

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

**** LUÍS ALVES ****



Período 2014 - 2017

Elaboração e informações:

Prefeitura Municipal de Luís Alves

Secretaria Municipal de Saúde

Tel.: (47) 3377.8670

E-mail: saude@luisalves.sc.gov.br

Homepage: <http://luisalves.sc.gov.br/>

Prefeito: Viland Bork

Vice-Prefeito: Milton Goedert

Secretária Municipal de Saúde: Edite Scola

Equipe de Elaboração do Plano Municipal de Saúde:

Narjara dos Santos

Rosicleide Mittelman Alves

Colaboração:

Edite Scola

Paulo Clidenor Lima Soares

Juliana Rodrigues Wust

Roseleti Martendal

Fabíola Schimidt da Silva

Julieta Cristina Fernandes

Aline da Silva de Andrade

Kátia Regina Ganz

Karin Aparecida Baptista Lanza

Felipe Ângelo Paolin

Baldur Harbs

Elaine Schweitzer

Célio Junkes

Israel da Costa

Adriana da Silva

Túlio da Silva

Silene Luciani Reichert

Valmir José da Cunha

Missão

Garantir a perspectiva da promoção da saúde, bem como atenção integral à saúde da população, baseado nos princípios da humanização, acessibilidade, resolutividade, acolhimento e cidadania.

Sumário

1. INTRODUÇÃO 10

1.1 Planejamento da Saúde 11

1.2 Identificação do Município 12

2. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO MUNICÍPIO 16

2.1 Densidade demográfica 19

2.2 Educação 21

2.3 Renda 24

2.4. Trabalho 26

2.5. População economicamente ativa 27

2.6. Infraestrutura e Habitação 28

3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 29

3.1 Recursos Humanos 32

4. ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SAÚDE DO MUNICÍPIO 33

4.1 Taxa de Natalidade 33

4.2 Mortalidade Infantil e Materna 38

4.3 Mortalidade Geral 40

4.4 Morbidade Hospitalar 42

4.5 Doenças Transmissíveis e de Notificação Compulsória 43

4.6 Imunização 46

**4.7 Índice de Pessoas com Deficiência Visual, Auditiva, Motora e
Mental/Intelectual 52**

5. ANÁLISE EM RELAÇÃO A ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE 53

5.1 Estrutura das Redes de Assistência 53

5.1.1 Unidades Básica de Saúde 53

5.1.2 Ambulatório 58

5.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF 59

5.1.4 Atenção à Saúde Mental 59

- 5.1.5 Saúde Bucal 60**
- 5.1.6 Assistência Fisioterapêutica 60**
- 5.1.7 Assistência Hospitalar 61**
- 5.1.8 Assistência Farmacêutica 61**
- 5.1.9 Referência de Média e Alta Complexidade 61**
- 5.1.10 Programas Desenvolvidos e Sistemas Utilizados 61**
- 5.1.11 Vigilância Sanitária 62**
- 5.1.12 Vigilância Epidemiológica 63**
- 5.1.13 Vigilância Ambiental 64**

6. GESTÃO DE SAÚDE 64

- 6.1 Planejamento 64**
- 6.2 Descentralização/regionalização 65**
- 6.3 Financiamento 66**
- 6.4 Participação Social 67**

7. DIRETRIZES E METAS 68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Origem dos municípios **15**

Figura 2 – Município de Luís Alves – distância das localidades ao centro e à BR 470 e principais vias de acesso **16**

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM **17**
- Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Luiz Alves – SC **17**
- Tabela 3 – Evolução do IDHM - Luís Alves – SC **19**
- Tabela 4 – População Residente por Faixa Etária e Sexo ano base 2010. **20**
- Tabela 5 – Rede de Ensino em Luís Alves **23**
- Tabela 6 – Renda, Pobreza e Desigualdade - Luís Alves - SC **25**
- Tabela 7 – Grupos de Atividade Econômica **26**
- Tabela 8 – Ocupação da população de 18 anos ou mais - Luiz Alves – SC **27**
- Tabela 09 - Indicadores de Habitação - Luiz Alves – SC **28**
- Tabela 10 - Indicadores de saneamento básico - 2010 Luís Alves Santa Catarina **29**
- Tabela 11 – Recursos Humanos **32**
- Tabela 12 – Óbito de Mulheres **38**
- Tabela 13 - Mortalidade Geral. **40**
- Tabela 14 - Óbitos por Neoplasias **41**
- Tabela 15 - Notificações em Luís Alves **43**
- Tabela 16 - Casos de doenças exantemáticas notificados e investigados **45**
- Tabela 17 - Indicadores da Eliminação da Hanseníase **45**
- Tabela 18 - Indicadores do Controle da Tuberculose **46**
- Tabela 19 - Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 1 Ano de Idade no Ano de 2011. **48**
- Tabela 20 - Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 1 Ano de Idade no Ano de 2012. **48**
- Tabela 21 - Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 1 Ano de Idade no Ano de 2013. **48**
- Tabela 22 - Tabela 21. Cobertura Vacinal em Crianças de 1 Ano de Idade no Ano de 2013. **48**
- Tabela 23 - Percentual de Cobertura 1º e 2º Etapa – Campanha contra Poliomielite Ano de 2011. **50**

Tabela 24 - Percentual de Cobertura Etapa Única – Campanha contra Poliomielite
Ano de 2012 e 2013. **50**

Tabela 25 - Percentual de Cobertura Campanha Contra Influenza (GRIPE) em 2011.
50

Tabela 26 - Percentual de Cobertura Campanha Contra Influenza (Gripe) em
2012.**51**

Tabela 27 - Percentual de Cobertura Campanha Contra Influenza (Gripe) em 2013.
51

Tabela 28 - Cobertura Vacinal Contra Hpv 1ª Dose **51**

Tabela 29 - Cobertura Vacinal Contra Hpv 2ª Dose **52**

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Evolução dos Componentes do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal **17**
- Gráfico 2 – População residente por ano **20**
- Gráfico 3 – Pirâmide etária **21**
- Gráfico 4 – Fluxo Escolar escolar por faixa etária **22**
- Gráfico 5 - Escolaridade População Adulta **23**
- Gráfico 6 - Porte das Empresas e Geração de Renda **26**
- Gráfico 7 – Total de Nascimentos por ano **34**
- Gráfico 8 – Local de Nascimento **34**
- Gráfico 9 – Peso ao Nascer **35**
- Gráfico 10 – Idade da Mãe **36**
- Gráfico 11 – Consulta Pré-Natal **36**
- Gráfico 12 – Duração da Gestação **37**
- Gráfico 13 – Tipo de Parto **37**
- Gráfico 14 – Óbito por idade **38**
- Gráfico 15 – Internações por Município e Ano de Atendimento - Luís Alves **42**
- Gráfico 16 – Média de Permanência Hospitalar por Município e Ano – Luís Alves **43**
- Gráfico 17 – População com Deficiência em Luís Alves **53**

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Estabelecida pela Constituição Brasileira de 1988 e por leis que a regulamentam, é um sistema novo e ainda em construção.

O SUS, historicamente, tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida, baseando-se em seus princípios.

Sendo assim norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade; Integralidade; Equidade; Descentralização/Regionalização; Hierarquização; Humanização; Participação Social; Acessibilidade; Resolutividade e; Cidadania.

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de gestão que consolida o processo de planejamento na área da saúde dentro de um município para um período de quatro anos, compondo a base das atividades e da programação municipal da gestão do SUS.

Neste documento constam as intenções políticas, os diagnósticos, as estratégias, e metas, as prioridades estabelecidas para a gestão da saúde e a previsão dos mecanismos necessários para a execução dessas prioridades.

1.1. Planejamento da Saúde

Este Plano Municipal de Saúde é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas e deverá constituir-se em instrumento de trabalho de referência para a gestão da saúde no município de Luís Alves, no período de 2014 a 2017.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento fundamental no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Através do Plano, objetiva-se garantir direção única na esfera do Governo Municipal e na formação da rede regionalizada e hierarquizada da prestação de serviços, concretizando a

descentralização da gestão. Desta forma torna-se ferramenta indispensável para o processo de trabalho.

A Lei 8080/90 estabelece, no seu artigo 15, a necessidade da elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde, definindo no artigo 36 que o PMS deve ser a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, principalmente no que se refere à elaboração da proposta orçamentária.

A Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos, estabelece a formulação do Plano Municipal de Saúde como pré-requisito para a liberação de recursos federais.

A partir deste procuramos reavaliar as ações atualmente desenvolvidas e propor novas medidas. Para tanto, foram consultadas bases de dados que estarão oportunamente aqui expostas e atualizadas, propiciando uma análise crítica da situação atual.

Este Plano consiste em ser um instrumento de constante consulta, devendo estar acessível a todos os seguimentos envolvidos em sua construção e elaboração, em especial ao Conselho Municipal de Saúde, onde estão representados diversos seguimentos.

No presente Plano, encontraremos a identificação e caracterização do Município de Luís Alves, a análise da situação de saúde, os objetivos, as prioridades e estratégias a serem adotadas, desta forma seguindo a lógica do documento nacional.

1.2. Identificação do Município

Luís Alves integra a Microrregião da Foz do Rio Itajaí (AMFRI - Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí), composta de 11 municípios, cujo centro polarizador é Itajaí, foi colonizado em 1877, com o engenheiro Júlio Grohte como administrador da colônia, constituída, a princípio, de 475 lotes. A população era formada, predominantemente, por colonos italianos, alemães e famílias luso-brasileiras.

Em 10 de outubro de 1902, passou a ser “Freguesia”, em 13 de julho de 1903, a “Distrito”, em 31 de março de 1938, a “Vila”. Com a Lei Estadual nº. 348 aconteceu sua emancipação, em 18 de julho de 1958(Luís Alves, 1997).

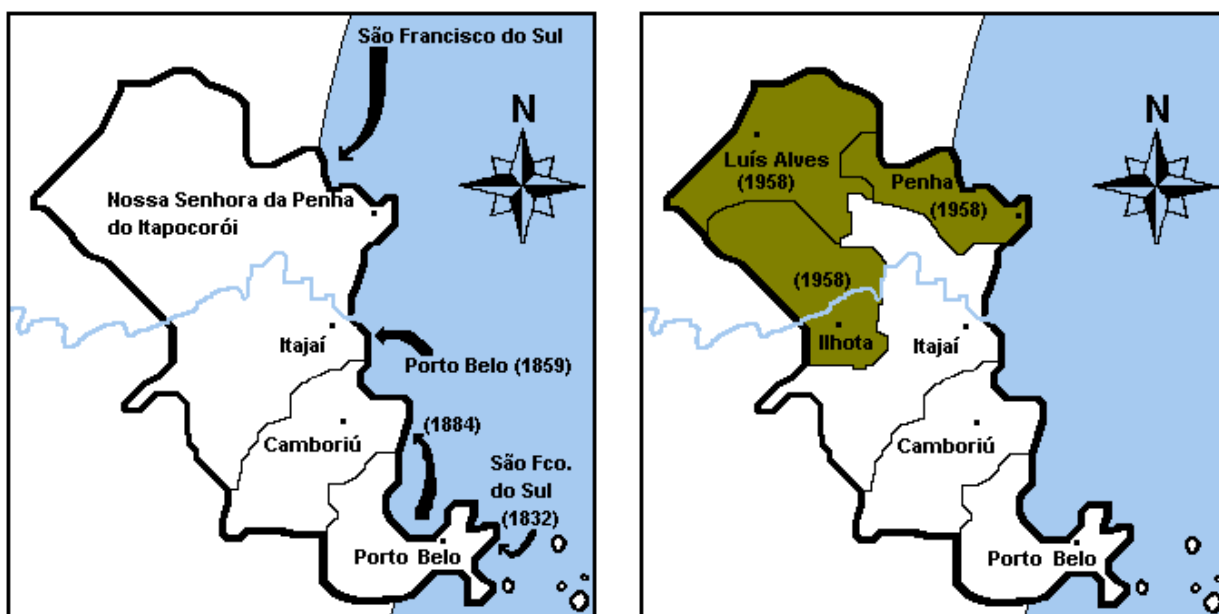
Durante as décadas de 50 a 70, o Município era grande produtor de aguardente. Havia aproximadamente 100 alambiques artesanais, chegando a ser reconhecido como a capital nacional da cachaça pela excelente qualidade e pela quantidade de aguardente produzida. Nos anos 70, os engarrafamentos começaram a introduzir no município a cachaça paulista, pois era mais barata. Isto provocou uma queda significativa na produção artesanal, pois o pequeno produtor não conseguia competir com o preço da paulista. Apenas alguns agricultores continuaram. Além deste fato, a industrialização das cidades vizinhas provocou um acentuado êxodo rural. Sem incentivos e com pouco retorno financeiro, muitos agricultores transformaram-se em operários nas cidades de Blumenau, Jaraguá e Joinville, entre outras.

A partir da década de 80, a economia local baseou-se principalmente no cultivo e comercialização da banana, do arroz, do fumo e de hortaliças. Atualmente o fumo já não é mais cultivado no município.

Mais tarde, de Itajaí emanciparam-se em 1958 os municípios de Penha, Luís Alves e Ilhota, e o município de Navegantes em 1962. Esta situação é apresentada na

Figura 01 – origem dos municípios.

Figura 01 - Origem dos Municípios



Fonte: Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente – SDM

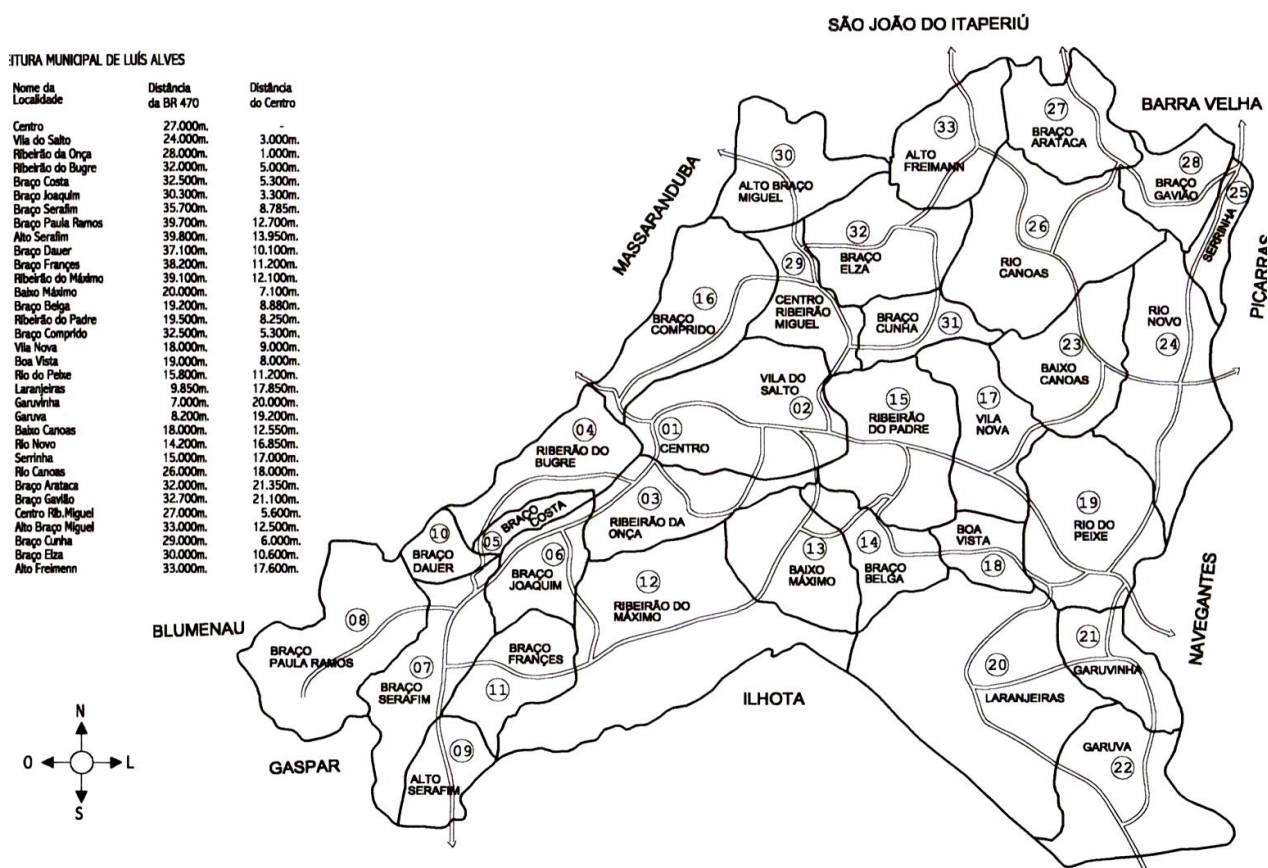
A área territorial do município de Luís Alves é de 260,3 Km². Está situado, como já dissemos, na Região da Foz do Rio Itajaí, latitude de 26° 43'17" S, longitude de 48° 55'58" W de Greenwich, altitude de 70 metros.

Tem como limites territoriais os municípios de Barra Velha e Massaranduba ao norte; Gaspar e Ilhota ao sul; Navegantes e Piçarras a leste; Blumenau, Gaspar e Massaranduba a oeste, conforme podemos ver no mapa 02, em que também são apresentadas as localidades do município de Luís Alves e a distância destas ao centro e à BR 470. Uma originalidade na denominação destas localidades é que são chamadas de “Braço” (Braço Serafim, Braço Miguel etc.), provavelmente originadas em referência às “braças de rios”.

“O relevo é constituído de superfícies planas, onduladas e montanhosas, serras de embasamento cristalino. O solo álico é de baixa fertilidade com altos teores de alumínio trocável e baixos teores de bases trocáveis, de textura argilosa e média/argilosa, em muitos casos com cascalho ou cascalhenta, normalmente argila de atividade baixa, apresentando restrições no manejo da terra.” (Programa Integrado de Desenvolvimento Socioeconômico, 1990, pág. 08)

Luís Alves é banhado pela bacia do Rio Luís Alves, sendo este o principal. É formado pela união dos seus afluentes que vêm do Sudoeste – ribeirões dos Braços Serafim, Francês, Bugre, Braço Costa, Braço Joaquim e Braço Onça – com as águas provenientes do Noroeste, isto é, de Massaranduba e Braço Direito. No Centro do município, a união destes dois afluentes formam o rio Luís Alves. Aproximadamente a 8 km em direção ao sul outras águas passam a integrá-lo, vindas de Ribeirão Máximo e Baixo Máximo, de Braço Belga, ribeirões do Ribeirão do Padre, Rio Canoas e Rio Novo. As águas deste último são o marco natural de divisão territorial entre Luís Alves e Navegantes. Mais adiante o Rio Luís Alves desemboca no Rio Itajaí-Açu, já no município de Ilhota.

Figura 02 - Município de Luís Alves – distância das localidades ao centro e à BR 470 e principais vias de acesso



Segundo o Plano Básico de Desenvolvimento Ecológico-Econômico –PBDEE (93/96, página 270), “este município apresenta declividades favoráveis, que permitem um bom escoamento das águas pluviais. É razoavelmente suficiente a rede hidrográfica natural (rios e riachos), que permitem um rápido escoamento das

águas provenientes de precipitações intensas.” Porém, para evitar possíveis cheias em determinadas regiões, foi ampliado o sistema de drenagem com a instalação de tubulações em pequenos trechos e dentro das disponibilidades da Prefeitura, que também realizou trabalhos de aberturas de rios.



A título de ilustração da hidrografia, na foto abaixo vemos os afluentes provenientes de Massaranduba e do Braço Direito, que formam a Cachoeira do Centro. Ao fundo a Igreja Matriz São Vicente de Paulo.

As vias de acesso também são visualizadas no *mapa 02*. Uma das principais é a Rodovia Leonardo Martendal - SC 413, que liga Luís Alves a Navegantes, com 29 km de acesso asfáltico, terminando na junção com a BR 470. É a principal via de escoamento dos

produtos agrícolas e industrializados. Foto: Site Prefeitura Municipal de Luís Alves

Está projetada para seguir até o município de Massaranduba, com junção da Rodovia Guilherme Jensen. A outra via de maior acesso, com 30 km de extensão, é a Rua Prefeito Wyllibald Van Den Bylaardt, unindo Luís Alves ao município de Gaspar Foto 01: Afluente do rio Luís Alves (Bairro de Belchior) e Blumenau. Além das principais, o município dispõe de inúmeras estradas secundárias que dão acesso aos municípios vizinhos.

2. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO MUNICÍPIO

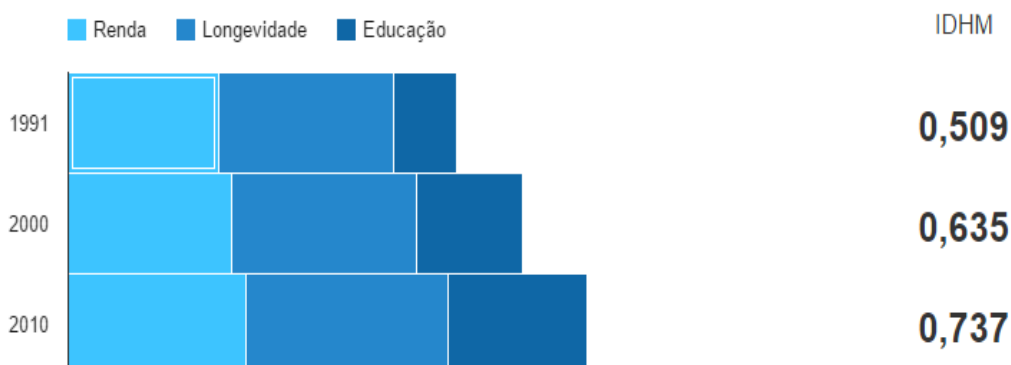
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Luiz Alves é 0,737, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,870, seguida de Renda, com índice de 0,766, e de Educação, com índice de 0,600, como se pode observar na tabela e gráfico abaixo:

Tabela 01 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM

Data	Renda	Longevidade	Educação
1991	0,646	0,753	0,271
2000	0,702	0,795	0,459
2010	0,766	0,870	0,600

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Gráfico 01 - Evolução dos Componentes do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal



Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,329, seguida por Longevidade e por Renda).

Tabela 02. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Luiz Alves – SC

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,271	0,459	0,600
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	21,41	28,78	40,68

% de 5 a 6 anos frequentando a escola	29,10	72,91	93,79
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	45,07	77,73	88,79
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	26,50	50,66	51,27
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	21,40	30,58	57,66
IDHM Longevidade	0,753	0,795	0,870
Esperança de vida ao nascer (em anos)	70,17	72,68	77,17
IDHM Renda	0,646	0,702	0,766
Renda per capita (em R\$)	444,37	632,83	937,32

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,509 em 1991 para 0,635 em 2000 - uma taxa de crescimento de 24,75%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 74,34% entre 1991 e 2000.

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,188), seguida por Renda e por Longevidade.

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,635 em 2000 para 0,737 em 2010 - uma taxa de crescimento de 16,06%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 72,05% entre 2000 e 2010.

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,141), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,509, em 1991, para 0,737, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 44,79% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 53,56% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,329), seguida por Renda e por Longevidade. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.)

Tabela 03 - Evolução do IDHM - Luís Alves – SC

Data	Luís Alves	Município de maior IDHM no Brasil	Município de menor IDHM no Brasil	IDHM Brasil	IDHM Santa Catarina
1991	0,509	0,697	0,120	0,493	0,543
2000	0,635	0,820	0,208	0,612	0,674
2010	0,737	0,862	0,418	0,727	0,774

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Luís Alves ocupa a 850^a posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

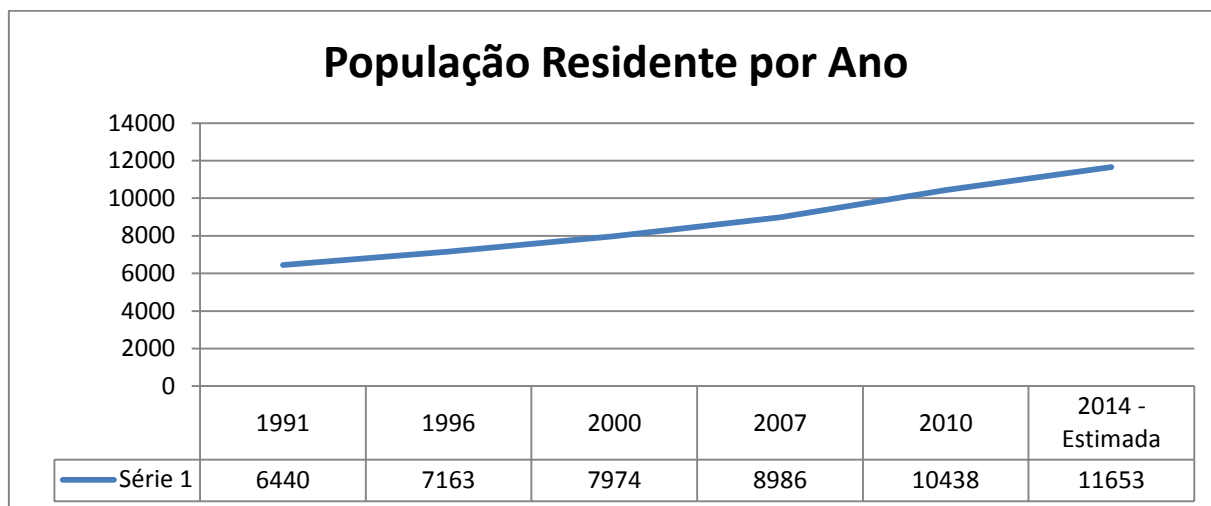
2.1 Densidade Demográfica

Através do estudo demográfico pode-se dimensionar a força de trabalho que movimentará a economia do Município, bem como identificar algumas das necessidades básicas da população.

Conforme o último Censo 2010, a densidade demográfica do município de Luís Alves é de 40,16 hab/km², tomando-se em conta uma taxa de crescimento anual de 3,88%. No período de 2005-2008, a taxa era de 33,3 hab/Km², sendo a taxa de crescimento anual de 2,6%.

O gráfico 02 apresenta a série histórica do crescimento populacional do município entre 1991 e 2014.

Gráfico 02



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas - Caderno de informações de Saúde – Modelo de Informações Gerais

A tabela 04 apresenta a População Residente por Faixa Etária e Sexo ano base 2010.

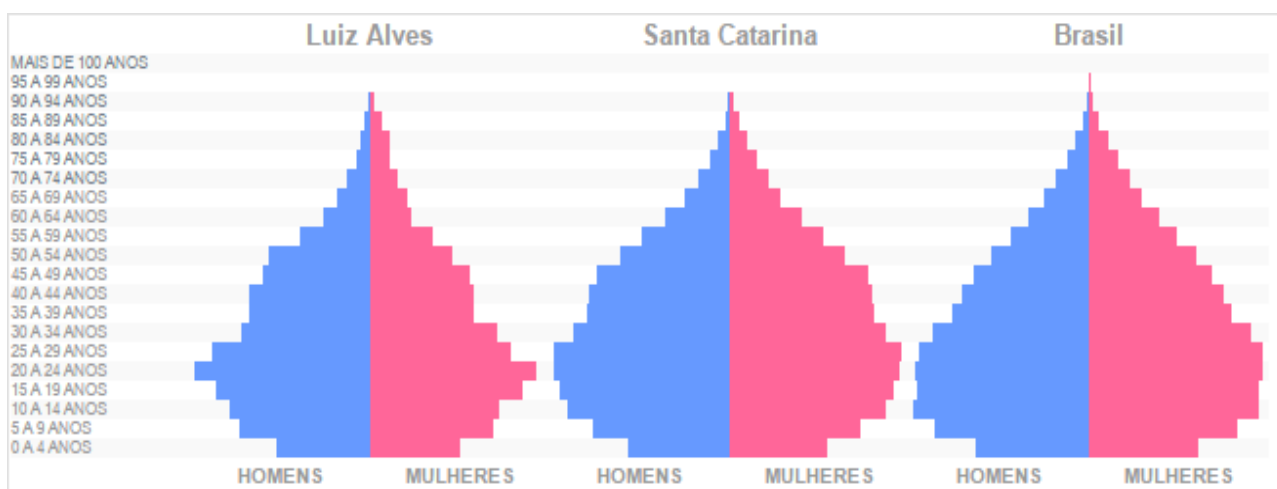
Idade	Luís Alves		Santa Catarina		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	303	291	165.559	158.578	5.638.154	5.444.151
5 a 9 anos	426	400	222.981	213.804	7.623.749	7.344.867
10 a 19 anos	956	905	541.118	523.851	17.283.457	16.872.581
20 a 29 anos	1078	991	573.495	558.646	17.090.438	17.257.677
30 a 39 anos	805	749	490.828	491.409	14.483.815	15.148.276
40 a 49 anos	738	655	446.594	459.271	12.012.165	12.829.713
50 a 59 anos	557	469	323.278	340.503	8.737.011	9.678.904
60 a 69 anos	263	253	180.291	200.536	5.264.850	6.084.595
70 a 79 anos	121	150	85.121	110.228	2.757.744	3.547.025
80 a 89 anos	49	105	26.512	44.240	979.328	1.507.013
90 a 99 anos	6	12	3.081	6.499	146.489	278.393
Mais de 100 anos	3	1	126	279	7.245	16.987

Fonte: IBGE - 2010

Na tabela acima é possível observar que a população predominante em Luís Alves é de jovens, pessoas na faixa etária dos 20 aos 29 anos, tanto homens como mulheres, o mesmo ocorre com a população estadual. Já a nível federal, a maior população masculina está na faixa dos 10 aos 19 anos e feminina dos 20 aos 29.

Na Pirâmide Etária abaixo podemos ver essa distribuição segundo sexo e faixa etária.

Gráfico 03. Pirâmide Etária

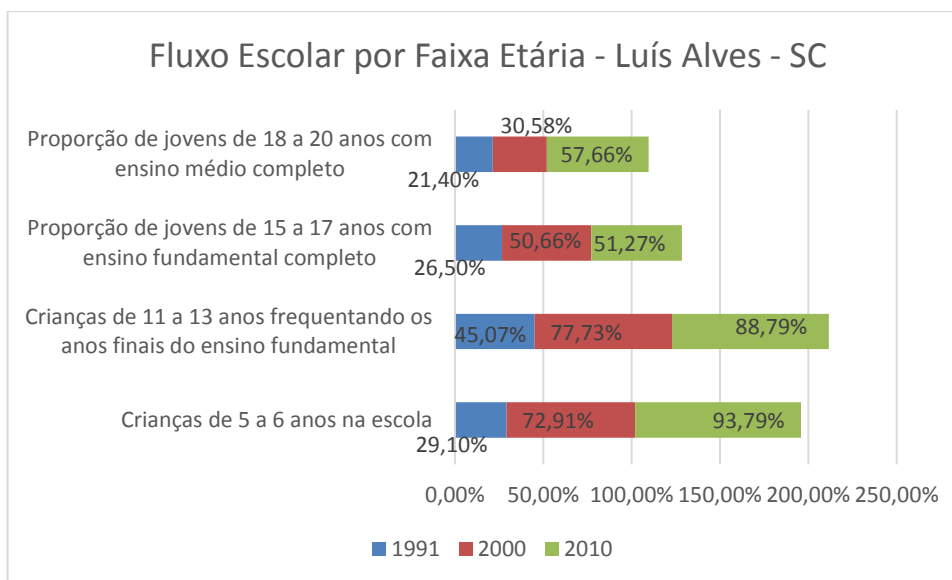


No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,5 anos na última década, passando de 72,7 anos, em 2000, para 77,2 anos, em 2010. Em 1991, era de 70,2 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

2.2 EDUCAÇÃO

O IDHM Educação é composto pela proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 93,79%, em 2010.

Gráfico 04



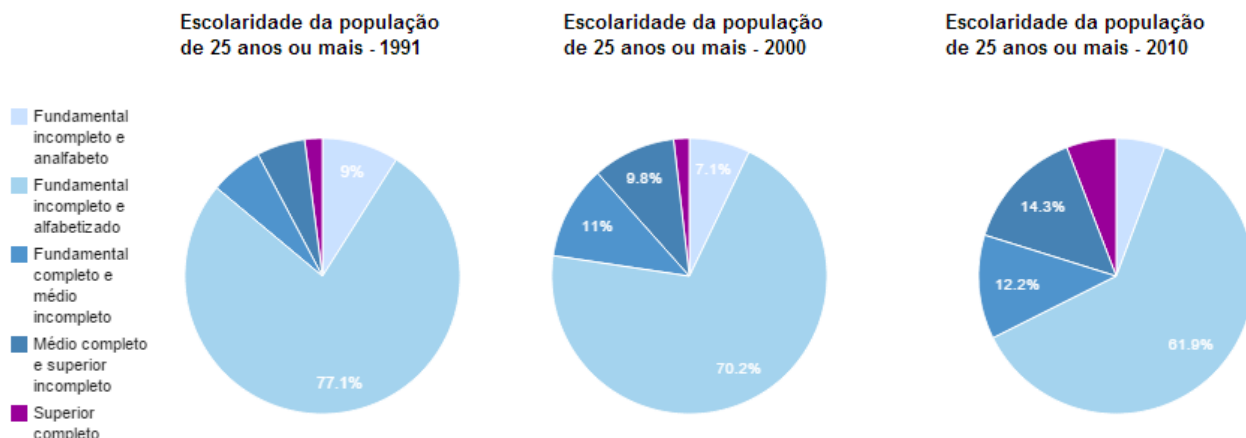
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

O gráfico acima mostra que no mesmo ano - 2010, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 88,79%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 51,27%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 57,66%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 64,69 pontos percentuais, 43,72 pontos percentuais, 24,77 pontos percentuais e 36,26 pontos percentuais.

Em 2010, 84,70% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 90,42% e, em 1991, 90,35%. Já dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 9,93% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 6,84% e, em 1991, 1,31%.

Entre 2000 e 2010, a expectativa de anos de estudo passou de 10,27 anos para 8,84 anos, no município, enquanto na UF passou de 10,13 anos para 10,24 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 10,58 anos, no município, e de 9,93 anos, na UF.

Gráfico 05. Escolaridade População Adulta



Em relação a população adulta, entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 28,78% para 40,68%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 21,41%, no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 5,73% eram analfabetos, 32,40% tinham o ensino fundamental completo, 20,18% possuíam o ensino médio completo e 5,84%, o superior completo.

A rede de ensino em Luís Alves é composta por creches, escolas públicas e privadas.

Tabela 05. Rede de Ensino em Luís Alves

Bairro	Quantidade de escola	Nome da Escola	Nível administrativo
Centro	01	EEB João Gaya	Estadual
Vila do Salto	05	CEMEPE-VH (Centro Municipal de Educação Pré-escolar Verônica Hess) – (Creche)	Municipal
		EEB Tenente Anselmo José Hess	Estadual
		Escola de Educação Infantil Peketitos	Particular
		NAES Luís Alves	Estadual
		EAMÉE – Escola de Atendimento	Municipal

		Municipal à Educação Especial	
Braço Elza	01	EM Vendelim Schweitzer	Municipal
Ribeirão do Padre	02	EM Celeste Scola	Municipal
		Centro de Educação Infantil Constância Erbs (creche)	Municipal
Braço Serafim	01	EM Henrique Keunecke	Municipal
Ribeirão Máximo	01	EM Arlindo Benvenuto Zimmermann	Municipal
Rio do Peixe	01	EEB Gov. Irineu Bornhausen	Estadual
Alto Canoas	01	EBM Prof. Rafael Rech	Municipal

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Luís Alves

Hoje no município, há muitos alunos em andamento no estudo com nível superior. Infelizmente nosso município não possui nenhuma Universidade, onde ocorre um deslocamento de alunos para cidades vizinhas, como Itajaí e Blumenau.

O município auxilia esses alunos com o transporte escolar, esse transporte é em parceria com a Auto Viação Rainha. Todos os alunos após matriculados na Universidade procuram a Secretaria Municipal de Educação com seu número de matrícula, onde é gerado uma carteira do estudante para apresentação no transporte. Cada estudante recebe mensalmente o passe escolar para apresentação nos dias de aulas (ida e volta), já que o ônibus não é especificamente dos estudantes, mas sim de linha. Apenas os alunos que são matriculados na Universidade do vale do Itajaí - UNIVALI, período noturno, possuem ônibus próprio para deslocamento.

2.3 RENDA

A renda per capita média de Luís Alves cresceu 110,93% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 444,37, em 1991, para R\$ 632,83, em 2000, e para R\$ 937,32, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,01%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,01%, entre 1991 e 2000, e 4,01%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com

renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 19,31%, em 1991, para 18,91%, em 2000, e para 1,67%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos passou de 0,48, em 1991, para 0,65, em 2000, e para 0,44, em 2010.

Tabela 06

Renda, Pobreza e Desigualdade - Luís Alves - SC			
	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	444,37	632,83	937,32
% de extremamente pobres	3,65	10,32	0,68
% de pobres	19,31	18,91	1,67

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Segundo dados do SEBRAE (2013), a economia do município se baseia prioritariamente no setor de Confecção de artigo do vestuário e acessórios, seguido por: Geração, transmissão e distribuição de energia elétrica; Fundição; Comércio atacadista especializado em produtos alimentícios, bebidas e fumo e; Transporte rodoviário de carga, conforme dados da tabela abaixo, apresentado através do VAF, que é o Valor Adicionado Fiscal, um indicador econômico-contábil utilizado pelo Estado para calcular o índice de participação municipal no repasse de receita do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). (Ministério da Fazenda).

Tabela 07. Grupos de Atividade Econômica

Grupo de Atividade Econômica - versão CNAE 2.0	2008 (mil R\$)	2009 (mil R\$)	2010 (mil R\$)	Part. VAF 2010	VAF (Evolução 2008/2010)
GRUPO 141- Confeção de artigos do vestuário e acessórios	100.172,9	78.483,0	119.707,2	52,3%	20%
GRUPO 351- Geração, transmissão e distribuição de energia elétrica	7.056,5	7.823,8	10.290,6	4,5%	46%
GRUPO 245 - Fundição	7.869,7	6.466,4	10.064,3	4,4%	28%
GRUPO 463 - Comércio atacadista especializado em produtos alimentícios, bebidas e fumo	5.455,1	6.611,6	4.791,6	2,1%	-12%
GRUPO 493 - Transporte rodoviário de carga	2.580,6	2.290,3	4.696,4	2,1%	82%

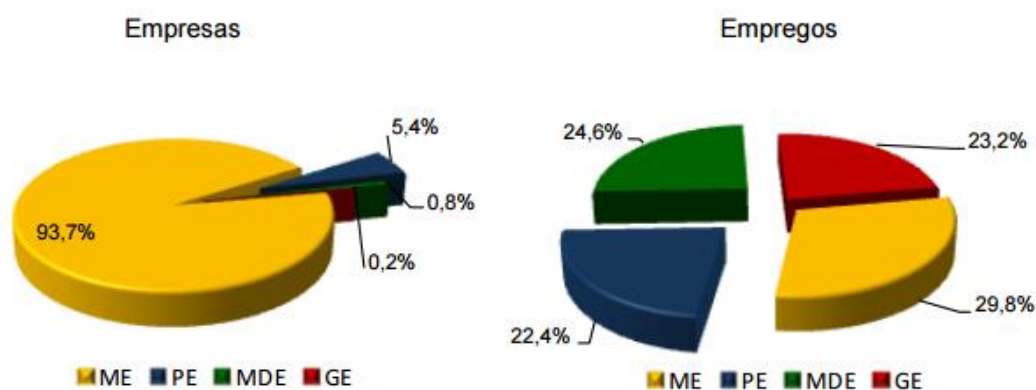
Fonte: Santa Catarina em Números, SEBRAE, 2010.

Analisando a tabela anterior, verificamos que o setor de confecção de artigos do vestuário e acessórios, com 52,3% de VAF, esta significativamente acima dos demais setores, sendo 47,8% sua diferença com o setor seguinte.

2.4 TRABALHO

Em 2011 Luís Alves possuía 649 empresas formais, com geração de 3.320 empregos. No Gráfico abaixo, observa-se o porte das empresas do município e o número de geração de empregos.

Gráfico 06. Porte das Empresas e Geração de Renda



Fonte: Resultados elaborados pelo SEBRAE/SC com base em dados do MTE - apoiados na Relação Anual de Informações Sociais, 2011.

Nota: Portes - microempresa (ME), pequena empresa (PE), média empresa (MDE) e grande empresa (GE).

Como se pode observar, em 2011 as micro e pequenas empresas foram a maiores responsáveis pelo número de empresas do município, com 99,1% de representatividade. Gerando assim, mais da metade dos empregos do município, com 52,2%.

2.5 POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 79,92% em 2000 para 79,59% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 1,22% em 2000 para 1,96% em 2010.

Tabela 08

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Luiz Alves - SC		
	2000	2010
Taxa de atividade	79,92	79,59
Taxa de desocupação	1,22	1,96
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	56,09	71,60
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	31,98	45,88
% dos ocupados com médio completo	16,48	30,71
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m.	32,62	8,27
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m.	74,73	63,01
Percentual dos ocupados com rendimento de até 5 salários mínimo	89,82	94,70

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 26,16% trabalhavam no setor agropecuário, 0,00% na indústria extrativa, 32,67% na indústria de transformação, 5,25% no setor de construção, 0,17% nos setores de utilidade pública, 7,17% no comércio e 18,68% no setor de serviços.

2.6 INFRA-ESTRUTURA E HABITAÇÃO

A população atendida no município com água encanada é de 81,58%, tendo havido uma redução de mais de 10% em relação à 1991.

Tabela 09

Indicadores de Habitação - Luiz Alves – SC			
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	93,26	90,82	81,58
% da população em domicílios com energia elétrica	99,26	99,44	100,00
% da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana.	36,79	96,17	98,96

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

No município não há coleta de lixo em todas as ruas, devido à grande parte do município ser de área rural, com dificuldades de acesso pela empresa coletora. Ainda não há coleta de lixo reciclável, tendo os resíduos a mesma destinação dos rejeitos.

Tabela 10. Indicadores de saneamento básico - 2010 Luís Alves Santa Catarina

Indicadores de saneamento básico - 2010	Luiz Alves		Santa Catarina	
	Domicílios	% relativo	Domicílios	% relativo
Ligados a rede de esgoto ou pluvial	54	1,8%	579.576	29,1%
Fossa séptica	1.233	40,1%	947.168	47,5%
Fossa rudimentar	1.129	36,8%	384.013	19,3%
Vala	342	11,1%	44.168	2,2%
Rio, lago ou mar	306	10,0%	24.524	1,2%
Outro escoadouro	2	0,1%	7.887	0,4%
Sem banheiro ou sanitário	6	0,2%	5.761	0,3%
Total de domicílios	3.072	100,0%	1.993.097	100,0%

Fonte: SEBRAE – Relatório Municipal Luís Alves, 2013.

3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde e Assistência Social de Luís Alves funciona em prédio pertencente à Prefeitura Municipal, à Rua Erich Gielow, 34 – Centro. É órgão da administração direta, ligada ao Poder Executivo, ao Conselho Municipal de Saúde e ao Fundo Municipal de Saúde. Tem na pessoa do Secretário o gestor que gerencia todas as atividades desenvolvidas nos vários departamentos e órgãos que compõem sua estrutura organizacional.

A Secretaria municipal de Saúde é composta por uma sala de recepção, uma sala para Assistência Social, uma sala de atendimento individual da assistência social, uma sala para o departamento de transporte, uma para a Vigilância Sanitária, uma sala de almoxarifado, uma cozinha e um banheiro no térreo. No primeiro andar há uma sala de coordenação de AB/NASF/Saúde Bucal, uma sala de reuniões, uma sala para o Conselho Tutelar, uma sala do Controle e Avaliação, a sala da Secretária de Saúde, uma sala da Vigilância Epidemiológica e um banheiro.

O município possui o Conselho Municipal de Saúde (COMUSA), criado pela Lei Municipal nº. 698/91, de 01 de julho de 1991. É órgão colegiado integrante da estrutura organizacional básica da Secretaria Municipal de Saúde, de caráter permanente e funções deliberativas, consultivas, normativas e fiscalizadoras do

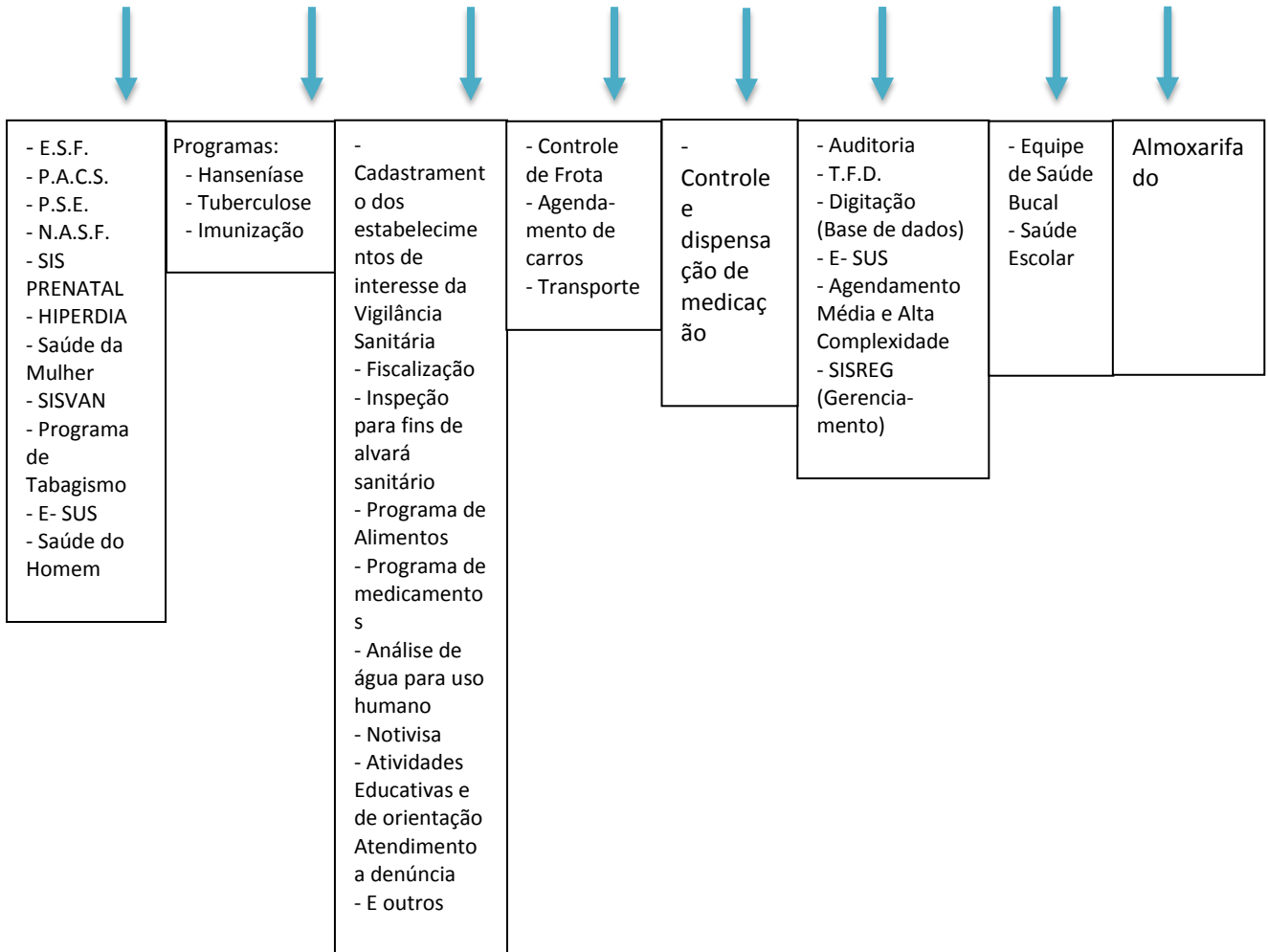
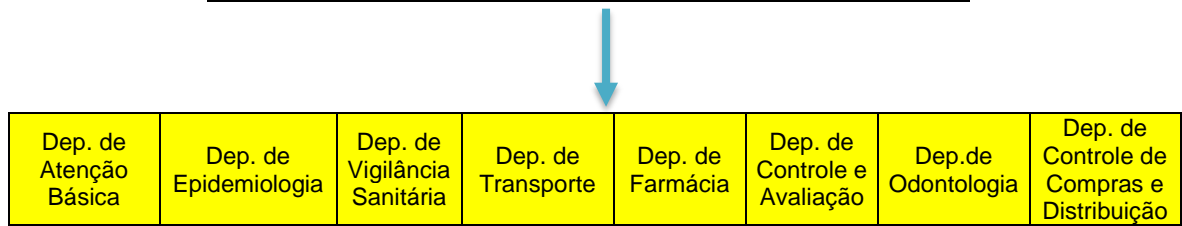
Sistema Único de Saúde, conforme a Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Atualmente o COMUSA é composto por representantes da Secretaria Municipal da Saúde, dos prestadores de serviços na área da saúde e do SUS, da Pastoral da Saúde, das Associações de Pais e Professores (APPs) das escolas municipais e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Luís Alves. A duração do mandato dos conselheiros é de dois anos.

O Município de Luís Alves também possui o Fundo Municipal de Saúde, instituído pela Lei municipal 707/91, que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A seguir apresentamos o organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Luís Alves.

**ORGANOGRAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LUÍS
ALVES**



3.1 RECURSOS HUMANOS

Na tabela abaixo é possível verificar o profissionais que fazem parte do quadro funcional da Secretaria da Saúde, suas formações e a carga horária de trabalho.

Tabela 11

RECURSOS HUMANOS				
RECURSOS HUMANOS SETOR SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE				
NÍVEL SUPERIOR	Número de Profissionais	Total de horas por semana	Efetivo	Contratado
Médicos	8	20	2	6
Médicos ESF	2	40		2
Médico ESF - Provab	2	40		2
Odontólogos	2	20	1	1
Odontólogos ESF	4	40	3	1
Enfermeiros	4	20	4	
Enfermeiros ESF	4	40	2	2
Psicólogos	1	20		1
Psicólogos NASF	1	40		1
Nutricionistas NASF	1	40		1
Fisioterapeuta NASF	1	40		1
Farmacêuticos/ Bioquímicos	1	20	1	
Fonoaudiólogo	1	20	1	
TOTAL	32		14	18
NÍVEL MÉDIO	Número de Profissionais	Total de horas por semana	Efetivo	Contratado
Tec. De saneamento Vig. Sanitária	1	40	1	
Fiscal de Obras da Saúde	2	40	2	
Aux. Enfermagem	2	20	2	
Aux. Enfermagem ESF	8	40	3	5
Atendente de Consultório Dentário	1	40	1	
Atendente de Consultório Dentário	3	40		3

ESF				
Diretor de Departamento	1	40	1	
Aux. Administrativo	1	40	1	
Agentes C. de Saúde	26	40	12	14
Recepcionista	3	40		3
TOTAL	48		23	25
NÍVEL FUNDAMENTAL	Número de Profissionais	Total de horas por semana	Efetivo	Contratado
Zeladora	4	44	3	1
Cozinheira	1	44	1	
Motorista	8	44	7	1
TOTAL	13		11	2

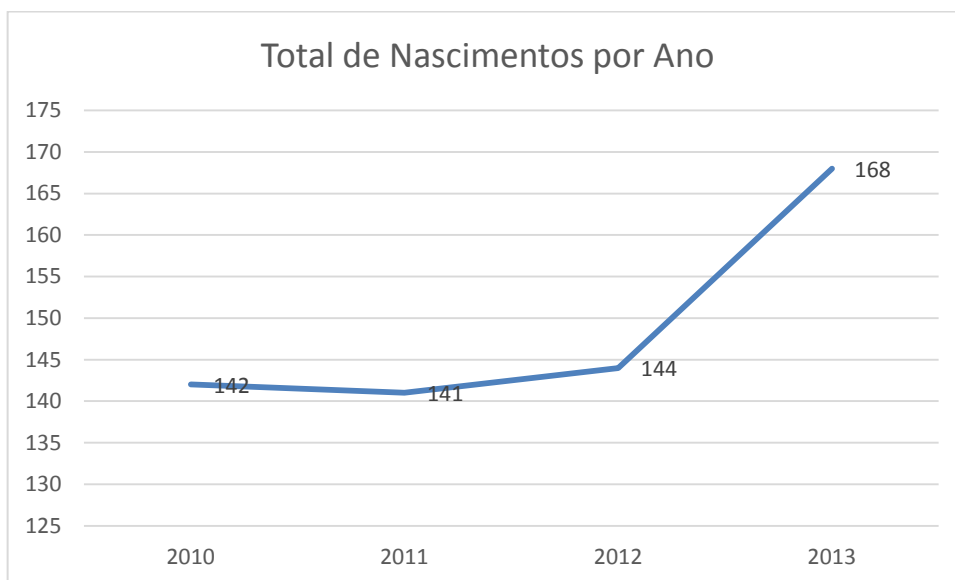
Como se pode perceber na tabela dos 93 colaboradores internos, 51,6% é de nível médio. Sendo 51,6% colaboradores efetivos e 48,4% colaboradores contratados. Com isso há grande rotatividade, tendo como consequência a descontinuidade dos trabalhos. Também devido à baixa carga horária de muitos profissionais – 20 horas, há a necessidade de que estes façam horas extras afim de tentar possibilitar que o trabalho seja realizado no tempo adequado e de que seja atendida a demanda da população. A falta de profissionais em alguns setores e a baixa carga horária gera excesso de trabalho a outros profissionais e demora nos processos de trabalho. O último concurso para contratação de profissionais foi em 2012, hoje há necessidade de que novos cargos sejam criados e de novos profissionais a serem contratados.

4. ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SAÚDE DO MUNICÍPIO

4.1 TAXA DE NATALIDADE

A taxa de natalidade refere-se ao número de nascimentos por ano. O Gráfico abaixo apresenta os dados no município no período de 2010 à 2013.

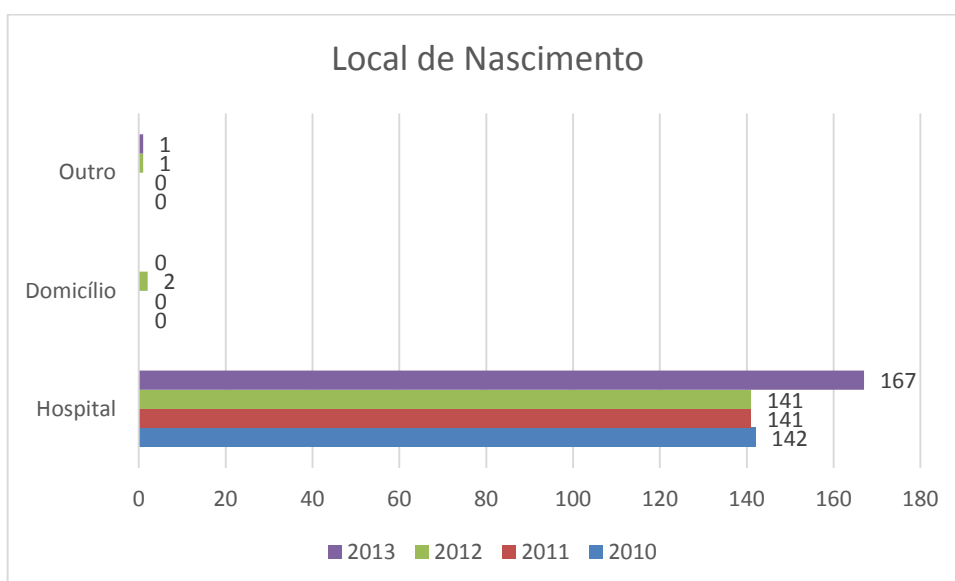
Gráfico 07



Fonte: TabNet, SES - SC

Observa-se que entre 2010 e 2012 houve uma variação máxima de três nascimentos, já em relação a 2013 esse número aumentou consideravelmente, indo de 144 em 2012 à 168 em 2013.

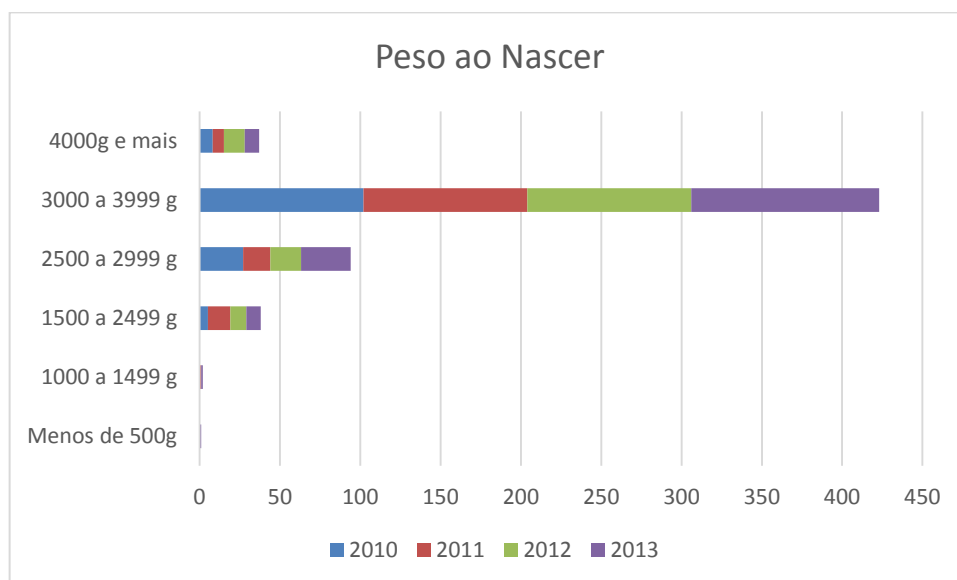
Gráfico 08



Fonte: TabNet, SES - SC

Observa-se que o aumento no número de nascimentos em Hospital foi proporcional ao número de nascimentos. Sendo que o dado sobre o nascimento referente à Outro, corresponde ao nascimento a caminho do Hospital.

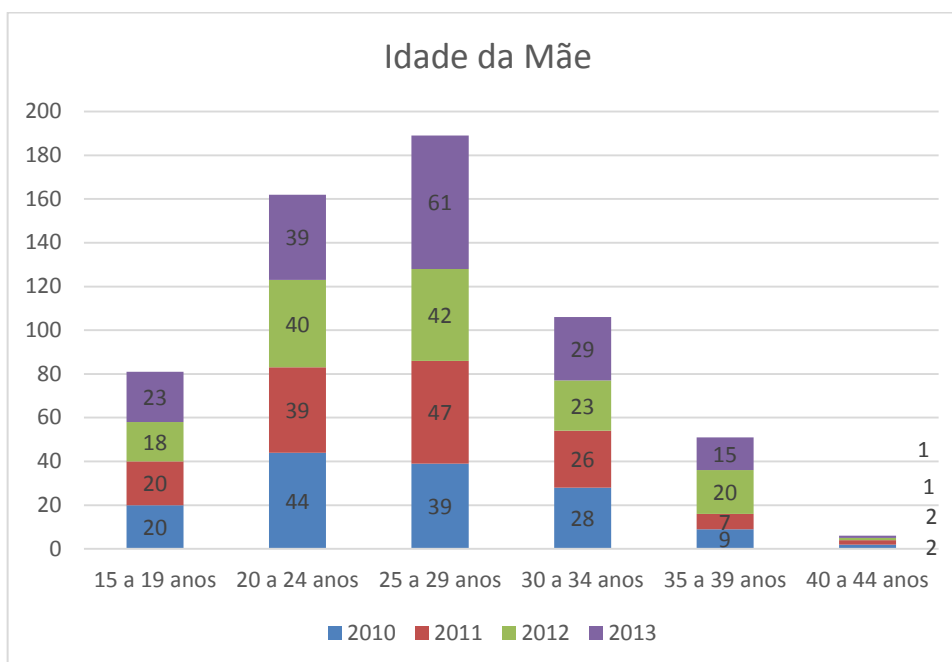
Gráfico 09



Fonte: TabNet, SES - SC

Através dos gráficos percebe-se que há uma adequação no que se refere aos cuidados com a gestante e o bebê. Dentre os 168 nascido em Luís Alves em 2013, 167 foram no Hospital e destes 117 nasceram dentro do peso ideal para nascidos vivos (3000 a 3999). Percebe-se um equilíbrio nos anos apresentados, havendo aumento de nascimentos em 2013 juntamente com cuidado a atenção dos mesmos.

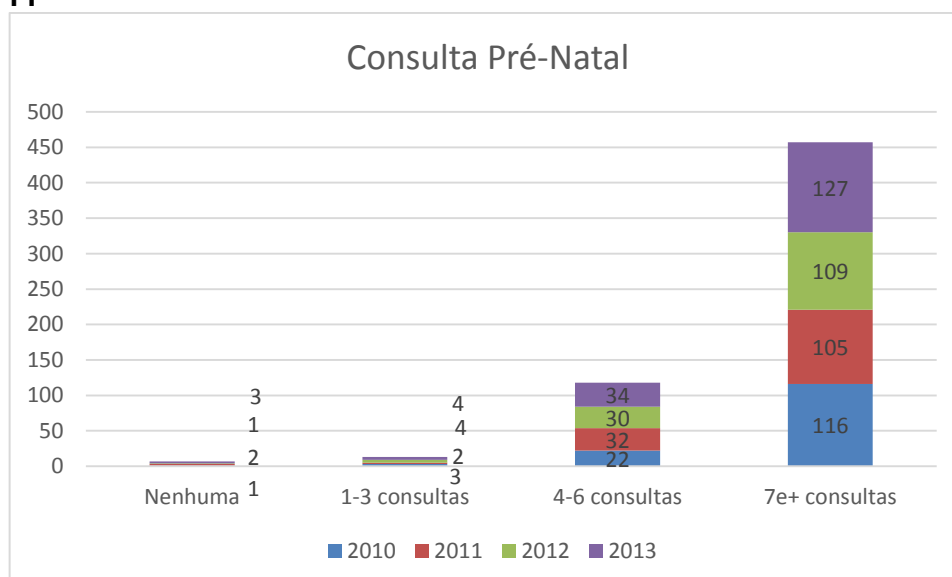
Gráfico 10



Fonte: TabNet, SES - SC

No gráfico acima percebe-se que houve um aumento significativo de mulheres grávidas na faixa dos 25 aos 29 anos, sendo esta também a faixa etária de predominância de mulheres grávidas.

Gráfico 11

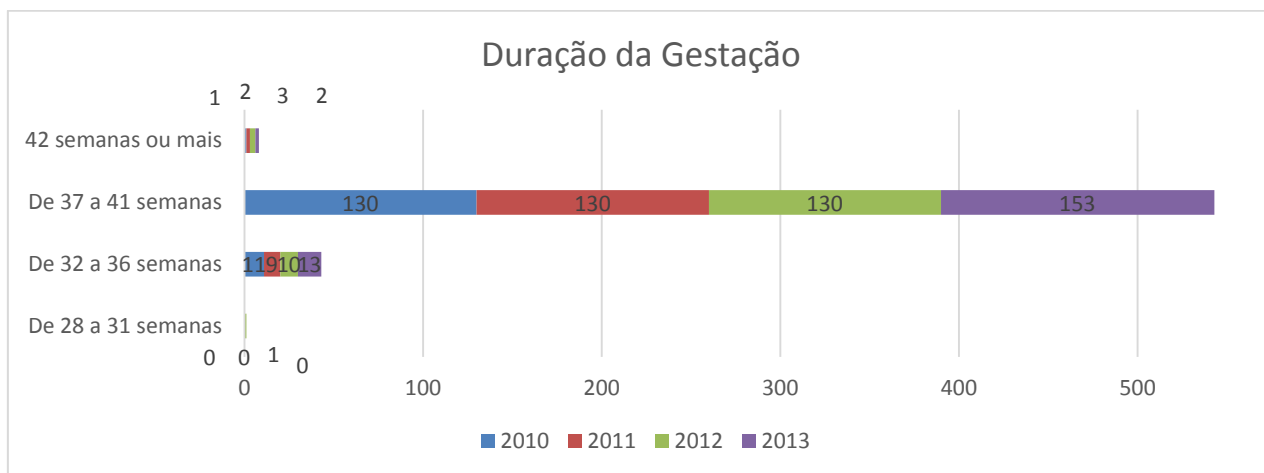


Fonte: TabNet, SES - SC

Pode-se identificar que referente às consultas de pré-natal, há uma adequação dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, tendo em vista

que é requisito no mínimo seis consultas e pela tabela observa-se que no município são realizadas a partir de 7 consultas.

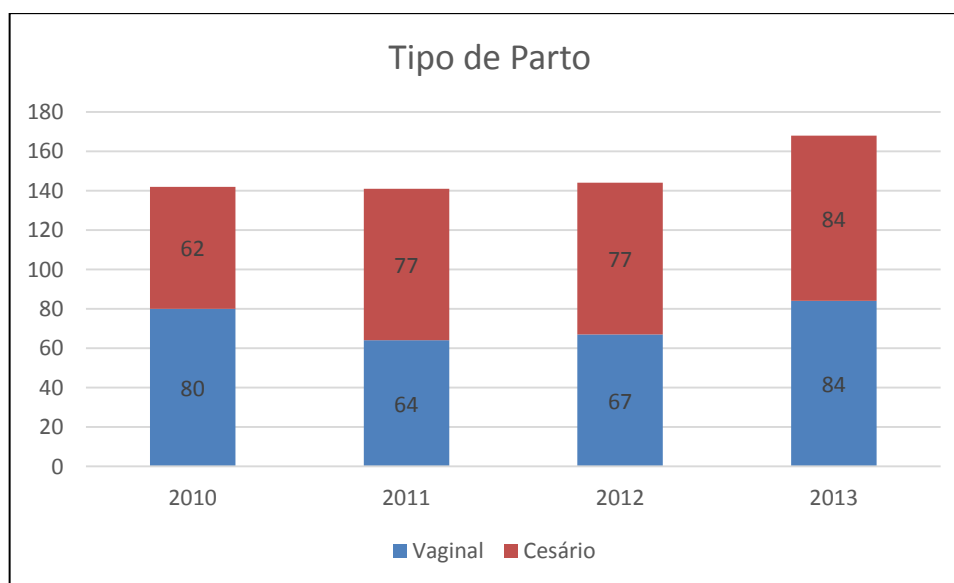
Gráfico 12



Fonte: TabNet, SES - SC

Em 2013 houve um aumento no número de gestações e juntamente o número de gestação que e tiveram duração de 37 a 41 semanas, considerado tempo ideal, foi proporcional às gestações. No entanto, vale ressaltar que como mostra o gráfico, de 2010 à 2013 também houve um aumento no número de gestação que duraram de 32 à 36 semanas.

Gráfico 13



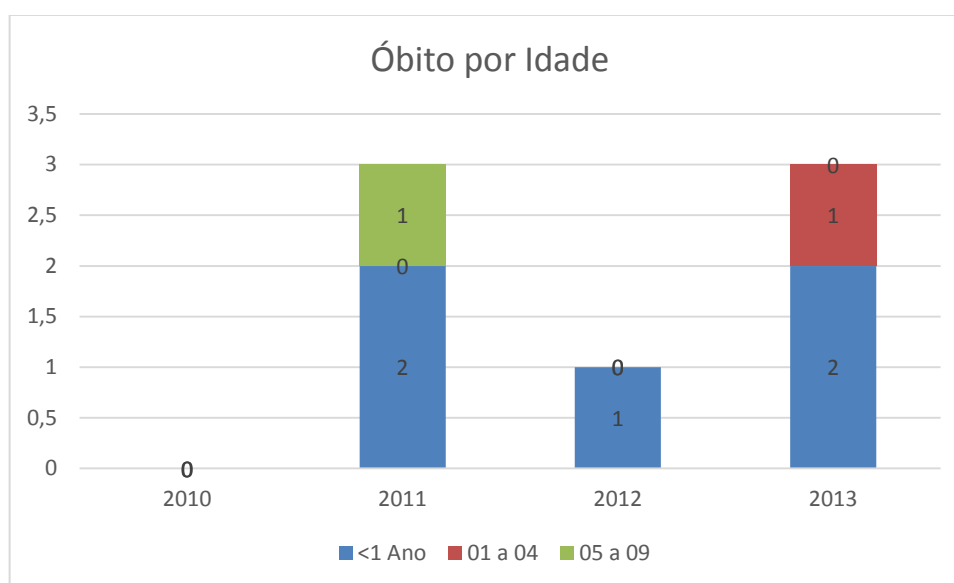
Fonte: TabNet, SES - SC

O município apresenta um alto índice de parto do tipo cesário, chegando em 2013 a 50% do total de partos realizado, número muito acima do previsto pela Organização Mundial da Saúde, que é de 15%.

4.2 MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

Mortalidade infantil é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade, ocorridos em determinado local e período. Abaixo segue os dados de óbito infantil de menores de um ano e até 9 anos.

Gráfico 14



Fonte: TabNet, SES - SC

A cobertura e a eficácia de ações de saúde específicas refletem nas taxas de mortalidade infantil. Analisando o gráfico acima é possível verificar que houve uma diminuição e posteriormente um aumento do número de óbitos de até 1 ano e de 1 a 4 anos. Verifica-se a necessidade de aumentar as ações em saúde de forma a diminuir os índices. O aumento dos dados pode indicar também uma maior atenção ao registro/notificação dos casos de óbito.

Tabela 12 Óbito de Mulheres

Causas 3 Dígitos	2010	2011	2012	2013	Total
I21 Infarto agudo do miocárdio	1	0	0	1	2
A16 Tuberc vias respirat s/conf bacter histol	0	0	1	0	1
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	1	0	0	0	1
C56 Neopl malig do ovario	0	0	0	1	1
I20 Angina pectoris	0	1	0	0	1
J81 Edema pulmonar NE de outr form	1	0	0	0	1
K70 Doenc alcoolica do figado	0	0	1	0	1
V23 Motocicl traum colis automov pickup caminhon	0	0	0	1	1
V27 Motocicl traum colis objeto fixo parado	0	0	1	0	1
V43 Ocup automov traum col auto pickup caminhon	0	0	1	0	1
X95 Agressão disparo outr arma de fogo ou NE	0	0	1	0	1
Total	3	1	5	3	12

Fonte: TabNet, SES - SC

O número de mulheres em idade fértil teve um aumento em 2012, sendo de 5 óbitos naquele ano, vindo a diminuir em 2013 para 3 óbitos. É necessário a adequada investigação dos óbitos para que seja possível a realização de ações de prevenção visando a diminuição ainda maior deste número.

4.3 MORTALIDADE GERAL

Referente aos dados de mortalidade no município.

Tabela 13. Mortalidade Geral.

Causas Capítulos	2010	2011	2012	2013	Total
Doenças do aparelho circulatório	24	17	16	16	73
Neoplasias (tumores)	11	18	11	11	51
Causas externas	5	10	13	4	32
Doenças do aparelho respiratório	7	8	7	5	27
Mal Definidas	3	3	3	6	15
Doenças do aparelho digestivo	2	2	4	5	13
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	1	5	1	10
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	0	1	1	4
Doenças do sistema nervoso	2	0	1	1	4
Doenças do aparelho geniturinário	0	2	2	0	4
Anomalias congênitas	0	0	1	3	4
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	0	1
Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	0	1
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0	0	0	1	1
Algumas afec originadas no período perinatal	0	1	0	0	1
Total	60	62	65	54	241

Fonte: TabNet, SES - SC

Dentre as causas de mortalidade geral, as doenças do Aparelho Circulatório foram as maiores responsáveis por óbitos no município, seguidas das Neoplasias. De 2010 à 2013 houve uma diminuição significativa da primeira, já a causa pelos tumores teve um aumento, vindo a cair novamente nos dois últimos anos. Os dados

mostram a importância de programas de cuidados com a saúde, com vistas a prevenção, identificação precoce para adequado tratamentos dos casos, visando a diminuição dos óbitos por esta causa.

Tabela 14. Óbitos por Neoplasias

Causas Capítulos: Neoplasias (tumores)					
Causas 3 Dígitos	2010	2011	2012	2013	Total
C34 Neopl maligno dos brônquios e dos pulmões	3	4	2	1	10
C22 Neopl maligno fígado vias biliares intra-hepática	0	3	1	0	4
C16 Neopl maligno do estômago	0	2	0	1	3
C61 Neopl maligno da próstata	0	0	2	1	3
C71 Neopl maligno do encéfalo	3	0	0	0	3
C80 Neopl maligno s/especificação de localização	2	0	1	0	3
C06 Neopl maligno outras partes e partes NE da boca	0	0	1	1	2
C18 Neopl maligno do colón	0	2	0	0	2
C25 Neopl maligno do pâncreas	0	2	0	0	2
C26 Neopl maligno outras mal def aparelho digestivo	0	0	1	1	2
C56 Neopl maligno do ovário	0	0	0	2	2
C76 Neopl maligno outras localiz. e mal definidas	0	2	0	0	2
C10 Neopl maligno da orofaringe	0	0	1	0	1
C15 Neopl maligno do esôfago	0	1	0	0	1
C20 Neopl maligno do reto	0	1	0	0	1
C31 Neopl maligno dos seios da face	0	0	0	1	1
C33 Neopl maligno da traqueia	0	0	1	0	1
C38 Neopl maligno do coração mediastino e pleura	0	0	0	1	1
C43 Melanoma maligno da pele	1	0	0	0	1
C60 Neopl maligno do pênis	1	0	0	0	1
C67 Neopl maligno da bexiga	0	0	1	0	1
C75 Neopl maligno outr gland endócrinas estr relac	0	1	0	0	1
C85 Linfoma não-Hodgkin de outr tipos e tipo NE	1	0	0	0	1
C90 Mieloma mult e neopl maligno de plasmócitos	0	0	0	1	1
C95 Leucemia de tipo celular NE	0	0	0	1	1
Total	11	18	11	11	51

Fonte: TabNet, SES - SC

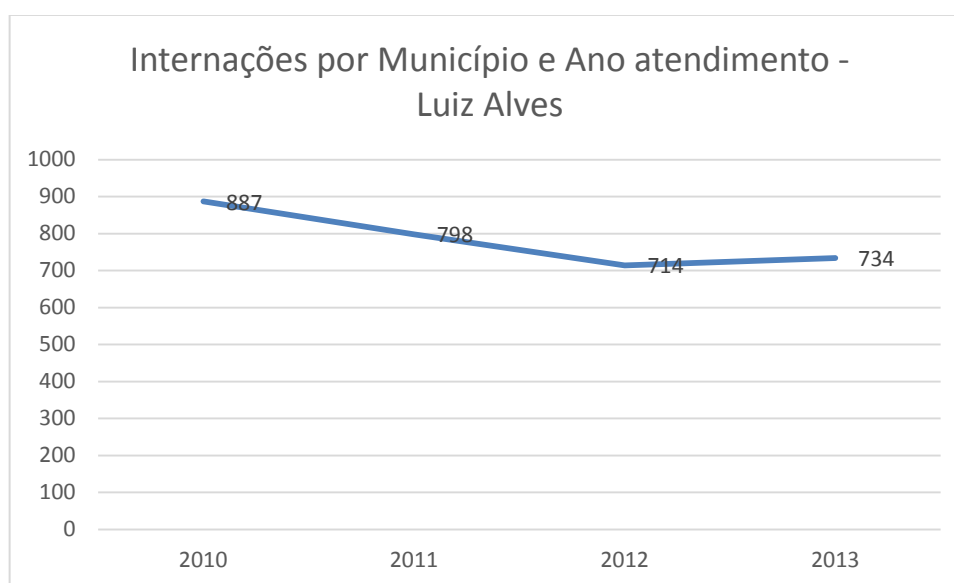
Sendo as neoplasias a segunda causa de morte mais recorrente, os tipos de que mais geram óbitos são Neoplasia dos brônquios e dos pulmões. Nos últimos quatro anos houve uma diminuição dos mesmos, devendo continuar a atenção aos cuidados de prevenção desse tipo de câncer, uma vez que o câncer de pulmão é uma das causas mais importantes de morte por câncer no mundo. Observa-se ainda

um aumento no número de morte por câncer de ovário em 2013 quando comparado com os anos anteriores. Sendo este um câncer de difícil diagnóstico o mais importante fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de câncer é a história familiar de câncer de mama ou ovário (INCA, 2011).

4.4 MORBIDADE HOSPITALAR

No que se refere a morbidade hospitalar, os gráficos abaixo apresentam o número de internações e a média de permanência de internação.

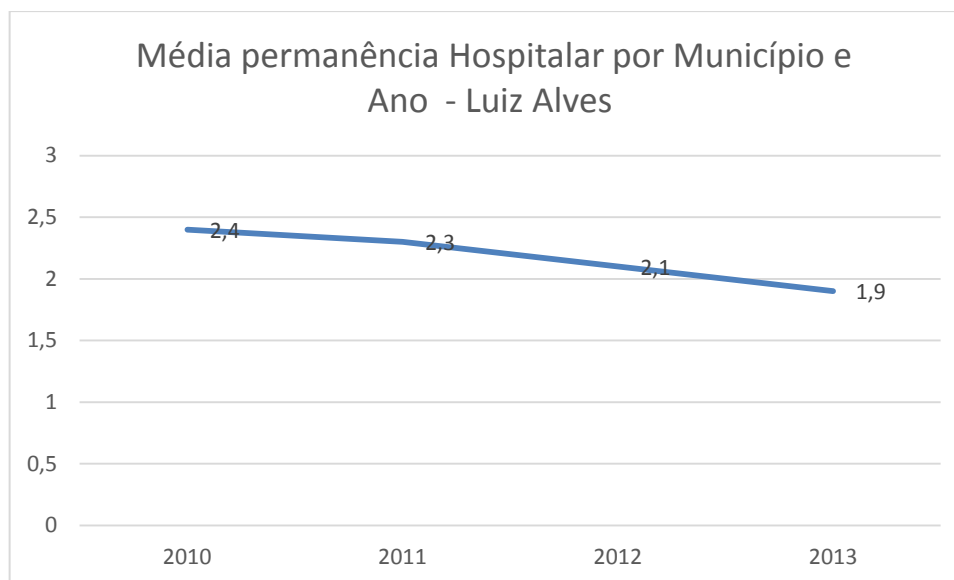
Gráfico 15



Fonte: TabNet, SES - SC

Verifica-se que o número de internação referentes ao município de Luís Alves teve em 2013 uma queda de 17, 24% quando comparado ao ano de 2010.

Gráfico 16



Fonte: TabNet, SES - SC

Em relação à média de permanência de internação, observa-se que ao longo dos anos está ocorrendo uma diminuição gradual destas, diminuindo de 2,4 em 2010 para 1,9 em 2013.

4.5 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Com a implantação do Sistema de Informações SINAN, no ano de 2007, houve um crescimento no número de notificações no município e, conseqüentemente, a diminuição da sub-notificação.

As doenças notificadas no município de Luís Alves, no período de 2011 a 2013 são apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 15. Notificações em Luís Alves

AGRAVO	2011	2012	2013	TOTAL
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	01	03	05	09
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	00	00	00	0
ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	24	33	31	88

ATENDIMENTO ANTIRRABICO	33	41	36	110
CAXUMBA (PAROTIDITE EDEMICA) SEM COMPLICAÇÕES	00	01	01	02
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	00	00	04	04
DENGUE	00	00	03	03
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS- RUBÉOLA	03	00	03	06
FEBRE MACULOSA/RICKETTSIOSES	01	03	02	06
HANTAVIROSE	00	00	01	01
HEPATITES VIRAIS	11	12	41	64
INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDEMICO)	00	01	00	01
INTOXICAÇÃO EXOGENA	12	07	09	28
LEPTOSPIROSE	01	00	02	03
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM	00	00	00	02
SIFILIS EM GESTANTE	01	00	00	01
SIFILIS NÃO ESPECIFICADA	01	00	00	01
VARICELA	110	25	82	217
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	01	11	15	27

Fonte: Sinan net

Como podemos observar na tabela 15 os agravos de maior incidência no município de Luís Alves no período de 2011 a 2014 são as varicelas e os atendimentos anti-rábicos . Estas doenças são de notificação compulsória, porém os atendimentos anti-rábicos não são imuno –preveníveis. A varicela, é um agravo imuno-prevenível já que, possui vacina disponibilizada na rede pública e privada.

As tabelas também nos mostra que nem todos os casos notificados, são confirmados laboratorialmente, como ocorrem com as doenças exantemáticas, dengue, hantavirose, hepatites virais, febre maculosa e leptospirose.

Tabela 16. Casos de doenças exantemáticas notificados e investigados

AGRAVO	2011	2012	2013	TOTAL
Casos notificados e investigados dentro de 48 h para doença exantemática	03	00	03	06
Casos confirmados/descartados por critério laboratorial/vinculo epidemiológico para doença exantemática	03	00	03	06

Fonte: Sinan Net

Realizando um comparativo com a tabela 16 podemos relatar que nos anos de 2011, 2012 e 2013 todos os casos notificados foram investigados em 48h. Todos foram descartados laboratorialmente. Nenhum caso de suspeita de sarampo notificado.

Tabela 17. Indicadores da Eliminação da Hanseníase

ÍNDICE	2011	2012	2013
% abandono do tratamento	Sem caso detectado	Sem caso detectado	Sem caso detectado
Taxa de detecção de casos	Sem caso detectado	Sem caso detectado	Sem caso detectado
% de cura nos casos novos	Sem caso detectado	Sem caso detectado	Sem caso detectado
Taxa de prevalência	Sem caso detectado	Sem caso detectado	Sem caso detectado
% grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico	Sem caso detectado	Sem caso detectado	Sem caso detectado

Fonte: Sinan net

Tabela 18. Indicadores do Controle da Tuberculose

ÍNDICE	2011	2012	2013
% abandono de tratamento	0%	0%	0%
Taxa de incidência de Tuberculose	28.7/100.000hab	38.3/100.000hab	28.7/100.000hab
Taxa de mortalidade por tuberculose	0%	0%	0%

Fonte: Sinan net

Na tuberculose, houve detecção de novos casos em todos os anos, em 2011, 1 foi encerrado por mudança de diagnóstico, em 2012 houve uma elevada taxa de incidência, em 2013 houve 2 transferências, mas o fundamental é que no município de Luís Alves não tem medido esforços para a busca dos sintomáticos, tanto para agravos de hanseníase como para tuberculose.

4.6 Imunização

Luís Alves hoje conta com uma Rede de Frio Gerenciada pela Vigilância Epidemiológica do Município, 5 Salas de Vacina todas com técnicos devidamente capacitados e aptos para devida função. Também são disponibilizados ao Hospital do Município soros que são administrados na instituição conforme atendimento.

Esta dispõe de:

- Soro antirrábico
- Soro anti-botrópico
- Soro anti-aracnideo
- Soro antitetânico

Em caso de necessidade de Imunoglobulinas se aciona 17ª Gerência para solicitação das mesmas.

As vacinas estão em constate implantação e assim o calendário vem se ampliando a cada ano gerando uma ampla proteção para esta população.

A partir agosto de 2012 foi introduzida no calendário básico de vacinação a vacina inativada contra poliomielite e a pentavalente, em setembro de 2013 vacina Tetraviral para crianças de 15 meses. No ano subsequente (2014) em Novembro DTPa para Gestantes, em Março HPV para meninas e em Agosto Hepatite A.

Assim podemos contar no calendário básico de vacinação de rotina com 20 tipos de vacinas tendo ainda os imunos especiais que são solicitados conforme indicações do CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais).

- BCG (tuberculose)
- Vacina contra hepatite B
- Vacina contra poliomielite inativada (VIP)
- Vacina contra poliomielite (VOP)
- Pentavalente - DTP+Hib+Hep.B
- Vacina Pneumo 10 valente
- Vacina contra rotavírus
- Vacina meningocócica C (antimeningocócica)
- Tríplice viral (contra caxumba, rubéola e sarampo)
- Hepatite A
- Tetraviral (Sarampo, caxumba, Rubéola e Varicela)
- DTP (contra difteria, tétano e coqueluche)
- DT (dupla adulto – contra difteria e tétano)
- HPV (vacina quadrivalente)
- DPTa (vacina difteria, tétano e coqueluche acelular)
- Vacina contra febre amarela
- Vacina contra Influenza (gripe)
- Haemophilus influenza e tipo B
- Pneumocócica 23 V
- Febre Amarela

Abaixo segue tabela de percentual de imunizados desde 2011 até 2013.

Tabela 19. Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 1 Ano de Idade no Ano de 2011.

VACINAS	BCG	HEPATITE B	TETRAVALENTE	POLIO (VOP)	ROTAVIRUS
COBERTURA%	51,49	117,16	124,63	123,88	135,07

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Tabela 20. Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 1 Ano de Idade no Ano de 2012.

VACINAS	BCG	HEPATITE B	TETRAVALENTE	POLIO (VOP)	ROTAVIRUS
COBERTURA%	73,13	82,84	90,30	95,52	102,99

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Tabela 21. Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 1 Ano de Idade no Ano de 2013.

Vacina	Cobertura
BCG	55,32
Hepatite B ao nascer	56,03
Mengocócica Conjuga C	124,11
Penta (dpt/Hib/HB)	122,7
Pneumocócica	124,11
Poliomelite	123,4
Rotavírus Humano	119,86
Febre Amarela	0

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Tabela 22. Cobertura Vacinal em Crianças de 1 Ano de Idade no Ano de 2013.

Vacina	Cobertura
Triplíce viral D1	136,17
Triplíce viral D2	85,11
Triplíce viral DU	97,87
Hepatite A	0
DPT (1ºR)	119,86
Pneumocócica 10 Valente ®	117,73
Mengocócica Conjuga C ®	125,53
Polio (VIP/VOP) ®	119,86

Fonte: Programa Nacional de Imunização

1- População para Tetra Viral é de 4/12, considerando implantação em setembro de 2013.

1- População para Tetra Viral é de 4/12, considerando implantação em setembro de 2013.

A vacina BCG e Hepatite B em recém-nascidos teve uma queda na cobertura, mas esta se deve as maternidades que estão fazendo a vacina já no local do nascimento, já que, quase todas as gestantes são encaminhadas para o local de referência.

A vacina Tetravalente que foi substituída pela Pentavalente em 2012 teve uma queda em seu percentual o que se deve a transição das mesmas gerando algum desencontro nos registro pois sempre obteve-se o alcance desta meta, pode-se observar este dado através da cobertura das demais vacinas que são administradas concomitantemente com esta. O mesmo ocorreu com a rotavírus transição de dados substituição de programas e demais contratemplos ocasionaram uma baixa na cobertura desta vacina em 2013. Já a vacina contra Hepatite A implantada em julho de 2014 obteve alcance acima da meta devido a buscadas crianças na faixa etária de vacinação. A vacina tetraviral deixa a desejar no ano de 2014, mas isso deve a falta do imuno que passou por problemas de abastecimento.

A vacina contra febre amarela possui uma baixa cobertura, devida esta ser indicada para residentes ou viajantes para áreas com recomendação da vacina: Estados das regiões norte e centro oeste; Minas Gerais e Maranhão; alguns municípios dos Estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para viajantes internacionais, para área de risco ou exigência sanitária do país.

A cobertura vacinal em menores de 1 ano, nos anos de 2011 a 2014, apresentou-se dentro do percentual esperado de cobertura que é de 95 %. Observa-se que o município se mantém até acima do esperado em alguns imunos.

Assim podemos afirmar que é tamanha a importância dada à questão da imunização, ao gerenciamento e busca de faltosos, uma vez que a imunização das crianças é uma condição fundamental para sua saúde.

No Brasil, além da vacinação de rotina, trabalha-se anualmente com Campanhas de vacinação, estratégia necessária para erradicar e eliminar algumas doenças. Estes dados seguem nos quadros abaixo.

Tabela 23. Percentual de Cobertura 1º e 2º Etapa – Campanha contra Poliomielite Ano de 2011.

META	2011			
	1ª ETAPA		2ª ETAPA	
IDADE	123	567	123	567
	> 1 ANO	1-4 ANOS	> 1 ANO	1-4 ANOS
COBERTURA	159,35	116,18	134,15	113,26

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Tabela 24. Percentual de Cobertura Etapa Única – Campanha contra Poliomielite Ano de 2012 e 2013.

2012			2013		
Meta	Dose	Cobertura	Meta	Dose	Cobertura
690	790	114,49	672	688	102,38

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Observando a tabela 24 vemos que a cobertura vacinal nas campanhas contra poliomielite vem se mantendo acima de 100% em todas as etapas de vacinação. A partir do ano de 2012 a campanha acontece em etapa Única, sendo complementada pela campanha de multivacinação e monitoramento rápido.

Além da campanha contra a poliomielite também foi introduzida a partir do ano de 1999 a campanha de vacinação contra influenza (gripe) para o idoso e a partir de 2011 foram introduzidos grupos como crianças, trabalhadores de Saúde gestantes e povos Indígenas. Em 2012 portadores de doenças crônicas e em 2013 também foram incluídas as puérperas.

Tabela 25. Percentual de Cobertura Campanha Contra Influenza (GRIPE) em 2011.

	Crianças	T. da Saúde	Gestante	Idosos	Total
Metas	186	95	139	949	1.364
Doses	238	109	99	874	1.320
Cobertura	127,96	114,74	73,88	92,1	96,77

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Tabela 26. Percentual de Cobertura Campanha Contra Influenza (Gripe) em 2012.

	Crianças	T. da Saúde	Gestante	Idosos	Total
Metas	185	95	92	963	1.335
Doses	258	99	107	899	1.362
Cobertura	139,46	104,21	116,3	93,35	102,02

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Tabela 27. Percentual de Cobertura Campanha Contra Influenza (Gripe) em 2013.

	Crianças	T. da Saúde	Gestante	Puérperas	Idosos	Total
Metas	212	119	106	17	997	1.451
Doses	268	118	98	17	879	1.380
Cobertura	126,42	99,16	92,45	100	88,16	95,11

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Quanto à imunização com a vacina da gripe, a meta proposta pelo Ministério da Saúde é de vacinar 80% da população alvo.

Conforme tabela acima o município de Luís Alves atingiu esta proposta, com exceção no ano 2011 onde não foi atingida a meta proposta no grupo das gestantes.

Tendo em vista a prevenção em 2014 também foi implantada a vacina quadrivalente contra o HPV para o sexo feminino. Trabalho este que se iniciou nas escolas onde se concentra essa faixa etária que inicialmente foi contemplada e atinge todas as meninas de 11 a 13 anos 11 meses e 29 dias.

Abaixo segue tabela com dados da vacina.

Tabela 28. Cobertura Vacinal Contra Hpv 1ª Dose

	11 anos	12 anos	13 anos	Total
População	84	84	73	241

Dose	105	90	106	301
Cobertura	125	107,14	145,21	124,9

Fonte: Programa Nacional de Imunização

Tabela 29. Cobertura Vacinal Contra Hpv 2ª Dose

	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	Total
População	42	84	73	46	245
Dose	49	78	86	53	266
Cobertura	116,67	92,86	117,81	115,25	108,57

Fonte: Programa Nacional de Imunização

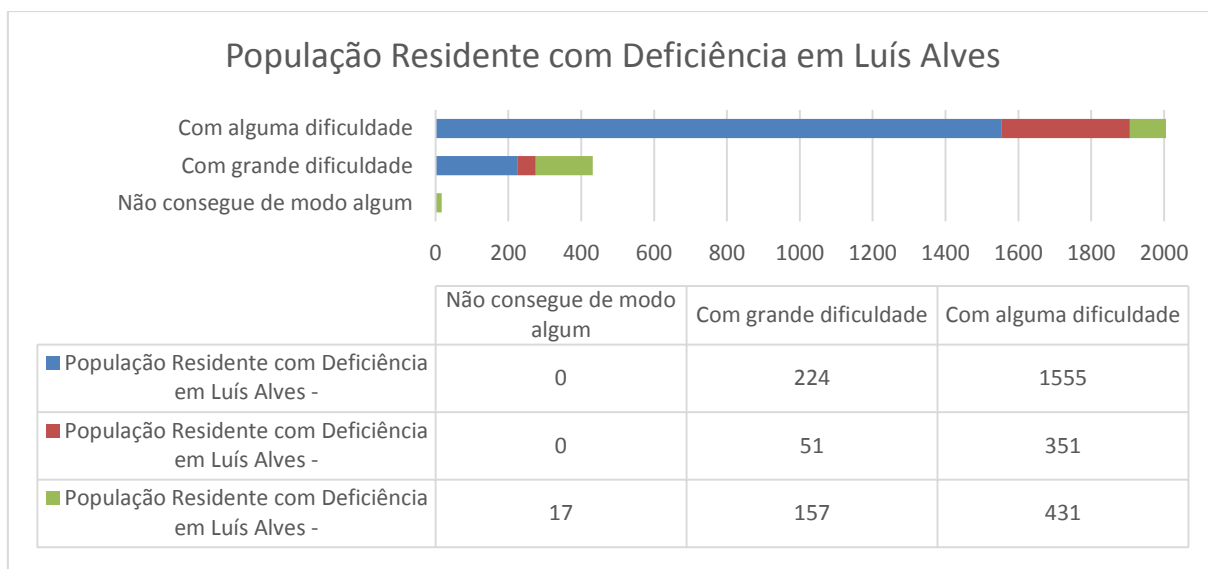
¹Para todos os Estados o denominador de 14 anos será 06/12 avos da população feminina da mesma idade

Na cobertura de Vacina contra o HPV, obtivemos grande êxito, superando as expectativas, deixando todas as meninas desta faixa etária imunizadas, já que esta vacina é muito importante e confere proteção para o HPV de baixo risco (6 e 11), e de alto risco (16 e 18), ela previne infecção pelos tipos virais presentes na vacina e consequentemente o câncer de colo de útero que hoje é uma das principais causas de morte por neoplasia entre as mulheres no Brasil.

4.7 ÍNDICE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA, MOTORA E MENTAL/INTELLECTUAL

O censo de 2010 foi o primeiro a incluir pessoas com deficiência para levantamento de dados. Referente a pessoas com deficiência em Luís Alves, 14,89% apresenta alguma dificuldade visual, 3,36% apresenta alguma dificuldade auditiva e 4,12% alguma dificuldade motora.

Gráfico 17



Fonte: IBGE, Censo 2010.

Já no que se refere a deficiência mental/intelectual, de acordo com o censo 0,84% da população Luís Alvensense apresenta esta deficiência em algum grau não avaliado pela pesquisa.

5. ANÁLISE EM RELAÇÃO A ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

5.1 Estrutura das Redes de Assistência

O município conta com cinco Unidades Básicas de Saúde, sendo todas elas contempladas com o Programa de Estratégia de Saúde da Família. Destas unidades, a unidade da Vila do Salto abrange duas estratégias, a unidade do Rio Canoas e do Rio do Peixe são abrangidas pela mesma Estratégia, as unidades do Baixo Máximo e do Serafim também são atendidas por uma única Estratégia.

5.1.1 Unidades Básicas

Unidade Básica de Saúde – Vila do Salto



A Unidade de Saúde Central, com 150,00m² de área construída e localizada à Rodovia SC 413, km 03, Vila do Salto. A Unidade conta com duas Equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF. Para o ano de 2015, há projeto para construção de um novo prédio para a ESF 004, que hoje divide espaço com a ESF 001 – Vila do Salto, para oferecer melhores condições de atendimento.

Áreas abrangidas pela *ESF 001*:

- Francisco Gesser, XV de novembro, 18 de Julho, Augusto Ruon, Otilia Schmitz, Pedro Mess, Padre Heribert Schmitz, Ricardo Volpi, Padre Fernando Susser, Braço Direito;

- Parte Rua Professor Simão Hess, José Kraisch, Osni Schmitz, Antonio Schmitz, Brás Meurer, Eduardo Hermes, Arnaldo A. Schmitz, Estefanio Rech, Amizade, Antonio Conradi, Parte Estrada Geral Dom Bosco;

- Vereador Crisostomo Gesser, Leopoldo Hess, Elizabeth Triewaeller, Carlos Schmitz, Marx Fritzke, Alaide Gesser, Ari Fritzke, Paulo F. Triewaeller;

- Parte Rua Professor Simão Hess, SC 413, 08 de Dezembro, 05 de novembro, Romilda Goedert, Angela Paolin, Modesto Tibolla, Jacques Spézia, Orlando Gesser;

- Av. Maria Marangoni, Zita Marangoni, Orlando Marangoni, 03 de Janeiro, João Marangoni, Padre Heriberto Schmitz, São Domingos, Egídio Weber, Adilson Weber, Hilda Weber, Litivina Weber, Parte Dom Bosco;

- Rua Nicolau Schmitz, Valentim Hess, Paulo Kraisch, Julio Grothe, Catarina Schmitz, André Leonardo Schmitz;

- Parte Dom Bosco, Pedro L. Hoffman, Baltazar Schmitz, Estrada Geral da Onça, Fratelli Signorelli, Nicolau Schmitz.

Áreas abrangidas pela *ESF 004*:

- Braço Elza;

- Braço Miguel;

- Braço Cumprido;

- Parte Crisóstomo Gesser, José A. Koeller, Parte SC 413, Carlos Erbs, Ribeirão do Padre, Braço Belga;

- Elizeu Schmitz, Baixo Máximo;
- Gabriel A. Muller, Aldo Lenoir, Ambrósio Zimmermann, Vitória Hess, Parte SC 413.

Esta Unidade desenvolve os serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo realizadas as seguintes atividades:

- ✓ atendimento médico
- ✓ atendimento odontológico
- ✓ vigilância epidemiológica
- ✓ serviço da mulher e da criança
- ✓ imunização
- ✓ teste do pezinho
- ✓ visitas domiciliares
- ✓ serviço de enfermagem
- ✓ apoio de programas de atenção básica, tais como: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, da criança, gestante, PACS, ESF, NASF.



Nesta Unidade há o atendimento de médica de média complexidade da área de Ginecologia. Por se localizar ao lado do Hospital, como a profissional trabalhava em ambos locais, foi possibilitado a mesma atender nesta Unidade ao invés de atender no Posto Central (que é o local destinado ao atendimento das especialidades). No entanto esta profissional não exerce mais nenhuma atividade no Hospital, mas continua o atendimento na mesma Unidade.

Unidade de Saúde Rio do Peixe – Posto de Saúde

Teve suas atividades iniciadas em 1991. Em 2004 foi construída uma nova sede, na Rua Faustino Martini - Estrada Geral de Rio do Peixe, com 187,50 m² de área construída. Abrange as localidades de:

- Rio do Peixe e Garuvinha;

- Laranjeiras e Garuva;
- Vila Nova e Parte de Boa Vista.

Realiza as seguintes atividades

- ✓ atendimento médico
- ✓ atendimento odontológico
- ✓ vigilância epidemiológica
- ✓ serviço da mulher e da criança
- ✓ imunização
- ✓ visitas domiciliares
- ✓ serviço de enfermagem
- ✓ apoio de programas de atenção básica, tais como: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, da criança, gestante, PACS, ESF, NASF.

Posto de Saúde Rio Canoas – Centro de Saúde/Unidade Básica

Iniciou suas atividades em 1991, tendo passado por reformas de ampliação em 2005. Está situado na Estrada Geral, s/n.º. - Rio Canoas. Abrange as localidades de:

- Parte do Baixo Canoas;
- Alto Freimann, Braço Arataca e Parte do Rio Canoas;
- Baixo Canoas, Parte de Rio Novo e Serrinha;
- Braço Gavião, Parte Rio Canoas.



Realiza as seguintes atividades

- ✓ atendimento médico
- ✓ vigilância epidemiológica
- ✓ serviço da mulher e da criança
- ✓ visitas domiciliares
- ✓ serviço de enfermagem

- ✓ imunização
- ✓ Apoio de programas de atenção básica, tais como: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, da criança, gestante, PACS, ESF, NASF.

As unidades de Rio do Peixe e Rio Canoas são abrangidas por uma mesma Estratégia Saúde da Família (ESF 003).

Posto de Saúde Ribeirão Máximo – Centro de Saúde/Unidade Básica

Iniciou suas atividades em 1991, tendo passado por reformas de ampliação em 2013. Com área física 108,60 m², está localizado na Estrada Geral, s/n.º. – Ribeirão Máximo. Atende exclusivamente a comunidade de Ribeirão Máximo.



Realiza as seguintes atividades

- ✓ atendimento médico
- ✓ imunização
- ✓ odontologia
- ✓ vigilância epidemiológica
- ✓ serviço da mulher e da criança
- ✓ visitas domiciliares
- ✓ serviço de enfermagem
- ✓ Apoio de programas de atenção básica, tais como: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, da criança, gestante, PACS, ESF, NASF.

Posto de Saúde Braço Serafim – Centro de Saúde/Unidade Básica

Teve suas atividades iniciadas em 1999, tendo também passado por reformas de ampliação em 2013. Está situada na Estrada Geral Paula Ramos, s/n.º. Braço Serafim. Abrange as localidades de:

- Braço Serafim;
- Ribeirão Bugre;
- Braço Paula Ramos;
- Santana;
- Braço Francês;
- Braço Costa;
- Braço Dauer e Braço Joaquim.



Realiza as seguintes atividades

- ✓ atendimento médico
- ✓ vigilância epidemiológica
- ✓ serviço da mulher e da criança
- ✓ visitas domiciliares
- ✓ serviço de enfermagem
- ✓ Apoio de programas de atenção básica, tais como: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, da criança, gestante, PACS, ESF, NASF.

Todas as Unidades de Saúde contam com recepção, sala de atendimento médico, sala de atendimento de enfermagem, sala para pré-consulta, sala de vacina, sala de atendimento odontológico, sala para reunião, sala de expurgo, almoxarifado, cozinha e banheiros.

As unidades de Ribeirão Máximo e Braço Serafim são abrangidas por uma mesma Estratégia Saúde da Família.

5.1.2 Ambulatório

Está estruturado no Posto Central onde presta atendimento nas Clínicas Básicas (Ortopedia, Vascular, Cirurgião Geral, Pediatria e Clínica Geral) e serviços de enfermagem, odontologia, psicologia e fonoaudiologia.

Além destas Unidades de Saúde que prestam atendimento pelo SUS, o município de Luís Alves dispõe de um laboratório bioclínicos – Unidade de Apoio, Diagnose e Terapia (SADT)/isolado – que, além do atendimento particular e convênios, realiza atividades de média complexidade pelo SUS. Sendo encaminhados para laboratórios de análises em Itajaí, devido à alta demanda de exames. A Prefeitura também compra serviços dos laboratórios de análises clínicas, bem como de Fisioterapia, atendendo a maior parte da demanda.

Tem atendimentos em outros municípios através do Consórcio da AMFRI. Assim como em acordo com outros municípios

Quanto à assistência particular e conveniada, Luís Alves dispõe de consultórios odontológicos, consultório de oftalmologia, de cardiologia/vascular, de angiologia, de Psicologia, de Fonoaudiologia, de nutrição e de ginecologia/obstetrícia, consultórios/clínicas de fisioterapia.

5.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

Devido ao número de estratégias cadastradas no município, o NASF é o perfil II, composto por três profissionais - Psicóloga, Fisioterapeuta e Nutricionista - com carga horária de 40 horas, mas desenvolvendo apenas 30 horas.

O Núcleo possui uma sala própria localizada dentro do Posto Central (Centro de Especialidades do Município). Os profissionais se dividem em atividades internas que realizam na sala própria e atividades de campo, nas próprias unidade, estando nestas, quatro dias por semana.

5.1.4 Atenção à Saúde Mental

A atenção à saúde mental no município é realizada pelas equipes de ESF com apoio do NASF e pela psicóloga clínica. A atenção através de CAPS é realizada pelo Centro de Balneário Piçarras. Tendo em vista o número de população de

ambas as cidades inferior ao preconizado pelo ministério para a construção de um CAPS, foi possível a união dos dois municípios para a implantação deste através de auxílio Estadual (CAPS regional). Desde 2012 os pacientes de Luís Alves são atendidos na cidade de Piçarras.

No entanto, não havendo matriciamento e contra referência dos pacientes, a continuidade de tratamento dentro do município torna-se defasada. Tendo em vista também, que Balneário Piçarras atingiu sua população mínima para ter um CAPS exclusivo, com aumento de sua demanda o município de Luís Alves também sente o impacto na atenção a seus pacientes.

Há alta demanda de paciente com queixas de ordem psíquica e comportamental no município, sendo os pacientes acompanhados pela psicóloga clínica, encaminhados ao CAPS e ou acompanhados pela ESF/NASF. No entanto devido à grande demanda, a fila de espera da psicóloga é extensa e não há um fluxo eficaz desses pacientes, assim como a dificuldade de acompanhamento dos pacientes que são encaminhados para atendimento fora do domicílio, há a necessidade de uma avaliação e implantação de uma Política Municipal de Saúde Mental.

5.1.5 Saúde Bucal

Todas as Unidade Básicas de Saúde contam com uma equipe de Saúde Bucal, composta por um Odontólogo e um Auxiliar de Saúde Bucal/Técnico de Saúde Bucal. Realizam ações dentro da Unidade e nas Escolas, através do Programa Saúde nas Escolas. Há também um odontólogo atuando no Posto Central com vistas a ampliar o atendimento à população, dificuldade de acesso da população ao posto de referência. Ainda no Posto Central é realizado o exame de raio X.

5.1.6 Assistência Fisioterapêutica

Nosso município não possui clínica própria de fisioterapia, apenas possui contrato com clínica terceirizada. Hoje devido à grande demanda de encaminhamentos e por haver necessidade de atendimento em longo prazo existe

uma grande fila de espera para atendimento, não conseguindo suprir toda a necessidade do município. Há também atendimentos que são realizados fora do domicílio na cidade de Itajaí em clínicas credenciadas pelo SUS. A maior parte é atendida pelo município, no entanto devido à alta demanda alguns são encaminhados para fora. Há previsão de que nos próximos anos os atendimentos sejam todos realizados pelo próprio município.

5.1.7 Assistência Hospitalar

O município possui um convênio com Hospital (Fundação Médica Hospitalar do Trabalhador Rural de Luís Alves – Hospital HOSCOLA), sendo este uma fundação que recebe apoio financeiro mensalmente do município, para pronto atendimento, uma vez que o município não tem pronto atendimento em sua rede de atenção à saúde.

5.1.8 Assistência Farmacêutica

Há a Farmácia Básica que atende toda a população. A mesma se localiza na estrutura do Posto Central, em frente a Secretaria da Saúde. As medicações de uso controlado são dispensados exclusivamente por esta farmácia, sendo a única do município que mantém profissional de Farmácia. O município tem 188 medicamentos essenciais padronizados pelo município e pelo estado e federação.

5.1.9 Referência de Média e Alta Complexidade

O município possui Consórcio Intermunicipal de Saúde com através da AMFRI, o que possibilita

Boa parte do recurso do município para consorcio é gasto com pacientes da oncologia, devido a quantidade de exames oferecidas pelo Estado não serem suficientes para suprir a demanda do município (Programa de alta complexidade de oncologia).

5.1.10 Programas Desenvolvidos e Sistemas Utilizados

O município desenvolve os seguintes programas: Estratégia Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa Saúde nas Escolas; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SISPrenatal; HlperDia; Saúde da Mulher; Sistema de Vigilância alimentar Nutricional - SISVAN; Programa de Combate ao Tabagismo; Saúde do homem; Programa de Controle da Tuberculose; Programa de Controle da Hanseníase; Programa de Imunização e; E-SUS.

Alguns dos programas citados, apesar de realizados, ainda não estão satisfatoriamente implementados, como o caso por exemplo do Programa de Tabagismo, Saúde do Homem, Saúde da Mulher. Havendo a necessidade de análise, discussão e planejamento acerca destes para seu efetivo desenvolvimento.

Há dificuldade na aquisição e transmissão de responsabilidades dentro da secretaria, uma vez que há muitas responsabilidades a serem assumidas, mas poucos profissionais para desempenha-las, assim como muitos profissionais desconhecem a amplitude de seu papel dentro do SUS, limitando seu trabalho, deixando de desempenhar funções de suma importância, por não considerar sua função. Isso afeta inclusive os programas a serem desenvolvidos, já que há necessidade de dispensação de tempo para planejar e executar.

5.1.11 Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam.

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral à saúde das pessoas por meio da promoção da saúde. Essa política objetiva promover a qualidade de vida, estimulando a população a reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver,

condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

5.1.12 Vigilância Epidemiológica

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

Os componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da atenção primária podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 1990).

Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/equipes, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

A vigilância da saúde do trabalhador caracteriza-se como um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

5.1.13 Vigilância Ambiental

A vigilância em saúde ambiental centra-se nos fatores não biológicos do meio ambiente que possam promover riscos à saúde humana: água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho.

6. GESTÃO DE SAÚDE

6.1 Planejamento:

Não há uma equipe de planejamento estruturada na secretaria da saúde que seja responsável pelas ações desta secretaria. A função é dividida entre os profissionais da secretaria de acordo com os projetos a serem desenvolvidos. O que gera dificuldades no desenvolvimento das mesmas, no acompanhamento das demandas e realização dos projetos, uma vez que não há uma equipe prioritária

para este trabalho, não havendo assim articulação efetiva entre planejamento e equipes. Apesar de não existir uma equipe estruturada, a maior parte deste trabalho fica a cargo do profissional responsável pelo Controle e Avaliação do Município.

6.2 Descentralização/regionalização:

Com o intuito de garantir à integralidade na assistência o Ministério da Saúde criou, através do decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, as regiões de saúde, essas regiões foram definidas e o município de Luís Alves faz parte da 9ª. Região de saúde, assim organizada dentro do Estado.

O intuito desta organização é deixar os serviços de saúde próximos ao paciente assim como os recursos orçamentários dentro da região.

Existe continuidade territorial entre os município que compõe a região de saúde, de modo a facilitar a coesão entre os entes federativos no planejamento regional integrado e na organização da rede de ações e serviços de saúde.

O município faz parte também da Comissão Intergestores Regionais que se constituem como foros permanente de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no SUS. Esta comissão se reúne uma vez ao mês, e discute dentro de um modelo de gestão compartilhada, onde enfatiza a construção coletiva consensual, e desta forma fortalece a governança neste espaço e prioriza a responsabilização dos entes, de modo que a tomada de decisão seja transparente, buscando o acesso integral a assistência à saúde. Também cabe a esta CIR a discussão dos Consórcios de Saúde. Os consórcios públicos de saúde são instrumentos de cooperação federativa e de execução de ações e serviços de forma regionalizada e é uma importante estratégia para o fortalecimento da regionalização, discutindo de forma coordenada. A prestação de ações e serviços de saúde de forma regionalizada significa ampliação da oferta e do acesso na região de saúde beneficiando e consolidando as redes.

As Redes de Atenção à Saúde, redes temáticas, foram organizadas a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos e doenças da população. São elas: Rede Cegonha, que o município já tem instituído no território e

referência para o município de Itajaí; Rede de Atenção Psicossocial que também já está instituído com referência no território e para o município de Balneário Piçarras; Rede de Atenção de Urgência e Emergência, no qual não está implantado na sua totalidade devido algumas peculiaridades específica da rede; Rede de Atenção as Doenças e Condições Crônicas, implantada no território e referência e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, implantada no território e referência.

O recomendado é que os municípios pactuem entre si, dentro da região, garantindo assim os serviços próximos ao paciente e forçando a introdução de novos serviço quando naquela região não houver. É através do termos de compromisso de gestão que se analisa as pactuações intergestores.

O Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal. O termo é analisado e pactuado anualmente, garantindo a continuidade das ações e serviços de saúde.

6.3 Financiamento:

O orçamento público dos governos federal, estadual, distrital e municipal compreende a previsão de todas as receitas que serão arrecadadas dentro de determinado exercício financeiro e a fixação de todos os gastos (despesas) que os governos estão autorizados a executar. A elaboração do orçamento público é obrigatória e tem periodicidade anual

Os blocos de financiamento dos Sistema Único de Saúde correspondem: Recursos da União, custeio e investimento, que deverá ser apresentada de acordo com os seguintes blocos de financiamentos: Assistência; Atenção Básica, Piso de Atenção Básica Variável, Programa de Agentes Comunitários de Saúde – ACS; o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF; PAB Fixo; Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade – PMAQ e Programa Saúde na Escola; Programa Saúde Bucal e a Estratégia Saúde da Família.

O município recebe recursos de investimentos, nesses últimos anos para estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde e incentivo pra construção de polo de academia da saúde, esta última em fase de construção.

O bloco da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, recebe um teto designado para o pagamento das internações e serviços ambulatoriais realizado no hospital e laboratório de análises clínicas credenciado ao SUS.

Já o bloco da Vigilância em Saúde é designado para incentivos pontuais para ações de serviços de vigilância em saúde IPVS; para o piso fixo de vigilância em saúde (PFVS), piso fixo de vigilância sanitária - parte ANVISA, piso fixo de vigilância sanitária parte - fns e o programa de qualificação das ações de vigilância em saúde (PVVS).

Os recursos do município também deverão ser apresentados de acordo com os blocos de financiamento apresentados acima. Os valores da Estratégia saúde da Família (ESF), ACS, NASF, são designados quase na sua totalidade para folha de pagamento.

O município de Luís Alves aplica na atenção à saúde, um percentual correspondente a 22,07%, com isso apresenta-se acima dos 15% do mínimo preconizado pela Emenda Constitucional (EC-29). As receitas realizadas no exercício corresponde a um acréscimo de 8,3% em relação aos anos de 2013, e anos anteriores. O município faz contra partida em todos os programas apresentados podendo esses, apresentar variações.

6.4 Participação Social:

Nosso município conta com o Conselho municipal de assistência social, conselho da criança e do adolescente. Os conselhos são atuantes, sempre que necessário entrando em contato com a secretaria da saúde, sendo esta responsável pelos contatos com as equipes de atenção básica. Com o conselho municipal de educação ainda não há a articulação que satisfaça todas as necessidades do trabalho.

O conselho municipal de Saúde reúne mensalmente toda última segunda feira do mês. É responsável pela conferência municipal de saúde ocorreu em 2011 com efetiva participação social da comunidade. A próxima conferência está marcada para 2015. Em 2013 foi solicitado às equipes de atenção básica que junto as comunidade instituíssem os conselhos locais de saúde.

Diretrizes e Estratégias 2014-2017

OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIS ALVES:

QUADRIENIO: 2014 - 2017

OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

OBJETIVO 1: FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

DIRETRIZ 1: CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

METAS	PERÍODO
Incrementar e ampliar os Serviços Complementares de Diagnósticos.	2014 – 2017
Propiciar ações Educativas e de Assistência Ambulatorial.	2014 – 2017
Manutenção dos serviços de Pronto Atendimento.	2014 – 2017
Incrementar e respaldar os serviços de Pronto Atendimento.	2014 – 2017
Manutenção das Ações de Assistência Farmacológica.	2014 – 2017
Divisão e equiparação da unidade de saúde Vila do Salto para abranger apenas uma ESF.	2014 – 2017
Promover a conversão do modelo de atenção primária tradicional para a abordagem de saúde da família.	2014 – 2017
Aperfeiçoar os processos de trabalho das ESF pela capacitação permanente.	2014 – 2017
Implantar o programa de Saúde do Trabalhador.	2014 – 2017
Melhorar os programas de atenção à saúde já existentes	2014 – 2017
Estabelecer a referência e a contra referência da rede de atendimento ao usuário, na lógica da poli hierarquização.	2014 – 2017

DIRETRIZ 4: ESTRUTURAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

METAS	PERÍODO
Atingir o índice de 100% de cadastramento da população na Estratégia da Saúde da Família.	2014 – 2017
Aumentar o número de profissionais da ESF Rio do Peixe e Rio Canoas, Serafim e Máximo.	2014 – 2017
Capacitar 100% dos novos profissionais a serem integrados nas equipes.	2014 – 2017
Garantir a educação continuada.	2014 – 2017
Estimular os profissionais das ESF ao uso de ferramentas como o Telessaúde e Medicina Baseada em Evidências (BEM).	2014 – 2017
Capacitar os médicos sobre a atuação do Profissional médico na Estratégia Saúde da Família	2014 – 2017
Capacitar os médicos sobre os protocolos municipais	2014 – 2017

OBJETIVO 2: QUALIFICAR OS PROGRAMAS E AÇÕES DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE

Diretriz 1: APRIMORAR AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

METAS	PERÍODO
Realizar primeira consulta e/ou visita domiciliar até 7º dia de vida a 80% dos RN residentes no município.	2014 – 2017
Implantar política de amamentação em 100% das unidades de saúde.	2014 – 2017
Promover capacitação na área da saúde da criança dirigida aos profissionais da ESF.	2014 – 2017
Promover integração entre os médicos da ESF e o pediatra da rede.	2014 – 2017
Adquirir e manter equipamentos para puericultura.	2014 – 2017
Prestar assistência a toda criança de 5 a 12 anos,	2014 – 2017

obedecendo protocolos.	
Garantir o atendimento especializado em pediatria.	2014 – 2017
Manter índice de cobertura vacinal.	2014 – 2017
Garantir recursos humanos capacitados sistematicamente a fim de proceder com habilidade técnica todas as atividades referentes à sala de vacina.	2014 – 2017
Monitorar e dar assistência as crianças nas creches existentes no município.	2014 – 2017
Garantir o acesso à assistência hospitalar de referência.	2014 – 2017

Diretriz 2: FORTALECER AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

METAS	PERÍODO
Realizar e promover ações educativas com as equipes e usuários visando à incorporação da prática de atividade física regular.	2014 – 2017
Realizar capacitação para atualização dos profissionais das ESFs em atividade física, visando a prevenção de doenças e promoção da saúde.	2014 – 2017
Criar os pólos de atividade física nos bairros.	2014 – 2017
Implantar a academia de saúde popular no município, visando a incorporação da prática de atividade regular em todas as faixas etárias.	2014 – 2017
Implantar Grupos de Coluna através de NASF e ESFs	2014 – 2017
Manter as modalidades de atividade física como a capoeira e o karatê, assim como a dança para a terceira idade.	2014 – 2017

Diretriz 3: QUALIFICAR A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

METAS	PERÍODO
Captar precocemente as gestantes no primeiro trimestre.	2014 – 2017
Garantir referência e contra referência nos	2014 – 2017

encaminhamentos das gestantes de alto risco.	
Garantir consulta de puerpério até o 45º dia após o parto das gestantes acompanhadas.	2014 – 2017
Oferecer consulta pediátrica pré-natal por volta da 34ª Semana gestacional.	2014 – 2017
Garantir a realização dos exames complementares de pré-natal preconizados pelo MS.	2014 – 2017
Manter o sistema de informação SISPRENATAL.	2014 – 2017
Realizar capacitação dos profissionais que atuam na realização do pré-natal.	2014 – 2017
Aprimorar o atendimento a gestante adolescente em todas as ESFs.	2014 – 2017
Intensificar a vacinação contra tétano durante o período gestacional.	2014 – 2017
Capacitar a rede para detecção precoce dos casos de sífilis e HIV na gestante.	2014 – 2017
Manter o atendimento odontológico as gestantes.	2014 – 2017
Propiciar assistência humanizada em todo pré-natal.	2014 – 2017
Realizar busca ativa das gestantes.	2014 – 2017
Realização de Curso de Gestante	2014 – 2017
Implantar a consulta do cônjuge/parceiro junto ao pré-natal.	2014 – 2017

Diretriz 4: FORTALECER O PLANEJAMENTO FAMILIAR

METAS	PERÍODO
Estabelecer o fluxo de referência e contra referência entre os serviços de planejamento familiar.	2014 – 2017
Implementar o planejamento familiar nas unidades de saúde.	2014 – 2017
Criar estratégias específicas para a redução da gravidez indesejada na adolescência e na fase adulta.	2014 – 2017

Disponibilizar na rede de saúde os métodos contraceptivos	2014 – 2017
Realizar capacitação profissional dos profissionais das ESF quanto ao planejamento familiar.	2014 – 2017

Diretriz 5: FORTALECER AS AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

METAS	PERÍODO
Implementar o Grupo de Trabalho Inter setorial - GTI do Programa Saúde Nas Escolas	2014 – 2017
Realizar articulação com a Secretaria da Educação para a formação do GTI e ações do PSE.	2014 – 2017
Planejar e desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde conforme os temas abordados pelo Ministério dentro do Programa Saúde nas Escolas	2014 – 2017

Diretriz 6: FORTALECER AS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

METAS	PERÍODO
Manter o serviço de referência em radiologia odontológica.	2014 – 2017
Manter adequada a área física e equipamentos conforme critérios dos órgãos competentes para atendimento nas unidades de saúde.	2014 – 2017
Manter a ação nas escolas com cobertura de 100% quanto a ação coletiva de escovação supervisionada.	2014 – 2017
Realizar módulos de educação permanentes.	2014 – 2017
Manutenção das ações já existentes.	2014 – 2017
Ofertar ações de saúde bucal no idoso.	2014 – 2017
Capacitar os profissionais da odontologia para atendimento a pacientes com deficiência	2014 – 2017
Manter o serviço de referência e contra referência através das ações do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	2014 – 2017

Diretriz 7: REESTRUTURAR O MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

METAS	PERÍODO
Implantar o programa de saúde mental, com definição dos fluxos e criação de protocolos.	2014 – 2017
Consolidar parceria com o município de Balneário de Piçarras referência em atenção psicossocial CAPS	2014 – 2017
Capacitar as equipes de saúde para atendimento de casos de transtorno mental.	2014 – 2017
Implantar matriciamento em Saúde Mental com CAPS e profissionais da Rede de Saúde do Município	2014 – 2017
Adequar sistema de armazenamento e manipulação de dados para a saúde mental com informações técnicas e gerenciais.	2014 – 2017
Pactuar leitos psiquiátricos com hospitais gerais locorregionais.	2014 – 2017
Divulgar a política de saúde mental e a proposta da reforma psiquiátrica, em conferências e fórum de saúde municipal.	2014 – 2017
Aumentar o número de profissionais psicólogos	2014 – 2017

Diretriz 8: FORTALECER AÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO

METAS	PERÍODO
Capacitar 100% dos profissionais em saúde do idoso.	2014 – 2017
Criar e implantar o protocolo de atenção à saúde do idoso.	2014 – 2017
Garantir o acolhimento preferencial ao idoso em situação de vulnerabilidade nas unidades de saúde.	2014 – 2017
Sensibilizar os profissionais de saúde para o uso da caderneta de saúde do idoso em todas as unidades de saúde.	2014 – 2017
Atingir e garantir a cobertura vacinal igual ou maior que	2014 – 2017

90%.	
Capacitar as equipes para utilização de instrumentos de avaliação do risco funcional dos idosos.	2014 – 2017
Implantar em todas as unidades de ESFs os grupos de educação em saúde para idosos hipertensos e diabéticos.	2014 – 2017
Implantação em conjunto com Assistência Social do Conselho Municipal do Idoso	2014 – 2017

Diretriz 9: FORTALECER AS AÇÕES DO PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

METAS	PERÍODO
Criar sala de fisioterapia para aumentar o atendimento à população e redução de gastos com convênios	2014 – 2017

OBEJTIVO 3. FORTELCER OS NÍVEIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Diretriz 1: QUALIFICAR A ATENÇÃO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE E CONSOLIDAR O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL

METAS	PERÍODO
Utilizar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais.	2014 – 2017
Reestruturar a organização da fila de espera da média e alta complexidade.	2014 – 2017
Manter o encaminhamento de 100% dos processos de TFD da população no município.	2014 – 2017
Estabelecer e negociar critérios para quantificação das cotas de exames e consultas especializados.	2014 – 2017
Manutenção do consórcio intermunicipal de saúde, como forma de instrumentalizar o município para a oferta de serviços complementares de saúde.	2014 – 2017
Adequar a infraestrutura do departamento de controle e	2014 – 2017

avaliação com médico regulador seguindo os protocolos MS	
Capacitar os profissionais da auditoria	2014 – 2017
Garantir a equidade no acesso à média e alta complexidade.	2014 – 2017

Diretriz 2: FORTALECER O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

METAS	PERÍODO
Manter o convênio entre prefeitura e hospital, para o pronto atendimento.	2014 – 2017
Melhorar e disponibilizar equipamentos para ações de urgência emergência.	2014 – 2017
Manter pactuação com o serviço de atendimento móvel de urgência SAMU192 loco regional.	2014 – 2017
Manter a pactuação com os hospitais regionais para a retaguarda hospitalar das urgências.	2014 – 2017
Capacitar os motoristas que atuam nas ambulâncias municipais no serviço de urgência.	2014 – 2017

OBJETIVO 4: QUALIFICAR A ASSISTENCIA FARMACÊUTICA E FACILITAR O ACESSO AOS INSUMOS ESTRATÉGICOS

Diretriz 1: ORGANIZAR A GESTÃO DE MEDICAMENTOS COM BASE NO USO RACIONAL

METAS	PERÍODO
Atualizar periodicamente a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos).	2014 – 2017

Diretriz 2: GARANTIR A VIABILIDADE TÉCNICA E GERENCIAL DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA.

METAS	PERÍODO
--------------	----------------

Discutir e aprovar atribuições de cada nível e setor da secretaria municipal de saúde quanto ao gerenciamento da assistência farmacêutica.	2014 – 2017
Estruturar e garantir as condições técnicas e de pessoas para o controle de estoque de medicamentos.	2014 – 2017

Diretriz 3. ADEQUAR OS INSTRUMENTOS NORMATIVOS OPERACIONAIS

METAS	PERÍODO
Organizar, discutir e implantar um ato normativo sobre gestão, uso e controle de medicamentos.	2014 – 2017
Organizar e implantar os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) sobre a distribuição de medicamentos e recebimentos.	2014 – 2017
Promover a implantação e o aperfeiçoamento do sistema informatizado de controle de estoque.	2014 – 2017
Apoiar e promover a capacitação de pessoal para utilização do sistema informatizado.	2014 – 2017
Sistematizar os pedidos de medicação das Unidade de Saúde	2014 – 2017
Designar profissional para a entrega das medicações nas unidades	2014 – 2017

Diretriz 4. FOMENTAR OS PROGRAMAS DE POLITICA NACIONAL DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

METAS	PERÍODO
Manter a informação de beneficiários que recebem medicamentos excepcionais da secretaria de Estado da Saúde.	2014 – 2017

Diretriz 5. IMPLANTAR PROGRAMAS DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTO

METAS	PERÍODO
--------------	----------------

Realizar ações sobre o uso racional de medicamentos	2014 – 2017
---	-------------

COM RELAÇÃO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

OBJETIVO 5. INTENSIFICAR AS AÇÕES DE CARÁTER PREVENTIVO, CURATIVO E DE VIGILANCIA INDIVIDUAIS E COLETIVOS.

Diretriz 1: REDUZIR A MORBI-MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

METAS	PERÍODO
Manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de 9,0/1.000.	2014 – 2017
Reduzir a taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda < de 5 anos.	2014 – 2017
Reduzir a mortalidade neonatal.	2014 – 2017
Reduzir a prevalência de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade.	2014 – 2017
Garantir a avaliação da puérpera e RN até o 10º dia de vida.	2014 – 2017
Garantir o acesso a puericultura aos RN residentes no município.	2014 – 2017

Diretriz 2: EFETIVAR O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E DE MAMA

METAS	PERÍODO
Realizar a capacitação dos profissionais que atuam na realização do exame de preventivo de CA de mama e colo do útero.	2014 – 2017
Elaborar material educativo sobre exame clínico de mamas e coleta de Papanicolau para as unidades de saúde.	2014 – 2017
Aumentar a oferta de exames preventivos do câncer do colo uterino e mama em mulheres de 25 a 59 anos.	2014 – 2017
Garantir que as informações do SISMAMA E SISCOLO sejam atualizadas conforme protocolo MS.	2014 – 2017
Adequar todas as unidades de saúde para a realização do	2014 – 2017

exame Papanicolau.	
Fortalecer o fluxo de referência e contra referência entre os serviços, nos casos de achado patológico.	2014 – 2017

Diretriz 2: EFETIVAR O CONTROLE DO CÂNCER DE BRÔNQUIOS E PULMÃO

METAS	PERÍODO
Elaborar material educativo sobre câncer de brônquios e pulmão	2014 – 2017
Fortalecer o Programa de Combate ao Tabagismo	2014 – 2017
Fortalecer o fluxo de referência e contra referência entre os serviços	2014 – 2017

Diretriz 3. AMPLIAR A PREVENÇÃO DE DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS

METAS	PERÍODO
Manter a cobertura vacinal da BCG-ID (< 1 ano) em 100% do subgrupo populacional.	2014 – 2017
Manter a cobertura vacinal da Hepatite B (< 1 ano) em 100% do subgrupo populacional.	2014 – 2017
Manter a cobertura vacinal da vacina para Poliomielite (calendário básica) em 100% do subgrupo populacional.	2014 – 2017
Manter a cobertura vacinal da Tetravalente (<1ano) em 100% do subgrupo populacional.	2014 – 2017
Elevar a cobertura vacinal da população com 60 anos e mais, contra Influenza para 90% do subgrupo populacional.	2014 – 2017
Manter a cobertura vacinal adequada da Tríplice Viral em 100% do subgrupo populacional.	2014 – 2017
Imunizar 100% das gestantes que fazem pré-natal na Rede Pública.	2014 – 2017
Investigar 100% dos casos registrados de eventos adversos graves pós-vacinação.	2014 – 2017

Manter as salas de vacinas nas unidades de saúde.	2014 – 2017
---	-------------

Diretriz 4: AMPLIAR A PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS

METAS	PERÍODO
Elevar para 95% os casos encerrados oportunamente	2014 – 2017
Elevar para 100% as doenças exantemáticas investigadas adequadamente.	2014 – 2017
Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para 100% dos casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA.	2014 – 2017
Consolidar a referência para diagnósticos laboratorial de 100% dos casos registrados de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) – percentual pactuado (80%) dos casos investigados laboratorialmente.	2014 – 2017
Encerrar 80% dos casos de meningite bacteriana por critério laboratorial – cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.	2014 – 2017
Aumentar para 70% o número de unidades notificantes, envolvendo os serviços privados.	2014 – 2017
Realizar notificação de 90% dos casos registrados de sarampo, com envio semanal de notificação positivas ou negativas por unidade notificante.	2014 – 2017
Implantar a monitoração das Doenças Diarreicas Agudas.	2014 – 2017

Diretriz 5: CONSOLIDAR A VIGILANCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

METAS	PERÍODO
Atentar para novos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial para cadastramento no HIPERDIA.	2014 – 2017
Reduzir a proporção de internações por complicações de Diabetes Mellitus.	2014 – 2017

Reduzir a taxa de internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva.	2014 – 2017
Reduzir a taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC).	2014 – 2017
Realizar vigilância (notificação e investigação) das doenças e agravos não transmissíveis.	2014 – 2017
Realizar vigilância (notificação e investigação) das violências.	2014 – 2017
Realizar vigilância do programa do tabagismo.	2014 – 2017
Criar ações de atividade física orientada.	2014 – 2017

Diretriz 6: AMPLIAR A PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS CRÔNICAS

METAS	PERÍODO
Taxa de cobertura de casos de hanseníase de 95%.	2014 – 2017
Taxa de cura dos casos de tuberculose bacilífera de 80%.	2014 – 2017
Realizar notificação de 100% dos casos de sífilis em gestantes.	2014 – 2017
Atender todas as crianças exposta ao HIV.	2014 – 2017
Realizar campanhas informativas sobre formas de prevenção do HIV/AIDS e outras DST, para a população em geral do município de Luís Alves por meio de mídia.	2014 – 2017
Reduzir a transmissão vertical de sífilis em 3% ao ano.	2014 – 2017
Alcançar taxa de transmissão vertical do HIV de 2%.	2014 – 2017
Realizar 2 testagens para HIV em 95% das gestantes atendidas na rede pública.	2014 – 2017
Realizar testagem para sífilis (VDRL) em 100% das mulheres no momento do parto ou aborto.	2014 – 2017
Garantir acompanhamento das crianças expostas às Hepatites virais.	2014 – 2017
Garantir e ampliar o acesso ao diagnóstico e assistência	2014 – 2017

das DST/HIV/AIDS.	
Implantar testes rápidos	2014 – 2017
Criar protocolo interno para aplicação de testes rápidos	2014 – 2017

3. COM RELAÇÃO A VIGILANCIA EM SAUDE

OBJETIVO 1: FORTALECER A GESTÃO DE VIGILANCIA EM SAÚDE, NO QUE SE REFERE A VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, EPIDEMIOLOGIA, SANITÁRIA, AMBIENTAL E DE SAÚDE DO TRABALHADOR, DE FORMA A AMPLIAR A SUA CAPACIDADE DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

Diretriz 1: QUALIFICAR A GESTÃO DA VIGILANCIA EM SAÚDE

METAS	PERÍODO
Aprimorar os sistemas de informação da Vigilância em Saúde.	2014 – 2017
Aprimorar a comunicação entre os sistemas de informações (controle e Avaliação) e a Rede Municipal de Saúde.	2014 – 2017
Desenvolver indicadores de desempenho.	2014 – 2017
Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde.	2014 – 2017

Diretriz 2: PRIORIZAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

METAS	PERÍODO
Dispensar 100% dos alvarás sanitários.	2014 – 2017
Dispensar 100% das licenças sanitárias.	2014 – 2017
Manter 100% o cadastramento de estabelecimentos não licenciados.	2014 – 2017
Atender 100% das denúncias recebidas.	2014 – 2017
Realizar 100% das ações do piso estratégico.	2014 – 2017
Participar da discussão do Código de Vigilância Sanitária	2014 – 2017

para que fique dentro dos parâmetros federais e estaduais	
---	--

Diretriz 3. FORTALECER AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

METAS	PERÍODO
Elaborar material didático informativo.	2014 – 2017
Manter veículo da vigilância em saúde.	2014 – 2017
Capacitação e treinamento para fiscais sanitaristas em ações do Piso Estratégico.	2014 – 2017
Manter espaço físico adequado.	2014 – 2017

Diretriz 4. CONSOLIDAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA

METAS	PERÍODO
Realizar monitoramento dos sistemas de abastecimento água, conforme normativa	2014 – 2017
Operacionalizar a análise da água em laboratório credenciado, buscando o cumprimento da Portaria 518 MS	2014 – 2017

Diretriz 5. FORTALECER O PROGRAMA DE COMBATE AS ENDEMIAS

METAS	PERÍODO
Cadastrar o profissional de combate as endemias.	2014 – 2017
Inspecionar redes de armadilhas em todo o município.	2014 – 2017
Fortalecer o programa de combate as endemias.	2014 – 2017
Adequar os recursos materiais às necessidades do programa.	2014 – 2017
Articular com os demais setores e regionais de saúde o cumprimento das medidas de combate e atividades educativas.	2014 – 2017
Realizar atividades de educação permanente.	2014 – 2017

Diretriz 6: QUALIFICAR A ANÁLISE E DIVULGAÇÃO DAS ESTÁTISTICAS VITAIS E INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

METAS	PERÍODO
Manter a notificação dos recém-nascidos de risco.	2014 – 2017
Manter a remessa regular do Sistema de Informações de Mortalidade para o banco de dados da regional de saúde.	2014 – 2017
Manter a cobertura do SIM em 100%.	2014 – 2017
Investigar 100% dos óbitos fetais e neonatais.	2014 – 2017
Elaborar informes epidemiológicos.	2014 – 2017
Realizar atividades de educação permanente sobre o SIM para os profissionais médicos.	2014 – 2017

Diretriz 7: FORTALECER O CONTROLE DE TABAGISMO E ALCOOLISMO

METAS	PERÍODO
Estender e descentralizar o Programa de Combate ao Tabagismo.	2014 – 2017
Implementar as ações do Programa de Combate ao Tabagismo conforme diretrizes do ministério da Saúde	2014 – 2017
Elaborar protocolo do Programa de Combate ao Tabagismo	2014 – 2017
Realizar ações educativas de combate ao tabagismo e de promoção de ambientes livres de fumo.	2014 – 2017
Implantar práticas que auxiliem no combate ao alcoolismo.	2014 – 2017
Implantar ações em conformidade com a política nacional de álcool, crack e outras drogas	2014 – 2017

Diretriz 8: FORTALECER AÇÕES DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

METAS	PERÍODO
Implantar os protocolos de terapia nutricional ambulatorial e	2014 – 2017

domiciliar, tanto para adultos quanto para crianças.	
Manter parceria com a assistente social, para avaliação e acompanhamento de todos os casos que necessitem de terapia nutricional especializada.	2014 – 2017
Desenvolver grupos de educação em saúde através de NASF e ESFs.	2014 – 2017
Realizar oficinas de saúde como: aproveitamento integral do alimento, incentivo ao aleitamento materno, vigilância do peso.	2014 – 2017
Manter atualizado material educativo relacionados a nutrição (alimentação saudável, diabetes, hipertensão, baixo peso, obesidade, aleitamento materno).	2014 – 2017
Criar novos materiais educativos sobre introdução da alimentação complementar, alimentação na gestação, anemia e constipação.	2014 – 2017
Manter a cobertura de gestantes e crianças até 7 anos atendidas nas unidades de saúde do SISVAN.	2014 – 2017
Investigar e acompanhar 100% dos casos de criança de 28 dias a 5ª nos notificados por desnutrição grave.	2014 – 2017
Aumentar a cobertura das condicionantes da saúde no Programa Bolsa Família, gradativamente a cada ano.	2014 – 2017
Promover continuamente capacitação dos profissionais de saúde sobre SISVAN e condicionantes da saúde no Programa Bolsa Família.	2014 – 2017

Diretriz 9: FORTALECER AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

METAS	PERÍODO
Desenvolver atividades de educação permanente em saúde do trabalhador aos profissionais da rede.	2014 – 2017
Implantar o Programa de Saúde do Trabalhador	2014 – 2017
Desenvolver ações educativas para a minimização de riscos ocupacionais.	2014 – 2017
Elaborar e implantar protocolo de investigação dos	2014 – 2017

acidentes de trabalho.	
Realizar investigação de 100% das comunicações de acidente de trabalho (CATs).	2014 – 2017

Diretriz 10: FORTALECER AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE

METAS	PERÍODO
Desenvolver capacitação para os profissionais das unidades de saúde.	2014 – 2017
Desenvolver campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para tuberculose.	2014 – 2017
Realizar investigação de 100% dos casos novos TB.	2014 – 2017
Cadastrar 100% dos pacientes no programa e atualizar mensalmente o acompanhamento dos casos.	2014 – 2017
Adotar as recomendações preconizadas no manual de controle da tuberculose do ministério da saúde.	2014 – 2017

Diretriz 11: FORTALECER AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA HANSENÍASE

METAS	PERÍODO
Desenvolver campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para hanseníase.	2014 – 2017
Desenvolver capacitação para os profissionais das unidades de saúde.	2014 – 2017
Realizar investigação de 100% dos casos novos de hanseníase e vigilância dos contatos.	2014 – 2017
Cadastrar 100% dos pacientes no programa e atualizar mensalmente o acompanhamento dos casos.	2014 – 2017
Adotar as recomendações preconizadas no manual de controle da hanseníase do ministério da saúde.	2014 – 2017

4. GESTÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Objetivo 1: APRIMORAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO, ESTRUTURANDO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM TODOS OS SEUS NÍVEIS DE ATUAÇÃO DE ACORDO COM A REALIDADE DO PACTO PELA SAÚDE. IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE E DO SUS; ASSEGURAR E AMPLIAR A DESTINAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS PRÓPRIOS PARA INVESTIMENTO E CUSTEIO DAS AÇÕES DE SAÚDE E BUSCAR OUTRAS FONTES DE RECURSOS PARA INVESTIMENTOS E PROMOVER A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE.

Diretriz 1: QUALIFICAR O PLANEJAMENTO E PROMOÇÃO

METAS	PERÍODO
Atualizar desenho da estrutura organizacional da secretaria.	2014 – 2017
Fortalecer as ações de comunicação e marketing.	2014 – 2017
Consolidar o monitoramento da programação do Fundo Municipal de Saúde.	2014 – 2017

Diretriz 2: QUALIFICAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO

METAS	PERÍODO
Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas MS.	2014 – 2017
Informatizar 100% das unidades de saúde.	2014 – 2017
Agilizar a alimentação das bases de dados Nacionais.	2014 – 2017
Implantar sistema informatizado de saúde municipal SISREG municipal.	2014 – 2017
Implantar o E-SUS	2014 – 2017
Estruturar o arquivamento dos documentos públicos da SMS.	2014 – 2017

Qualificar a alimentação do SIAB e demais sistemas de informações.	2014 – 2017
Descentralizar e qualificar o gerenciamento dos sistemas de informação em saúde.	2014 – 2017
Manter atualizado o conteúdo do site da prefeitura municipal.	2014 – 2017

Diretriz 3: FORTALECER A TERRITORIALIZAÇÃO

METAS	PERÍODO
Revisar e redefinir a subdivisão territorial do município e as micro áreas, em conjunto com as demais secretarias, sempre que houver necessidade	2014 – 2017
Atingir a cobertura de 100% do cadastro das famílias do município	2014 – 2017
Garantir a plotagem dos mapas atualizados para as unidades de ESF	2014 – 2017

Diretriz 4: AMPLIAR O FINANCIAMENTO EM SAÚDE

METAS	PERÍODO
Buscar e divulgar linhas de financiamento de projetos de desenvolvimento em saúde	2014 – 2017
Estimular a criação de projetos de políticas pública para o fortalecimento da gestão em saúde no município	2014 – 2017

Diretriz 5: QUALIFICAR OS PROCESSOS PRODUTIVOS

METAS	PERÍODO
Estruturar e implantar programa de manutenção preventiva.	2014 – 2017
Estruturar e implantar o programa de suprimento e controle de estoque.	2014 – 2017
Elaborar manual normativo das rotinas e ações	2014 – 2017

programadas dos setores.	
Garantir o apoio logístico aos eventos internos promovidos pela SMS.	2014 – 2017
Qualificar em gestão em todos os níveis, desde as chefias até as equipes de profissionais, de forma a criar uma concepção de eficiência, eficácia e efetividade nas ações administrativas.	2014 – 2017

Diretriz 6: CONSOLIDAR A GESTÃO DO TRABALHO

METAS	PERÍODO
Implantar o ponto biométrico digital em todas as unidades e secretaria de saúde	2014 – 2017
Formular e implantar o plano de carreiras, cargos e salários, considerando as diretrizes nacionais para o SUS	2014 – 2017
Aperfeiçoar os processos de monitoramento, controle e avaliação para a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde.	2014 – 2017
Promover e desenvolver políticas de gestão de trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.	2014 – 2017

DIRETRIZ 7: RECURSOS HUMANOS E REORGANIZAÇÃO DO QUADRO PESSOAL

METAS	PERÍODO
Realização do Concurso Público para contratação de novos profissionais	2014 – 2017
Implantação de Plano de Cargos e Salários	2014 – 2017
Ampliar o quadro de profissionais	2014 – 2017
Reestruturação do quadro funcional e suas respectivas atribuições	2014 – 2017

Ampliar o número de profissionais do setor de controle e avaliação	2014 – 2017
Readequação salarial	2014 – 2017
Criação de cargo e contratação de profissional para assistência técnica (informática)	2014 – 2017
Criação de fluxo e organograma da Secretaria da Saúde	2014 – 2017
Criação de setor de planejamento	2014 – 2017
Contratação de profissionais para planejamento	2014 – 2017
Adquirir novos uniformes	2014 – 2017
Instalação de máquina de cartão ponto em todas as Unidade de Saúde	2014 – 2017
Instalação de Recursos Humanos próprio da Secretaria da Saúde	2014 – 2017
Contratação de profissional para divisão do setor de Controle de Frotas e Agendamento	2014 – 2017
Contratação de uma recepcionista para ESF 003 (Rio do Peixe e Rio Canoas)	2014 – 2017
Contratação de Agente Comunitária	2014 – 2017
Contratação de Técnica de Enfermagem para ESF Serafim e Máximo	2014 – 2017

DIRETRIZ 8: FORTALECER A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

METAS	PERÍODO
Formular e implantar a política de educação permanente em saúde, pautada nas diretrizes nacionais.	2014 – 2017
Garantir a capacitação técnica e treinamento periódico dos profissionais, a partir do levantamento das necessidades e outras demandas.	2014 – 2017
Implantar a biblioteca da SMS.	2014 – 2017
Estabelecer parcerias com outros órgãos governamentais e	2014 – 2017

não governamentais para estimular, preservar e disseminar a produção de conhecimentos na área da saúde.	
Articular e desenvolver atividades de educação popular em saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.	2014 – 2017
Utilizar os diversos meios de comunicação para a educação popular.	2014 – 2017
Promover cursos básicos de vigilância em saúde para os profissionais da atenção primária em saúde.	2014 – 2017

DIRETRIZ 9: MELHORIAS NA INFRAESTRUTURA E TRANSPORTE

METAS	PERÍODO
Manutenção do Centro de Saúde.	2014 – 2017
Construção da Unidade de Saúde do Rio Canoas	2014 – 2017
Reforma da Unidade de Rio do Peixe.	2014 – 2017
Reforma das Unidades de Saúde Serafim e Máximo.	2014 – 2017
Construção ou aluguel de espaço para a Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família 004	2014 – 2017
Manutenção da Unidade de Saúde da Vila do Salto	2014 – 2017
Aquisição de veículo para NASF	2014 – 2017
Manter os serviços de limpeza e desinfecção das Unidades de Saúde	2014 – 2017
Manter os serviços de coleta de lixo contaminado das Unidades de Saúde	2014 – 2017
Reorganizar o almoxarifado da Secretaria de Saúde	2014 – 2017
Informatização das Unidade de Saúde do Serafim, Máximo, Rio do Peixe e Rio Canoas	2014 – 2017
Aquisição de carro para uso da Vigilância Epidemiológica	2014 – 2017
Aquisição de materiais eletrônicos (notebook e celular) para Vigilância Sanitária	2014 – 2017

Manutenção periódica nos ar condicionados das salas de vacina	2014 – 2017
Redefinir as atribuições pertinentes ao responsável pelo almoxarifado	2014 – 2017
Padronizar a lista de materiais	2014 – 2017
Informatizar o controle de pedidos e distribuição de materiais	2014 – 2017
Delimitar o tempo de entrega dos matérias e um profissional responsável pela mesma	2014 – 2017

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Objetivo 1: FORTALECER A GESTÃO DEMOCRÁTICA DO SUS, REFORÇANDO AS INSTÂNCIAS FORMAIS, AMPLIANDO A PARTICIPAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DOS DIVERSOS SEGMENTOS DA SOCIEDADE PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL E IMPLANTANDO MECANISMOS DE DEFESA DOS DIREITOS DA POPULAÇÃO NO SISTEMA.

DIRETRIZ 1: FORTALECER A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

METAS	PERÍODO
Implantar ouvidoria de saúde municipal, conforme diretrizes nacionais.	2014 – 2017
Garantir a realização das conferências municipais de saúde, contribuindo para a elaboração e implantação das políticas públicas.	2014 – 2017
Proporcionar a qualificação básica do conselho municipal de saúde.	2014 – 2017
Manter as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do conselho municipal de saúde.	2014 – 2017
Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.	2014 – 2017

Realizar monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde.	2014 – 2017
Implantar os conselhos locais de saúde.	2014 – 2017

Anexos

I – Aprovação do Plano Municipal de Saúde do Período 2014 – 2015, pelo Conselho Municipal de Saúde

II – Homologação do Plano Municipal de Saúde do Período 2014 – 2015, pelo Prefeito