



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAFRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS
2022 – 2025

MAFRA – SC

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAFRA SC

PREFEITO MUNICIPAL: Emersom Maas

VICE- PREFEITO: Celina Dietrich

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE: Plínio Saldanha de Oliveira

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Alain Lourenço Gomes - Presidente

Plínio Saldanha de Oliveira

Valéria Grossl Gonçalves

Angelita Nigrin

Josane Soares da Silva

Natasha Silva de Mello

Hellen Nataly Correia Lagos Guimarães

Renata Henrique Petreça

Denise Aparecida de Araujo Kalil da Luz

Erick Douglas Weber da Maia

Fabiana Lanke

Ana Carolina Rosa Pires

Edson Eckel

Michele Krayevski Eckel

Dorvalino Alves da Silva

Dario Clair Syaczuk

Cintia Muller de Aguiar

Mariléia Aparecida Sescatto Szczerbowski

Marcial José Przybyela

Sidineia dos Santos Schelbauer

Ana Carolina Muller Moreira de Carvalho

Cristiane Valentin

Rui Carlos Pettres

Silmara Kraus Godeski

Rosimeri Souza Farias

Angela Maria Fagundes Konopka
Mariza Decol Weck Mattoso
Ana Claudia Beje
Sueli Terezinha Hillebrandt
Silvana Prochera
Évelin Battinger Prestes
Marlene Aparecida da Silva do Livramento
Dinaci Stockchneider
Leandro Arbigaus
Clodomiro Lima da Rosa
Cleonice da Silva e Souza

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Gabriel Dequech, 212 – Centro – Mafra/SC

CEP: 89.300-000 Fone: 47 3645-3931/ 47 3641 3938

E-mail saude.mfa@gmail.com/saudemafra@mafra.sc.gov.br

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO E REVISÃO PMS

Angelita Nigrin

Andre Flores Agostini

Débora Popadiuk

Denise Aparecida de Araújo Kalil Luz

Eliane Fátima Chaves Bergamini

Jonas Vanderlei Keskoski

Joseli Grein Miretzki

Josiane Aparecida Tracz Moura

Mariane Ruthes

Meriane do Rocio Portela

Susanne Stritzinger de Cassias

Plínio Saldanha de Oliveira

Valéria Grossl Gonçalves

Francesli Patrícia Pereira Helmann

COLABORADORES

Trabalhadores dos Programas e Serviços Municipais de Saúde, Setor de Contabilidade da Secretaria de Fazenda e Planejamento, Universidade do Contestado e Entidades Não Governamentais e Governamentais.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. ANÁLISE SITUACIONAL	8
1.1. IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL	8
1.1.1. Apresentação	8
Figura 01 – Mapa do município de Mafra	10
Figura 02 – Mapa do Estado de Santa Catarina com destaque para o município de Mafra	13
1.1.2. Densidade Demográfica	14
Figura 03 – Pirâmide Etária do município de Mafra - 2010	15
1.1.3. Educação	16
1.1.4. Renda	17
1.1.5. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH-M	17
1.1.6. Habitação e Estrutura Sanitária	18
1.1.7. Estrutura organizacional da SMS e Serviços	20
Quadro 13 – Organização do Setor Municipal Público de Saúde de Mafra	21
1.1.8. Recursos Humanos SMS	22
1.2 SITUACIONAL EM RELAÇÃO À CONDIÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	24
1.2.1 Características de natalidade	24
1.2.2 Características de mortalidade	26
1.2.3 Características dos casos de agravos notificáveis em Mafra	31
1.2.4 Perfil dos usuários acompanhados pela Vigilância Epidemiológica	38
1.2.5 Vigilância de Síndrome Respiratória – COVID 19	45
1.3 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE	64
1.3.1 Atenção Primária	64
1.3.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	71
1.3.3 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	72
1.3.4 Policlínica Municipal	74
1.3.5 Controle e Avaliação	87
1.3.6 Vigilância em Saúde	88
1.3.6.1 Vigilância Sanitária	90
1.3.6.2 Vigilância Epidemiológica	99
1.3.7 Núcleo de Educação Permanente - NEP Mafra: “Amendoins do Saber”.	106
1.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE	109
1.4.1 Participação Social	109
1.4.2 Plano de Saúde	110
1.4.3 Conferências de Saúde	111
1.4.4 Planejamento	111

1.5 FINANCIAMENTO	113
2. COMPROMISSO DA GESTÃO	121
3. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS	122
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
5. RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO	128
6. HOMOLOGAÇÃO	129
7. APÊNDICES	130
8. ANEXOS	146

INTRODUÇÃO

“Onde o conhecimento está apenas num homem, a monarquia se impõe. Onde está num grupo de homens, deve fazer lugar à aristocracia. E quando todos têm acesso às luzes do saber, então vem o tempo da democracia”.

Victor Hugo

A Secretaria Municipal de Saúde de Mafra por meio da Comissão de Revisão e Elaboração do Plano Municipal de Saúde, nomeada pela Portaria nº. 868/2021 em 08 de novembro de 2021 apresenta o Plano Municipal de Saúde com vigência para o período de 2022 a 2025. Este documento é um dos mecanismos estratégico fundamentais no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa garantir a direção única na esfera do governo municipal e a organização da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, concretizando os objetivos e diretrizes do SUS.

O Plano Municipal de Saúde de Mafra é resultado da construção coletiva dos diversos atores e fruto de uma experiência de planejamento estratégico democrático, com vistas a nortear os rumos da política pública de saúde a ser implementada e monitorada nos próximos anos. Sua estruturação esteve embasada nas discussões dos atores da rede de saúde e em documentos que compõem a Gestão do SUS, tais como, o plano atual de Saúde com vigência entre 2018 a 2021, relatórios de gestão, os indicadores do pacto, da vigilância epidemiológica e sanitária, planejamento local de unidades, programas e setores. No campo político, levou-se em consideração as metas e ações previstas no Plano de Governo da atual administração, que convergem com o Diagnóstico Situacional realizado com base em aspectos gerais do município, da realidade sanitária, das condições de saúde da população, dos recursos financeiros, da capacidade instalada, enfim de aspectos considerados estruturais.

Este plano está organizado em dois módulos básicos que contemplam o Diagnóstico Situacional (Identificação municipal; Análise situacional em relação às condições de saúde/doença; Análise em relação à Atenção Integral a Saúde que inclui a estrutura das redes de assistência; Análise em relação à gestão de saúde englobando o controle social) e o Planejamento Estratégico (Problemas; Objetivo e Metas). O Plano Estratégico foi encadeado em dois eixos: Gestão de Saúde e Atenção Integral a Saúde. O primeiro foi subdividido em cinco competências (Desenvolvimento/Regionalização, Financiamento, Participação Social, Planejamento e Outros) e o

segundo em seis (Assistência Ambulatorial Especializada, Assistência Farmacêutica, Assistência Urgência e Emergência, Atenção Básica e Vigilância em Saúde).

O Diagnóstico Situacional e o Planejamento Estratégico foi pautado na missão, nos valores e na visão da Secretaria Municipal de Saúde, sendo elaborado de forma participativa, em uma oficina de trabalho que envolveu a presença de representantes das unidades de saúde, gestores da própria Secretaria, representantes dos trabalhadores do SUS, Conselho Municipal de Saúde, além da divulgação e de convites estendidos a demais profissionais de instituições como Universidade e Prestadores de Serviços para a Saúde. Além da oficina, a participação se deu com o preenchimento de um instrumento estruturado e encaminhado aos serviços para expressar as necessidades em saúde (problemas, objetivos e metas). Houve a preocupação em resgatar a realidade e a capacidade instalada, aliando expectativas e planejamentos setoriais dentro de uma proposta previstas nos Pactos de Saúde, buscando então, tornar este plano um instrumento exequível da Gestão Municipal do Sistema de Saúde.

Está expresso neste instrumento o esforço em se alcançar a integralidade da atenção, com qualidade e acompanhamento sistemático dos indicadores e das metas a serem alcançadas. Também reforça o interesse na valorização do trabalho e dos profissionais e na humanização da atenção e da gestão. Esperamos que este documento contribua na consolidação da melhoria da qualidade da atenção a saúde e no fortalecimento do controle social.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

Os diagnósticos são atividades necessárias que precedem o planejamento e todas as outras atividades estratégicas, que busca, sobretudo, identificar as vulnerabilidade no desempenho das atividades operacionais e recomendar tecnicamente soluções para aperfeiçoamento do processo de trabalho, através da redução da realidade em uma única explicação, partindo da busca democrática do problema nos diversos setores de forma multiprofissional, propiciando diversas explicações da realidade apontando para os mesmos problemas.

1.1. IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

1.1.1. Apresentação

A cidade de Mafra tem sua história estreitamente vinculada à cidade de Rio Negro, no Estado do Paraná, a região foi cortada do sul ao norte pelos tropeiros, ligando a capitania de São Pedro do Sul a São Paulo. Na época existia apenas uma trilha na mata, aberta pelo gado que era transportado por este trecho. Este trajeto era de difícil percurso, gerando grandes prejuízos, com perdas de homens e animais, até que em 1732 o bandeirante e tropeiro Cristóvão Pereira de Abreu oficializou a abertura da “Estrada da Mata”, conduzindo nesta, aproximadamente três mil animais, entre mulas, cavalos e bestas. Em 1816, os tropeiros requereram a Dom João VI a abertura de um caminho entre a Vila de Lages, Estado de Santa Catarina e Lapa no Estado do Paraná, terra que até então era sertão com toda a espécie de barreiras e perigos.

Com o passar dos anos, Dom João VI reconheceu que São Paulo ficaria prejudicado com o consumo incerto do que dependesse dessa região, em virtude das inúmeras dificuldades de transporte de bens e mercadorias, então ordenou a criação de um plano para a abertura de uma estrada no início do século XVIII, que recebeu várias denominações: Estrada Real, Estrada do Sertão e finalmente "Estrada da Mata". Por ela pretendia ligar a Província de São Paulo ao Estado do Rio Grande do Sul.

Através do surgimento da Estrada da Mata, houve a chegada dos primeiros imigrantes europeus, vindos da cidade de Trier, Alemanha, em 1829, dando início ao processo de colonização. Em 1870 criou-se o Município de Rio Negro, e os imigrantes alemães, poloneses, italianos,

bucovinos, tchecos, ucranianos aceleraram o crescimento da região, no entanto não havia consenso quanto os limites dos estados do Paraná e Santa Catarina.

Em 1894, assumiu a administração do Estado de Santa Catarina o doutor Hercílio Luz, que nomeou o Jurista Manoel da Silva Mafra para intervir pelas questões de limites entre os Estados do Paraná e de Santa Catarina, em 1896, a questão de limites passou a ter caráter judicial sendo que o Supremo Tribunal deu ganho de causa a Santa Catarina em 1904, ato que foi embargado pelo Estado do Paraná e ratificado em 1910 a favor do estado de Santa Catarina. Mesmo Santa Catarina sendo vitoriosa no pleito, o Paraná continuou de posse das terras e o Manoel da Silva Mafra acabou falecendo antes da emancipação da cidade de Mafra. A região com cerca de 50.000 km², entre os atuais Estados de Santa Catarina e Paraná, eram disputadas por ambos, instalando-se em 1912 pelo conflito, além de outros motivos, a denominada “Guerra do Contestado”, que transformou as cidades desta região em palco de um dos maiores e mais importantes movimentos sociais do país.

Após 18 anos de lutas incansáveis, o Presidente da República, Wenceslau Braz, promoveu o encontro entre os Governadores de Santa Catarina e do Paraná, Felipe Schmidt e Carlos Cavalcante, a fim de solucionar o conflito. Em 1917, os dois Estados reconheceram e homologaram as linhas de acordo, e em 25 de Agosto do mesmo ano, a Lei Catarinense Nº. 1.147, restaurou o município e demarcaram os novos limites. No dia 08 de Setembro de 1917 foi instalado o Município, à margem esquerda do Rio Negro, que passou a denominar-se Mafra, em honra a memória do doutor Manoel da Silva Mafra, defensor do Estado de Santa Catarina no litígio.

O município de Mafra possui uma grande extensão territorial na zona rural 1.318,32km², representando 93,74% da área total do município, que é de 1.404,34m². A Figura 01 apresenta o mapa do Município de Mafra, demonstrando visualmente a predominância do seu perímetro rural (IBGE, 2016).

Figura 01 – Mapa do município de Mafra



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Como pode ser observado no Quadro 01, o Município de Mafra possui um clima bem definido, considerado temperado, com verões frescos e temperatura média anual de 17,7°C. As chuvas são bem distribuídas ao longo do ano, não sendo observados normalmente períodos muito intensos de seca. O inverno geralmente apresenta dias com frio intenso.

Quadro 01 – Condições Climáticas

<i>Indicadores</i>	<i>Valores</i>
Temperatura Máxima	36,5° Celsius
Temperatura Média	16,7° Celsius
Temperatura Mínima	-6° Celsius
Índice Pluviométrico	1.855 mm/ano
Umidade Relativa do Ar	83,33%
Classificação Climática	Temperado

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Município possui um perímetro rural preponderante, apesar de a população urbana ser sensivelmente maior que a rural. Com intuito de conhecer melhor a divisão urbana e rural do Município, o Quadro 02 apresenta os bairros urbanos, e o Quadro 03 apresenta as localidades da área rural, conforme a divisão política do Município.

Quadro 02 – Bairros

Bairro Vila das Flores
Bairro Vila Ivete
Centro I – Baixada
Vila Buenos Aires
Jardim América
Bairro Restinga
Centro II - Alto de Mafra
Vila Ferroviária
Vila Argentina
Vila Formosa
Bairro Jardim do Moinho
Bairro Autódromo
Bairro Vila Nova
Bairro Faxinal
Bairro Espigão do Bugre
Bairro Campo da Lança
Bairro Fazenda Potreiro

Fonte: Lei nº 2.227, de 30 de dezembro de 1997.

Quadro 03 – Localidades

Amola Flecha	General Brito
Avencal de Cima	Irara
Avencal do Meio	Lageadinho
Avencal do Saltinho	Leonel
Barracas	Papua

Bela Vista do Sul	Pedra Fina
Bituva Grande	Perizal
Bituvinha	Ribeirãozinho
Butiá do Braz	Rio Branco
Butiá do Lageado	Rio da Areia de Baixo
Butiá dos Carvalho	Rio da Areia de Cima
Butiá dos Taborda	Rio da Areia do Meio
Butiá Santa Rita	Rio do Cedro
Caçador	Rio Preto do Sul
Caillet	Rio Preto do Sul
Campina Konkell	Saltinho do Canivete
Campo Novo	São João da Barra
Campo São Lourenço	São Lourenço
Canivete	Tacanica
Colônia Augusta Vitória	Vila Grein
Colônia Nova	Vila Neumann
Corredeira	Vila Olsen
Engenho do Meio	Vila Peschel
Estação Tingui	Vila Pscheidt
Fazenda Potreiro	Vila Ruthes
Gabiroba	

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

O Município de Mafra situa-se no planalto norte de Santa Catarina, limitando-se ao norte, pelo rio Negro, com o Município de Rio Negro - Paraná. Os demais limites territoriais estão também descritos no Quadro 04. A Figura 02 representa a localização do município dentro do estado de Santa Catarina.

Quadro 04 – Limites Territoriais

Região	Limites	Distâncias (km)
Norte	Rio Negro	01

PIB per capita	24520,69	146°	26028,16	168°	29696,84	140°	34993,36	104°
-----------------------	----------	------	----------	------	----------	------	----------	------

Fontes: IBGE, SPG/DEGE/Gerência de Estatística e EPAGRI.

1.1.2. Densidade Demográfica

Conforme o último senso realizado pelo IBGE em 2010, o Município de Mafra tem uma população total de 52.912 habitantes, sendo que a área rural apresenta uma população de 11.594 habitantes (21,91%) e a área urbana, 41.318 habitantes (78,09%). O Quadro 06 apresenta a evolução da população residente a partir de 1970 até o último censo de 2010 e a estimativa para 2021. O município de Mafra apresenta uma densidade demográfica de 37,69 hab/km² (IBGE, 2010).

Quadro 06 – População Residente - 1970-2010

Ano	Total
1970	36.021
1980	40.637
1990	47.042
2000	49.940
2010	52.912
Estimativa 2021	56.825

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2010

Ainda conforme o último senso realizado pelo IBGE em 2010, o Quadro 07 mostra a distribuição por sexo por faixa etária e a Figura 03 representa a pirâmide etária do município.

Quadro 07 – População Residente por Sexo - 2010

Pirâmide Etária						
Idade	Mafra		Santa Catarina		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	1.770	1.712	206.935	198.810	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	2.119	2.020	222.981	213.804	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	2.347	2.287	264.941	254.842	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	2.351	2.202	276.177	269.009	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	2.272	2.061	287.316	278.342	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	2.195	2.212	286.179	280.304	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	2.182	2.202	256.324	254.824	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	2.059	2.007	234.504	236.585	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	1.870	1.886	230.018	234.200	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	1.785	1.903	216.576	225.071	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	1.525	1.583	179.383	187.597	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	1.220	1.264	143.895	152.906	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	864	1.013	106.909	116.561	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	613	759	73.382	83.975	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	452	630	52.332	64.645	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	318	424	32.789	45.583	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	196	300	18.552	29.628	668.589	998.311
85 a 89 anos	81	138	7.960	14.612	310.739	508.702
90 a 94 anos	24	44	2.517	5.149	114.961	211.589
95 a 99 anos	8	12	564	1.350	31.528	66.804
Mais de 100 anos	0	2	126	279	7.245	16.987

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2010

Figura 03 – Pirâmide Etária do município de Mafra - 2010



Fonte: IBGE Censo Demográfico 2010

A pirâmide etária segue a tendência nacional e estadual, apontando para o envelhecimento da população local. O número de habitantes com 50 anos ou mais cresceu mais de 38% entre 2000 e 2010, já a população até 4 anos diminuiu 23,3%.

1.1.3. Educação

Segundo o Censo Demográfico 2010, do IBGE, Mafra consta com uma população alfabetizada de 47.102 habitantes, sendo 23.323 do sexo masculino (49,52%) e 23.779 do sexo feminino (50,48%).

O quadro 08 refere-se ao número de matrículas realizadas em 2020 nas três áreas de competência da educação do Município de Mafra: Ensino Público Estadual, Ensino Público Municipal e Ensino Privado.

Quadro 08 – Matrículas nas Redes Estadual/Municipal/Privada de ensino em 2020

Grau de Ensino	Rede Estadual	Rede Municipal	Rede Privada	Total
Creche	0	1166	73	1239
Pré-escola	0	1277	114	1391
1º a 5º ano (Anos Iniciais)	1383	1362	172	3304
6º a 9º ano (Anos Finais)	1634	2680	194	4486
Ensino Médio	1658	0	232	1890
Educação de Jovens e Adultos Fundamental/Médio	283	0	51	283
Educação Especial	207			207
Educação Profissionalizante	316	0	274	590

Fonte: INEP, Censo Escolar 2021.

Os quadros 09 e 10 referem-se ao número de instituições existentes no município.

Quadro 09 – Estabelecimentos de Educação do município de Mafra (2020)

	Ensino Infantil	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Profissionalizante	Ensino Superior
Rede Estadual	0	09	07	02	0
Rede Municipal	41	16	0	0	0
Rede Privada	04	02	02	05	01
Total	45	27	09	07	01

Fonte: INEP, Censo Escolar 2021.

Segundo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica no ano de 2019 o município de Mafra apresentou 6,5 nos anos iniciais do ensino fundamental e 4,7 nos anos finais do ensino fundamental. O Ideb funciona como um indicador nacional que possibilita o monitoramento da qualidade da Educação pela população por meio de dados concretos, com o qual a sociedade pode se mobilizar em busca de melhorias (Fonte IBGE).

1.1.4. Renda

Em 2019, o salário médio mensal era de 2.3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 27%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 82 de 295 e 131 de 295, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 30.2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 102 de 295 dentre as cidades do estado (IBGE, 2021).

1.1.5. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH-M

O Quadro 10 apresenta o do município de Mafra, bem como os quesitos renda, longevidade e educação.

Quadro 10 - Índice de Desenvolvimento Humano – 2010

	IDH-M	IDH-M Renda	IDH-M Longevidade	IDH-M Educação
Mafra	0,777	0,738	0,880	0,723

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2010

1.1.6. Habitação e Estrutura Sanitária

No Município de Mafra a maioria das unidades domiciliares (78,34%) está situada no perímetro urbano, enquanto que 21,65% restantes se encontram na área rural (Quadro 11).

Quadro 11 - Unidades Domiciliares em Mafra – 2010

<i>Domicílios</i>	<i>Quantidades</i>	<i>(%)</i>
Total de Domicílios	16.561	100
Área Urbana	12.975	78,34
Área rural	3.586	21,65

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

A seguir, o quadro 12, apresenta uma série de informações importantes, no que se refere à condição de infraestrutura das residências. Como se observa 61,67% das residências tem como principal matéria-prima a alvenaria. Um dos problemas enfrentados pela maioria das cidades brasileiras, referente ao sistema de esgoto, está retratado no quadro abaixo, onde se verifica que menos de 1% dos moradores do Município de Mafra contam com sistema de tratamento de esgoto coletivo, o qual ainda é muito precário e não possui as condições mínimas necessárias para o despejo correto de esgoto, visto que possuem somente a captação, inexistindo o sistema de tratamento adequado. Cerca de 97% dos domicílios de Mafra, utilizam fossa séptica e sumidouro, e 2,26% das residências não possuem nenhum sistema de tratamento do esgoto, fazendo com que os dejetos residenciais fiquem a céu aberto.

Quadro 12 - Infraestrutura dos Domicílios – 2010

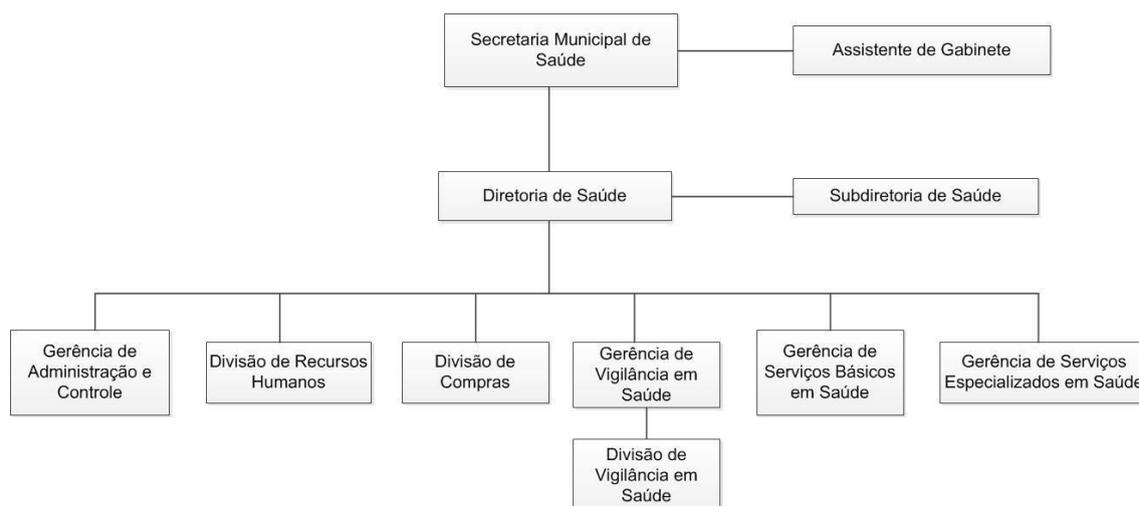
Tipo de casa	Famílias	%
Alvenaria	10.203	61,67
Madeira	6.319	0,19
Taipa não revestida	7	0,04
Outro material	32	38,10
Destino do Lixo	Famílias	%
Coleta Pública	13.633	82,39
Queimado / enterrado	2.247	13,58
Céu aberto / outro	666	4,03
Abastecimento de água	Famílias	%
Economias abastecidas	15.065	-
Economias abastecidas residenciais	12.738	-
Destino Fezes / urina	Famílias	%
Sistema de esgoto	116	0,70
Fossa	15.993	97,04
Céu aberto / outro	371	2,26
Bens duráveis	Famílias	%
Rádio	15.570	94,01
Televisão	16.083	97,11
Máquina de lavar roupa	9.509	57,41
Geladeira	16.216	97,91
Telefone fixo	7.080	42,75
Telefone celular	13.787	83,25
Microcomputador	6.659	40,21
Microcomputador com acesso a internet	4.334	44,28
Motocicleta	4.286	25,88
Automóvel	10.006	60,42

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

1.1.7. Estrutura organizacional da SMS e Serviços

Conforme a Lei Complementar nº. 044 de 03 de março de 2017 - que dispõe sobre a estrutura administrativa do município de Mafra e dá outras providências -, compete à Secretaria Municipal de Saúde executar a Política Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde, a gerência do Fundo Municipal de Saúde, bem como a coordenação da administração direta e indireta, no tocante às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e dos procedimentos coletivos, ambulatoriais e hospitalares em nível municipal. A Figura 04 apresenta o organograma administrativo da Secretaria Municipal da Saúde.

Figura 04 – Organograma da Secretaria Municipal da Saúde



Quanto aos serviços de saúde, segundo dados do CNES (2021), Mafra possui 173 estabelecimentos de saúde, sendo destes 29 estabelecimentos públicos, 23 sob gestão municipal e 08 sob gestão estadual. Possui 13 Unidades Básicas de Saúde com 18 equipes de Estratégias de Saúde da Família, uma unidade de Saúde Prisional. Dentre os estabelecimentos privados no município.

Mafra é considerado referência para os municípios circunvizinhos em relação aos serviços de média e alta complexidade. O município dispõe, dentre outros serviços, de SAMU avançado,

UTI adulto e neonatal, terapia renal substitutiva, hemoterapia e captação de órgãos para transplantes.

A maternidade é autarquia do Estado, considerada instituição “amiga da criança”. Apresenta 50 leitos sendo destes 50 destinados ao SUS, estando habilitada em alta complexidade para os serviços de terapia intensiva neonatal, bem como para esterilização (laqueadura).

O Hospital geral é de cunho filantrópico, comportando 132 leitos, destinados destes, 109 ao SUS, prestando serviços de média e alta complexidade, em 2016 através da deliberação CIB nº 200 de 13/10/2016, tornou-se referência da região do Planalto Norte na garantia de acesso da assistência de alta complexidade em Traumatologia – Ortopedia.

Quadro 13 – Organização do Setor Municipal Público de Saúde de Mafra

Rede Básica SUS- Tipo de Estabelecimento	Número
Estratégias de Saúde da Família	18
Unidades Básicas de Saúde	13
SAMU suporte avançado	01
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I)	01
Unidade Hospitalar (Porte II)	01
Maternidade	01
Policlínica Municipal	01
Clínica de Reabilitação	01
Núcleo Materno Infantil	01
Centro de especialidades odontológicas (CEO II)	01
Unidade de Pronto Atendimento - UPA	01
Secretaria Municipal de Saúde	01

Fonte: CNES (2021)

O Município de Mafra-SC está vinculada com a 24ª Agência de Desenvolvimento Regional - Mafra - 24ª Gerência de Saúde. Os demais municípios que compõem essa Regional são Campo Alegre, Itaiópolis, Monte Castelo, Papanduva, Rio Negrinho e São Bento do Sul.

I

a) Unidade de Pronto Atendimento - UPA

A Unidade de Pronto Atendimento de Mafra – UPA antes gerido pelo município, e localizada anexo ao Hospital São Vicente de Paulo, foi formalmente em 21 de junho de 2017, transferida as novas instalações na Avenida Cel. José Severiano Maia, no Bairro Jardim América, compreendendo primeiro andar de edificação com área total de 970,60 m², bem como sua plena administração através do Contrato de Gestão N°. 001/2017, derivado da Chamada Pública N°. 002/17, firmado entre o município de Mafra, por intermédio do Fundo Municipal de Saúde com o Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi, entidade qualificada como organização social no município de Mafra pelo Decreto Municipal N°. 4030 de 12 de junho de 2017, aos fins de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços da UPA do município.

No mencionado contrato encontram-se os dispositivos disciplinadores quanto à publicização do objeto contratual; indicadores de avaliação; os serviços a serem prestados; sobre o uso dos bens públicos; dos recursos humanos; dos investimentos físicos e financeiros; das responsabilidades do contratante e da contratada; da formação de um conselho administrativo para a manutenção da qualificação; da fiscalização e avaliação dos serviços; da vigência contratual e do recurso orçamentário; dos valores e reajustes; das formas de pagamento contratual; das alterações contratuais; da intervenção do município contratante; da denúncia do contrato e da rescisão; das penalidades aplicáveis; da vinculação e do foro judicial; da publicidade e transparência dos atos; e as disposições gerais.

Afora todas as questões contratuais, importantes na contextualização geral, emerge destacar a importância da ferramenta prevista no contrato, atribuindo à Secretaria Municipal de Saúde, em superficial análise, de criar uma Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, qual deve num trabalho articulado avaliar, supervisionar e fiscalizar sistematicamente o cumprimento fiel do contrato de gestão, sob pena inclusive de responsabilização solidária. Portanto, tem-se que atualmente os serviços de urgência e emergência de Mafra foram repassados a uma organização social, cabendo ao município, especificadamente a Secretaria de Saúde, acompanhar a gestão e intervir quando necessário por intermédio da avaliação e identificação de inconformidades pela Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, como já exposto.

1.1.8. Recursos Humanos SMS

A Secretaria da Saúde atualmente conta com a força de trabalho de 356 funcionários, e 30 estagiários, distribuídos nos diversos estabelecimentos pertencentes à SMS. A análise desses dados

é de extrema relevância nos processos decisórios que visam à recomposição do quadro funcional, observando-se principalmente o número de estagiários e funcionários com contrato temporário, o que dimensiona bem a necessidade de criação de novos cargos e concurso público para sua investidura, providência que reflete a intenção do gestor na desprecarização das relações de trabalho e qualificação da instituição.

O Quadro 14 representa a distribuição dos funcionários da SMS, por função e vínculo de trabalho.

Quadro 14 – Funcionários da Secretaria Municipal de Saúde

Categorias	Total	Serv. Estatutários efetivos	Serv. Contrato Temporário
Médico	37	21	16
Odontólogo	12	12	-
Enfermeiro	29	9	20
Farmacêutico e Bioquímico	03	01	02
Psicólogo	08	02	6
Profissional de Educação Física	02	-	02
Fisioterapeuta	06	04	02
Fonoaudiólogo	03	02	01
Assistente Social	03	01	02
Técnico em Informática	01	01	-
Técnico de Enfermagem	46	30	16
Fiscais Sanitaristas	02	02	-
Técnico de Raio-X	02	02	-
Técnico de Higiene Dental	09	01	08
Auxiliar Consultório Dentário	08	08	-
Estagiário	42	-	42
Agente Comunitário de Saúde	97	-	97
Aux. de Manutenção e Conservação	12	112	-
Motoristas	17	17	-
Assistente de Saúde	17	17	-

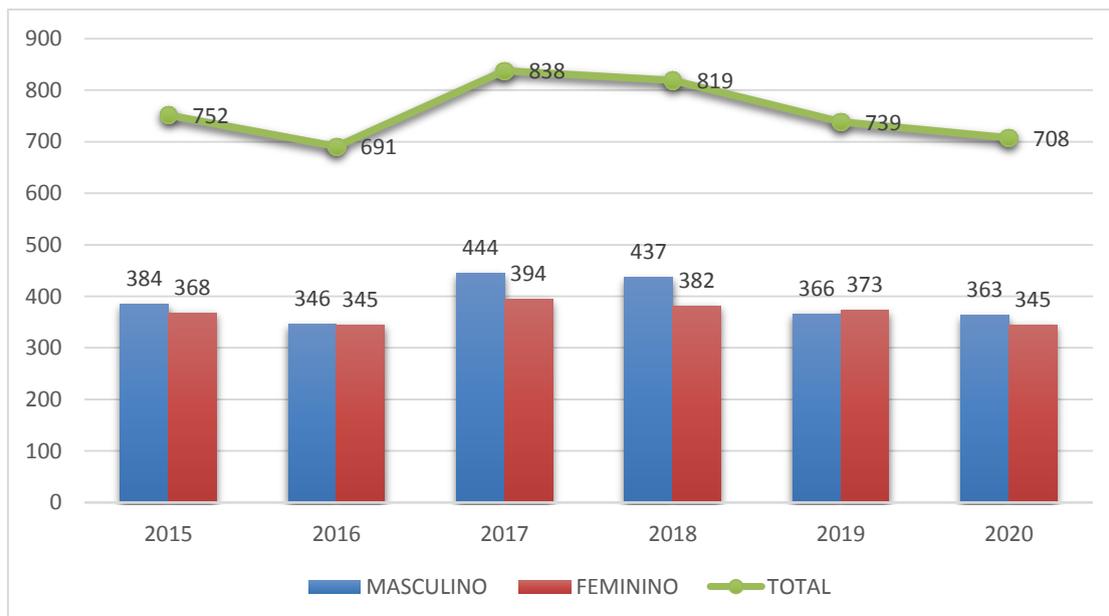
Auxiliar Administrativo	07	07	-
Vigia do Patrimônio Público	02	02	-
Monitor Escolar	01	01	-
Nutricionista	02	-	02
Terapeuta Ocupacional	01	-	01
Cirurgião Dentista	07	-	07
Agente da Dengue	03	-	03
Comissionados	06	-	06

1.2 SITUACIONAL EM RELAÇÃO À CONDIÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

1.2.1 Características de natalidade

Nos anos de 2019 e 2020 o número de nascidos vivos residentes no município foi de 739 e 708 respectivamente, observando-se uma pequena queda tendo em vista os anos de 2017 e 2018. Em 2020 nasceram mais homens do que mulheres. A redução na taxa de fecundidade é um fenômeno observado em todo o mundo. Em 1960, a taxa de fecundidade no Brasil foi de 6,3 filhos por mulher. Desde então, a redução ocorreu de forma gradativa: 1970 (5,8), 1980 (4,4), 1991 (2,9), 2000 (2,3) e, em 2006, com 02 filhos por mulher, registrou média abaixo da necessária para a reposição populacional. De acordo com dados do IBGE, no Brasil a taxa de fecundidade tem diminuído, sendo em 2018 de 1,7, o que se aproxima das taxas de países ricos. Em relação a taxa de natalidade que indica o número de nascimentos por mil habitantes no período de um ano, foi de 14,16 nascimentos. A taxa de natalidade em Mafra para o ano de 2016 foi de 12,8 nascimentos para cada 1.000hab 12,5 nascidos para cada 1.000 hab no ano de 2020. (Gráfico 01).

Gráfico 01 - Número de Nascidos Vivos do município de Mafra 2015 a 2020.

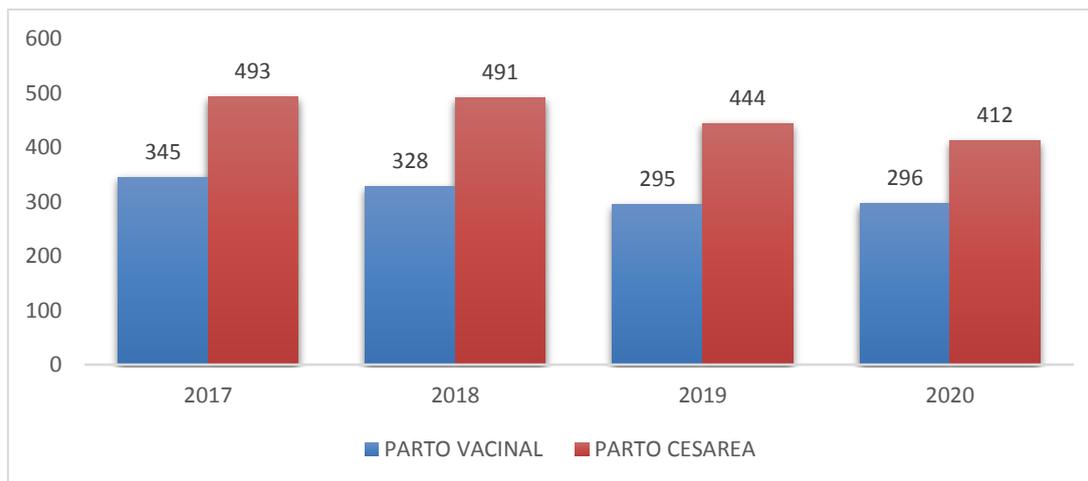


Fonte:Sinasc/ Mafra

Em relação aos tipos de parto ocorridos, no ano de 2020 predominaram os partos cesáreos em relação aos normais. A relação foi de 296 vaginais para 412 cesáreas. (Gráfico 02). O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesáreas, com uma taxa acima de 55% do total de partos, perdendo apenas para a República Dominicana, com 58%. O município de Mafra apresentou no ano de 2020 uma taxa de parto cesáreo de 58 %.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996). Este indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento do mesmo pode estar refletindo um acompanhamento pré natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

Gráfico 02 - Tipos de parto ocorridos no município de Mafra nos anos de 2017 e 2020.

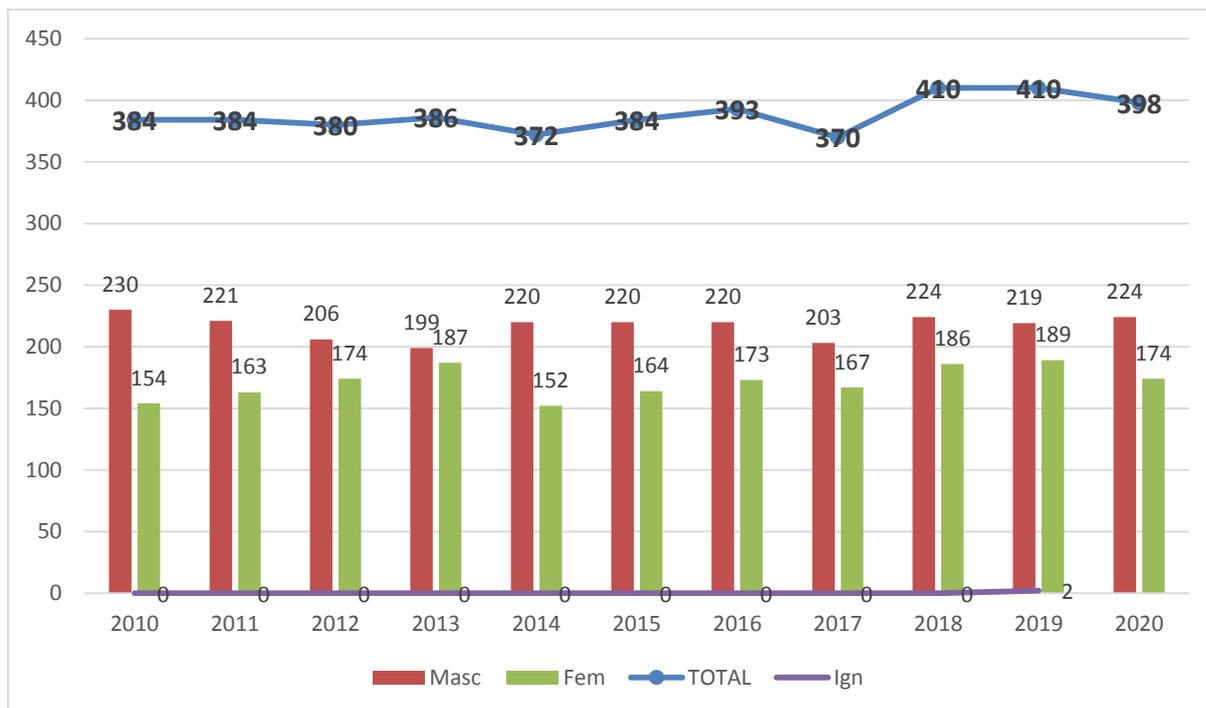


1.2.2 Características de mortalidade

A análise dos indicadores de mortalidade, que apesar de serem medidas negativas, são ainda utilizadas como indicadores de saúde, pois podem refletir a situação atual e as mudanças de saúde dos grupos populacionais.

No que se refere à mortalidade, o número absoluto de óbitos dos anos de 2019 e 2020, foram respectivamente de 410 e 398 casos (Gráfico 03). Sendo superior no sexo masculino em ambos os anos. A Taxa Bruta de Mortalidade por mil habitantes no Brasil no ano de 2015 foi de 6,08 óbitos/1000hab. No município de Mafra, no ano de 2016, esta taxa foi de 7,17 óbitos/1000hab e no ano de 2020 esta taxa foi correspondente a 7,0% óbito /1000 hab.

Gráfico 03 - Número absoluto de óbitos por sexo, Mafra, 2010 a 2020.



As principais causas de mortalidade no município de Maфра nos anos de 2019 (último ano de publicação dos dados na base federal) foram às doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas (Gráfico 04).

Gráfico 04 - Causa de Mortalidade no município de Maфра de 2017 a 2019.

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	Total
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	2	2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	1	3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	2	3
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	3	1	7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	3	4	9
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	3	2	9
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	5	2	11
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	11	7	21
VI. Doenças do sistema nervoso	7	12	6	25
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17	12	16	45
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12	11	30	53
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	19	20	19	58
XI. Doenças do aparelho digestivo	16	23	23	62
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	29	29	38	96
X. Doenças do aparelho respiratório	43	51	78	172
II. Neoplasias (tumores)	72	94	80	246
IX. Doenças do aparelho circulatório	137	132	98	367
TOTAL	370	410	410	1.190

Causa de Mortalidade no município de Mafra por Categoria CID 10, nos anos de 2017 a 2019.

DOENÇAS	2017	2018	2019	TOTAL
I21 Infarto agudo do miocárdio	55	43	31	129
J18 Pneumonia p/microorg NE	15	17	37	69
I50 Insuf cardíaca	15	19	19	53
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	15	16	15	46
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	13	15	17	45
N39 Outr transt do trato urinario	5	7	20	32

FONTE SIM/TABNET

As três principais causas de morte entre 2017 a 2019 foram Infarto agudo do miocárdio, Pneumonia, insuficiência cardíaca. Neste mesmo período, no que se refere às Neoplasias em Mafra destaca-se como causa de morte Neoplasias malignas dos órgãos digestivos, seguindo de neoplasias do aparelho respiratório e em terceiro a neoplasia maligna de mama (Gráfico 5).

Gráfico 5. Número de óbitos por tipo de neoplasias malignas em Mafra no período de 2017 a 2019.

NEOPLASIAS MALIGNAS	2017	2018	2019	TOTAL	
. Neoplasias malignas de localizações especificada		62	86	63	211
... Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	28	33	34	95	
... Neopl malig aparelho respirat e órgãos intrato	9	16	6	31	
... Neoplasias malignas da mama	2	6	5	13	
... Neoplasias malignas dos órgãos genitais femini	5	7	-	12	
... Neoplasias malignas do trato urinário	2	9	1	12	
... Neoplasias malig do lábio, cavidade oral e far	3	3	4	10	
... Neoplasias malignas dos órgãos genitais mascul	3	5	2	10	
... Melanoma e outras(os) neoplasias malignas da p	2	1	4	7	
... Neopl malig do tecido mesotelial e tecidos mol	3	2	2	7	
... Neopl malig olhos encéf outr part sist nerv ce	3	2	2	7	
... Neopl malig tireóide e outras glândulas endócr	1	2	3	6	
... Neopl malig dos ossos e cartilagens articulare	1	-	-	1	

Fonte SIM/ TABNET

Outro dado fundamental na determinação da qualidade de vida populacional são as taxas de mortalidade infantil. Esta taxa é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar 01 ano, a cada mil nascidas vivas.

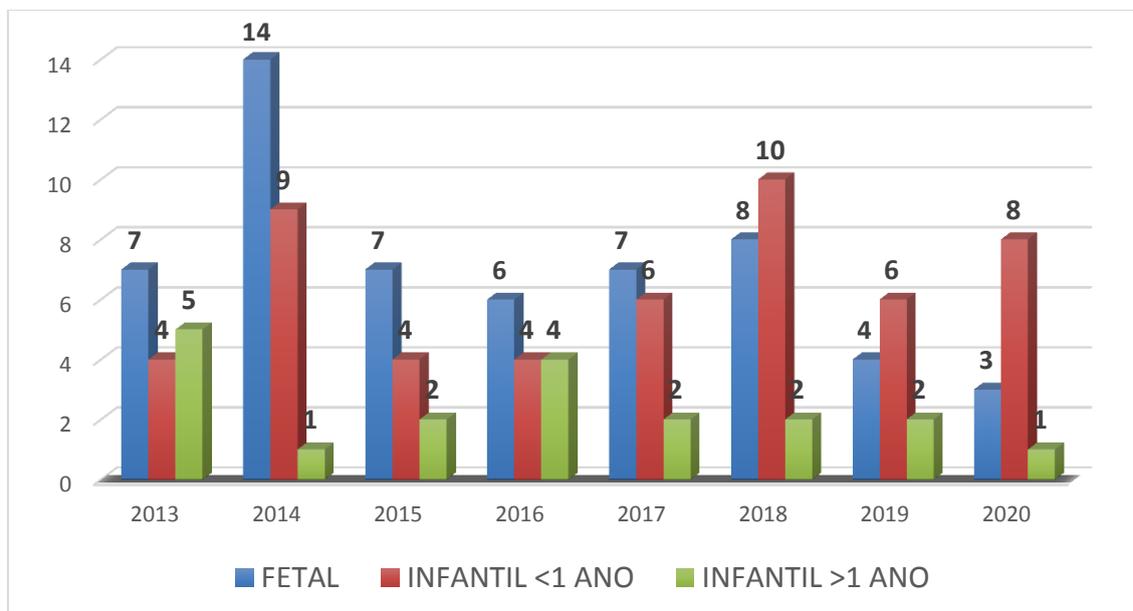
Para municípios com menos de 80.000 habitantes, avalia-se a mortalidade infantil a partir de números absolutos.

O Estado vem apresentando queda na TMI de crianças menores de 1 ano, sendo 10,46 óbitos por 1.000 NV em 2013 para 9,61 em 2019.

No município de Mafra no ano de 2013 foram 4 óbitos o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 4,84 bem menor que o estado no entanto nos últimos anos houve uma variação e na grande maioria do anos se manteve abaixo da média estadual exceto no ano de 2018 que houve um aumento sem causa definida, já no ano de 2019 a taxa se manteve 7,96. (gráfico6)

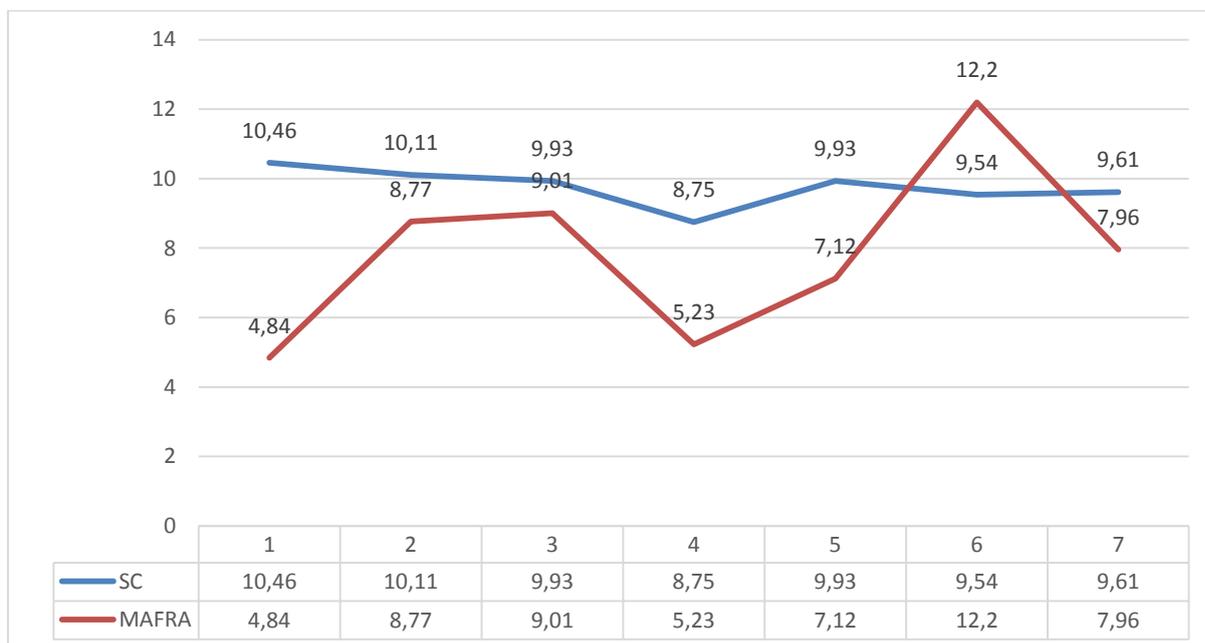
O valor do município alcança as taxas de países desenvolvidos como França e Alemanha (04 mortes por 1.000 nascidos vivos) (OMS, 2012). Além das taxas de mortalidade infantil (0 a 1 ano), o município analisou os óbitos fetais e maiores de um (01) ano ocorrido no território, a fim de avaliar a qualidade do acesso e prestação dos serviços de saúde. No ano de 2020 do 8 de crianças com menos de 1 ano entendemos que pelo menos 2 poderiam ter sido evitado com uma melhor atenção da rede de serviços de saúde do município pois 1 caso deu se como morte súbita no entanto a criança morreu durante o sono da mãe que era dependente química e o outro caso morreu com afogamento por submersão.

Gráfico 06 - Número absoluto de óbitos fetais e infantis no município de Mafra/SC de 2013 A 2020.



FONTE SIM/TABNE

Gráfico 07 - Taxa de mortalidade infantil no Estado de Santa Catarina e no Município de Mafra nos anos de 2013 (1) a 2019 (7) .



Fonte: DataSus/IBGE

Os Óbitos maternos são definidos na CID-10 como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada por este estado fisiológico ou por medidas a ele relacionadas. Estão excluídas deste marcador as causas externas. Mafra vem apresentando queda nos indicadores de mortalidade materna até o ano de 2020.

Com relação à mortalidade materna de mulheres residentes no município de Mafra no período de 2014 a 2020 não foi registrado nenhum caso, no ano de 2021 obteve-se um caso de uma Puérpera que foi a óbito decorrente de afecções do Novo Coronavírus.

Tabela 01 - Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Tipo causa obstétricas

TIPOS DE CAUSA	2010	2012	2013	TOTAL
TOTAL	1	1	1	3
Morte materna obstétrica direta	1	1	-	2

FONTE SIM/TABNET

1.2.3 Características dos casos de agravos notificáveis em Mafra

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal. Observamos uma subnotificações dentre as doenças e agravos notificados, sendo no ano de 2018 um total de 809 notificações, no ano de 2019 foram 864 notificações e no anos de 2020 ano Pandêmico observou se 756 notificações realizadas pela Rede de Atenção quantitativo total sem considerar as notificações do Novo Coronavírus – SARS COV -2.

a) **Acidentes com animais Peçonhentos**

Na análise apresentaremos alguns agravos de relevância em nossa região iniciando pelas notificações de Acidentes com animais peçonhentos. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, deescorpiões, de aranhas, de lepidópteros (mariposas e suas larvas), de himenópteros (abelhas, formigas e vespas), de coleópteros (besouros), de quilópodes (lacraias), de peixes, de cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros.

No município de Mafra/SC, os acidentes com animais peçonhentos esta entre os principais agravos notificados. No ano de 2020 foram registrados 173 acidentes, sendo que sua grande maioria por aranhas com alta prevalência da loxocelas (aranha marrom), seguido das serpentes. Acidentes causados por aranhas são comuns, porém a maioria não apresenta repercussão clínica. Os gêneros de importância em saúde pública no Brasil são: *Loxosceles*(aranha- marrom), *Phoneutria*(aranha armadeira ou macaca) e *Latrodectus*(viúva- negra). Entre essas, a maior causadora de acidentes é a *Loxosceles*. Acidentes causados por outras aranhas podem ser comuns, porém sem relevância em saúde pública.

Gráfico 08 - Casos confirmados de acidentes por animais peçonhentos nos anos de 2011 a 2020.



b) Acidentes antirrâbicos

Os acidentes antirrâbicos são de importância epidemiológica pela possível transmissão da Raiva que se dá pela penetração do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambedura de mucosas. O vírus penetra no organismo, multiplica-se no ponto de inoculação, atinge o sistema nervoso periférico e, posteriormente, o sistema nervoso central. Em 2019 e 2020 foram registrados 249 e 244 casos respectivamente. Estes atendimentos requerem uma série de orientações ao usuário bem como análise do caso, da necessidade da Observação do Animal ou do Tratamento Profilático utilização de Soro Antirrâbico e da Vacina Antirrâbica (insumos fornecidos criteriosamente pelo Estado de Santa Catarina). O aumento de notificações de cães não observáveis, em especial cães de rua, caracteriza uma situação a ser analisada neste plano.

Gráfico 09 - Acidentes antirrâbicos registrados no município de Mafra nos anos de 2012 a 2020.



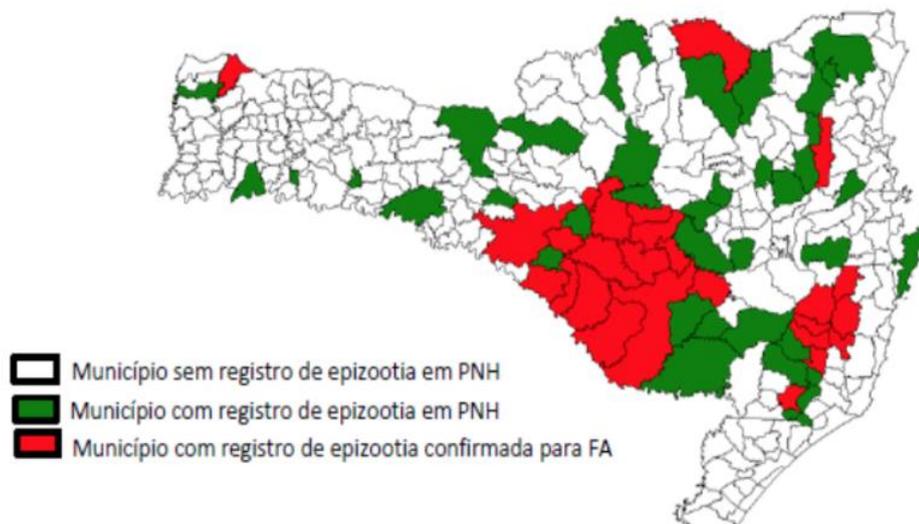
O monitoramento da raiva animal é realizado através da análise do cérebro de animais (cães e gatos) mortos sem causa definida. Este material é encaminhado para análise ao Laboratório de Referência da Secretaria Estadual de Saúde, a coleta atualmente é realizada com a parceria de um veterinário lotado na Secretaria Municipal da Agricultura, que realiza também as coletas das amostras das epizootias de Primatas Não Humanos quando da suspeita de Febre Amarela.

c) **Febre Amarela**

A febre amarela é uma doença infecciosa e não contagiosa que se mantém endêmica ou enzoótica nas florestas tropicais dos continentes americano e africano, sendo transmitida ao homem mediante a picada de insetos hematófagos da família Culicidae, em especial dos gêneros Aedes e Haemagogus. As manifestações iniciais da doença são: febre alta de início súbito, sensação de mal estar, dor de cabeça, dor muscular, cansaço, calafrios, náuseas e vômitos. Quando a doença evolui para a forma grave, há um aumento da febre, diarreia, reaparecimento dos vômitos, dor abdominal, icterícia (olhos amarelados, semelhante à hepatite), manifestações hemorrágicas (equimoses, sangramentos no nariz e gengivas) e ocorre funcionamento inadequado de órgãos vitais como fígado e rins. A única forma de evitar a febre amarela silvestre é a vacinação contra a doença.

A Vigilância da Febre Amarela se dá em quatro pilares, na vigilância dos primatas não humanos, seu comportamento e casos de epizootias, em sintomas apresentados por humanos, na cobertura vacinal da Vacina da Febre Amarela e na pesquisa entomológica na região. O Município de Mafra é um município com registro de Epizootias de Primatas Não Humanos portadores da Febre Amarela como sinaliza na figura abaixo, dado ao ostensivo monitoramento, engajamento da população na vigilância de mortes de macacos na região. O município de Mafra apresenta uma cobertura vacinal acima de 95 %.

Figura 05 -Epizootia de PNH conforme município de ocorrência, SC 2021.



Fonte: SINAN NET (com informações até 3 de agosto de 2021).

As características ambientais do deslocamento da doença são conhecidas a partir da notificação do adoecimento e morte dos Primatas Não Humanos (PNH – macacos), para que assim seja possível realizar a coleta das vísceras e identificar a circulação viral, bem como com os casos humanos confirmados. No ano de 2020 o município de Mafra notificou 60 Epizootias remetendo para análise sendo que 5 coletas de PNH confirmaram para Febre Amarela, em 2021 foi realizado um coleta sendo este confirmada para Febre Amarela.

Em casos humanos foram notificados no ano de 2020 um total de 5 casos, destes 4 negativos e um permanece em investigação.

d) Dengue, zika e chikungunya

Dengue é uma doença infecciosa febril causada por um arbovírus, sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Ela é transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* infectado. A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas mais leves (oligosintomáticas) até quadros graves, podendo evoluir para o óbito

Chikungunya é uma infecção viral causada pelo vírus chikungunya, que pode se apresentar sob forma aguda (com sintomas abruptos de febre alta, dor articular intensa, dor de cabeça e dor muscular, podendo ocorrer erupções cutâneas) e evoluir para as fases subaguda (com persistência de dor articular) e crônica (com persistência de dor articular por meses ou anos). O nome da doença deriva de uma expressão usada na Tanzânia que significa "aquele que se curva". Pessoas que estiveram, nos últimos 14 dias, em cidade com a presença do *Aedes aegypti* ou com a transmissão da febre de chikungunya e apresentarem os sintomas citados devem procurar uma unidade de saúde para o diagnóstico e tratamento adequados.

Zika vírus é uma doença causada pelo vírus zika (ZIKAV), transmitido pela picada do mesmo vetor da dengue, o *Aedes aegypti*, infectado. Pode manifestar-se clinicamente como uma doença febril aguda, com duração de 3 a 7 dias, geralmente sem complicações graves.

Figura 6 - Mapa dos municípios segundo situação epidemiológica com relação a população de *Aedes aegypti*

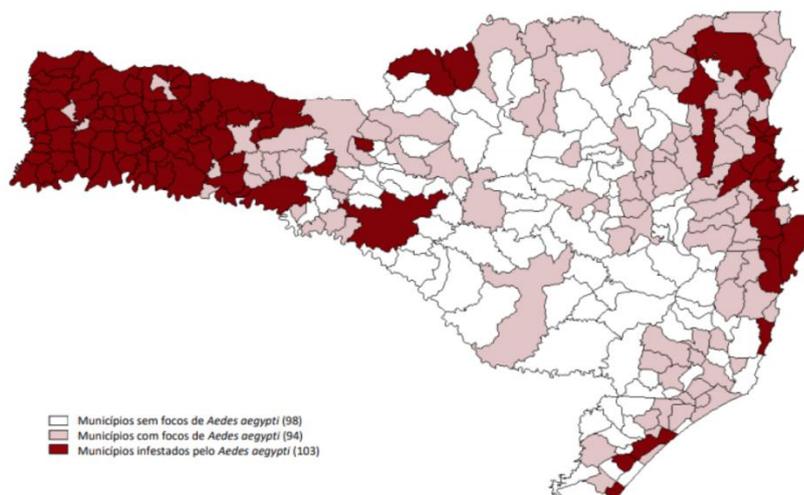


Figura 1: Mapa dos municípios segundo situação entomológica. Santa Catarina, 2020. (Atualizado em: 09/04/2021).

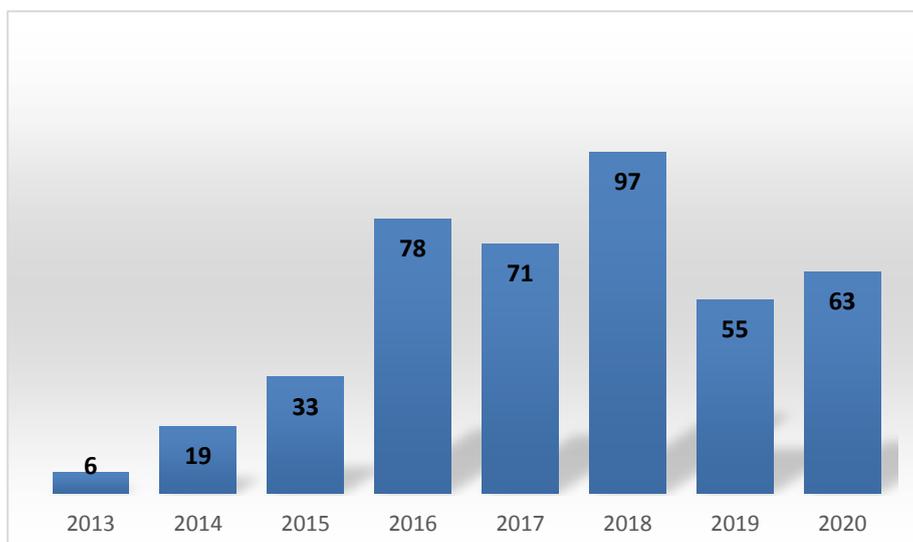
Com relação à Vigilância entomológica do mosquito *Aedes Aegypti* observou o aumento de focos do mosquito no município. Em 2020 o município apresentou 8 focos positivos nos bairros Vila Ivete (1), Centro I Baixada (1), Jardim América (3) Vila Formosa (1), Faxinal(1), Restinga (1).

Em 2021 até agosto já apresentou 13 focos positivos nos bairros, Centro I Baixada (4), Centro Alto de Mafra (2), Buenos Aires (4), Vila Ferroviária (2), Jardim América (1).

O município é classificado no Estado de Santa Catarina como Município com foco de *Aedes aegypti* como segue figura acima. Com relação a casos de Dengue embora o município tenha investigadosos dois casos positivos do ano de 2021 foram classificados como casos não autóctones

e) **AIDS/ HIV, HEPATITES VIRAIS E SÍFILIS**

Gráfico 10 - Casos de sífilis confirmados no município de Mafra de 2013 a 2020.



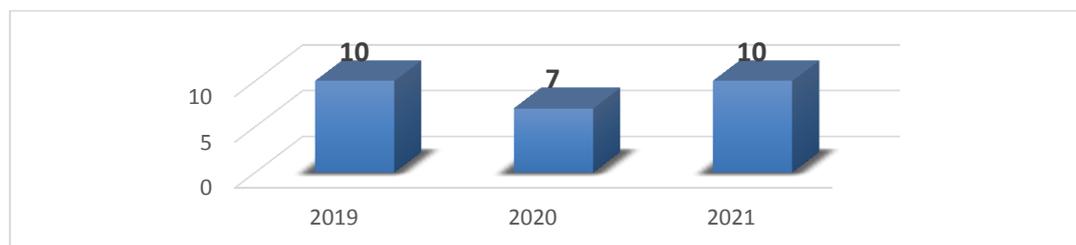
FONTE: SINAN

Os casos de sífilis registrados no município acompanham a mesma tendência de aumento do Brasil. O número de casos passou de 06 em 2013 para 78 em 2016. Dados do Ministério da Saúde revelam números preocupantes.

Mesmo com as subnotificações em 2020, foram notificados 63 casos de sífilis sendo 2 notificações de sífilis congénitas.

Em relação aos casos de hepatites virais no ano de 2020 foram notificados 10 casos novos.

Gráfico 11 - Hepatites no município de Mafra/SC de 2012 a 2016.



Fonte: SINAN

HIV e AIDS: Os casos confirmados de HIV/AIDS aumentaram em 23% em 1 ano, dos quais apontamentos o afrouxamento das medidas de proteção como uso de preservativos.

A iniciação sexual precoce pode ser outro fator de análise, considerando que esta geração percebe a pessoa doente de AIDS e portadora de HIV, saudável sem agravos significativos e quadros agudizados como se observava há anos atrás.

As campanhas de alerta e informação direta ao público ativo sexualmente têm acontecido timidamente. Faz-se necessário impulsionar a Prevenção Oportuna na Rede de Serviços de Saúde garantindo detecção precoce e início oportuno do tratamento.

Em Mafra temos 100% das Estratégias de Saúde da Família, com disponibilidade de testes rápidos, situação esta que garante ao usuário acesso e meios de detecção de Infecções sexualmente transmissíveis. Porém alertamos a necessidade de incluir na rotina dos acolhimentos das Unidades de Saúde a oferta de testagens rápidas, como veículo de efetivação da Prevenção Oportuna para as ISTs.

1.2.4 Perfil dos usuários acompanhados pela Vigilância Epidemiológica

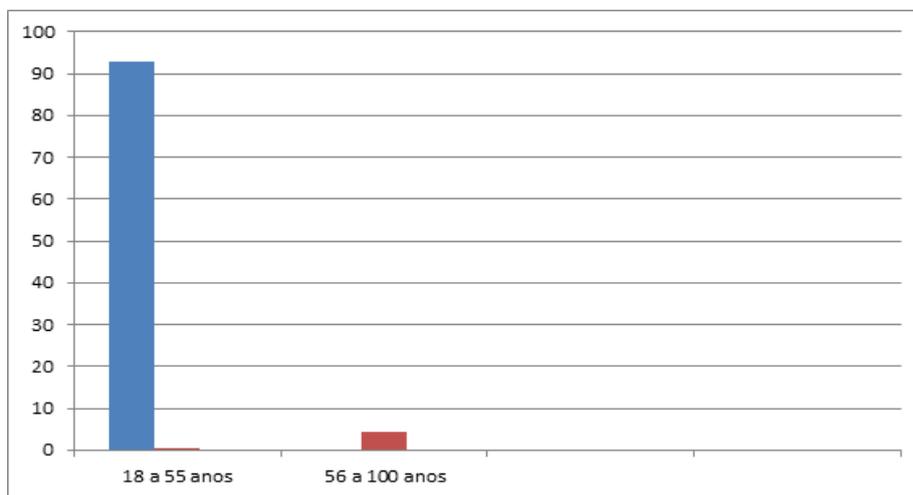
Gráfico 12 – Número de usuários portadores de HIV por gêneros acompanhados no ano de 2020 no município de Mafra.



FONTE:REGISTROS CELK/ VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA /2021

Em 2020 o município de Mafra acompanhou 116 usuários com este diagnóstico, sendo que destes 52 masculino e 64 feminino. Com relação à faixa etária temos sua maioria dos casos conforme gráfico em adultos jovens em idade produtiva seguido dos usuários acima de 56 anos.

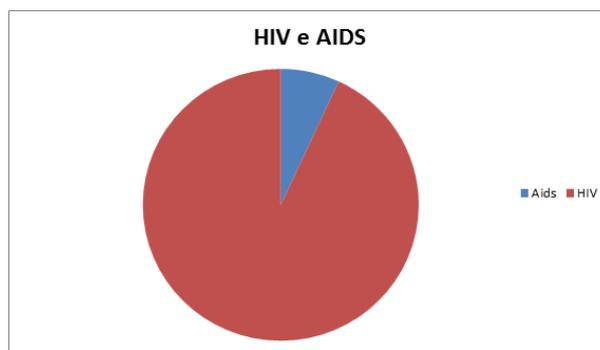
Gráfico 13 – Número de usuários portadores de HIV por faixa etária acompanhados no ano de 2020 no município de Mafra.



FONTE:REGISTROS CELK/ VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA /2021

Do total de usuários temos 08 com AIDS, sendo que 04 destes não aceitam tratamento e 108 com HIV positivo.

Gráfico 14 – Número de usuários por status de saúde acompanhados no ano de 2020 no município de Mafra.



FONTE:REGISTROS CELK/ VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2021

Outro dado que merece destaque é que na atual conjuntura temos em acompanhamento 02 crianças menores de 06 meses e gestantes, sendo então que tínhamos 02 gestante em 2020, além do acompanhamento fornecemos a fórmula infantil até idade de 06 meses.

Em relação às coletas mensais de CD4 e Carga Viral o Município de Mafra gerência em média 176 usuários do Programa HIV/AIDS, considerando que neste aspecto, incluimos coletas dos municípios de Papanduva, Monte Castelo e Itaiópolis.

a) **Violência interpessoal e Auto provocada**

A violência interpessoal e autoprovocada que incluem os casos confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades.

No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. Em 2020 foram registrados 91 casos.

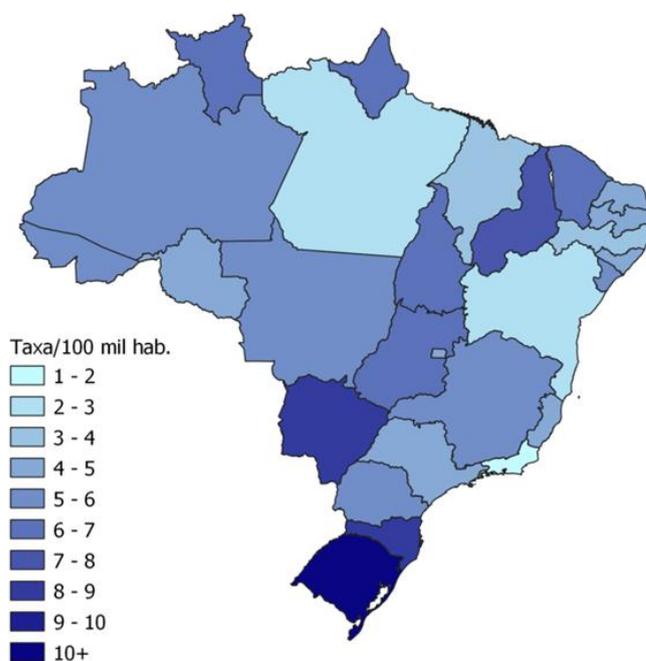
Gráfico 15 - Casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada no município de Mafra/SC nos anos de 2012 a 2020.



FONTE: DIVE/SINAN

b) Suicídio e tentativas de suicídio

Figura 7: Suicídios no Brasil por 100 mil habitantes em 2013



Unidades federativas por taxa de suicídios (por 100 mil hab.) (dados de 2013)

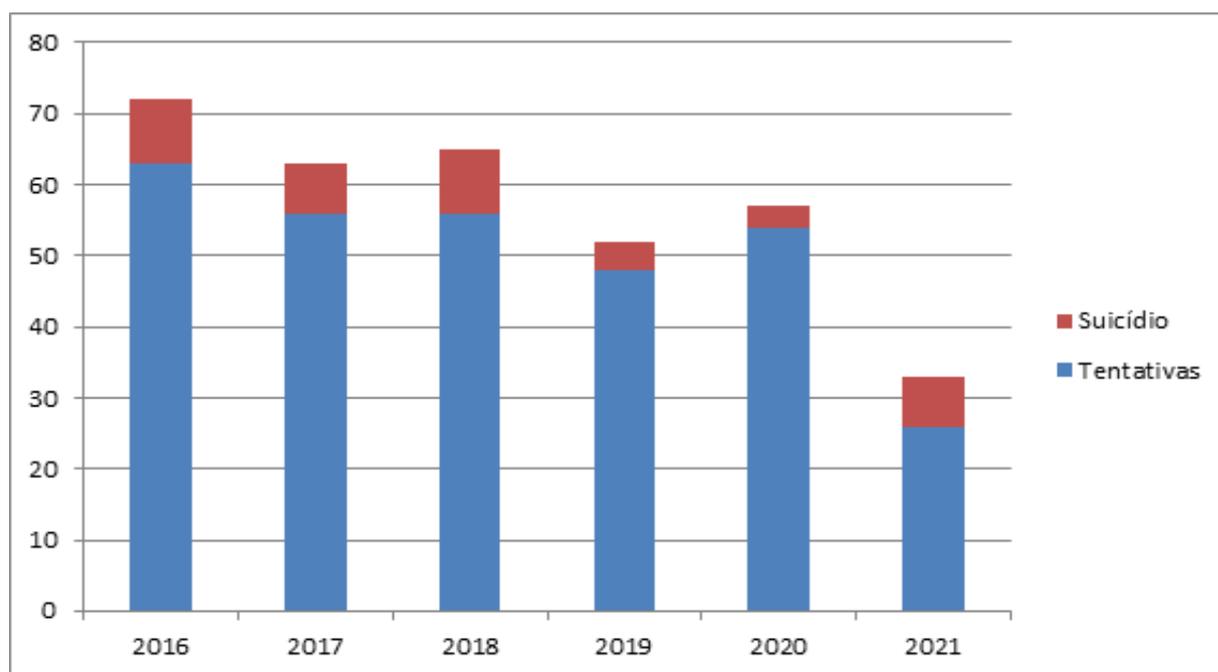
	Unidade federativa	Taxa
1º	Rio Grande do Sul	10,18
2º	Mato Grosso do Sul	8,66
3º	Santa Catarina	8,58
4º	Piauí	7,19
5º	Roraima	6,76
6º	Ceará	6,68
[...]		
25º	Pará	2,79
26º	Bahia	2,78
27º	Rio de Janeiro	1,36

Fonte: [deepask](#)

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Setembro_Amarelo#/media/Ficheiro:Suic%C3%ADdios_por_100_mil_habitantes_nas_unidades_federativas_do_Brasil_\(2013\).png](https://pt.wikipedia.org/wiki/Setembro_Amarelo#/media/Ficheiro:Suic%C3%ADdios_por_100_mil_habitantes_nas_unidades_federativas_do_Brasil_(2013).png)

Comparando dados do Plano Municipal 2018-2021, com a atual conjuntura, Santa Catarina continua sendo o estado da federação que está entre os 03 primeiros estados brasileiros com maior indicador de casos de suicídio do Brasil.

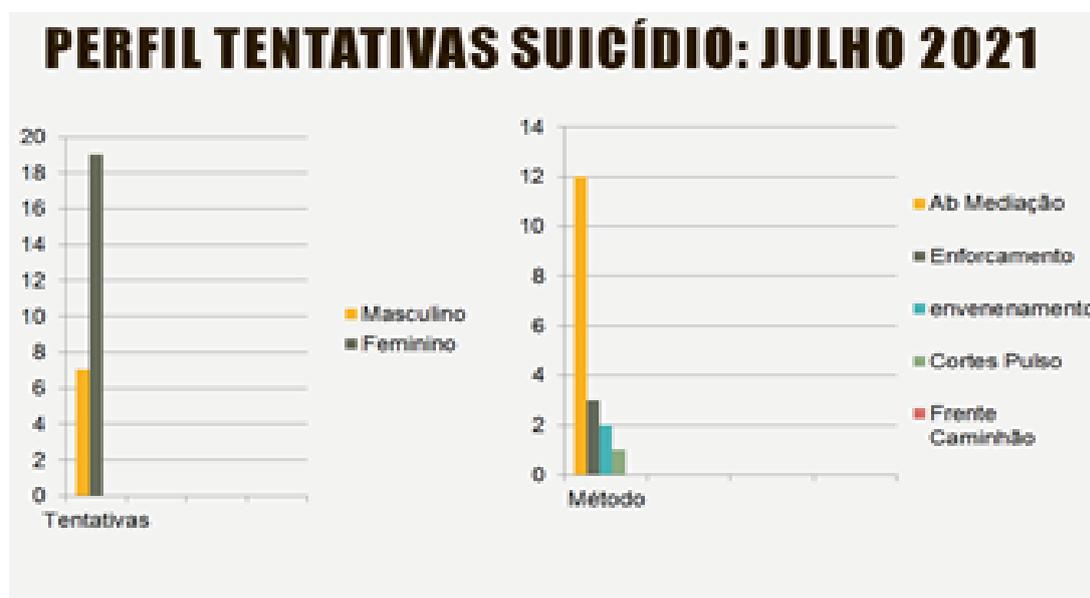
Gráfico 16 – Relação entre tentativas de suicídio e suicídios consumados nos anos de 2016 a agosto de 2021 no município de Mafra.



Ano	Tentativas	Suicídio
2016	63	09
2017	56	07
2018	56	09
2019	48	04
2020	54	03
2021	26	07

FONTE:REGISTROS INTERNOS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SERVIÇO SOCIAL/2021

Gráfico 17 – Tentativas de suicídio por gênero e método nos anos de janeiro a julho de 2021 no município de Mafra.



FONTE:REGISTROS INTERNOS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SERVIÇO SOCIAL/2021

Em relação às tentativas de suicídio observamos que o método mais utilizado é por abuso de medicação, seguido de tentativas de enforcamento e envenenamento. Destacamos que as mulheres tentam mais que os homens, dado esse que corrobora com indicadores do âmbito Nacional.

Em tela, destacamos que frente aos indicadores de Suicídio consumados, temos maior incidência em pessoas do sexo masculino e o método mais utilizado para realidade de Mafra é o enforcamento, seguido de afogamento.

Consideramos um aumento dos suicídios consumados do ano de 2021 aos demais anos, onde podemos conjecturar que pode estar associado aos efeitos e consequências da pandemia Covid19, com o agravamento das doenças mentais e outros comportamentos identificados no território como: aumento do isolamento, angústia, medo da morte, ansiedade e desesperança com relação ao futuro.

Gráfico 18 – Suicídio Consumado por gênero e método nos anos de janeiro a julho de 2021 no município de Mafra.



FONTE:REGISTROS INTERNOS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SERVIÇO SOCIAL 2021

Estudos demonstram que a pandemia ampliou os fatores de risco associados ao suicídio, como perda de emprego ou econômica, trauma ou abuso, transtornos mentais e barreiras ao acesso à saúde. Cerca de 50% das pessoas que participaram de uma pesquisa do Fórum Econômico Mundial no Chile, Brasil, Peru e Canadá um ano após o início da pandemia, relataram que sua saúde mental havia piorado (OPAS 2021).

O suicídio continua sendo uma das principais causas de morte no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo responsável por uma em cada 100 mortes. A cada

ano, mais pessoas morrem por suicídio do que por HIV, malária ou câncer de mama, ou devido à guerra e homicídio. (OPAS 2021)

O suicídio também é a quarta causa de morte no mundo entre jovens de 15 a 29 anos, depois de acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. (OPAS 2021)

Importante destacar que o Suicídio é um fenômeno social complexo, multifatorial, enraizado em um território vivo, que requer trabalho de prevenção e cuidado da Rede de Saúde de maneira permanente.

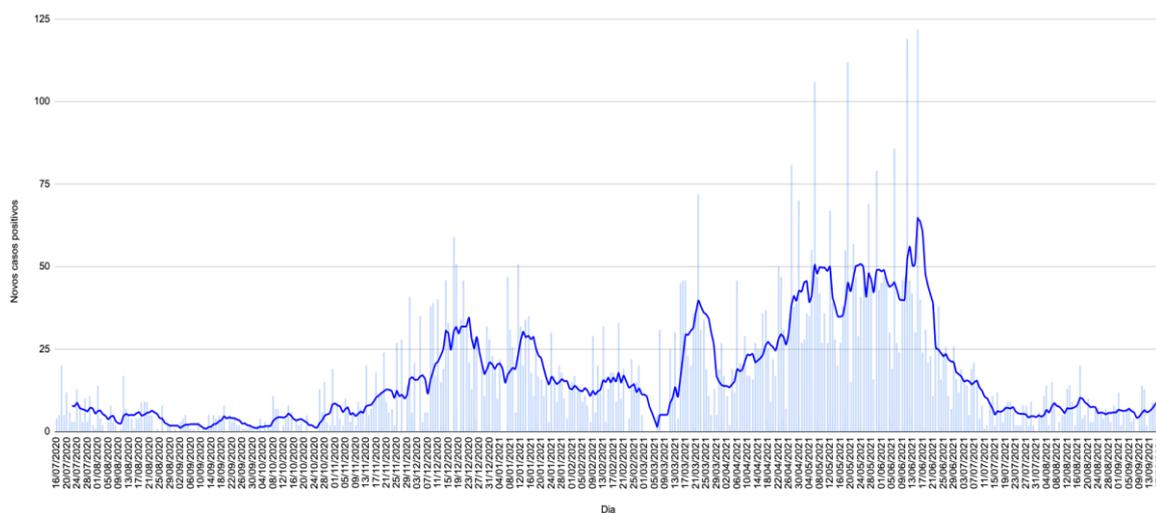
1.2.5 Vigilância de Síndrome Respiratória – COVID 19

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias foi criado em 2000 para monitoramento da circulação dos vírus influenza no país, a partir de uma rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG). Em 20 de março de 2020 foi declarada a transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) em todo o território nacional. Importante ressaltar que a vigilância dos vírus respiratórios de relevância em saúde pública possui uma característica dinâmica, devido ao potencial de alguns vírus em causar epidemias e/ou pandemias,

Será apresentado uma análise sobre o panorama dos casos confirmados e óbitos no município de Mafra: período de julho 2020/julho 2021. Abaixo destacamos os casos confirmados notificados no período de 16 de julho de 2020 a 17 de setembro de 2020 podemos observar que nos meses de abril, maio e junho de 2021 foi a fase de maior contaminação viral.

Gráfico 19. Linha média móvel de casos confirmados de COVID 19 notificados no município de Mafra nos anos de 2020 até 17 de setembro de 2021

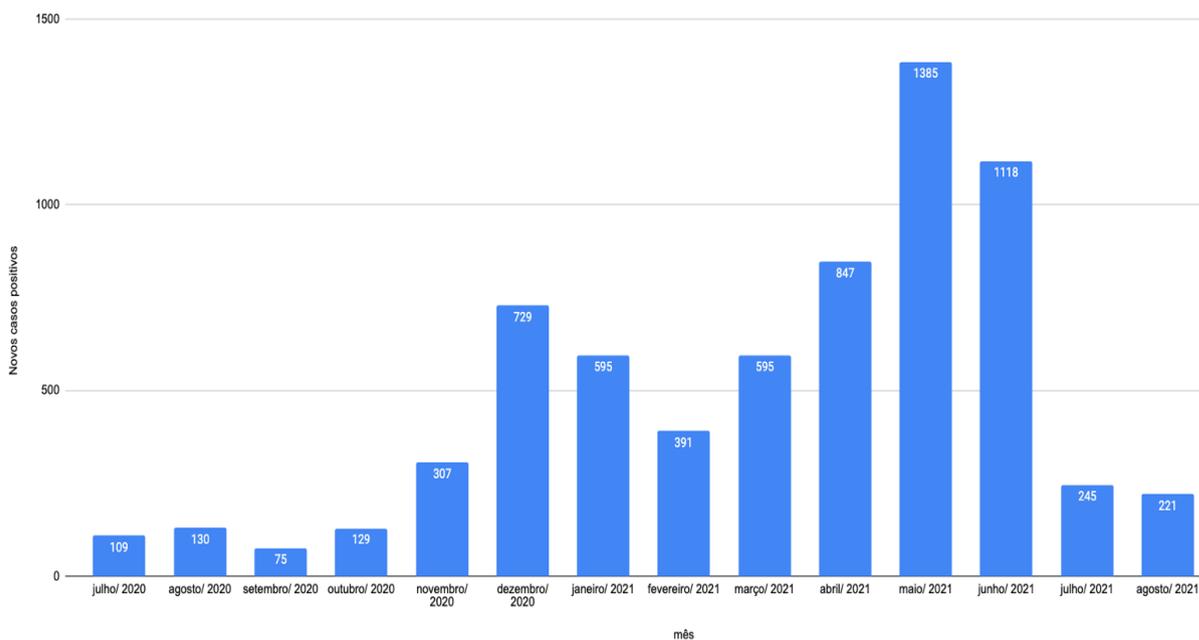
Casos positivos (Linha de média móvel) no município de Mafra



No gráfico que segue apresenta os casos absolutos de confirmados de COVID 19 notificados por meses no período de julho de 2020 a agosto de 2021.

Gráfico20. Casos absolutos por mês confirmados de Covid 19 notificados no período de julho de 2020 a agosto de 2021 no município de Mafra.

Total de casos positivos por mês no Município de Mafra

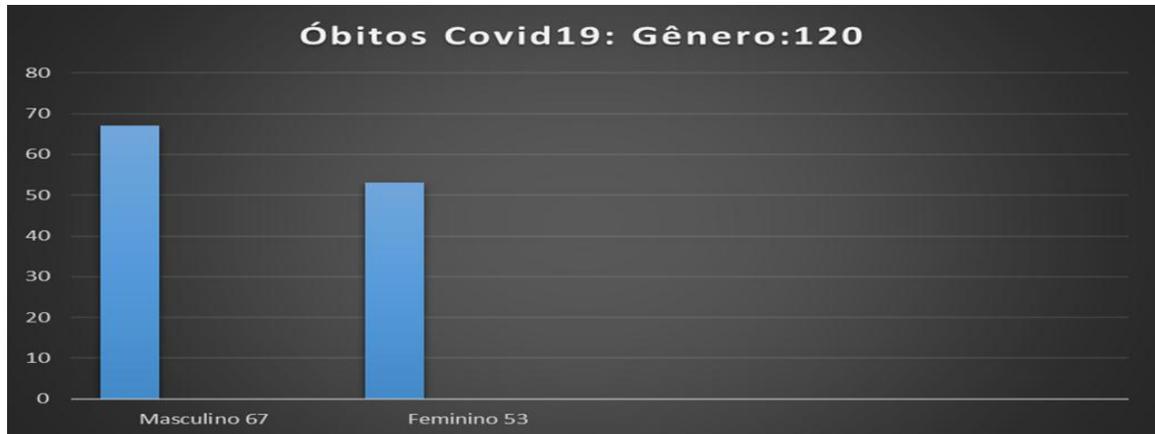


...”É de interesse/preocupação do SUS : o antes do nascer até o pós morte”. WOEHL 2020

Com relação aos óbitos por COVID 19, no período de julho de 2020 a julho de 2021, tendo como base de análise os princípios do SUS com fonte de Informações as Declarações de Óbitos dos Mafrenses com este diagnóstico bem como a investigação dos prontuários no Sistema Informatizado Municipal se obteve o seguinte perfil.

No período de julho de 2020 a julho de 2021 constatou-se 120 óbitos em residentes de Mafra. Observando óbitos por Covid19 em um período de um ano julho 2020 a julho 2021, temos a prevalência de homens sendo 67 e mulheres 53 óbitos.

Gráfico 21. Óbitos pelo Novo Coronavirus por Gênero no período de julho de 2020 à julho de 2021



O ano de ocorrência com maior indicador foi em 2021 com 108 óbitos para 2020 com 12 óbitos. Este aumento significativo de óbitos dá-se a elevada taxa de transmissibilidade apresentada na época. Com a intensificação da vacinação a partir do dia 01 de junho de 2021 analisando os números de casos observou-se um platô na curva de mortalidade pelo Novo Coronavirus nos mafrenses, neste período.

Gráfico 22 – Curva de Óbitos pelo Novo Coronavirus no período de julho de 2020 à setembro de 2021

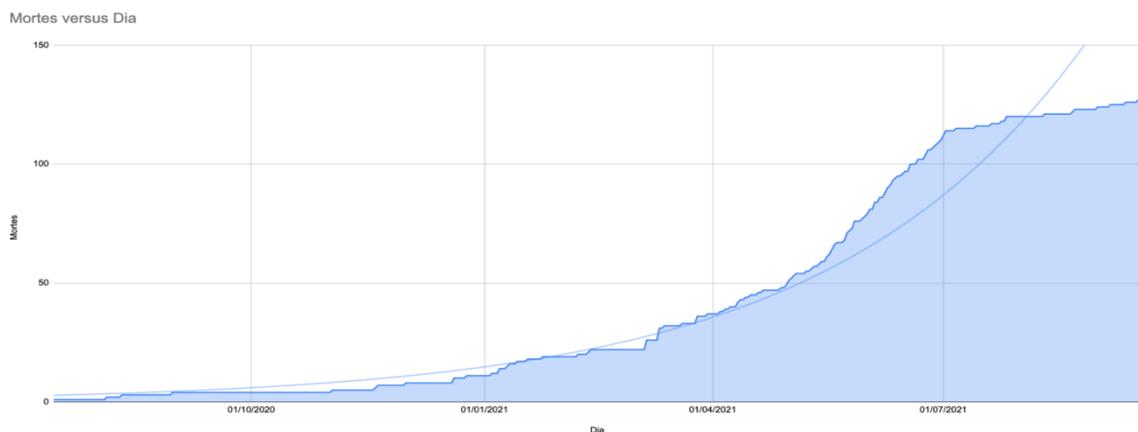


Gráfico 23 Óbitos pelo Novo Coronavirus por frequência de meses, no período de janeiro a julho de 2021



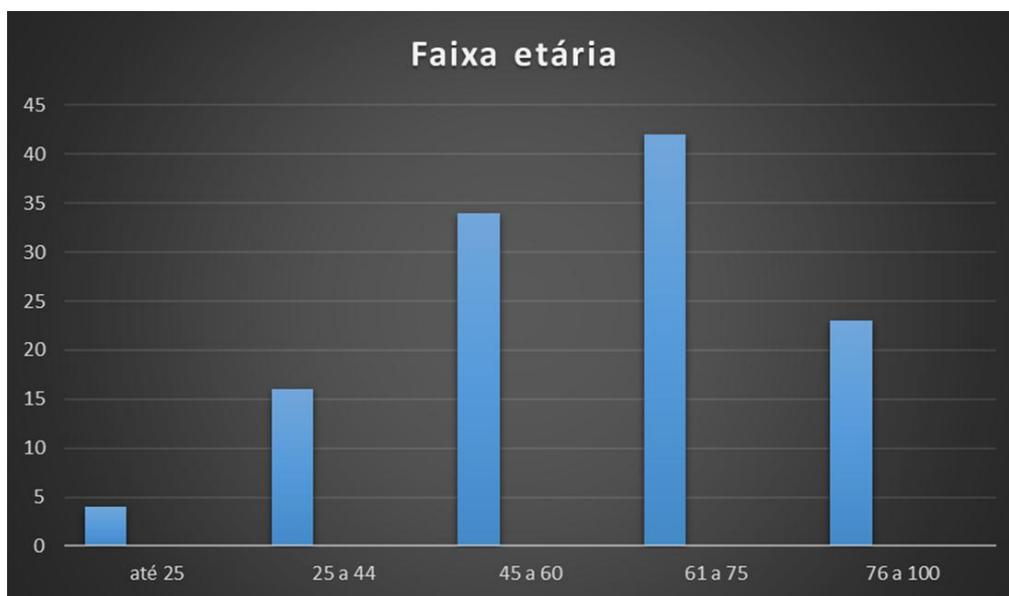
Como podemos observar, o auge de óbitos ocorreu nos meses de maio e junho de 2021, sendo 30 óbitos mês, período este que corrobora com indicadores nacionais de maior indicador de óbito por Covid19 neste período.

Gráfico 24: Óbitos pelo Novo Coronavirus no período de julho à dezembro de 2020



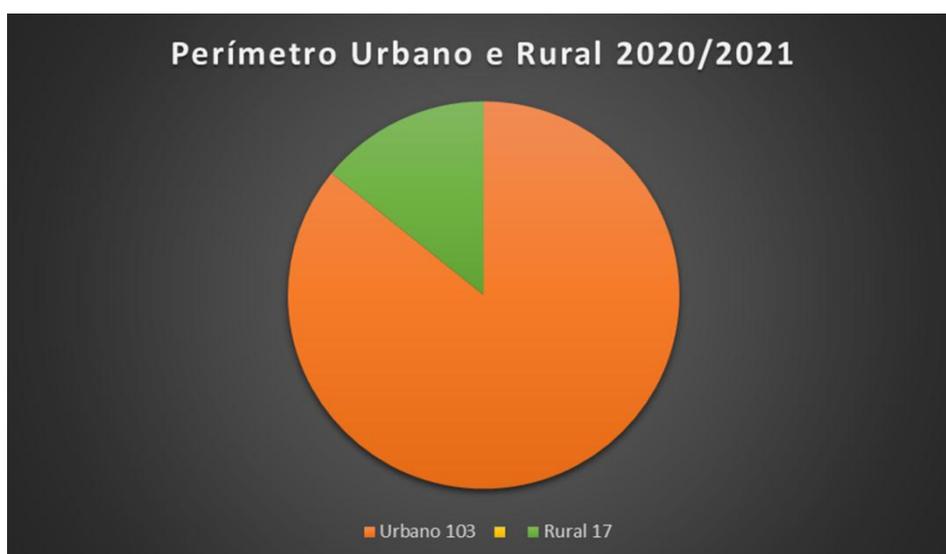
Analisando o ano de 2020 onde apresentou 12 óbitos observa-se maior incidência nos meses de novembro e dezembro de 2020.

Gráfico 25 Óbitos pelo Novo Coronavírus por faixa etária período de julho de 2020 à julho de 2021



Identificamos todas as faixas etárias sendo contaminados com Covid19, tendo maior prevalência em adultos acima de 61 anos até 75 anos, seguido de 45 à 60 anos.

Gráfico 26. Óbitos pelo Novo Coronavírus por perímetro rural e urbano no período de julho de 2020 a julho de 2021



A maior concentração do número de óbitos, 103 foram identificados no Perímetro Urbano em comparação com a área rural com 17 óbitos. Ainda destacando localidades, os bairros com maior número de óbitos, Centro, considerando a nucleação dos bairros deste território: Centro, Jardim Moinho, Vila Formosa, Buenos Aires, Ferroviária, NS Aparecida, Clementina. Seguido de Vila Ivete, contendo: Vila Ivete, Vila Flores, Amola Flecha. Em terceira posição bairro Vila Nova, contemplando: Vila Nova e Imbuial.

Na sequência temos a área rural, seguido dos bairros Faxinal: Faxinal, Campo da Lança e Vista Alegre.

Gráfico 27. Óbitos pelo Novo Coronavírus por Bairros de residência no período de julho de 2020 a julho de 2021

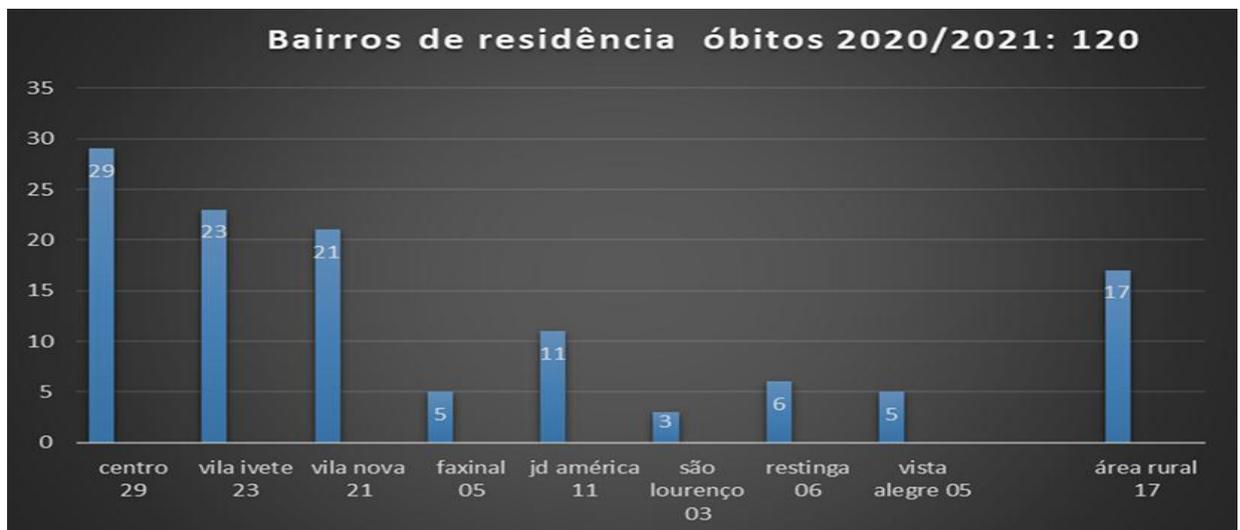


Gráfico 28. Óbitos pelo Novo Coronavírus por presença de comorbidades no período de julho de 2020 à julho de 2021



Cabe um destaque nestes dados, 12 casos não continham informações complementares no Sistema Municipal de Registros CELK. Frente aos dados registrados, a partir da análise de prontuários, e indicadores nas próprias Declarações de Óbito, temos 105 dos óbitos com algum tipo de comorbidades e 03 sem comorbidades.

Gráfico 29. Óbitos pelo Novo Coronavirus e realização de vacinação Contra COVID 19 (DOSE 1 E DOSE 2) no período de julho de 2020 à julho de 2021



Frente aos dados de pessoas que sofreram óbito como causa morte Covid19, temos das 120 pessoas, 85 receberam D1 contra covid19 e 32 não receberam vacina, 03 pessoas não constam informação Sistema Municipal no momento da análise. Das segundas doses temos: 106 pessoas que não receberam D2 e somente 11 pessoas completaram o esquema com as duas doses contra Covid19. Ampliando o olhar e almejando respostas dos motivos que as pessoas que foram a óbito por Covid19, não completaram seu esquema vacinal temos:

- Não estava faixa etária no momento do internamento ou óbito;
- Recusa da vacina;
- Contaminado no período indicado para iniciar imunização;
- Internado com Covid19 período da vacina para sua faixa etária;

Analisando os 11 óbitos por Covid19, que apresentaram esquema vacinal contra Covid19 completos temos, 04 masculinos e 7 femininos, todas as 11 apresentavam comorbidades e eram das seguintes faixas etárias: 40 anos – uma pessoa; 50 a 70 anos – 05 pessoas; 71 a 90 anos – 03 pessoas e 91 anos e mais – 02 pessoas. Analisando as comorbidades apresentaram os seguintes agravos:

- Câncer;
- Sequelas de AVC;
- Obesidade nível 1 e mórbida;
- Doenças isquêmica do Coração;
- Uso O2;
- Úlcera Pernas: erisipela a longa data;
- Gengivite aguda;
- Doença Vascular periférica;
- Insulino-dependente;
- PCD paralisia cerebral;
- Transplantado hepático;
- Cirrose por abuso de álcool.

“Uma perda afeta a todos de modo sistêmico...” (Franco, 2020).

“As pessoas que vivem seus lutos precisam encontrar profissionais que não percam a humanidade, apesar de tudo, para que esse encontro seja de fato humano, na sua melhor possibilidade” (Franco 2020).

Considerações frente ao Estudo Epidemiológico dos óbitos pelo novo Coronavirus de residentes de Maфра: Os indicadores em tela frente a Comorbidades, territórios, perfil gênero e faixa etária, associadas a óbitos Covid19, nos impulsionam a repensar nossos Protocolos e Fluxos de Atendimentos, na Atenção Integral à saúde dos usuários, a partir do Plano Municipal de Saúde para gestão 2022/2025 considerando rever:

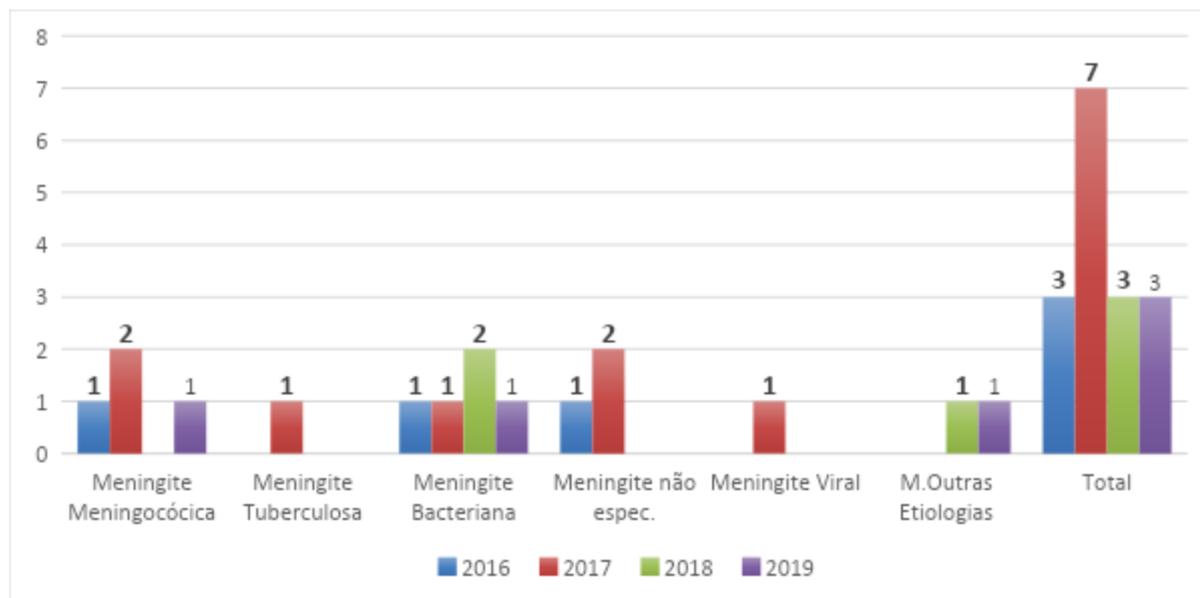
- Protocolos Clínicos Pós-Covid19(Físico, Mental, Social e Familiar);
- Protocolos de Reabilitação: além reabilitação respiratória: multiprofissional;
- Prevenção a Doenças e Agravos não Transmissíveis;
- Avaliação Cobertura Vacinal Contra Covid19;
- Promoção a Saúde Integral chegar antes das doenças não transmissíveis-DANTS;
- Prevenção oportuna como rotina;

- Mapeamento dos territórios;
- Protocolos de Avaliação permanentes das Linhas de Cuidado: Saúde do Homem, da Mulher, Criança...
- Protocolos de atenção ao profissional de saúde.

a) Meningites

A meningite é uma doença grave de transmissão respiratória, evolução rápida, cujo prognóstico depende fundamentalmente do diagnóstico precoce e conseqüentemente da instituição imediata de tratamento adequado, pode ser causada por uma multiplicidade de agentes como vírus, bactérias, fungos etc. De um modo geral, a meningite bacteriana é a mais grave e dentre elas, merece atenção especial a Doença Meningocócica (DM), que pode se apresentar como meningite meningocócica (MM) e/ou Meningococemia (MMCC); a Meningite por Haemophilus influenzae B (Hib), assim como, a meningite por Streptococcus pneumoniae. As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, considerando a magnitude da sua ocorrência e potencial de produzir surtos. A suscetibilidade é geral, entretanto, o grupo etário de maior risco são as crianças menores de 05 anos, principalmente as menores de 1 ano. No ano de 2016 foram confirmados 03 casos notificados de meningite, tendo todos os casos evoluídos para a cura, em 2019 foram 3 casos notificados sendo que 01 caso de óbito. No gráfico abaixo apresenta-se a etiologia dos casos no município.

Gráfico 29 - Meningite no município de Mafra/SC de 2016 a 2020.



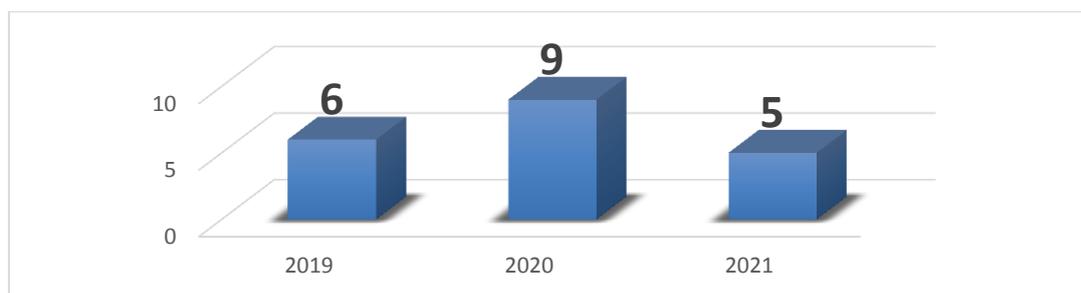
Fonte : DIVE SC

b) Tuberculose

Sobre os casos de tuberculose nos últimos 10 anos, a incidência de casos de tuberculose no Brasil reduziu 20,2%, passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006 para 30,9 casos/100 mil habitantes em 2015.

Já a taxa de mortalidade passou de 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes, em 2014, contra 2,6 registrados em 2004. Em Mafra também se observa redução em mais de 50% no número de casos de 2015 para 2016. Cabe apontar que a detecção de sintomáticos respiratórios foi ampliada, e alcançou 300 avaliações em 2016 (Solicitação de exame de baciloscopia de escarro – BAAR), já em 2020 observa -se uma expressiva queda nos exames de BAAR foram encaminhados 55 amostras para análise ao Laboratório LACEN. Segundo meta estabelecida para detecção deste agravo necessita realizar 1 % da sua população.

Gráfico 30 - Casos de tuberculose acompanhados no município de Mafra/SC de 2019 a 2021.

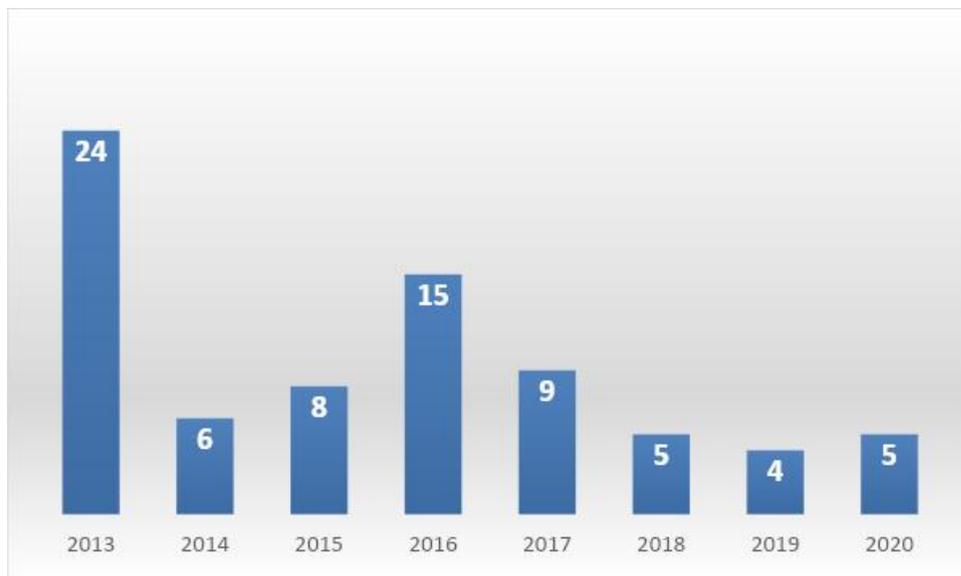


FONTE: SINAN

c) Acidentes Graves de Trabalho

Quanto aos acidentes de trabalho, são notificados aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos. Foram notificados 05 acidentes graves de trabalho no ano de 2020, no entanto, acredita-se existir uma importante subnotificação deste agravo.

Gráfico 31 - Acidente de trabalho graves ocorrido no ano de 2013 a 2020 no município de Mafra/SC.

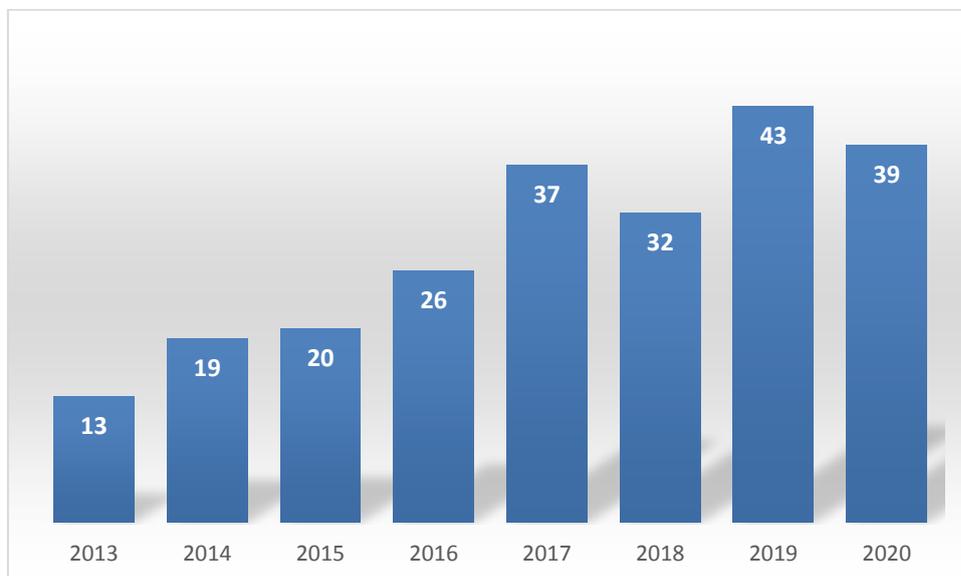


FONTE: DIVE SINAN

d) Acidentes com Material Biológico

Quanto aos acidentes com material biológico, a média foi de 39 casos notificados

Gráfico 32- Acidente com material biológico no município de Mafra/SC de 2013 a 2020.



Fonte: SINAN/DIVE

e) Cobertura vacinal

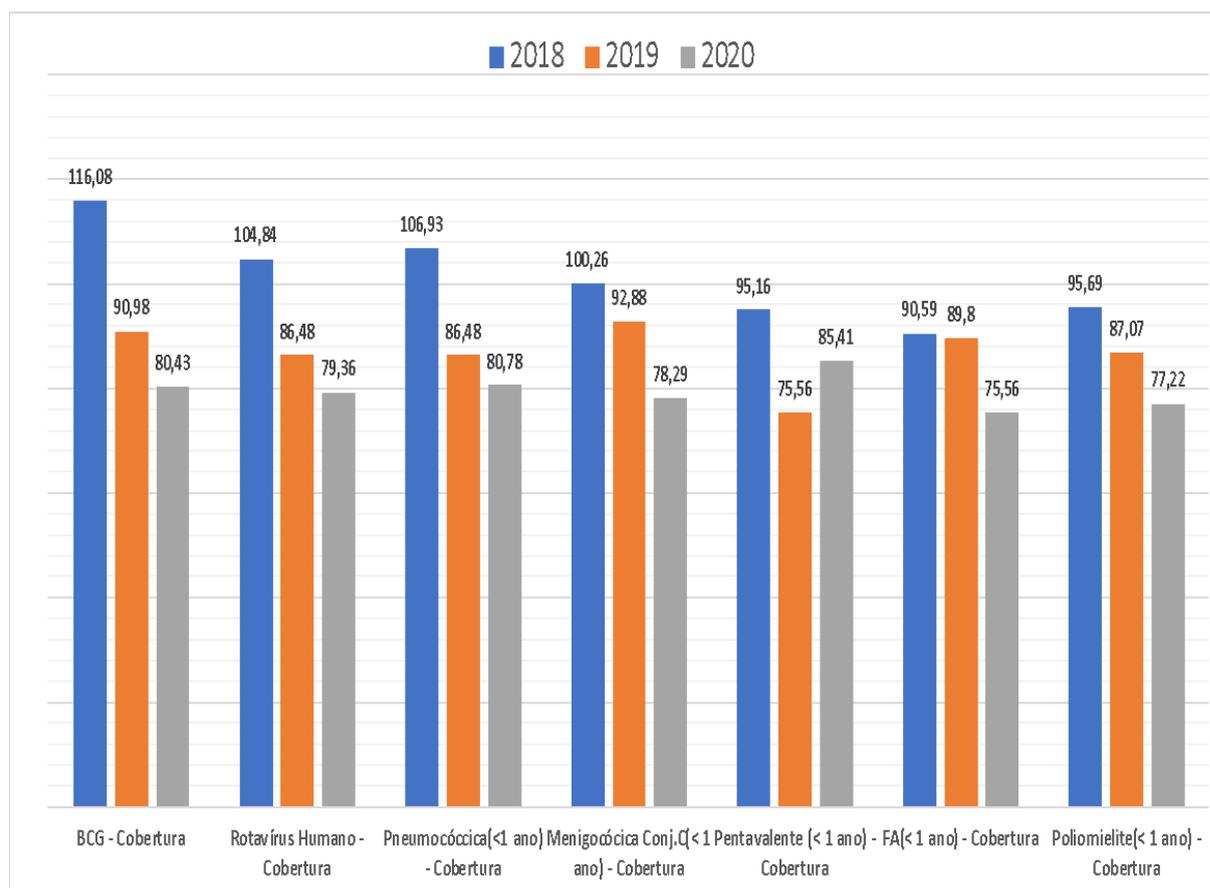
O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é uma política pública de grande relevância para o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis tendo em vista seu papel no planejamento e organização das ações de vacinação no país. O programa é considerado uma das intervenções de saúde de maior sucesso no país, contribuindo para a redução da morbimortalidade de doenças como tétano, coqueluche, difteria, meningite causada por *H. influenzae* tipo B, com a eliminação da circulação do poliovírus selvagem e da transmissão autóctone de sarampo, bem como na realização de campanhas contra a rubéola e a influenza pandêmica e sazonal.

Atualmente, o programa oferta vacinas para todos os grupos populacionais que são alvo de ações de imunização com a finalidade de contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis, utilizando estratégias diferentes para alcance do público alvo, como oferta de vacinas na rotina através da instituição de um calendário nacional básico e através de campanhas anuais que ocorrem de forma descentralizada nos municípios.

Para que a proteção individual e coletiva seja alcançada existem metas mínimas de coberturas vacinais (CV) a serem alcançadas, no Brasil a maioria das vacinas do calendário da criança tem meta de 95% de cobertura, exceto as vacinas BCG (Bacilo de CalmetteGuerin) e a vacina Oral contra Rotavírus Humano (VORH) com meta de 90%.

A cobertura vacinal é calculada a partir da proporção de vacinados com o esquema completo em relação ao público alvo, que pode ser mensurada para qualquer vacina preconizada no calendário nacional, segundo faixa etária e adequações epidemiológica e imunológica, ou seja, atendendo aos critérios de idade e aos intervalos corretos para aplicação das doses.

Gráfico 33 – Cobertura vacinal em menores de um ano em Mafra nos anos de 2018 a 2020.



f) *Doenças Crônicas Não Transmissíveis*

Morbimortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis As doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes Mellitus, são os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis, e são responsáveis pelas principais causas de óbito no mundo e no Brasil. Para o Ministério da Saúde, esses grupos de doenças podem ter seu impacto diminuído, através de ações amplas de promoção da saúde que busquem a redução de seus fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Em Santa Catarina no período de 2014 a 2017 ocorreram 92.069 óbitos causados por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo 39.871 por mortes prematuras de 30 a 69 anos. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade por DCNT em Santa Catarina. No período analisado, a taxa mais elevada entre os adultos de 30 a 69 anos foi de 177,8 óbitos/100 mil habitantes em 2014 na Região da Serra Catarinense, e em 2015 chegou a 182,7 na mesma região. No Extremo Sul Catarinense 29 em 2016 (165,9) e em 2017 na Região Carbonífera (157,0). As menores taxas ocorreram, consecutivamente, na Região do Alto Uruguai Catarinense.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis configuraram como os principais casos de hospitalização e óbitos registrados tanto no município como em todo o país.

Conforme registro em sistema informatizado municipal de Mafra, o município no ano de 2020 conta com 8699 classificação de hipertensão e 3690 pessoas com classificação de Diabetes Mellitus e foram cadastrados um total de 2158 fumantes no sistema informatizado CELK.

Com relação aos internamentos segundo lista de morbidade por CID – 10, no ano de 2019 foram 3972 e em 2020 foram 3176 destes relacionados à gravidez, parto e puerpério foram 822, 712 respectivamente.

Abaixo destaca-se no gráfico 35 os agravos por causas externas, doenças circulatórias e respiratórias como maior causa de internações.

Gráfico 34. Número de Atendimento segundo Lista Morbidade CID-10 de Residentes em Mafra no ano de 2019 e 2020.

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
TOTAL	3.089	3.953	3.974	3.972	3.176
XV. Gravidez parto e puerpério	508	883	825	822	714
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externa	369	463	455	438	428
IX. Doenças do aparelho circulatório	428	468	404	428	358
X. Doenças do aparelho respiratório	366	383	360	435	248
XI. Doenças do aparelho digestivo	310	338	355	424	244
II. Neoplasias (tumores)	223	246	280	249	221
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	181	223	253	262	221
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	125	128	155	129	126
XXI. Contatos com serviços de saúde	99	156	208	143	117
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	47	114	142	126	112
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	40	52	72	103	78
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	88	101	126	78	62
VI. Doenças do sistema nervoso	86	134	98	89	59
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	50	78	64	51	57
V. Transtornos mentais e comportamentais	36	54	43	50	43
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	61	52	49	66	38
VII. Doenças do olho e anexos	22	16	17	15	19
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitá	20	29	22	30	18
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômica	20	29	36	25	10
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	10	6	10	9	3

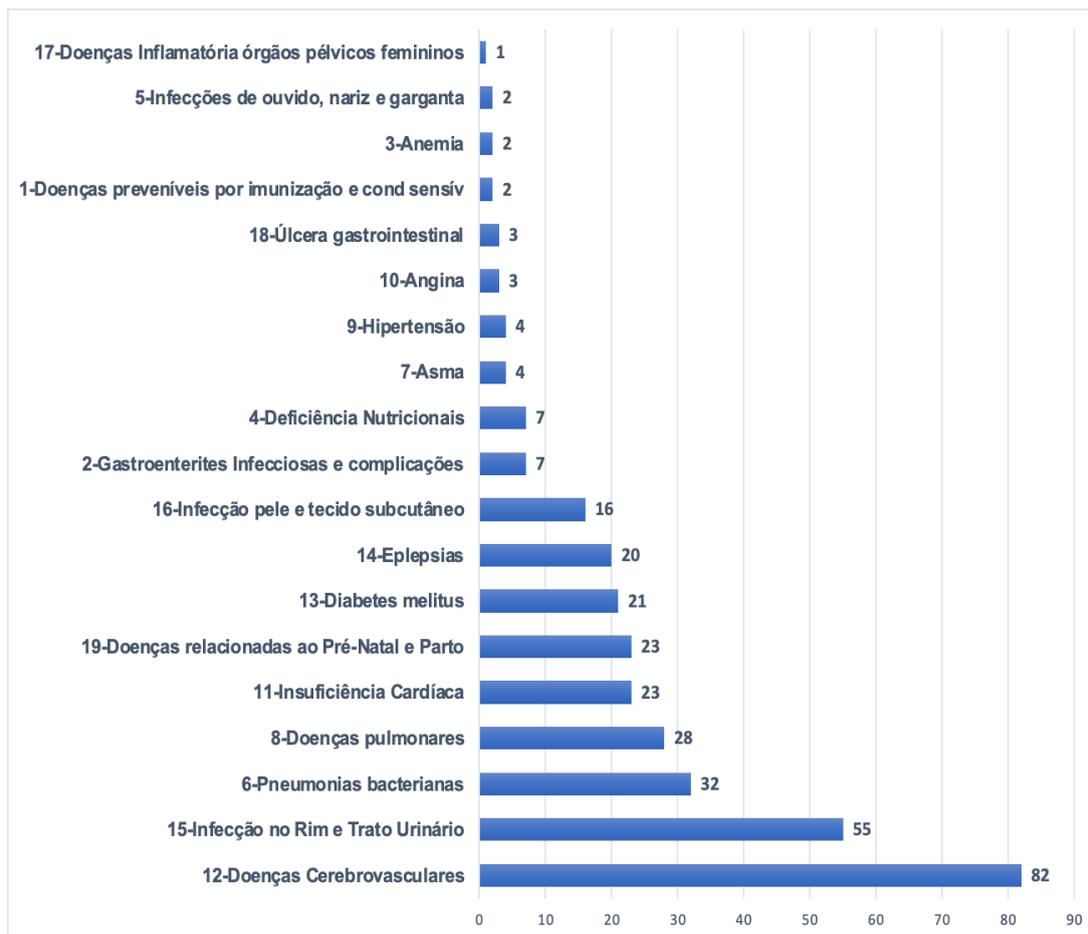
FONTE: TABNET/MS

g) Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde

As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP) são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz. Quando a atenção primária à saúde não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), um indicador indireto que vem sendo utilizado na saúde. O ICSAP permite analisar os serviços de saúde, a capacidade de resolução por parte da atenção primária, auxiliar no planejamento e organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária e da gestão. O indicador deve ser analisado conjuntamente com outras informações em saúde tais como: número de pessoas por equipe, acesso a outros serviços de saúde e da rede de atenção à saúde, vulnerabilidade do território e da população e outros dados epidemiológicos. Enquanto reduções nas proporções ou taxas de ICSAP sugerem possíveis melhorias na atenção primária à saúde, valores altos para estes indicadores não são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem.

Em Santa Catarina no período de 2016 a 2018 observamos que o indicador vem se mantendo estável, indicando que do total de internações hospitalares SUS, 40% delas são causadas por condições ou causas que poderiam ser tratadas na Atenção Primária em Saúde (APS), na porta de entrada do SUS com acesso a serviços de qualidade e em tempo adequado. No Planalto Norte a taxa de ICSAP ficou em 38,1 % abaixo da taxa estadual.

Gráfico 35. Número de ICSAP por ano internação segundo grupo CID 10/ICSAP em Mafra em 2018



No ano de 2018, o município de Mafra obteve 335 internamentos com CID -10 classificados como ICSAP. O número de internamentos exceto o que se refere Gravidez, Parto e Puerpério se caracteriza em 3149 internamentos. Analisando estes dados o percentual de de ICSAP no ano de 2018 para Mafra foi de 10,6% um percentual abaixo do percentual Estadual de 40 %

1.3 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

1.3.1 Atenção Primária

O Município possui segundo dados da Coordenação da Atenção Básica, 18 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF e uma Estratégia de Saúde Prisional, sendo seis equipes de ESF com Saúde Bucal Modalidade 1.

Quadro 16 - Funcionários das Estratégias de Saúde da Família (ESF)

Serviços	Funcionários	Total
Serviços Assistenciais	Médicos	26
	Odontólogos	08
	Enfermeiros	19
	Técnicos de Enfermagem	43
	ACS	96
	THD	8
Serviços Administrativos	Médico	01
	Enfermeiro	01
	Gestão de Recursos Humanos	01
	Gerente	01

A Atenção Básica – AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento precoce com redução de danos, e a reabilitação. Desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

A AB é desenvolvida como mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade da

acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica do município é composta por dezoito (18) Equipes de Saúde da Família distribuídas em treze (13) unidades de saúde, além da unidade prisional, sendo elas:

ESF Ricardo Gregório I (Vila Nova I)
ESF Ricardo Gregório II (Vila Nova II) – Com equipe de Saúde Bucal;
ESF Vereador Edson Luiz Schultz I (Restinga I) - Com equipe de Saúde Bucal;
ESF Vereador Edson Luiz Schultz II (Restinga II);
ESF Central I - Com equipe de Saúde Bucal;
ESF Central II;
ESF Benemérito José Tauschek (Vista Alegre);
ESF CAIC I - Com equipe de Saúde Bucal;
ESF CAIC II;
ESF Benemérita Ulla Schneider (Jardim América) - Com equipe de Saúde Bucal;
ESF Guilherme Ganzert (Faxinal) - Com equipe de Saúde Bucal;
ESF Benemérita Ana Zilda Ruthes (Espigão II) - Com equipe de Saúde Bucal;
EFS Edmond Saliba (Espigão II)
ESF EdvinoHable (São Lourenço)
ESF Juventino Haas Peters (Bela Vista)
ESF Manoel Braz Filho (Saltinho do Canivete)
ESF Osvaldo Sampaio (Bútia dos Tabordas)
ESF Nova Esperança (Augusta)
Estratégia de Saúde Prisional

As equipes de ESF Ricardo Gregório I e II funcionam numa mesma estrutura predial, assim como as equipes de ESF CAIC I e II, ESF Restinga I e II, ESF Central I e II, ESF Espigão I e II, sendo essas unidades com horário de funcionamento estendido até as 20 horas de segunda a sexta-feira.

A ESF Nova Esperança possui uma Unidade de Extensão na localidade Avencal do Saltinho.

As ESF são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podendo dependendo do fluxo, possuir médicos adicionais para atender a demanda espontânea. As ESF que possuírem atendimento de Saúde Bucal, serem adicionadas um Dentista e um Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal/Higiene Dental. As demais equipes serão atendidas por uma Equipe de Saúde bucal mais próxima, conforme cronogramas de atendimento.

As Unidades de Saúde da Família funcionam das 7h às 16h de segunda-feira à sexta-feira com exceção das unidades que possuem horário estendido pelo programa Saúde na Hora, ESF Caic, Central, Restinga e Vila Nova.

As Estratégias de Saúde da Família, desde o mês de Agosto de 2017, estão aptas para realizam de Acolhimento com classificação de risco e escuta qualificada, também foi implantado o acesso avançado, que visa melhor atendimento a população, com atendimento no momento em que chega na unidade por um profissional capacitado para tal, o qual vai avaliar o paciente, e encaminhar para o atendimento ao qual se enquadra no momento, agendar consulta conforme avaliação e/ou atendimento por profissional de nível superior, seja ele médico ou enfermeiro, conforme demanda do paciente.

Os profissionais estão sendo capacitados constantemente para atender a população, priorizando as vulnerabilidades e riscos, conforme protocolos do Ministério da Saúde.

a) Programas de Saúde Desenvolvidos Pela Atenção Primária

a.1) Programa de Atenção à Saúde da Mulher

Engloba atividades integrais em saúde da mulher, tais como: assistência pré-natal, puerpério, planejamento familiar, prevenção de câncer de útero e mama, cuidado a sexualidade, DST/AIDS, climatério.

As ESF possuem agendamentos de preventivos com os profissionais Enfermeiros semanalmente, bem como consultas de pré-natal com médico e enfermeiro.

A Atenção Básica adotou através de Normativa a utilização do Protocolo de Atenção à Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde 2016, para padronização e conformidade aos procedimentos pelos seus profissionais.

a.2) Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimentos seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; acesso ao planejamento reprodutivo.

a.3) Programa de Atenção à Saúde da Criança

Engloba atividades incentivo e manejo ao Aleitamento materno e alimentação; de monitoramento do crescimento e do desenvolvimento de lactente até o escolar, diagnosticando precocemente qualquer problema nutricional; monitoramento e garantia do esquema nacional de vacinas completo; tratamento precoce e oportuno das doenças diarreicas agudas e desidratação; orientação à família sobre os principais cuidados higiênicos desta idade; assistência aos agravos respiratórios, assistência aos problemas de carência nutricional; promoção da saúde infantil. As eSF possuem agendamentos de puericultura e puerpério com o profissional médico e enfermeiro.

a.4) Programa de Atenção à Saúde do Idoso

Ocorre principalmente através de assistência aos portadores de doenças crônicas, tratamento de feridas, orientações e cuidados sobre o processo de envelhecimento, promoção para o autocuidado, grupo de idosos trabalhando com questões relacionadas a nutrição, riscos de quedas e fraturas, ingestão hídrica, segurança pessoal, entre outros temas de relevância para conservação da saúde dos idosos.

Os Idosos possuem agenda semanal com consulta médica, e priorização no critério de vulnerabilidade e classificação de risco conforme estabelecido em protocolo a partir de 70 anos, ou dentro das condicionalidades.

a.5) Programa de Atenção à Saúde do Escolar - PSE

Aderido e pactuado com a Secretaria de Educação anualmente, atende 45 escolas públicas municipais, estaduais e particulares, dentro de critérios de priorização. O público escolar compreende ensino infantil, ensino fundamental e ensino médio (profissionalizante).

Entre as atividades obrigatórias constam: avaliações das condições de saúde (avaliação da acuidade visual, avaliação antropométrica, avaliações e orientações sem saúde bucal, verificação e atualização do calendário vacinal); ações em segurança alimentar e alimentação saudável; cultura de paz e direitos humanos; promoção da saúde mental no contexto escolar; direito a sexual e reprodutiva e abordagem de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (adolescentes); prevenção de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

Estas atividades são discutidas entre os diretores das escolas e os coordenadores das ESF, com o prazo de 24 meses para 12 atividades de contexto básicas.

a.6) Programa Bolsa Família da Saúde

Envolve acompanhamento das condicionalidades e alimentação em sistema de informação oficial (SIS Bolsa Família). As Condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do Bolsa Família quanto pelo poder público para ampliar o acesso dessas famílias a seus direitos sociais básicos. Por um lado, as famílias devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício. Por outro, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social. Na área de saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 07 anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento e, se gestantes ou nutrízes (lactantes), devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e do bebê.

a.7) Programa Saúde na Hora

PORTARIA Nº 930, DE 15 DE MAIO DE 2019

Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências.

Art. 2º São objetivos do Programa "Saúde na Hora":

I - ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família;

II - ampliar o número de usuários nas ações e nos serviços promovidos nas USF;

III - reduzir o volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares.

Art. 3º O Programa "Saúde na Hora" será destinado à USF que oferte aos usuários os mesmos serviços de saúde durante todo o horário estendido de funcionamento da unidade, observados ainda os seguintes critérios:

Hoje contamos com quatro equipes atendendo em horário estendido.

ESF Caic

ESF Central

ESF Vereador Edson Luiz Schultz (Restinga)

ESF Ricardo Gregório (Vila Nova)

Estas equipes fazem horário estendido, das 07 às 20 horas.

a.8) Programa Nacional de Imunização - PNI

Composto por ações de vacinação têm o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis. O Programa coordena e define normas e procedimentos técnicos e científicos articulados às secretarias de estado e estas com as secretarias municipais, mediante ações estratégicas sistemáticas de vacinação da população, com base na vigilância epidemiológica de doenças imunopreveníveis e inovações tecnológicas da área. Também tem o papel de adquirir, conservar e distribuir os imuno biológicos que integram os calendários de vacinação do PNI.

a.9) Programa de Controle do Tabagismo

Objetiva aumentar o acesso dos fumantes aos avanços existentes na cessação do tabagismo, sensibilizar e capacitar profissionais de saúde, sensibilizar gestores para inserir o tratamento do fumante na rotina de assistência à saúde e organizar a rede de saúde para atender a demanda de fumantes que desejam parar de fumar.

Após descentralização do serviço para as ESF's, decorre uma mobilização para trazer o Programa para perto da comunidade.

b) Previne Brasil

O programa Previne Brasil foi instituído pela [Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019](#). O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Primária (EAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento ([Programa Saúde na Hora](#)), equipes de saúde bucal, informatização ([Informatiza APS](#)), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

c) Sistemas de Informação da Atenção Básica

Atualmente a rede de atenção básica alimenta seis sistemas de informação através dos processos de trabalho executados. O sistema oficial da Atenção Básica é o Sistema de Informação Simplificado da Atenção Básica – SISAB, operacionalizado pelo software–SUS, que deve ser alimentado mensalmente com ações de monitoramento realizadas principalmente pelas informações coletadas por ACS, e por produções mensais referentes às ações realizadas por parte dos profissionais da equipe. Atualmente o mesmo integra vários outros programas que anteriormente eram em separado, como PSE, SISVAN, e SINAN.

Outros sistemas alimentados com ações em atenção básica são: SISCAN, com procedimentos voltados a produção de profissionais em consultas de prevenção ao Câncer de MAMA.

O SIS Bolsa Família permite alimentação dos dados de monitoramento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. A alimentação ocorre semestralmente, através de primeira vigência (janeiro a junho) e segunda vigência (agosto a dezembro).

Há implantado no município de Mafra o Sistema Integrado Municipal–CELK, financiado pelo município, que permite a alimentação de dados oficiais da Atenção Básica, produção dos profissionais, central integrada de agendamentos para especialistas e solicitação e controle de materiais de consumo. Este sistema não integra outros sistemas da atenção básica e oportuniza transferência de dados para alimentação de sistemas oficiais, portanto, não apresenta eficácia integral.

1.3.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB, iniciou suas atividades em abril de 2015, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica – AB no município de Mafra, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Sua missão é proporcionar na AB cuidados das mais variadas áreas do saber com vistas à maior resolutividade dos casos e acompanhamento longitudinal dos usuários.

Devido a efetividade e importância do trabalho da equipe houve mudança na Legislação Municipal e o regime dos contratos dos profissionais da equipe passaram para o regime de emprego público e a abrangência da equipe passou para 100% do município. A equipe NASF-AB é atualmente composta por equipe multiprofissional constituída por assistente social, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e fisioterapeuta, abrangendo 18 (dezoito) equipes de Estratégias da Saúde da Família – eSF, distribuídas em 13 (treze) Unidades Básicas de Saúde – UBS.

As atividades desenvolvidas entre a equipe NASF-AB e as eSF incluem discussões de casos, atendimentos compartilhados, individuais e em grupo, visitas domiciliares, ações de educação permanente, construção de Projeto Terapêutico Singular, intervenções no território através de ações de prevenção e promoção da saúde, ações intersetoriais, discussão do processo de trabalho das equipes e ações de matriciamento.

Dentre as práticas realizadas com as equipes destacam-se as seguintes atividades/grupos terapêuticos:

- Grupos de Atividade Física;
- Curso ou Sala de Espera para gestantes;
- Grupo de Coluna;

- Grupo de Emagrecimento;
- Grupo de reeducação alimentar infantil;
- Grupo para comorbidades;
- Grupo de Controle do Diabetes;
- Grupo de Apoio Psicológico;
- Grupo de Apoio a Perdas Irreparáveis - API;
- Gestão Autônoma da Medicação - GAM;
- Grupo de Pais;
- Grupo para Adolescentes;
- Grupo de Tabagismo;
- Grupo Qualidade de Vida;
- Avaliação Paciente Disfágico Acamado;
- Projeto Identificação sobre a Qualidade de Vida e Voz e Deglutição em Idosos;
- Projeto Fonoaudiologia na Amamentação;
- Programa Saúde na Escola - PSE;
- Assistência farmacêutica;
- Atividades de Educação permanente;
- Reuniões de equipe NASF-AB e Coordenação de Atenção Básica;
- Reuniões de equipe NASF-AB e eSF;
- Participação em eventos;
- Atendimentos individuais;
- Atendimentos compartilhados.

Todas as atividades do NASF-AB são pactuadas anualmente com as eSF de abrangência, conforme demanda de cada território e são conduzidas em parceria entre as equipes. Novas estratégias de ação podem ser definidas em conjunto e serem desenvolvidas durante o ano, conforme cronograma repactuado.

1.3.3 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

- É um serviço aberto a comunidade;
- Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua

permanência num dispositivo de cuidado intensivo comunitário, **personalizado e promotor da vida.**

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

- **CAPS I** - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;
 - Funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana (característica do município);

A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- Visitas domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária,
- É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substituto às internações em hospitais psiquiátricos;

Quadro 17– Funcionários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Serviços	Funcionários	Total
Serviços Assistenciais	Médico Clínico	01
	Enfermeiro	01
	Psicólogo	02
	Assistente Social	01
	Técnico em Enfermagem	01
	Terapeuta Ocupacional	01
	Pedagoga	01

	Neurologia	01
	Artesã	01
Serviços Administrativos	Estagiários	02
Serviços Operacionais	Auxiliar de Manutenção e Conservação	02
Total		14

1.3.4 Policlínica Municipal

A Policlínica Municipal situa-se na Rua Mathias Piecknick, no. 55, Centro de Mafra oferecendo principalmente serviços de média complexidade e com público alvo encaminhado pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, oferecendo retaguarda aos agravos não sensíveis à Atenção Básica, bem como fornecendo insumos e serviços para a manutenção ao funcionamento deste e das demais unidades de saúde sob gestão municipal.

Desta maneira engloba diferentes serviços especializados de atenção secundária (especialidades médicas, exames, etc) e quaternária (reabilitação em fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia), além de serviços de apoio como assistência farmacêutica, suprimentos e almoxarifado, transportes, serviço de apoio em informática.

A seguir apresentaremos os serviços da Policlínica Municipal.

a) Núcleo Materno Infantil - NMI

O Núcleo Materno Infantil é um serviço especializado que faz parte do ROL de serviços de saúde especializado, em funcionamento desde 2004, foi reinaugurado em fevereiro de 2017 em nova estrutura, na Policlínica Municipal.

No Núcleo Materno Infantil são ofertados serviços especializados de pediatria, ginecologia, obstetrícia, além de testes rápidos para algumas doenças e recursos informativos, educacionais, e técnicos que asseguram o planejamento familiar.

Neste local há uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, técnico em enfermagem, pediatras, ginecologistas e obstetras conforme Quadro 19, que realizam

aproximadamente 1000 atendimentos especializados por mês para o público alvo composto por crianças, adolescentes, gestantes, homens e mulheres. Este serviço oferece apoio especializado para 18 Equipes de Saúde da Família atuantes em Mafra.

Quadro 18 – Funcionários do Núcleo Materno Infantil

Serviços	Funcionários	Total
Serviços Assistenciais	Ginecologista	01
	Obstetra	01
	Ginecologista/ obstetra	01
	Pediatra	03
	Enfermeiro	01
	Técnico em enfermagem	01
	Estagiário	01
Total		09

São acompanhadas, em média, 150 gestantes de alto risco por mês referenciadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Os principais agravos das gestantes e/ ou feto, que classificaram o período gestacional como de alto risco (score >10 pontos da Classificação de Risco Gestacional) em 2017 foram: toxoplasmose, hipotireoidismo, asma, Hipertensão Arterial, placenta prévia, aborto a mais de 12 meses, fator RH negativo da mãe (não considerado score de alto risco), obesidade, infecção urinária e anemia.

Observa-se que os cinco últimos agravos isolados são sensíveis ao pré-natal na atenção básica, não classificam a gestação como alto risco por score < 10.

Os atendimentos em pediatria ocorrem igualmente com encaminhamento das Unidades de Saúde da Família, não precisando necessariamente de acompanhamento em longo prazo no NMI, exceto nos casos em que a criança apresente prematuridade extrema; comorbidade grave e alterações no desenvolvimento, comportamento e aprendizagem. A maior demanda de crianças atendidas no NMI refere-se a queixas escolares (dificuldade de aprendizagem, dificuldade de atenção, hiperatividade) e transtornos de comportamento.

Neste local também são realizadas reuniões de Planejamento Familiar e organização dos processos para esterilizações definitivas (laqueaduras tubárias e vasectomias), com apoio do serviço social.

Ainda no NMI realiza-se triagem para resultados de exames de citopatologia oncológica de colo. Desta maneira, resultados celulares alterados, são encaminhados para exames específicos e consulta especializada no local e via tratamento fora de domicílio se necessário. São realizados em média 2000 exames citopatológicos em Mafra anualmente, destes 135 exames apresentaram alterações celulares em 2016.

b) Serviço da Fonoaudiologia

O serviço de fonoaudiologia atua na promoção, prevenção, aperfeiçoamento e reabilitação das desordens referentes aos diversos aspectos da comunicação humana e conseqüentemente a qualidade de vida dos indivíduos que possuem problemas relacionados à comunicação.

A Reabilitação Fonoaudiológica está no âmbito da Atenção Especializada e desenvolve suas atividades dentro das linhas de cuidado para a saúde do bebê, da criança e adolescente, adulto, até a saúde do idoso.

Na Policlínica Municipal, no setor do Núcleo Materno Infantil, estão à disposição dos usuários, por meio de agendamento, 02 fonoaudiólogas efetivas que realizam o trabalho de triagem, avaliação, discussão de casos multidisciplinarmente e reabilitação de diferentes alterações da comunicação, desenvolvendo o trabalho como clínica fonoaudiológica geral. Também dispõe de 01 fonoaudióloga credenciada para realizar o trabalho em nível de especialista em Disfagia e/ou Motricidade Oral que faz avaliação, orientações e reabilitação aos pacientes com Disfagia, Afasia, TCE, AVC e traqueostomizados. Dispõe ainda de 01 fonoaudióloga credenciada para reabilitação multidisciplinar com pacientes portadores de Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual Leve com comorbidades.

Serviços ou procedimentos ofertados são triagem, avaliações, orientações, palestras, discussão em equipe multidisciplinar e reabilitação nos casos de alterações abaixo relacionadas entre outros abaixo citados:

LINGUAGEM ORAL: Atrasos na aquisição e no desenvolvimento da linguagem (demora em falar) e dificuldades na fala (falar errado, língua presa, dificuldades na produção dos sons, inteligibilidade, organização sintática e semântica).

LINGUAGEM ESCRITA: Dificuldades de leitura (leitura silabada, imprecisa e lenta, não compreender o que leu) e de escrita (trocas de letras, problemas de ortografia, dificuldade de se expressar por meio da escrita).

MOTRICIDADE ORAL: Alterações com a musculatura orofacial e suas funções (respiração, sucção, deglutição, mastigação), fazendo uso de exercícios mio funcionais e eliminação de hábitos orais viciosos.

AUDIÇÃO: Alteração na maneira como o sistema auditivo periférico e central recebe, analisa e organiza os sons verbais e não verbais que ouve (alterações de memória, de atenção, de compreensão e discriminação auditiva). Habilitação e reabilitação da linguagem oral em surdos protetizados (AASI e IC).

VOZ: Alteração na voz como disfonia (rouquidão) por nódulo, edemas, cistos, pólipos, etc. Orientação e reabilitação para profissionais que utilizam da voz como instrumento de trabalho.

FLUÊNCIA: Alteração no fluxo da fala que tem como principais manifestações as defluências ocasionando interrupções, reduzindo e alterando o ritmo da fala (gagueira, taquialia).

DEGLUTIÇÃO: Alteração no ato de engolir que pode acontecer de forma imprecisa e/ou lenta com diferentes alimentos, acometendo desde bebês até idosos. Não é uma doença e sim um sintoma de AVC, TCE, alterações neurológicas e outros (Alzheimer, Parkinson, ELA, etc).

AMAMENTAÇÃO: O ato de amamentar favorece a respiração nasal, o futuro alinhamento dos dentes, assim como desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento da linguagem do bebê. As alterações e dificuldades neste processo podem ser auxiliadas pelo profissional da fonoaudiologia.

Público alvo/formas de encaminhamento engloba população varia desde o cuidado com o bebê, passando pelo desenvolvimento da criança e adolescente, como também com adultos e idosos.

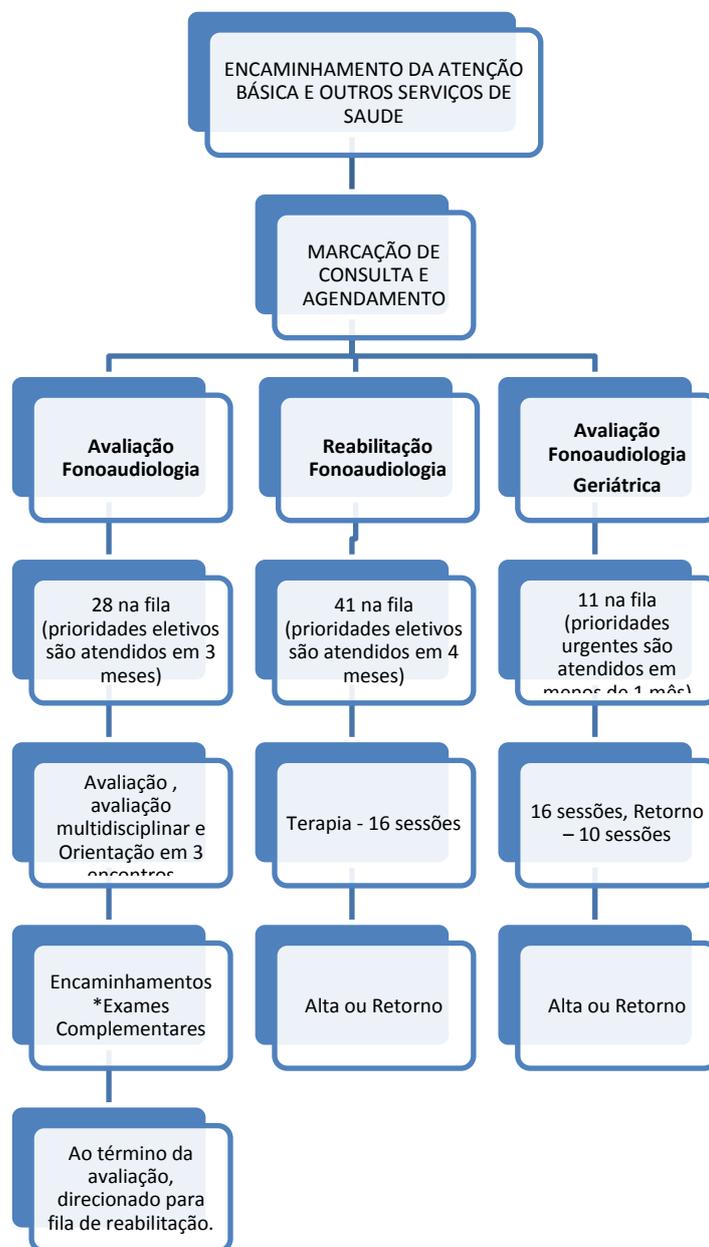
Os atendimentos são realizados por meio de encaminhamentos feitos por profissionais da Atenção Básica, Especialidades Médicas, NASF ou outros serviços do âmbito da saúde. A Fonoaudiologia, por ser uma Especialidade Médica, não é a primeira porta de entrada, necessitando de encaminhamento e agendamento para que o usuário possa acessar o serviço.

Características relevantes do serviço: ex: agravos mais incidentes, média de atendimentos mês, há fila de espera, etc.

Em média são realizados 30 atendimentos semanais por cada profissional efetivo e 20 atendimentos semanais para profissional contratada, totalizando 320 atendimentos mensais. Levando em conta que a avaliação fonoaudiológica requer atendimento diferenciado.

A fila de espera é dividida em 03, com um total 28 usuários na fila de REDE - AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA, 41 para a fila REDE - REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA e 11 na fila AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA GERIÁTRICA, contabilizando uma média de 80 em espera.

Figura 8 - Fluxograma do Serviço de Fonoaudiologia



c) Serviço de Fisioterapia

A fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências

fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

Tem suas atividades pautadas pelo Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.

Já o Fisioterapeuta é Profissional de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço.

A Reabilitação Fisioterapêutica está no âmbito da Atenção Especializada e desenvolve suas atividades dentro das linhas de cuidado para a saúde do bebê, da criança e adolescente, adulto, até a saúde do idoso.

Serviços ou procedimentos ofertados são triagem, avaliações, orientações, palestras, discussão em equipe multidisciplinar e reabilitação nas seguintes disfunções:

- Disfunções do sistema locomotor (musculoesquelético)
- Disfunções do sistema nervoso central e periférico
- Disfunções do sistema respiratório
- Disfunções do sistema cardiovascular
- Atendimento fisioterapêutico no Pré e Pós-cirúrgico e na recuperação de tecidos
- Atendimento fisioterapêutico para preparação de coto e treinamento protético
- Atendimento fisioterapêutico no paciente oncológico
- Atendimento fisioterapêutico na síndrome Pós-COVID19

Até a data de setembro de 2021, os Recursos Humanos do serviço de Fisioterapia como Atenção Especializada é assim composto:

Unidade	Servidos Efetivos	Clínicas Credenciadas	Localização
Clínica de Fisioterapia da Secretaria da Saúde	05	00	Policlínica Municipal de Mafra
“Supera Covid” Programa de reabilitação pós-Covid19 – Clínicas	0	02	Clínicas Próprias

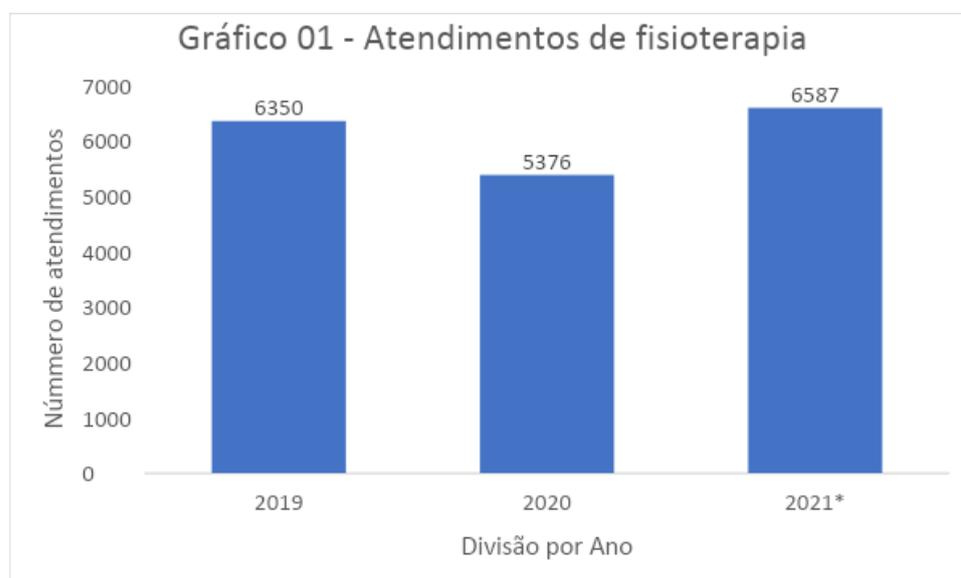
Credenciadas			
--------------	--	--	--

Os atendimentos são realizados por meio de encaminhamentos feitos por profissionais da saúde e, por serem profissionais de primeiro contato, igualmente pelos fisioterapeutas do quadro de pessoal da secretaria da saúde.

A triagem e regulação dos casos urgentes são realizadas por profissional fisioterapeuta de acordo com critérios técnicos.

c.1.) Análise situacional sobre os dados da fisioterapia:

O gráfico 36 demonstra toda a atividade de fisioterapia, como Atenção Especializada, da Secretaria Municipal de saúde, por entidades próprias, bem como entidades credenciadas. Os dados do ano de 2021 estão atualizados até 31/08/2021*.



c.2.) Programas desenvolvidos pela fisioterapia:

O programa SUPERA COVID foi criado no ano de 2021, consiste em reabilitação funcional em nível ambulatorial e hospitalar para pacientes que foram portadores da COVID19.

Os profissionais responsáveis pelo atendimento foram habilitados pelo regime de credenciamento público.

d) Serviço Social

Serviço Social Profissão regulamentada pela Lei nº8662/93, desde seus primórdios aos dias atuais, a profissão tem se redefinido, considerando sua inserção na realidade social do Brasil.

A formação do (da) Assistente Social é de nível superior e de cunha humanista, portanto, comprometida com valores que dignificam e respeitam as pessoas em suas diferenças e potencialidades, sem discriminação de qualquer natureza, tendo construído como projeto ético/político e profissional, referendado em seu Código de Ética Profissional, o compromisso com a Liberdade, a Justiça e a Democracia. A atuação do assistente social se faz desenvolvendo ou propondo políticas públicas que possam responder pelo acesso dos segmentos de populações aos serviços e benefícios construídos e conquistados socialmente, principalmente, aquelas da área da Seguridade Social. A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais.

Ressalta-se, que nos últimos anos vimos à valorização da profissão nos Serviços Públicos de Saúde, ampliando espaços de trabalho, como a necessidade do profissional de Serviço Social exclusivo no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) bem como no NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) Sinalizamos que no Serviço de Urgência e Emergência também, o profissional de serviço social, muito contribuiria, nos desdobramentos das demandas atendidas, e fomentando articulação com a rede intersetorial. O Serviço Social está em constante transformação frente às diferentes realidades sociais, exigindo do profissional, um olhar contemporâneo e ampliado destes cenários, porém resguardando seus princípios éticos e metodológicos contemporâneos e ampliado destes cenários, porém resguardando seus princípios éticos e metodológicos.

O assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários do SUS e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências).

Os conselhos municipais são canais efetivos de participação, capazes de estreitar a relação entre governo e sociedade civil permitindo assim que a sociedade possa contribuir na formulação e implementação dessas políticas, surgem como estratégia para a descentralização do poder total do governo. É nesse espaço que o cidadão pode discutir novas demandas sobre orçamentos e destinação dos recursos públicos e respostas de políticas sociais.

O profissional de Serviço Social se faz necessário no trabalho em Rede Intersetorial e em cada território de abrangência do indivíduo potencializando assim o atendimento das demandas trazidas pelos usuários do SUS ou pela Rede de atendimento, demandas estas que vão além das respostas possíveis no âmbito institucional.

A importância da comunicação do assistente social na Saúde entre os serviços Intersetoriais como CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) Abrigo Institucional, CAPS, Conselho Tutelar, MP (Ministério Público) Poder Judiciário, Hospital, UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Comunidade Terapêutica, APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e demais Entidades do Terceiro Setor, entre outras, faz parte do processo do trabalho em rede, remete os profissionais ao matriciamento com discussão de caso e Projeto Terapêutico Singular para melhor entender a realidade do indivíduo e sua família. Todavia o trabalho em rede surge como socialização de informações, como forma de comprometimento profissional, para referência e contrarreferência.

A partir do desenvolvimento de ações de caráter “preventivo, protetivo e proativo” e tendo por foco as potencialidades e vulnerabilidades presentes no território do indivíduo e sua família para que o trabalho em rede fortaleça os vínculos comunitários e sociais capazes de romper com a dificuldade no momento.

d) Serviço de Psicologia

O serviço de psicologia tem como objetivo oferecer atendimento a nível ambulatorial em psicoterapia, promovendo a saúde mental de seus usuários encaminhados. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (1992) cabe ao psicólogo o estudo e análise das relações interpessoais e processos intrapessoais, possibilitando a compreensão do comportamento humano individual e de grupo. Realizando a aplicação do conhecimento teórico e técnico da psicologia, com o objetivo de identificar e intervir nos fatores determinantes das ações, em sua história pessoal, familiar e social.

O ambulatório de psicologia encontra-se nas dependências da Policlínica Municipal, contando com um profissional psicólogo responsável por atendimentos em psicoterapia de usuários na faixa etária a partir dos 13 anos e um profissional psicólogo responsável por atendimentos em psicoterapia a usuários de 0 a 12 anos e avaliação psicológica a usuários de 0 a 16 anos, sendo este último realizado os atendimentos no Núcleo Materno Infantil. Realiza-se também discussão de casos e avaliação multiprofissional.

Atualmente os encaminhamentos são realizados através do psicólogo NASF, o qual realiza o primeiro contato com o usuário, feita triagem, direciona o mesmo para continuidade a nível atenção básica ou atenção especializada. São realizados também encaminhamentos através do Núcleo Materno Infantil, quando necessária avaliação multiprofissional. Em média são realizados 25

atendimentos semanais por cada profissional, totalizando 200 atendimentos mensais. A fila de espera para atendimento a partir dos 13 anos está em 49 usuários. O atendimento dos 0 aos 12 anos está em 39 usuários e para avaliação psicológica em 66 usuários, totalizando 154 usuários em fila total para o serviço de psicologia.

Levando em consideração as características do serviço, alta demanda atual de encaminhamentos para avaliação psicológica, verifica-se a necessidade de contratação de psicólogo específico para avaliação neuropsicológica.

e) Serviço de Marcação de Consultas e Exames

O objetivo deste setor é atender os usuários, que têm exames e consultas sendo solicitadas na APS também no atendimento das especialidades, disponibilizando agendamento de exames em geral e consultas especializadas para dentro e fora do município, monitoramento do SISREG, sistema de responsabilidade Estadual, que regula solicitações inseridas em fila de espera, obedecendo a critérios de urgência médica do profissional solicitante que é descrita através de dados clínicos inseridos na solicitação. Em caráter eletivo, respeitar a ordem cronológica sendo a data de entrada na lista de espera o critério principal para liberação do procedimento, consulta ou exame solicitado, levando sempre em consideração os Estatutos vigentes (Da criança e do adolescente, dos Idosos).

As especialidades médicas presentes na Policlínica e no município são: dermatologia, reumatologia, oftalmologia, pneumologia, cirurgia vascular, psiquiatria, neurologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, urologia, ginecologia, obstetrícia, pediatria, urologia, ortopedia, anesthesiologista.

Os serviços específicos oferecidos na Policlínica de exames diagnósticos são: Tele dermatologia e Eletrocardiograma via telemedicina. Tratamentos diferenciados são ozonioterapia e pequenos procedimentos cirúrgicos.

A equipe técnica é composta por 16 profissionais, entre estagiários e funcionários efetivos, organizada para atender de maneira informatizada e individual cidadãos mafrenses com Cartão Nacional do SUS atualizado, referenciados por profissionais da rede de atenção à saúde pública efetivos, conveniados e prestadores de serviços.

O atendimento direto a população totaliza média de 200 por dia. As filas de espera estão disponíveis para consulta pública no site oficial da prefeitura.

f) Tratamento Fora de Domicílio – TFD

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes. Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva.

g) Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Serviço especializado, anexo à Policlínica Municipal que atende pessoas referenciadas das unidades de saúde dos municípios de Mafra, Monte Castelo, Itaiópolis e Papanduva.

Equipe técnica formada por: 7 dentistas, 2 auxiliares de consultório odontológico e 2 técnicas em higiene dental.

Atendimentos realizados nas áreas de: Endodontia, Periodontia, Cirurgia oral menor, Diagnóstico em Câncer Bucal, atenção à Pacientes Portadores de Necessidades Especiais e Próteses.

h) Serviço de Transporte

O setor de transporte tem como objetivo garantir a mobilidade de pacientes que precisam realizar exames, consultas e internações em diferentes pontos da rede, dentro e fora do município, de forma eletiva e em casos de urgência. Também monitora, conserva e dimensiona a frota de veículos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A equipe é composta por 14 motoristas efetivos, organizados em escala para garantir assistência todos os dias da semana, em diferentes horários, conforme demanda para tratamentos fora do município, traslado de pacientes dentro do município para atendimentos em saúde,

distribuição de materiais, insumos e documentos diversos para as unidades de saúde, transporte de funcionários e serviço de sobreaviso das ambulâncias.

A frota da SMS tem uma média mensal de 80.543 Km rodados para atender a demanda de serviços supracitados.

i) Suporte em Informática

O Serviço de Suporte à informática objetiva aos profissionais vinculados aos serviços de saúde municipais maiores condições de trabalho satisfatória e eficiente, por meio do trabalho de 1 técnico em informática, com apoio da equipe de controle e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

Os procedimentos ofertados incluem análise e monitoramento periódico de desempenho; Manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos; Manutenções preventivas e corretivas das configurações de segurança; Acompanhamento das rotinas de backup; Testes periódicos de retorno de backup; Análise constante de novas vulnerabilidades; Instalação de novos equipamentos, periféricos e sistemas operacionais; Avaliação técnica de compras; Atualização de antivírus; Administração de contas de usuários e permissões; atualização e organização de novos usuários e exclusão de usuários não mais pertencentes à estrutura. Configuração de rede de computadores em todas as unidades de saúde, administração das conexões e estruturas dependentes (wi-fi nos tablet's das ACS, por exemplo...). Coordenação dos Sistemas de Informação em Saúde necessários e vigentes ao bom andamento da Saúde de Mafra; instalação e configuração de periféricos como impressoras quando da saúde de Mafra.

j) Assistência farmacêutica

Assistência Farmacêutica 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 uso racional. Esse conjunto envolve a seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Equipe técnica: 02 farmacêuticos, 02 assistentes de saúde, 01 auxiliar administrativo, 01 cargo comissionado, 04 estagiários.

Serviços ofertados: Aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes na Relação Municipal de medicamentos - REMUME e de medicamentos oriundos de ações judiciais contra o Município de Mafra. Dispensação de medicamentos do Componente Especializado constantes na Relação Estadual de medicamentos - REMEME e de medicamentos oriundos de ações judiciais contra o Estado de Santa Catarina. Dispensação de medicamentos do Componente Estratégico.

Público-alvo: O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente: estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS; ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos.

k) Setor de Compras, Suprimento e Almoxarifado

O Setor de Compras e suprimentos tem como objetivo avaliar a necessidade das solicitações de matérias a serem comprados junto com a gestão, manter contratos vigentes para aquisição de matérias básicos para o funcionamento do serviço como por exemplo combustível, material expediente, material consumo médico hospitalar e odontológico, oxigênio medicinal, terceirização de funcionários para limpeza, alarmes das unidades, luz, água, telefone, seguros de veículos, internet, manutenção veículos entre outros serviços.

Neste setor se inicia o processo de licitação com a coleta de orçamento, elaboração de descritivos, verificação de dotação orçamentária.

O Almoxarifado conta com equipe preparada para receber, conferir, estocar materiais recebidos, alimentar o sistema, realizar os pedidos das unidades, despachar, controle de estoque.

Equipe Técnica: 3 funcionárias efetivas, 1 funcionária de cargo comissionado e 3 estagiários.

Serviços ou procedimentos ofertados: Compras e suprimentos garantem a aquisição e manutenção de materiais e serviços.

Público alvo / forma de encaminhamento: Compras – Todos os setores, as solicitações tanto para aquisição de novos produtos/serviços como para solicitar os já licitados devem ser encaminhadas via ofício, com todos os detalhes especificados. Almoxarifado- todos os setores, pedidos realizados via sistema Olostech.

1.3.5 Controle e Avaliação

A Regulação da Atenção à Saúde é exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, e seu objeto são a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto dirigida aos prestadores públicos e privados, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

O controle e avaliação têm como atribuições: A participação na contratualização de serviços de saúde segundo as normas e política específica e verificação do cumprimento efetivo dos mesmos; credenciamento/ habilitação para a prestação de serviços de saúde; elaboração e incorporação de protocolos operacionais e de regulação que ordenam os fluxos assistenciais de acesso do usuário; supervisão, autorização e processamento da produção ambulatorial e hospitalar (AIH e APAC); autorização e acompanhamento dos encaminhamentos de Tratamento Fora do Domicílio; acompanhar e analisar a relação entre programação/ produção/ faturamento dos serviços de saúde; acompanhar e analisar a regularidade dos pagamentos aos prestadores de serviços em articulação com o financeiro; participação na Programação Pactuada e Integrada (PPI); avaliação analítica da produção; avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e satisfação dos usuários; alimentar e manter atualizado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) próprios e contratados dos SUS; utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

As ações de Controle e Avaliação são integradas às demais ações da Regulação do Acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra referência baseado nos processos de programação assistencial; organizar os sistemas funcionais de saúde de maneira que garantem o acesso (regulação) dos cidadãos a todas as ações e serviços, otimizando os recursos disponíveis e reorganizando a assistência à saúde da população; atuar na relação com os prestadores de serviços, na qualidade da assistência, na aferição do grau de satisfação dos usuários e ainda na capacidade de obter resultados que traduzam de forma clara e precisa, o impacto sobre a saúde da população; controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial.

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar

(MAC) no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde e Serviços/Unidades de Pronto-Atendimento. Os casos que demandam atendimentos especializados de média e alta complexidade das especialidades clínicas são referenciados para os serviços ambulatoriais e hospitalares contratualizados e credenciados. Quando não há possibilidade de tratamento no município, são encaminhados via Tratamento Fora de Domicílio - TFD para as unidades de saúde referenciadas, regulado através das Centrais de regulação, cumprindo os protocolos clínicos estabelecidos.

1.3.6 Vigilância em Saúde

A vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2006).

E busca articular-se intersetorialmente aos demais serviços de atenção básica buscando diagnóstico e monitoramento das necessidades locais, bem como o planejamento de ações que visem a redução de agravos e a promoção da saúde. A vigilância em Saúde inclui primariamente os serviços de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental.

O Ministério da Saúde busca em 2013, através da Portaria 1.378, regulamentar as responsabilidades e definir diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelece em seu artigo segundo a forma em que se constitui a Vigilância em Saúde no SUS, “*constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde*”. Considerado desta forma as ações através de olhar coordenado e planejado em conjunto com as demais ações já realizadas objetivando a integralidade da atenção à saúde, conforme preconizado em seu artigo terceiro, “*As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população*”. Por último, ainda no campo das definições, conceitua no artigo 4º, a forma de abrangência de toda a população brasileira, sem esgotar possibilidades, de acordo com características locais:

Art. 4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I - a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

VI - a vigilância da saúde do trabalhador;

VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

Em Mafra, com a iniciativa do Governo Executivo Municipal, em reestruturar o Município Administrativamente, no ano de 2017, através da Lei Complementar Nº 44, de 03 de março de 2017, que dispõe sobre a Estrutura Administrativa do Município de Mafra e dá outras providências, instituiu vinculada a Secretaria Municipal de Saúde a Gerência de Vigilância em Saúde, com objetivos à diretriz nacional já mencionada, “*E busca articular-se intersetorialmente aos demais serviços de atenção básica buscando diagnóstico e monitoramento das necessidades locais, bem como o planejamento de ações que visem a redução de agravos e a promoção da saúde*”. A vigilância em Saúde inclui intersetorialidade e primariamente os serviços de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental.

Há de se ter em mente, que há uma linha de entendimento, que a vigilância em saúde é uma definição e um instituto de ficção administrativa, ou seja, busca tecnicamente, administrativamente e politicamente através de ações diversas a intersetorialidade de um sistema ou sistemas, não existe por si só, jamais, deve ser compreendido como uma estrutura administrativa única e própria. Assim, é de se entender que os serviços e setores que a integram intersetorialmente devem manter suas diretrizes, princípios e normas de funcionamento específicas quando assim necessárias.

Nessa linha a atual reformulação administrativa no município, por intermédio da Lei Complementar retro, não deixou claro essa almejada independência essencialmente e diretamente à Vigilância Sanitária, pois na verdade fragilizou sua estrutura, considerando ainda a Lei Complementar 24/12, que dispõe sobre as normas de saúde em Vigilância Sanitária no Município de Mafra, estabelece penalidades e dá outras providências, dado o caráter em essência regulatório do órgão, confundindo em dado momento a relação legal e ética que deve ser imperioso entre regulador e regulado.

Cuidado, a exemplo, também deve ser dispensado a Vigilância Epidemiológica, já que seu fundamento de coexistir no sistema não deve ser visto como puramente assistencialista, do que, também exerce certo poder regulador e discricionário, apesar de não dispor de mecanismos coercitivos, tal como ocorre no caso da Vigilância Sanitária.

Por derradeiro, entendemos no contexto posto, que se faz necessário um estudo e proposta de melhor contemplamento da vigilância em saúde no município, respeitada as particularidades de cada trabalho, quando por óbvio se fizer previsto e fundamentado em legislação geral e esparsa nos sistemas atualmente adotados.

1.3.6.1 Vigilância Sanitária

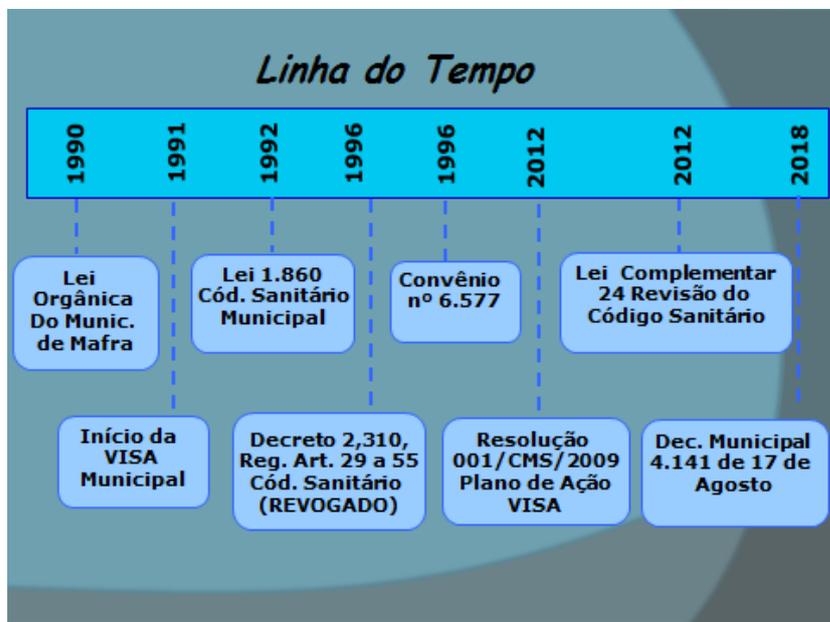
Vigilância Sanitária (VISA) do Município de Mafra é uma das pioneiras no Estado de Santa Catarina, iniciou suas atividades em 1991, seu Código Sanitário foi instituído com a publicação da Lei Municipal 1.860 de 28 de Dezembro de 1992, regulamentada em 1996, com a publicação do Decreto Municipal 2.310 de 27 de março, que com a assinatura do convênio nº 6.577/96 ente o Estado de Santa Catarina, possibilitou ao município recolhimento aos cofres municipais os valores das taxas referente às ações desenvolvidas. Acentuado aumento das atividades e do nível de complexidade das ações da Vigilância Sanitária Municipal ocorreu no ano de 2000, através da adesão a Programação Pactuada Integrada – PPI, revisada em 2004.

Iniciativas do governo Federal e Estadual influenciaram no planejamento Municipal, levando a Vigilância Sanitária elaborar o Plano Municipal de Vigilância Sanitária, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde através da Resolução 001/CMS/2009, no qual consta o Plano de Ação que é revisto periodicamente em conjunto com a Vigilância Sanitária do Estado, absorvendo as inovações propostas por necessidade local, estadual ou federal. O Plano de ação descreve todas as atividades que pretende realizar no período de um ano, comprovada a capacidade para tal, com previsão no Plano Municipal de Saúde.

Desde que iniciou suas atividades, desenvolve ações de relevante importância na prevenção e proteção da saúde da população mafrense, além da destinação dos recursos arrecadados, através das taxas geradas pelo poder de polícia para os cofres municipais. Em 2012 foi realizada a revisão e atualização da Lei Municipal Nº. 1860/92, que resultou na edição e aprovação da Lei Complementar Nº. 24 de 01 de março de 2012 (Código Sanitário Municipal), que dispõe sobre as normas de saúde em Vigilância Sanitária no Município de Mafra, estabelece penalidades e dá outras providências, qual diga-se, também já carece de revisão e atualização frente às reformas estruturais e administrativas públicas ocorridas.

Em 2018, questões de cunho ambiental, diretamente relacionadas a falta de saneamento básico no município, culminaram em Termo de Ajustes e Conduta – TAC nº 062010000020465, entre Ministério Público Estadual e Município de Mafra, com interpretações Legalistas, tutelaram deveres e obrigações a Vigilância Sanitária que a distanciam dos princípios e diretrizes do SUS, e sem caráter de preservar e prevenir a saúde humana. Neste contexto foi publicado o Decreto Municipal 4.141 de 17 de agosto de 2018, que regulamenta os artigos 19 a 31 da lei complementar nº 24/2012.

Figura 09 – Linha do tempo



a.1.) Vigilância Sanitária no Cenário Nacional

Iniciativas do Governo Federal que influenciam o planejamento e desenvolvimento de ações da Vigilância Sanitária Municipal ressaltamos a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, em Substituição a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, criada em 1976, modelo até então vigente. A ANVISA é uma autarquia sob regime especial, que tem sede e foro no Distrito Federal, encontra-se vinculada ao Ministério da Saúde e integra o Sistema Único de Saúde (SUS), absorvendo seus princípios e diretrizes, além da atribuição regulatória, também é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de forma integrada com outros órgãos públicos relacionados direta ou indiretamente ao setor Saúde. Em 2003, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Ministério da Saúde, substituindo o Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (CENEPI/FUNASA), equiparando do ponto de vista formal, a SVS no mesmo patamar da Secretaria responsável pela área de assistência médica, buscando superação do modelo assistencial vigente, para uma integralidade de ações, avançando para a implantação, fortalecimento, ampliação e consolidação do uso da epidemiologia no SUS e delineamento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (TEIXEIRA, 2003). Neste contexto, a partir de 2008, após a publicação da Portaria GM/MS nº 1.052/2007, que aprova e divulga o Plano Nacional de Vigilância Sanitária para o Sistema Nacional, as atividades desenvolvidas pela VISA do Município se dá com prévia pactuação efetivada com os Governos Estadual e Federal, envolvendo intersetorialmente a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os órgãos correspondentes a nível estadual e municipal. A pactuação é o acordo onde são definidas as responsabilidades de gestão nas três esferas de governo.

a.1.1) Vigilância Sanitária Integrante do SUS

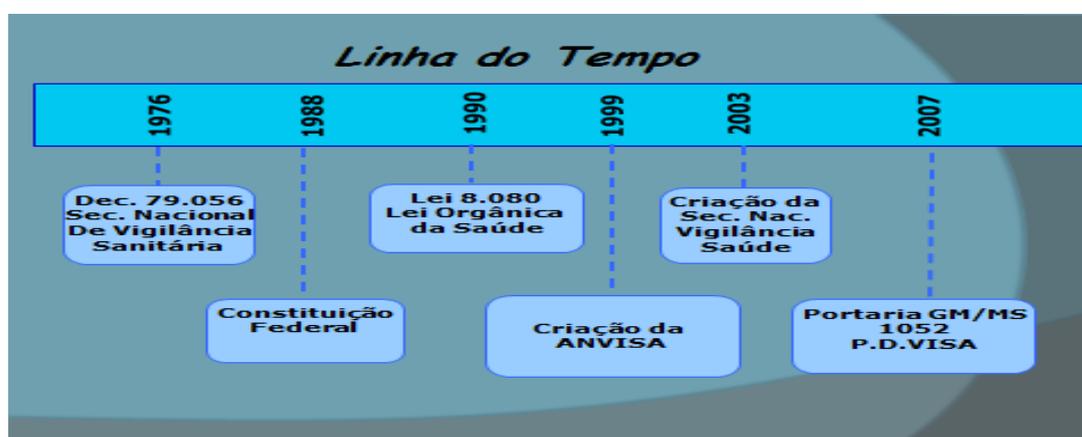
No Contexto do SUS, a Vigilância Sanitária mesmo que verificando rapidamente, os termos de nossas normas vigentes, desde a Lei Maior até as de abrangência local, demonstram uma diversidade de ações, vinculadas ao desempenho institucional da Vigilância Sanitária - VISA, inserida dentro do Sistema Único de Saúde - SUS, relatadas às vezes de forma direta, outras vezes de forma indireta que devem ser executadas e observadas pelo poder público, conforme no artigo 200, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII da Constituição Federal. No mesmo sentido, a Lei Orgânica do Município de Mafra de 05 de abril de 1990, no artigo 158, define o que são atribuições do Município, no âmbito do Sistema Unificado de Saúde. Por derradeiro, como norma geral, têm-se, a atividade de Vigilância Sanitária definida no art. 6º, § 1º, da Lei 8.080, de 19 de setembro de

1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, assevera em seu artigo 6º, inciso I, alínea “a”, que estão incluídas no campo de atuação do SUS as ações de Vigilância Sanitária e a define como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo para tanto o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

Esta definição da Vigilância Sanitária como se percebe é extremamente abrangente, e quando pensada em suas diversas áreas de atuações mencionadas no ordenamento jurídico, fica difícil buscar justificativas para excluir ou não contemplar, mesmo que genericamente uma determinada área. Buscando delimitar esta abrangência que o Planejamento das ações se dá através dos indicadores epidemiológicos e a identificação, classificação e atribuição de risco sanitário para as diversas áreas e atividades, buscando com isso racionalidade reguladora objetivando priorizar as ações onde elas são mais necessárias promovendo o impacto epidemiológico e a melhora da qualidade de vida da população.

Outro aspecto que se pode observar nesta definição e na dicção das normas ilustradas, é o caráter regulatório; pois não é possível eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir em problemas sem a devida regulação e conseqüentemente a fiscalização das áreas reguladas, e por fim, quando se utiliza o termo fiscalização, nos deparamos com nova interface, envolvendo a orientação, educação e o poder de polícia administrativa, todo este bojo complexo, deve estar inserido como dito, num organograma estrutural administrativo moderno e específico para o setor, que atenda toda a demanda hoje exigida.

Figura 10 – Linha do tempo



a.2.) A Vigilância Sanitária no Cenário Municipal

As atividades da Vigilância Sanitária em Mafra são atribuídas por meio de Pactuação com o Estado de Santa Catarina, e atualmente divide-se em:

1 - Administrativa: Alvarás, taxas e protocolos, compreendem todo processo inicial no cadastro de empresas, requerimento para as concessões de alvará inicial e revalidações; orientações, acompanhamento, aprovação referente aos documentos mínimos e posterior encaminhamento a equipe responsável para análise e agendamento de inspeção. O setor administrativo também tem como atribuição o acolhimento da população como um todo, direcionando suas necessidades e demandas às equipes técnicas da VISA ou orientar a buscar auxílio de outros serviços quando for o caso. Como demanda interna do setor, cumpre papel importante no apoio diverso as equipes de campo sejam no repasse de informações, como na organização, encaminhamento e monitoramento de toda correspondência produzida ou recebida pelo setor e atualização de indicadores de Vigilância Sanitária.

2 – Projetos Arquitetônicos de Saúde e Hidrosanitários: Tem por objetivos orientar, analisar e aprovar os projetos de arquitetura de estabelecimentos de saúde e de alguns estabelecimentos de interesse da saúde de acordo com os critérios sanitários estabelecidos em normas, portarias e resoluções federais e estaduais e que no processo de Municipalização foi delegado aos municípios. Também tem o papel de acompanhar e orientar os processos de dispensa de projetos estabelecidos pelas normativas de simplificação e de risco sanitário atribuídas à atividade. Desempenha importante papel na Saúde Ambiental na orientação, análise e aprovação dos projetos hidrossanitários para concessão de Habite-se Sanitário.

3 – Saúde Ambiental: São ações pontuadas de forma intersetoriais e interdisciplinares de saúde e ambiente e suas relações, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças e agravos à saúde humana relacionadas ao ambiente e às atividades produtivas, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade. Tem como principais atividades a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano que monitora, avalia e inspeciona estações de tratamento de água e soluções de abastecimento de água para prevenir ou intervir no risco quanto à falta de qualidade da água para consumo humano. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde que monitora, inspeciona e avalia as ações relacionadas ao Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Prevenção e Controle de Riscos e Perigos Ambientais (solo, água e desastres naturais), com ações

de vigilância das populações expostas a riscos ambientais, participando de ações de prevenção de agravos e mitigação de riscos em situações de calamidades e desastres naturais e antropogênicos, como exemplo a qualidade da água, do ar e do solo, esgotamento sanitário, resíduos de serviços de saúde. Monitoramento e distribuição de hipoclorito de sódio;

4 – Inspeção e Monitoramento de Produtos: É responsável por fiscalizar e orientar os estabelecimentos que atuam em todos os segmentos que envolvem atividades relacionadas a: Produtos para Saúde; Cosméticos; Produtos de Higiene Pessoal; Perfumes; Saneantes; Medicamentos e Alimentos. Também é responsável por monitorar a qualidade dos produtos sujeitos à Vigilância Sanitária, investigar reações advindas do consumo destes produtos, bem como irregularidades nos mesmos.

5 – Inspeção e Monitoramento de Serviços: Divide-se em duas áreas, é responsável pela fiscalização, orientação, e o controle sanitário de Estabelecimentos de Saúde, que são os estabelecimentos que oferecem serviços de saúde como hospitais, Serviços de Processamento de Roupas para Serviços de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades de Saúde (Centros de Saúde e Postos de Saúde), Serviços de Diagnóstico por Imagem, Laboratórios Clínicos e Patológicos, Serviços de Quimioterapia, Ambulatórios Médicos, Consultórios sem e com Procedimentos, Salas de Vacinação, Clínica Médica sem e com procedimentos, Consultório Odontológico, Serviços de Assistência e Próteses Odontológicas, Clínicas Odontológicas, Unidades Móveis de Atendimento Básico e Avançado, Serviços de Acupuntura, Serviços de Ótica, Serviços de Laboratório Ótico, Serviços de Fisioterapia, Serviços de Fonoaudiologia, Clínicas de Fisioterapia, Consultório de Nutrição, Serviços de Psicologia, Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida e Farmácias Públicas Municipais. E de interesse de saúde que são os que possuem uma interface com a saúde da população quer seja pelas atividades que realizam ou pelos produtos que utilizam ou ainda por prestarem atendimento a populações mais vulneráveis, como exemplo academias, salões de beleza, estabelecimentos de tatuagem e piercing, estabelecimentos de ensino, serviços ópticos, instituições de longa permanência para idosos, estabelecimentos do sistema carcerário, estabelecimentos do sistema socioeducativo, serviços de atenção psicossocial e mental, comunidades terapêuticas.

Este cenário direciona para a necessidade de revisão do Plano Municipal de Vigilância Sanitária que contempla 12 áreas de atividades inerentes à Vigilância Sanitária, quando na realidade tratam-se de subgrupos, principalmente quando fala-se em inspeção e monitoramento de atividades extensivas às ações da VISA.

Outro processo recente que merece reflexão, trata-se dos regramentos de simplificação que de forma geral separou as atividades econômicas em três grupos, atividades de baixo risco sanitário, atividades de alto-risco sanitário e atividades que não se aplicam a Vigilância Sanitária, neste caso as ações não são inerentes a VISA. Essas definições simplificadas, aliadas às isenções concedidas ao microempreendedor individual, geram impacto direto na arrecadação do setor, porém sem promover a redução direta da demanda interna de serviços e de tempo dispensados ao licenciamento. Urgente avançar no processo organizacional, Gerencial, Administrativo e Tecnológico, para que através da divisão de responsabilidades, do setor regulado e regulador, principalmente para atividades não extensivas, possam de forma online, quando necessário, emitir suas licenças sanitárias, sem, contudo prejudicar demais planejamentos de outras ações, sobretudo as de Saúde Ambiental.

Problema recorrente, já descrito no plano de Saúde 2018 a 2021, com resolutividade prevista em seu POI (Plano Operacional de Intenções) trata-se da Lei Complementar 44/2017, a Vigilância Sanitária passou a ter caráter de divisão somente, subordinada a Gerência de Vigilância em Saúde dentro da Estrutura Administrativa Municipal. Nessa linha, a atual reformulação administrativa no município, por intermédio da Lei Complementar retro, não deixou claro essa almejada independência essencialmente e diretamente à Vigilância Sanitária, pois na verdade fragilizou sua estrutura, considerando ainda a Lei Complementar 24/12, que dispõe sobre as normas de saúde em Vigilância Sanitária no Município de Mafra, estabelece penalidades e dá outras providências, dado o caráter em essência regulatório do órgão, confundindo em dado momento a relação legal e ética que deve ser imperioso entre regulador e regulado.

Reforça-se que tal organização do ponto vista legal, como já demonstrado, não atende as necessidades estruturais e técnicas de forma a abranger as áreas descritas. Do ponto de vista histórico resta fragilizada e subordinada a estruturas que não são tidas em essência como reguladora e detentora do poder coercitivo administrativo do estado.

Neste contexto, a Gestão Municipal da Saúde, necessita buscar um nivelamento na estrutura administrativa legal dos setores da saúde efetivando estudo e proposta de melhor contemplanço da Vigilância em Saúde no Município, respeitada as particularidades de cada serviço, quando por óbvio se fazer previsto e fundamentado em legislação geral e esparsa nos sistemas atualmente adotados. Cita-se a exemplo, da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, embora discutível, criou a Superintendência de Vigilância em Saúde, nos moldes da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, mantendo, todavia, o nivelamento e independência dos demais serviços de vigilância desenvolvidos pela Sanitária e Epidemiológica.

No decorrer do quadriênio, a Vigilância Sanitária passou a utilizar novo sistema operacional (Celk), que disponibiliza ferramentas tecnológicas para todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde, sem promover a unificação de informações, este sistema não trouxe inovações considerando as inspeções que são atividades desenvolvidas em ambiente externo, ainda contribuiu para considerável morosidade nos processos internos relacionados a estas atividades. Do contexto, a VISA continua carente de indicadores definidos, quanto às ações que desenvolve bem como os produzidos pelos demais serviços no SUS a nível Municipal, principalmente dos serviços entendidos como de Vigilância, tornando este mais um problema recorrente. Neste contexto a VISA, tem muito a evoluir, atualmente trabalha com dois sistemas informatizados, sendo imprescindível a opção em apenas um, que de transparência as ações com toda operacionalidade necessária e que produza os indicadores de forma simples e objetiva.

A seguir apresenta um histórico de atividades desenvolvidas pela VISA, tendo como base os cadastros, alvarás sanitários, inspeções sanitárias, autuações e reclamações no período entre 2017 a 2016, sem considerar os desdobramentos que cada atividade dessas representa. Esta breve análise do cenário da Vigilância Sanitária nos três níveis de governo reflete diretamente nas ações desenvolvidas, conforme demonstradas nos períodos históricos, ficando evidente a oscilação que representa de certa forma prejuízo de produção e cumprimento de metas, sejam de forma geral ou por área de atuação.

Quadro19 – Histórico de Inspeções e Alvarás Sanitários período de 2011 a 2020

ANO	INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS	ALVARÁS SANITÁRIOS EXPEDIDOS
2011	622	1623
2012	949	1877
2013	837	2284
2014	843	2216
2015	1191	2428
2016	1288	2345
2017	826	2496
2018	968	2613
2019	1105	2535
2020	1042	1232

Fonte: VISA Mafra/COVS/rel503.rpt – Pharos documento impresso em 10/10/2017 às 10:59h

<https://mafra.celk.com.br/vigilancia/relatorio/relatorioAlvaras?12&cdPrg=519>

Quadro 20 - Histórico de Inspeções e Alvarás de Habite-se Período de 2011 a 2020

Habite-se	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sanitário	34	38	51	176	313	273	200	108	165	233

Vigilância Sanitária Municipal de Mafra

Quadro 21 - Histórico das Autuações Sanitárias período de 2011 a 2020

Ano	Auto de Infração	Auto de Intimação	Imposição de Penalidades	Relatório de Inspeção
2011	34	31	00	87
2012	11	11	01	73
2013	04	18	38	115
2014	51	33	13	323
2015	72	78	18	391
2016	81	30	62	395
2017	57	112	00	516
2018	113	196	20	738
2019	266	648	160	796
2020	155	1250	147	325
Total	844	2407	459	3759

<https://mafra.celk.com.br/vigilancia/rotinas/autoinfracao/relatorio/relatorioAutoInfracao?15&cdPrg=621>

10/10/2017 12:25 MKF informática LTDA (rel494.rpt) COVS VISA

Quadro 22 – Histórico das reclamações/denúncias por tipo, feitas pela população e registradas pela VISA nos ano de 2011 a 2020

Tipo de Reclamação e/ou Denúncia	Ano										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Outros	19	27	05	08	07	06	06	12	19	16	125
Criação de Animais	02	05	11	03	02	02	05	08	07	28	73
Esgoto Sanitário	52	44	66	72	74	75	72	59	87	74	675
COVID 19										48	48
Estabelecimento de Ensino	00	00	04	01	01	00	00	00	01	02	09
Proliferação de Vetores	05	08	07	03	05	06	01	02	08	15	60
Estabelecimentos de Saúde	01	03	03	04	03	02	06	03	02	02	29
Saúde do Trabalhador	00	00	01	04	02	02	02	03	00	01	15
DTA	00	01	00	01	00	00	00	00	00	00	02
Comércio de Alimentos	11	07	05	13	09	03	07	13	10	16	94
Meio Ambiente	00	00	12	12	05	07	05	06	07	12	66
Total	90	95	114	121	108	103	104	106	141	214	1.196

Fonte: 10/10/2017 12:25 MKF informática LTDA (rel494.rpt) COVS VISA

<https://mafra.celk.com.br/vigilancia/rotinas/autoinfracao/relatorio/relatorioAutoInfracao?15&cdPrg=621>

1.3.6.2 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica preocupa-se com a descrição das condições de saúde da população, investigação dos fatores determinantes de doenças, avaliação do impacto das ações, buscando traçar estratégias que possibilitem alterar a situação de saúde. Como subsídio, a

Vigilância Epidemiológica utiliza indicadores que servem como instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações de saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados.

A vigilância epidemiológica do município de Mafra tem como missão “contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, por meio do reconhecimento eficientes dos determinantes de saúde/doença e do gerenciamento efetivo das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos”.

O setor de epidemiologia tem como profissionais atuantes atualmente, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um técnico administrativo e três agentes de endemias, uma estagiária e uma assistente social.

A Vigilância Epidemiológica articulada à rede de saúde tem como atribuições o monitoramento de agravos de importância epidemiológica (Quadro 23).

Coleta de Dados	Os dados são coletados pelos diversos serviços que integram a rede de saúde (porta de entrada)
Diagnóstico de Casos	Os casos notificados ou comunicados aos serviços de Saúde são investigados. Se necessário são coletados materiais biológicos os quais são analisados pelo laboratório local ou de referência (Lacen).
Processamento e análise dos dados	Os dados alimentam o Sistema Nacional de Informação de agravos de notificação e os bancos de dados municipais. Posteriormente estes dados são analisados e interpretados para serem recomendadas as medidas oportunas.
Recomendação das medidas de controle	As recomendações são orientadas e desenvolvidas articuladas aos demais serviços que compõe a rede de saúde.
Avaliação das medidas adotadas	As intervenções são avaliadas a a partir das metas e indicadores propostos.

Divulgação das informações	As informações são divulgadas em mídia eletrônica, impressa e falada. Informes e alertas repassados as Rede de Saúde bem como capacitações tendo como premissa os cuidados não farmacológicos em tempos de Pandemia.
----------------------------	--

No setor de vigilância Epidemiológica são alimentados e monitorados os seguintes sistemas de informação:

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM): Reúne dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no município a partir da alimentação dos bancos de dados com informações geradas pelas declarações de óbitos, pelas investigações e pelas discussões com a Rede de Atenção.

O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC): O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo, os quais digitados semanalmente. O Sistema possibilita a construção de indicadores úteis para o planejamento de gestão dos serviços de saúde.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN): É alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016). Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

SISTEMA INFORMATIZADO DA MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS (SIVEP-DDA): Permitam detectar alterações no comportamento das doenças diarreicas (DDA), visando recomendar medidas de prevenção e controle e avaliar o impacto das ações desenvolvidas.

SISLOGLAB-SISTEMA PARA SOLICITAÇÃO E CONTROLE DE ESTOQUE DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS: Permite realizar a previsão de materiais para atender as demandas do programa.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (SIPNI): Possibilita uma avaliação dinâmica da cobertura vacinal, da homogeneidade na aplicação

das doses vacinais, bem como a busca dos faltosos. Também promove a análise a partir do registro dos imunizados do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita o controle do estoque de imunizados necessário para programar sua aquisição e distribuição.

O setor de Vigilância Epidemiológica atualmente é um setor híbrido e realiza além da análise dos dados o atendimento a usuários de alguns programas. É realizada assistência como serviço de referência para os seguintes programas de Saúde:

HIV/AIDS e Hepatites Virais: O serviço é referência no tratamento do HIV/ AIDS e Hepatites Virais. Conta com atendimento médica, social, farmacêutica e de enfermagem.

Tuberculose: O diagnóstico da doença é realizado pelas Unidades de Saúde da Família, sendo referenciado para o Serviço Especializado para o acompanhamento no setor de Vigilância Epidemiológica onde conta com médico pneumologista e enfermeiro. O tratamento é compartilhado entre o serviço especializado e a atenção Básica. A ESF é responsável ainda pelo Tratamento Diretamente Observado (TDO) executado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Hanseníase: Assim como a Tuberculose, o diagnóstico da hanseníase é realizado pelas Unidades de Saúde da Família, sendo referenciado para o Serviço Especializado para o acompanhamento de médico dermatologista. O tratamento é compartilhado entre o serviço especializado e a atenção Básica.

Imunização e Imunopreviníveis: O setor realiza a coordenação e supervisão das atividades relacionadas à vacinação no município, realizando o acompanhamento das coberturas vacinais na esfera municipal, propondo medidas para alcance dos indicadores, além de realizar a vigilância de eventos adversos pós-vacinação. O setor de rede de frio, vinculado a Imunização acompanha as atividades de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de refrigeração da Rede; faz a previsão anual do consumo de imunobiológicos e outros insumos; realiza a distribuição mensal de imunobiológicos (incluindo soros anti-peçonhentos), insumos de rotina e para os períodos de campanhas; acompanha e avalia o estoque de imunobiológicos e insumos e avalia as perdas de imunobiológicos. São alimentados os Sistemas de Informação **SIES** relacionado a previsão de

imunológicos e o **SIALE** (Sistema de Informação de Imunoessenciais), que gerencia as imunobiológicos que não compõem o elenco básico sendo considerados imunobiológicos especiais.

Programa de Combate as Endemias: É responsável pelo monitoramento das endemias (Dengue, Chikungunya e Zika) no território e todas as atividades de orientações, delimitação de foco, inspeção de armadilhas e pontos estratégicos, mapeamento do território frente a outras endemias e apoio as Estratégias Saúde da Família em atividades relacionadas.

Vigilância das Síndromes Respiratórias: Em 20 de março de 2020, foi declarada a transmissão comunitária da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) em todo o território nacional, sem dúvida um marco que deve ser levado em conta na análise situacional de um município. Importante ressaltar que a vigilância dos vírus respiratórios de relevância em saúde pública possui uma característica dinâmica, devido ao potencial de alguns vírus respiratórios causarem epidemias e/ou pandemias, motivo que justifica as constantes atualizações a nível estratégico, tático e operacional.

O SARS-CoV-2 identificado no ano de 2020 é um betacoronavírus, descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.

Neste período de Pandemia observou-se o aumento significativo das atividades da Vigilância Epidemiológica para suprir as demandas apresentadas. Atualmente, com a incorporação da COVID-19 na rede de vigilância de vírus respiratórios, houve uma organização para fortalecer a resposta da pandemia, foram desenvolvidos a nível municipal Plano de Contingência para o Enfrentamento ao COVID 19, e com isso os objetivos da vigilância da COVID-19 são:

- Identificar precocemente a ocorrência de casos da COVID-19.
- Estabelecer fluxos para a notificação e o registro de casos suspeitos em serviços de saúde, públicos e privados. Realizar a alimentação dos dados nas bases nacionais (E-SUS notifica) dos casos encaminhados pelos serviços públicos de saúde. Neste item ressaltam-se as normativas estabelecidas para os serviços laboratoriais privados que também devem realizar suas notificações e registros no banco de dados nacional.
- Estabelecer os procedimentos para investigação laboratorial de maneira segura e com qualidade nas amostras coletadas. Apresentando registro no Sistema GAL de amostra para o

LACEN (Laboratório Central de Referência), acondicionamento seguro para transporte, e assegurar o encaminhamento dos Laudos para a entrega ao usuário.

- Monitorar e descrever o padrão de morbidade e mortalidade por covid-19.
- Monitorar as características clínicas e os links epidemiológicos do vírus SARS-CoV-

2.

- Implementar na Rede de Atenção rastreamento, monitoramento e isolamento (quarentena) de contatos de casos de infecção pelo vírus SARS-CoV-2.

- Estabelecer as medidas de prevenção e controle dentro da comunidade.
- Realizar a comunicação oportuna e transparente da situação epidemiológica.
- Estabelecer estratégias junto a rede de atenção para a realização da Campanha de

Vacinação Contra COVID 19 tendo como premissas as normativas federais e estaduais e operacionalizar as atividades dentro a Rede de Atenção com apoio da sociedade.

Educação Permanente em Saúde: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. (PORTARIA Nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004)

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema.

A PNEPS é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas do trabalho com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

Como Política de Educação Permanente, a Educação Permanente em Saúde-EPS, envolve a contribuição do ensino à construção de novos saberes do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo, CECCIM, o SUS tem características profundamente brasileiras, onde são invenções do Brasil, assim como a integralidade na condição de diretriz do cuidado à saúde e a participação popular com papel de controle social sobre o sistema de saúde. (2005)

A EPS, fora amplamente discutida e aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n.353/2003 e da Portaria MS/GM n.198/2004.

Para CECCIM, uma instituição se faz de pessoas, pessoas se fazem em coletivos e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm ideias, conceitos e concepções acerca da saúde e da sua produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profissional e cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. (2005).

1.3.7 Núcleo de Educação Permanente - NEP Mafra: “Amendoins do Saber”.

O Núcleo de Educação Permanente - NEP em Mafra fora instituído em julho de 2016, através da Secretaria Municipal de Saúde/Administração Municipal. Fora efetivado e reconhecido administrativamente em julho de 2017, Portaria nº 706/17, composto por equipe Multidisciplinar de Saúde, possuindo as atribuições abaixo descritas:

1. Articular as instâncias e as ações de Educação Permanente em Saúde em nível municipal e regional.

2. Analisar e construir coletivamente o perfil da força de trabalho no município, as necessidades de formação e gestão do trabalho, com valorização dos trabalhadores, gestores, usuários e ensino, considerando as diretrizes da PNEPS, PNH, Programa de Saúde na Escola (PSE), PRO-PET Saúde, PET Vigilâncias, Ensino Profissional, Superior e Pós-graduação, Telessaúde, PROVAB, entre outras ações estratégicas do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

3. Elaborar uma agenda anual de EPS para os servidores da Secretaria Municipal da Saúde em todos os níveis de atenção e demais prestadores de serviços do SUS, usuários e ensino considerando: PNEPS, PNH, PSE, PRO-PET Saúde, PET Vigilâncias, Ensino Profissional, Superior e pós-graduações, Telessaúde, cursos, eventos, PMAQ, entre outros.

4. Identificar e dar visibilidade a ações de EPS que ocorrem na realidade dos serviços de saúde e comunidade.

5. Promover a qualificação profissional inter e intrainstitucional fortalecendo as parcerias e cooperações técnicas existentes, projetando novos cenários de atuação profissional e discente, visando a integração ensino-serviço.

6. Elaborar as propostas a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional contribuindo para alcance das metas institucionais.

7. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação na saúde e humanização implementadas no município e região de saúde.

8. Apoiar os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde e Humanização, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações.

9. Promover uma relação dialógica entre as Políticas Públicas.

10. Fomentar a pesquisa em saúde e sua divulgação.

11. Desenvolver ações de EPS e Humanização na perspectiva de compreensão do conceito ampliado do processo saúde-doença e a integralidade da atenção.

12. Incentivar e articular a promoção de ações de educação popular e educação em saúde para os usuários do SUS.

13. Apoiar as Equipes de Saúde em seus processos de trabalho assistencial no monitoramento e avaliação das ações de saúde.

14. Estimular a produção científica, bem como convalidar via Secretaria Municipal Saúde, artigos e trabalhos científicos e experiências exitosas, a serem apresentados em meios de Divulgação de Ações em Saúde como Congressos, Seminários, Simpósios, entre outros eventos de Saúde.

Algumas áreas de atuação do NEP são:

1 - Pesquisas Científicas:

Todos os serviços, programas, projetos, produzem cotidianamente saberes riquíssimos, que merecem um olhar aprimorado e estudos apurados em evidências científicas, tanto para o melhoramento desta realidade, bem como a tradução dos Impactos das Ações desenvolvidas.

O NEP enquanto instância colegiada e multiprofissional estimula a produção científica entre os diferentes segmentos da Secretaria Municipal de saúde, visando cientificar as práxis desenvolvidas.

2 - Participação em Cursos, Seminários, Congressos:

As solicitações para participação de eventos e outros afins, dos trabalhadores de Saúde, ocorre de maneira oficial, com antecedência, através de ofício destinado a Secretária Municipal de Saúde.

Caberá a Secretária Municipal de Saúde, aprovar a dispensa deste servidor para realização dos Cursos/Capacitações, bem como convalidar o fornecimento de diárias/inscrições e demais despesas, junto a Administração Municipal.

Ao NEP, somente é necessário à informação de participação, para que nas promoções de capacitações internas e/ou reuniões de trabalho, onde há as replicações de conteúdos, poder-se-á contar com a contribuição deste servidor que efetivou o curso.

3 - Campos de Estágios

A estratégia do NEP para a Integração Ensino Serviço foi criar mais espaços para a interlocução dos atores, fomentando o diálogo permanente com vistas a interferir no processo de trabalho, na organização da assistência, e no processo formativo acadêmico.

A cada semestre quando a universidade e os cursos técnicos da área da saúde solicitam o espaço da secretaria municipal de saúde para executar as atividades curriculares, o NEP agenda o encontro inicial entre os profissionais da rede de serviço e os docentes do ensino para discutirem coletivamente as atividades letivas que se darão em campo ao longo do semestre. Esta estratégia acontece de modo longitudinal e permanente sempre que os atores julgarem necessário ajustar a condução das atividades. Outro desafio ainda estava posto, o distanciamento e desconhecimento dos acadêmicos sobre a complexa organização da rede de saúde. Era necessário contextualizar a organização local da rede de saúde os situando na realidade instalada dos serviços e programas desenvolvidos pelo município. Com isso, buscava-se acolher e aproximar os atores. Neste contexto, o NEP entende que os profissionais do serviço devem sentir-se co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como, os docentes devem cooperar na construção dos serviços. Com este propósito o NEP propôs realizar a cada semestre, antes dos acadêmicos acessarem os serviços de saúde o “Curso Introdutório de Integração Ensino Serviço”. O curso desenvolvido pelos serviços de saúde e conduzido por equipe multidisciplinar tem carga horária de 4 horas e se destina aos acadêmicos de graduação, estudantes dos cursos técnicos, professores e coordenadores dos cursos de Saúde. O curso adota além de abordagem expositiva dialogada, metodologias ativas como dinâmica de integração. As temáticas abordadas incluem, “Política de saúde Brasileira com Enfoque no Sistema Único de Saúde”, “Organização da rede local de Saúde” e “Diálogo, Comunicação e Ética” nos serviços de Saúde. As inscrições são online, sendo emitidas certificações. A participação nesta atividade é pré-requisito para que os alunos e professores acessem os serviços de saúde do município para as atividades de ensino, tais como aulas práticas, estágios e/ou pesquisas. Com um ano de implantação do “Curso Introdutório de Integração Ensino Serviço”, já foram contemplados 360 alunos de diferentes cursos da saúde (Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem, Educação Física, Psicologia entre outros). A fim de mitigar outra problemática resultante do distanciamento ensino serviço, que se caracterizava pelo não compartilhamento dos resultados das pesquisas acadêmicas desenvolvidas no espaço dos serviços, foi proposto e criado pelo NEP um banco de dados, com registros das pesquisas a serem desenvolvidas no campo de práticas, com informações sobre local de realização, público alvo, início e término previsto. Ao final de cada estudo, o NEP convida os pesquisadores a apresentarem aos serviços os resultados obtidos, nas perspectivas de que os serviços possam conhecer os principais resultados e discutir propostas que busquem minorar os

problemas identificados e abreviar o hiato existente entre o novo conhecimento e a sua utilização em benefício da população promovendo maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde.

4 - Capacitações, Oficinas e Seminários Municipais.

A Educação Permanente em Saúde se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Conforme a Política Nacional de Educação Permanente, do Ministério da Saúde, a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela parte dos problemas enfrentados na realidade do trabalho e implica a valorização dos conhecimentos e das experiências dos trabalhadores.

No Município de Mafra, após análise situacional das fragilidades de cada serviço/setor e programa, o NEP, constrói planejamento anual de capacitações, envolvendo diferentes modalidades de capacitações como: reuniões de trabalho, oficinas com metodologias ativas, seminários municipais, e congressos.

A maior parte dos temas propostos refere-se à educação continuada ou educação em serviço. A escolha pelos temas visa melhorar a realização das atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho e um processo de desenvolvimento setorial. As temáticas que demonstram necessidade de aperfeiçoamento e qualificação são: saúde mental, saúde da criança e adolescentes, pré-natal e pré-natal de alto risco, saúde do homem e da mulher, práticas integrativas e complementares, práticas de acolhimentos, preceitos éticos, doenças e agravos não transmissíveis, prevenção ao suicídio, doenças sexualmente transmissíveis, salas de vacinas, e saúde do idoso.

1.4 ANÁLISES EM RELAÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE

1.4.1 Participação Social

A participação social é uma forma de a sociedade de contribuir e até interferir no controle das ações de saúde. Deve refletir no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde. A participação da comunidade através do controle social é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. Todas as demais políticas sociais desencadeiam em si, os estímulos para que a população contribua com os avanços, avaliações, monitoramentos das decisões públicas.

Em Mafra o Controle Social na Saúde está organizado a partir do Conselho Municipal de Saúde, que funciona com 18 conselheiros, respeita uma paridade de 50% de usuários e os demais divididos entre representantes do Gestor, Profissionais de Saúde, Prestadores de Serviços. As reuniões ordinárias são mensais, podendo ser convocadas reuniões extraordinárias. O Conselho também funciona através de cinco Comissões de Serviços (Assuntos Internos, Ouvidoria e Controle Social, Finanças, Vigilância em Saúde e Atenção Integral a Saúde) as quais, antes de assuntos deliberativos ser aprovados, poderão ser direcionados a análise para emissão de parecer e posterior aprovação ou não.

A participação popular há que se buscar de todas as formas. Não basta aquela participação de usuários assegurada no Conselho Municipal de Saúde. Este é um grande DESAFIO. Quebrar uma cultura popular não participativa e co-responsável pelas decisões em se tratando de Políticas Públicas de Saúde.

A busca da implementação de diretrizes, modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço, entre outras, levou o Conselho Municipal de Saúde e o Poder Executivo, a fomentar a criação dos Conselhos Locais de Saúde, fortalecendo a gestão local e do controle social nos territórios sanitários. Após a publicação da lei 3755/2011, que cria o conselho local, e o regimento interno do CLS, e a ampliação de 100% do território do município com Estratégia da Saúde da Família, o Conselho Municipal, através da 178ª plenária publicou o edital de convocação eletiva a ser realizada em 14 de abril de 2015, que culminou com a criação dos Conselhos Locais de Saúde, contudo ainda carentes de capacitações e dinamismo na atuação.

1.4.2 Plano de Saúde

O Plano de Saúde é o instrumento central do planejamento, a ser elaborado a partir de uma análise situacional que reflita as necessidades de saúde da população e apresente as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. O PS serve de base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde em cada esfera de governo. O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde. Deve ser elaborado durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso e executado a partir do segundo ano da gestão em curso até o

primeiro ano da gestão subsequente, para sua construção, entre outros são consideradas além da análise situacional, as diretrizes apontadas na Conferência de Saúde e no Plano de Governo.

Em Mafra, encontramos os registros do Plano Municipal de Saúde vigente entre 2010 a 2013, 2014 a 2017 e 2018 a 2021, agora em construção o Plano Municipal de Saúde para o período de 2022 a 2025. Os planos de saúde, até então elaborados no município, se deram através de muito esforço de comissões formadas por trabalhadores da saúde das finanças e do controle social, indicada para este fim, mas muito aquém do necessário, o planejamento no SUS deve ser através de equipe específica que trabalhe esta área, incorporando o planejamento contínuo e sistemático, em conjunto com ações de controle, avaliação, auditoria e investimentos em saúde, na impossibilidade, que a comissão seja permanente, capacitada para incorporar metodologias de planejamento já mencionadas.

1.4.3 Conferências de Saúde

As conferências de saúde são espaços institucionais de participação social e democrática da sociedade responsáveis por avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde para os três níveis de governo (federal, estadual e municipal) que servem para orientar os governos no planejamento da saúde e na definição de ações prioritárias nos municípios, estados e em âmbito nacional. Em Mafra, as conferências de saúde são realizadas com o chamamento das conferências nacionais de saúde, desta forma é realizada no meado da gestão executiva municipal, com o avanço da tecnologia, e a facilidade na digitalização e memórias digitais, temos registro da 5ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 2007, como etapa municipal ao chamamento para a 13ª Conferência Nacional de Saúde, a 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2011, como etapa municipal ao chamamento da 14ª Conferência Nacional de Saúde, a 7ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2015, como a etapa municipal ao chamamento da 15ª Conferência Nacional de Saúde e a 8ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2019, como a etapa municipal ao chamamento da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

1.4.4 Planejamento

A Lei n. 8.080/1990 estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Dessa forma, os planos de saúde serão a

base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Dispõe ainda a lei que o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. O capítulo III do Decreto n. 7.508/2011 de forma semelhante estabelece que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, mas acrescenta que as necessidades das políticas de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros e será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos Entes federativos e deverão conter metas de saúde.

Em 2011, o Decreto n. 7.508 define que as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde, sendo:

1. a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

2. a CIB, no âmbito do estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

3. a CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. O novo nome a ser adotado, portanto, pelos Colegiados de Gestão Regionais instituídos no Pacto pela Saúde passa a ser CIR.

No decreto foi reafirmada a representação dos gestores públicos nas Comissões Intergestores pelo CONASS, pelo Conasems e pelo Cosems. São estabelecidos, também, os temas que serão objetos de pactuação nas Comissões Intergestores e é dada ênfase: às questões que dizem respeito à gestão compartilhada do SUS, às diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde e aos aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os Entes federativos; às diretrizes a respeito da organização das Redes de Atenção à Saúde; às responsabilidades dos Entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e às referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolve os três Entes federados. Este planejamento expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção.

O planejamento da saúde em âmbito estadual terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional. Compete à CIB pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional. Com base no que estabelecem o Decreto n. 7.508/2011 e a LC n. 141/2012, a Portaria n. 2.135 de 25 de setembro de 2013 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS e indica alguns pressupostos:

1. Configurar como responsabilidade individual dos três Entes federados a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo;
2. Respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais, Bipartite e Tripartite;
3. Contemplar o monitoramento e a avaliação e integrar a gestão do SUS;
4. Ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção de Diretrizes, Objetivos e Metas;
5. Compatibilizar os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão com instrumentos de planejamento e orçamento de governo – Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão);
6. Assegurar a transparência e a visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;
7. Partir das necessidades de saúde da população em cada região; e
8. Ser elaborado de forma integrada.

1.5 FINANCIAMENTO

No que diz respeito ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição Federal de 1988 define no artigo 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para oferecer condições ao exercício desse direito, o texto constitucional consagrou o Sistema Único de Saúde (SUS), financiado por toda a sociedade, direta ou indiretamente, através de receitas públicas originadas de tributos da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, contudo não ficou definida nenhuma fonte exclusiva para financiar o setor saúde, nem a porcentagem dos recursos que deveria ser destinada a saúde. Embora o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) em seu artigo 55 que até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde. Na prática, este dispositivo não se mostrou eficiente, porque eram incluídos itens que não poderiam ser considerados como despesa de saúde achatando o orçamento a ser investido realmente no setor.

Em 2000, após mobilização do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde, conseguiu-se fazer a pressão necessária para que fosse aprovada no Senado a PEC 86-A, (Proposta de Emenda constitucional, que foi editada em 13 de setembro de dois mil como Emenda Constitucional 29 (EC nº 29)). Alterando a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo os percentuais mínimos a serem aplicados em saúde pelos três entes da federação.

Ainda, com relação ao financiamento da saúde no Brasil, a Lei Complementar 141 de 2012, estabelece no Capítulo III, os recursos mínimos a serem aplicados em saúde.

Desta forma, até 2015, a União, aplicaria anualmente em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Em março de 2015, a Emenda Constitucional (EC) nº 86, definiu no artigo 2º, que a partir de 2016, a vinculação de receitas da União vinculadas à saúde, seria de forma escalonada, conforme percentuais descritos por ano: 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

Porém, a partir de 2017, a EC nº 95, de 15 de dezembro de 2016, estabeleceu o novo regime fiscal, fixando os limites da despesa primária por 20 anos, desta forma, a partir de 2018, a União

destinará à saúde, o mesmo valor executado em 2017, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo IBGE ou de outro índice que vier a substituí-lo.

Os Estados, conforme artigo 6º da Lei Complementar 141/2012, deve aplicar anualmente, 12% (doze por cento) em ações e serviços públicos de saúde, da arrecadação dos impostos, referidos na Constituição Federal nos artigos 155, 157 e 159, sendo deduzidas as parcelas de recursos transferidos aos municípios.

Com relação aos municípios, o percentual mínimo a ser aplicado anualmente é de 15% (quinze por cento) da arrecadação de impostos, conforme previsto nos artigos 156, 158 e 159 da Constituição Federal, incorporando os impostos discriminados a seguir:

RECEITAS MUNICIPAIS (15%)

I - TOTAL DAS RECEITAS DE IMPOSTOS MUNICIPAIS:

ISS (Imposto Sobre Serviços); IPTU (Imposto sobre propriedade Predial e Territorial Urbana); ITBI (Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato oneroso "inter vivos")

II – Receitas de Transferência da União: Quota-parte do FPM (Fundo de Participação dos Municípios); Quota-parte do ITR (Imposto sobre propriedade Territorial Rural); Quota-parte da Lei Complementar 87/96 (Lei Kandir)

III – Imposto de Renda Retido na Fonte

IV – Receitas de Transferências do Estado: Quota-parte do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação); Quota-parte do IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores); Quota-parte do IPI – Exportação (*Imposto sobre Produtos Industrializados*).

V – Outras Receitas Correntes: Receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária.

VI - Base de Cálculo Municipal do Total Vinculado à Saúde é igual a:

$$(I + II + III + IV + V) \times 0,15$$

Observa-se assim, que a responsabilidade pelo financiamento da saúde é tripartite, advindo de repasses da União, Estados e Municípios, sendo destinado aos municípios em forma de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde, transferências fundo a fundo estaduais e contrapartida do Tesouro Municipal.

A Lei nº 141/2012 instituiu que os recursos da saúde somente deverão ser aplicados em ações e serviços de saúde. Essa mesma Lei define, em seu artigo 2º, aquilo que é considerado **despesa com ações e serviços públicos de saúde**:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde 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.

A portaria de consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre o financiamento e transferência de recursos federais para serviços de saúde. Conforme disposto no artigo 3º da referida portaria, os repasses são realizados em dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, devendo ser observadas as seguintes regras de aplicação de recursos:

§ 2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

II - o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde - SUS em sua respectiva esfera de competência (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017).

§ 3º A vinculação de que trata o inciso I do § 2º é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017).

Ou seja, o gestor tem discricionariedade para aplicação de recursos durante o exercício financeiro, porém ao final do mesmo, a vinculação de recursos deve ser observada conforme programa de trabalho de origem do recurso estabelecido pelo Ministério da Saúde, normatizado através de portarias específicas.

Cabe salientar ainda, que o § 3º, citado acima, menciona que essa vinculação deve ser observada mesmo que em exercício diferente. Porém, no ano 2020, a publicação da Lei Complementar 172 de 15 de abril de 2020, normatiza a “transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais”, sendo atualizada sua vigência até 31 de dezembro de 2021, pela Lei Complementar nº 181, de 2021. Desta forma, saldos em conta de exercícios anteriores, podem ser utilizados tanto em bloco distinto da origem do recurso, quanto em outro programa de trabalho, desde que destinado a ações e serviços públicos de saúde.

Com relação ao financiamento federal para atenção básica, um novo modelo de financiamento foi regulamentado pela Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019, nominado ‘Programa Previne Brasil’. A partir de então, o financiamento de recursos federais para atenção primária, passou a ser constituído por: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Na referida portaria, estão indicadas as formas de cálculo para cada rubrica.

Ainda, em 2019, a Portaria 2983 de 11 de novembro, instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária À Saúde – Informatiza APS, valor este também recebido pelo município.

De extrema importância, descrever que com a pandemia do novo coronavírus – COVID-19, no ano de 2020 e 2021, o município recebeu do Ministério da Saúde, diversos valores normatizados em portarias específicas, conforme destinação do valor, os quais serão descritos abaixo, nas tabelas de demonstrativos de transferências fundo a fundo.

Os quadros a seguir, mostram as transferências de recursos para o Fundo Municipal de Saúde de Mafra, dos governos federal, estadual e municipal relativas aos anos 2018, 2019 e 2020.

Quadro 23 - Transferências do Fundo Nacional de Saúde para o fundo municipal de saúde – Bloco de Custeio de serviços de saúde

Valores em R\$

Ação detalhada	2018	2019	2020
Piso de atenção básica – PAB fixo	1.445.886,00	1.445.886,00	0,00
Agentes Comunitários de Saúde	1.564.171,78	1.448.208,00	1.764.000,00
Saúde da família	1.058.270,76	914.155,00	63.030,17
Saúde Bucal	207.105,00	192.225,00	17.475,00
NASF	260.000,00	220.000,00	20.000,00
PMAQ	693.699,54	904.424,93	59.763,91
Incentivo sistema prisional	282.700,00	412.606,04	37.509,64
Custeio de atenção à saúde bucal (CEO)	282.700,00	259.400,00	15.400,00
Incremento PAB (emendas parlamentares)	900.000,00	200.000,00	450.000,00
Devolução de recursos do município para FMS – conforme TAS nº 458	890.977,30		
FAEC SIA – exame citopatológico	18.052,90		
Teto média e alta complexidade	2.201.814,45	2.036.344,91	1.799.205,61
Teto municipal UPA	1.925.000,00	2.100.000,00	2.100.000,00
Apoio a rede cegonha	5.199,04	11.399,04	999,78
Apoio financeiro extraordinário União	267.699,19		
Assistência financeira complementar – ACE	28.392,00	22.500,00	36.100,00
Piso fixo de vigilância e promoção a saúde	194.500,92	225.623,69	144.062,32
Piso de Vigilância Sanitária	36.324,75	33.610,20	38.044,39
Incentivo DST/AIDS	32.500,00	27.500,00	30.000,00
Programa de alimentação e nutrição	13.000,00	26.000,00	13.000,00
Educação de formação em saúde	15.000,00		
Assistência farmacêutica	313.819,95	321.540,18	336.927,63

PSE – programa saúde na escola		36.465,73	
PAB variável – cadastro usuários		160.699,86	
Incremento MAC (emendas parlamentares)		1.217.000,00	200.000,00
Academia de saúde			9.000,00
PAB – per capita de transição			307.025,95
PAB – informatização da APS			334.900,00
PAB – desempenho			831.381,28
PAB – ações estratégicas			1.377.729,87
PAB capitação ponderada			2.776.391,72
Expansão e consolidação da AB			5.600,00
CAPS			98.341,32
Qualificação das ações de VS			31.365,07
Promoção a equidade			15.000,00
Enfrentamento COVID-19			4.216.142,81

Fonte: Secretaria de Fazenda e Planejamento – Sistema Pública

Transferências do Fundo Nacional de Saúde para o fundo municipal de saúde.

Quadro 24 – Bloco de Investimento de serviços de saúde, valores em R\$

Ação detalhada	2018	2019	2020
Estruturação de unidades de atenção especializada	80.000,00		
Estruturação da atenção a saúde bucal		18.000,00	
Enfrentamento COVID-19			51.682,00

Quadro 25 – Transferências do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde nos anos de 2018, 2019 e 2020

Ação/Serviço/Estratégia	2018	2019	2020
Co-financiamento da atenção básica	661.121,23	884.766,46	960.402,37
Centro de Especialidades Odontológicas	84.500,00	91.477,83	82.864,07
Farmácia básica	219.206,68	275.574,08	306.791,66

Emendas parlamentares			299.400,00
-----------------------	--	--	------------

Fonte: Secretaria de Fazenda e Planejamento – Sistema Pública

Quadro 26 - Transferência da arrecadação de receita municipal para o Fundo Municipal de Saúde nos anos de 2018, 2019 e 2020

Total do Repasse			Porcentual da Receita Total Arrecadada		
2018	2019	2020	2018	2019	2020
23.422.2349,27	26.563.594,47	26.827.556,38	25,01%	26,80%	25,94%

Fonte: Secretaria de Fazenda e Planejamento – Sistema Pública e SIOPS

Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?e=2

Quadro 27 - Total geral de arrecadação municipal para financiamentos das ações em saúde em 2015 e 2016

Recursos	Receitas e repasses		
	2018	2019	2020
Fundo Municipal de Saúde – repasses fundo a fundo (arrecadação + rendimentos bancários)	13.898.174,67	13.509.622,88	18.846.758,95
Transferência da Prefeitura Municipal para o Fundo Municipal de Saúde – impostos e transferências (arrecadação + rendimentos bancários)	21.417.706,58	25.774.088,40	28.409.868,40
Transferência da Prefeitura Municipal para o Fundo Municipal de Saúde – outros repasses, recursos COVID (2020)	911.343,51	0,00	1.632.214,87
Arrecadação Própria (Vigilância Sanitária) (arrecadação + rendimentos bancários)	356.569,65	385.890,61	368.554,71

Fonte: Secretaria de Fazenda e Planejamento – Sistema Pública

2. COMPROMISSO DA GESTÃO

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de planejamento da gestão, representando as intenções para um quadriênio, por meio de objetivos, diretrizes, metas e ações, representa os anseios dos trabalhadores da saúde e dos usuários aos quais são destinadas as políticas públicas de saúde priorizadas e elencadas. O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Mafra 2022 ocorreu através da nomeação de um grupo intersetorial de trabalhadores da saúde, que fomentaram a participação dos demais trabalhadores, através de discussões, oficina e produção de documentos para construção das ações nos serviços, e diagnóstico situacional dos indicadores de saúde do município.

O Plano Municipal de Saúde após sua elaboração precisa ser transposto para uma perspectiva anual, em articulação com o exercício orçamentário da administração pública e diga-se diariamente com mais ações e com menos recursos.

Dessa maneira, no âmbito do SUS, um quase trintenário, definiu-se como o instrumento que visa anualizar as intenções do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados, observando-se neste contexto, recentes mudanças na legislação e metodologia de repasses financeiros que também nos remetem a uma profunda discussão sobre como ficará o modo de financiamento das ações e serviços públicos de saúde em nosso arranjo federativo, qual ainda carece de uma plena definição.

Nesta Programação devem ser detalhadas as ações e serviços; as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano. Ou seja, as definições da PAS impactarão no cuidado de nossa saúde, dos nossos familiares, amigos, crianças, jovens, adultos, idosos, homens e mulheres, cada uma com sua necessidade específica, o que evidencia a necessidade de que todos os atores, numa visão de planejamento ascendente do cotidiano de trabalho, tenham voz nas definições da programação.

Com isso, de forma organizada e representativa aumenta-se a adesão à proposta e seu sucesso tende a ser maior. O Relatório Anual de Gestão apresentará os desdobramentos das ações previstas na PAS e servirá aos processos contínuos de monitoramento, avaliação e prestação de contas a sociedade como um todo.

Então, como se vê dentro de um contexto de seriedade, de realizações, de gestão, de participação e de controle social, é indiscutível a necessidade de um grupo de trabalho como retro mencionado, ao fim de que de forma sistemática e rotineira, acompanhe, avalie, redirecione, re programe e faça a integração entre todos os momentos da gestão pública de saúde voltada a coletividade, ou seja, o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, ao Relatório Quadrimestral

e Anual de Gestão, quais envolvidos de forma lógica e transparente à alimentação de todos os sistemas de informação de saúde.

É necessário que haja não só o apoio da gestão de saúde neste contexto, mas também do Conselho Municipal de Saúde.

3. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde parece-nos unanimidade se constituir no instrumento central de planejamento nas três esferas de gestão, representando as intenções para um quadriênio, por meio de objetivos, diretrizes, metas e ações. Pois bem, se esse é o contexto do plano de gestão e representa os anseios não só dos trabalhadores da saúde, mas principalmente dos usuários aos quais são destinadas as políticas públicas de saúde priorizadas e elencadas, assim deve ser tratado. Nesta visão, não podemos nos furtar enquanto comissão designada para a elaboração deste importante documento, de discorrer ainda que de forma singela sobre alguns aspectos, de fomentar a autocrítica e de buscar através de discussão a melhoria, e a evolução dos aspectos de dimensão e consequências do plano, às vezes de caráter crítico, às vezes de consciência, reconhecimento e de construção e porque não, às vezes de indignação e inconformismo, lembremo-nos que as vezes ganhamos muito mais se estamos dispostos a abrir mão de nossas teimosas limitações, “pensando, avaliando e discutindo” de onde surgem e são concebidas soluções inesperadas, resolutivas e inéditas, pois é objetivo maior pensar diferente com uma solução semelhante à perfectibilização do plano em adequado benefício a todos.

O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Mafra 2018-2021 ocorreu através da nomeação de um grupo intersetorial e de trabalhadores da saúde, que fomentaram a participação dos demais trabalhadores, através de discussões, oficina e produção de documentos para construção das ações nos serviços, e diagnóstico situacional dos indicadores de saúde do município. Aqui nasce a primeira situação a ser contextualizada. É inegável o farto conhecimento e capacidade intersetorial demonstrado pelos membros da comissão formada, todavia, foi verificado na mesma proporção à dificuldade de reunião destes membros no decorrer das atividades, o que acabou em certa medida, por viciar a eficiência dos trabalhos, porque apesar de nomeados não foram criados critérios para os encontros, não foi determinado à priorização na formatação do plano, tampouco se estimulou ou se valorizou a equipe de forma que a dedicação aos trabalhos fosse real e efetiva; a previsão de tempo

disponível - qual é escasso a todos, dado as atribuições e funções individuais, além da elaboração do plano -, é outra questão a ser enfrentada.

Há ainda de se repensar formas da busca adequada e consistente de informações, senão trazidas quando solicitadas, ou se fornecidas a não contento - porque inexistentes ou não construídas -, prover autonomia ao grupo para a busca ou metodologias de construção nos diversos serviços e áreas da saúde dos dados julgados necessários.

Preliminarmente analisado, espera-se e é necessário, que a curto prazo, haja a formação de uma equipe multidisciplinar, imbuída de autonomia, com destinação de tempo específico e que possa priorizar os trabalhos, e seja valorizada de alguma forma na tarefa extra ofício de avaliação e execução sistemática do plano de saúde no decorrer temporal, haja vista que não se vislumbra a curto ou médio prazo, a existência de uma equipe exclusiva e capacitada de planejamento no sistema de saúde municipal.

O Plano Municipal de Saúde após sua elaboração precisa ser transposto para uma perspectiva anual, em articulação com o exercício orçamentário da administração pública e diga-se diariamente com mais ações e com menos recursos.

Dessa maneira, no âmbito do SUS, um quase trintenário, definiu-se como o instrumento que visa anualizar as intenções do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados, observando-se neste contexto, recentes mudanças na legislação e metodologia de repasses financeiros que também nos remetem a uma profunda discussão sobre como ficará o modo de financiamento das ações e serviços públicos de saúde em nosso arranjo federativo, qual ainda carece de uma plena definição.

Nesta Programação devem ser detalhadas as ações e serviços; as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano. Ou seja, as definições da PAS impactarão no cuidado de nossa saúde, dos nossos familiares, amigos, crianças, jovens, adultos, idosos, homens e mulheres, cada uma com sua necessidade específica, o que evidencia a necessidade de que todos os atores numa visão de planejamento ascendente do cotidiano de trabalho tenham voz nas definições da programação.

Com isso, de forma organizada e representativa aumenta-se a adesão à proposta e seu sucesso tende a ser maior. O Relatório Anual de Gestão apresentará os desdobramentos das ações previstas na PAS e servirá aos processos contínuos de monitoramento, avaliação e prestação de contas a sociedade como um todo.

Então, como se vê dentro de um contexto de seriedade, de realizações, de gestão, de participação e de controle social, é indiscutível a necessidade de um grupo de trabalho como retro mencionado, ao fim de que de forma sistemática e rotineira, acompanhe, avalie, redirecione,

reprograme e faça a integração entre todos os momentos da gestão pública de saúde voltada a coletividade, ou seja, o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, ao Relatório Quadrimestral e Anual de Gestão, quais envolvidos de forma lógica e transparente à alimentação de todos os sistemas de informação de saúde.

Mais uma vez por mais bem elaborado que esteja o plano dentro das possibilidades encontradas e oferecidas, percebe-se a carência destes aspectos, do acompanhamento e do planejamento continuado em relação aos planos anteriores e também futuros, não que muita coisa não tenha sido realizada, pelo contrário, muitas e boas coisas se realizaram, mas essas “muitas coisas” não são medidas de uma maneira adequada, sequer avaliada, poder medir e mensurar se apesar de realizada cumpre ou cumpriu com seu objetivo e resolutividade seria o ideal. Até porque, em ocorrendo essa perspectiva, apesar de configurar-se um árduo desafio, certamente tanto a execução e acompanhamento avaliativo do plano atual em toda sua vigência será facilitada, e por certo os próximos planos serão de maior efetividade e qualidade.

Espera-se, pois, que haja a nomeação de um grupo para a realização dos tópicos, metas e objetivos elencados, com reuniões periódicas e discussões, de modo que o plano de saúde de fato evolua se transforme, e se constitua um marco de inovação, e não carregue repetição em muitos tópicos e situações ano a ano, dado que por motivos diversos e não discutíveis no momento, não se pode realizar uma avaliação e comparação evolutiva ao longo de sua validade como se almeja, por inúmeros motivos, alguns já mencionados anteriormente. Que seja possibilitado daqui para frente avaliações sistemáticas e periódicas através de pessoal e da aplicação de métodos próprios.

Que haja não só o apoio da gestão de saúde neste contexto, mas dos braços do sistema, a exemplo, do Conselho Municipal de Saúde.

Por derradeiro, é de se homenagear todos os atores da saúde que contribuíram de forma direta ou indireta á concretização do plano municipal de saúde quadriênio 2018-2021, pois apesar de todas as interfaces descritas tem-se um plano enxuto, bem concentrado e apto a ser trabalhado pelos gestores municipais, principalmente se viabilizado as melhorias nos termos já explicitados, por um lado fortalecendo um grupo de trabalho com acompanhamento e avaliações periódicas, inovando uma audaciosa forma de gestão pública, e por outro, demonstrando seriedade e comprometimento nas realizações de ações de saúde em prol da coletividade Mafrense, de forma inteligente, técnica, resolutiva, transparente e diferente.

Estas são as considerações e recomendações da Comissão do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, set 2017.

2. BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências, Brasília, DF, dez 2017.

3. BRASIL Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

4. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016: Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 27 nov. 2017.

5. BRASIL. Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015: Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 27 nov. 2017.

6. BRASIL. Emenda Constitucional nº 13 de 17 de setembro de 2000: Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 27 nov. 2017.

7. BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 27 nov. 2017

8. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007: Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível: em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 27 nov. 2017.

9. BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 837/GM de 23 de abril de 2009: Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html. Acesso em: 27 nov. 2017.

10. BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

11. CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - comunicação, saúde, educação, 9(16): 161-178 set. 2004-fev. 2005.

12. CONASS - Para entender a Gestão do SUS, 2015. Acesso em 04/12/2017.

13. IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/mafra/panorama>

14. INEP, Censo Escolar 2016. Disponível em <http://portal.inep.gov.br/censo-escolar>
15. MAFRA. Lei nº 2.227, de 30 de dezembro de 2017. Fixa divisão de bairro e seus limites.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da Saúde. Educação Permanente. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/323-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/12-gestao-da-educacao/20063-politica-nacional-de-educacao-permanente>
17. Portaria Política Nacional de Educação Permanente PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. Consultado em 03/08/2017 as 08h:32m.
18. Plano Municipal de Saúde de Mafra 2018a 2021.
19. TEIXEIRA, Maria da Glória. Editorial especial: Secretaria de Vigilância em Saúde: novas perspectivas para o SUS. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 6, n. 3, p. 197-199, set. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2003000300002>.

5. RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO

6. HOMOLOGAÇÃO

7. APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Objetivos, Diretrizes e Metas

DIRETRIZ Nº1 : Qualificação, Planejamento e Avaliação Financeira do Fundo Municipal de Saúde.											
OBJETIVO Nº1.1 : Organizar Programação Financeira e controle de gastos com os setores da Secretaria de Saúde.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Planejar programação de exames de consultas conforme disponibilidade financeira e demanda.	Plano de programação	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0

DIRETRIZ Nº2: Responsabilização Média e Alta Complexidade via Regional de Saúde											
OBJETIVO Nº2.1: Garantir ao cidadão Mafrense, benefícios provenientes das Pactuações do Estado de SC											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Garantir que o Estado SC, tenha consistência e efetividade em procedimento cirúrgicos e consultas eletivas frente às demandas reprimidas Cirurgia Geral e Especialidades (oftalmologia, ginecologia, urologia, Otorrinolaringologia, neurologia, psiquiatria, oncologia, neurologias, entre outras);	Número de vagas disponibilizadas	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.2	Garantir o Pré-Natal de alto risco na Maternidade de Referência, assegurando também a realização dos exames, dentre eles: de ESG morfológica, obstétrica com doppler, ecocardio fetal, entre outros.	Número de vagas disponibilizadas	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ Nº3: Qualificação setor de Controle e Avaliação											
OBJETIVO Nº3.1: Qualificar o setor de Controle e Avaliação											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Instituir Comissão de Avaliação; para acompanhar a execução do Plano Municipal da Saúde, PPI's e pactuações firmadas com o estado de Santa Catarina	Comissão	1	2021	Número Absoluto	1	Número Absoluto	1	1	1	1

DIRETRIZ Nº4: Atenção à Saúde Bucal.											
OBJETIVO Nº4.1 : Qualificar Saúde Bucal em Mafra.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Ampliar a cobertura de saúde bucal na APS.	Número de equipes	2	2021	Número absoluto	2	Número absoluto	2	0	0	0

DIRETRIZ Nº5: Frota de Veículos.											
OBJETIVO Nº5.1 : Qualificar o setor de Transporte do Município.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1	Contratar empresa para transporte de usuários para atendimento fora do município (TFD) e transporte de profissionais e documentos dentro e fora do município.	Contrato com empresa terceirizada	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0

DIRETRIZ Nº6: Sistema de Informações de Saúde.											
OBJETIVO Nº6.1 : Garantir Sistema de Informações abrangente e eficiente no registro das Informações em Saúde.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
6.1.1	Garantir contrato com empresa que gerencia o Sistema de Informações Municipais	Contrato	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	1	1	1

DIRETRIZ Nº7: Qualificação Gestão de Pessoas.											
OBJETIVO Nº7.1 Efetivar a Gestão de Pessoas nos ambientes da Secretaria Municipal de Saúde.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
7.1.	Instituir de Avaliação de	Instrumento de avaliação	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	0	1	0	0

1	Desempenho em todas as instâncias da SMS;										
7.1.2	Assegurar Plano de Cargos e Salários para servidores em regime de emprego público	Plano de Cargos e Salários para servidores em regime de emprego público	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0
7.1.3	Potencializar a Comunicação entre os setores para compreensão e execução de rotinas e fluxos;										
7.1.4	Instituir processo de avaliação no número de consultas e tempo resposta junto aos envolvidos neste processo usuários, e gestão da saúde;										
7.1.5	Organizar as agendas médicas de especialidades, de maneira padronizada;										
7.1.6	Instituir processo de avaliação no número de consultas e tempo resposta junto aos envolvidos neste processo usuários, e gestão da saúde;										

DIRETRIZ Nº8: Ampliação do Quadro de Profissionais de Saúde.											
OBJETIVO Nº 8.1: Ampliar Equipe de Profissionais de Saúde, em categorias e níveis diversos, suprimindo defasagem técnica											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025

8.1.1	Promover concurso público para compor a composição dos campos ausentes de profissionais de saúde, em diferentes áreas, visando a qualificação dos serviços, e diminuindo a sobrecarga de funções;	Concurso público	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0
8.1.2	Promover Processo Seletivo com característica de Emprego Público com cadastro reserva;	Processo seletivo	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0
8.1.3	Revisar leis com o número de profissionais que traduzem a necessidade atual para SMS;	Leis revisadas	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0

DIRETRIZ Nº9: Comunicação com Usuários de Saúde.											
OBJETIVO Nº 9.1: Qualificar a Comunicação com os usuários da SMS.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
9.1.1	Criar e manter Página nas Redes Sociais da SMS;										

DIRETRIZ Nº10: Construção e reformas da estrutura física da SMS.											
OBJETIVO Nº 10.1: Construir e reformar a estrutura física da SMS, adequando exigências legais de acolhimento, acessibilidade e coletividade.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
10.1.1	Planejar e estabelecer prioridades nas construções e reformas dos espaços físicos pertencentes a Secretaria Municipal de Saúde;	Plano de construção e reforma	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0
10.1.	Compor equipe	Equipe de	1	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

2	permanente de reformas e conservação dos ambientes;	manutenção			absoluto		absoluto				
10.1.3	Inscriver projetos nos editais estaduais/federais, que visem rubricas para esta finalidade;										
10.1.4	Estudar viabilidade de construção de um auditório próprio da SMS, com salas para reuniões;										

DIRETRIZ Nº: 11 Fortalecimento da Educação Permanente.											
OBJETIVO Nº 11.1: Intensificar e fortalecer ações do Núcleo de Educação Permanente-NEP.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
11.1.1	Estabelecer calendário anual de atividades de capacitações;	Calendário	4	2021	Número absoluto	4	Número absoluto	1	1	1	1
11.1.2	Manter capacitações permanentes anuais de Prevenção ao Suicídio;	Capacitação	4	2021	Número absoluto	4	Número absoluto	1	1	1	1
11.1.3	Normatizar os critérios para participação em atividades e eventos externos;										

DIRETRIZ Nº12: Plano de Cargos e Salários específico servidor da Saúde.											
OBJETIVO Nº 12.1 Instituir Plano de Cargos e Salários Específicos para Secretaria Municipal de Saúde.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
12.1.1	1.Fomentar e esclarecer a necessidade e o direito de construção do plano específico de modo a satisfazer os trabalhadores, no atendimento a reivindicações	Plano de Cargos e Salários	1	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0

antigas quer de movimentos e de conferência de saúde, bem como de diretrizes federal de gestão em saúde.											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ 14:											
OBJETIVO 14.1:											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade e de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
14.1.1	- Transformar a Unidade de Pronto Atendimento em unidade escola.	- Planilha e questionário de avaliação/efetividade de pela Comissão de Educação Permanente	0	2022	0	100%	0	X	X	X	X
14.1.2	- Garantir o direito de atenção à saúde mental em situação de crise, em Unidade de Pronto Atendimento.	- Comissão de avaliação de metas/objetivos em saúde e desempenho da Unidade de Pronto Atendimento	0	2022	0	100%	0	X	X	X	X
14.1.3	- Verificar a possibilidade de ampliação de Porte da UPA para aumento de subsídio financeiro bem como ampliação dos serviços ofertados.	- Criação de uma comissão responsável pela elaboração do projeto e viabilidade	0	2022	0	50%	0	X	X		
14.1.4	- Serviços de Odontologia em situações de emergência durante 24 horas	- Planilhamento através de gráfico para mensurar demanda e resolutividade do serviço. - Questionário de avaliação de satisfação do serviço por parte do usuário	0	2023	0	2022/ 2023	0	X	X	X	X

DIRETRIZ Nº 15: Atenção especializada no Nucleo materno infantil e setor de fonoaudiologia e Psicologia											
OBJETIVO Nº 15.1: Realizar avaliação e diagnóstico em atenção especializada infanto- juvenil											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
15.1.	Contratação de	Neuropediatra	1	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

DIRETRIZ Nº 16: Fortalecer a prestação de serviço de reabilitação do município											
OBJETIVO Nº 16.1: Ampliar o serviço de reabilitação do município											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
16.1.1	Estudo de viabilidade para implantação do programa federal Melhor em Casa	Estudo	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
16.1.2	Estudo de viabilidade para criação de um centro de hidroterapia	Estudo	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
16.1.3	Estudo de viabilidade para ampliação da Clínica de Fisioterapia	Estudo	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
16.1.4	Estudo de viabilidade para criação de um programa de reabilitação Cardiovascular	Estudo	0	2021	0	1	Número	0	0	1	0

DIRETRIZ Nº17: Avaliação periódica do HSVP											
OBJETIVO Nº 17.1 Implementar através de auditoria permanente, a contratualização e qualidade do serviço hospitalar municipal											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
17.1.1	Avaliar a contratualização dos Serviços Hospitalares	Comissão de avaliação	0	2021	Porcentagem	100	Porcentagem	100	100	100	100

DIRETRIZ Nº18: Excelência na Assistência Farmacêutica											
OBJETIVO Nº 18.1 Garantir Assistência Farmacêutica de Qualidade											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022 - 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
18.1.1	1.Planejar a compra de medicamentos baseada no consumo e	Plano de aquisição	0	2021	Número absoluto	1	Número Absoluto	1	0	0	0

	repasse financeiros.										
18.1.2	Planejar a estruturação da Assistência Farmacêutica no município de Mafra, visando a criação de Farmácias distritais;	Farmácias Distritais	0	2021	Número absoluto	5	Número Absoluto	1	1	1	2
18.1.3	Manter convênio com os consórcios CISAMURC e CINCATARINA para aquisição de medicamentos.	Consórcios	2	2021	Número absoluto	2	Número Absoluto	2	2	2	2
18.1.4	Reativar a Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT	Comissão	1	2021	Número absoluto	1	Número Absoluto	1	0	0	0

DIRETRIZ Nº19: ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE											
OBJETIVO Nº 19.1: QUALIFICAR OS ATENDIMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA, DISPONIBILIZANDO RECURSOS MATERIAS E RECURSOS HUMANOS PARA MELHOR ATENDER O USUÁRIO SUS, TAMBEM VALORIZAR O TRABALHO DA EQUIPE.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidad e de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidad e de Medida			2022	2023	2024	2025
19.1.1	Adesão e implantação de novas equipes de Estratégia de Saúde da Família no município de Mafra, conforme orientações da PNAB.	Plano de Programação		2022	04	2022	04	x	x	x	x
19.1.2	Ampliação do numero de equipes de saúde bucal, dando maior cobertura nos atendimentos no município de Mafra, sendo uma equipe para atender no odonto-móvel contemplando as comunidades mais distantes onde o acesso ao serviço se torna difícil. Também ampliando o atendimento ao trabalhador que necessitar em horário estendido das unidades.	Plano de Programação		2022	04	2022	04	x	x	x	x
19.1.3	Reforma, construção e ampliação e adequação das unidades Básicas de Saúde que receberam novas equipes e as que necessitam de novas instalações.	Plano de Programação		2022	06	2022	06	x	x	x	x
19.1.4	Aquisição de veículos, para deixar a disposição de cada unidade da Atenção Básica.	Plano de Programação		2022	13	2022	13	x	x	x	x
19.1	Elaboração de Plano de	Plano de		2022	1	2022	1	x	x	x	x

.5	Cargos e Carreira para funcionários que se enquadram como Emprego Público.	Programação									
19.1 .6	Ampliar o número de vagas de profissionais da saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, farmacêuticos que atendem na atenção básica, atingindo o número necessário para desenvolver um trabalho com qualidade.	Plano de Programação		2022		2022		x	x	x	x

DIRETRIZ Nº20: Prevenção das DANTS.											
OBJETIVO Nº20.1: Efetivar a Prevenção da DANTS em todo território de Mafra, ancorados nos indicadores epidemiológicos.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
20.1.1	1.Ampliar cobertura na ABS frente as DANTS;										
20.1.2	2.Desenvolver parceria técnica e científica entre Universidade do Contestado, Campus Mafra por meio do Núcleo de Educação Física e a Secretaria Municipal de Saúde a fim de implementar intervenções baseadas em hábitos de vida saudáveis e ativos na população mafrense;										
20.1.3	3.Discutir de maneira Intersectorial as oportunidades físicas existentes em Mafra, para prática de atividade física da população;										
20.1.4	4. Propor estratégias conjuntas com outros setores para a promoção e prevenção das DANTS;										
20.1.5	5.Monitorar as estratégias adotadas para prevenção das DANTS.										

DIRETRIZ Nº21: Qualificação Planejamento Familiar.											
OBJETIVO Nº 21.1 Diminuir ocorrência de gestações não planejadas na adolescência e fase adulta.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidad e de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025

21 .1. 1	Intensificar ações preventivas sobre sexualidade e saúde reprodutiva por meio do Programa de Saúde na Escola, via PSE; 3.										
21 .1. 2	Ofertar, por meio de pactuações Inter setoriais (MDCK e HSVP), métodos de esterilização que atendam integralmente a demanda que opta por estes;;										
21 .1. 3	Atingir 70% adolescentes vinculados ABS com Educação em Saúde Sexual;										
21 .1. 4	Estudara viabilidade DIU Mirena via SMS, nos casos de não adaptação ao DIU de cobre.										
21 .1. 5											
21 .1. 6											

DIRETRIZ Nº22: Atenção a Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.											
OBJETIVO Nº 22.1 Implantar Atenção Integral a Saúde do Trabalhador e Trabalhadora											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
22 .1. 1	1.Disponibilizar exames de rotina, de acordo com as necessidades dos trabalhadores;										
22 .1. 2	Estimular espaços coletivos para demandas dos trabalhadores.										

DIRETRIZ Nº23: Atenção a Saúde Mental na ABS.											
OBJETIVO Nº 23.1Efetivar a Saúde Mental na ABS											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025

		meta				- 2025)					
23 .1. 1	1.Responsabilizar os profissionais de saúde pelas ausências técnicas nos acolhimentos e encaminhamentos dos usuários de saúde mental;										
23 .1. 2	Cumprir Protocolo de Acolhimento em Saúde Mental, bem como atentar ao Fluxo para os demais serviços da Rede de Saúde Mental.										

Diretriz Nº 24: Reestruturação da Vigilância Sanitária											
Objetivo Nº24.1: Fortalecer a Vigilância Sanitária Como Órgão Regulador											
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha- Base)			Meta do Plano	Unidade de Medida	Metas Previstas			
			Valor	Ano	Unid. de Medida			2022	2023	2024	2025
24.1.1	Reformular a Lei nº 44/2017	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X			
24.1.2	Atualizar o Código Sanitário Municipal, Lei nº 24/2012.	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X			

Diretriz Nº 25: Reestruturação da Vigilância Sanitária											
Objetivo Nº 25.1: Efetivar as Ações de Vigilância Sanitária Conforme Diretrizes do Sistema Único de Saúde, embasadas em Dados Epidemiológicos e a Saúde Humana.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha- Base)			Meta do Plano	Unidade de Medida	Metas Previstas			
			Valor	Ano	Unid. de Medida			2022	2023	2024	2025
25 .1. 1	Planejar as ações contemplando inspeções necessárias, conforme pactuação com o Estado a cada quatro meses.	Nº de inspeções		2022	04		04	X	X	X	X

Diretriz Nº 26: Manutenção da Vigilância Sanitária.											
Objetivo Nº 26.1: Modernizar as Ferramentas Tecnológicas Utilizadas Para as Ações da Vigilância Sanitária											
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha- Base)			Meta do Plano	Unidade de Medida	Metas Previstas			
			Valor	Ano	Unid. de Medida			2022	2023	2024	2025
26 .1. 1	Definir sistema operacional único a ser utilizado pela	Plano de Programação		2022	01	2025	01	X	X	X	X

	Vigilância Sanitária, eliminando retrabalho conforme pactuação. e										
26.1.2	Adquirir computador para Servidor que atenda as necessidades da Vigilância Sanitária.	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X			
26.1.3	Adquirir equipamento (computador/tablet com acesso 4G) que permita o acesso remoto das equipes ao sistema operacional utilizado pela Vigilância Sanitária.	Plano de Programação		2022	03	2023	03		X		
26.1.4	Efetivar a emissão de declaração online para as atividades econômicas não extensivas a Vigilância Sanitária.	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X			
26.1.5	Efetivar a emissão online de Alvará Sanitário para atividades de baixo risco sanitário.	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X			
26.1.6	Adquirir novos equipamentos (computadores)	Plano de Programação		2022	13	2022	13	X	X		

Diretriz Nº 27: Manutenção da Vigilância Sanitária.											
Objetivo Nº 27.1: Prover Recursos Administrativos e Materiais Necessários as Ações de Vigilância Sanitária.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha- Base)			Meta do Plano	Unidade de Medida	Metas Previstas			
			Valor	Ano	Unid. de Medida			2022	2023	2024	2025
27.1.1	Adquirir 2 veículos, sendo 1 para substituição e outro para ampliação da frota.	Plano de Programação		2022	02	2023	02		X		X
27.1.2	Manter materiais de consumo ao bom funcionamento do setor.	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X	X	X	X

Diretriz Nº 28: Estruturação da Vigilância em Saúde												
Objetivo Nº 28.1: Definir e qualificar as ações e Informações a ser levantadas nos territórios sanitários a contemplar as necessidades da Vigilância em Saúde.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha- Base)			Meta do Plano	Unidade de Medida	Metas Previstas				
			Valor	Ano	Unid. de Medida			2022	2023	2024	2025	
28.1.1	Readequar as planilhas de informações a ser levantadas nos territórios sanitários, que integre as informações com os diversos setores e contemple as necessidades da Vigilância em Saúde	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X				

Diretriz Nº 29: Estruturação da Vigilância em Saúde												
Objetivo Nº 29.1: Qualificar o processo da Vigilância dos óbitos e sepultamento estabelecendo protocolos que possibilite a comparação dos indicadores e registros.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha- Base)			Meta do Plano	Unidade de Medida	Metas Previstas				
			Valor	Ano	Unid. de Medida			2022	2023	2024	2025	
29.1.1	Definir protocolo específico para o setor, que contemple todos os atores envolvidos (Hospitais, Cartório, Bombeiros, IML, Funerárias, Cemitérios, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, entre outros.) , que atenda por similaridade a um processo de referencia e contra referencia.	Protocolo		2022	01	2022	01	X				
29.1.2	Criar dispositivo legal que formalize o protocolo, com diretrizes a ações reguladoras do setor saúde.	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X				
29.1.3	Reunião de trabalho com os envolvidos.	Plano de Programação		2022	08	2022	08	X	X	X	X	

Diretriz Nº 30: Estruturação da Vigilância em Saúde												
Objetivo Nº 30.1 Estruturar o Ambulatório de Vigilância em Saúde com atendimentos em Saúde do Trabalhador, Hanseníase, Tuberculose e HIV.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (Linha- Base)			Meta do Plano	Unidade de Medida	Metas Previstas				
			Valor	Ano	Unid. de Medida			2022	2023	2024	2025	
30.1.1	Implantar o Ambulatório de Vigilância em Saúde para prestar um atendimento de qualidade a grupos específicos (Trabalhadores vitimas	Plano de Programação		2022	01	2022	01	X				

	de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, DST/HIV, Tuberculose e Hanseníase) em tempo hábil, garantindo o acesso às especialidades conforme a demanda exige.										
30.1 .2	Capacitar às equipes de ESF em relação à saúde do trabalhador	Plano de Programação		2022	04	2022	04	X	X	X	X
30.1 .3	Reunião de trabalho com os envolvidos.	Plano de Programação		2022	24	2022	24	X	X	X	X

8. ANEXOS

Portaria nº 1302/2021



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAFRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO.

PUBLICAÇÃO DOM
ENVIO: 18/11/21
EDIÇÃO: 3689

PORTARIA Nº 1302/21 em 16.11.2021.

**NOMEIA COMISSÃO PARA ELABORAÇÃO
DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

O Prefeito do Município de Mafra, **EMERSON MAAS**, no uso de suas atribuições, de acordo com o art. 68, item XVII da Lei Orgânica do Município, e em conformidade com o Ofício nº 868/2021-Gabinete-Secretaria Municipal de Saúde de 08 de Novembro de 2021;

RESOLVE

Art. 1º - Nomear Comissão para Elaboração do **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (2022-2025)**, constituída pelos seguintes componentes:

DÉBORA POPADIUK;
DENISE APARECIDA DE ARAÚJO KALIL LUZ;
ELIANE FÁTIMA CHAVES BERGAMINI;
ANGELITA NIGRIN;
JONAS VANDERLEI KESKOSKI;
JOSELI GREIN MIRETZKI;
ANDRE FLORES AGOSTINI;
JOSIANE APARECIDA TRACZ MOURA;
MERIANE DO ROCIO PORTELA;
PLÍNIO SALDANHA DE OLIVEIRA;
VALÉRIA GROSSL GONÇALVES;
SUSANNE STRITZINGER DE CASSIAS;
MARIANE RUTHES;
FRANCESLI PATRICIA PEREIRA HEILMANN.



PUBLICAÇÃO DOM
ENVIO: 16/11/21
EDIÇÃO: 3684

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAFRA

Art. 2º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogada as disposições em contrário, em especial a Portaria nº 1102/21.

Prefeitura do Município de Mafra, em 16 de Novembro de 2021.

EMERSON MAAS
Prefeito Municipal

ADRIANO JOSÉ MARCINIAK
Secretário Municipal de Administração

Resolução de Aprovação do Plano Municipal de Saúde



Conselho Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Mafra



RESOLUÇÃO 072 CMS/2021

Mafra, 15 de dezembro de 2021.

RESOLUÇÃO

A Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Mafra (CMS), durante a sua Ducentésima Septuagésima Quarta reunião ordinária, realizada em 14 de dezembro de 2021, no uso de suas competências regimentais e atribuições em conformidade com as Leis Federais 8.080/90, 8.142/90, a Lei Municipal 3485 de 23 de março de 2010.

Resolve:

1. **APROVAR** o PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE – 2022 a 2025. O mesmo foi aprovado pelos 10 conselheiros presentes (Micheli Krayevski Eckel – ATENA, Dorvalino Alves da Silva – HSVP, Evelin Baittinger Prestes – CL VILA NOVA, Denise Aparecida de Araújo Kalil Luz – UnC, Sueli Terezinha Hilebrandt – PASTORAL DA CRIANÇA, Ana Carolina Muller Moreira de Carvalho – OAB, Angelita Nigrin – SMS, Plínio Saldanha de Oliveira – SMS e Silmara Kraus Goderski – CL SÃO LOURENÇO).


Alain Lourenço Gomes
Presidente do CMS

Solicitação de Homologação do Plano Municipal de Saúde

Homologação do Plano Municipal da Saúde