



PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018- 2021

TIMBÓ – SC
2017

ENTIDADE PROMOTORA

Prefeitura Municipal de Timbó
Avenida Getulio Vargas, nº 700, Centro
Timbó – Santa Catarina
CEP: 89.120-000 Telefone/Fax: 47 3382 3655
CNPJ: 83.102.764/0001-75

Jorge Augusto Kruger – Prefeito Municipal
Marcelo Ferrari – Vice-Prefeito Municipal

ENTIDADE EXECUTORA

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Aracaju, s/n, Centro
Timbó – Santa Catarina
CEP: 89.120-000 Telefone/Fax: 47 3399 0220
CNPJ: 11.422.955/0001-53

Alex Sandro da Silva – Caps

Ana Caroline H. da Cruz - Farmácia

Andressa Giulia Busarello Nunes – Centro de Imagens

Carlos Brás Busarello – Vigilância Sanitária

Cíntia Volani Elert – Controle Avaliação e Regulação

Deise Adriana Nicholletti Mendes – Secretário Municipal da Saúde

Dilma T. Girardi – Policlínica de Referência

Eduardo Espindola – Diretor de Saúde

Fernanda Vicenzi Pavan – Educação Permanente

Grasiele Campregheer – Vigilância Epidemiológica

Luize Amanda Salvador – Nutrição

Maira Lúcia Cipriani – Coordenação NASF



Manuela Bagattoli Pedron – Supervisão da divisão de serviço da saúde

Margot Friedmann Zetsche – Saúde Mental/ Saúde da Mulher

Sandra Nones Schaefer – Atenção Básica

Jeferson Carlos Siega – Médico Regulador



Sumário

1 INTRODUÇÃO	8
2 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO	9
2.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	9
2.1.1 Colonização e Fundação.....	9
2.1.2 Denominação.....	10
2.1.3 Emancipação Política	10
2.1.4 Localização	11
2.1.5 Aspectos Físicos	11
2.1.6 Limites Municipais.....	11
2.1.7 Principais Rodovias de Acesso	12
2.1.8 Inserção Regional.....	13
2.1.9 Economia.....	15
2.1.10 Densidade Demográfica	15
2.1.11 Produto Interno Bruto Per Capita.....	15
2.2 ASPECTOS POPULACIONAIS E SOCIAIS	16
2.2.1 Faixa Etária	17
2.2.2 Urbanização da População	17
2.2.3 Proporção de Idosos e Esperança de Vida.....	18
2.2.4 Educação	18
2.2.5 Índice de Desenvolvimento Humano	20
2.2.6 Renda.....	20
2.2.7 Taxa de Desemprego.....	20
2.2.8 Taxa de Trabalho Infantil.....	20
2.2.9 Estrutura Sanitária.....	21
2.2.10 Secretaria Municipal de Saúde.....	21
2.3 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO.....	21
2.3.1 Nascidos Vivos.....	22
2.3.2 Mortalidade	24
2.3.2.1 Mortalidade geral	24
2.3.2.2 Mortalidade infantil.....	25



2.3.2.3 Mortalidade materna e de mulher em idade fértil	26
2.3.3 Doenças ou agravos de notificação compulsória	27
2.3.4 Cobertura vacinal	28
2.3.5 Internação hospital.....	29
2.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	30
2.4.1 Atenção Básica.....	30
2.4.1.1 Características das equipes de saúde da família	31
2.4.1.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	34
2.4.1.2.1 Alimentação e nutrição.....	36
2.4.1.2.1.1 Sistema de vigilância alimentar nutricional	38
2.4.1.2.1.2 Bolsa família	39
2.4.1.2.1.3 Nutrição em média complexidade.....	39
2.4.1.3 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ).....	39
Tabela 5 – Equipes participantes do PMAQ – 1º e 2º ciclos.....	40
DESEMPENHO	40
Equipes de AB.....	40
Equipes de SB	40
Nota	41
Organização do processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde	41
Nota.....	42
2.4.1.4 Saúde Bucal.....	42
2.4.1.5 Programa de saúde na escola (PSE)	42
2.4.1.6 Programa nacional de controle do tabagismo (PNCT).....	43
2.4.1.7 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).....	44
2.4.1.8 Saúde da pessoa idosa	45
2.4.1.9 Saúde do homem	46
2.4.1.10 Saúde da criança.....	48
2.4.1.11 Saúde da Mulher.....	49
2.4.1.12 E-SUS.....	53
2.4.2 Educação Permanente em Saúde.....	54
2.4.3 Média e alta complexidade.....	57
2.4.3.1 Policlínica de referências.....	57



2.4.3.1.1 Estrutura.....	57
2.4.3.1.2CENTRUS.....	58
2.4.3.3 Serviço de odontologia.....	58
2.4.3.3.1 Endodontia	58
2.4.3.3.2 Radiologia	59
2.4.3.3.3 Prótese Dentária	59
2.4.3.4 Regulação.....	59
2.4.3.4.1 Ações de regulação, controle e avaliação.....	63
2.4.4 Saúde mental	64
2.4.4.1 Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.....	64
2.4.4.2 Estrutura Local	65
2.4.4.3 Atribuições do profissional Psicólogo na Estratégia de Saúde da Família.....	67
2.4.4.4 CAPS.....	68
2.4.5 Serviço de Fisioterapia.....	71
2.4.6 Vigilância em saúde	71
2.4.6.1 Vigilância sanitária.....	71
2.4.6.1.1 Áreas técnicas para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária	72
2.4.6.1.1.1Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos	72
2.4.6.1.1.2 Vigilância em saúde dos riscos associados a desastres	73
2.4.6.1.1.3 Vigilância da qualidade da água para consumo humano.....	73
2.4.6.1.2 Programas utilizados	74
2.4.6.1.2.1 PHAROS	74
2.4.6.1.2.2 NOTIVISA	74
2.4.6.1.3 Dengue	74
2.4.6.2 Vigilância epidemiológica.....	76
2.4.6.2.1 Serviço de atendimento especializado- SAE.....	78
2.4.7 Assistência Farmacêutica	77
2.4.8 Serviço Social em Saúde.....	80
2.5 GESTÃO EM SAÚDE.....	84
2.5.1 Informatização.....	84
2.5.2 Controle social	85



2.5.3 Planejamento	87
2.5.4 Financiamento	87
3.0 TERMO DE COMPROMISSO E GESTÃO	89
3.1 ATENÇÃO BÁSICA	90
3.1.1 Objetivos e diretrizes.....	90
3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	94
3.2.1 Objetivos e diretrizes.....	94
3.3 SAÚDE MENTAL.....	97
3.3.1 Objetivos e diretrizes.....	97
3.4 SERVIÇO DE FISIOTERAPIA.....	100
3.4.1 Objetivo e diretrizes	100
3.5 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	101
3.5.1 Objetivo e diretrizes	101
3.6 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	106
3.6.1Objetivos e diretrizes.....	106
3.7 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	107
3.7.1 Objetivos e diretrizes.....	107
3.8 SERVIÇO SOCIAL EM SAUDE.....	108
3.8.1 Objetivos e diretrizes.....	108



1 INTRODUÇÃO

O plano municipal de saúde é um instrumento de planejamento em saúde (Portaria 2.135/2013) que expressa as políticas de saúde e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Constitui a base para a execução, o monitoramento e a avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os esforços empreendidos nesta gestão vêm ao encontro da consolidação do SUS, tendo como base as diretrizes políticas da Constituição Federal (CF) de 1988. Além dos preceitos constitucionais, este documento foi organizado com o objetivo de cumprir com os preceitos legais que vão desde as Normas Operacionais, até o que está previsto no Pacto pela Saúde, conforme nossa realidade epidemiológica.

O levantamento das informações de saúde do município de Timbó está baseado nos documentos norteadores:

- ✓ Manual de Planejamento no SUS- Brasília, 2016, 1ª edição revisada;
- ✓ Manual do Gestor Municipal do SUS- Diálogos no cotidiano- Rio de Janeiro, 2016.
- ✓ Plano Estadual de Saúde (2016 -2019);
- ✓ Plano Nacional de Saúde (2016 -2019);
- ✓ 6ª Conferência Municipal de Saúde (2015);
- ✓ PPA (2018 –2021);
- ✓ Plano de Governo do Município de Timbó 2017 –2020;

A atuação planejada sobre uma dada situação implica em um esforço de compreensão do posicionamento dos diversos atores sociais que interferem na situação, tornando possível construir uma explicação abrangente dos problemas, facilitando a definição das ações a serem implementadas para enfrentá-los e reduzi-los ou controlá-los.

O planejamento de saúde do município de Timbó baseou-se no diagnóstico da realidade, nas perspectivas dos gestores, técnicos e conselheiros, frente às necessidades epidemiológicas, estruturais, assistenciais, em indicadores de saúde e no orçamento/recurso financeiro. Com isso, definiram-se prioridades, metas e ações a serem realizadas para atingir os objetivos no período que o Plano compreende.

O Plano Municipal de Saúde foi elaborado entre novembro e dezembro de 2017 e abrange o período de 2018 a 2021. Permite um conhecimento aprofundado do território e a atenção prestada à população de Timbó, identificação de problemas e situações mais significantes, propondo mudanças na execução das ações, juntamente com a participação efetiva da comunidade, através do Conselho Municipal de Saúde.

A gestão do Plano cabe a Secretaria Municipal de Saúde e a aprovação e acompanhamento do desenvolvimento do Plano, ao Conselho Municipal de Saúde, que o aprovou em dezembro de 2017.

2 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

2.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Em Santa Catarina, no sul do Brasil, encontra-se Timbó que, apesar de pequena, com cerca de 42.801 mil habitantes estimados pelo IBGE (2017), é conhecida como a Pérola do Vale, por sua riqueza, beleza e qualidade de vida.

Cidade de cultura europeia (germânica e italiana), localiza-se no Vale Europeu. Nela pode-se observar rios de águas limpas, encantar-se com o verde exuberante por toda a cidade, ouvir o canto dos pássaros habitantes comuns, da mata nativa que cerca a cidade e observar ainda o contraste da arquitetura e o colorido dos jardins.

A herança dos imigrantes está presente na organização, na força do trabalho, na indústria, na limpeza das ruas, no cuidado com as casas e jardins, na hospitalidade e na simpatia do povo. Apesar da cidade ter um apego à tradição, isto não impede a adaptação aos novos tempos, promovendo o desenvolvimento tecnológico, com melhorias em todas as áreas: um perfeito equilíbrio entre o fazer artesanal e a manufatura mecanizada.

Gentílico: timboense



FIGURA 1 -LAELIA PURPURATA TIMBÓ FLOR SÍMBOLO DE TIMBÓ
Fonte: Plano de desenvolvimento do turismo de Timbó 2009 a 2018

2.1.1 Colonização e Fundação

A chegada dos primeiros povoadores do Município foi fruto do movimento colonizador empreendido por Hermann Blumenau, que atingiu a todo o vale do baixo rio Itajaí - Açú. Oriundos da Alemanha, os primeiros colonizadores que chegaram às terras de Timbó, fizeram-no subindo o rio Benedito, até a confluência deste com o Rio dos Cedros. A excelência do lugar fez com que ali permanecessem.



Timbó foi fundada por Frederico Donner, imigrante alemão, em 12 de outubro de 1869, data em que construiu sua moradia e a primeira casa comercial às margens do rio Benedito. Logo chegaram outras famílias alemãs, tais como Christian Gottfried Benz, Gustav Milchert, Júlio Vogel, Gottfried Reif, Júlio Scheidmantel e outros. Nos anos seguintes vieram também os imigrantes italianos, cujos descendentes atualmente correspondem à metade da população. As primeiras famílias se estabeleceram na região rural e a agricultura era basicamente de subsistência.

A construção das primeiras habitações foi financiada pelo Governo Imperial, e o seu construtor foi o carpinteiro Augusto Germer. Estas construções eram de pau a pique, tendo palmito como madeira.

Algumas casas comerciais iniciaram suas atividades no centro. O início foi muito difícil para estas famílias, pois as condições de vida eram precárias. Foi necessário construir tudo: as casas, os campos para a lavoura, as estradas. As comunidades viviam bastante isoladas e, para fomentar sua vida social, começaram a erguer as igrejas, as escolas, os clubes e salões de festa.

2.1.2 Denominação

Sendo a flora existente rica em espécimes, o Dr. Fritz Muller, filósofo e naturalista, natural da Alemanha, que veio juntar-se ao Dr. Blumenau, cuja comunidade já estava fundada e em franco progresso, fez amplos estudos sobre a flora existente em toda a região da colônia, inclusive sobre a planta denominada "timbó".

O jornalista e escritor Theobaldo da Costa Jamunda, de Indaial, fez trabalho notável sobre a origem dos nomes dados aos núcleos coloniais de Indaial, Timbó e Rio dos Cedros. É interessante saber que das diversas variedades da planta "timbó", inclusive cipós do mesmo nome, muito difundidos em várias regiões do País, especialmente os do gênero "lonchocarpus", é extraída a retinona, princípio ativo e altamente tóxico, utilizado sobretudo na fabricação de inseticidas, como o DDT, muito utilizado pelas Forças Americanas que combatiam as Forças Nipônicas nas florestas do continente asiático e nos densos matagais das ilhas do Oceano Pacífico.

Essa substância ativa, extraída do "timbó" já era há muito conhecida pelos silvícolas e também, mais tarde, pelos primeiros colonos. A raiz dessa planta, sendo esmagada ou ralada, introduzida na água dos rios ou ribeirões, desprende o princípio ativo do veneno, estonteando ou mesmo matando os peixes.

2.1.3 Emancipação Política

O Decreto Estadual nº 527, de 28 de fevereiro de 1934, criou o município de Timbó. Sua instalação deu-se em 25 de março de 1934.

2.1.4 Localização

Timbó está localizada na Região do Vale do Itajaí, pertencente à Região Metropolitana do Vale do Itajaí. Localizada na latitude sul de 26° 49' 32" e longitude oeste de Greenwich de 49° 16' 18".



FIGURA 2 – LOCALIZAÇÃO DE TIMBÓ NO ESTADO SANTA CATARINA

FONTE: Mapa interativo Ciasc (2017)

2.1.5 Aspectos Físicos

Lindo vale, circundado por montes e montanhas, com uma área de 127,405 km² (IBGE). Sua altitude máxima é de 758 metros, no topo do Morro Azul, um contra-forte da Serra do Mar. A sede do município está a 70 metros de altitude do nível do mar.

O clima é temperado, variando entre 40°C a máxima, podendo a mínima chegar a 3°C negativos. As precipitações pluviométricas variam de 1.400mm a 2.000mm. Sua contornação se dá por serras formadas em partes pelos contra-fortes da Serra do Mar. Não há propriamente planícies, mas sim, terras planas.

2.1.6 Limites Municipais

Limita-se ao norte com o município de Rio dos Cedros, ao sul com Indaial, ao leste com Pomerode e ao oeste com Rodeio e Benedito Novo.

2.1.7 Principais Rodovias de Acesso

O acesso para Timbó se dá por via rodoviária, o qual sua principal Rodovia é a BR 470, rodovia a qual está inserida a BR 101. Sendo que as ligações através das Rodovias Estaduais tem o seu acesso ao Sul pela SC 477 (6km com Indaial), ao Norte pela SC 417 (7km com Rio dos Cedros), ao Oeste pela SC 477 (4km com Benedito Novo) e pela SC 416 (4km com Rodeio) e finalmente ao Leste pela SC 416 (8km com Pomerode).

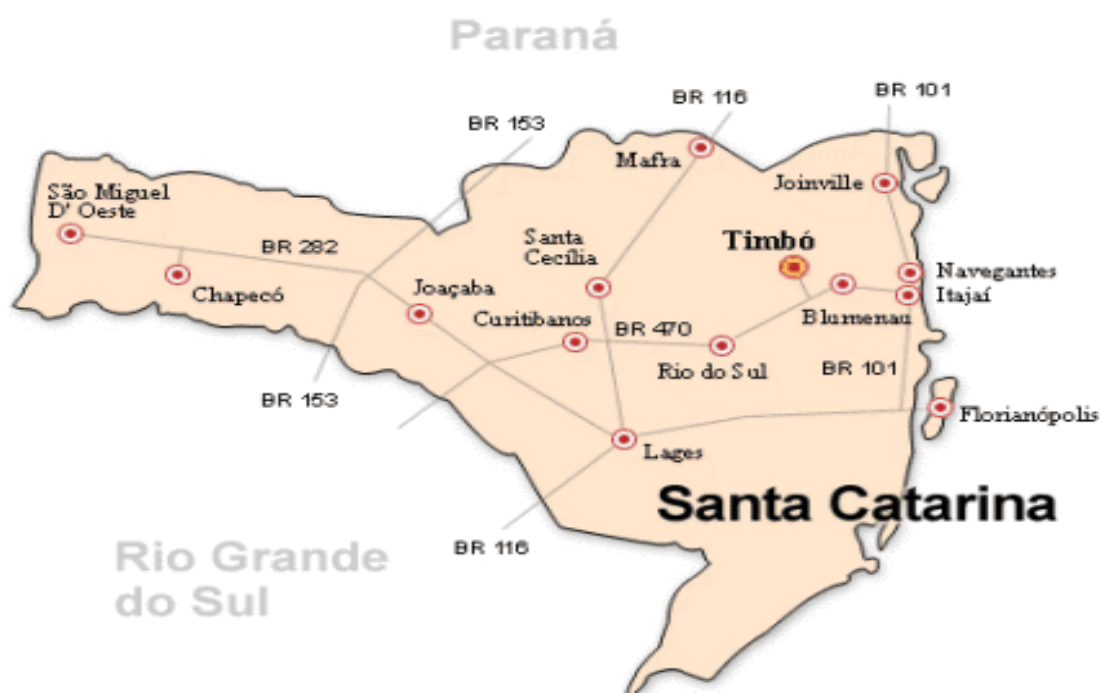


FIGURA 3 – PRINCIPAIS VIAS DE ACESSO A TIMBÓ

FONTE: Plano de desenvolvimento do turismo de Timbó 2009 a 2018



9ª - Videira	15ª - Blumenau
10ª - Caçador	16ª - Brusque
11ª - Curitibanos	17ª - Itajaí
12ª - Rio do Sul	18ª - Laguna
13ª - Ituporanga	
14ª - Ibirama	
19ª - Tubarão	29ª - Dionísio Cerqueira
20ª - Criciúma	30ª - Itapiranga
21ª - Araranguá	31ª - Quilombo
22ª - Joinville	32ª - Seara
23ª - Jaraguá do Sul	33ª - Taió
24ª - Mafra	34ª - Timbó
25ª - Canoinhas	35ª - Braço do Norte
26ª - Lages	
27ª - São Joaquim	
28ª - Palmitos	

Figura 4: Macrorregiões de Santa Catarina

Fonte: Secretaria do Estado de Santa Catarina. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acesso em: 11. Nov. 2017

Na figura 5 encontram-se os municípios que compõem o Médio Vale do Itajaí.



FIGURA 5–MUNICÍPIOS DA AMMVI

FONTE: Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí;

2.1.9 Economia

A base da economia do município é de indústria e de comércio, sendo que o turismo desponta lenta e progressivamente. Sua estruturação está tanto no aspecto interno como também na busca do cliente em potencial, segundo Plano de desenvolvimento do turismo de Timbó 2009 a 2018.

2.1.10 Densidade Demográfica

O município de Timbó possui uma extensão de 127,405 km² (IBGE). No ano de 2017, o IBGE estima uma população de 42.801 pessoas.

2.1.11 Produto Interno Bruto Per Capita

Timbó-SC alcançou um PIB (Produto Interno Bruto) per capita em 2013 de R\$ 35.095,19/hab., superando a média nacional, conforme gráfico abaixo.



Gráfico 1: PIB (Produto Interno Bruto) de Timbó e Média Nacional.

2.2 ASPECTOS POPULACIONAIS E SOCIAIS

O gráfico mostra a evolução populacional de Timbó-SC de 1992 a 2008 e faz um comparativo com Santa Catarina e Brasil.

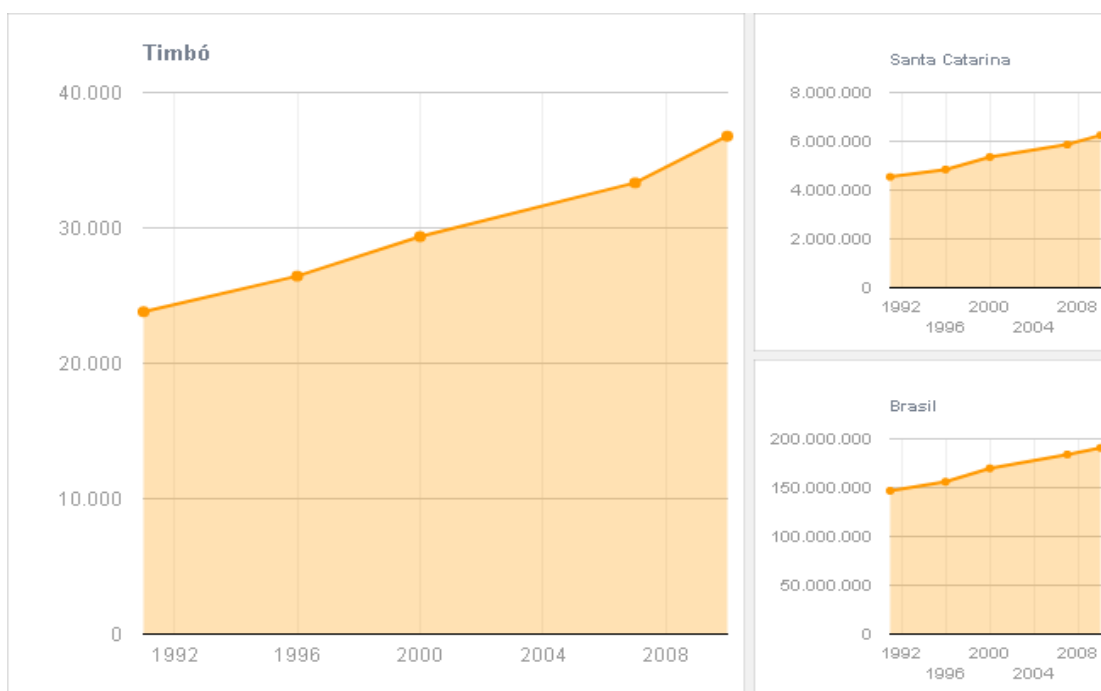


Gráfico 2: Evolução populacional de Timbó-SC de 1992 a 2008

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

2.2.1 Faixa Etária

Na figura abaixo, pode-se observar a pirâmide etária do município acompanhando o estado de Santa Catarina e o Brasil. Há predominância da faixa etária entre 20 a 29 anos no município.

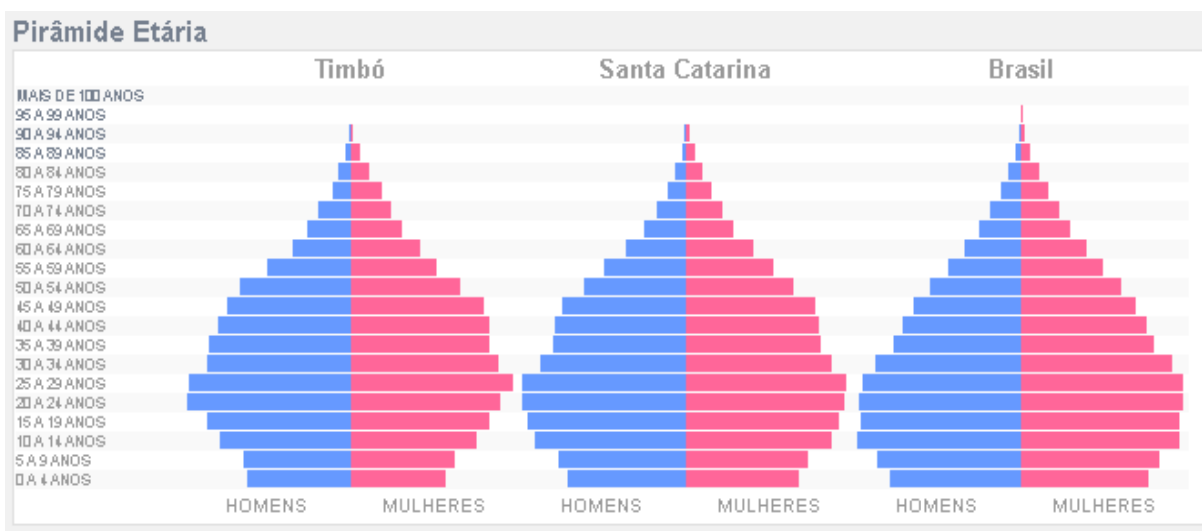


Figura 6: Pirâmide etária do município; do Estado de Santa Catarina e do Brasil.
Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

2.2.2 Urbanização da População

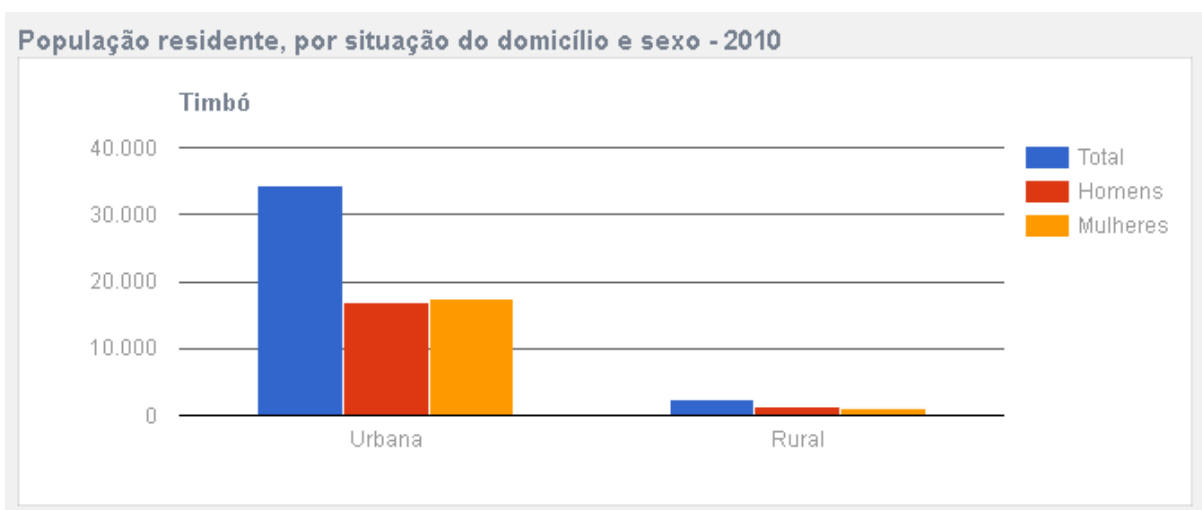


Gráfico 3: População residente em Timbó, por situação do domicílio e sexo.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010		
	Urbana	Rural
Total	34296	2478
Homens	16964	1280
Mulheres	17332	1198

Quadro 2: População residente em Timbó, por situação do domicílio e sexo.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Conforme Tabnet, o município detém em 2010, população urbana de 34.296 e rural de 2.478. Dessa forma, 93% da população residem na área urbana.

2.2.3 Proporção de Idosos e Esperança de Vida

Conforme Tabnet, o município apresenta em 2012 a proporção de idosos de 11,4% da população, tendo 4.335 idosos. A macrorregião do Médio Vale do Itajaí, na qual Timbó está inserida, apresenta em 2012 a esperança de vida ao nascer de 76,1 anos, conforme Portal da Saúde de Santa Catarina.

2.2.4 Educação

O quadro abaixo expressa o nível de escolaridade da população de 15 anos ou mais:

Escolaridade	1991	2000	2010
Menos de 1 ano de estudo	615	587	-
1 a 3 anos de estudo	2504	2558	-
4 a 7 anos de estudo	8.094	8.898	-
8 anos e mais de estudo	5.670	9.732	-
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	-	-	5.315
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	-	-	4.187
2º ciclo fundamental completo ou mais	-	-	17.247
Alfabetização de adultos	-	43	-
Nãodeterminada	6	328	2.878

QUADRO 3 - ESCOLARIDADE

FONTE:Tabnet/ Datasus

O município de Timbó apresenta uma taxa de analfabetismo 2,05%, o que corresponde a 606 pessoas, em 2010. (TABNET/ DATASUS).

A rede municipal de educação é composta pelas seguintes unidades de ensino:



Núcleos de Educação Infantil		
NEI Arco Íris	NEI Lar da Criança	NEI Luar Encantado
NEI Mundo Mágico	NEI Paraíso da Criança	NEI Primeiros Passos
NEI Raio de Sol	NEI sonho da Criança	NEI Vida de Criança
NEI Prof. Maria Luiza Bell		

QUADRO 4 – NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

FONTE: Elaborado com base nos dados disponíveis no site da Prefeitura de Timbó

Unidades Pré-Escolares		
UPE Amor Perfeito	UPE Comecinho de Vida	UPE Pequeno Príncipe
UPE Alecrim	UPE Girassol	UPE Pinguinho de Gente
UPE Beija Flor	UPE Hortênsia	UPE Primavera
UPE Cinderela	UPE Jasmim	UPE Violeta
UPE Chapeuzinho Vermelho		

QUADRO 5 – UNIDADES PRÉ-ESCOLARES

FONTE: Elaborado com base nos dados disponíveis no site da Prefeitura de Timbó

Unidades de Ensino Fundamental Municipal	
Escola Municipal Erwin Prade	Escola Municipal Prof ^o Nestor Margarida
Escola Municipal Maurício Germer	Escola Municipal Tiroleses
Escola Municipal Padre Martinho Stein	Escola Municipal São Roque

QUADRO 6 – UNIDADES MUNICIPAIS DE ENSINO FUNDAMENTAL

FONTE: Elaborado com base nos dados disponíveis no site da Prefeitura de Timbó

Unidades de Ensino Fundamental e Médio Estadual
Escola de Educação Básica Ruy Barbosa
Escola de Ensino Fundamental Emir Ropelato
Escola de Ensino Fundamental Clara Donner
Escola de Ensino Fundamental Hugo Roepke
Escola de Ensino Fundamental Polidoro Santiago
Escola de Ed. Básica Prof ^o Julio Scheidemantel
Escola de Ed. Básica Prof ^o Juvenal Cardoso Zanella

QUADRO 7 – UNIDADES ESTADUAIS DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO

FONTE: Elaborado com base nos dados disponíveis no site da Prefeitura de Timbó

Unidades de Ensino Particular	
CEI Criança Criativa	Cetisa/Positivo
Instituto Educacional FILEO	CEI - Mundo da Criança
Cetisa	APAE

QUADRO 8 – UNIDADES DE ENSINO PARTICULAR

FONTE: Elaborado com base nos dados disponíveis no site da Prefeitura de Timbó



Educação de Jovens e Adultos		
EJA - E.M. Tiroleses	EJA – E.M. Mauricio Germer	EJA – CEDUP Timbó
EJA - E.E.F. Polidoro Santiago	EJA - TeleCentro	

QUADRO 9 – UNIDADES DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS

FONTE: Elaborado com base nos dados disponíveis no site da Prefeitura de Timbó

2.2.5 Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é composto por três variáveis: aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre a 0 a 1. Quanto mais próximo do 1, melhor.

Ano	Ranking Geral	IDH	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
2010	100°	0,784	0,807	0,856	0,697
2000	184°	0,690	0,735	0,808	0,554
1991	175°	0,559	0,677	0,762	0,338

QUADRO 10 – IDH MUNICIPAL

FONTE: Adaptado de PNUD Brasil- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

2.2.6 Renda

O quadro abaixo aponta o total de pessoas com renda inferior a ¼ do salário mínimo (SM) e inferior a ½, referente a 2010:

População com renda	Nº de pessoas	%
< 1/4 SM	345	0,94 %
< 1/2 SM	1.655	4,52 %

QUADRO 11 – PROPORÇÃO DE POBRES 2010

FONTE: Tabnet/ Datasus

2.2.7 Taxa de Desemprego

Conforme Tabnet/Datasus, o município apresentou em 2010 a taxa de desemprego de 16 anos e mais de 2,34%, sendo a população desocupada correspondente a 523 e população economicamente ativa de 22.365.

2.2.8 Taxa de Trabalho Infantil

Conforme Tabnet, o município apresentou em 2010 a taxa de trabalho infantil (percentual da população de 10 a 15 anos ocupada) de 7,67%. A população infantil é de 3.311, o que representa que 254 é a população infantil ocupada.

2.2.9 Estrutura Sanitária

O município possui 12.773 famílias em julho de 2013, conforme Tabnet. Destes domicílios, 11.244 tem abastecimento de água da rede pública, pelo Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto (SAMAE), 1.497 por abastecimento de poço ou nascente e 32 outras formas.

O município não possui rede de tratamento de esgoto. Os sistemas comumente mais utilizados na região são para atendimento unifamiliar, que consistem no lançamento dos esgotos domésticos gerados em uma unidade habitacional, usualmente em tanque séptico seguido lançamento na rede de drenagem.

Os sistemas de tratamento individual de esgoto, ou de disposição final do efluente no município variam entre os listados a seguir:

- Fossa séptica, filtro anaeróbio e sumidouro ou valas de infiltração;
- Fossa séptica, filtro anaeróbio e lançamento na rede de drenagem pluvial;
- Fossa séptica e lançamento na rede de drenagem pluvial;
- Fossa negra;
- Lançamento direto na rede pluvial.

Além destes conjuntos, a grande maioria das residências possui caixa de separação de gordura, no entanto não há registro cadastral destes, conforme Plano Municipal de Saneamento Básico 2012.

O destino do lixo ocorre através do serviço de coleta de lixo do município a 12.718 famílias/domicílios, que correspondem a 99,57%. Ainda segundo Tabnet, 51 famílias queimam ou enterram o lixo, e 4 famílias deixam seu lixo a céu aberto, no período de julho/2013.

2.2.10 Secretaria Municipal de Saúde

A saúde do município tem a sua força de trabalho em saúde distribuída entre funcionários públicos estaduais, municipais, privados e conveniados ao SUS. A Secretaria Municipal de Saúde possui 320 funcionários distribuídos conforme segue:

- Celetista: 51 funcionários;
- Estatutário: 152;
- Especial: 82;
- Comissionado: 06;
- Estagiário: 29

2.3 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO

A apresentação dos dados a seguir é proveniente do banco de dados do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Município que atua na coleta, análise e divulgação de dados no âmbito municipal e no seu repasse a outros níveis.

O principal sistema utilizado é o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) pela realização de atividades de notificação, investigação, adoção das medidas de controle das doenças ou agravos de notificação compulsória, bem como sua digitação, controle de qualidade, análise e divulgação.

Outros sistemas de informação também são utilizados, como o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). As Declarações de Nascidos Vivos são coletadas junto ao hospital, avaliadas, digitadas, analisadas para posterior divulgação dos dados municipais.

Quanto ao sistema de informação de mortalidade (SIM), o serviço procede a codificação das causas básicas de morte, digitação, análise e divulgação dos dados municipais. Nos casos de mortalidade de mulher em idade fértil, morte materna, infantil e fetal e também nos casos óbito por causa mal definida é realizada a investigação de cada caso.

2.3.1 Nascidos Vivos

O Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado em Timbó em 1994 e é atualizado semanalmente.

Este sistema visa reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos ocorridos no território. Subsidiaria as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido.

O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

O SINASC facilita as informações dos nascimentos ocorridos em municípios diferentes da residência do paciente. E todas as informações são transferidas para a esfera estadual e federal.

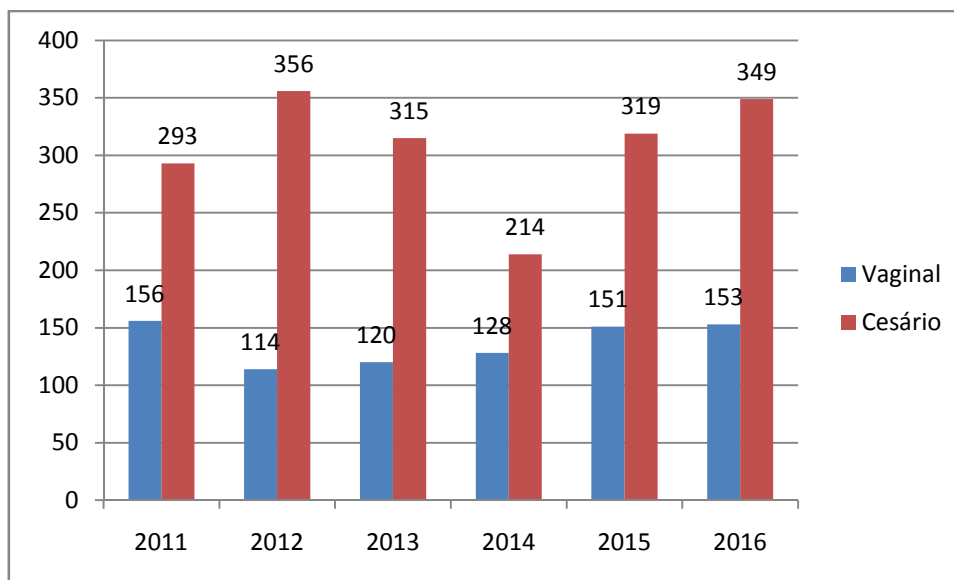
Segundo as informações do SINASC pode-se dizer que os nascidos vivos em Timbó são predominantemente nascidos em hospital. A tabela 1 e o gráfico 1 demonstram a quantidade de partos ocorridos por tipo de 2011 a 2016.

TABELA 1 – TIPO DE PARTO

Tipo de parto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VAGINAL	156	114	120	128	151	153
CESÁREO	293	356	315	214	319	349

Fonte: SINASC

GRÁFICO 5--TIPO DE PARTO



FONTE: SINASC

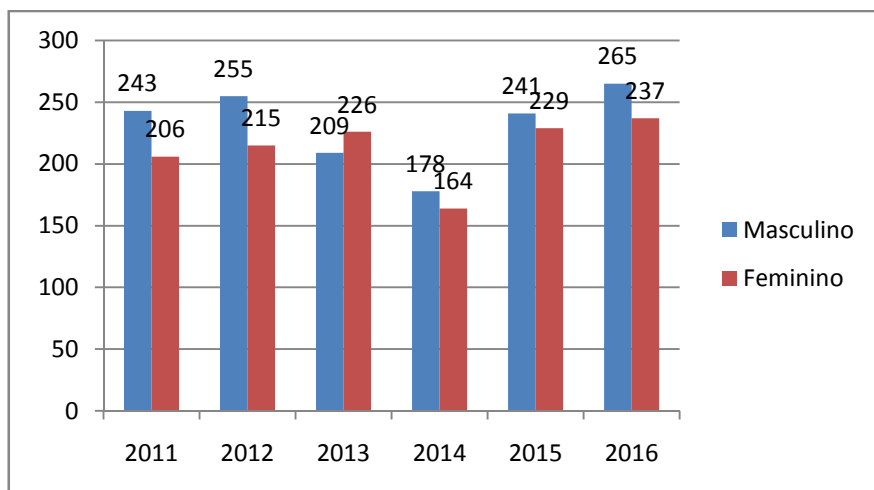
Conforme o gráfico acima o tipo de parto predominante entre os anos de 2011 a 2016 foi o parto cesáreo. O percentual de partos cesáreos não teve alteração relevante entre os anos analisados apresentando uma média de 68% dos partos realizados. Com a implantação dos plantões obstétrico e pediátrico no Hospital e Maternidade OASE em 2017 pretende-se reduzir o número de partos cesáreos. Referente aos nascidos vivos de 2011 a 2016, a tabela 2 e o gráfico 2 reflete a quantidade de nascidos por sexo.

TABELA 2 - NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS POR SEXO

Sexo	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Masculino	243	255	209	178	241	265
Feminino	206	215	226	164	229	237

FONTE: SINASC

GRÁFICO 6 - NASCIDOS VIVOS POR SEXO



FONTE: SINASC

O gráfico acima mostra o maior número de nascidos vivos do sexo masculino do que feminino nos anos de 2011 a 2016.

2.3.2 Mortalidade

2.3.2.1 Mortalidade geral

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) é altamente influenciado pela composição etária da população, isto é, populações mais jovens provavelmente terão coeficientes mais baixos do que populações mais velhas, típicas de países desenvolvidos e com bom nível de saúde. Talvez a maior utilidade deste indicador seja para estimativa de óbitos esperados.

O CMG costuma variar de 6 a 11 por 1.000 habitantes mesmo nas áreas mais desenvolvidas. Em Timbó, nos anos de 2011 a 2016 este coeficiente ficou em torno de 5.9 por 1.000 habitantes.

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) auxilia a gestão municipal devido o potencial de dados contidos no sistema, para a formulação de indicadores epidemiológicos como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde.

Assim, o SIM funciona como fonte de dados e de informação que subsidiam a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. O quadro 3 permite visualizar o CMG do município dos anos de 2011 a 2016.

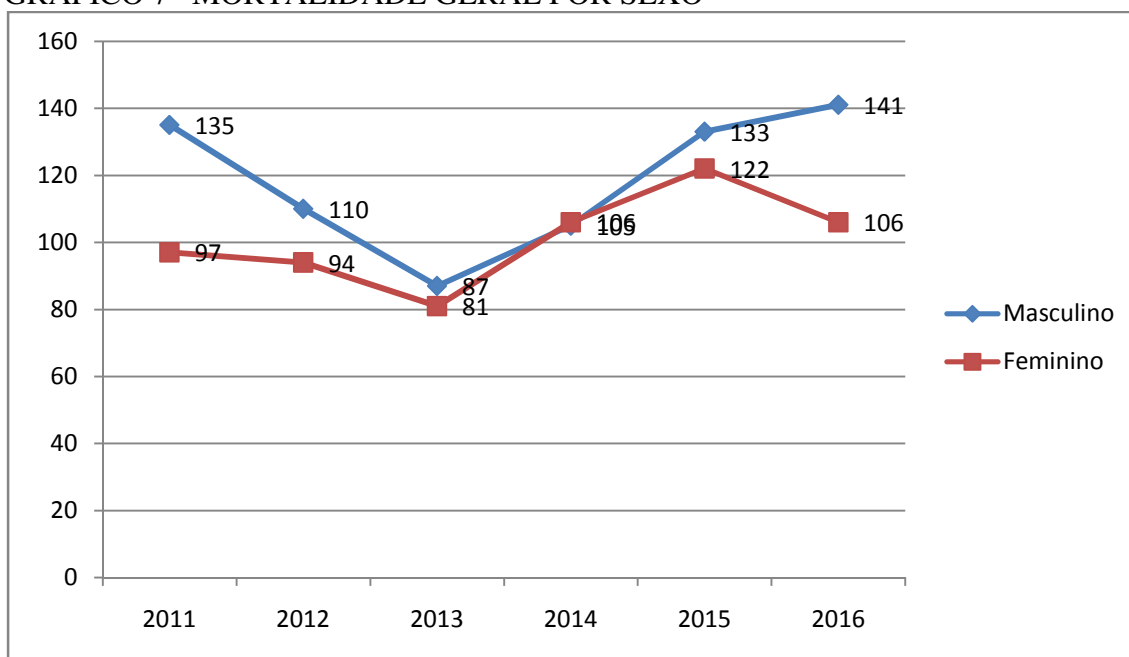
QUADRO 12-COEFICIENTES DE MORTALIDADE GERAL (POR 1.000 HABITANTES)

Ano	Coefficiente de Mortalidade Geral
2011	6.3
2012	5.5
2013	4.5
2014	5.7
2015	6.9
2016	6.7

FONTE: SIM – Vigilância Epidemiológica de Timbó

A mortalidade geral em Timbó é maior no sexo masculino se comparado ao sexo feminino, conforme gráfico abaixo:

GRÁFICO 7 –MORTALIDADE GERAL POR SEXO



FONTE: SIM – Vigilância Epidemiológica de Timbó

2.3.2.2 Mortalidade infantil

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) mede o risco de um nascido vivo morrer antes de completar 1 ano. A morte de menores de 1 ano é diretamente influenciada por condições de saneamento, nutrição, imunização, educação, assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O quadro 4 permite visualizar o CMI do município dos anos de 2011 a 2016.

QUADRO 13 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

Ano	Coeficiente de Mortalidade Infantil
2011	13.3
2012	6.3
2013	0
2014	5.8
2015	14.8
2016	5.9

FONTE: SIM - SINASC – Vigilância Epidemiológica de Timbó

O quadro 5 aponta ao número absoluto de óbito infantil de 2011 a 2016 do município.

QUADRO 14 – NÚMERO DE ÓBITO INFANTIL

Ano	Número de óbito infantil
2011	6
2012	3
2013	0
2014	2
2015	7
2016	3

FONTE: SIM - SINASC – Vigilância Epidemiológica de Timbó

Com o plantão obstétrico e a adesão ao Programa Rede Cegonha, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, espera-se reduzir o número de óbito infantil no município.

2.3.2.3 Mortalidade materna e de mulher em idade fértil

A morte materna é classificada como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais. Portanto, as mortes maternas correspondem àquelas que ocorrem na gravidez, parto e puerpério. Em Timbó entre os anos de 2011 e 2016 não ocorreu nenhum caso de morte materna, refletindo assim a importância do incentivo no Programa Rede Cegonha, para as melhorias das ações de pré-natal, parto e puerpério.



Considera-se como mulheres em idade fértil o grupo de mulheres que se encontrarem na faixa etária de 10 a 49 anos. No quadro 6 aponta-se o número de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil no município, ocorridos de 2011 a 2016.

QUADRO 15- NÚMERO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Ano	Mortalidade Idade Fértil
2011	8
2012	11
2013	7
2014	11
2015	14
2016	8

FONTE: SIM - Vigilância Epidemiológica de Timbó

2.3.3 Doenças ou agravos de notificação compulsória

O agravo de maior incidência em todos os anos é o atendimento anti-rábico humano, com 1127 registros de 2011 a 2016. O segundo agravo de maior notificação foi o agravo de varicela, porém no ano 2016 deixou de pertencer à listagem de agravos de notificação compulsória.

As notificações são de grande importância para a análise da situação epidemiológica do município e para o planejamento de ações de enfrentamento dessas doenças ou agravos.

A tabela abaixo apresenta as principais doenças de notificação compulsória registradas no município:

TABELA 3 - PRINCIPAIS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Agravo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Acidente por animais peçonhentos	26	29	17	20	20	25	137
Atendimento Anti-rábico	196	201	198	203	163	166	1127
Caxumba sem complicações	10	5	19	5	5	6	50
Condiloma Acuminado	21	11	9	21	8	3	73
Coqueluche		5	2	8	4		19
Criança exposta ao HIV	3	1	6	3	3	2	18
Dengue		2					2
Febre Maculosa / Rickettsioses	1	2	1	2	1	2	9
Gestante HIV	2	5	2	4	3		16

Hepatites Virais	6	5	9	13	6	9	48
Leptospirose	10	6	4	9	8	6	43
Meningite – outras meningites	2	3	5	1	1	2	14
Sífilis em adulto	11	9	6	11	16	43	96
Sífilis em gestante	2		4	9	5	10	30
Sífilis Congênita		1	1	1	2	1	6
Tétano acidental	2			1	5		8
Varicela	166	179	296	120	90		851
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	5	15	40				60

FONTE: SINAN – Vigilância Epidemiológica de Timbó

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que vem apresentando grande aumento do número de casos no Brasil e através da tabela acima é possível observar que Timbó também vem apresentando um grande aumento de casos. A sífilis pode ser transmitida para o feto através da gestação, podendo causar abortamento ou deficiência na criança. O diagnóstico da doença é realizado através de teste rápido nas Unidades de Saúde da Família e o tratamento é fornecido gratuitamente. Como estratégia de combate a sífilis o município realizou capacitações com as equipes de Saúde da Família e campanha em novembro de 2016 para alertar a população sobre as formas de prevenção e diagnóstico.

2.3.4 Cobertura vacinal

A avaliação da cobertura vacinal tem o intuito de monitorar o cumprimento da meta de vacinar 95% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas do esquema básico. Vamos avaliar a cobertura vacinal da 3ª dose da vacina Pentavalente e a dose única da vacina BCG nos anos de 2013 a 2016.

TABELA 4 – COBERTURA VACINAL

Vacinas	2013	2014	2015	2016
Pentavalente	97,47%	102,55%	93,55%	96,25%
BCG	157,17%	154,56%	129,72%	132,21%

FONTE: DATASUS

No ano de 2015 as 11 salas de vacina do município foram informatizadas e todas as vacinadoras capacitadas para utilização do programa. Com isso é possível ter acesso ao histórico da caderneta de vacina em qualquer Unidade de Saúde do município. A informação de todas as doses aplicadas no município é transferida para o banco de dados

do Ministério da Saúde mensalmente através do programa SIPNI.

A cobertura vacinal da vacina BCG passa de 100%, pois a vacina é aplicada no Hospital e Maternidade OASE, onde a Secretaria de Saúde possui uma sala de vacina. Como a Maternidade é referência para municípios vizinhos, essas crianças também são vacinadas em Timbó o que faz a cobertura vacinal ser maior do que 100%.

2.3.5 Internação Hospitalar

O quadro 16 nos mostra a internação hospitalar por grupos de causas e faixa etária em 2016. Observa-se que o maior número de internações ocorre por Gravidez, parto e puerpério, podendo inferir que a maioria ocorre dentro da normalidade. Seguido de doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo.

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	12	6	3	2	5	6	16	17	24	27	25	148
Capítulo II Neoplasias (tumores)	0	0	3	7	1	8	28	39	41	35	39	8	209
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	2	0	1	5	3	11	3	6	5	36
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	1	0	1	1	2	11	9	9	7	2	43
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	1	2	6	2	4	2	0	17
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	1	1	1	5	10	15	9	15	5	1	63
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	1	6
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	1	1	0	0	9	17	31	48	77	75	46	305
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	46	78	44	19	13	10	11	10	25	44	51	25	376
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	3	15	10	7	11	19	51	48	59	42	34	16	315
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	4	1	0	4	11	8	2	6	7	1	2	47
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	1	1	3	11	23	20	25	26	20	10	3	143
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	3	3	5	4	10	17	34	35	46	23	21	13	214
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	1	57	226	122	17	0	0	0	0	423
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2	3	1	0	1	2	1	0	0	0	1	0	11
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1	0	2	3	5	12	15	18	16	11	5	3	91
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0	1	5	10	12	23	31	23	18	16	16	9	164
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	1	1	0	12	21	6	10	1	0	1	53
Total	92	118	82	61	130	385	385	305	345	331	302	161	2.697

QUADRO 16: Internação hospitalar por grupos de causas e faixa etária em 2016.

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, Jan a Dez 2016.



2.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.4.1 Atenção Básica

O município de Timbó possui a estratégia de saúde da família em 100% de seu território, organizada e distribuída em 10 Unidades Básicas de Saúde, que contemplam 12 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF's) e 02 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Destas 12 ESF's, 10 equipes contam com equipe de saúde bucal.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "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". Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS. Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território. Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se o uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera. A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade: a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS; b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território. ”



O município de Timbó possui como eixo estruturante da saúde a Atenção Básica. São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS operacionalizados na Atenção Básica:

I – Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II – Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

As equipes trabalham com território de abrangência definido e são responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. O Ministério da Saúde recomenda que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 3.500 pessoas.

As Equipes de Saúde da Família são compostas no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, dois a três técnicos e ou auxiliares de enfermagem e de quatro a sete agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Os profissionais psicólogos também estão incorporados às Equipes das Unidades de Saúde da Família.

As Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal contam com um cirurgião dentista e um auxiliar em saúde bucal. A odontologia do município de Timbó vem se destacando por participar ativamente, não só do processo da educação permanente, mas também pelo seu espaço conquistado dentro da estratégia das equipes que as abrigam, participando na organização das demandas, planejamento das atividades e articulando interdisciplinarmente em vários atendimentos efetuados à população.

2.4.1.1 Características das equipes de saúde da família

O município apresenta 12 equipes de saúde da família na modalidade II que se caracterizam pela composição dos seguintes profissionais que atuam 40 horas semanais: 01 médico da estratégia de saúde da família ou médico generalista, 01 enfermeiro da estratégia de saúde da família, 02 ou 03 técnicos ou auxiliares de enfermagem da estratégia de saúde da

família e 05 a 09 agentes comunitário de saúde. Como apoio e suporte, algumas equipes (ESF Araponguinhas, ESF Coletiva, ESF Pomeranos e ESF Vila Germer) contam com um segundo médico e um segundo enfermeiro.

As equipes Saúde Bucal (SB) modalidade I são compostas por 01 cirurgião dentista da estratégia da saúde da família e 01 auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família (ACD), ambos atuam 40 horas semanais.

Todas as equipes apresentam uma numeração no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que corresponde a sua Área, descritas na sequência.

ESF Saudável Área 001

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Amazonas, nº 190 – Bairro dos Estados

Fone (47) 3382-2853

População: 1.361 famílias cadastradas totalizando 4.304 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Tiroleses Área 002

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Tiroleses, nº 4141 – Bairro Tiroleses

Fone (47) 3399-1075

População: 802 famílias cadastradas totalizando 2.544 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Solidária Área 003

SF modalidade II

Localização: Rua Luiz Adam, nº 373 - Bairro Capitais

Fone (47) 3382-3491

População: 1.166 famílias cadastradas totalizando 3.274 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Integrada Área 004

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Paraguai, nº 160 – Bairro Imigrantes

Fone (47) 3382-9518

População: 1.298 famílias cadastradas totalizando 3.570 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 03/11/2017.

ESF Coletiva Área 005

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua São Bento, nº 141- Bairro Quintino

Fone (47) 3382-4635

População: 1.637 famílias cadastradas totalizando 4.440 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Nações I Área 006

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Birmânia, nº 12 - Bairro das Nações

Fone (47) 3382-4635

População: 1.060 famílias cadastradas totalizando 3.214 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Pomeranos Área 007

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Frederico Schumann, nº91 – Bairro Pomeranos

Fone (47) 3399-1822

População: 1.430 famílias cadastradas totalizando 4.445 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Araponguinhas Área 008

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Carajás, nº 60 - Bairro Araponguinhas

Fone (47) 3399-0253

População: 1.361 famílias cadastradas totalizando 4.304 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Vila Germer 009

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Christian Benz, nº340 – Bairro Vila Germer

Fone (47) 3382-3706

População: 1.369 famílias cadastradas totalizando 4.065 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Pe. Martinho Stein Área 010

SF modalidade II com SB modalidade I

Localização: Rua Bahia, nº 835 – Bairro Pe Martinho

Fone (47) 3382-7210

População: 1.162 famílias cadastradas totalizando 3.239 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Solidária II Área 011

SF modalidade II

Localização: Luiz Adam, nº 373 - Bairro Capitais

Fone (47) 3382-3491

População: 733 famílias cadastradas totalizando 2.121 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

ESF Nações II Área 012

SF modalidade II

Localização: Rua Birmânia, nº 12 - Bairro das Nações



Fone (47) 3382-4635

População: 1077 famílias cadastradas totalizando 3.225 pessoas, conforme consolidado de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 03/11/2017.

2.4.1.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

De acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica instituída pela portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 essas equipes multiprofissionais passam a complementar não só equipes de Saúde da Família, mas também equipes de AB “tradicionais”. Portanto, essas equipes passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

A atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. No município esta atuação tem se qualificado e se fortalecido junto às equipes da estratégia de saúde da família com o passar do tempo.

Com a publicação da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade que qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de saúde da família. As modalidades de NASF hoje estão assim definidas:

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 ESF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 ESF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 ESF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da

Família Fluvial

QUADRO 17 - MODALIDADES NASF

FONTE: Ministério da Saúde

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas).

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

O município de Timbó possui uma equipe NASF desde maio de 2010 na modalidade NASF 1. É composto por 06 profissionais, cuja somatória da carga horária resulta em 205 horas semanais, conforme quadro abaixo:

Quantidade	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Carga Horária mensal
01	223605 – Fisioterapeuta geral	30
01	223710 – Nutricionista	35
01	2241 – Educador Físico	30
01	251510 – Psicólogo clínico	40
01	251605 – Assistente social	40

QUADRO 18 – PROFISSIONAIS NASF

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O município de Timbó numa proposta de adequação a Portaria Ministerial nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, elaborou e encaminhou ao Ministério da Saúde o Projeto de Implantação da segunda equipe NASF, que foi aprovada através da Portaria Ministerial nº 1.828 de 27 de agosto de 2013.

Atualmente o Município de Timbó está com duas equipes de NASF modalidade I. A primeira está composta pelas categorias profissionais conforme quadro 16.

A segunda equipe está composta pelos profissionais conforme quadro 17. Todas as Equipes de Saúde da Família estão vinculadas aos dois NASFs.

Quantidade	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Carga horária mensal
01	251605 – assistente social	40



01	223405 – farmacêutico	30
01	223605 – fisioterapeuta geral	40
01	251510 – psicólogo clínico	30
01	223710 – nutricionista	35
01	251510 – psicólogo clínico	30
01	2241 – Educador físico	20

QUADRO 19 – PROFISSIONAIS NASF

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

No quadro 17, nota-se que a somatória das cargas horárias dos 07 profissionais resulta em 225 horas semanais.

2.4.1.2.1 Alimentação e nutrição

O município de Timbó conta com dois (02) nutricionistas, 1 de cargo efetivo e 1 advindo de processo seletivo. Atualmente encontram-se no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Atenção Básica. Não há profissional atuando na atenção Secundária (Policlínica de Referência). Algumas atividades relacionadas ao serviço de referência também são desenvolvidas por estes mesmos profissionais, como atendimento de pacientes do Programa DST/AIDS, operacionalização da compra e distribuição de fórmulas alimentares e suplementos nutricionais, bem como o acompanhamento destes pacientes.

A atual situação epidemiológica brasileira é um objeto em transição, com a chamada dupla carga de doenças, ou seja, a coexistência de níveis altos de doenças infecciosas e parasitárias, ao lado de doenças cardiovasculares, câncer, violência etc, demonstrando assim a importância das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária em Saúde. As demandas emergentes e crescentes dos agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais estão associadas a uma alimentação e modos de vida não saudáveis. As ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária tanto contribuirão para a qualificação como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população timboense.

Considerando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que objetiva a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e o estímulo às ações que propiciem o acesso universal aos alimentos, as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pela equipes da Saúde da Família com o apoio do NASF poderão ser estruturadas a partir de eixos estratégicos:

- Promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual e coletivo, em todas as fases do ciclo de vida;
- Contribuição na construção de estratégias para responder às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade;



- Desenvolvimento de projetos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis;
- Realização do diagnóstico alimentar e nutricional da população, com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, bem como identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde;
- Promoção da segurança alimentar e nutricional fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional instituído pela Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

São realizadas as seguintes ações de alimentação e nutrição na atenção primária:

- Incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno e à alimentação complementar introduzida em tempo oportuno e de qualidade;
- Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável, de acordo com a Rede Amamenta e Alimenta Brasil promovendo educação permanente e apoio técnico nas equipes.
- Promoção em parceria com Saúde da Mulher, Atenção Básica, Nasf, Nepshu, e outros a Semana Mundial do Aleitamento Materno
- Proteger o Aleitamento Materno zelando pelo cumprimento da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes.
- Realização da vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) com vistas ao monitoramento do estado alimentar e nutricional da população atendida no território com identificação de risco nutricional precoce e pronto atendimento;
- Desenvolvimento de programas de suplementação preventiva com micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A);
- Cuidado nutricional para grupos populacionais portadores de agravos específicos (desnutrição, risco nutricional, hipertensão, diabetes, obesidade, HIV/Aids, entre outros);
- Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família, no âmbito municipal;
- Elaboração, revisão, adaptação, padronização e definição de protocolos de atenção nutricional, individual e coletiva, considerando os protocolos ou outra norma técnica estabelecida pelo Ministério da Saúde, dos Gestores estaduais, os municipais, em processos de construção e implementação compartilhados com os demais membros da equipe de SF e do NASF;



- Desenvolvimento de estratégias junto aos outros profissionais do Nasf e das equipes de SF na identificação de problemas relacionados à alimentação e nutrição e referenciar para outra instância do sistema de saúde, quando necessário, além de desenvolvimento de ações de promoção da alimentação saudável e de prevenção de agravos relacionados à alimentação e nutrição;
- Desenvolvimento de ações alternativas de alimentação e nutrição voltadas às famílias do Programa Bolsa-Família;
- Desenvolvimento de ações de apoio matricial em alimentação e nutrição na Atenção Primária (o atendimento clínico individual deve ser ocasional, quando o usuário necessitar de cuidado nutricional específico, este deve ser operacionalizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a ser cuidado, acompanhado e de responsabilidade direta das equipes de SF, sob orientação do Nasf).

Além disso, o município recebeu em janeiro 2017 (PORTARIA Nº 55, de 6 de janeiro de 2017), incentivo financeiro advindo do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que contemplou municípios de 30 a 100 mil habitantes, sendo este destinado às despesas de custeio (PORTARIA Nº 1.738, de 19 de agosto de 2013). O incentivo financeiro de que trata esta Portaria deverá ser utilizado exclusivamente no custeio de serviços e despesas relacionadas à efetiva implementação de ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica, observadas as diretrizes e responsabilidades definidas na PNAN às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e aos Municípios, priorizando-se: I - a promoção da alimentação adequada e saudável; II - a vigilância alimentar e nutricional; III - a prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e beribéri; e IV - a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.

Tratando-se de incentivo exclusivamente de custeio, vedada sua utilização para fins diversos aos ora previstos, tais como despesas de capital, tratamento de doenças ou reabilitação de pacientes, aquisição de alimentos, suplementos alimentares, fórmulas alimentares, de vitaminas ou minerais.

2.4.1.2.1.1 Sistema de vigilância alimentar nutricional

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde.



Baseado na terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que se refere à avaliação e ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira, faz-se necessário destacar que as ações de vigilância alimentar e nutricional realizadas com os usuários do SUS devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na rede básica de saúde. O objetivo é a detecção precoce de situações de risco nutricional e à prescrição de ações que possibilitem prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro de normalidade quando possível. Além disso, iniciou-se em 2017 a avaliação do consumo alimentar da população, sendo este componente importante na vigilância alimentar e nutricional.

2.4.1.2.1.2 Bolsa família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade social. O recebimento da renda é vinculado ao cumprimento de compromissos das famílias com as agendas da educação e da saúde com finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos e a ruptura do ciclo intergeracional da pobreza.

A oferta e o acompanhamento da saúde das famílias têm como objetivo reforçar o direito de acesso à política universal de saúde visando à melhoria das condições de vida. Atualmente o município conta com 65 famílias com perfil saúde, isto é, crianças de 0 a 7 anos e mulheres com idade entre 14 a 44 anos que são acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família do seu território. O monitoramento da vacinação infantil, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e a realização de pré-natal das gestantes acontece a cada vigência, semestralmente, com cobertura média de 80%.

2.4.1.2.1.3 Nutrição em média complexidade

O serviço de Nutrição na Média Complexidade compreende o acompanhamento de pacientes que necessitem de fórmulas e dietas especiais, encaminhados pela rede de atenção básica e secundária. São atendidos em média 55 pacientes por mês.

Para acessar os produtos, o paciente deve apresentar laudo médico que comprove a necessidade, prescrição dietoterápica. A retirada destes produtos acontece semanalmente, na Policlínica de Referência. Alguns produtos podem ser fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, mediante encaminhamento de Processo de Medicamento de Alto Custo.

2.4.1.3 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)

O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e em 2015, iniciou seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB.

No 1º ciclo (2011-2012) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 17.482 equipes (53,19 %) participaram em todo Brasil, no estado de SANTA CATARINA foram 1.107 equipes (78,68 %). Já no 2º ciclo (2013-2014) do programa foram 30.522 (81,33 %) no Brasil, sendo 1.471 (96,14 %) no estado de SANTA CATARINA. A tabela abaixo apresenta a adesão comparando os 1º e 2º ciclos do programa para o município: TIMBO - SC.

Tabela 5 – Equipes participantes do PMAQ – 1º e 2º ciclos

Ciclos do programa	Equipes de atenção básica participantes		Equipes de saúde bucal participantes	
	Nº	%*	Nº	%*
1º Ciclo	11	91,67	-	-
2º Ciclo	12	100,00	9	100,00

*O percentual aqui explicitado é referente ao número de equipes implantadas no município no mês de referência da adesão.

No 1º ciclo do PMAQ as equipes de saúde bucal aderiram juntamente com as equipes de atenção básica. Apenas no 2º ciclo a adesão foi realizada separadamente.

DESEMPENHO	Equipes de AB		Equipes de SB	
	Ciclo 1º		Ciclo 2º	
	Nº	%	Nº	%
Muito acima da média	10	91,26	2	22,22
Acima da média	1	9,09	7	77,78
Mediano ou abaixo da média	0	0	3	33,33
Insatisfatória	0	0	0	0
Desclassificada	0	0	0	0
Total	11	100	9	100

(-) Sem Equipes Certificadas

No 1º ciclo o desempenho no processo autoavaliativo das equipes de saúde bucal foi igual ao



da equipe de atenção básica. No 2º ciclo o desempenho nesse componente da Certificação foi calculado considerando cada equipe separadamente (saúde bucal e atenção básica).

As ações referentes ao 3º ciclo estão em sua fase final, sendo que as equipes receberam visita dos avaliadores externos em outubro e os meses de setembro, outubro e novembro serão de base para cálculo dos indicadores das equipes. A certificação das equipes participantes deverá ocorrer no próximo ano.

PMAQ (NASF)

Os Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) participaram do 3º ciclo do PMAQ neste ano de 2017.

As avaliações externas aconteceram no mês de outubro. Já os indicadores serão calculados pela produção dos meses de setembro, outubro e novembro de 2017 e divulgado no próximo ano.

O AMAQ é um instrumento de autoavaliação que auxilia no planejamento de ações da equipe. Com ele são identificados os nós críticos que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas. A autoavaliação é o ponto de partida para as ações de melhoria e qualidade dos serviços, devendo ser entendido como um processo necessário e contínuo nas ações de monitoramento e acompanhamento pelos gestores, profissionais e equipes. As equipes respondem este instrumento anualmente, buscando sempre uma melhoria.

Na certificação das equipes, a realização da autoavaliação vale 10% da nota final.

Ano/2016

Organização do processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde

E – Organização do Processo de Trabalho do NASF

F – Atenção Integral à Saúde

Nota

143 | 62.0% | Satisfatório

171 | 57.0% | Regular

Ano/2017

Organização do processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde

E – Organização do Processo de Trabalho do NASF



F – Atenção Integral à Saúde

Nota

164 | 71.0% | Satisfatório

202 | 67.0% | Satisfatório

2.4.1.4 Saúde Bucal

O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais linhas de ação do programa são:

- Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;
- Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (não aderido pelo município) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Na atenção básica são desenvolvidos atendimentos odontológicos básicos e realização de educação em saúde bucal supervisionada nas escolas. A cobertura de saúde bucal no município é de 71%, compreendendo dez equipes de saúde bucal. O município conta também com o Centro de Especialidades Odontológicas (COE) que disponibiliza apoio as equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família com as especialidades em raio X, prótese dentária, endodontia e cirurgia bucomaxilo. Os serviços estão organizados com fluxos definidos, critérios de inclusão e exclusão especificados no Protocolo Municipal de Saúde de Bucal.

2.4.1.5 Programa de saúde na escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituída em 2007, voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz.

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.



O município de Timbó aderiu ao PSE em 2013, com duas equipes piloto: ESF Vila Germer e ESF Pomeranos, com ações integrais de saúde e educação, com avaliação das condições de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde dos educandos, que totalizam 762 crianças/educandos (creches, pré-escola e nível fundamental) e 168 profissionais da saúde e educação.

Em 2017, a Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 redefiniu as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. Em nosso município a adesão foi novamente efetuada sendo que as equipes da Unidade de Saúde das Nações foram as únicas a não aderirem. Nessa edição o Programa teve abrangência de 13 instituições de ensino municipais e estaduais e contemplou com suas ações 3.310 educandos da rede municipal.

2.4.1.6 Programa nacional de controle do tabagismo (PNCT)

O tabagismo é, reconhecidamente, uma doença crônica, resultante da dependência à droga nicotina. É um fator de risco para cerca de 50 doenças, dentre elas, câncer, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infecções respiratórias e doenças cardiovasculares. Sua prevalência vem reduzindo progressivamente, entretanto, ainda mostra-se expressiva em algumas regiões e grupos populacionais mais vulneráveis.

A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica, devido seu alto grau de descentralização e vínculo com a comunidade.

O município vem desenvolvendo ações de controle ao tabagismo através de atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais nas próprias unidades de saúde, como também em espaços escolares e nas empresas. Atualmente quatro unidades de saúde estão desenvolvendo grupos para Tabagistas. São grupos abertos que acolhem demanda de outras unidades de saúde próximas. Estas equipes de profissionais efetuam encontros regulares e organizados de acordo com as determinações do INCA (Instituto Nacional de Controle do Câncer). Os resultados já conquistados pela equipe são merecedores de destaque.

O tratamento da pessoa tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) publicou no dia 05 de abril de 2013 a Portaria nº 571, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). No seu artigo 2º, estabelece as diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas:

- reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;
- identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;
- apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção;

- articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;
- estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e
- formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

2.4.1.7 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes, conforme Portal da Saúde.

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde de Timbó vem trabalhando para a melhoria do cuidado às pessoas com doenças crônicas. Por isso, desenvolve ações para ampliar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a qualificação do cuidado às pessoas com doenças crônicas, baseado no que o Ministério da Saúde recomenda em seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Dentro do cuidado integral, um dos componentes do Plano, insere-se a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com Doenças Crônicas.

Destacam-se cinco temas por serem epidemiologicamente mais relevantes, são eles: as doenças renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes mellitus* e insuficiência renal crônica), a obesidade, o câncer, os transtornos mentais e as doenças respiratórias. Vale salientar que os fatores de risco que desenvolvem tais doenças são conhecidos e modificáveis: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade.

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas;
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas;



4. Contribuir para promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

O elemento essencial para garantir a qualidade da atenção a essa população é a mudança no processo de trabalho das equipes em todos os pontos de atenção, desde a atenção básica passando pela especializada, pela urgência e pelo cuidado hospitalar e domiciliar. Esse processo implica a incorporação de tecnologias e de gestão do cuidado para atenção integral e longitudinal e também a articulação de ações e serviços para a constituição de linhas de cuidado em toda a rede.

O município de Timbó vem desenvolvendo várias ações no intuito de assegurar aos usuários portadores de DCNT o acesso e qualidade de sua assistência. Destaca-se entre outras ações, o cadastro e acompanhamento realizado pelos agentes comunitário de saúde (ACS) através da visita domiciliar (mensal), a realização de visitas domiciliares por toda equipe de saúde da família e com apoio do NASF quando necessário, o atendimento prioritário em situações de risco e vulnerabilidade, através do atendimento a demanda espontânea, a organização com dia pré determinado pela equipe para a entrega de medicamentos de uso contínuo e renovação das receitas, bem como atividades educativas e de prevenção e promoção de saúde.

As equipes de saúde da família, com o apoio dos profissionais do NASF, desenvolvem atividades coletivas com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários, por meio de atividades físicas, artesanato, rodas de conversa, proporcionando a troca de experiências e incentivando práticas de autocuidado. Algumas Unidades de Saúde também realizam ações apoiadas por estagiários (de fisioterapia, enfermagem, nutrição, psicologia, entre outros) de universidades da região (UNIASSELVI, FURB, IBES).

2.4.1.8 Saúde da pessoa idosa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado.

Atualmente a expectativa de vida ao nascer em Santa Catarina é de 75,4 anos e o índice de envelhecimento passou de 19,9 em 1990 para 48,2 em 2010, indicando que o ritmo de transição em Santa Catarina é muito acelerado. Em 2010, a proporção da população de 60 anos e mais em Santa Catarina representava 10,8% do total da população.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

No intuito de assegurar e qualificar a assistência à população idosa do município, as equipes vinculadas a atenção básica receberam orientações e participaram de discussões nos encontros de educação permanente. Desde 2012 vem sendo desenvolvido capacitação para cuidadores de idosos com apoio da equipe NASF e das ESF's. Os profissionais têm também estimulado a participação dos idosos nas diversas ações coletivas na comunidade, nas atividades de grupo, incentivando a socialização, sendo recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

2.4.1.9 Saúde do homem

A população masculina de Timbó é de 20.699 pessoas e estão distribuídas conforme tabela abaixo:

Faixa etária	Total
< 1	247
1 a 9	2280
10 a 19	2614
20 a 39	7190
40 a 49	2996
50 a 59	2658
> 60	2714

TABELA 6 –POPULAÇÃO MASCULINA TIMBÓ

FONTE: consolidado de famílias cadastradas no SISAB em 05/11/2017.

A faixa etária de 20 a 49 anos representa 49,21% da população masculina. Trata-se de uma população representativa da classe operária, em idade produtiva e reprodutiva. Deste modo, tem-se como perfil epidemiológico desta população uma maior incidência de mortes por câncer, infarto e acidente vascular cerebral no ano de 2010, conforme dados do SIM. Enquanto que no ano de 2011, maior incidência das mortes por câncer, seguido de mortes por acidentes, problemas cardiovasculares e transtornos pelo uso abusivo do álcool. No ano de 2015 as principais causas de morte entre a população masculina foram doença neoplásica, doenças do aparelho circulatório e causas externas (acidente).

Seguindo as diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída em 2009, pela Portaria Ministerial nº 1.944, o município desenvolve ações voltadas a essa população, que seguem:

I - integralidade, que abrange:

As equipes de saúde do município são orientadas e prestam assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrareferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção.



Bem como, compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença;

Há preocupação da gestão para que haja uma organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem estabelece alguns objetivos que o município de Timbó vem trabalhando para que se assegure sua efetivação:

- promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;
- captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;
- fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;
- implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;
- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;
- estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade;
- garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;

- promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;
- promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;
- estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas;
- ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;
- incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas;
- estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e
- aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão.

No município, por meio da Atenção Básica, tem-se articulado com os diversos setores da rede de saúde, no intuito de assegurar e efetivar estes objetivos por meio da organização dos fluxos e demandas desta clientela masculina, monitorando e reavaliando as diversas ações locais e indicadores, estabelecendo e promovendo ações de sensibilização.

2.4.1.10 Saúde da criança

O município tem-se preocupado em adotar medidas para o crescimento e o desenvolvimento saudável de nossas crianças. Considerando-se que o crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social, algumas ações são desenvolvidas:

- Adesão a Rede Cegonha;



- Grupos educativos para gestantes e casais grávidos nas unidades de saúde e a nível central com horário estendido e amplo acesso, incentivando presença e participação do pai.
- Comemoração anual da Semana Mundial do Aleitamento Materno que amplia as informações e tem caráter educativo.
- Fortalecimento dos grupos educativos de puericultura
- Implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil com formação continuada em todas as unidades básicas de saúde.
- Promoção da alimentação saudável de forma horizontal , com ênfase na alimentação da criança .
- Programa Saúde Na Escola e à Semana de Saúde na Escola, educação permanente com abordagem do tema para os diversos atores da rede de assistência e apoio matricial através do NASF.

2.4.1.11 Saúde da Mulher

O perfil econômico do município encontra em sua população feminina importante força de trabalho. Outra característica importante é a proporção de mulheres na faixa dos 10 aos 49 anos, que nos reporta a necessidade de intensificar ações na área de saúde da mulher. A população feminina de Timbó é de 19.792 pessoas e estão distribuídas conforme tabela abaixo:

Faixa etária	Total
< 1	221
1 a 9	1.969
10 a 19	2.648
20 a 39	6.720
40 a 49	3.000
50 a 59	2.417
> 60	2.817

TABELA 7 – POPULAÇÃO FEMININA TIMBÓ

FONTE: consolidado de famílias cadastradas no SIAB em 05/11/2013.

Com o intuito de garantir acesso e qualidade à assistência desta população, em 2011 o município assinou um termo de compromisso com o Ministério da Saúde, aderindo à Rede Cegonha.

A Rede cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde (Portaria nº 2.351 de 05 de outubro de 2011), que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. São objetivos da Rede Cegonha:



- fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Atenção Básica do município organiza seu processo de trabalho na área de saúde da mulher a partir das seguintes diretrizes:

- garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Essas ações foram implementadas a partir da elaboração do Protocolo de Saúde da Mulher no município, bem como em encontros da educação permanente em que os diversos atores tiveram a oportunidade de qualificar e aprimorar seus conhecimentos nas áreas de saúde da mulher e da criança.

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes e para cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, que o município vem articulando em toda sua rede:

1) Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante, realização dos testes rápidos e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; acompanhamento da gestante de alto risco pela UBS para garantia de responsabilização e vínculo;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; disponibilização de visita à maternidade durante o pre natal.
- f) fortalecimento dos grupos educativos direcionados às famílias gestantes, com ênfase na saúde mental, participação do pai, preparo psicológico e físico para atender as demandas da criança, oportunizando horários acessíveis a todos.
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
- i) implemento ao pré natal masculino oportunizando ao pai acesso às consultas de pré natal, testes rápidos, educação em saúde, planejamento familiar.

2) Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

3) Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) atenção ao puerpério imediato com abordagem do serviço de vigilância epidemiológica e imunização dentro do hospital - agendamento da primeira consulta puerperal/neonatal na unidade no momento do teste do pezinho – com ênfase no aleitamento materno e atenção integral puerperal.
- b) Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável com especial ênfase ao período pré volta ao trabalho – que é onde se dá a maior incidência do desmame.
- c) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar/ consulta puerperal na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- d) busca ativa de crianças vulneráveis;
- f) enfatizar a unidade de saúde/ maternidade/ estratégias de comunicação social como rede de apoio para puerpera/lactante/mãe trabalhadora
- g) fortalecer o vínculo com a rede de Educação infantil para proteção promoção e apoio ao Aleitamento materno continuado e alimentação complementar saudável.
- h) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- i) implementação de estratégias de contracepção a famílias com indivíduos psicologicamente ou socialmente vulneráveis.
- j) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- l) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

** Estabelecer vínculos e parcerias com movimentos sociais visando aproximar linguagens de trabalho e fortalecer a Rede Municipal de Saúde e o apoio as famílias durante o ciclo gravídico puerperal.

4) Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

O município tem organizado na rede de assistência o atendimento as gestantes, a partir da identificação de todas as mulheres, que apresentarem através de exame, a confirmação da gravidez e cadastro no SISPRENATAL WEB nas Unidades Básicas de Saúde. Conforme protocolo de pré-natal do município, após a identificação ocorre o cadastro e acompanhamento das mesmas pelos agentes comunitários de Saúde e são programadas as consultas de pré-natal e fluxo com base na classificação de risco.

Esta programação será explicitada e melhor detalhada no SISPART (Sistema dos Planos de Ação das Redes Temáticas) que será elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde. O SISPART tem por objetivos:

- Fornecer o desenho da programação físico-financeira das ações a serem desenvolvidas na implantação e implementação das redes de atenção à saúde;
- reduzir o tempo de liberação de recursos financeiros;
- proporcionar ações de monitoramento e avaliação mais eficientes, por parte dos gestores, a cerca das metas e indicadores pactuados na implementação das redes;
- registrar a inclusão das ações a serem desenvolvidas na implementação das redes na programação geral das ações de saúde.

Participação em Camaras Técnicas:

Para o fortalecimento das ações em saúde, troca de experiências, respaldo técnico e fomento das ações de educação permanente o Município se faz representar, na área de saúde da mulher e da criança nas seguintes camaras técnicas:

- Comitê do Aleitamento Materno do Médio Vale do Itajaí
- Comitê de Prevenção ao Óbito Materno e Neonatal
- Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha



De acordo com as orientações da Rede Cegonha e do Ministério da Saúde, para garantir a qualidade de assistência o município deve manter a nível municipal

- Comitê Municipal do Aleitamento Materno. Em implantação
- Comitê de Prevenção ao Óbito Materno e Neonatal (iniciou os trabalhos em novembro de 2017 e deverá integrar os setores afins da secretaria de saúde e hospital local).
- Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha.

RASTREAMENTO DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA:

Considerando que o município apresentava início do decênio, baixa adesão ao exame citopatológico, desenvolveu-se uma pesquisa junto aos agentes comunitários de saúde a fim de identificar os motivos. A partir destes resultados algumas ações foram implementadas:

- campanhas de conscientização e apoio as ações do outubro rosa;
- aumento da oferta do exame com ampliação dos horários e dias de coletas, inclusive aos sábados;
- Implantação do SISCAN e SISMAMA, que são sistemas do Ministério da Saúde que possibilitam o cadastro e o acompanhamento de todas as mulheres que realizarem exames de mama e colo de útero;
- abordagem dos temas relativos à saúde da mulher nos espaços da educação permanente.

A adesão ao exame aumentou significativamente, porém o município segue uma tendência encontrada em municípios mais desenvolvidos, no sul do país, a apresentar faixas super rastreadas da população, que realizam os exames todos os anos, e a manutenção de uma faixa populacional sem cobertura que necessita ser priorizada com outros tipos de estratégia como busca ativa.

O município conta com o serviço voluntário prestado pela Associação Rede Feminina de Combate ao Câncer de Timbó, também denominada pela sigla RFCC, constituída em 05 de agosto de 1993, tem como finalidade Coordenar e congregar as atividades de combate ao câncer, desenvolvendo ações de prevenção e orientação sobre câncer de útero e mama, também realiza atividades educativas no ensino médio e fundamental, promove visitas às mulheres mastectomizadas entre outras atividades.

2.4.1.12 E-SUS

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional.



Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

O município efetuou a instalação do novo sistema em 2013, inicialmente de forma centralizada e apenas para alimentar as informações referentes ao PSE (Programa de Saúde na Escola), hoje ele está totalmente implementado no município.

O e-SUS como já foi citado anteriormente é separado em dois sistemas de software: o CDS (Coleta de Dados Simplificada) que serve para digitação dos dados e o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) que é o transmissor de dados.

Em nosso município trabalhamos com um sistema privado de informações que é o Olostech, por tanto, não utilizamos o CDS, apenas o PEC. Assim, o envio da produção da Atenção Básica para o SISAB sempre ocorre no mês subsequente, com data limite de apresentação de dados dia 20. Nesse período primeiramente é efetuada a conferência com todas as unidades de Saúde com o intuito de garantir o término da digitação das produções em aberto no sistema Olostech.

No e-SUS PEC é imprescindível manter atualizado o CNES (*Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*), o arquivo está disponível no site <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Com o auxílio do sistema Olostech é efetuada a criação dos pacotes thrift que serão importados para dentro do e-SUS PEC, depois deste processamento o sistema identifica o total de fichas validadas e invalidadas (enviando o relatório de fichas invalidas para o Olostech, fazendo suas correções e reenviando posteriormente). Após a confirmação no e-SUS PEC do encaminhamento para o SISAB; faz-se necessário conferir os relatórios do SISAB.

2.4.2 Educação Permanente em Saúde

A educação permanente foi instituída na Atenção Básica do município no início de 2012, com o objetivo principal de garantir na rotina de trabalho das equipes da estratégia de saúde da família um espaço para aprendizado, troca de saberes e integração entre os diversos atores da rede de atenção à saúde do município. Os encontros eram previamente programados para ocorrerem mensalmente ou até mesmo quinzenalmente de acordo com as necessidades. A cada encontro diferentes equipes encontravam-se, permitindo assim uma vasta troca de experiências.

Dentre os temas já trabalhados, encontram-se: Acolhimento; Violência; Habilidades Sociais no Trabalho; Controle Social no SUS; Cuidados de Feridas; Cuidados da pele; Cuidado de Si; Doenças Crônicas não Transmissíveis, Aleitamento Materno e Alimentação



Complementar Saudável, Saúde Mental, entre tantos outros, sempre adequando os temas às necessidades de saúde da população e às necessidades dos trabalhadores de saúde, com o intuito de transformar as práticas em saúde a fim de se garantir a integralidade do cuidado.

A educação permanente em saúde veio se fortalecendo a cada ano e em 2014 implantou-se o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU). Desde então, as ações de Educação Permanente são pensadas, planejadas e executadas como extensão da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e repensa suas atividades constantemente para garantir espaços de escuta, discussão e reflexão, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e maior efetividade das ações nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.

A sua configuração atual conta com a representação do Conselho Municipal de Saúde, da Atenção Básica (Equipes de saúde da família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Educação, Policlínica de Referências, Hospital Oase, Saúde Mental, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, articuladores da CIES e HumanizaSUS. Os encontros são realizados na quarta quarta-feira de cada mês, no período vespertino, na sala de reuniões da Policlínica de referências de Timbó, região central da cidade. O NEPSHU está instituído no município através do decreto nº. 4652, de 22 de novembro de 2017.

Os objetivos do NEPSHU são:

- Ampliar a articulação interna no município de Timbó em relação às questões regionais e municipais sobre Educação Permanente em Saúde e Humanização;
- Otimizar os recursos financeiros destinados as ações de Educação Permanente;
- Estimular a corresponsabilização entre os trabalhadores, gestores, ensino e usuários na qualificação dos serviços;
- Aproximar e fortalecer as políticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Humanização em âmbito localregional;
- Organizar processos cogidos de avaliação das ações em saúde;
- Fortalecer as Redes Integradas de Atenção à Saúde;
- Contribuir para o desenvolvimento em âmbito municipal e/ou microrregional dos compromissos firmados nos Pactos da Saúde, envolvendo a EPS e Humanização como estratégias;
- Articular as demandas, arranjos e necessidades da Educação Permanente em Saúde e Humanização em todos os níveis de atenção e gestão da saúde;

- Apoiar a gestão, no sentido da qualificação dos processos de trabalho, promovendo a indissociabilidade entre a atenção e a gestão;
- Promover a aproximação entre atenção e a gestão do trabalho em defesa do SUS.

Suas principais atribuições:

- Articular as instâncias e as ações de Educação Permanente em Saúde e Humanização em nível municipal e regional;
- Analisar e construir coletivamente o perfil da força de trabalho no município, as necessidades de formação e gestão do trabalho, com valorização dos trabalhadores, gestores, usuários e ensino, considerando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde(PNEPS), Política Nacional de Humanização(PNH), Programa Saúde na Escola(PSE), GraduaSUS, Ensino Profissional Superior e Pós Graduação, Telessaúde, PROVAB, entre outras ações estratégicas do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado da Saúde;
- Elaborar uma agenda anual de EPS para os servidores da Secretaria Municipal de Saúde em todos os níveis de atenção e demais prestadores de serviços do SUS, usuários e ensino considerando: PNEPS, PNH, PSE, GraduaSUS, PET Vigilâncias, Ensino Profissional, Superior e Pós Graduações, telessaúde, cursos, eventos PMAQ, entre outros;
- Identificar e dar visibilidade a ações da EPS que ocorrem na realidade dos serviços de saúde e comunidade;
- Promover a qualificação profissional inter e intrainstitucional fortalecendo as parcerias e cooperações técnicas, existentes, projetando novos cenários de atuação profissional e discente, visando a integração ensino-serviço;
- Elaborar as propostas a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional contribuindo para alcance das metas institucionais;
- Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação na saúde e humanização implementadas no município e região de saúde;
- Apoiar os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde e Humanização, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações;
- Promover uma relação dialógica entre as Políticas Públicas;
- Fomentar a pesquisa em Saúde e sua divulgação;

- Desenvolver ações de EPS e Humanização na perspectiva de compreensão do conceito ampliado do processo saúde-doença e a integralidade da atenção;
- Incentivar e articular a promoção de ações de educação popular e educação em saúde para os usuários do SUS;
- Apoiar as Equipes de Saúde em seus processos de trabalho assistencial no monitoramento e avaliação das ações de saúde.

2.4.3 Média e Alta Complexidade

2.4.3.1 Policlínica de Referências

2.4.3.1.1 Estrutura

A Policlínica de Referências é uma unidade que atua no serviço de Média Complexidade (atenção secundária), com atendimento de consultas e procedimentos especializados e dispensação de medicamentos.

Presta serviços através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) para alguns municípios vizinhos como: Doutor Pedrinho, Benedito Novo, Rodeio, Rio dos Cedros e Ascurra.

A porta de entrada para este serviço ocorre através das Equipes de Saúde da Família (ESF), que avaliam a necessidade de uma consulta com médico especialista.

Todo e qualquer encaminhamento passa por avaliação médica criteriosa para determinar seu grau de urgência, sendo assim a priorização será determinada somente pelo médico regulador diante de dados clínicos e exames.

Em 2017, a Policlínica conta com 29 profissionais médicos atuando em 23 especialidades: anesthesiologia, angiologia, cardiologia, cirurgia ginecológica, cirurgia geral (ambulatorial e hospitalar), cirurgia urológica, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, medicina do trabalho, nefrologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psiquiatria, urologia, cirurgia geral pediátrica, avaliação obstétrica de alto risco.

A equipe de enfermagem da Policlínica é composta por auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros. Também atuam fisioterapeutas, fonoaudióloga, dentistas, assistente social (descrito no serviço de assistência social), profissionais de radiologia e ultrassonografia: médicos e técnicos (descritos no centro de imagens), farmacêuticos (descritos na assistência farmacêutica), médico infectologista (descrito na vigilância epidemiológica) e médico regulador (descrito regulação).



2.4.3.1.2 CENTRUS (Central de Relacionamento com o usuário do SUS)

A CENTRUS é um projeto concebido pelo sistema de informação municipal em parceria com a equipe da secretaria e tem por objetivo estabelecer um novo patamar de qualidade no processo de informar o usuário sobre suas consultas, exames e procedimentos.

O contato é realizado através de ligações telefônicas, as quais são gravadas e datadas individualmente, sendo estas importadas semanalmente para o servidor da SMS, assim trabalha-se com maior margem de segurança e fidedignidade para ambas as partes.

A CENTRUS é um setor que depende única e exclusivamente do cadastro do usuário, portanto, para que este serviço funcione de forma efetiva e eficiente é de extrema importância que o usuário cumpra com seu dever de cidadão e mantenha suas informações atualizadas (endereço e telefone). Dessa forma o contato entre SMS e usuário se torna fácil e ágil. Assim como é de obrigatoriedade das ACS atualizar sempre que necessário o cadastro do usuário e estar disponível para localizar o usuário de sua respectiva área caso o contato telefônico não dê resultado.

Desta forma, a secretaria de saúde além de obter informações fundamentais para tomada de decisão, otimiza recurso financeiro em várias esferas, controla perda de consulta, evita-se o deslocamento desnecessário do paciente e desta forma não fomenta contratemplos.

Conforme a Lei n. 17.066, de 11 de janeiro de 2017- Dispõe sobre a publicação na internet da lista de espera dos usuários que aguardam consultas, exames, procedimentos e intervenções cirúrgicas, no Art. 3 diz que deverá seguir a ordem de inscrição para a chamada dos pacientes, salvo nos procedimentos emergenciais e reconhecidos como tal. Desta forma a CENTRUS irá trabalhar com o recebimento de agendas prontas. Todo e qualquer encaminhamento, passa por avaliação médica criteriosa para determinar seu grau de urgência, sendo assim a priorização será determinada somente pelo médico regulador diante de dados clínicos e exames. Após avaliados, os pacientes que têm necessidade de passar por especialistas da Policlínica, os mesmos já serão agendados pelo médico regulador e após agenda concluída, será repassada a CENTRUS para que informe o usuário a data e hora de sua consulta/ procedimento.

2.4.3.3 Serviço de odontologia

O serviço odontológico disponível na Policlínica compreende a endodontia, radiologia, próteses, cirurgia e traumatologia buco maxilofacial.

Com a finalidade de organizar esses serviços, foram criados fluxos de gerenciamento do Sistema de saúde local, para referência e contra-referência da atenção básica para a atenção especializada (COE-Centro de Especialidades Odontológicas). Foram estabelecidos pré requisitos básicos para referência, por critérios de inclusão e exclusão e fluxograma para as especialidades.

2.4.3.3.1 Endodontia

Trata-se do tratamento endodôntico, que corresponde ao tratamento de canal, de incisivos, caninos e pré-molares, com estrutura dental preservada.



Os pacientes são encaminhados pela equipe de saúde bucal da equipe de saúde da família (cirurgião-dentista e ACD) via sistema informatizado. Posteriormente o paciente é comunicado da data e hora que iniciará seu tratamento.

2.4.3.3.2 Radiologia

Corresponde os raio-x, exames radiográficos odontológicos. A solicitação de raio-x odontológico é feito pelo cirurgião dentista da unidade de saúde, via sistema informatizado. O profissional solicitará a quantidade de tomadas radiográficas necessárias e especificará, por numerações, os dentes que serão radiografados e entregará no mesmo momento a data e horário que o paciente deverá comparecer ao consultório da Policlínica de Referência para o exame.

2.4.3.3.3 Prótese Dentária

Em 2013 iniciou-se o atendimento da especialidade de Prótese Dentária na Policlínica de Referência.

A confecção de prótese parcial removível maxilar e mandibular e prótese total maxilar e mandibular é realizada por laboratório terceirizado. A moldagem, instalação, adaptação de próteses são realizadas no consultório odontológico da Policlínica.

2.4.3.3.4 Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial:

O serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial foi organizado em 2016 e é referência no município para o tratamento de pacientes que de acordo a avaliação prévia do profissional da atenção básica contemplem os pré requisitos descritos no protocolo municipal como: cirurgias pré-protéticas; remoção de dentes inclusos e ou impactados com sintomatologia, e ou episódios de infecções recorrentes, exodontias multiplas com alveoloplastias, frenectomias labiais e linguais (neste caso o paciente deverá passar por avaliação fonoaudiologica e o fonoaudiólogo deverá fazer o encaminhamento), cirurgias de tecidos duros e moles (tumores, cistos, mucocelos...), biopsias; pacientes especiais (desde que tenham procedimentos cirúrgicos); pacientes pediátricos que não obedecem a comandos sob anestesia local (desde que sejam cirúrgicos), casos de doenças orais (estomatologia); pacientes que se enquadrem no grupo de risco (gestantes, diabéticos, hipertensos), desde que sejam procedimentos cirúrgicos.

2.4.3.4 Regulação

O acesso aos serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).



Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE), constituem as estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) em nosso município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde, Policlínica de Referência, serviço de Pronto Atendimento e CAPS.

Para os procedimentos de média complexidade não pactuados nas condições acima, o acesso se dá via Tratamento Fora do Domicílio (TFD). O serviço pode acontecer através de outros prestadores de serviço, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Vale do Itajaí (CISAMMVI), seguindo a mesma lógica de regulação.

As unidades de saúde são qualificadas para gestão do cuidado e os casos de maior complexidade são referenciados para os serviços ambulatoriais da Policlínica de Referência Municipal. Porém, os procedimentos especializados não disponíveis na Policlínica de Referência do nosso município são encaminhados e regulados através do agendamento via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), conforme Termo de Compromisso de Garantia de Acesso (TCGA) da Programação de Pactuação Integrada (PPI) de assistência ambulatorial elaborados entre municípios e Estado.

O SISREG, é um sistema on-line desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS, integrando com o Cartão Nacional de Saúde (CADWEB). Esta integração visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, dando assim uma maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos.

No ano de 2017, houve um avanço, importantíssimo, no acesso aos procedimentos especializados (consultas, exames, terapias, entre outros), nos diversos pontos de atenção à saúde. Foi criada a Central de Regulação do Município de Timbó, para que fosse implantado o SISREG em todos os acessos. Nosso município é Central Administradora do SISREG, sendo referência para vários municípios da microrregião.

Contamos com profissionais administradores e um médico regulador. Cabe a Regulação Médica o gerenciamento das filas de solicitações por meio da classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI). Todos os procedimentos serão regulados pelo SISREG a contar de 2018.

FLUXOGRAMA SISREG

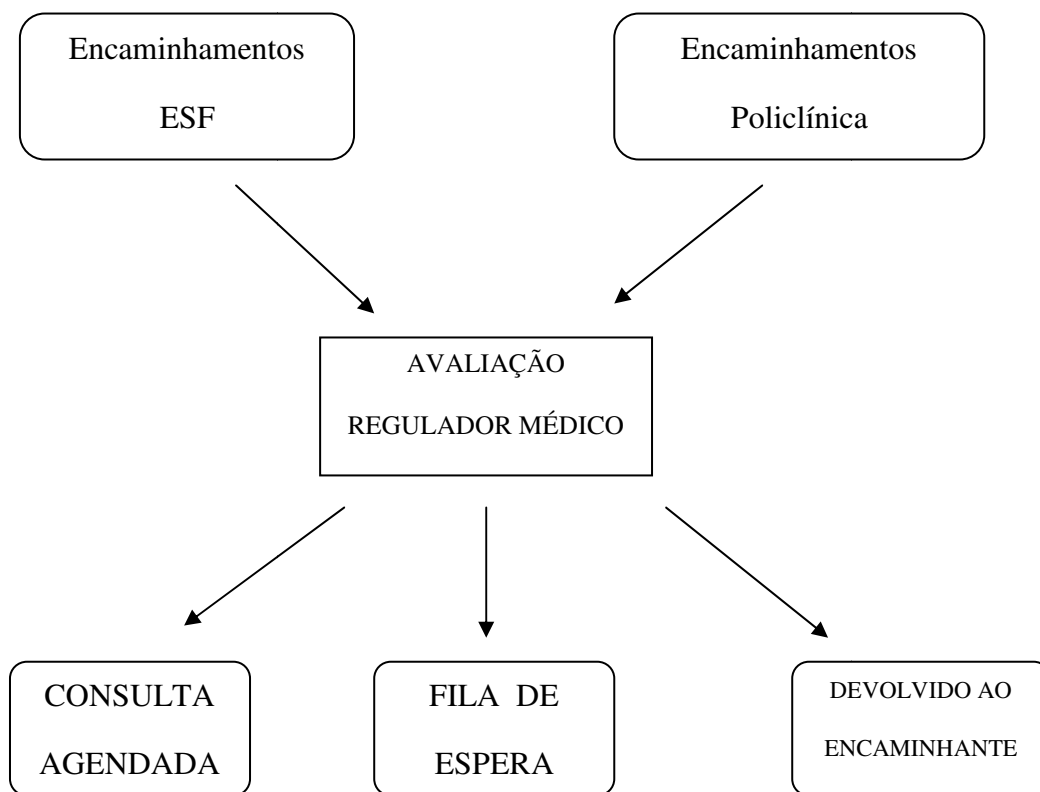


FIGURA 7: Fluxograma SISREG

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado.

Quando tivermos todas os acessos devidamente organizados via SISREG, qualquer pessoa poderá consultar as listas de espera que estarão publicizadas na internet por meio do site www.listasdeespera.sc.gov.br

A estrutura de serviços ambulatoriais especializados existentes no município é referência microrregional para Rio dos Cedros, Benedito Novo, Doutor Pedrinho, Rodeio e Acurra. Os serviços de média complexidade, com a oferta e atendimento integral nas diversas áreas, como cardiologia, cirurgia geral, psiquiatria, ortopedia, dermatologia, urologia,



angiologia, cirurgia geral, neurologia, nefrologia, infectologia, radiologia, ultrassonografia, exames laboratoriais de análise clínica, fisioterapia, conforme PPI.

Contamos com três prestadores, agora sob gestão municipal, que realizam exames laboratoriais de análises clínicas, conforme solicitação e autorização realizadas nas equipes de saúde da família (ESF), Policlínica de Referência e demais prestadores SUS solicitantes. São verificados os documentos processados pelos laboratórios por amostragem para controle interno na competência.

Sob gestão municipal, encontram-se três prestadores de fisioterapia, estes atendem os usuários encaminhados pelas equipes de saúde da família (ESF), profissionais da Policlínica e demais prestadores. Contudo, os casos que necessitem atendimento domiciliar, são acompanhados pelo NASF, juntamente com a ESF's.

O município possui prestador Renal Vida que realiza terapia renal substitutiva, sendo referência para atendimento aos munícipes de Indaial, Ascurra, Apiúna, Doutor Pedrinho, Benedito Novo, Rio dos Cedros, Rodeio, Pomerode e Timbó sendo processadas, em média, 80 Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) por competência. Está localizado em anexo ao Hospital e Maternidade OASE.

O serviço de oftalmologia é executado por prestadores de serviço, que compreendem exames e consultas especializadas. Os encaminhamentos aos prestadores são efetuados após regulação de fila.

Já para o caso de transplante de córnea a referência é Associação Hospitalar Misericórdia Vila Itoupava, conforme regulação do Sistema Nacional de Transplante (SNT). Para os usuários SUS portadores de glaucoma a referência é o hospital Misericórdia Vila Itoupava e o acesso ocorre através da regulação de Blumenau, com acompanhamento trimestral, conforme comunicação interna Estadual nº 007 de 01/10/2012.

O acesso à oncologia, adulto e pediátrica, ocorre primeiramente via regulação de Blumenau, sendo a nossa referência o Hospital Santo Antônio, que realiza consultas e quimioterapia. Já para radioterapia, o atendimento ocorre no Hospital Santa Isabel.

Contamos também com o acesso à oncologia pediátrica via regulação, no Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis. O direcionamento dos usuários SUS ocorre através da complexidade de seu quadro clínico.

A referência para alta complexidade em ortopedia e cirurgia bariátrica é o Hospital Santo Antônio. Para hemodinâmica, neurologia, transplantes, medicina nuclear e cardiologia-avaliação de marca passo, a referência é o Hospital Santa Isabel. Ambos, localizados no município de Blumenau. O acesso a estas especialidades ocorre via regulação de fila pelo SISREG.

A Política Municipal de Saúde tem como objetivo promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e



igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde com ênfase na humanização do atendimento e gestão participativa do Sistema Municipal de Saúde.

No próximo ano, 2018, serão desenvolvidos processos de planejamento setoriais específicos para controle de produção (atenção básica, odontologia, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, setor de combate à dengue, média e alta complexidade) sendo estes controles encaminhados mensalmente para o gestor, diretor em saúde e para a coordenação de cada setor envolvido, para os mesmos poderem dar prioridade e atuação diferenciada de acordo com a realidade local.

2.4.3.4.1 Ações de regulação, controle e avaliação

As ações de controle e avaliação sobre prestadores de serviços são desenvolvidas pelo Controle e Avaliação que tem como missão realizar controle e avaliação no SUS, contribuindo para qualificação da gestão, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de Saúde e verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população.

Os indicadores para avaliação do impacto das ações na saúde da população são os estabelecidos pelo Ministério da Saúde e são acompanhados pela coordenação de cada setor. O resultado dessas avaliações e propostas para intervenção compõe a programação anual de saúde correspondente e metas que compõe o SISPACTO (Pacto de Saúde).

O processo de construção da regulação da assistência à saúde teve implementação a partir da constituição de equipes técnicas com atuação intersetorial, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliares administrativos e demais profissionais.

Possibilita avanços na garantia do atendimento ao usuário nos diversos pontos de atenção à saúde de forma oportuna e qualificada, promovendo a organização de um processo de trabalho voltado para o acolhimento e centrado no usuário, apoiando a implantação dos protocolos assistenciais, regulando o acesso aos outros níveis do sistema de forma qualificada, orientado nos protocolos e na gestão da clínica, identificando os casos de maior risco e/ou gravidade, para o atendimento das necessidades de cada caso.

No setor de regulação ambulatorial a equipe realiza a regulação do acesso aos serviços especializados (consultas, exames, terapias), gestão dos casos encaminhados, incluindo o programa de atenção auditiva, exames de média e alta complexidade e ainda, a articulação dos diversos pontos da atenção à saúde, que compõem a rede de cuidados.

Ressalta-se ainda que com esta metodologia os profissionais envolvidos no atendimento utilizam-se de protocolos clínicos e fluxos, de forma a garantir que o usuário chegue aos outros pontos da atenção à saúde de forma qualificada para o solicitante, garantindo assim, a integralidade do cuidado.



Deparamo-nos com o desafio da sistematização do fluxo de referência e contra referência. Almeja-se que com a implantação do consultório informatizado, protocolos clínicos e gestão de caso, ocorra a sistematização deste fluxo.

As ações de controle e avaliação ocorrem de forma sistemática, é realizada por equipe multidisciplinar mencionada acima, com o objetivo de acompanhar os serviços prestados, monitorar a execução dos contratos, atualizar o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (CNES) e profissionais de saúde, efetuar o processamento da produção dos prestadores, verificar a conformidade dos procedimentos realizados e a qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS.

2.4.4 Saúde mental

2.4.4.1 Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A partir do Decreto nº 7.508 de 2011 foram mapeadas as regiões de saúde, como sendo um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes que contemple as ações e serviços de:

- I – Atenção Primária;
- II – Urgência e emergência;
- III – Atenção Psicossocial;**
- IV – Atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- V – Vigilância em saúde.

Dessa maneira, a Atenção Psicossocial deve ser pensada a partir de redes regionais articuladas nos diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conforme a Portaria nº 3088/GM/MS de 2011, sendo compostas de:

- I – Atenção Básica em Saúde;
- II – Atenção Psicossocial Especializada;
- III – Atenção de Urgência e Emergência;
- IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V – Atenção Hospitalar;
- VI – Estratégias de Desinstitucionalização;
- VII – Reabilitação Psicossocial.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, dentro da atual política da Saúde Mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para organização da rede de atenção em saúde mental, porém, não devem ser os únicos dispositivos. A atenção em

saúde mental deve ser realizada dentro de uma rede de cuidados, que se inicia na Atenção Básica, proporcionando um acesso facilitado ao usuário e seus familiares.

Este cuidado articulado entre ESF (Estratégia de Saúde da Família), NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e os demais serviços de saúde mental da rede (Ambulatório de Psiquiatria e CAPS) contribui para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de práticas mais efetivas de promoção da saúde de forma equânime, integral e cidadã. Também podem fazer parte desta rede de cuidados, os demais dispositivos citados na Portaria nº 3088/2011 como as residências terapêuticas, os centros de convivência, entre outros.

De acordo com dados do Ministério, a realidade das equipes de atenção básica demonstra que elas se deparam diariamente com problemas de saúde mental, até porque, existe um componente de sofrimento psíquico inerente associado às doenças físicas. No entanto, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa, seja por falta de recursos humanos ou de capacitação.

2.4.4.2 Estrutura Local

A figura abaixo permite visualizar como está estruturada a rede municipal de atenção em saúde mental.

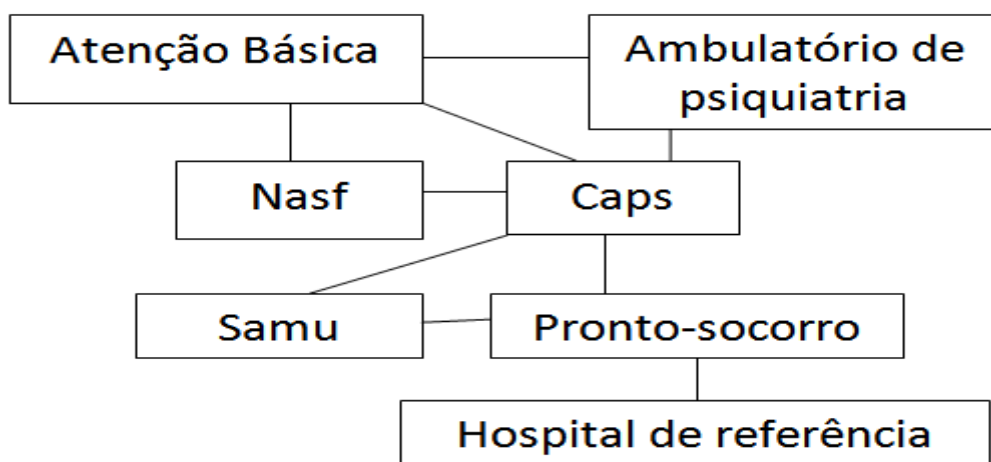


FIGURA 8 - REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL
FONTE: Coordenação de saúde mental e Caps

O município conta com seis profissionais psicólogos que atendem junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (12 equipes), sendo que três destes compõe a equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). No Ambulatório de Psiquiatria, localizado na Policlínica de Referência, um médico psiquiatra atende 20 horas semanais. O CAPS conta



com um médico generalista com especialização em saúde mental, dois psicólogos, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem, um assistente social, um auxiliar de serviços gerais e estagiários de Psicologia e Enfermagem. O município conta com seis profissionais psicólogos que atendem junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (12 equipes), sendo que tres destes compõem a equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e mais uma profissional psicóloga no CAPS, perfazendo um total de 7 psicólogos. No Ambulatório de Psiquiatria, foram atendidas pelo medico psiquiatra de referencia um total de 691 consultas.

O CAPS mantém-se aberto no horário das 7:30 as 18:30 horas, com a filosofia de acesso ampliado a usuários e familiares e conta com um médico generalista, especializado em saúde mental, dois psicólogos, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem, um assistente social, um auxiliar de serviços gerais e estagiários de Serviço Social, Psicologia e Enfermagem.

Atualmente a equipe foi reduzida para um enfermeiro e um psicólogo, ambos com carga horaria de 6 horas. Os demais profissionais mantiveram-se em seu horário e funções e foi contratada mais uma auxiliar de serviços gerais que organiza os arquivos e faz a recepção.

A ampliação do quadro de psicólogos para atender as demandas do sofrimento psíquico que são, segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde – a segunda causa de absenteísmo no trabalho é reinvidincação antiga das Conferencias Municipais de Saúde, bem como a ampliação no número de profissionais do CAPS .

No último exercício o Município efetivou por processo de seleção dois profissionais de psicologia, porém, mantendo igual o numero de psicólogos do quadro.

A articulação em rede é fundamental para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento psíquico. Nesse sentido, o apoio matricial, as reuniões conjuntas e a educação permanente vêm se mostrando ferramentas importantes nessa articulação com a atenção básica. Esses encontros vêm possibilitando articular estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica o que possibilita a co-responsabilização da rede de serviços e privilegia o enfrentamento do sofrimento psíquico no território.

Em 2017, entre os meses de janeiro a novembro, foram realizados pelos psicólogos que atuam junto à Estratégia de Saúde da Família, um total de 5020 atendimentos, que incluem abordagens individuais, familiares e coletivas.

Atualmente a demanda predominante no que se refere à saúde mental na Atenção Básica, é de transtornos de ansiedade, quadros depressivos leves, uso de álcool e drogas, abuso de medicações psicoativas, TDHA, questões existenciais e somatizações, o que tem se



chamado hoje de Transtorno Mental Comum. São casos considerados leves a moderados, em que o usuário ainda mantém de certa forma vínculos sociais e familiares, atividades laborais, auto cuidado. São mantidos na atenção primária por meio de atendimento médico, de enfermagem e psicológico, e quando necessário, após discussão de equipe, encaminhado ao ambulatório de psiquiatria na policlínica, sem necessidade de acionar a equipe do CAPS.

Uma das demandas prioritárias que se faz presente e necessita aprimorar as estratégias de prevenção são as tentativas de suicídio, cujo manejo e enfrentamento de forma individual e familiar configura prioridade de toda a Rede.

2.4.4.3 Atribuições do profissional Psicólogo na Estratégia de Saúde da Família

As intervenções psicológicas, na Estratégia de Saúde da Família, ligam-se tanto à prevenção e à promoção da saúde como ao tratamento e à recuperação, vinculando-se à construção de soluções de curto, médio e longo prazo para os diversos dilemas de saúde da comunidade:

- Ações de acolhimento: atividades que incluem a recepção das pessoas na Unidade de Saúde da Família, possibilitando escuta ampliada de necessidades e buscando estruturar planos terapêuticos individuais e coletivos junto à equipe, atrelados aos diversos níveis de atenção do sistema de saúde;
- Visitas domiciliares: ações de acolhimento domiciliar realizadas com os demais profissionais da equipe ou individualmente para acompanhamento terapêutico, avaliação do estado psíquico, abordagem familiar e comunitária;
- Ações de suporte à saúde mental: essas ações têm o caráter de prevenção, de promoção da saúde, de tratamento e de reabilitação, e buscam o acompanhamento de indivíduos e grupos, articulando-se a ações desenvolvidas por outros dispositivos de assistência na Rede de Atenção à Saúde Mental. Incluem atendimento psicoterapêutico individual de casal e de famílias; consulta compartilhada com os demais profissionais da equipe; grupos terapêuticos específicos e interdisciplinares; grupos de promoção da saúde mental, no qual se trabalha a expressão de sentimentos e emoções, o compartilhar de problemas e as potencialidades encontradas na comunidade e na família bem como o fortalecimento dos laços de amizade e compromisso; participação nos demais grupos existentes na unidade de saúde, tais como: gestantes, puericultura, atividade física, hipertensos e diabéticos;
- Atividades nas escolas: articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças na escola junto a grupos de jovens, crianças e adultos, bem como a construção de ações de desenvolvimento humano e de aprendizagem junto aos professores e coordenadores pedagógicos;



- Participação nas reuniões de equipe: contribuindo para a discussão e organização dos processos de trabalho, o desenvolvimento das relações interpessoais, a integração da equipe e o planejamento de ações no território;
- Participação nas reuniões da Rede de Atenção Psicossocial: a partir da discussão e estudo de casos, leituras específicas e planejamento de ações intersetoriais referentes à Saúde Mental, busca-se estreitar a relação dos vários pontos da rede;
- Territorialização e planejamento local de saúde: realizadas necessariamente por toda equipe de saúde da família para reconhecer o contexto geográfico e socioeconômico, entrar em contato com as necessidades e potenciais de saúde da comunidade e estruturar plano de ação. Advindo de um processo coletivo de leitura da realidade, o planejamento local de saúde deve enfrentar o desafio de contar com a participação ativa da população tanto na elaboração como no processo de avaliação e de execução das ações;
- Participação nos espaços de educação permanente: procurando inserir temas referentes à saúde mental à discussão, reforçando a indissolúvel associação entre saúde mental e saúde, contribuindo com o diálogo interdisciplinar e a horizontalidade do cuidado.
- Ações comunitárias e de articulação de redes sociais: assessoria a movimentos sociais organizados como associações de moradores, lideranças comunitárias e grupos comunitários no território adstrito da ESF. Nessas atividades, busca-se fortalecer as práticas comunitárias de promoção da saúde, através do fomento à integração dos grupos e às ações, bem como o fortalecimento de grupos estratégicos para o desenvolvimento comunitário;
- Participação nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde a fim de contribuir para o fomento à participação e controle social.

Tais atribuições foram baseadas nas atribuições dos demais profissionais que compõem a equipe da ESF, conforme orientações do Ministério da Saúde, além da utilização de artigos e pesquisas.

2.4.4.4 CAPS

Apesar de o CAPS ser um serviço de ‘porta aberta’, ou seja, realiza o acolhimento do usuário mesmo sem um encaminhamento de algum ponto da rede em mãos, preferencialmente o primeiro atendimento a esse usuário deve ocorrer na atenção básica (ESF), seja em consulta de enfermagem, médica ou psicológica, a fim de proporcionar um cuidado mais amplo e adequado, visto que ele sempre estará no território de origem e as outras questões de saúde (dentista, vacinas, curativos...) serão tratadas na Unidade Básica de Saúde. O cuidado compartilhado com o CAPS irá ocorrer nos casos de sofrimento psíquico intenso em que há vulnerabilidade instalada, rompimento de vínculos sociais, familiares, laborais e/ou afetivos; com presença de sintomas somáticos e/ou clínicos evidentes, associados ou não ao uso de



substâncias psicoativas. Para esses casos mais complexos as equipes de atenção básica podem solicitar apoio matricial por meio dos profissionais do NASF e do CAPS.

Porém, quando o usuário acessar o CAPS como porta de entrada, o profissional que o acolher, após avaliação e discussão com a equipe interna também deverá realizar contato com a ESF a fim de fixar acordos de cuidado compartilhado, facilitar o acesso do usuário e seus familiares, além de obter uma visão mais ampla do seu histórico de saúde, seu contexto familiar e social.

Os usuários do CAPS são referidos como portadores de “grave sofrimento psíquico”, incluindo nesta denominação as tentativas de suicídio, psicoses e neuroses graves, e o uso abusivo e lesivo de SPA (Substâncias Psicoativas), entre elas o álcool. Embora seja uma definição ampla convém lembrar que o cuidado em saúde mental é individualizado, pois identidades são singulares em seu adoecer, mas o cuidado é compartilhado pelo serviço especializado CAPS, ESF, NASF e instâncias comunitárias.

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos e um **plano de cuidados** que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada usuário no CAPS e fora dele e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. Os atendimentos podem ser individuais com os diversos profissionais, coletivos (grupos e oficinas terapêuticas) de orientação para familiares, visitas domiciliares, atividades de lazer, assembleias de usuários, entre outros.

O CAPS recebe encaminhamentos oriundos da atenção básica em saúde, nível secundário (policlínica), nível terciário (hospitais/pronto-socorro), Poder Judiciário, Ministério Público e Assistência Social. Sendo um CAPS micro-regional recebe também encaminhamentos da Secretaria de Saúde, de preferência dos serviços de saúde mental e dos profissionais de saúde, dos municípios de Rio dos Cedros, Benedito Novo e Dr. Pedrinho conforme orientação técnica do Ministério da Saúde que se justificam por critérios populacionais, desde seu cadastramento em 2004. No último exercício o Município de Rodeio desvinculou-se do CAPS Regional de Timbó, passando a constituir a população abrangida pelo CAPS de Apiúna, que atende também os municípios de Ascurra e Apiúna.

O CAPS de Timbó possui localização central em local tranquilo e aprazível, porém ainda se encontra em instalações físicas inadequadas sendo severamente atingido nas enchentes frequentes que assolam o município. A readequação das instalações estava prevista no último plano municipal de saúde, mas ainda não foi realizada, ficando o planejamento e execução para este exercício.

No Plano Municipal de Saúde 2014-2017, existe previsão para a construção de um CAPS AD regional que seria para 2016 mas ainda não foi possível realizar e fica mantida no Plano Municipal atual, justificada a alta demanda deste serviço e o fomento e ampliação da Rede CAPS no Ministério da Saúde. Todos estes dispositivos estão incluídos no Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial aprovado pelo Colegiado de Gestores Regionais e



enviado ao Estado para junto com o Plano das demais regiões ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

Quanto ao componente hospitalar, o Ministério da Saúde aprovou o projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atendimentos em saúde mental no Hospital e Maternidade OASE, que conta com 04 leitos e atende a população dos municípios atendidos por este serviço. Todos estes dispositivos estão incluídos no Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial aprovado pelo Colegiado de Gestores Regionais e enviada ao Estado para junto com o Plano das demais regiões ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

2.4.5 Serviço de Fisioterapia

Desde 2008, o município conta com o cargo efetivo de fisioterapeuta. Até 2010, havia um (01) profissional fisioterapeuta cumprindo 30 horas semanais, lotada na atenção secundária, exercendo atendimentos domiciliares.

Em maio de 2010, com a criação do NASF em Timbó, que exigia dois (02) profissionais fisioterapeutas cumprindo um mínimo de 20h semanais cada um, contratou-se mais um (01) profissional.

Com o aumento da demanda para o serviço de fisioterapia, e com os dois (02) profissionais lotados no NASF (Atenção Primária), sentiu-se a necessidade de contratar mais um (01) profissional para a Atenção Secundária para suprir a demanda do atendimento domiciliar.

Os atendimentos domiciliares são executados mediante encaminhamento das equipes de Saúde da Família, após avaliação fisioterapêutica. Através desta avaliação e, de acordo com o Protocolo de Fisioterapia Domiciliar, instituído no município no ano de 2012 e atualizado em 2017 (com aprovação do Conselho Municipal de Saúde), decide-se por atendimento domiciliar ou em clínica de fisioterapia de referência. O Protocolo de Fisioterapia Domiciliar foi instituído com o intuito de otimizar e qualificar o serviço.

Em fevereiro de 2013, inaugura o serviço de fisioterapia ambulatorial dentro da Policlínica de Referência, como suporte para a demanda excessiva de pós-operatórios ortopédicos. O foco do serviço ambulatorial é o atendimento aos usuários pós-cirúrgicos e sequelas de fraturas ortopédicas. Em média, o ambulatório realize 100 (cem) atendimentos por mês. O serviço está disponível três dias por semana, das 13h:00min às 17h:00min. Os atendimentos são executados mediante encaminhamento médico e passam por avaliação fisioterapêutica. Para casos não atendidos no ambulatório da Policlínica, os usuários são referenciados para a clínica de fisioterapia localizada no município, sob gestão do Estado.

Em 2017 foi criado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde o Protocolo de Fisioterapia Ambulatorial, com o intuito de otimizar e qualificar o serviço.



Atualmente, o serviço de fisioterapia conta com três (3) profissionais: dois (2) estão lotados na Atenção Primária (NASF), por processo seletivo, e um (1) efetivo está atuando como articulador da Educação Permanente em Saúde.

Além dos atendimentos individuais, são realizados atendimentos coletivos, dentro da lógica dos grupos terapêuticos, com o intuito de promover saúde, reduzir danos e prevenir agravos e sequelas, através do estímulo à autonomia e protagonismo do sujeito. Essas ações são realizadas na Atenção Primária através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Dentro de todas as ações de fisioterapia há o intuito de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar o cuidado à pessoa com deficiência. Desta forma, o município vem se articulando regionalmente para garantir a universalidade e integralidade de acesso e assistência, através da Rede Regional de Cuidados à pessoa com deficiência.

2.4.6 Vigilância em saúde

Com a publicação da Portaria nº 3252, em 22 de dezembro de 2009, o Ministério da Saúde consolida a integração das vigilâncias reforçando a necessidade de atuação conjunta, sendo definidos os componentes da Vigilância em Saúde como:

- I. Vigilância epidemiológica;
- II. Promoção da saúde;
- III. Vigilância da situação de saúde;
- IV. Vigilância em saúde ambiental;
- V. Vigilância da saúde do trabalhador;
- VI. Vigilância sanitária.

2.4.6.1 Vigilância sanitária

A Vigilância Sanitária passou ser executada pelo município a partir de 1992, conforme Lei Municipal nº 1.143 de 22 de Outubro de 1992 e Lei Complementar nº 142 de 21 de Dezembro de 1998. Em 06 de agosto de 2015, foi aprovada a Lei Complementar nº 466, que institui o código sanitário municipal.

As ações de vigilância compreendem em ações de fiscalização, normatização, licenciamento, controle, monitoramento de alimentos e água para consumo humano, serviços e produtos de saúde e de interesse à saúde, de análise de projetos arquitetônicos, de educação permanente dos servidores, promoção da saúde através de palestras, folders, de integração intra e extra-institucional, fazendo parte do conjunto de ações sob a responsabilidade do SUS. A execução das ações da Vigilância Sanitária está sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde que conta com uma Coordenação de Vigilância Sanitária e cinco fiscais de Vigilância Sanitária, sendo um deles da área farmacêutica.

As ações de Vigilância Sanitária são planejadas tendo em vista a pactuação da PAV-S



(Plano de Ação da Vigilância Sanitária), conforme orientações executadas anualmente pelo Estado através da 34ª ADR (Agência Desenvolvimento Regional).

Os fiscais são responsáveis pela fiscalização nas áreas de controle da qualidade de produtos, serviços e alimentos, medicamentos, domissanitários, de saúde, escolas, farmácias, saúde do trabalhador, investigação em casos e surtos de toxinfecção alimentar em conjunto com a Vigilância Epidemiológica, realizam atendimentos a denúncias entre outros. O conjunto de ações tem como objetivo a promoção da saúde e prevenção de agravos relativos ao consumo de bens e serviços de interesse à saúde e as interações com os ambientes de trabalho e de vida.

Em 2015, o município assumiu a execução das inspeções nos estabelecimentos de alta complexidade (Hospitais, Radiologia, etc), dos quais eram executados pelos fiscais de Vigilância Sanitária do Estado, se tornando pleno para todas as atividades de fiscalização.

2.4.6.1.1 Áreas técnicas para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária

Em consonância com as competências da Vigilância em Saúde Ambiental(VSA) e para melhor operacionalizar as ações do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental(SINVSA) a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) passou por uma reestruturação e atualmente é composta pelas seguintes áreas técnicas:

- Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Vigiagua;
- Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos – Vigipeq;
- Vigilância em Saúde dos Riscos Associados a Desastres –Vigidesastres.

2.4.6.1.1.1 Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos

A vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ) vem ao encontro da preocupação mundial crescente relativa aos riscos à saúde pública decorrentes da presença de contaminantes químicos nas águas subterrâneas e superficiais, no solo, no ar e na biota. Suas ações consistem na identificação de populações susceptíveis à contaminação química, conhecimento e detalhamento das exposições, de modo a proteger e promover a saúde das populações expostas e potencialmente expostas a contaminantes químicos ambientais. O VIGIPEQ apresenta três componentes da Vigilância em Saúde Ambiental:

- Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado -(Vigisolo);
- Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica - (Vigiar);
- Vigilância em Saúde Ambiental relacionada a Substâncias Químicas -Vigiquim.



2.4.6.1.1.2 Vigilância em saúde dos riscos associados a desastres

A Vigilância em Saúde dos Riscos Associados a Desastres (VIGIDESASTRES) tem o objetivo de desenvolver ações a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir a exposição da população e dos profissionais de saúde aos riscos dos desastres.

Desastre é definido como uma interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade que causa perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas ou ambientais, que excedam a capacidade da comunidade ou sociedade afetada para fazer frente à situação (utilizando seus próprios recursos), às doenças e agravos decorrentes destes, bem como reduzir os danos à infraestrutura sanitária de saúde. A Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres é formada por três componentes, em função do agente causador da ocorrência do desastre:

- Vigilância em Saúde Ambiental associada aos Fatores Físicos -Vigifis;
- Vigilância em Saúde Ambiental associada aos Acidentes com Produtos Químicos Perigosos - Vigiapp;
- Vigilância em Saúde Ambiental associada aos Desastres de Origem Natural – Vigidesastres

2.4.6.1.1.3 Vigilância da qualidade da água para consumo humano

Como instrumento de implementação das ações de vigilância em saúde ambiental, foi criado o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), para atender aos dispositivos estabelecidos nas Portarias de qualidade da água, bem como fornecer subsídios para estruturação da vigilância da qualidade da água, nas três esferas de governo.

A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente (Portaria MS nº. 2914/2011), como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no Sistema Único de Saúde – SUS.

A operacionalização do VIGIAGUA é executada através de coletas realizadas mensalmente nas soluções de abastecimento de água (SAA) e soluções alternativas coletivas (SAC) e enviadas ao LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública, para análise e lançadas no SISAGUA. A fim de promover a saúde coletiva e de prevenção, é realizada coleta de água nas soluções alternativas individuais (SAI) em parceria com o SAMAE para as análises.



2.4.6.1.2 Programas utilizados

2.4.6.1.2.1 PHAROS

O sistema PHAROS foi desenvolvido com o intuito de padronizar a emissão de alvará sanitário, licença de transporte de veículos, visualização do cadastro das empresas, processos administrativos, etc, executado por todos os municípios do Estado de Santa Catarina. Hoje a Vigilância Sanitária de Timbó, utiliza o sistema PHAROS como ferramenta no gerenciamento de alvarás, licenças, baixas de empresas, autos de infração, inspeções, etc.

2.4.6.1.2.2 NOTIVISA

O NOTIVISA é um sistema informatizado na plataforma web, previsto pela Portaria nº 1.660, de 22 de Julho de 2009, do Ministério da Saúde, para receber as notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas aos seguintes produtos sob vigilância sanitária: medicamentos, vacinas e imunoglobulinas, artigos médico-hospitalares, equipamentos médico-hospitalares, produtos para diagnóstico de uso in vitro, uso de sangue ou componentes, cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume, saneantes, agrotóxicos.

O NOTIVISA é o sistema de informação que visa fortalecer a vigilância pós-uso/ pós-comercialização, hoje conhecida como VIGIPÓS, por meio do monitoramento de eventos adversos (EA) e de queixas técnicas (QT) associados aos produtos listados acima. No âmbito do VIGIPÓS, será considerado evento adverso aquele que causou dano à saúde.

2.4.6.1.3 Dengue

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente, em mais de cem países, de todos os continentes, exceto a Europa. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue. Em nosso país, as condições socioambientais favoráveis à expansão do *Aedes aegypti* possibilitaram uma dispersão desse vetor, desde sua reintrodução em 1976, que não conseguiu ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados no combate às doenças transmitidas por vetores, em nosso país e no continente. Com esse objetivo, o Ministério da Saúde apresenta o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

O PNCD procura incorporar as lições das experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, enfatizando a necessidade de mudança nos modelos anteriores. Os objetivos do PNCD são reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, reduzir a incidência da dengue e reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue.

As ações de vigilância e as inovações instituídas no controle da dengue foram revistas para incluir a vigilância da chikungunya e zika. Dengue, chikungunya e zika são três vírus que estão circulando ao mesmo tempo no Brasil, colocando a saúde pública em

alerta. Os vírus que causam estas doenças são transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*. Elas apresentam sinais e sintomas parecidos, mas têm níveis de gravidade diferentes e não há tratamento específico. Recentemente, o Ministério da Saúde confirmou a relação do vírus Zika com os casos de microcefalia em bebês.

Com isso, foram incluídas novas armadilhas e pontos estratégicos no mapa do município de Timbó, sendo os pontos vermelhos, armadilhas, os verdes, pontos estratégicos e os pontos em azul, armadilhas e ponto estratégico.

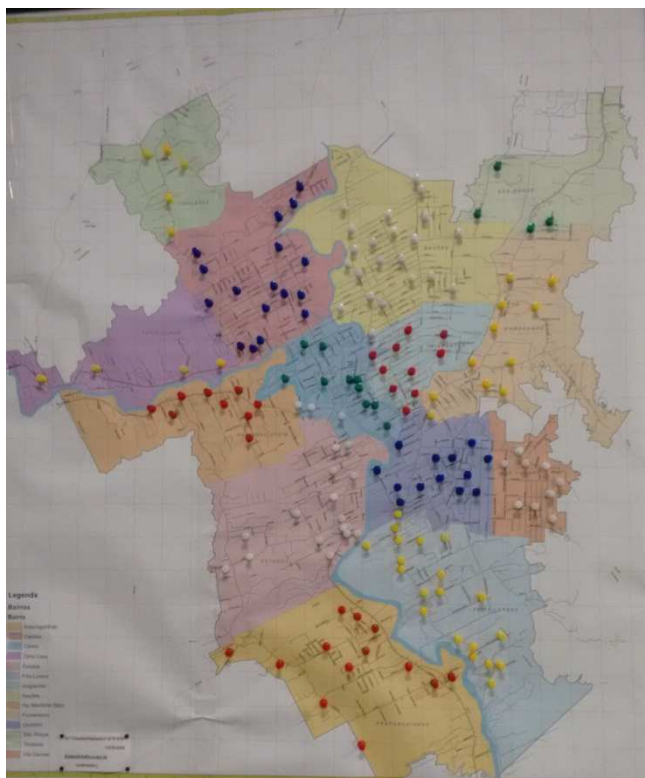


FIGURA 9 - MAPA DE TIMBÓ ESPECIFICANDO AS ARMADILHAS E PONTOS ESTRATÉGICOS

FONTE: quadro disponível no setor.(atualizado 2017)

2.4.6.2 Vigilância epidemiológica

O Sistema Único de Saúde (SUS), em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), define a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de



saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

A Vigilância Epidemiológica está localizada na Policlínica de Referência e atende de segunda à sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas. Todo o trabalho é executado em apenas duas salas. Uma sala para atendimentos, digitação e alimentação dos sistemas, como: SINAN, SIM, SINASC, SIPNI, SIES, SIALE, SISVEP e outros. E outra sala para a Rede de Frio, pois a Vigilância Epidemiológica é responsável pela logística, armazenamento e distribuição de imunobiológicos para as 11 salas de vacinas públicas do município. Em maio de 2012 a Vigilância Epidemiológica implantou uma sala de vacina no Hospital e Maternidade OASE, onde diariamente são vacinadas as crianças que nascem. As vacinadoras desta sala são funcionárias da Vigilância Epidemiológica e vacinam em média 70 crianças por mês.

A Vigilância Epidemiológica é responsável pelo monitoramento de diversos agravos, um deles é o atendimento anti-rábico, onde o animal agressor deve ser observado por 10 dias.

Essa observação deve ser realizada por um médico veterinário, porém este profissional ainda não faz parte do quadro de funcionários da Vigilância Epidemiológica. No ano de 2016 foram acompanhados 166 casos de atendimento anti-rábico, sendo que, no mínimo, são realizadas duas visitas por animal agressor, o que corresponde a 332 visitas no ano de 2016 realizadas pelas técnicas da Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância Epidemiológica conta com o serviço de sobreaviso 24 horas para suporte e atendimento aos hospitais do município, como: atendimento em casos de suspeita de meningite, influenza, animais peçonhentos, dentre outros. Esse serviço de sobreaviso é realizado por duas técnicas da Vigilância Epidemiológica.

O quadro de funcionários da Vigilância Epidemiológica conta com uma enfermeira (40 horas), duas técnicas de enfermagem (30 horas) e uma auxiliar de enfermagem.

2.4.6.2.1 Serviço de Atendimento Especializado -SAE

O SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que propicia o vínculo do paciente portador do vírus HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Presta atendimento médico, com resolutividade diagnóstica, e oferece tratamento com assistência farmacêutica aos pacientes e familiares.

O Serviço de Atendimento Especializado possui em sua estrutura física 03 salas, um consultório médico, uma sala de atendimento de enfermagem e distribuição de medicação antirretroviral e uma sala para coleta de exames e realização de testes rápidos.

O SAE é referência para os municípios vizinhos como Rio dos Cedros, Rodeio, Benedito Novo e Doutor Pedrinho. O total de pacientes com HIV em acompanhamento atualmente são de 216 pacientes. As crianças expostas ao HIV, filhos de mães portadoras do vírus, também são atendidas neste ambulatório. O SAE de Timbó atende também aos portadores de Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase. No ano de 2016 foram realizadas 1182 consultas com médico infectologista.

O SAE além de realizar a coleta de exames de carga viral e CD4/CD8 dos pacientes portadores de HIV, também realiza os testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C para a população em geral, por livre demanda. No ano de 2016 foram realizados 1981 testes.

Em agosto de 2014 os testes rápidos foram descentralizados para todas as Unidades de Saúde da Família e também para o Hospital e Maternidade OASE. Facilitando o acesso da população ao diagnóstico precoce do HIV, Sífilis, Hepatite B e C.

O quadro de funcionários do SAE conta com um médico infectologista (20 horas), uma enfermeira (40 horas), um farmacêutico (30 horas), uma técnica em enfermagem (30 horas).

2.4.7 Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica participativa é uma das formas de se assegurar a saúde, tanto na forma preventiva quanto curativa, sendo esta, ponto mediano entre a prescrição médica e correta utilização desta pelo paciente.



Perante este enfoque, a assistência farmacêutica atua em diversas áreas e programas podendo ser observadas na:

- Aquisição de medicamentos básicos (REMUME), compreendendo cerca de 180 medicamentos subdivididos em várias apresentações farmacêuticas, possibilitando assim uma ampla diversidade terapêutica;
- Centralização do almoxarifado para os medicamentos, onde são efetuadas todas as conferências do controle de qualidade, prazo de validade e distribuição dos medicamentos para as demais unidades dispensadoras;
- Descentralização da maioria dos itens da Farmácia Básica, para possibilitar a todas as unidades de saúde possuir os medicamentos da atenção básica, dando comodidade ao paciente para sair da unidade de saúde com seu medicamento em mãos. Isso facilita a adesão ao tratamento e incentiva a ampliação da autonomia e independência para o auto cuidado e o uso racional de medicamentos.
- Atuação junto ao programa de diabéticos e hipertensos, orientando quanto ao uso e armazenamento correto dos medicamentos assim como diferentes aspectos relacionados ao tratamento. Assim como a atuação no programa DST/AIDS, promovendo a adequação e adesão ao tratamento.

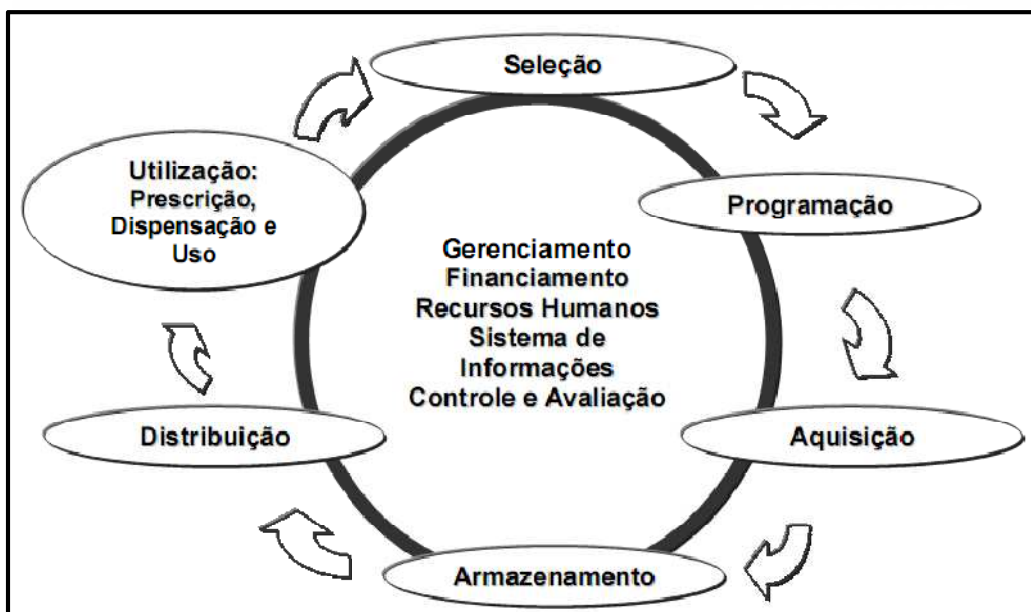
A Assistência Farmacêutica no município de Timbó engloba atualmente as 12 Equipes de Saúde da Família (ESF), através das unidades de dispensação, responsáveis pela dispensa de medicamentos da atenção básica, assim como a farmácia central localizada na Policlínica de Referências, ficando a dispensação das medicações sujeitas ao controle especial, centralizadas nesta última.

O Município conta ainda com um almoxarifado central, localizado também na Policlínica de Referências no qual são recebidas as medicações, feito controle de qualidade e de prazo de validade, e por fim a distribuição de medicamentos para as ESF do município.

A Assistência Farmacêutica oferece ainda um suporte para a unidade SAMU e do CAPS, dispensando medicamento para estas.

Com relação às medicações dispensadas pelo Município, estas estão padronizadas na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), a qual era revista anualmente pelo médico regulador e diretor técnico, e pelas farmacêuticas do Município. Atualmente foi criada a Comissão de reavaliação da REMUME pela portaria n. 437 de setembro de 2017, a qual visa à reavaliação das medicações padronizadas pelo município a ser realizada por uma equipe de profissionais da saúde. A referida Comissão é composta por três farmacêuticos, um médico, uma enfermeira e uma dentista.

Figura 10 - Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Adaptado de Santos (2001) e Marin et al. (2003).

O município organiza o serviço de assistência farmacêutica baseado no fluxo de assistência farmacêutica nacional (figura 10) iniciando pela seleção dos medicamentos, seguidas pela: programação de compra, de acordo com o consumo histórico; aquisição por meio de processos licitatórios próprios do município, assim como pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Vale (CISAMVI); armazenamento das medicações no almoxarifado central; distribuição para as ESF e Farmácia central; e por fim a dispensação ao usuário.

A seleção dos medicamentos fica sob responsabilidade da Comissão de Reavaliação da REMUME, anteriormente mencionada, e será revista periodicamente. A equipe de trabalho da Farmácia Central realiza as seguintes ações: programação, aquisição, armazenamento, distribuição para as ESFs assim como a dispensação de medicamentos de controle especial.

Cabe destacar que o valor do investimento com medicamentos destinados a atenção básica é superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, exigindo um comprometimento maior dos recursos municipais.

Com relação às etapas realizadas pela assistência farmacêutica como a aquisição, estas necessitam de certo controle por parte da gestão. Nesse sentido foi sancionada uma normativa federal que estabelece a necessidade do envio dos dados relativos principalmente a aquisição municipal e a distribuição para as ESF. Esta normativa não está ainda regulamentada, não havendo ainda um prazo para envio dos dados, porém isso deve acontecer no próximo ano.

2.4.7.1 Programa de medicamentos do componente especializado e atendimento judicial



Os medicamentos do componente especializado são, geralmente, de uso contínuo e de alto custo. Por isso sua dispensação obedece a regras e critérios específicos. Este programa é instituído pelo Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina com o objetivo de atender as patologias onde os medicamentos da rede básica já não têm mais o resultado esperado.

Atualmente são atendidos 413 pacientes mensalmente pelo componente especializado no ambiente da farmácia central. Acrescenta-se que é notório o crescente avanço semanal de processos enviados ao Estado de Santa Catarina.

Ainda no ambiente da Farmácia Central são dispensados os medicamentos obtidos via processo judicial. A justiça é procurada pelos pacientes por estes não obterem sucesso em conseguir suas medicações na atenção básica e pelo componente especializado. O número total de pacientes atendidos pela demanda judicial atualmente (novembro de 2017) é de 119. Apesar de o número ser consideravelmente menor que do componente especializado, o valor das medicações fornecidas pelos pacientes via judicial, muitas vezes, é mais elevado.

Desses 119 casos, em muitos o Município é réu juntamente com o Estado. Nesse sentido, quando este não fornece a medicação, ou quando há atraso para o início do tratamento, o município assume o fornecimento. Há casos ainda que a ação judicial é impetrada somente contra o município, sendo esse o único ente responsável pela compra.

Essa aquisição pelo município de medicações judiciais tem se tornado frequente o que consome uma parcela considerável do orçamento destinado a compra de medicamentos, o qual outrora era destinado em sua totalidade para a atenção básica.

Cita-se as atribuições do farmacêutico nestas duas modalidades de atendimento:

- Revisão, envio e acompanhamento de todos os processos para o serviço de assistência farmacêutica estadual, das patologias: hepatite C, hepatite B, pacientes usuários de toxina botulínica, artrite reumatóide, transplantados, renais crônicos, dentre outras;
- Conferência, armazenamento, quando da sua chegada, o que acontece todo começo de mês e dispensação.

2.4.8 Serviço Social em Saúde

A Assistência Social é definida na Constituição de 1988, como política pública de Seguridade Social, conforme artigo nº203 e 204 onde trata dos objetivos e da execução da política.

A atuação do profissional Assistente Social na Saúde tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na Política de Saúde. O serviço compreende: orientação de medicamentos não fornecidos pela farmácia básica; exames, consultas e outros



procedimentos médicos não disponíveis em nenhuma modalidade na Secretaria de Saúde, bem como na Secretaria de Estado; orientações para vasectomia, laqueadura e benefícios (fralda e óculos). Os usuários são acompanhados através de visita domiciliar e dos atendimentos mensais.

No município a Política de Assistência Social se reestruturou no ano de 2009, quando foram realizados vários debates com a finalidade de explicitar a distinção entre a Política Municipal de Saúde e a Política Municipal de Assistência Social a fim de separar as demandas específicas de cada área. No final do ano de 2016, unificaram-se as secretarias novamente ficando assim Secretaria de Saúde e Assistência Social, ressaltando que os serviços continuam funcionando de acordo com a sua política de atendimento.

2.4.9 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, apoiada na portaria nº 793 de 24 de Abril de 2012, busca qualificar a atenção à saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é o CER (Centro Especializado em Reabilitação) instituído pela portaria nº 1.303, de 28 de Junho de 2013. O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistida, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território.

Inicialmente o CER estava habilitado junto a APAE no município de Blumenau, conforme a portaria nº 1.041 de 06 de outubro de 2015 sendo que, em abril/2016 a APAE apresentou documento informando a desistência do serviço. Assim, buscou-se a Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB, a qual aceitou a transferência da habilitação. A portaria de nº 1.876, de 6 de Dezembro de 2016, habilita Centro Especializado em Reabilitação (CER) FURB Blumenau como CER II: Modalidade Física e Intelectual.



O CER II presta apoio aos municípios da região, incluindo Timbó. Os casos dos pacientes encaminhados devem ter um maior nível de complexidade, de maneira que os serviços ofertados pelo município de Timbó já não consigam atender às necessidades desses.

O município de Timbó possui 11 vagas para atendimento na Modalidade Física e 11 vagas na Modalidade Intelectual. Os pacientes são encaminhados para o CER II através do Sistema de Regulação/ Tratamento Fora do Domicílio.

Outros atendimentos aos deficientes físicos/intelectuais também são prestados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Timbó, após avaliação da instituição.

A Lei nº. 10.098, de 19 de dezembro de 2000 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. Por isso, a Secretaria de Saúde de Timbó está comprometida a melhorar seus espaços de maneira a facilitar a condição de alcance para utilização com segurança e autonomia das pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida.

2.4.10 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos complexos que têm em comum uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano. A OMS também as denomina de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (WHO, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023". A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das PICS e orienta que estados, distrito federal e municípios instituem suas próprias normativas trazendo para o Sistema Único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem como objetivos:

1. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;



3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e;
4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Entre suas diretrizes, destacam-se:

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS;
2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais do SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente;
3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional;
4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
5. Fortalecimento da participação social;
6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária;
7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações;
8. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão;
10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;
11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

No Brasil, as técnicas de Acupuntura/Medicina Tradicional e Complementar, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Homeopatia e Termalismo/Crenoterapia foram aprovadas para serem utilizadas no SUS em 2006 pela portaria ministerial nº 971 que deu origem à PNPIC (BRASIL, 2006). Atualmente, outras técnicas foram inseridas no SUS pela portaria de nº 849, de 27 de Março de 2017 onde se incluiu as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação,



Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

A partir da Resolução nº. 06 de 27 de setembro de 2017 em seu artigo 1º ficou estabelecido a inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde de Timbó, em consonância com as diretrizes da PNPIC na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltado ao cuidador continuado, humanizado e integral em saúde.

Atualmente, a SMS de Timbó possui dois profissionais cadastrados para atuar com as PICS no município.

2.5 GESTÃO EM SAÚDE

2.5.1 Informatização

Em 2009 demos início a informatização que continua sendo ampliada e aperfeiçoada, com isso obtivemos ótimos resultados na gestão e atendimento em saúde. Podemos citar a ascensão da cultura organizacional como a maior vantagem da implantação de um sistema integrado. Pois para efetivar a implantação do sistema foi compulsória a constante revisão dos fluxos e processos administrativos que até então eram manuais.

Dentre os principais processos que foram automatizados, reduzindo amplamente os esforços de execução e custos (insumos e recursos operacionais), citamos:

- **Digitação da produção:** com a implantação de consultórios informatizados, a produção é registrada no momento do atendimento;
- **Controle e avaliação:** disponibilização de dados a serem analisados e propriamente trabalhados para controle e ciência da real situação em que nos encontramos;
- **Faturamento de Prestadores:** todo controle financeiro se dá no sistema, a partir da autorização integrada de procedimentos;
- **Encaminhamentos para especialidades:** Agendamento imediato e integrado, Regulação de Lista de espera, prioridades, controle de absenteísmo, etc;
- **Autorização de procedimentos:** exames do Centro de Imagens que exigem agendamento e entrada em lista de espera são controlados no sistema;
 - **Controle PPI:** controle dos recursos pactuados com municípios vizinhos (consultas, procedimentos de raios-x, ultrassom e exames);
- **Frotas:** controle dos agendamentos de viagens de toda secretaria, contabilizando a quilometragem, produção BPA das viagens realizadas (exportação), produção por motorista, cronologia e programação de manutenção da frota;

- Controle de ordens de serviços: manutenção predial de toda estrutura da Secretaria é controlada e avaliada;

- Controle de estoque: toda movimentação de material expediente, instrumentos e insumos em geral da Secretaria passa pelo sistema para a devida gestão. Facilitando a logística das atividades paralelas (entregas, recebimento, etc) e a visualização de estatísticas de consumo por setor para fins de rateio e “Plano de Custos” e compras;

- Dispensação de medicamentos: toda dispensação de medicamento adquirido pela Secretaria é registrada. Bem como o fluxo logístico interno de estoque/entrega/recebimento dos mesmos nas Unidades de Saúde;

Além de incluir o sistema na rotina de trabalho dos servidores, reestruturaram-se boa parte dos setores, dando uma nova visão e perfil de operação, e, muitas vezes originaram-se novos setores a partir da aplicação dos conceitos atrelados ao software:

- CENTRUS – Central de Relacionamento com o Usuário SUS;
- AVT – Administração de Veículos e Transporte;
- CQC - Controle de Qualidade de Cadastro;
- SSG – Solicitação de Serviços Gerais;

Além dos processos supracitados, houve também melhoras substanciais no quesito físico-estrutural:

- Em 2017 contamos com mais de duzentos computadores e setenta impressoras.
- Hoje temos conectividade das nossas Unidades de Saúde. Hoje se encontram todas as unidades com conexão via fibra óptica, todas na mesma rede (Intranet) que conta com alta velocidade de acesso devidamente controlada e balanceada nos servidores centralizados no setor de T.I. da Prefeitura;

- Laudos: exames de imagens (ultrassom, eletrocardiograma, rx´s e dermatoscópio) são transmitidos eletronicamente para receberem o devido laudo por parte do prestador de serviço em outro local.

2.5.2 Controle social

A Lei 8.142/1990 estabelece que o conselho municipal de saúde, tem caráter permanente, é um órgão colegiado que é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Assim como aprovar projetos, programas, a serem implementados pela secretaria de saúde.

Vamos entender esse conceito, dividindo-o em partes:

“CARÁTER PERMANENTE” – O conselho de saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. É necessária outra lei federal para que ele possa ser extinto.

“CARÁTER DELIBERATIVO” – Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Assim, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão.

“ÓRGÃO COLEGIADO” – Um órgão colegiado é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. Os conselhos de saúde são compostos por:

- representantes dos gestores (do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal).
- representantes dos prestadores de serviço (instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas);
- representantes dos trabalhadores de saúde (sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde);
- representantes dos usuários de saúde (associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias etc.). O usuário é aquele que não está comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado através da Lei nº 1538 de 11/08/1993. O Decreto nº 3956, de 21/02/1996 Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. A Portaria nº 436 de 21/06/2013 designa membros para compor o Conselho Municipal de Saúde, que estão distribuídos da seguinte forma: Representantes do poder Executivo Municipal; 02 (dois) Titulares e 02 (dois) Suplentes; Representantes dos Prestadores de Serviço em Saúde; 02 (dois) Titulares e 02 (dois) Suplentes; Representantes dos Profissionais de Saúde; 04 (quatro) Titulares e 04 (quatro) Suplentes; Representantes dos Usuários do Sistema Único de Saúde; 08 (oito) Titulares e 08 (oito) Suplentes.

A atual composição do Conselho Municipal de Saúde iniciou mandato em 27/09/2017, conforme Ata da Reunião de agosto de 2017 do Conselho Municipal de Saúde.

Ilustração: Situação dos Conselhos Locais de Saúde por Unidade de Saúde, Novembro 2017.

Unidade de saúde com o Conselho Local	Ativo	Não ativo	Em implantação
ESF Araonguinhas	x		
ESF Estados	x		
ESF Pe. Martinho	x		



Stein			
ESF Imigrantes	x		
ESF Quintino		x	
ESF Vila Germer	x		
ESF Pomeranos	x		
ESF Nações	x		
ESF Capitais	x		
ESF Tiroleses	x		

Quadro X: Conselhos Locais de Saúde por Unidade de Saúde. Fonte: Coordenação AB.

2.5.3 Planejamento

O planejamento em saúde é um processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. É um instrumento de racionalização das ações no setor da saúde, realizada por atores sociais, orientadas por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde (Tancredi, 2002).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da programação Anual de Saúde, devendo indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde. A equipe técnica deverá orientar a elaboração do RAG apoiando as áreas técnicas na apuração dos resultados, a partir das ações e metas estabelecidas na PAS (Oficina para construção do RAG, 2010).

Para ter bons serviços prestados nas unidades de saúde, para ter atendimento hospitalar de qualidade e para receber ações de prevenção a doenças, temos que participar do controle social na saúde através dos conselhos de saúde.

O município utiliza os instrumentos de planejamento conforme a Portaria Ministerial nº3332, de 28 de dezembro de 2006. Esse Plano Municipal de Saúde tem vigência 2014 – 2017 e tem seu detalhamento e acompanhamento pelas Programações Anuais de Saúde (PAS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Relatório quadrimestral de prestação de contas conforme resolução Nº 459, de 10 de outubro de 2012.

São utilizados também os demais instrumentos de planejamento como o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que são leis de iniciativa do Poder Executivo.

2.5.4 Financiamento

Conforme o Ministério da Saúde (2011, p.76) os recursos federais para o custeio do SUS estão organizados e são transferidos em seis blocos de financiamento quais sejam:

1. Atenção Básica;
2. Atenção de Média e Alta Complexidade;



3. Vigilância em Saúde;
4. Assistência Farmacêutica;
5. Gestão do SUS;
6. Investimentos na Rede de Serviços.

Os recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde e Fundo Estadual de Saúde ocorrem para o Fundo Municipal de Saúde.

3 TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO

FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS/AÇÕES E METAS:

3.1 Atenção Básica

3.1.1 Objetivos e Diretrizes

a) Consolidar a atenção básica no município, garantindo a cobertura de toda a população timboense. Promover a proteção da saúde e prevenção de agravos através do diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvendo práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, visando os princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilidade, humanização, equidade e participação social. Qualificar a cobertura da saúde bucal da população.

Ação	Meta	Orçamento	Período
Construção de nova unidade de saúde Vila Germer	Adequar e implantar equipes de estratégia de saúde da família e de atenção básica com o número máximo de pessoas estabelecido pelo Ministério da Saúde para manter a cobertura de 100% da população.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Contratação de profissionais para compor a equipe mínima das equipes.	Adequar o numero de profissionais à realidade de cada local.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a	2018-2021



		implantação e demanda definida	
Adequar as atividades dos ACS a nova Portaria.	Manter o cadastramento e acompanhamento dos usuários e suas famílias de acordo com a nova Portaria.		2018-2021
Melhorar as instalações físicas das unidades de saúde	Reformar e/ou ampliar as 10 unidades de saúde		2018-2021
Consolidar e qualificar o atendimento das equipes de saúde bucal	Adquirir móveis e utensílios necessários aos consultórios odontológicos; Contratar profissionais para compor as equipes	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Aprimorar atividades educativas/atendimento com grupos de diabéticos, de insulino dependentes e hipertensos	Planejar ações de maneira conjunta entre ESF e NASF; Elaborar Projeto Terapêutico Singular com ênfase no Auto Cuidado Apoiado Realizar Apoio Matricial, Projeto de Saúde no território; Elaborar protocolos e fluxos de atendimento	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Aprimorar atividades educativas/atendimento com grupos a gestantes/puérperas	Planejar ações de maneira conjunta entre ESF e NASF; Elaborar Projeto Terapêutico Singular; Realizar Apoio Matricial, Projeto de Saúde no território; Elaborar protocolos e fluxos de atendimento Aumentar a adesão à amamentação exclusiva até o	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021



	<p>sexto mês; Reforçar os grupos de educação para casais grávidos, com ênfase a participação do pai e familiares no território e a nível central ampliando o acesso.</p>		
<p>Aprimorar atividades educativas/atendimento com grupos a saúde da mulher</p>	<p>Planejar ações de maneira conjunta entre ESF e NASF; Elaborar Projeto Terapêutico Singular com ênfase no auto cuidado apoiado Realizar Apoio Matricial, Projeto de Saúde no território; Consolidar protocolos e fluxos; Aumentar cobertura de mamografias e preventivos; Manter as equipes atualizadas quanto às notificações/fluxo de atendimento à vítima de violência Implantar e manter grupos de climatério e saúde sexual e reprodutiva. Manutenção do serviço prestado pela Rede feminina de combate ao câncer (RFCCO)</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018-2021</p>
<p>Aprimorar atividades educativas/atendimento com grupos a saúde do homem</p>	<p>Planejar ações de maneira conjunta entre ESF e NASF; Elaborar Projeto Terapêutico Singular; Realizar Apoio Matricial, Projeto de Saúde no território; Reforçar o Pré natal masculino Elaborar os protocolos e fluxos; Manter as equipes atualizadas quanto às</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018-2021</p>



	notificações/fluxo de atendimento a vítima de violência.		
Aprimorar atividades educativas/atendimento com grupos a saúde da criança	Planejar ações de maneira conjunta entre ESF e NASF; Elaborar Projeto Terapêutico Singular; Realizar Apoio Matricial, Projeto de Saúde no território; Elaborar dos protocolos e fluxos de puericultura; Manter as equipes atualizadas quanto às notificações/fluxo de atendimento a vítima de violência. Garantir a efetividade da rede de apoio a puerpera e lactante. Reforçar a rede amamenta e alimenta Brasil Elaborar uma pesquisa de índices de aleitamento materno.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Aprimorar atividades educativas/atendimento com grupos a saúde do idoso	Elaborar protocolos e fluxos; Manter as equipes atualizadas quanto às notificações/fluxo de atendimento a vítima de violência. Manter Capacitações a cuidadores de idosos em Timbó. Capacitar as Equipes de Saúde da Família (ESF) para as ações de Saúde com o idoso. Implantar grupos de sexualidade/ climaterio	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Aprimorar o atendimento ao planejamento familiar	Consolidar o fluxo de planejamento familiar e envolver o Núcleo de Educação Permanente e	Recursos orçamentários	2018-2021



	<p>Humanização. Manter os Grupos de Educação em Planejamento Familiar com acesso ampliado. Implantar a anticoncepção por DIU no puerpério imediato (Hospitalar) Realizar estatística de famílias atendidas</p>	<p>somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	
<p>Ampliar as ações coletivas de escovação dental supervisionada e monitor os indicadores de escovação supervisionada</p>	<p>Adequar o registro dos procedimentos e acompanhamento; Garantir acesso e monitorar as famílias cadastradas no programa bolsa família e as gestantes.</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018-2021</p>
<p>Expandir o Programa Saúde na Escola (PSE) a todas as equipes de saúde da família (ESF's)</p>	<p>Aderir 100% das ESF's ao PSE e cobrir todas as crianças de 0 a 15 anos; Abordar o tema sexualidade junto às unidades escolares municipais e estaduais do município;</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018-2021</p>
<p>Aperfeiçoar a implantação do E-SUS</p>	<p>Capacitar todos os profissionais das ESF's para utilização do sistema; Monitorar os registros (qualidade) e indicadores; Supervisionar a utilização o consultório informatizado em todas as ESF's.</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018-2021</p>

3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

3.2.1 Objetivos e diretrizes

- a) Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde no município, com participação efetiva do controle social.

Ação	Meta	Orçamento	Período
Instigar a participação dos diversos atores de diferentes níveis de atenção à saúde no encontro mensal do NEPSHU	Participação efetiva de atores dos diversos níveis de atenção: primária, secundária, terciária no NEPSHU	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Promover capacitação sobre diagnóstico e tratamento das principais doenças e especialidades, a fim de diminuir encaminhamentos desnecessários	Capacitar médicos e enfermeiros da AB para trabalharem de acordo com as novas regras de regulação.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Promover ações que garantam a interação de diferentes agentes/atores refletindo seus processos de trabalho	Promover pelo menos 10 ações por ano em que envolva a participação de diversos setores e níveis de atenção.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Estimular a corresponsabilização entre os	Ter gestores, trabalhadores, usuários, alunos,	Recursos	2018- 2021

trabalhadores, gestores, ensino e usuários na qualificação dos serviços	estagiários, preceptores manifestando senso de responsabilidade sobre o cuidado em saúde	orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	
Promover capacitação sobre a função e a importância do controle social no SUS	Conselheiros de saúde, trabalhadores e gestores da saúde instruídos sobre a importância e função da participação social no SUS.	4.000,00	2018- 2021
Apoiar o planejamento e realização de ações de educação em saúde em todos os níveis de atenção	Fomentar o planejamento e realização de educação em saúde em todos os níveis de atenção, de acordo com as necessidades reais de saúde, como: Planejar ações de maneira conjunta entre ESF e NASF; Elaborar Projeto Terapêutico Singular; Realizar Apoio Matricial; Elaborar protocolos e fluxos de atendimento.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021

b) Planejar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação na saúde e humanização implementadas no município

Ação	Meta	Orçamento	Período
Planejar, monitorar e avaliar as ações de Educação Permanente no NEPSHU, mensalmente e/ou quando for necessário.	Utilizar o espaço do NEPSHU para planejar, monitorar, avaliar as ações de educação permanente, no mínimo mensalmente, ou quando for necessário.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021

Planejar e realizar as ações de EPS de acordo com as necessidades reais do município.	Utilizar o espaço do NEPSHU para planejar as ações de EPS em conformidade com a realidade, a fim de transformar o processo de trabalho dos profissionais e melhorar as condições de saúde da população.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
---	---	---	-------------

c) Otimizar os recursos financeiros destinados às ações de Educação Permanente

Ação	Meta	Orçamento	Período
Incentivar a participação dos gestores no NEPSHU	Ter participação efetiva dos gestores no NEPSHU e tê-los sensibilizado para a importância das ações de educação permanente	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Manter diálogo próximo com os gestores sobre os recursos do co-financiamento	Manter diálogo aberto sobre os recursos destinados às ações de educação permanente, a fim de garantir recurso apropriado para as necessidades.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021

d) Contribuir com o aumento da resolubilidade das necessidades dos usuários, através do fortalecimento da atenção em PICS

Ação	Meta	Orçamento	Período
Planejar e realizar ações em PICS.	Planejar e realizar ações em PICS nos diversos níveis de atenção, com foco na Atenção Básica	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Estimular o interesse e facilitar o processo de instrumentalização de profissionais de saúde quanto às PICS	Ter mais profissionais de saúde habilitados a realizar PICS	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Ampliar a oferta de práticas integrativas e complementares.	Reconhecer potencialidades dentre os profissionais de saúde da Rede para trabalhar com as PICS	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021

3.3 SAÚDE MENTAL

3.3.1 Objetivos e diretrizes

a) Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial

Ação	Meta	Orçamento	Período
Entender a saúde mental enquanto saúde, objeto de trabalho dos diversos atores que compõem a rede de cuidados, não se restringindo ao atendimento individual realizado pelo profissional Psicólogo que atua junto à ESF; ao Médico Psiquiatra ou aos profissionais da equipe CAPS. (Qualificação da atenção à Saúde Mental – Expansão e efetivação na Atenção Básica)	Educação permanente em saúde mental para os diversos atores de toda a rede de cuidados; Participação dos profissionais Psicólogos que atuam junto à ESF nas reuniões de equipe e Conselho Local de Saúde; Manter grupo de Estudos em Saúde Mental Realizar Apoio Matricial.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021
Entender a saúde mental enquanto saúde, objeto de trabalho dos diversos atores que compõem a rede de cuidados, não se restringindo ao atendimento individual realizado pelo profissional Psicólogo que atua junto à ESF; ao Médico Psiquiatra ou aos profissionais da equipe CAPS. (Qualificação da atenção à Saúde Mental – Expansão e efetivação na Atenção Básica)	Educação permanente em saúde mental para os diversos atores de toda a rede de cuidados; Participação dos profissionais Psicólogos que atuam junto à ESF nas reuniões de equipe e Conselho Local de Saúde; Realizar grupo de Estudos; Realizar Apoio Matricial.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021
Efetivar uma política de saúde que envolva os diversos pontos de cuidado da rede.	Articulação Intersetorial (Conselho Municipal de Saúde, Conselho de segurança pública, Hospital OASE); Criar comissões intersetoriais para realização de atividades voltadas à Redução de Danos, Saúde na Escola, Promoção da cultura da paz, Dia mundial da	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021



	saúde.		
Construir uma unidade para o CAPS	Construir uma unidade adequada, fora de área alagável	800.000,00	2018- 2021
Construir uma unidade de CAPS Álcool e Drogas	Construir uma unidade adequada, fora da área alagável.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021
Contratação de profissionais para o CAPS	Adequar a equipe do CAPS Contratar profissionais para o CAPS AD	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021
Ampliação do quadro de psicólogos	Contratar profissionais psicólogos para adequação ao novo número de unidades implantado.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021
Disponibilizar um veículo	Atender a demanda atual, objetivando a efetividade nas visitas domiciliares, busca ativa, contato com Instituição.	Recursos orçamentários somente poderão	2018- 2021



		ser definidos com a implantação e demanda definida	
--	--	--	--

3.4 SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

3.4.1 Objetivo e diretrizes

a) Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do serviço ambulatorial de fisioterapia da Policlínica de Referência

Ação	Meta	Orçamento	Período
Ampliar a gama de patologias atendidas no ambulatório de fisioterapia	Atender outras demandas de ortopedia, além das já atendidas, como: luxação, deformidades congênitas, entorses.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018- 2021
Adquirir outros equipamentos de fisioterapia necessários ao serviço	Adquirir uma cama elástica pequena, um balancim, uma bola suíça, um suporte	R\$ 2000,00	2018-2021

	para bola suíça, kit 3 pares de halteres 1Kg a 3Kg, Bosu(+ bomba de inflar + elásticos extensores)		
Ampliar a estrutura física do ambulatório de fisioterapia	Dobrar o tamanho da estrutura física atual	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Ampliar os horários de atendimento	Expandir horário de atendimento, condizente com o horário de atendimento da Policlínica de Referência	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Contratar mais1 (um) fisioterapeuta para o Ambulatório de Fisioterapia da Policlínica	Aumentar o número de atendimentos realizados no Ambulatório	3.218,61 R\$	2018- 2021

3.5 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3.5.1 Objetivo e diretrizes

a) Fortalecer a Gestão da Vigilância Sanitária

Ação	Meta	Orçamento	Período
<p>Consolidar os serviços de vigilância sanitária existente visando promover, fortalecer as importantes áreas norteadoras e prioritárias para saúde pública, organizados através das áreas/programas: Saúde do Trabalhador, Farmacovigilância, Vigigagua, Vigidesastres, Vigipeq, Pharos, Notivisa.</p>	<p>Avançar na estruturação destas áreas/programas para atender 100% da demanda.</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018 -2021</p>
<p>Fortalecer a área de saúde do trabalhador, desenvolvendo as atividades que visam à redução do adoecimento e dos acidentes nas diversas frentes de trabalho.</p>	<p>Avançar na estruturação da área de saúde do trabalhador para atender 100% da demanda.</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018-2021</p>
<p>Fomentar ações que visam realizar articulações com diversos setores no sentido de qualificar as ações de vigilância sanitária para a população.</p>	<p>Promover o fortalecimento das ações que visem à promoção da intersetorialidade.</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018 – 2021</p>
<p>Elaborar e divulgar materiais educativos com o objetivo de priorizar as ações educativas junto aos setores e a comunidade em geral.</p>	<p>Confeccionar os materiais educativos necessários</p>	<p>15.000,00</p>	<p>2018-2021</p>

Manter soberania e constante atualização do código sanitário municipal da Vigilância Sanitária conforme novas legislações vigentes	Promover o fortalecimento das ações que visem à promoção do Código Sanitário Municipal	Sem custo definido	2018-2021
Realizar/ disponibilizar capacitação, cursos, treinamento, seminário, conferência para os servidores das diversas áreas da secretaria de saúde, realizar o pagamento de estadias, alimentação e coffee break para os servidores que participarão desses eventos dentro e fora do município.	Garantir e efetivar a aplicação dos recursos para aperfeiçoamento técnico dos funcionários da saúde do município	12.000,00	2018 – 2021
Ampliar o quadro de recursos humanos com o objetivo de atender as diretrizes do ESTADO, conforme estabelece o manual de detalhamento das ações de Vigilância Sanitária.	Ampliar este quadro para 09 funcionários	350.000,00	2018 – 2021
Locar/ adquirir veículo para atender a demanda atual, objetivando a diminuição no prazo de atendimento nos serviços prestados pela vigilância sanitária.	Locar/ adquirir 01 veículo	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021



Padronizar o atendimento as denúncias e reclamações das diversas situações junto à comunidade em geral	Cumprir 100% da demanda existente	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Investir no crescimento da informatização dos serviços de saúde.	Avançar na estruturação da informatização para atender 100% da demanda.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Adequação do Espaço físico da Vigilância junto a Policlínica	Avançar na estruturação destas áreas/programas para atender 100% da demanda.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Manter o serviço de sobreaviso 24 horas	Avançar na fiscalização para manter o atendimento 24 horas	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Manter convênio com organizações não governamentais (ONG) para controle populacional de cães e gatos	Castrar cães e gatos para evitar crescimento populacional.	R\$ 130.000,00	2018-2021



b)Otimizar e intensificar as atividades do programa de combate à dengue

Ação	Meta	Orçamento	Período
Intensificar as ações de controle da dengue.	Orientar 100% dos agentes comunitário de saúde, Realizar palestras em todas as escolas.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Ampliar o quadro de Recursos Humanos	Atender a demanda e as diretrizes estabelecidas pelo Programa de combate a dengue(PCD).	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018-2021
Intensificar as ações que visam formar os recursos humanos – Educação Permanente.	Dar continuidade as ações de educação visando qualificar o serviço	5.000,00	2018-2021
Adquirir equipamentos de informática (computador e impressora) e celular	Qualificar os serviços	4.500,00	2018-2021

3.6 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

3.6.1 Objetivos e diretrizes

a) Melhorar a estrutura física e funcional da Vigilância Epidemiológica e do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Timbó para assegurar a qualidade no atendimento ao usuário do SUS e o bem da coletividade.

Ação	Meta	Orçamento	Período
Ampliação do espaço físico para atendimento da Vigilância Epidemiológica	Ampliar a estrutura física da Vigilância Epidemiológica.		2018-2021
Aumento do quadro de funcionários que atuam na Vigilância Epidemiológica.	Contratar Médico Veterinário para Vigilância Epidemiológica e efetivação do Técnico de Enfermagem.		2018-2021
Adequação no armazenamento das vacinas, em nível central e nas Unidades de Saúde.	Adquirir gerador de energia e geladeira para a Rede de Frio. Ar condicionado e geladeiras específicas para armazenamento de vacinas nas 10 Unidades de Saúde.		2018-2021
Qualificação dos funcionários da Vigilância Epidemiológica.	Garantir a participação dos técnicos da Vigilância em reuniões, capacitações, seminários e congressos.		2018-2021

Realização de Campanha para orientação a população	Garantir matérias de informação: folder, cartazes, outdoor,		2018-2021
Adquirir ou locar veículo para garantir o atendimento as visitas domiciliares e transporte de vacinas	Compra ou locação de um veículo		2018-2021
Ampliação do espaço físico para atendimento do SAE.	Ampliação da estrutura física do SAE com uma sala para Unidade Dispensadora de Medicamentos.		2018-2021
Aumento do quadro de funcionários que atuam no SAE.	Efetivação de médico infectologista,técnico de enfermagem, psicólogo.		2018-2021
Qualificação dos funcionários do SAE.	Garantir a participação dos técnicos da Vigilância em reuniões, capacitações, seminários e congressos.		2018-2021

3.7 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

3.7.1 Objetivos e diretrizes

a) Aprimoramento da Política de Assistência Farmacêutica

Ação	Meta	Orçamento	Período
Garantir a revisão anual dos medicamentos Padronizados	Reuniões semestrais da Comissão de reavaliação da REMUME	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 – 2021

<p>Criar mecanismos de comunicação com as equipes multidisciplinares</p>	<p>Disponibilização no site da Prefeitura Municipal a lista de medicamentos padronizados; Atualizar anualmente a lista de medicamentos padronizados; Realizar mais encontros com as equipes do CAPS e SAMU;</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018 – 2021</p>
<p>Aquisição de móveis e equipamentos.</p>	<p>Adequar as farmácias básicas (central e unidades) conforme portarias de orientação do Ministério da Saúde.</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018 – 2021</p>
<p>Articular a participação dos profissionais da Farmácia, juntamente com o farmacêutico do NASF, no planejamento das atividades da atenção básica</p>	<p>Participar ativamente dos grupos: Tabagismo, Programa de Saúde na Escola, Programa Saúde toda Hora, Hiperdia, no quesito atenção domiciliar de pacientes idosos, na dispensação e dos cuidados nos serviços farmacêuticos.</p>	<p>Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida</p>	<p>2018 – 2021</p>

3.8 SERVIÇO SOCIAL EM SAUDE

3.8.1 Objetivos e diretrizes

a) Implementar as ações relacionadas a assistência social

Ação	Meta	Orçamento	Período
------	------	-----------	---------



Acompanhar pacientes que recebem benefícios eventuais (fralda Geriátrica, medicamentos)	Acompanhar mensalmente as famílias que recebem benefícios.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Adequar o atendimento aos usuários que necessitem de medicamentos fora da Relação de do SUS.	Atendimento feito pela equipe da farmácia básica, com suporte do serviço social, quando necessário relatório dos técnicos.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Realização de grupos de orientação juntamente com as unidades de saúde, sobre planejamento familiar entre outras demandas, inerentes a cada realidade.	Articular junto aos profissionais da atenção básica, e nos grupo de orientação nas unidades de saúde. Manter grupos de Planejamento familiar em horário e local acessível	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Realizar rodas de conversa na sala de espera das unidades de saúde, abordando a importância do controle social e da participação da comunidade nos conselhos locais de saúde e conselho municipal.	Realizar juntamente com as equipes as rodas de conversa nas unidades de saúde.	Recursos orçamentários somente poderão ser definidos com a implantação e demanda definida	2018 - 2021
Aproveitar a demanda da Policlínica de Referência, durante a espera dos pacientes por consultas e para retirada de medicação para	Planejar junto com os profissionais dos demais setores, a atividade proposta, a fim de esclarecer dúvidas da população.	Recursos orçamentários somente poderão	2018-2021



realizar rodas de conversa, sobre SUS, medicamentos e funcionamento da Policlínica.		ser definidos com a implantação e demanda definida	
---	--	--	--



Prefeitura de Timbó

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIMBÓ

Lei Municipal nº 2.276 de 19/10/2005 que altera dispositivo da Lei nº 1.538, de 11/08/1993.
Decreto nº 3.956 de 21/02/1996 e
Portaria nº 441, 01/ 09/ 2017

RESOLUÇÃO Nº 10, DE 13 DEZEMBRO 2017.

DISPÕE SOBRE AS CONCLUSÕES ACERCA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO ÓRGÃO EXECUTOR DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TIMBÓ, SC.

CONSIDERANDO:

- O art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;
- A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

RESOLVE:

Art. 1º O Conselho Municipal de Saúde de Timbó, em reunião ordinária realizada em 13 de Dezembro de 2017 resolve **aprovar** o Plano Municipal de Saúde ano de 2018 a 2021 depois de ter sido apresentado, apreciado e discutido com todos os conselheiros presentes na reunião.


Atenciosamente,

Moacir Neitzel
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

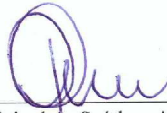


5. HOMOLOGAÇÃO DO PREFEITO MUNICIPAL E DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Fica homologado o Plano Municipal de Saúde, gestão 2017- 2020, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme ata da reunião que aconteceu em 13 de dezembro de 2017 e homologado pelo Prefeito Municipal e pela Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social.



Prefeito Municipal de Timbó
Jorge Augusto Kruger



Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social
Deise Adriana Nicholletti Mendes