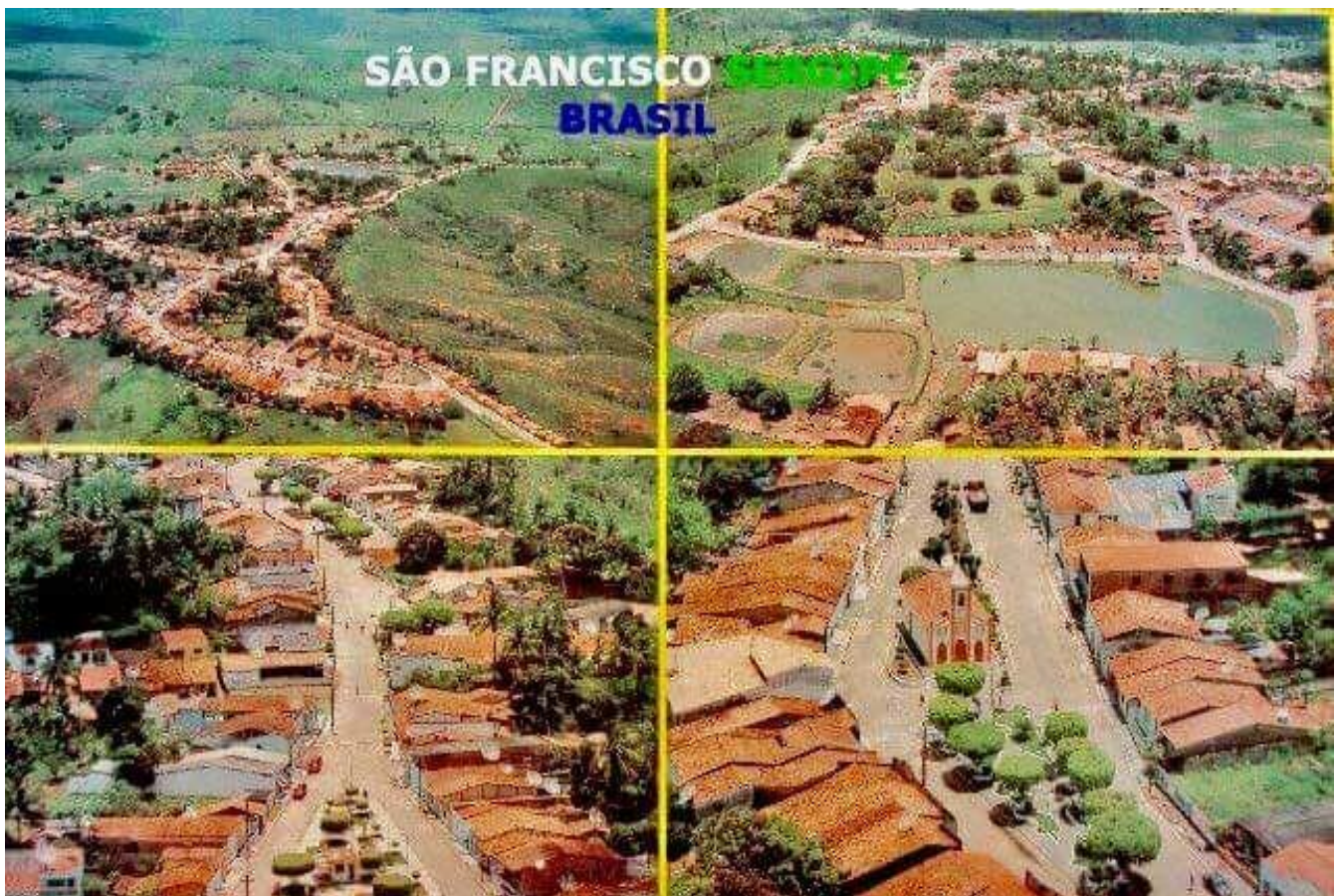




ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
- 2018 / 2021



Prefeita

Altair Santos Nascimento

Vice-Prefeito

Manoel Messias Nascimento Araújo

Secretário Municipal de Saúde

Francisco Emanuel Nascimento Araújo

Assessoria Técnica de Gabinete

Marcos Antônio Barroso da Silva

Coordenador de Planejamento

Heloíza dos Santos

Coordenador de Atenção a Saúde

Maria Rosângela da Silva Maltas

Coordenador de Vigilância Epidemiológica

Alex dos Santos

Coordenador de Vigilância Sanitária

Natali de Jesus

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Alex dos Santos

Técnicos responsáveis pelo processo de Elaboração do Plano:

Lilian Barbosa da Fé Lima

Heloíza dos Santos

Alex dos Santos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 METODOLOGIA	6
2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	7
2.1. Histórico	7
2.2. Aspectos Geográficos e Demográficos	8
2.2.1 População.....	9
2.2.1.1 Estrutura Etária	10
2.3 Aspectos Sociais	12
2.3.1 IDH	12
2.3.1.1 Longevidade, Mortalidade e Fecundidade	13
2.3.1.2.Educação	13
2.3.1.2.1 População Adulta.....	15
2.3.1.2.2 Demonstrativo de Escolas existentes	16
2.3.2 Religião	16
2.3.3 Habitação	17
2.3.4 Assistência Social	18
2.3.4.1 Cadastro Único	18
2.3.2.2 Pessoas com Deficiência	20
2.3.2.3 Extrema Pobreza	20
2.4 Aspectos Econômicos e Financeiros	21
2.4.1 Economia	21
2.4.2 Trabalho e Rendimento	21
2.4.3 Produto Interno bruto.....	23
2.4.4 Finanças Públicas	23
2.4.4.1 Indicadores Financeiros Municipais	25
2.4.4.2 Receitas para financiamento do SUS.....	27
2.4.4.3 Financiamento do SUS	28
2.4.4.3.1 Ações e serviços públicos de saúde.....	28
3. REDES DE ATENÇÃO	30
3.4.1 Atenção Básica	31
3.4.1.1 Saúde da Família	31
3.4.2 Vigilância em Saúde	32
3.4.2.1 Vigilância Epidemiológica.....	33
3.4.2.2 Vigilância Sanitária e Ambiental.....	34
3.4.3. Assistência Farmacêutica Básica	35
3.4.4 Assistência Ambulatorial Especializada	36
3.4.5 Regulação, Controle e Avaliação.....	38.
3.4.6.1 Planejamento	39
3.4.6.2 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.....	39
3.4.7 Participação Social.....	40
4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	41
4.1 Mortalidade.....	41
4.2 Morbidade hospitalar.....	41
4.3 Saúde da mulher.....	42
4.3.1 Tipos de gravidez.....	42
4.3.2 Tipos de parto.....	43

4.3.3.Prematuridade	43
4.3.4 Imunização	44
4.9 Indicadores do Sispacto 2013-2016 e 2018-20121.....	45.
5. EIXOS,DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	48
6. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO.....	61.
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62

APRESENTAÇÃO

De acordo com a Portaria nº 2.135/2013, o Plano de Saúde é um instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

Este Instrumento - Plano de Saúde, representa um compromisso atual e futuro da gestão em que esperamos resultados nosológicos satisfatórios espelhados pela melhoria da qualidade de vida da população. As estratégias e os detalhamentos técnicos das ações serão expressos nas Programações Anuais de Saúde, elaborados estrategicamente considerando as metas priorizadas para cada ano e sua prestação de contas se dará através dos Relatórios Anuais de Gestão que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

É importante destacar que a trajetória para elaboração do Plano Municipal de Saúde de São Francisco para o quadriênio 2018-2021, ocorreu de forma participativa e estratégica, pois contou com a participação da sociedade civil organizada, representada nos segmentos gestores, prestadores, trabalhadores da saúde, entidades representativas de usuários, além das discussões com o Conselho Municipal de Saúde.

Este Plano traz uma análise geral do perfil demográfico, econômico, epidemiológico e sanitário do município dos 4 anos anterior, apresentando os compromissos da saúde para o próximo quadriênio, os quais estão distribuídos em dois eixos de execução, especificando suas diretrizes, objetivos, metas e a previsão dos recursos. Vale salientar que serviram de subsídios para a construção deste instrumento, o Plano Estadual de Saúde atual, o Plano Plurianual, a LDO, o Plano de Saúde anterior e os Relatórios de Gestão de 2013-2016.

1. METODOLOGIA

Este Plano de Saúde, que firma compromissos da gestão de saúde para o quadriênio 2018-2021, foi construído através de um processo de planejamento coletivo e participativo, com o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde, da sociedade civil organizada, trabalhadores da saúde e gestores, o qual uniu a experiência da equipe técnica da Secretaria de Saúde e os atores sociais que utilizam a política de saúde pública, para propor melhorias na execução desta política no município de São Francisco.

Em 24 de Novembro foi realizada a IV Conferência para Construção do Plano de Saúde, que possibilitou a discussão e reflexão da situação de saúde do município, a identificação dos principais problemas sanitários e as necessidades de mudanças, como propostas de solução pela população local. A Conferência Municipal de Saúde transcorreu dois momentos: o primeiro expositivo-reflexivo e o segundo para levantamento dos problemas e elaboração de propostas/mudanças, realizadas em quatro grupos, separados por áreas estratégicas (Atenção Básica, com foco na saúde da mulher, Vigilância em Saúde, e Controle Social). Ao final, os problemas e as propostas de soluções foram apresentadas e submetidas à análise dos demais participantes para sugestões ou aprovação.

Num segundo momento, foram escolhidos os eixos e as diretrizes a serem contemplados no Plano Municipal, orientados pelo Plano Estadual de Saúde atual.



2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1 HISTÓRICO

O Município de São Francisco tem o maior cajueiro de Sergipe e já se chamou Jacaré e pertenceu a Propriá e a Cedro de São João.

O município de São Francisco surgiu com o nome de Jacaré, por causa de um pequeno riacho com esse nome, que passava nas proximidades, e no qual, segundo os mais antigos, havia um jacaré. Foi às margens desse riacho, que hoje se chama Galante, que em 1860 Antônio Caldas, considerado o fundador da cidade, construiu um engenho e algumas casas. Em 1870 o povoado tinha uma escola, um cemitério, um açude e uma capela, tudo construído por Antônio Caldas. A partir daí, o pequeno povoado passou a se chamar São Francisco, tendo como padroeiro São Francisco de Assis. Os moradores viviam da pesca no riacho, plantio de algodão e do corte de cana, toda ela enviada para o engenho de Antônio Caldas.

De acordo com as pesquisas da professora aposentada Neildes Marques Nascimento, a população era muito pobre, com casas de taipa e muito frágeis. Chovia muito e a chuva chegava a derrubar as casas dos moradores. Havia também uma senzala onde viviam os escravos de Antônio Caldas. Em 1945 a cidade passou a ser iluminada por lâmpões a gás, que eram acesos às 18 horas e apagados às 22 horas, por Hortêncio e Izaul. Em 1951 houve uma festa de inauguração da luz elétrica a motor, implantada pelo prefeito de Cedro de São João, Euclides Ferreira. Só a partir de 1956, a luz passou a vir da hidroelétrica de Paulo Afonso.

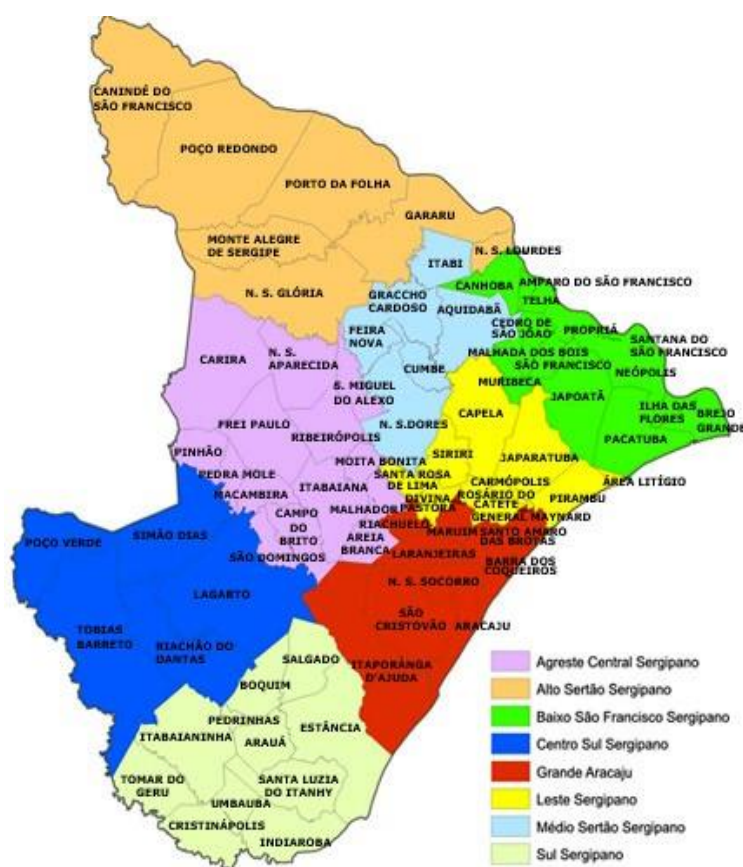
FORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

Distrito criado com a denominação de São Francisco pela Lei Estadual nº 554, de 06-02-1954, subordinado ao município de Cedro de São João, assim permanecendo em divisão territorial até 1960. Elevado à categoria de município com a denominação de São Francisco, pela lei estadual nº 115-A, de 17-06-1963, desmembrado de Cedro São João, sede no antigo distrito de São Francisco, ex-povoado. Em divisão territorial datada de 31-12-1963, o município é constituído do distrito sede, assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

2.2. ASPECTOS GEOGRÁFICOS E DEMOGRÁFICOS:

Área 81,71 km ²	Faixa do IDHM Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599)	IDHM 2010 0,587	Densidade demográfica 41,55 hab/km ²
População (Censo 2010) 3.393 hab.	Ano de instalação 1963	Microrregião Propriá	Mesorregião Baixo São Francisco Sergipano

Localizado na região nordeste do estado de Sergipe, São Francisco faz divisa com Malhada dos bois, Cedro de São João a oeste, Japoatã a leste e Muribeca ao sul. Seu limite ao norte é com Propriá. A sede do município encontra-se a uma latitude 10°20'00" sul e a uma longitude 36°53'16" oeste, estando a uma altitude de 121 metros. O município possui clima sub-úmido, típico de agreste temperatura média anual de 31 °C, precipitação de chuvas média de 700 mm/ano e período chuvoso de março a agosto (inverno-outono). O relevo é formado por colinas e tabulares. Os solos são rasos, não alagados e férteis (litólicos eutróficos), areno-argilosos dos tabuleiros, cobertos por vegetação de campos limpos e campos sujos. O município está inserido na bacia hidrográfica do rio São Francisco. Além do rio São Francisco, o rio Salgado constitui outro rio principal.



Mapa Territorial de Sergipe. 2007.Seplan/SE



Mapa da Região do Baixo São Francisco. IBGE cidades

2.2.1 POPULAÇÃO

Entre 2000 e 2010, a população de São Francisco cresceu a uma taxa média anual de 2,97%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 85,55% para 70,11%. Em 2010 viviam, no município, 3.393 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,46%. Na UF, esta taxa foi de 2,01%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 78,17% para 85,55%.

POPULAÇÃO TOTAL, POR GÊNERO, RURAL/URBANA - MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO – SE

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	2.222	100,00	2.532	100,00	3.393	100,00
População residente masculina	1.160	52,21	1.305	51,54	1.708	50,34
População residente feminina	1.062	47,79	1.227	48,46	1.685	49,66
População urbana	1.737	78,17	2.166	85,55	2.379	70,11
População rural	485	21,83	366	14,45	1.014	29,89

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

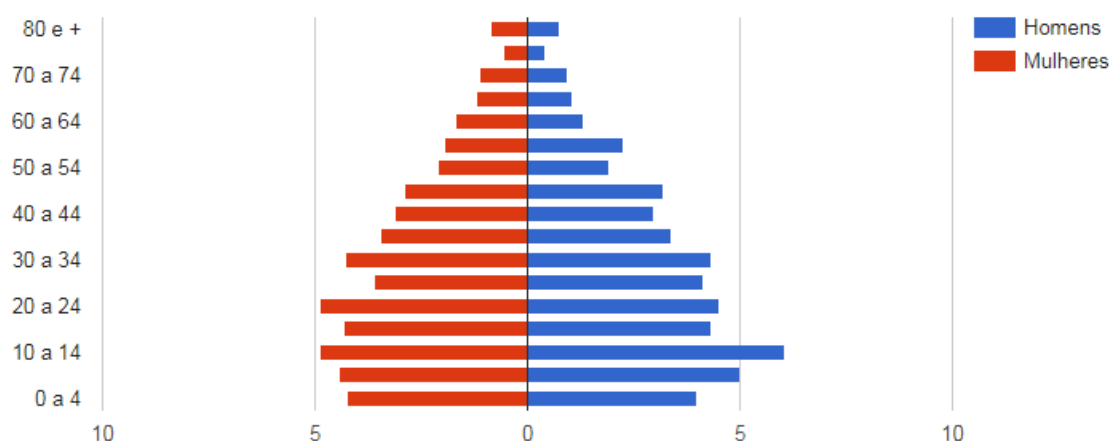
* População estimada [2017]

3.983 pessoas

2.2.1.1 ESTRUTURA ETÁRIA

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 62,72% para 54,65% e a taxa de envelhecimento, de 5,88% para 6,93%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 80,36% e 7,02%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

2010 Pirâmide etária - São Francisco - SE Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO - MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO – SE						
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	834	37,53	827	32,66	964	28,41
15 a 64 anos	1.232	55,45	1.556	61,45	2.194	64,66
População de 65 anos ou mais	156	7,02	149	5,88	235	6,93
Razão de dependência	80,36	-	62,72	-	54,65	-
Taxa de envelhecimento	7,02	-	5,88	-	6,93	-

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

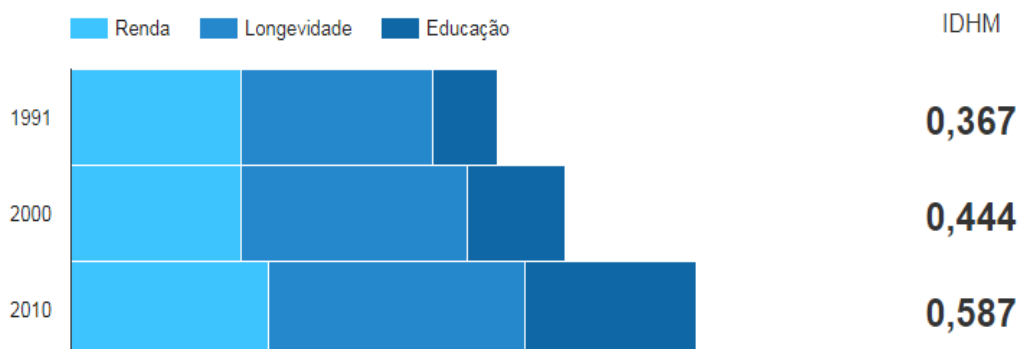
QUADRO COMPARATIVO POPULACIONAL

Idade	São Francisco		Sergipe		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	127	144	86.047	82.935	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	170	151	91.071	87.998	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	206	166	105.888	102.283	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	147	1147	101.188	100.857	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	153	166	98.947	101.818	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	140	122	91.960	97.541	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	147	146	81.662	88.716	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	115	117	70.613	77.952	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	101	106	64.904	71.037	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	108	98	54.122	59.878	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	65	72	42.704	48.108	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	76	66	34.041	39.790	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	45	57	27.480	31.494	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	36	41	19.905	24.050	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	32	38	14.208	18.444	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	14	19	9.184	13.017	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	17	19	5.936	8.919	668.589	998.311
85 a 89 anos	6	5	3.068	4.758	310.739	508.702
90 a 94 anos	1	1	1.448	2.213	114.961	211.589
95 a 99 anos	1	2	525	862	31.528	66.804
Mais de 100 anos	1	2	140	306	7.245	16.987

2.3 ASPECTOS SOCIAIS

2.3.1 IDH

IDHM



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - São Francisco é 0,587, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,732, seguida de Renda, com índice de 0,564, e de Educação, com índice de 0,490.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL E SEUS COMPONENTES - MUNICÍPIO - SÃO FRANCISCO - SE			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,186	0,279	0,490
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	11,13	19,73	31,99
% de 5 a 6 anos na escola	79,10	100,00	100,00
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental regular seriado ou com fundamental completo	8,86	20,72	77,78
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	2,93	7,72	38,80
% de 18 a 20 anos com médio completo	5,70	4,33	26,37
IDHM Longevidade	0,545	0,647	0,732
Esperança de vida ao nascer	57,69	63,79	68,89
IDHM Renda	0,486	0,485	0,564
Renda per capita	164,90	163,18	267,30

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

São Francisco ocupa a 4467ª 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).

2.3.1.1 LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 46,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 31,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 73,8. Já na UF, a taxa era de 22,2, em 2010, de 43,0, em 2000 e 65,8, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

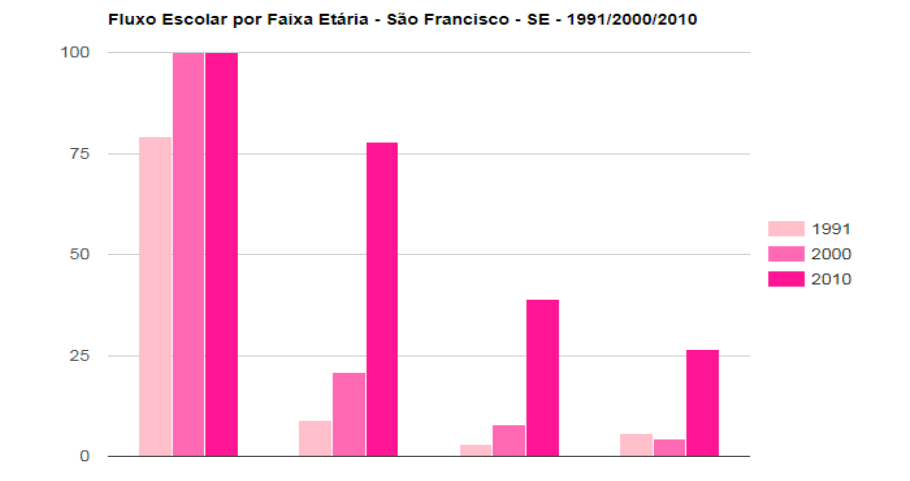
LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE - MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO – SE			
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	57,7	63,8	68,9
Mortalidade infantil	73,8	46,6	31,1
Mortalidade até 5 anos de idade	93,8	59,3	33,6
Taxa de fecundidade total	5,0	3,8	3,1

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,1 anos na última década, passando de 63,8 anos, em 2000, para 68,9 anos, em 2010. Em 1991, era de 57,7 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.

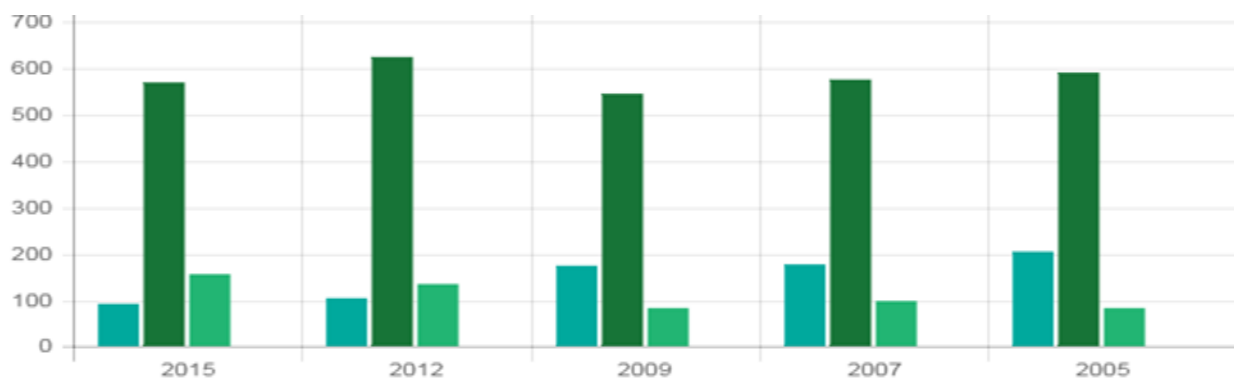
2.3.1.2 EDUCAÇÃO

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 100,00%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 77,78%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 38,80%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 26,37%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 20,90 pontos percentuais, 68,92 pontos percentuais, 35,87 pontos percentuais e 20,67 pontos percentuais.



Matriculas (Unidade: matrículas)

Ensino pré-escolar Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior

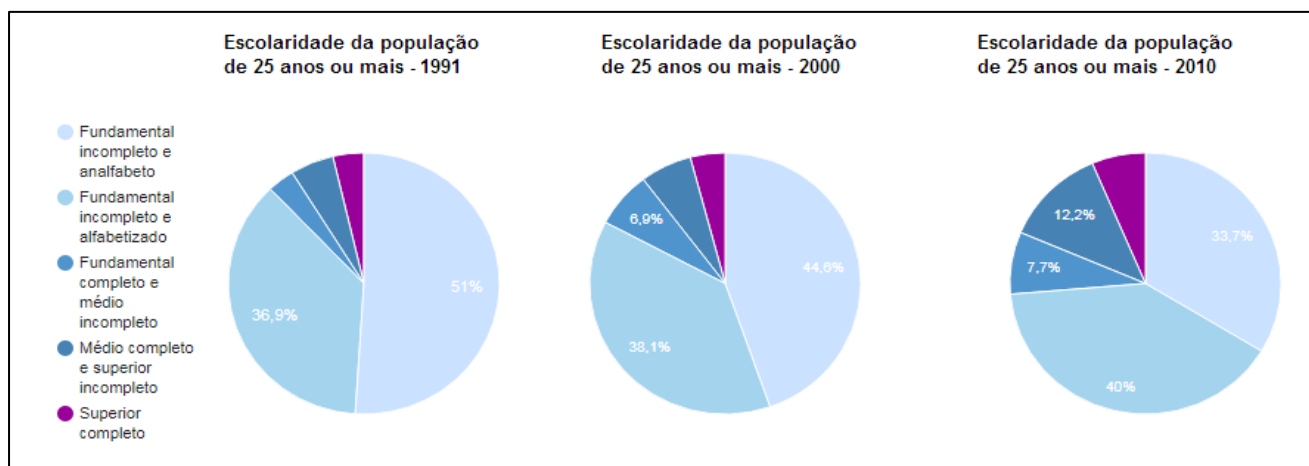


SITUAÇÃO DA EDUCAÇÃO – IBGE 2015

TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO DE 6 A 14 ANOS DE IDADE [2010]	98,1%
IDEB – ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL [2015]	3,9
IDEB – ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL [2015]	3,1
MATRÍCULAS NO ENSINO FUNDAMENTAL [2015]	570 matrículas
TAXA DE ANALFABETISMO	26,70%

2.3.1.2.1 POPULAÇÃO ADULTA

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 19,73% para 31,99%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 11,13% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 33,65% eram analfabetos, 26,32% tinham o ensino fundamental completo, 18,63% possuíam o ensino médio completo e 6,43%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.



2.3.1.2.2 DEMONSTRATIVO DE ESCOLAS EXISTENTES:

Nº	Nome do Estabelecimento de Ensino	Localidade	Esfera	Nível de ensino
1	PRE ESCOLAR ADELINA SILVA NASCIMENTO	Rua Alfredo Hora, 228 – Centro.	Municipal	ensino regular, creche (0 a 3 anos) e pré-escola (4 e 5 anos)
2	ESCOLA MUNICIPAL GETULIO VARGAS	Povoado Nascimento- Zona Rural	Municipal	ensino regular, pré-escola (4 e 5 anos) e ensino fundamental
3	GRUPO ESCOLAR MARIA JOSELINA DOS SANTOS ARAÚJO	Povoado Piçarreira-Zona Rural	Municipal	ensino regular, pré-escola (4 e 5 anos) e ensino fundamental
4	ESCOLA MUNICIPAL LEANDRO MACIEL	Praça Santos Sobrinho, 118 Prédio - Centro	Municipal	ensino regular, ensino fundamental e EJA - fundamental
5	COLEGIO ESTADUAL JOÃO DIAS GUIMARÃES	Rua Belmiro Vieira Araújo, 354 - Centro	Estadual	ensino regular, ensino médio e Ed. Especial - fundamental

2.3.2 RELIGIÃO

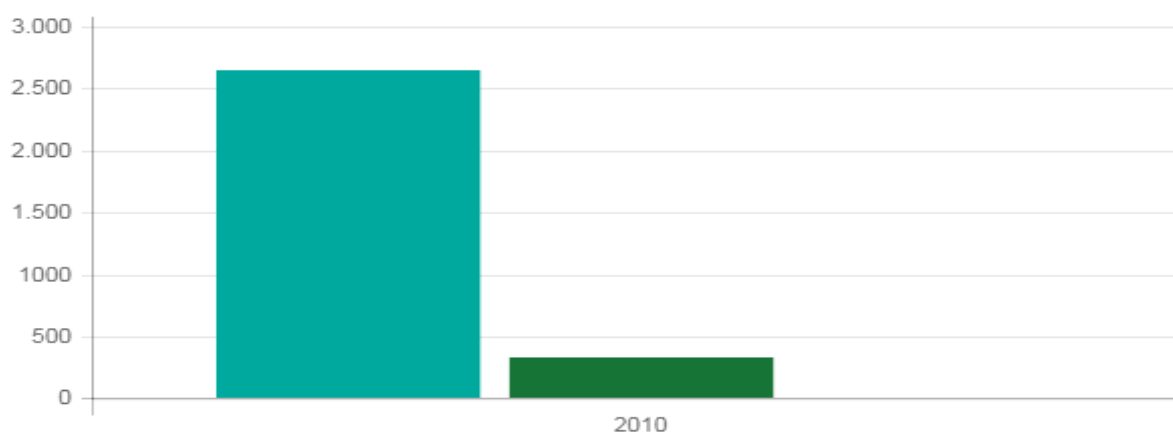
De acordo como gráfico do IBGE (2010), dentre as religiões existentes no município estão o catolicismo e o protestantismo, apresentando a predominância do primeiro. Já a religião espírita não possui registros de adeptos.

População residente por religião (Unidade: pessoas)

Católica apostólica romana

Evangélica

Espírita



2.3.3 HABITAÇÃO

Apresenta 6.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 25.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 63 de 75, 67 de 75 e 63 de 75, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 4663 de 5570, 4978 de 5570 e 3489 de 5570, respectivamente.

INDICADORES DE HABITAÇÃO - MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO - SE

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	81,80	79,70	88,70
% da população em domicílios com energia elétrica	94,73	95,93	99,43
% da população em domicílios com coleta de lixo	18,72	86,20	100,00

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

SITUAÇÃO DE SANEAMENTO POR DOMICÍLIO

Nº DE FAMÍLIAS	1.305
ABASTECIMENTO DE ÁGUA REDE PÚBLICA	1018
ABASTECIMENTO DE ÁGUA POÇO/NASCENTE	250
ABASTECIMENTO DE ÁGUA OUTROS	37
LIXO COLETADO	765
LIXO QUEIMADO/ENTERRADO	370
LIXO CÉU ABERTO	270
DESTINO DAS FEZES/URINA-ESGOTO	250

DESTINO DAS FEZES/URINA-FOSSA	915
DESTINO DAS FEZES/URINA-CÉU ABERTO	140
TIPO DE CASA-TIJOLO	1255
TIPO DE CASA-TAIPA REVESTIDA	40
TIPO DE CASA-TAIPA NÃO REVESTIDA	10
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO-FILTRADA	297
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO-FERVIDA	8
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO-CLORADA	1018
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO-SEM TRATAMENTO	257
ENERGIA ELÉTRICA	1.295

FONTE: SIAB, 2015

2.3.4 ASSISTÊNCIA SOCIAL

2.3.4.1 CADASTRO ÚNICO

O Cadastro Único para Programas Sociais reúne informações socioeconômicas das famílias brasileiras de baixa renda – aquelas com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. Essas informações permitem ao governo conhecer as reais condições de vida da população e, a partir dessas informações, selecionar as famílias para diversos programas sociais.

No Município, o total de famílias inscritas no Cadastro Único em novembro de 2017 era de 947 dentre as quais:

- 626 com renda per capita familiar de até R\$ 85,00;
- 52 com renda per capita familiar entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00;
- 147 com renda per capita familiar entre R\$ 170,01 e meio salário mínimo;
- 122 com renda per capita acima de meio salário mínimo.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência condicionada de renda que beneficia famílias pobres e extremamente pobres, inscritas no Cadastro Único. O PBF beneficiou, no mês de dezembro de 2017, 615 famílias, representando uma cobertura de 111,8 % da estimativa de famílias pobres no município. As famílias recebem benefícios com valor médio de R\$ 180,01 e o valor total transferido pelo governo federal em benefícios às famílias atendidas alcançou R\$ 110.704,00 no mês.

PERFIL DE CADASTRADOS NO BOLSA FAMILIA

Estimativa de famílias de baixa renda – Perfil Cadastro Único (Censo 2010)	693	2010
--	-----	------

Estimativa de famílias pobres - Perfil Bolsa Família (CENSO 2010)	550	2010
---	-----	------

Famílias cadastradas

Total de famílias cadastradas	947	11/2017
Famílias cadastradas com renda per capita mensal de R\$ 0,00 até R\$ 85,00	626	11/2017
Famílias cadastradas com renda per capita mensal entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00	52	11/2017
Famílias cadastradas com renda per capita mensal entre R\$ 170,01 e ½ salário mínimo	147	11/2017
Famílias cadastradas com renda per capita mensal acima de ½ salário mínimo	122	11/2017

Pessoas cadastradas

Total de pessoas cadastradas	1.522	11/2017
Pessoas cadastradas em famílias com renda per capita mensal de R\$ 0,00 até R\$ 85,00	1.761	11/2017
Pessoas cadastradas em famílias com renda per capita mensal entre R\$ 85,01 e 170,00	153	11/2017
Pessoas cadastradas em famílias com renda per capita mensal entre R\$ 170,01 e ½ salário mínimo.	440	11/2017
Pessoas cadastradas em famílias com renda per capita mensal acima de ½ salário mínimo.	168	11/2017

Atualização cadastral

Total de Famílias com cadastro atualizado	784	11/2017
Famílias com cadastro atualizado e renda per capita até ½ salário mínimo.	695	11/2017
Taxa de atualização do total de famílias cadastradas.	0,83	11/2017
Taxa de atualização cadastral até ½ salário mínimo.	0,84	11/2017

Famílias Quilombolas

Famílias quilombolas cadastradas	0	11/2017
Famílias quilombolas beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Famílias de Pescadores Artesanais

Total de famílias de pescadores artesanais cadastradas	2	11/2017
Famílias de pescadores artesanais beneficiárias do Programa Bolsa Família	2	11/2017

Famílias Ribeirinhas

Total de famílias ribeirinhas cadastradas	0	11/2017
Famílias ribeirinhas beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Grupos relacionados ao meio Rural
Famílias de Agricultores Familiares

Total de famílias de agricultores familiares cadastradas	4	11/2017
Famílias de agricultores familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família	4	11/2017

Famílias Assentadas da Reforma Agrária

Total de famílias assentadas da Reforma Agrária cadastradas	0	11/2017
Famílias Assentadas da Reforma Agrária e beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Famílias beneficiárias do Programa Nacional de Crédito Fundiário

Total de famílias beneficiárias do Programa Nacional de Crédito Fundiário cadastradas	0	11/2017
Famílias beneficiárias do Programa Nacional de Crédito Fundiário beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Famílias Acampadas

Total de famílias acampadas cadastradas	0	11/2017
Famílias acampadas beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Famílias com pessoa presa no sistema carcerário

Total de famílias de preso do sistema carcerário cadastradas	0	11/2017
Famílias de preso do sistema carcerário beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Famílias em situação de rua

Total de famílias em situação de rua cadastradas	0	11/2017
Famílias em situação de rua beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Famílias de Catadores de Material Reciclável

Total de famílias de catadores de material reciclável cadastradas	0	11/2017
Famílias de catadores de material reciclável beneficiárias do Programa Bolsa Família	0	11/2017

Fonte: Relatório SAGI/MDS 2017

2.3.4.2 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

De acordo com o censo 2010, havia 4 indivíduos extremamente pobres com alguma deficiência mental; 74 tinham alguma dificuldade para enxergar; 12 para ouvir e 9 para se locomover.

2.3.4.3 EXTREMA POBREZA

Conforme dados do Censo IBGE 2010, a população total do município era de 3.393 residentes, dos quais 493 encontravam-se em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda domiciliar per capita abaixo de R\$ 70,00. Isto significa que 14,5% da população municipal vivia nesta situação. Do total de extremamente pobres, 150 (30,5%) viviam no meio rural e 343 (69,5%) no meio urbano.

O Censo IBGE 2010 revelou também que no município havia 64 crianças na extrema pobreza na faixa de 0 a 3 anos e 10 na faixa entre 4 e 5 anos. O grupo de 6 a 14 anos, por sua vez, totalizou 137 indivíduos na extrema pobreza, enquanto no grupo de 15 a 17 anos havia 37 jovens nessa situação. Foram registradas 16 pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza. 50,5% dos extremamente pobres do município têm de zero a 17 anos.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA POR FAIXA ETÁRIA:

Idade	Quantidade
0 a 3	64
4 a 5	10
6 a 14	137
15 a 17	37
18 a 39	123
40 a 59	106
65 ou mais	16
Total	493

2.4 ASPECTOS ECONOMICOS E FINANCEIROS

2.4.1 ECONOMIA

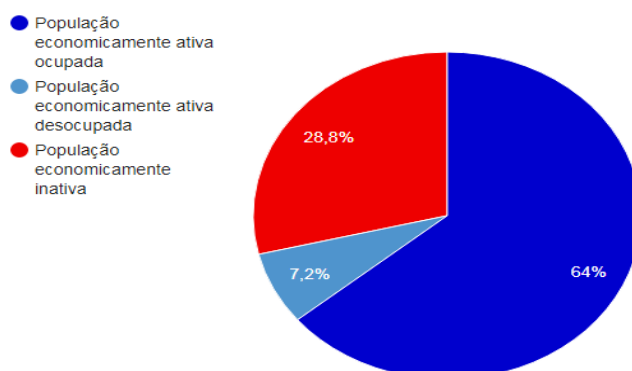
A receita do município é gerada principalmente pela atividade agrícola, aquicultura e pecuária. Os principais produtos agrícolas são: o milho, a manga, a mandioca, o arroz e o feijão, enquanto os maiores rebanhos são de bovinos, suínos, equinos e ovinos. Na avicultura os principais efetivos são os galináceos. A indústria local entrou em decadência na década de 1980, permanecendo o comércio na região.

2.4.2 TRABALHO E RENDIMENTO

Em 2015, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 10.3%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 39 de 75 e 33 de 75, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2500 de 5570 e 3283 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 48.8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 43 de 75 dentre as cidades do estado e na posição 1603 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A renda per capita média de São Francisco cresceu 62,10% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 164,90, em 1991, para R\$ 163,18, em 2000, e para R\$ 267,30, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,57%. A taxa média anual de crescimento foi de -0,12%, entre 1991 e 2000, e 5,06%, 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 71,20%, em 1991, para 60,45%, em 2000, e para 39,00%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,49, em 1991, para 0,47, em 2000, e para 0,48, em 2010..

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



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 59,10% em 2000 para 59,60% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 5,56% em 2000 para 8,48% em 2010.

OCUPAÇÃO DA POPULAÇÃO DE 18 ANOS OU MAIS - MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO - SE

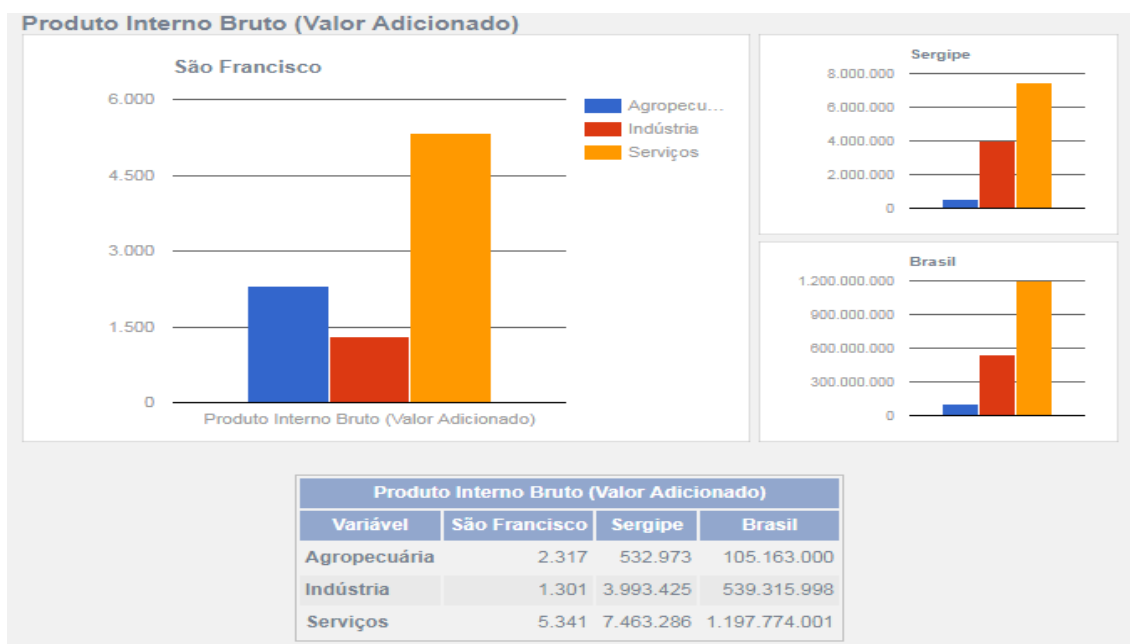
	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	59,10	59,60
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	25,32	37,07
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	23,87	38,70
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	13,20	26,96

Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	84,06	50,39
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	92,14	91,20
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	99,64	97,90

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 35,67% trabalhavam no setor agropecuário, 0,29% na indústria extrativa, 8,86% na indústria de transformação, 9,79% no setor de construção, 0,28% nos setores de utilidade pública, 6,89% no comércio e 36,48% no setor de serviços.

2.4.3 PRODUTO INTERNO BRUTO-PIB



Fonte: IBGE Cidades

A tabela acima mostra que o setor terciário (serviços) é a atividade econômica que mais gera rendimentos no município, seguido da Agropecuária. Conforme dados do IBGE, em 2015, o Produto Interno Bruto Per Capita (por pessoa) totalizou R\$ 8.232,20.

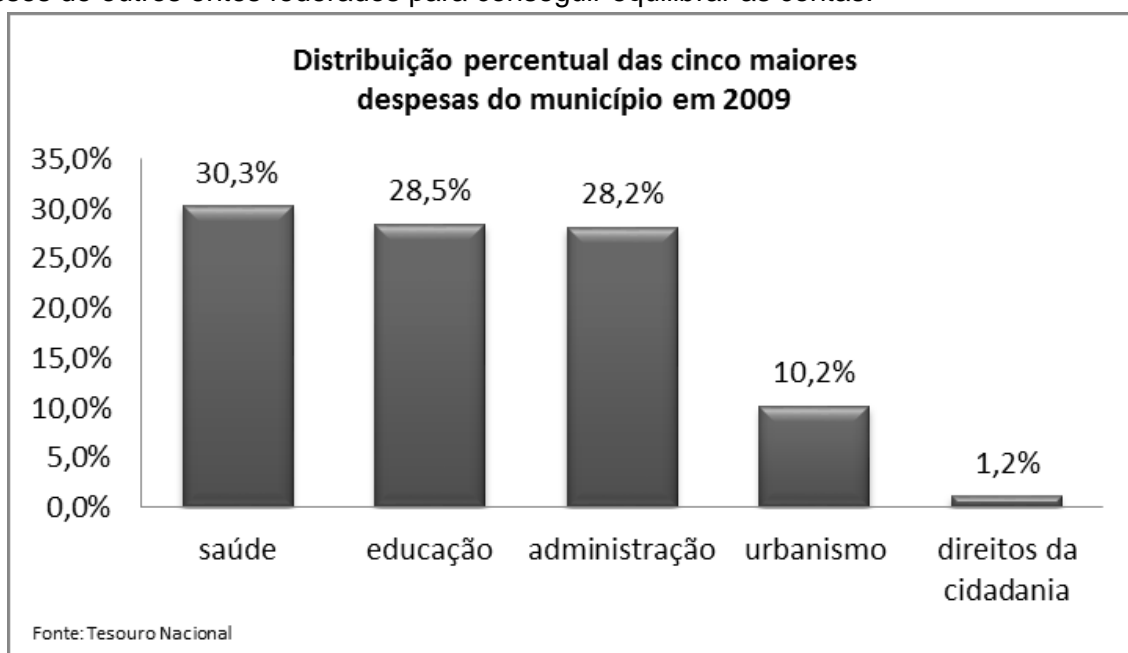
2.4.4 FINANÇAS PÚBLICAS

A receita orçamentária do município passou de R\$ 4,2 milhões em 2005 para R\$ 6,5 milhões em 2009, o que retrata uma alta de 56,3% no período ou 11,82% ao ano.

A proporção das receitas próprias, ou seja, geradas a partir das atividades econômicas do município, em relação à receita orçamentária total, passou de 2,19% em 2005 para 1,89% em 2009, e quando se analisa todos os municípios juntos do estado, a proporção aumentou de 14,45% para 14,07%.

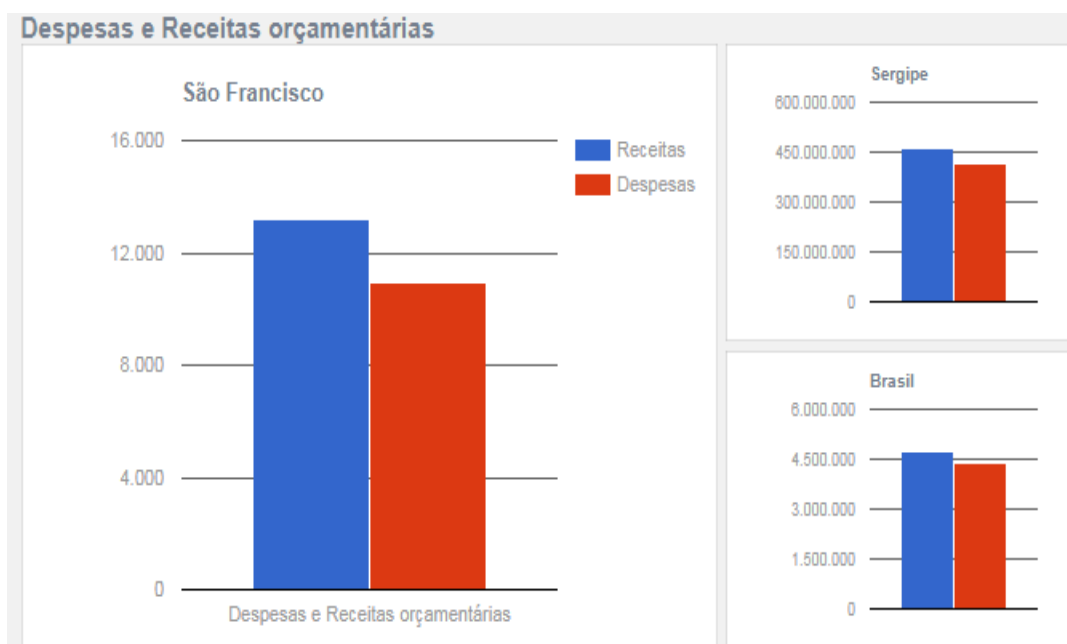
A dependência em relação ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM) aumentou no município, passando de 53,81% da receita orçamentária em 2005 para 66,73% em 2009. Essa dependência foi superior àquela registrada para todos os municípios do Estado, que ficou em 29,16% em 2009.

Conforme Dados do IBGE, em 2015, o percentual de receitas oriundas de fontes externas representou 96,3%. Isto significa dizer que o município depende quase em sua totalidade dos repasses de outros entes federados para conseguir equilibrar as contas.



As despesas com saúde, educação, administração, urbanismo e direitos da cidadania foram responsáveis por 98,40% das despesas municipais. Em assistência social, as despesas alcançaram 0,67% do orçamento total, valor esse inferior à média de todos os municípios do estado, de 4,62%.

Receitas e despesas Orçamentárias



2.4.4.1 INDICADORES FINANCEIROS MUNICIPAIS

Indicador / Serie Histórica	2016	2015	2014	2013
Participação da receita de impostos na receita total do Município	1,96%	2,46 %	1,86%	1,93%
Participação das transfer. intergovernamentais na receita total do Município	95,98%	95,51 %	93,97%	93,18%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	7,51%	8,10%	5,11%	5,42%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	90,75%	99,30%	100%	100%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	10,34%	13,03%	8,23%	8,43%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	66,91%	78,75%	75,02%	79,06%
Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012	----	----	----	----
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 645,62	R\$ 593,71	R\$601,36	R\$ 666,67
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	58,03%	60,78%	62,43%	53,02%

Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,95%	2,82%	0,00%	1,78%
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	7,80%	7,84%	8,76%	7,60%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	13,02%	4,19%	5,53%	15,18%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	44,93%	42,59%	25,99%	23,08%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	15,84%	16,36%	19,87%	16,47%

Fonte: SIOPS/MS

Analisando de uma forma geral a tabela dos indicadores financeiros dos últimos quatro anos, observamos que o percentual de participação de impostos e transferências que colaboram nas receitas decresceu comparado ao percentual de 2015, enquanto as despesas tiveram oscilações, considerando que há algum tempo os municípios brasileiros, principalmente os de pequeno porte, foram atingidos diretamente e penalizados com o contínuo desfinanciamento da Saúde, exigindo dos gestores enormes esforços para equilibrar as contas.

Observamos ainda que de 2013 a 2015, a dependência dos recursos transferidos da União para a saúde municipal, foi praticamente de 100%.

Dentre o rol de indicadores, analisaremos os que estão relacionados aos gastos com saúde.

- **Indicador- Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012:**

Indicador que merece maior atenção por se tratar de cumprimento de determinação Legal, sem demérito dos demais, é o que trata dos percentuais determinado pela Constituição e LC 141/2012 e que expressa o nível de comprometimento das Receitas Próprias com o setor. A participação do município com Saúde vem honrando os percentuais exigidos, obedecendo à faixa mínima de 15% do total das suas receitas próprias. Ao atingir esse percentual, a Gestão demonstra o compromisso em manter os níveis equilibrados de financiamento do Setor, mesmo em situação adversa, mantendo os serviços de saúde como prioridade de Governo.

- **Indicador – Despesa total com Saúde, em R\$/hab., sob a responsabilidade do Município, por habitante.**

Esse Indicador teve um percentual expressivo no período de 2013 a 2016, o que reflete o comprometimento e a responsabilidade de dar respostas às necessidades de saúde da população em toda sua extensão. Isso demonstra determinação, compromisso e maturidade no cuidado com as pessoas, quer seja na Proteção, na Prevenção, na Promoção ou na Recuperação da saúde de cada habitante. Esse aumento deve-se também a atenção de grupos prioritários e/ou vulneráveis que ao passar do tempo crescem em quantidade demandam mais cuidados especializados aumentando os custos com os serviços de saúde.

- **Indicador – Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde.**

Esse Indicador de extrema importância, pois reflete o cuidado da gestão do SUS com seu quadro de trabalhadores. Representa, portanto mais da metade das despesas com saúde.

No município de São Francisco, as despesas com as atividades da Atenção Básica Vigilância Epidemiológica e Assistência Farmacêutica oneram bastante ao erário municipal, aumentando a responsabilidade do ente em manter os serviços e o desafio da consolidação das Redes de Atenção, diante de um cenário desfavorável no qual a situação de subfinanciamento federal do SUS permanece.

2.4.4.2 RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DO SUS MUNICIPAL

DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOPS)

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	2016		2015		2014		2013	
	PREVISÃO ATUALIZ.	RECEITAS REALIZADAS	PREVISÃO ATUALIZADA	RECEITAS REALIZ.	PREVISÃO ATUALIZ.	RECEITAS REALIZADAS	PREVISÃO ATUAL.	RECEITAS REALIZAD
		Jan a Dez (b)		Jan a Dez (b)		Jan a Dez (b)		Jan a Dez (b)
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	157.000,00	303.576,61	367.600,00	306.467,64	373.000,00	220.838,54	452.000,00	210.338,86
Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU	1.000,00	4.409,54	2.000,00	2.386,13	2.000,00	3.455,62	3.000,00	2.191,62
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI	5.000,00	7.192,50	5.000,00	60.312,32	5.000,00	2.900,00	1.000,00	1.740,00
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS	80.000,00	136.691,81	200.000,00	126.605,54	200.000,00	89.028,15	350.000,00	96.589,57
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	65.000,00	154.671,36	160.000,00	116.885,83	160.000,00	125.454,77	92.000,00	109.817,67
Imposto Territorial Rural - ITR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	3.000,00	0,00	300,00	0,00	3.000,00	0,00	3.000,00	0,00
Dívida Ativa dos Impostos	3.000,00	611,40	300,00	277,82	3.000,00	0,00	3.000,00	0,00
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	10.044.000,00	10.075.891,68	10.845.000,00	9.505.300,36	8.945.000,00	8.684.063,02	8.530.000,00	8.410.767,53
Cota-Parte FPM	7.500.000,00	7.658.933,05	8.000.000,00	7.066.037,69	6.700.000,00	6.409.125,83	6.500.000,00	6.249.205,01
Cota-Parte ITR	1.000,00	15.927,48	1.000,00	12.623,71	1.000,00	13.869,55	1.000,00	7.887,89
Cota-Parte IPVA	40.000,00	45.391,23	40.000,00	35.972,47	40.000,00	35.110,26	25.000,00	31.094,81
Cota-Parte ICMS	2.500.000,00	2.354.155,88	2.800.000,00	2.389.131,14	2.200.000,00	2.223.868,32	2.000.000,00	2.120.648,83
Cota-Parte IPI-Exportação	2.000,00	1.321,68	2.000,00	1.397,35	2.000,00	1.964,50	2.000,00	1.810,13
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	1.000,00	162,36	2.000,00	138,00	2.000,00	124,56	2.000,00	120,86
Desoneração ICMS (LC 87/96)	1.000,00	162,36	2.000,00	138,00	2.000,00	124,56	2.000,00	120,86

Outras								
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II	10.201.000,00	10.379.468,29	11.212.600,00	9.811.768,00	9.318.000,00	8.904.901,56	8.982.000,00	8.621.106,44

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	2016		2015		2014		2013	
	PREVISÃO ATUALIZA	RECEITAS REALIZADAS	PREVISÃO ATUALIZ	RECEITAS REALIZADAS	PREVISÃO	RECEITAS REALIZADA	PREVISÃO ATUALIZ	RECEITAS REALIZADAS
		Jan a Dez (d)		Jan a Dez (d)		Jan a Dez (d)		Jan a Dez (d)
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	771.000,00	1.061.048,88	1.310.200,00	988.637,50	1.049.100,00	598.722,52	669.000,00	570.135,44
Provenientes da União	660.000,00	1.030.859,59	1.200.200,00	965.989,16	880.100,00	590.302,93	600.000,00	570.135,44
Provenientes dos Estados	91.000,00	1.360,54	109.000,00	6.802,70	160.000,00	0,00	60.000,00	0,00
Provenientes de Outros Municípios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	20.000,00	28.828,75	1.000,00	15.845,64	9.000,00	8.419,59	9.000,00	0,00
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	771.000,00	1.061.048,88	1.310.200,00	988.637,50	1.049.100,00	598.722,52	669.000,00	570.135,44

DESPESA COM SAÚDE POR SUBFUNÇÃO	2016		2015		2014		2013	
	DOTAÇÃO ATUALIZ.	DESPESAS EMPENHADAS	DOTAÇÃO ATUALIZ.	DESPESAS EMPENHADAS	DOTAÇÃO ATUALIZ.	DESPESAS EMPENHADAS	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS
		LIQUIDADAS		LIQUIDADAS		LIQUIDADAS		LIQUIDADAS
Atenção Básica	617.025,00	591.582,89	0,00	0,00	833.869,84	644.009,26	755.058,41	747.758,41
Assistência Hospitalar e Ambulatoria	14.310,00	13.830,80	232.000,00	58.632,15	71.253,90	56.616,83	384.610,45	121.006,31
Suporte Profilático e Terapêutico	125.435,98	24.144,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	14.450,00	14.301,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	28.050,00	24.543,07	129.660,00	55.098,92	5.500,00	5.102,00	19.846,00	19.846,00
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	2.032.129,02	----	3.405.640,00	2.092.840,50	1.690.186,26	1.552.144,99	1.310.514,65	1.296.998,45

2.4.4.3 FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

2.4.4.3.1 AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

São consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), conforme a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

No art. 3º da referida lei, são listadas como sendo aquelas referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

A Lei Complementar 141/2012 estabelece que os municípios apliquem anualmente um percentual mínimo de 15% de sua arrecadação própria em ações e serviços públicos de saúde. Conforme a tabela acima demonstra, para os municípios, os tributos arrecadados para compor a receita do SUS são: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e Imposto Territorial Rural (ITR). As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Cota-Parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

3 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE



3.1 ATENÇÃO BÁSICA

O modelo da Atenção Básica municipal é formado pela Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e os Agentes Comunitários de Saúde, e ainda conta com outros profissionais de saúde: 01 médico pediatra, 01 cirurgião-dentista, 02 fisioterapeutas, 08 auxiliares de enfermagem, 01 farmacêutico e demais funcionários de apoio, 01 Assistente Social, 01 Técnico de Enfermagem, 04 Agentes de Endemias, 01 digitador, 03 Agentes de Saúde Pública, 01 recepcionista geral, 03 gerentes de serviços em saúde, 01 Coordenador de Atenção Básica, 01 Coordenador de Epidemiologia, 01 Coordenador de Vigilância e 01 Coordenador do PSE.

O município atualmente possui 05 Estabelecimentos de Saúde, onde três deles são centros de Saúde, sendo que dois deles possuem gabinetes odontológicos, com exceção do centro do povoado Nascimento. Um Polo da Academia de Saúde e Secretaria de Saúde, como segue a relação abaixo:

REDE FÍSICA

- I. Clínica de Saúde da Família: José Vieira de Araújo – CNES: 2423359
Localizada na Rua Maria Jocelina Santos Araújo, centro.
Tel.: (79) 3367-1019 07

- II. Centro de Saúde da Família: Maria Lúcia Santos Nascimento – CNES: 3604691
Localizado no Povoado Nascimento, Zona Rural.

- III. Centro de Saúde da Família: Agenor Pinheiro – CNES: 3605671
Localizado no Povoado Piçarreira

- IV. Academia da Saúde de São Francisco – CNES: 3605671
Localizada na rua Maria Jocelina Santos Araújo, centro.

- V. Secretaria Municipal de Saúde – CNES: 6254616
Localizado a rua Vereador Ermílio Santana Nascimento s/n, centro.

3.1.1 SAÚDE DA FAMÍLIA

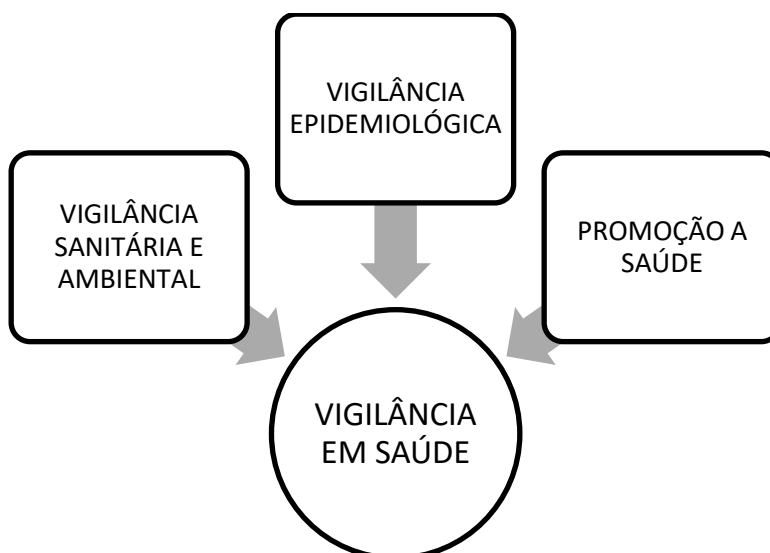
A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais

frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. O Programa de Saúde da Família criado pelo Ministério da Saúde em 1994, apresenta características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Isto possibilita integração e organização das ações de saúde em território definido.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família.

3. 2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância em saúde é uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde. No município de Amparo, o setor está dividido nas seguintes vigilâncias:



3.2.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Desenvolve as atividades com o objetivo de obter contínua e oportunamente, o conhecimento a cerca dos componentes envolvidos com as condições de saúde e a ocorrência de doenças, visando oferecer apoio aos programas de prevenção, tanto no controle como na erradicação de doenças.

As atividades desenvolvidas são centradas em: DST/AIDS/Hepatites Virais, Imunopreveníveis, Tuberculose e Hanseníase, Imunização, Vigilância do Óbito e Sistemas de Informação. Além das atividades de rotina de preceder a vigilância, o acompanhamento da coleta e processamento de dados sobre agravos e doenças realizadas pelas Unidades de Saúde, bem como dos nascimentos e óbitos ocorridos no âmbito do município, as áreas técnicas realizam análise e interpretação dos dados com o objetivo de recomendar as medidas de controle pertinentes.

As atividades contemplam a participação de eventos de promoção da saúde, campanhas educativas, ações preventivas, disponibilização de preservativos em pontos estratégicos da cidade, sensibilização dos profissionais, bem como a implantação e supervisão do teste rápido anti-HIV, sífilis e hepatites, nas unidades de Saúde.

A equipe que cuida dos Imunopreveníveis realiza o monitoramento das doenças evitáveis por imunização, articulando com laboratórios e Secretaria de Estado, o estabelecimento de fluxos, a capacitação dos profissionais, a participação em eventos ligados a prevenção de doenças e promoção da saúde, em empresas, escolas, divulgando as ações nos meios de comunicação local. Apoiar as ações de recolhimento do teste do pezinho e material para BAAR e procede ao armazenamento e distribuição de insulina para as unidades de saúde.

A equipe monitora os agravos crônicos, alimentando o banco de dados com o boletim de acompanhamento, tratamento e acompanhamento dos casos e exame dos contatos pela Atenção Básica, participa de treinamentos e capacitações para os profissionais com apoio do nível estadual e das campanhas e eventos relacionados à promoção da saúde.

Na Vigilância do Óbito é realizado o monitoramento dos óbitos fetais, infantis, maternos, de mulheres em idade fértil e de causa básica de óbito mal definida, ocorridos no âmbito do município, nas unidades hospitalares e domicílios, procedendo ao recebimento das investigações realizadas pelos níveis ambulatoriais, hospitalares e domiciliares, condensando as informações nas fichas síntese, procede à atualização do Sistema de Informação de Mortalidade e o SIM-WEB com a alimentação das investigações, encaminha as fichas síntese dos óbitos maternos para o nível estadual, participa de capacitações realizadas pelo nível estadual e promove capacitações e repasse das informações para os profissionais de saúde das unidades de saúde.

As ações da vigilância em saúde são de suma importância para o bom funcionamento do SUS, devem atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e demais problemas de saúde que acometem a população. Estas ações são definidas anualmente pelo PAVS (Programação de Ações de Vigilância à Saúde) e Pacto Pela Saúde, através de diversas reuniões com a Equipe de Saúde da Família e demais coordenadores da saúde (Atenção Básica, Epidemiologia e Sanitária), onde são discutidas as metas a serem cumpridas, preconizadas pelo Ministério da Saúde de acordo com as condições epidemiológicas do município, com o intuito de prevenir e diminuir doenças na população. O município de São Francisco dispõe das seguintes coordenações:

- ✓ **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**: Responsável pelas ações e controle epidemiológicos, tais como: o programa de endemias, imunizações, SIM, SINASC, esquistossomose, dengue, tuberculose, hanseníase, MDDA (monitoramento das doenças diarreicas agudas), SINAN NET, entre outros;
- ✓ **VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL**: Responsável pelas ações sanitária e ambiental; como zoonoses; licenças para funcionamento de estabelecimentos de alimentos, produtos saneantes, farmacêuticos; SISAGUA, entre outros.

3.2.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

A Vigilância Sanitária realiza ações para o gerenciamento do risco sanitário nas áreas de saúde e alimentos, através de inspeções sanitárias nos setores públicos e privados, sendo o atendimento às denúncias uma ação imprescindível na minimização do risco. Vale salientar as ações educativas, através de campanhas nas escolas e nas ruas.

A Vigilância em Saúde Ambiental atua através de ações contínuas para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas na legislação vigente; priorização das regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas; identificação de populações susceptíveis aos fatores de risco, conhecimento e detalhamento das exposições e atenção integral à saúde das populações expostas a contaminantes químicos; e identificação de áreas com populações expostas ou sob risco de exposição a solo contaminado.

Quanto ao controle de vetores, realiza ações através dos programas de Dengue, Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose e Peste. Com relação a Dengue, são realizadas atividades de pesquisa vetorial em todos os imóveis da zona urbana e em localidades da zona rural de maior importância epidemiológica; com relação a Chagas, é trabalhada toda a zona rural com pesquisa

de triatomíneo (barbeiro); referente à Esquistossomose, o trabalho é intensificado por ser área endêmica e realizado exame coproscópico e malacologia. A Leishmaniose é trabalhada nas localidades com registro de casos caninos e humanos.

Também tem como atividade as orientações específicas quanto ao aparecimento de animais sinantrópicos (escorpião, barata, rato).

3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

De acordo com a Resolução Nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Assistência Farmacêutica (AF) é “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica em São Francisco tem como finalidade apoiar as ações de saúde na promoção do acesso dos usuários aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional. Conta com uma farmácia em cada Unidade Básica de Saúde.

O elenco municipal é composto de aproximadamente 200 itens de medicamentos, para o tratamento das mais variadas patologias.

O Financiamento da Assistência Farmacêutica: Componente Básico da AF: Destina-se ao custeio dos medicamentos destinados às doenças mais prevalentes e prioritárias da Atenção Básica da Saúde. São medicamentos dispensados pelos municípios nas Unidades Básicas de Saúde. Financiados pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios.

Para implementar as ações de saúde o município de São Francisco, disponibiliza na sua Farmácia Básica municipal os medicamentos que fazem parte do rol da atenção básica, são adquiridos através de repasses federais do bloco financeiro da Assistência Farmacêutica juntamente com uma contrapartida de recursos próprios da prefeitura municipal e contrapartida estadual, visando o atendimento à toda população de forma gratuita. Estes medicamentos são dispensados com receitas emitidas pelo SUS. E com Planejamento de formação de um consórcio intermunicipais, para conseguir baixar o custo dos medicamentos, devido a compra em grande quantidade: CONEVALES, estando em fase de finalização dos tramites legais.

- A prescrição comum é válida por um período máximo de 30 (trinta) dias, a partir da data indicada pelo profissional que prescreveu;
- A prescrição de psicotrópicos é válida por um período máximo de 30 (trinta) dias, a partir da data indicada pelo profissional que prescreveu;
- As receitas dos medicamentos de uso contínuo (HIPERDIA) terão validade de 3 meses, o paciente deverá retornar com a 1ª via da receita carimbada para retirar o restante da quantidade prescrita;
- A receita de medicamentos contraceptivos terá validade máxima de 1 (um) ano, conforme avaliação médica. Poderão ser dispensadas até 3 (três) cartelas de contraceptivos orais, para três meses de utilização.

Os medicamentos são produtos farmacêuticos usados na cura das doenças, com o intuito de prevenir, diagnosticar ou aliviar os sintomas. Tem que ser usados apenas quando necessários, pois nenhum medicamento está livre de riscos e danos à saúde. Por isso, a importância do profissional farmacêutico para a dispensação, separação e acondicionamento de medicamentos.

3.4 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

O município de São Francisco dispõe de 03 Estabelecimentos Básico de Saúde, sendo 01 Clínica onde está vinculada a equipe de saúde, que ofertam aos seus usuários de saúde atendimento no nível de atenção primária de baixa complexidade. Para os casos de maior complexidade, serão referenciados para o município sede da microrregião de saúde em Propriá ou então para a capital Aracaju, conforme o grau de complexidade, tendo a Central de Regulação como referência para marcação de ações de média e alta complexidade dentro do Estado, contando com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde. Abaixo a grade regionalizada e hierarquizada dos fluxos de referência e contra referências, de acordo com o que foi pactuado pela PPI (programação pactuada integrada) e discutidas pela CIR.

GRADE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA – FLUXOS REFERÊNCIAS E CONTRA REFERÊNCIAS

ESPECIALIDADES	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA PRIMÁRIA
BRONCOSCOPIA	HUSE	-	-
BUCOMAXILO	HUSE	Hospital Regional de Propriá	Centro de Especialidades odontológica CEO-PROPRIÁ
CLÍNICA MÉDICA	HUSE	Hospital Regional de Propriá	-

CIRURGIA GERAL	HUSE	Hospital Regional de Propriá	Centro de Especialidades
CIRURGIA ORTOPÉDICA	HUSE	Hospital Regional de Propriá	-
CIRURGIA PEDIÁTRICA	HUSE	Hospital Regional de Propriá	-
CIRURGIA VASCULAR	HUSE	-	-
DIÁLISE PERITONEAL	HUSE	CLINESE	-
ENDOSCOPIA	HUSE	Hospital Universitário	-
GESTÃO ALTO RISCO	Maternidade Santa Isabel Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	CAISM em Aracaju - Centro Ginecológico Dra Leonor Barreto Franco	CAISM em Aracaju - Centro Ginecológico Dra. Leonor Barreto Franco
GESTÃO BAIXO RISCO	Maternidade do Hospital Regional de Propriá	Maternidade do Hospital Regional de Propriá	-
GINECOLOGIA	CAISM em Aracaju - Centro Ginecológico Drª Leonor Barreto Franco	Hospital Regional de Propriá	Centro Ginecológico Dra. Leonor Barreto Franco
MOLÉSTIAS INFECCIOSAS	HUSE	Hospital Universitário	-
NEUROCLÍNICA	HUSE	-	-
NEUROCIRURGIA	HUSE	-	-
OFTALMOLOGIA	HUSE	Hospital Universitário	CEMAR em Aracaju
ORTOPEDIA	HUSE	Hospital Regional de Propriá	CEMAR em Aracaju
OTORRINO	HUSE	Hospital Universitário	CEMAR em Aracaju
PEDIATRIA	HUSE	Hospital Regional de Propriá	UBS DE São Francisco
POLITRAUMA ADULTO	HUSE	-	-
PSIQUIATRIA	HUSE	CAPS I Mª Quitéria da Silva Souza - Japoatã	Centro de Especialidade de Propriá
QUEIMADOS	HUSE	-	-
TOMOGRAFIA	HUSE	-	-
TRAUMA PEDIÁTRICO	HUSE	-	-
UTI ADULTO	HUSE	-	-
UTI INFANTIL	HUSE	-	-
UTI NEONATAL	Maternidade Santa Isabel Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	-	-

LOCAIS E FORMAS DE ENCAMINHAMENTO

AÇÕES PARA REFERÊNCIA	NOME E LOCAL DA UNIDADE DE REFERÊNCIA	FORMA DE ENCAMINHAMENTO
ATENDIMENTOS ESPECIALIZADOS	CAISM, CEMAR, CLINESE, NEFROCLINICA EM ARACAJU, CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EM PROPRIÁ, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.	RELATÓRIO MÉDICO – ACONE E Regulação pelo NUCAAR
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA	HUSE, NESTOR PIVA, SANTA ISABEL, MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES, HOSPITAL SÃO JOSÉ – ARACAJU	ENCAMINHAMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM
EXAMES DE LABORATÓRIOS	CLINICAS, LACEN E LABORATÓRIOS CONVENIADOS AO SUS.	SOLICITAÇÃO DE EXAMES PELO MÉDICO OU ENFERMEIRO OU ACONE

RADIODIAGNOSTICO	CLÍNICAS CONVENIADAS AO SUS EM ARACAJU E PROPRIÁ	SOLICITAÇÃO DE EXAMES PELO MÉDICO – ACONE
ULTRA-SONOGRAFIA	CLÍNICAS CONVENIADAS EM PROPRIÁ E OFERTA NO MUNICÍPIO POR CONTRATO	ACONE E SOLICITAÇÃO MÉDICA
INTERNAÇÃO NAS CLINICAS BÁSICAS	HUSE	ENCAMINHAMENTO MÉDICO

3.5 REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

As ações serão avaliadas de acordo com o quadro abaixo:

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	ACOMPANHAMENTO PROPOSTO	PERIODICIDADE
ESUS	Reunião – Avaliação e Consolidação das Informações. Planejamento das ações a partir dos problemas apontados pelo banco de dados do ESUS.	Envio das informações diárias e avaliação Mensal
Pacto pela Vida	Reunião para avaliação e Discussão de Metas, utilizando os dados do SIM, SINASC, SIA, SIH, SINAN, SISCAN, IBGE, etc.	Trimestral
Pacto de Gestão	Análise de Indicadores: Reunião para verificação dos resultados.	Trimestral
Relatório de gestão quadrimestral	<ol style="list-style-type: none"> I. Montante e fonte dos recursos aplicados no período II. Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações III. Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população. 	Quadrimestral
Ata de reuniões do Conselho Municipal de Saúde – CMS.	Participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, acompanhamento e avaliação das Resoluções do Conselho registradas em Ata, assim como a capacidade de resposta para as demandas de saúde apresentadas pelo CMS.	Mensal

3.6 PLANEJAMENTO, GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.6.1 PLANEJAMENTO

A Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa (ASGEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco, responsável pela coordenação das ações da gestão e de Planejamento fundamenta-se no Planejamento Estratégico e na Gestão Participativa. Desenvolve um processo articulado de planejamento, monitoramento e avaliação das ações prioritárias em saúde visando dar direcionalidade às ações e serviços de saúde.

O processo de planejamento, monitoramento e avaliação é trabalhado de forma harmônica para consolidar e operacionalizar os instrumentos oficiais de planejamento e gestão: o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Desta forma em uma metodologia de construção coletiva são definidas as prioridades do Plano Municipal de Saúde e a partir deste, agregando as deliberações da Conferência e as programações específicas são elaboradas a Programação Anual de Saúde com prestação de contas de sua execução no Relatório Anual de Gestão. O monitoramento e a avaliação sistemática das ações e indicadores de saúde são essenciais para a consolidação do processo de planejamento. A avaliação da P.A.S. a partir da Lei 141/ 2012 se dará quadrimestralmente compondo o Relatório Anual de Gestão cuja alimentação ocorre no Sistema SARGUSUS.

Mesmo com todo avanço conquistado, temos ainda, o desafio de estabelecer uma integração maior do planejamento com as áreas de orçamento e finanças para compatibilização das programações. Persiste a necessidade das equipes de saúde se apropriarem das ferramentas de planejamento, ampliando seus conhecimentos, assumindo o planejamento como função estratégica capaz de favorecer o direcionamento, a execução das ações em saúde e o alcance dos indicadores de saúde. Todo trabalho desenvolvido visa contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde e qualificação da gestão.

3.6.2 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde trata do processo educativo de construção do conhecimento na área, que visa à apropriação de temas pela população e para a profissionalização na saúde. Contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades.

Para trabalhar a educação em saúde a Secretaria vem desenvolvendo ações de educação permanente e humanização como: realização de oficinas de humanização para

gerentes e profissionais das unidades de saúde.

3.6.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 denominada de –Constituição Cidadã, assegurou o direito à saúde e definiu a participação como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde. A lei 8142/90 regulamenta a participação social na gestão do SUS com a institucionalização das conferências de saúde e dos conselhos de saúde. O caráter permanente e deliberativo sobre a política de saúde atribuído ao conselho traz a responsabilidade incontestável na condução da Política de Saúde.

No município de São Francisco o Conselho Municipal de Saúde – CMS foi instituído através da Lei nº 196 de 01 de Junho de 2006, e reformulado conforme Lei nº 12 de 08 de Novembro de 2013. O CMS possui composição paritária, formado 8 membros com o objetivo de –formular, acompanhar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do sistema. As reuniões acontecem regularmente, conforme regimento interno em vigência.

As deliberações do conselho são homologadas pela Secretária Municipal de Saúde, (conforme Lei Municipal), entretanto, todos os projetos e os documentos oficiais de planejamento (PMS, PAS e RAG) são elaborados de forma participativa, analisado pelas referidas comissões e submetidos à apreciação e aprovação do Conselho.

A realização das Conferências de Saúde envolvem todos os atores sociais, em um processo dinâmico e de mobilização das representações de 100% das comunidades do município. O Conselho Municipal de Saúde do município realizou no dia 24/11/2017 sua IV Conferência de Saúde, convocada pela chefe do poder executivo e realizada com a sociedade civil organizada, gestão e usuários. Teve como tema:” **ATENÇÃO DE QUALIDADE E INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA E ATENÇÃO BÁSICA PARA MELHORIA DOS INDICADORES QUE IMPACTAM A SAÚDE DA POPULAÇÃO**”.

O CMS possui infraestrutura própria com espaço para o desenvolvimento de suas atividades, localizado na sede da Secretaria Municipal de Saúde e conta com computador, impressora, internet e TV LCD.

4.PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

4.1 MORTALIDADE

Causas (Cap. CID-10)	2013	2014	2015	2016	Total
II. Neoplasias (tumores)	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
VI. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
VI. Doenças do sistema nervoso	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
IX. Doenças do aparelho circulatório	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
X. Doenças do aparelho respiratório	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Total	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I

Os dados de mortalidade do município de São Francisco ainda serão inseridos do Sistema SIM, devido a falhas no sistema de informação ministerial.

4.2 MORBIDADE HOSPITALAR

CAUSAS (Cap. CID10)	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Doenças infecciosas e parasitárias	3	4	5	7	19
Neoplasias	10	4	16	13	43
Doenças do sangue e dos órgãos	2	2	6	--	10
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	1	12	3	17
Transtornos mentais e comportamentais	----	1	2	1	4
Doenças dos Olhos e anexos	3	2	1	---	6
Doenças do sistema nervoso	1	---	1	3	5
Doenças do aparelho circulatório	10	3	17	18	48
Doenças do aparelho respiratório	6	8	14	7	35
Doenças do aparelho digestivo	17	20	29	27	93

Doenças de pele e do tecido subcutâneo	1	3	2	2	8
Doenças do aparelho geniturinário	3	11	9	9	32
Afecções no período perinatal	2	1	7	4	14
Gravidez, parto e puerpério	46	46	50	31	173
Más formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.	1	1	1	1	4
Lesões, envenenamento e consequências de causas externas.	6	17	6	23	52
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	10	8	1	17	36
TOTAL					

Conforme o quadro Morbidade Hospitalar por grupos de causas e por residência, nas internações hospitalares prevalecem às causas de internamento por gravidez, parto e puerpério, totalizando 173 casos que correspondem ao total de nascidos vivos dos anos em evidência. Sequencialmente, destacam-se as doenças do aparelho digestivo e lesões, envenenamento e consequências de causas externas. Em terceiro lugar aparecem as internações por doenças do aparelho circulatório e neoplasias com maior concentração no período de 2015 e 2016. Em quarto lugar aparecem as internações por doenças do aparelho respiratório. Comparando os dados de morbidade de 2013 a 2016, observamos uma pequena acentuação de internações no ano de 2015.

4.3 SAÚDE DA MULHER

4.3.1 TIPOS DE GRAVIDEZ:

ANO	ÚNICA	DUPLA	TRIPLA	IGNORADO
2013	44	0	0	0
2014	63	0	0	0
2015	52	0	0	0
2016	44	0	0	0
2017	41	2	0	0

4.3.2 TIPOS DE PARTO

ANO	VAGINAL	CESAREO	TOTAL
2013	26	18	44
2014	33	30	63
2015	28	24	52
2016	23	21	44
2017	23	20	43

Fonte: DATASUS/SINASC

Os dados epidemiológicos dos últimos cinco anos, referentes a gravidez e parto, mostram que as mulheres são-francisquenses tiveram, em sua maioria, gravidez única e optaram pelo parto normal. A escolha pelo parto normal denota um nível de conscientização das mulheres sobre as vantagens tanto para ela como para o bebê, os quais podemos citar: Menor risco de infecção, favorecimento da produção de leite materno, os laços sentimentais com o bebê ocorrem com maior facilidade, o útero volta ao seu tamanho normal mais rapidamente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal.

Tal determinação está fundamentada no princípio de que apenas partos cesários superiores a 10% do total de partos apresentam uma situação onde é fundamentado para preservação da saúde materna e/ou fetal que o parto seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

4.4 SAÚDE DA CRIANÇA

4.4.1 RN EM SITUAÇÃO DE PREMATURIDADE

ANO	QUANTIDADE
2013	1
2014	1
2015	5
2016	3
2017	4

Fonte: DATASUS/SINASC

O quadro acima demonstra um índice baixo de bebês que nasceram antes do período, um fator positivo para a saúde das crianças, pois os nascimentos pré-termos desempenham importante papel na morbimortalidade neonatal e perinatal, estudos comprovam que é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), induções médicas desnecessárias e cesarianas antes do tempo são fatores que tem contribuído para o aumento do número de nascimentos prematuros.

4.5 IMUNIZAÇÃO

VACINA	2013	2014	2015	2016
BCG	117,39%	189,8%	129,55%	71,43%
MENINGITE C	117,39%	126,53%	136,36%	71,43%
PENTA	100%	110,2%	172,73%	68,25%
PNEUMOC.	102,17%	108,16%	175%	77,78%
POLIO	100%	110,2%	172,73%	66,67%
ROTAVIRUS	110,87%	142,86%	143,18%	76,19%
FEBRE AMARELA	0%	0%	0%	

Fonte: DATASUS/SI-PNI

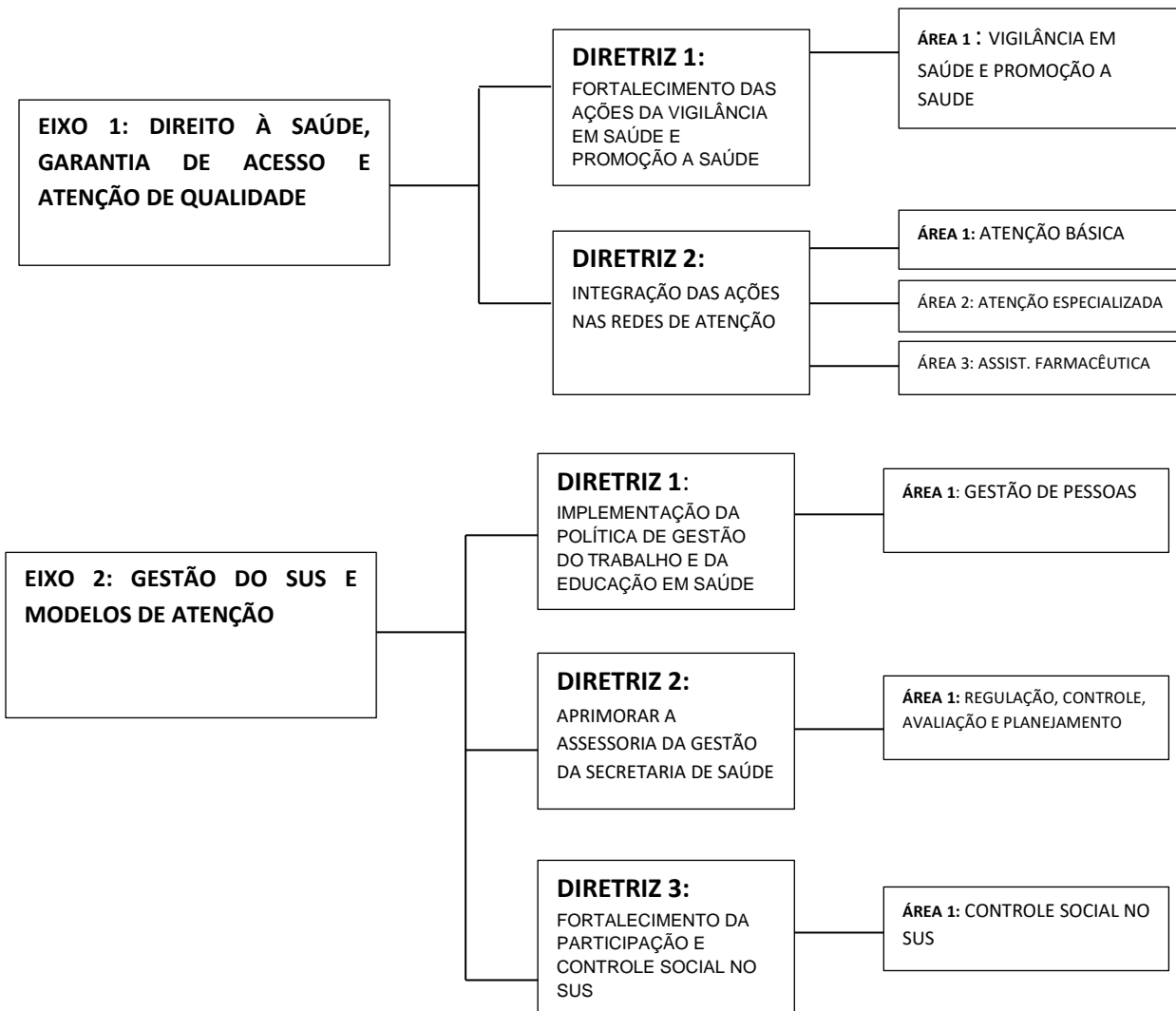
De acordo com as metas preconizadas pelo ministério da Saúde, o município de São Francisco vem cumprindo a cobertura vacinal do calendário básico, demonstrando assim o comprometimento das equipes e da gestão em relação à imunização das crianças.

4.3 INDICADORES DE SAÚDE (SISPACTO)- série histórica:

INDICADORES	Resultado 2014	Resultado 2015	Resultado 2016	Resultado Parcial 2017	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Parâmetro/Meta
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	%	89,68%		95%	97%	98%	99%	100%	Aumentar a cobertura
Proporção de óbitos prematuros (de 30 a 69) por DCNT	7	6	6		5	4	4	3	3	Reduzir
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF.	88,17	96,29	0,71		90%	92%	94%	96%	98%	Aumentar cobertura - Referencia: > 73%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	-	-	89,68		95%	97%	98%	99%	100%	Aumentar cobertura
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	0,58	0,83	0,54	0,	0,75	0,77	0,79	0,81	0,53	Ampliar
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,51	0,03	0,06	0,	0,24	0,26	0,28	0,30	0,32	Ampliar
Proporção de parto normal	52,38	54,72%	50,0%	%	0,66%	0,67%	0,68%	0,69%	0,70%	Aumentar
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	23,81	22,64%	39,47%	%	0,35%	0,34%	0,33%	0,32%	0,30%	Diminuir
Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano	0	1	0	-	0	0	0	0	0	Realizar pelo menos 2 testes
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0		0	0	0	0	0	Reduzir
Taxa de mortalidade infantil	0	1	2		2	1	1	0	0	Reduzir
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	-	100%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	100%	0,0%	100%	%	100%	100%	100%	100%	100%	> 70%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	94,74%	96,97%	100%		95%	97%	99%	100%	100%	Aumentar a proporção de investigação.
Número de casos de malária	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P

INDICADOR	Resultado 2014	Resultado 2015	Resultado 2016	Resultado Parcial 2017	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Parâmetro/Meta
Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	7	6	5		5	4,9	4,8	4,7	4,6	Reduzir 2% ao ano
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	25%	100,00%	25,00	%	100%	100%	100%	100%	100%	Aumentar
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	100%	100%	-	-	85%	90%	90%	95%	95%	Encerrar >80% ou mais
Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos	100	SC	SC	0	95%	96%	97%	98%	99%	Ampliar
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	-	67%	33%		100%	100%	100%	100%	100%	100% das ações da VISA
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Diminuir 10% a cada ano
Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	-	0	0	%	90%	91%	92%	93%	94%	Aumentar – Referencia: > 86%
Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	56,7	86,3	69,4		06	06	06%	06%	06%	Realizar pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo.
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	0	0	%	%	70%	70,35 %	70,70 %	80%	80,35 %	Ampliar: 5%

PARTE II: EIXOS / DIRETRIZES / OBJETIVOS / AÇÕES / METAS



5. EIXOS / DIRETRIZES / OBJETIVOS / AÇÕES / METAS

1º EIXO: DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE

DIRETRIZ 1: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROMOÇÃO A SAÚDE
OBJETIVO DA DIRETRIZ: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio da qualificação das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção e controle das Doenças Transmissíveis (DT) e seus determinantes e condicionantes.
AREA 1: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

AÇÕES	METAS				RECURSO
	2018	2019	2020	2021	
Elaborar em conjunto com a Atenção Básica a Análise de Situação de Saúde	01	01	01	01	CUSTEIO/RP
Promover ações de educação para a saúde e meio ambiente.	06 ações	06 ações	06 ações	06 ações	CUSTEIO/RP
Ampliar a equipe de Combate as Endemias de 5 para 8	6	7	8	----	CUSTEIO/RP
Adquirir fardamento, bolsa e EPI para os Agentes de Endemias	100% dos Agentes	----	-----	100% dos Agentes	CUSTEIO
Intensificar campanha de prevenção para combate às drogas	01 campanha	01 campanha	01 campanha	01 campanha	CUSTEIO
Apoiar e realizar as campanhas de Vigilância (Dengue, Tuberculose, Hanseníase, DST'S)	04 Campanhas	04 Campanhas	04 Campanhas	04 Campanhas	CUSTEIO
Apoiar e realizar as campanhas de Vacinação Complementar com pagamento de diárias, alimentação, todo material de divulgação e ornamentação das unidades	06 campanhas	06 campanhas	06 campanhas	06 campanhas	CUSTEIO
Manter a taxa de prevalência anual de hanseníase	Abaixo de 1/10.000				CUSTEIO

Alcançar a cobertura vacinal contra a gripe em idosos	80%				CUSTEIO
Alcançar o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) da vacina pentavalente (DTP + HB + Hib) em menores de 1 ano.	100%				CUSTEIO
Aumentar de 80% para 95% a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	95%	95%	95%	95%	CUSTEIO
Aumentar de 90% para 90% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.					CUSTEIO
Alcançar a cura de casos novos de TB pulmonar diagnosticados.	85%				CUSTEIO
Realizar testagem para HIV entre casos novos de TB	90% dos casos				CUSTEIO
Realizar 6 visitas domiciliares para controle do vetor	06 ciclos	06 ciclos	06 ciclos	06 ciclos	CUSTEIO
Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil	90%	90%	90%	90%	CUSTEIO
Investigar os óbitos maternos	100%				CUSTEIO
Investigar os óbitos infantil e fetal	100%				CUSTEIO
Realizar inspeções sanitárias nos estabelecimentos municipais de produção, comercialização e consumo de alimentos para evitar exposição da saúde a riscos	100% dos estabelecimentos	100% dos estabelecimentos	100% dos estabelecimentos	100% dos estabelecimentos	CUSTEIO
Viabilizar análise em amostra de água para consumo humano quanto ao parâmetro coliformes totais, cloro residual e turbidez, garantindo transporte para coleta	12 análises ao ano em 100% das amostras	12 análises ao ano em 100% das amostras	12 análises ao ano em 100% das amostras	12 análises ao ano em 100% das amostras	CUSTEIO

Alcançar o número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	04	04	04	04	CUSTEIO
Realizar o preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100%	100%	100%	100%	CUSTEIO
Registrar os óbitos com causa básica definida.	95% dos registros	95% dos registros	95% dos registros	95% dos registros	CUSTEIO
Encerrar em até 60 dias, após notificação, os casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI)	100%	100%	100%	100%	CUSTEIO
Retomar as ações do programa de combate a esquistossomose, cumprindo os ciclos exigidos pelo MS.					CUSTEIO
Acompanhar as ações de regulamentação da Lei que institui multas e advertências aos donos de estabelecimentos de venda e comercialização de bens de consumo e propriedades privadas que estejam desobedecendo as normas de saúde pública.	100%	----	----	----	CUSTEIO
Adquirir/Locar veículos para os trabalhos de vigilância, garantindo o custeio para a realização dos trabalhos	01 Veículo	01 Veículo	01 Veículo	01 Veículo	CUSTEIO
Compensar os servidores envolvidos nas campanhas de vigilância através de diária ou folga remunerada	100% das Campanhas	100% das Campanhas	100% das Campanhas	100% das Campanhas	CUSTEIO
Compra e Manutenção dos equipamentos	01 Equipe	01 Equipe	01 Equipe	01 Equipe	CUSTEIO / RP

DIRETRIZ 2: Integração das ações das redes de Atenção a Saúde

OBJETIVO DA DIRETRIZ: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada e ambulatorial e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

AREA 1: ATENÇÃO BÁSICA

AÇÕES	METAS ANUAIS				RECURSO
	2018	2019	2020	2021	
Adquirir um compressor odontológico para o Posto da Piçarreira	01	----	---	----	INVESTIMENTO/RP
Implantar Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF	01	---	---	---	CUSTEIO
Desenvolver ações estratégicas em conjunto NASF E ESF para sensibilização coletiva dos usuários para prevenção das doenças.	12 ações	12 ações	12 ações	12 ações	CUSTEIO
Reduzir ao ano a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	0,5%				CUSTEIO
Alcançar a cobertura do nº de Famílias acompanhadas nas condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	88%				CUSTEIO
Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.	>= 60%.				CUSTEIO
Aumentar a taxa de primeira consulta de acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida	>80%				CUSTEIO

Ampliar o acesso ao diagnóstico de hepatites B e C e a oferta de testes rápidos de sífilis e HIV nas Unidades de Saúde	100% das unidades				CUSTEIO
Equipar as Unidades de Saúde	01	01	01	01	INVESTIMENTO / RP
Realizar reparo e manutenção nos equipamentos das unidades de saúde	03 unidades	03 unidades	03 unidades	03 unidades	CUSTEIO / RP
Reformar e/ou ampliar Unidade de Saúde	03 Unidades	03 Unidades	03 Unidades	03 Unidades	INVESTIMENTO / RP
Estruturar rede de esterilização para atendimento de 100% da demanda das Unidades municipais de saúde	01 rede	----	---	---	CUSTEIO / RP
Implantação das ações do Programa Academia da Saúde no Pólo construído	01	----	----	----	INVESTIMENTO
Realizar nos meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro, campanhas de conscientização prevenção e do diagnóstico precoce de doenças com alta incidência de mortalidade entre homens e mulheres.	04	04	04	04	CUSTEIO / RP
Garantir através do Conivales a 1ª dose do antibiótico para crianças com problemas respiratórios.	----	100% das crianças	----	----	CUSTEIO / RP
Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com 01 exame cito patológico a cada 3 anos de 0,70% para 0,78%					CUSTEIO / RP
Assegurar realização da puericultura das crianças em até 24 meses	85%	85%	85%	85%	CUSTEIO / RP
Realizar captação precoce de gestantes nas UBS	85%	85%	85%	85%	CUSTEIO / RP
Contratar profissionais de Nutrição, Psicologia e Educação física para as ações Programa Academia da Saúde e NASF, visando á mudança de hábitos e promoção a saúde da população.	03	----	----	---	CUSTEIO / RP

Promover ações estratégicas para acolhimento da população LGBT nos serviços de Saúde	02/ano	02/ano	02/ano	02/ano	CUSTEIO / RP
Locação de veículo de médio porte para transporte de usuários dos SUS dos povoados para atendimento nas unidades de saúde	02 Veículos	02 Veículos	02 Veículos	02 Veículos	CUSTEIO / RP
Contratação de empresa para manutenção nos equipamentos odontológicos das unidades de saúde	01	01	01	01	CUSTEIO / RP
Contratação de empresa ou prestador de serviço para manutenção dos ar condicionado, nas unidades de saúde e secretaria.	01	01	01	01	RP
Contratação de empresa que forneça equipamentos de impressão e recarga para unidades de saúde	01	01	01	01	CUSTEIO / RP
Realização de reparos e manutenção nos equipamentos elétricos como computadores, nobreaks, televisores, eletrodomésticos que utilizam nas unidades de saúde	01	01	01	01	CUSTEIO / RP
Compra de equipamentos permanentes para unidades de saúde e secretaria	04 Unidades	04 Unidades	04 Unidades	04 Unidades	INVESTIMENTO / RP
Realizar trabalhos de jardinagem nas unidades de saúde e secretaria	04 Unidades	04 Unidades	04 Unidades	04 Unidades	CUSTEIO / RP
Manutenção dos veículos próprios para o transporte dos pacientes e profissionais de saúde, incluindo lavagem	04 Veículos	04 Veículos	04 Veículos	04 Veículos	CUSTEIO / RP
Locação e custeio de veículos para complementação de frota, para transporte de pacientes e profissionais	01 Veículo	01 Veículo	01 Veículo	01 Veículo	CUSTEIO / RP
Contratação de serviço para organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, registro dos atendimentos realizados pelos profissionais pertencentes	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	CUSTEIO / RP

a ESF; supervisão das ações da atenção primária.					
Contratação de serviço para registro dos serviços junto ao departamento de atenção básica e Ministério da Saúde, efetuando e acompanhando o cadastro dos profissionais de saúde, envio e acompanhamento da produção das unidades básicas de saúde	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	CUSTEIO / RP
Contratação de empresa para recolhimento do lixo biológico produzido nas UBS	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	01 Serviço contratado	CUSTEIO / RP
Profissionais médicos contratados para qualificar os serviços da atenção primária	03 Profissionais contratados	03 Profissionais contratados	03 Profissionais contratados	03 Profissionais contratados	CUSTEIO / RP
Agentes comunitários de saúde agindo como principais direcionadores de demandas para a Equipe de Saúde da Família, recebendo seus vencimentos conforme portaria ministerial e tendo os seus instrumentos de trabalho e insumos garantidos pela gestão municipal	8 Agentes de Saúde atuando	8 Agentes de Saúde atuando	8 Agentes de Saúde atuando	8 Agentes de Saúde atuando	CUSTEIO / RP
Licitatar serviço de buffet e frutas para auxílio nos eventos da atenção básica	01 serviço	01 serviço	01 serviço	01 serviço	CUSTEIO / RP
Manutenção das unidades básicas de saúde, com a aquisição de insumos e prestadores de serviços (energia, água, internet, etc.)	03 Unidades	03 Unidades	03 Unidades	03 Unidades	CUSTEIO / RP
Garantir aos usuários do SUS com indicação médica e limitado aos recursos financeiros: fraldas, suplementos alimentares, protetores solares, seringas para diabéticos, fitas e lancetas para verificação de glicemia, óculos, próteses, meias elásticas e material para curativos.	02 Unidades de distribuição	02 Unidades de distribuição	02 Unidades de distribuição	02 Unidades de distribuição	CUSTEIO / RP

Doação de exames e medicamentos de média complexidade	02 Unidades de distribuição	02 Unidades de distribuição	02 Unidades de distribuição	02 Unidades de distribuição	CUSTEIO / RP
Fornecer fardamento e protetores solares aos Agentes de saúde	100%	100%	100%	100%	CUTEIO
Fornecer camisas para campanhas de vacinas e eventos da atenção básica.	100%	100%	100%	100%	CUSTEIO
Realizar ações / campanhas de saúde, garantindo a divulgação dos serviços ofertados, através da contratação de serviço áudio visual como locação de carro de som, banner , faixas etc..., bem como a aquisição de material de consumo e contratação de serviço de alimentação	24 ações	24 ações	24 ações	24 ações	CUSTEIO
Assegurar pagamento de diárias e passagens aéreas para eventos da saúde.	5 Eventos	5 Eventos	5 Eventos	5 Eventos	CUSTEIO / RP

DIRETRIZ 2: Integração das ações das redes de Atenção a Saúde

OBJETIVO DA DIRETRIZ: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada e ambulatorial e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

AREA 2: ATENÇÃO ESPECIALIZADA

AÇÃO	METAS ANUAIS				RECURSO
	2018	2019	2020	2021	
Aumentar em o número de procedimentos de média complexidade ofertado em Saúde Mental	0,6%				CUSTEIO
Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade de 0,24%para 0,28%	0,28%	0,28%	0,30%	0,30%	CUSTEIO

Ampliar oferta de exames laboratoriais simples	20%	10%	10%	10%	CUSTEIO
Ampliar oferta de consultas e exames especializados, através de recursos próprios – CONIVALES	20%	10%	10%	10%	CUSTEIO / RP
Reduzir os óbitos nas internações por infarto agudo	15%				CUSTEIO / RP
Aumentar os exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo.					CUSTEIO
Ampliar o percentual da população coberta por procedimentos periodontais para com equidade segundo sexo/raça/cor/etnia.	8,29%			9,25%	CUSTEIO
Ofertar consultas especializadas em ginecologia no município, através da contratação de um profissional, para mulheres encaminhadas pela atenção básica.	80/mês	80/mês	80/mês	80/mês	CUSTEIO
Contratação de serviços eventuais de oftalmologista, cardiologista e urologista para atendimento nas unidades de saúde	03 serviços	03 serviços	03 serviços	03 serviços	CUSTEIO / RP
Contratação de profissional ultrassonografista para realização de exames	01 profissional	01 profissional	01 profissional	01 profissional	CUSTEIO / RP
Garantir ajuda financeira para paciente que fazem tratamento fora do domicílio (TFD)	100% dos pacientes	100% dos pacientes	100% dos pacientes	100% dos pacientes	CUSTEIO / RP
Locar Ambulância para simples remoção, com custeio do serviço	01 ambulância	01 ambulância	01 ambulância	01 ambulância	CUSTEIO / RP

DIRETRIZ 2: Integração das ações das redes de Atenção a Saúde

OBJETIVO DA DIRETRIZ: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada e ambulatorial e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

AREA 3: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

AÇÃO	METAS ANUAIS				RECURSO
	2018	2019	2020	2021	
Implementar o sistema Hórus na Unidade de saúde com ESF	01 sistema em uso	01 sistema em uso	01 sistema em uso	01 sistema em uso	CUSTEIO
Abastecer as Unidades de Saúde, trimestralmente, com insumos, correlatos, medicamentos controlados e de urgência.	100%	100%	100%	100%	CUSTEIO / RP
Realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos	12 ações	12 ações	12 ações	12 ações	CUSTEIO
Estruturar as Farmácias Básicas das Unidades	100%	100%	100%	100%	CUSTEIO

2º EIXO: GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO

DIRETRIZ 1: Implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

OBJETIVO DA DIRETRIZ: Fortalecer a Gestão do Trabalho e a Educação em Saúde para qualificação dos profissionais com vistas à prestação de serviços de saúde com qualidade.

ÁREA 1: GESTÃO DE PESSOAS

AÇÃO	METAS ANUAIS				RECURSO
	2018	2019	2020	2021	
Ampliar o número de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculo protegido	90%	90%	90%	90%	CUSTEIO / RP
Implantar a Política Municipal de Promoção à saúde do Trabalhador do SUS	01	---	-----	-----	CUSTEIO / RP
Capacitar continuamente os profissionais de Saúde dos níveis superior, médio e elementar, em assuntos específicos de suas áreas de atuação.	2 / ano	2 / ano	2 / ano	2 / ano	CUSTEIO / RP
Sensibilizar os servidores em humanização da assistência à saúde	2 / ano	2 / ano	2 / ano	2 / ano	CUSTEIO / RP
Implantação do Ponto eletrônico em todas as Unidades de Saúde para os servidores municipais.	100%	---	-----	-----	CUSTEIO / RP

DIRETRIZ 2: Aprimorar a Assessoria da Gestão da Secretaria de Saúde

OBJETIVO DA DIRETRIZ: Aprimorar a Assessoria da Gestão de Informação da Secretaria de Saúde nos processos de planejamento, programação, regulação, controle e avaliação.

ÁREA: REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO

AÇÃO	METAS ANUAIS				RECURSO
	2018	2019	2020	2021	
Implantar e implementar a utilização de fluxo e protocolo para melhorar a integração entre a atenção básica (UBS) e a média e alta complexidade (Unidades de Referência).	01 protocolo	---	---	---	RP
Elaborar e divulgar dados e análises quadrimestral, para subsidiar a tomada de decisão a nível municipal.	03/ano	03/ano	03/ano	03/ano	RP
Promover a produção e divulgação da análise de situação de saúde e da inovação em saúde em conjunto com atenção básica e vigilância, contribuindo para a sustentabilidade do SUS.	01 divulgação	01 divulgação	01 divulgação	01 análise divulgação	RP
Manter atualizada a PPI para facilitar a prestação dos serviços de saúde por parte dos prestadores do SUS.	01	01	01	01	RP
Elaborar de forma integrada os instrumentos de gestão e planejamento do SUS, a partir do desenvolvimento de um processo de monitoramento e avaliação propositiva.	04 instrumentos	04 instrumentos	04 instrumentos	04 instrumentos	CUSTEIO / RP
Implementar a dinâmica de planejamento local com as Equipes de Saúde, baseada nos princípios da gestão democrática e participativa, estabelecendo-se a diretiva das	100% das Equipes	100% das Equipes	100% das Equipes	100% das Equipes	RP

programações locais de saúde, com avaliação sistemática e incremento do controle social					
---	--	--	--	--	--

DIRETRIZ 3: Fortalecimento da Participação e Controle Social no SUS

OBJETIVO DA DIRETRIZ: Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação social.

ÁREA 1: CONTROLE SOCIAL

AÇÃO	METAS ANUAIS				RECURSO
	2018	2019	2020	2021	
Capacitar os conselheiros municipais sobre a Política de Saúde e Controle Social no SUS	01 capacitações	01 capacitações	01 capacitações	01 capacitações	RP
Adquirir equipamentos e/ou mobiliário para a sala do conselho	02	02	02	02	RP
Realizar Conferencia Municipal de Saúde em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde	----	01	----	01	CUSTEIO
Promover intercâmbio de experiências dos conselhos municipais em eventos regionais	---	01	----	01	RP
Realizar ações que estimule o interesse e a participação social da comunidade das questões de saúde em conjunto com os profissionais de saúde	02 ações	02 ações	02 ações	02 ações	RP
Garantir as condições necessárias para a realização das reuniões Ordinárias, Extraordinárias e Itinerantes.	100%	100%	100%	100%	RP
Convocar o Conselho de saúde para as reuniões de avaliação de Indicadores de Saúde e Audiências Públicas.	01/ quadrimestre	01/ quadrimestre	01/ quadrimestre	01/ quadrimestre	RP
Criar representação LGBT no conselho, no segmento usuário.	01	----	---	----	RP
Garantir a estrutura e manutenção das ações do Conselho Municipal de Saúde	100%	100%	100%	100%	RP

6. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O processo de monitoramento e avaliação do Plano Municipal será realizado através de reuniões de avaliação envolvendo as áreas técnicas, Relatórios das ações setoriais, reuniões do Conselho, no intuito de analisar o cumprimento das metas e indicadores estabelecidos neste documento, bem como os avanços e entraves existentes para o alcance da situação planejada e propor alternativas de solução. Outros instrumentos de planejamento que utilizaremos para verificar os resultados alcançados serão a execução das Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais e Quadrimestrais de Gestão.

Este Plano será avaliado anualmente para possíveis ajustes de metas ou ações previstas, que serão submetidos à apreciação e análise do Conselho Municipal de Saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que para a execução de todas as metas e prioridades constantes no respectivo Plano Municipal de Saúde, encontraremos diversos obstáculos, como aquisição de recursos financeiros e participação da população no controle social. Porém iremos atrás de parcerias como a Secretaria de Estado da Saúde, ONGs entre outras, com o intuito de angariar recursos financeiros para a execução das mesmas.

O levantamento realizado das necessidades existentes no âmbito da saúde, demonstra a preocupação que a administração municipal tem em prestar a assistência à saúde voltado à prevenção das doenças, com o nível de satisfação da população em relação ao serviço prestado e a melhor e extensiva cobertura assistencial a ser realizada no período de 2014 a 2017.

É de responsabilidade do gestor de saúde e demais profissionais que compõem a atenção básica municipal, reorganizar o Sistema Local de Saúde, com base nos princípios do SUS, direcionando 100% da assistência no desenvolvimento de ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Garantindo o atendimento na unidade local de saúde, na comunidade e no seu domicílio. A promoção da saúde consiste de combinação da educação e intervenção legais, econômicas, ambientais e organizacionais relacionadas e desenvolvidas para facilitar a aquisição da saúde e prevenção da doença.

Admite-se que a promoção da saúde é uma atividade intersetorial e interdisciplinar, e se dá sensivelmente através da formação destes recursos humanos – orientada pelos critérios de atenção primária de saúde em diferentes áreas da prática diária: saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e saúde do idoso, bem como outros programas, preconizado na NOAS/SUS/01, que beneficiem o município de Malhada dos Bois.

Este Plano de Saúde contempla as necessidades da população e traz toda a responsabilidade da Atenção Básica dentro dos limites de condições do município, atendendo a Norma Operacional de Assistencial a Saúde, onde foi aprovado também pelo Conselho Municipal de saúde.