição primordial para a assistência desse grupo populacional, compreendendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito inseridos em um contexto social, cultural e familiar. Desse modo, a articulação continuada de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso e em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

DIRETRIZES: Trabalhar através de parcerias e intersetorialidade pensando ações, programas e políticas do SUS bem como outras políticas de governo que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Aprimorar o atendimento já existente de forma humanizada, por meio de uma assistência integral, continua com responsabilidade e de qualidade respeitando às necessidades de saúde do adolescente, com foco na prevenção, promoção, educação e recuperação da saúde.

Objetivos Específicos;

- 1. Desenvolver parcerias com setores de educação e serviço social para desenvolver ações de promoção e prevenção;**
- 2. Investigação desenvolvimento físico respeitando as diversidades tanto individuais, sociais, étnicas e territoriais estabelecendo um vínculo de confiança e respeito, fundamental para a continuidade do acompanhamento e êxito do tratamento;**

3. Identificar problemas emocionais enxergando o jovem na sua integralidade, buscando identificar necessidades para o seu bem estar, e envidar esforços para engajá-la em outros serviços locais além dos serviços de saúde independente da demanda inicial que o levou até a unidade de saúde;
5. Desenvolver ações preventivas com a família, escola e comunidade voltada para a importância da co-responsabilidade, buscando identificar situações de violência doméstica de maus tratos, bullying e de abuso sexual;
6. Investigar e prevenir fatores de riscos presentes no modo de vida voltadas para as drogas lícitas e ilícitas tão presentes nos jovens na Atualidade;
7. Incentivar a prática do cuidado familiar que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença nos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, incluindo nesse contexto adolescentes e jovens das áreas adstrita;
8. Estabelecer parcerias intersetoriais e as atividades extramuros é de fundamental importância, garantindo proteção de seus direitos;
9. Promover atividades educativas direcionadas aos adolescentes e familiares com busca ativa dos faltosos de risco, distribuindo materiais informativos de fácil compreensão sobre temas que envolvam os jovens e familiares.

JUSTIFICATIVA:

- 1 Formar grupos de adolescentes dentro das estratégias de saúde da família – ESFs -com a participação da família para tratar de temas importantes sobre o desenvolvimento do jovem quebrando tabus e mitos referente à questões principalmente de educação sexual.
- 2 Trabalhar individual e coletivamente nas Unidades Básicas de Saúde com profissionais médicos e enfermeiras com ações e serviços preventivos e curativos específicos para cada caso e grau de complexidade.
- 3 Fazer a busca ativa de jovem sem situação de risco através das estratégias de saúde da família – ESFs – principalmente aqueles em situações de violência doméstica de maus tratos, de abuso sexual e em uso de drogas lícitas e ilícitas realizando trabalho de conscientização, tratamento e encaminhamento especializado se for o caso.

AÇÕES E METAS

TOTAL DA AÇÃO 20.000,00

CURA SAUDAVEL / FITOTERAPIA

DIAGNÓSTICO: Fomentar com um pensar voltado para uma nova maneira de proporcionar o acesso.

DIRETRIZES: Promoção do uso racional de Plantas Medicinais e dos Fitoterápicos no SUS, garantindo a monitoração da qualidade desses produtos pela Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

OBJETIVOS: Estruturar e fortalecer a atenção em fito terapia, incorporando uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos diferentes níveis de complexidade

do Sistema, dentro da lógica de apoio , participação e cor responsabilização com as equipes de saúde da família, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde, estabelecendo critérios técnicos para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, com avaliação das iniciativas já existentes.

Objetivos Específicos:

1. Ampliação das opções terapêuticas
2. Melhoria da atenção a saúde dos usuários do sistema único de saúde
3. Utilização sustentável da biodiversidade brasileira
4. Valorização e preservação do conhecimento tradicional das comunidades e povos tradicionais
5. Aproveitamento do espaço do horto medicinal já existente
6. Promoção da racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.
7. Fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos
8. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos na regulamentação sanitária.
9. Incentivar a pesquisa de praticas integrativas e complementares com vistas ao aprimoramento da atenção á saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

JUSTIFICATIVA:

Elaborar Projeto “ Cura Saudável” com a participação dos profissionais das ESFs, NASF e demais profissionais da Atenção Básica conjuntamente com um responsável habilitado para o desenvolvimento do programa dos arranjos terapêuticos.

Realização de Oficinas ativas participativas com os profissionais das ESFs, Pastorais da Igreja/criança comunidade para troca de experiências como forma de estimular a reflexão, abrindo espaço real de participação e construção de um olhar diferente sobre a atuação das Equipes das ESFs na proposta de incorporações do conhecimento e uso das potencialidades das plantas medicinais e fitoterapia como terapêutica complementar.

Elaborar um horto publica de plantas medicinais para atender toda a comunidade de forma segura e eficiente através de monitoramento contínuo de profissional habilitado para a função com base nos registros do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

TOTAL DA AÇÃO: 200.000,00

